



REPUBLICAN CENTER FOR
HEALTH DEVELOPMENT

JOURNAL OF
**HEALTH
DEVELOPMENT**

An official Journal of the Republican Center for Health Development

Number 36 2020
Special Issue: Policy Briefs

Nur-Sultan, 2020

Journal of Health Development

EDITORIAL

Бас редактор
Төсекбаев Қанат Дүйсенбайұлы
Редактор
Койков Виталий Викторович
Атқарушы редактор
Оразова Ғалия Ұзаққызы
Жауапты хатшы
Аубакирова Алма Серікпайқызы

Главный редактор
Тосекбаев Канат Дуйсенбаевич
Редактор
Койков Виталий Викторович
Исполнительный редактор
Оразова Галия Узаковна
Ответственный секретарь
Аубакирова Алма Серкпаевна

Editor-in-Chief
Kanat Tossekbayev
Editor
Vitaliy Koikov
Executive Editor
Galiya Orazova
Executive Secretary
Alma Aubakirova

EDITORIAL BOARD

Al Artaman (Канада)
Chinwe F. Johnson
(Біріккен Араб Әмірліктері)
Ian Forde (Франция)
Massimo Pignatelli
(Қазақстан)
Weng Tat Hui (Австралия)
Filippo Bartoccioni (Қазақстан)
Жұмаділов Жақсыбай
Шаймарданұлы (Қазақстан)
Локшин Вячеслав Нотанович
(Қазақстан)
Шарман Алмаз Төрегелдіұлы
(Қазақстан)

Al Artaman (Канада)
Chinwe F. Johnson
(Объединенные Арабские Эмираты)
Ian Forde (Франция)
Massimo Pignatelli
(Казakhstan)
Weng Tat Hui (Австралия)
Filippo Bartoccioni (Қазақстан)
Жұмаділов Жаксыбай Шаймарданович
(Қазақстан)
Локшин Вячеслав Нотанович
(Қазақстан)
Шарман Алмаз Торегельдиевич
(Қазақстан)

Al Artaman (Canada)
Chinwe F. Johnson
(United Arab Emirates)
Ian Forde (France)
Massimo Pignatelli
(Kazakhstan)
Weng Tat Hui (Australia)
Filippo Bartoccioni (Kazakhstan)
Zhaksybay Zhumadilov
(Kazakhstan)
Vyacheslav Loskshin
(Kazakhstan)
Almaz Sharman
(Kazakhstan)

FOUNDING EDITORIAL BOARD

Аманов Серік Балтабекұлы
(Қазақстан)
Аканов Аманғали Балтабекұлы
(Қазақстан)
Гаитова Каммила Қахарманқызы
(Қазақстан)
Жүсіпова Гүлзира Кенжеқызы
(Қазақстан)
Иманова Жазира Ақтайқызы (Қазақстан)
Нұрғалиева Жания Тілегенқызы
(Қазақстан)
Сарымсақова Бақыткүл Еркешқызы
(Қазақстан)
Сущенко Юлия Сергеевна (Қазақстан)
Табаров Әділет Берікболұлы
(Қазақстан)
Темекова Замира Мұхтарқызы
(Қазақстан)
Түлеубаева Айнара Қайратқызы
(Қазақстан)
Тюлюбаева Жанар Сапаралиқызы
(Қазақстан)

Аманов Серик Балтабекович
(Қазақстан)
Аканов Амангали Балтабекович
(Қазақстан)
Гаитова Каммила Кахармановна
(Қазақстан)
Жусупова Гульзира Кенжеевна
(Қазақстан)
Иманова Жазира Актаевна (Қазақстан)
Нурғалиева Жания Тлегеновна
(Қазақстан)
Сарымсақова Бахыткуль Еркешевна
(Қазақстан)
Сущенко Юлия Сергеевна (Қазақстан)
Табаров Адлет Берикболович
(Қазақстан)
Темекова Зарина Мухтаровна
(Қазақстан)
Түлеубаева Айнара Кайратовна
(Қазақстан)
Тюлюбаева Жанар Сапарғалиевна
(Қазақстан)

Serik Amanov (Kazakhstan)
Amangali Akanov (Kazakhstan)
Kamilla Gaitova (Kazakhstan)
Gulzira Zhussupova (Kazakhstan)
Zhazira Imanova (Kazakhstan)
Zhaniya Nurgaliyeva (Kazakhstan)
Bakhytkul Sarymsakova
(Kazakhstan)
Yulia Suschenko (Kazakhstan)
Adlet Tabarov (Kazakhstan)
Zarina Temekova (Kazakhstan)
Ainara Tuleubaeva (Kazakhstan)
Zhanar Tyulyubaeva (Kazakhstan)

Подписано к печати 13 мая 2020 года.

Тираж 300 экз.

Собственником журнала является РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК.

Издание зарегистрировано в Министерстве информации и коммуникаций РК.

Свидетельство о постановке на переучет №16659-Ж от 06.09.2017 год.

Редакцияның мекен-жайы:
Journal of Health Development
010000
Қазақстан, Нұр-Сұлтан қ.
Иманов көшесі 13
Тел.: +7 (7172) 700 950
E-mail: editor.journalhd@gmail.com
Веб-сайт: www.jhdzkz.org

Адрес редакции:
Journal of Health Development
010000
Қазақстан, г. Нур-Сұлтан
ул. Иманова, 13
Тел.: +7 (7172) 700 950
E-mail: editor.journalhd@gmail.com
Веб-сайт: www.jhdzkz.org

Editorial Office:
Journal of Health Development
010000
Kazakhstan, Nur-Sultan city
Imanova Str.13
Tel.: +7 (7172) 700 950
E-mail: editor.journalhd@gmail.com
Website: www.jhdzkz.org



JOURNAL
OF
HEALTH DEVELOPMENT
Scientific and practical journal

Ответственность за достоверность информации, публикуемой в журнале, несут авторы. Перепечатка статей, опубликованных в данном журнале и использование их в любой форме, включая электронные СМИ, без согласия редакции запрещены

Нур-Султан, 2020

The second level of Audiological Screening: Is it worth it to be held in classrooms in the child's development offices of primary care organizations?

Zhazira Imanova ¹, Zhadyra Ainekova ², Nailya Tulepbekova ³

¹ Head of the Center to improve medical care, Republican Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

² Chief Specialist of the Department of Health Services Integration of Center for Health Care Improvement, Republican Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

³ Assistant of the Chair of ENT of Diseases of the Kazakhstan-Russian Medical University, Head of the Department of Surdology of the City Clinical Hospital No. 5, Freelance children's audiologist of the Public Health Department of Almaty, Kazakhstan

Abstract / Key messages

In the Republic of Kazakhstan Hearing Screening is made to early identification of hearing loss and according to the order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan "On Approvals of Screening Organization Rules" dated September 9, 2010 No. 704 (Order No. 704) [1], it must be administered to all newborns and young children (up to three years old inclusively) by recording otoacoustic emission and / or transient-evoked otoacoustic emissions (ROE and / or TEOAE).

The success of newborn hearing screening programs and screening programs for young children lies in early diagnosis and treatment of children with hearing loss. To accomplish one of the goals of "Health for All in 2000", as the part of the National Program for Health Promotion and Disease Prevention, in 1990 the United States made decision to reduce the age of hearing screening, after what children with significant hearing loss were identified no more than until 12 month of age [2,3].

In 2007 Centers for Disease control and prevention (CDC) started to collect monitoring and follow-up data for audiological screening on newborns in the United States, data collection included information on the receipt of services in accordance with the goals of Early Hearing Detection and Intervention (EHDI): hearing screening before 1 month, diagnostics and audiological assessment up to 3 months of age for children with the "Refer" result on screening, as well as registration of children with hearing loss who received early surgery up to 6 months, who directly received help in the framework of the state program EHDI [4]. After receiving encouraging results on audiological screening, newborn screening and audiological assessment are widely conducted around the world. However, there is no consensus regarding the use of audiometry and other electrophysiological tests in current practice nowadays. Several procedures and methods are described and promoted around the world, but there is no systematic diagnostic scheme in the pediatric audiology [5].

In Spain there were analyzed the data of screening of 156 122 newborns, 151 258 of them – 96.9% were in group with no risk of hearing impairment and 4864 or 3.1% were in group with risk. As a result only 410 or 0.26% were sent to consultation, 213 or 0.14% from group with no risk and 197 or 24.7% from group with hearing risk. 7452 or 4.7% were determined as false results, including 6951 or 4.5% from the no risk group and 501 или 10.3% from the group with risk factors and 53 or 0.03% false-negative results. The sensitivity of the screening was 88.5%, specificity – 95% [6].

In Poland the analysis was carried out based on the results of a 10 years (2003-2013) following parameters were assessed: the coverage by the program (the percentage of children enrolled in an hearing screening program from the birth), the results of hearing program on a different levels and the degree of hearing loss, herewith the percentage of children enrolled in the hearing screening program from the birth was 96.0% from all live births, the coverage of children needed follow-up diagnostic was 8.5% from the study population, among them 55.8% were given consultation at the audiological centers, the level of the hearing loss estimated as 0.3%. The most number of children with hearing loss were found in the group with the factors of hearing loss, 58.2% of them were given hearing aids, 34.0% were referred to surgical treatment, 7.8% - to further rehabilitation. The results of estimation of the hearing screening program confirmed its effectiveness [7].

Retrospective analysis of hearing screening of 4 645 823 born from April 1, 2004 till March 31, 2013 in UK revealed that 97.5% passed screening at the age of 4/5 week and 98.9% passed full screening after 3 month [8]. The analysis revealed following results: bilateral hearing loss was detected in cohort of newborns 12/13, the average age – 9 days at the completion of screening, 30 days – on admission for the subsequent period, 49 days at confirmation,

50 days – at applying for the early intervention and 82 days before the selection of hearing aids. The average age of identification and confirmation of final diagnosis was within the first 6 month of child's life [9].

In one of the regions of Canada were revealed limitations of newborn hearing screening. So, 182 or 43.5% of children out of 418 born since 2003 till 2013 with identified hearing impairment had congenital hearing loss, herewith 30 or 16.5% of them revealed 3 month later from initial audiological assessment till establishing final diagnosis. The average age of first estimation and confirmation of hearing impairment of 30 children was 3.7 months, the problem of establishing diagnosis at 22 children or 73.3%, 15 of them had middle ear dysfunction, at 9 children with problems in genetic anamnesis. Thus, it was concluded that despite progress in the early detection of hearing loss, there are a number of children selected for early assessment with a belated confirmation of the final diagnosis and not receiving early rehabilitation arrangement [10].

Thereby, the newborn hearing screening provides a high level of sensitivity and specificity. In USA and Europe there is no multi-level organization of newborn hearing screening, specifically the 2nd level of screening is not conducted at child development rooms which is the part of healthcare organizations providing primary health care not carried out.

The aim. This Policy brief is intended for political decision-makers on issues related to the national screening program in order to make a scientifically-based and effective decision, as well as for interested healthcare professionals and the public with the aim of expanding knowledge in the field of audiological screening of newborns and young children.

Key messages

Audiological screening of newborns and young children by the registration method only of the ROE or TEOAE is carried out at 3 levels in the Republic of Kazakhstan, the Russian Federation, while in the USA and in Europe it is not performed.

There is no scientific evidence for the effectiveness of multi-level screening for detecting hearing impairment by clinical outcomes, and therefore it is impossible to determine the balance of the benefits and harms of screening.

There are no randomized screening, diagnostic, or controlled clinical trials reporting clinical or cost-effectiveness.

Аудиологиялық скринингтің екінші деңгейі: оны АМСК ұйымдарындағы баланы дамыту бөлмелерінде өткізу қажет пе?

Иманова Ж.А.¹, Айнекова Ж.А.², Тулепбекова Н.М.³

¹ Медициналық көмекті жетілдіру орталығының басшысы, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

² Медициналық көмекті жетілдіру орталығының денсаулық сақтау қызметтерін интеграциялау бөлімінің бас маманы, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

³ Қазақстан-Ресей медициналық университетінің ЛОР аурулары кафедрасының ассистенті, №5 қалалық клиникалық аурухананың сурдология бөлімінің меңгерушісі, Алматы қаласының қоғамдық денсаулық басқармасының штаттан тыс балалар сурдологы, Қазақстан

Түйіндеме/түйінді ойлар

Қазақстан Республикасында аудиологиялық скрининг есту функциясының бұзылуларын уақтылы анықтау мақсатында жүргізіледі және «Скрининг ұйымдастыру бекіту туралы ұйымдастыру ережесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы 9 қыркүйектегі №704 бұйрығына сәйкес (№704 бұйрық) [1] отоакустикалық эмиссияны және/немесе тежеліп туындаған отоакустикалық эмиссияны (ОАЭ немесе ТТОАЭ) тіркеу әдісімен барлық жаңа туған нәрестелер мен ерте жастағы балаларға (үш жасқа дейін балаларды қоса алғанда) жүргізілуі тиіс.

Жаңа туған нәрестелер мен ерте жастағы балалардың аудиологиялық скринингтік бағдарламаларының табысты болуы есту қабілетінен айырылған балаларды уақтылы сәйкестендірумен, диагностикалаумен және емдеумен айқындалады. 1990 жылы АҚШ «2000 жылы барлық адамдар үшін денсаулық» мақсаттарының бірін қамтамасыз ету үшін, Денсаулықты нығайту және аурулардың профилактикасы ұлттық бағдарламасының шеңберінде есту функциясы елеулі бұзылған балалар 12 айдан аспайтын уақытқа сәйкестендірілген аудиологиялық скрининг жүргізу жасын қысқарту туралы шешім қабылдады [2,3].

2007 жылы Centers for Disease control and prevention (CDC) АҚШ-та жаңа туған нәрестелердің аудиологиялық скринингі бойынша мониторинг және бақылау деректерін жинай бастады, деректерді жинау Early Learning Detection and Intervention (EHDI) мақсаттарына сәйкес қызметтерді алу туралы ақпаратты қамтыды: 1 айға дейін есту скринингі, 3 айлық жасқа дейінгі диагностика және аудиологиялық бағалау, есту қабілетін зерттеу нәтижесі «Өткен жоқ» болған нәрестелер үшін, сондай-ақ EHDI мемлекеттік бағдарламасы шеңберінде тікелей көмек алған, 6 айға дейін ерте хирургиялық ем алған есту қабілетінен

айырылған сәбилерді есепке алу [4]. Аудиологиялық скрининг бойынша үміт күттіретін нәтижелер алғаннан кейін бүкіл әлемде жаңа туған нәрестелерге скрининг және аудиологиялық бағалау кеңінен жүргізіледі. Дегенмен, бүгінгі күні ағымдағы тәжірибеде аудиометрияны және басқа да электрофизиологиялық тестілерді пайдалануға қатысты бәтуаластық жоқ. Бірнеше процедуралар мен әдістер бүкіл әлемде сипатталған және насихатталған, бірақ педиатриялық аудиология популяциясындағы диагностиканы жүргізудің жүйелі схемасы жоқ [5].

Еуропада – Мирасия қаласында (Испания) 156 122 баланың скрининг көрсеткіштері талданды, олардың 151 258-і немесе 96,9%-ы қатерге ұшырамаған балалар тобына және 4864-і немесе 3,1%-ы құлақ мүкістігі бойынша қатерге ұшыраған топқа тиесілі болды.

Скрининг нәтижесінде тек 410-ы немесе 0,26%-ы, оның ішінде қатерге ұшырамаған топтан 213-і немесе 0,14%-ы және құлақ мүкістігі бойынша қатерге ұшыраған топтан 197-сі немесе 24,7% -ы кеңес алуға жіберілді. 7452 немесе 4,7% жалған нәтиже анықталды, оның ішінде 6951 немесе 4,5% қатерге ұшырамаған топта және 501 немесе 10,3% қауіптілік факторлары бар топта және 53 немесе 0,03% жалған негативті нәтижелер тобында. Скрининг бағдарламасында сезімталдық 88,5%, оның ішінде ерекшелігімен 95% құрады [6].

Польшада келесі параметрлерді бағалаумен скринингтің 10 жылдық (2003 жылдан бастап 2013 жылға дейін) нәтижелері бойынша талдау жүргізілді: бағдарламамен қамту (туғаннан бастап аудиологиялық скрининг бағдарламасымен қамтылған балалардың үлесі), әртүрлі деңгейдегі аудиологиялық скрининг нәтижелері және есту қабілетін жоғалту дәрежесі, бұл ретте туғаннан бастап аудиологиялық скрининг бағдарламасымен қамтылғандардың үлесі тірі туғандар санының 96,0%-ын құрады, жете зерттеуге мұқтаж балалар үлесі зерттелетін популяцияның 8,5%-ын құрады, олардың ішінде сурдологиялық орталықтарда орташа есеппен 55,8%-ына кеңес берілді, бағалау бойынша есту қабілетін жоғалту деңгейі 0,3% құрады. Есту функциясы бұзылған балалардың ең көп саны қатердің ілеспе факторлары бар топта анықталған, оның ішінде 58,2%-ы есту аппаратымен протезделді, 34,0%-ы хирургиялық емдеуге, 7,8%-ы одан әрі оңалтуға жіберілді. Бағдарламаны бағалау нәтижелері оның тиімділігінің жақсы екенін растады [7].

Ұлыбританияда өткізілген аудиологиялық скрининг нәтижелеріне ретроспективті талдау көрсеткендей, 2004 жылғы 1 сәуірден бастап 2013 жылғы 31 наурызға дейінгі аралықта туған 4 645 823 баланың ішінде жалпы санының 97,5%-ы 4/5 апталық жастағы скринингтен өткен және 98,9%-ы 3 айдан кейін толық скринингтен өткен [8]. Талдау мынадай нәтижелерді көрсетті: естудің билатеральды бұзылуы жаңа туған нәрестелер когортында 12/13, орта жаста – скрининг аяқталған кезде 9 күн, кейінгі кезеңде келіп түскен кезде 30 күн, расталған кезде 49 күн, ерте араласуға жүгінген кезде 50 күн және есту аппаратын таңдағанға дейін 82 күн анықталды. Сәйкестендіру және диагнозды соңғы қою жасы бала өмірінің алғашқы 6 айында болған [9].

Канаданың бір аймағында жаңа туған нәрестелерге аудиологиялық скрининг жүргізудің кемшіліктері анықталды. Мәселен, 2003-2013 жылдар аралығында анықталған 418 баланың 182-інде немесе 43,5%-ында туа біткен есту қабілетінің жоғалуы бар, бұл ретте олардың ішінде 30-ы немесе 16,5%-ы бастапқы аудиологиялық бағадан соңғы диагноз қойғанға дейін 3 ай кешіктіріліп анықталған. 30 баланы бірінші бағалау мен есту қабілетін жоғалтуды растаудың орташа жасы 3,7 айды құрады, диагноз қоюдың проблемасы 22 балада немесе 73,3%-ында, олардың 15-інде ортаңғы құлақтың дисфункциясы болған, 9-ында генетикалық анамнезінде проблемалары бар. Осылайша, педиатриялық есту қабілетін жоғалтуды ерте анықтаудағы прогресске қарамастан, соңғы диагнозы кешіктіріліп расталған және осының салдарынан оңалту іс-шараларын уақтылы алмаған ерте бағалау үшін іріктелген балалар саны бар деген қорытынды жасалды [10].

Осылайша, жаңа туған нәрестелердің аудиологиялық скринингі бағдарламасы сезімталдық пен ерекшеліктің жоғары деңгейін қамтамасыз етеді. АҚШ-та немесе Еуропада аудиологиялық скринингтің көп деңгейлі ұйымдастырылуы жоқ, атап айтқанда МСАК көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының құрамында ашылған баланы дамыту кабинеттерінде екінші деңгей жүргізілмейді.

Мақсаты. Берілген талдамалық жазба ғылыми негізделген шешім қабылдау үшін ұлттық скринингтік бағдарламалар бойынша саяси шешім қабылдайтын тұлғаларға, сонымен қатар, жаңа туылған нәрестелер мен ерте жастағы балаларға арналған аудиологиялық скрининг бойынша білімін кеңейту үшін қызығушылық танытқан денсаулық сақтау саласының мамандары мен қарапайым тұрғындарға арналған.

Түйінді ойлар

Жаңа туылған нәрестелер мен ерте жастағы балаларға арналған аудиологиялық скрининг тек ОАЭ немесе ТТООАЭ тіркеу жолымен 3 деңгейде Қазақстан Республикасында және Ресей Федерациясында жүргізіледі. Ал АҚШ пен Еуропа елдерінде бұл скрининг жүргізілмейді.

Клиникалық нәтижесі бойынша есту қызметінің бұзылыстарын анықтауға бағытталған көпдеңгейлі скринингтің әсерлілігінің ғылыми дәделдері жоқ. Сондықтан скринингтің бұл түрінің пайдасы мен тәуекелінің тепе-теңдігін анықтау мүмкін емес.

Бүгінге дейін бұл скринингтің клиникалық және экономикалық әсерлілігі туралы жариялаған рандомизацияланған скринингтік, диагностикалық және бақылау клиникалық зерттеу жұмыстары жүргізілмеген.

Второй уровень аудиологического скрининга: стоит ли проводить его в кабинетах развития ребенка организаций ПМСП?

Иманова Ж.А.¹, Айнекова Ж.А.², Тулепбекова Н.М.³

¹ Руководитель Центра совершенствования медицинской помощи, Республиканский центр развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан

² Главный специалист отдела интеграции служб здравоохранения Центра совершенствования медицинской помощи, Республиканский центр развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан

³ Ассистент кафедры ЛОР болезней Казахстанско-Российского медицинского университета, заведующий отделением сурдологии городской клинической больницы №5, внештатный детский сурдолог Управления общественного здоровья г.Алматы, Казахстан

Резюме / Ключевые положения

В Республике Казахстан аудиологический скрининг проводится с целью своевременного выявления нарушений остроты слуха и в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 сентября 2010 года № 704 «Об утверждении Правил организации скрининга» (Приказ № 704) [1] должен проводиться всем новорожденным и детям раннего возраста (до трех лет включительно) методом регистрации отоакустической эмиссии и/или вызванной отоакустической эмиссии (ОАЭ или ВОАЭ).

Успех аудиологических скрининговых программ новорожденных и детей раннего возраста заключается в своевременной идентификации, диагностике и лечения детей с потерей слуха. В 1990 году США для обеспечения одной из целей «Здоровье для всех людей в 2000 году», в рамках Национальной программы укрепления здоровья и профилактики заболеваний приняла решение о сокращении возраста проведения аудиологического скрининга, при котором дети со значительным нарушением функции слуха идентифицировались не более чем до 12 месяцев [2,3].

В 2007 году Centers for Disease control and prevention (CDC) начал собирать данные мониторинга и наблюдения по аудиологическому скринингу новорожденных в США, сбор данных включал информацию о получении услуг в соответствии с целями Early Hearing Detection and Intervention (EHDI): скрининг слуха до 1 месяца, диагностика и аудиологическая оценка до 3 – месячного возраста, для младенцев с результатом исследования слуха «Не прошел», а также учет младенцев с потерей слуха, получивших раннее хирургическое вмешательство до 6 месяцев, непосредственно получивших помощь в рамках государственных программ EHDI [4]. После получения обнадеживающих результатов по аудиологическому скринингу во всем мире широко проводится скрининг новорожденных и аудиологическая оценка. Тем не менее, на сегодняшний день нет консенсуса относительно использования аудиометрии и других электрофизиологических тестов в текущей практике. Несколько процедур и методов описаны и пропагандированы во всем мире, но систематическая схема проведения диагностики в популяции педиатрической аудиологии отсутствует [5].

В Европе – в городе Мирасии (Испания) проанализированы показатели скрининга у 156 122 детей, из которых 151 258 или 96,9% принадлежали к группе детей, не подверженных риску и 4864 или 3,1% к группе, подверженных риску по тугоухости.

В результате скрининга только 410 или 0,26% были направлены на консультацию, в том числе 213 или 0,14% из группы не подверженных риску и 197 или 24,7% из группы, подверженных риску по тугоухости. Было выявлено 7452 ложных результата или 4,7%, в том числе 6951 или 4,5% в группе не подверженных риску и 501 или 10,3% в группе с факторами риска и 53 или 0,03% ложнонегативных результата. Чувствительность в программе скрининга составила 88,5%, в том числе со спецификой 95% [6].

В Польше был проведен анализ по результатам 10 лет скрининга (с 2003 года по 2013 год) с оценкой следующих параметров: охват программой (доля детей, охваченных программой аудиологического скрининга с рождения), результаты аудиологического скрининга на разных уровнях и степень потери слуха, при этом доля охваченных программой аудиологического скрининга с рождения составила 96,0% из числа живорожденных, доля детей, нуждающихся в дообследовании составила 8,5% из исследуемой популяции, среди них в сурдологических центрах консультированы в среднем 55,8%, по оценкам уровень слуховых потерь составил 0,3%. Наибольшее число детей с нарушением функции слуха были обнаружены в группе с сопутствующими факторами риска, из них 58,2% были слухопротезированы, 34,0% направлены на хирургическое лечение, 7,8% на дальнейшую реабилитацию. Результаты оценки программы подтвердили ее хорошую эффективность [7].

Проведенный в Великобритании ретроспективный анализ результатов аудиологического скрининга показал, что из 4 645 823 детей, родившихся с 1 апреля 2004 года по 31 марта 2013 года, скрининг в возрасте 4\5 недель прошли 97,5% от общего количества и 98,9% прошли полный скрининг через 3 месяца [8]. Анализ показал следующие результаты: билатеральное нарушение слуха выявлено в когорте новорожденных 12\13, средний возраст – 9 дней при завершении скрининга, 30 дней при поступлении в последующий период, 49 дней при подтверждении, 50 дней при обращении за ранним вмешательством и 82 дня до подбора слухового аппарата. Возраст идентификации и окончательной постановки диагноза находились в пределах первых 6-ти месяцев жизни ребенка [9].

В одном из регионов Канады выявили недостатки проведения аудиологического скрининга

новорожденных. Так, из 418 детей, выявленных в период с 2003 по 2013 года у 182 или 43,5% врожденная потеря слуха при этом у 30 или 16,5% из них выявлена на 3 месяца позже от первоначальной аудиологической оценки до постановки окончательного диагноза. Средний возраст первой оценки и подтверждения потери слуха у 30 детей составил 3,7 месяцев, проблема в постановки диагноза у 22 детей или 73,3%, из которых у 15 имела дисфункция среднего уха, у 9 детей с проблемами в генетическом анамнезе. Таким образом, был сделан вывод, что несмотря на прогресс в раннем выявление педиатрической потери слуха имеется число детей, отобранных для ранней оценки с запоздалым подтверждением окончательного диагноза и несвоевременно получивших вследствие этого реабилитационных мероприятия [10].

Таким образом, программа аудиологического скрининга новорожденных обеспечивает высокий уровень чувствительности и специфичности. В США или Европе отсутствует многоуровневая организация аудиологического скрининга, а именно не проводится второй уровень в кабинетах развития ребенка, развернутых в составе организаций здравоохранения, оказывающих ПМСП.

Цель. Данная аналитическая записка предназначена для лиц, принимающих политическое решения по вопросам национальной скрининговой программы в целях принятия научно-обоснованного и эффективного решения, а также для заинтересованных профессионалов в сфере здравоохранения и населения с целью расширения знаний в области аудиологического скрининга новорожденных и детей раннего возраста.

Ключевые моменты

Аудиологический скрининг новорожденных и детей раннего возраста методом регистрации только ОАЭ или ВОАЭ проводится в 3 уровня в Республике Казахстан, Российской Федерации, тогда как в США и в странах Европе не проводится.

Научных доказательств эффективности многоуровневого скрининга на выявление нарушения функции слуха по клиническим исходам нет, и поэтому невозможно определить баланс пользы и вреда скрининга.

Отсутствуют рандомизированные скрининговые, диагностические и контролируемые клинические исследования, сообщающие о клинической или экономической эффективности.

Corresponding author: Zhazira Imanova, Head of the Center to improve medical care, Republican Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan
Postal code: 010000
Address: Nur-Sultan, 13 Imanov str.
Phone: +7(7172) 700-950 (1033)
E-mail: imanova.best@mail.ru

J Health Dev 2020; 36 (Special Issue): 4-17
UDC 614; 616-053.2; 616.21/.22.
Recieved: 24-11-2019
Accepted: 12-01-2020



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Что такое глухота и нарушения слуха?

Проблема снижения слуха является весьма актуальной как в медицинском, так и социальном отношении. По данным Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) во всем мире насчитывается более 466 миллионов человек с инвалидизирующей потерей слуха [11-13]. Рост числа случаев потери слуха в мире объясняется ростом численности населения; увеличением в структуре населения доли пожилых людей. По оценке ВОЗ, если не принять никаких адекватных мер, к 2030 году инвалидизирующей потерей слуха будет страдать почти 630 миллионов человек, к 2050 году их число может превысить до 900 миллионов.

Приблизительно 3 из 1000 детей рождаются с потерей слуха. Основными причинами потери слуха являются генетические дефекты или заболевания у новорожденных, осложнения при родах, врожденные заболевания, нарушения обмена веществ и инфекций органов слуха у детей [14]. Потеря слуха становится все более распространенным явлением. При непринятии действенных мер, проблема приведет к росту прямых расходов систем здравоохранения,

возрастет спрос на услуги по лечению болезней уха и нарушений слуха и на соответствующие вспомогательные средства и методы, в частности слуховые аппараты, сурдотехническую технику, слуховые импланты.

Кроме того, возникает потребность в подготовке квалифицированных специалистов здравоохранения. Если эти потребности не будут удовлетворены, это негативно скажется не только на отдельных людях, которые все больше будут оказываться в ситуации социальной изоляции и бедности, но и на обществе в целом, поскольку приведет к снижению производительности труда. В настоящее время для устранения потери слуха внедряются разные вмешательства со стороны системы здравоохранения. С целью раннего выявления детей с нарушением слуха внедрены скрининговые программы такие как: аудиологический скрининг новорожденных и школьников. Успех аудиологических скрининговых программ заключается в своевременной идентификации, диагностике и лечении детей с потерей слуха [15,16].

Нарушение слуха (глухота)

Нарушение слуха – полное (глухота) или частичное (тугоухость), снижение способности обнаруживать и понимать звуки.

Человек, не способный слышать так же хорошо, как слышит человек с нормальным слухом – порог слышимости 25 дБ или ниже в обоих ушах – страдает нарушением слуха.

Нарушение слуха может быть легкой, умеренной, тяжелой и глубокой степени. Развиваться на одном или обоих ушах и приводит к трудностям в слуховом восприятии разговорной речи или громких звуков.

Понятие «Тугоухость» применяется по отношению к людям с нарушением слуха, варьирующим в пределах от легкой до тяжелой степени. Обычно люди с нарушением слуха общаются с помощью разговорной речи и для улучшения слышимости используют слуховой аппарат или слуховой имплант.

«Глухие» люди, в основном страдают от глубокой потери слуха, при которой они слышат очень мало или не слышат вообще, часто для общения используют язык жестов [16].

Согласно Американской академии педиатрии ухудшение слуха – «снижение способности воспринимать звуки. Часто для обозначения людей, страдающих глухотой или дефектами слуха используют разные термины. Правильный термин зависит от того, как идентифицирует себя человек, а не от точной

степени ухудшения слуха» [17].

Термин «глухой», когда слово пишется со строчной буквы, означает «аудиологически глухой». Такой термин используется в случае серьезного или тяжелого ухудшения слуха. Этот термин зачастую используют тогда, когда ребенок не слышит звуков речи.

Термином «Глухой» (с большой буквы «Г») обозначается член Общества Глухих, то есть человек «культурно» принадлежащий к Глухим. Глухие не однородная группа людей с общим языком, наследием и похожим жизненным опытом. Члены Общества Глухих используют преимущественно жестовую речь для общения. К сообществу могут принадлежать люди с любой степенью тугоухости.

Термин «дефект слуха» используется в отношении детей, имеющих от умеренной до глубокой степени нарушения слуха.

«Нарушение слуха»- термин, который сообщество Глухих считает негативным, для описания человека с нарушением слуха желательно использовать термины «глухой» или «имеющий дефект слуха».

Существуют разные классификации нарушений слуха, в зависимости от того, какие критерии положены в их основу [18]. Наиболее распространенная классификация:

- 1) В зависимости от причины:

- наследственные нарушения слуха;
- врожденные нарушения слуха;
- приобретенные нарушения слуха.

2) По локализации повреждения:

- периферические нарушения слуха (поражение наружного, среднего, внутреннего уха, нейронов спирального ганглия и слухового нерва);

- центральные нарушения слуха (повреждение корковых и подкорковых центров слуховой системы).

3) По механизму преобразования звуковых сигналов:

- кондуктивная тугоухость (нарушение звукопроводения);

- нейросенсорная тугоухость (нарушение звуковосприятия);

- смешанная тугоухость (нарушение звукопроводения и звуковосприятия на одном ухе).

4) В зависимости от стороны повреждения:

- одностороннее повреждение слуха (повреждено одно ухо);

- двустороннее повреждение слуха (повреждено два уха).

5) По степени снижения слуха:

- 1, 2, 3, 4-я степень тугоухости;

- глухота.

В настоящее время при оценке состояния слуха в медицинском сообществе используется Международная классификация нарушений слуха, предложенная ВОЗ, в соответствии с которой средняя потеря слуха определяется в области частот 500, 1000, 2000, 4000 Гц (Таблица 1)

Таблица 1 - Международная классификация тугоухости

Характер поражения	Пороги слухового восприятия, дБ	Тяжесть поражения
Степень тугоухости I	26-40	Легкая
Степень тугоухости II	41-55	Средняя
Степень тугоухости III	56-70	Среднетяжелая
Степень тугоухости IV	71-90	Тяжелая
Глухота	>90	Глухота

Как выявляется глухота и нарушения слуха?

Современная медицина располагает большими возможностями своевременной и точной диагностики слуха, в том числе и у детей с момента рождения. Диагностика нарушения слуха является сложной и ответственной задачей, важное значение для успешной диагностики и реабилитации детей имеют объем и последовательность проводимых исследований.

Принцип комплексной диагностики слуха у детей раннего возраста введен в практику педиатрической аудиологии американскими аудиологами James Jerger и Deborah Hayes в 1976 году. Согласно этому принципу, в педиатрической аудиологии при определении степени и характера снижения остроты слуха нельзя полагаться на результаты лишь одного теста. Диагностика слуха у детей раннего возраста должна быть комплексной и включать в себя объективные методы исследования слуха и поведенческую аудиометрию [17].

Общепринятыми методами исследования слуха у детей, в том числе раннего возраста является:

1. Объективная аудиометрия, которая подразделяется на три основных вида:

- импедансометрию (тимпанометрия и акустическая рефлексометрия). Данный тест

позволяет сурдологу оценить работу среднего уха ребенка, с отображением на диаграмме подвижности барабанной перепонки, и если она недостаточно подвижна, это может быть свидетельством наличия жидкости в среднем ухе, которая временно влияет на остроту слуха;

- регистрацию вызванной отоакустической эмиссии (ОАЭ/ВОАЭ), которая позволяет определить мотильность (подвижность) наружных волосковых клеток органа Корти во внутреннем ухе. Для выполнения данного теста должна быть соблюдена максимальная тишина и неподвижность обследуемого.

ОАЭ/ ВОАЭ – используется как один из методов аудиологического скрининга новорожденных.

- регистрацию коротколатентных и стационарных слуховых вызванных потенциалов (КСВП, ССВП), проводимых в период, когда ребенок спит, при этом не требуется, чтобы ребенок реагировал на звук.

2. Субъективная (поведенческая) аудиометрия

При проведении данной методики исследования необходимо, чтобы ребенок реагировал на звук, поворот головы, поднятием руки, тест так же может проводиться в форме не

сложной игры, складыванием кубиков в корзину и т.д.

Существует 5 основных типов поведенческой аудиометрии:

- аудиометрия с использованием визуальной системы сурдолог определяет самый тихий звук, на который реагирует ребенок;
- условная игровая аудиометрия;

- порог улавливания речи сурдолог определяет самый тихий звук речи, на который реагирует ребенок;

- порог восприятия речи;

- распознавание речи сурдолог просит повторить ребенка услышанные слова или показать их на картинке предметов.

Что такое аудиологический скрининг?

Согласно определению Национального комитета по скринингу Министерства здравоохранения и социальной защиты Великобритании скрининг – это служба общественного здравоохранения, в которой членам определенной группы населения, которые не обязательно осознают, что они подвержены риску заболевания или его осложнений, или уже затронуты им, задают вопрос или предлагают тест для выявления тех лиц, которым, скорее всего, помогут, чем нанесут вред дальнейшие тесты или лечение для снижения риска заболевания или его осложнений [19].

Программы скрининга требуют значительных ресурсов и эффективных функциональных систем здравоохранения. Политика в отношении скрининга заболеваний может заметно различаться между странами и возможностями системы здравоохранения. Не существует единого метода, подходящего для всех ситуаций, поэтому нужно адаптировать подходы в зависимости от местного контекста. При пропаганде программ скрининга важно избегать навязывания моделей из стран с высокими ресурсами и развитыми системами здравоохранения, которые имеют развитые инфраструктуры и ресурсы для обеспечения адекватного охвата населения.

В Республике Казахстан скрининговые осмотры – это массовые профилактические мероприятия, проводимые сплошным методом, направленные на выявление заболеваний на ранних стадиях и предупреждение развития заболеваний, факторов риска, способствующих возникновению заболеваний, формирование и укрепление здоровья населения.

В нашей республике проводится несколько скринингов, в том числе:

- неонатальный скрининг – массовое комплексное стандартизированное обследование новорожденных на наследственные болезни обмена веществ с целью их раннего выявления и лечения;

- пренатальный скрининг – массовое комплексное стандартизированное обследование беременных женщин с целью выявления группы риска по хромосомной патологии и врожденным порокам развития

(ВГР) внутриутробного плода с последующим уточнением генетического диагноза;

- скрининг психофизического развития – массовое стандартизированное обследование детского населения в возрасте до трех лет с целью выявления группы детей с риском отставания в психофизическом развитии, организации диагностики и направления их в психолого-медико-педагогические консультации для оказания им коррекционно-развивающей помощи;

- аудиологический скрининг новорожденных и детей раннего возраста (до трех лет) – массовое стандартизированное обследование с помощью субъективных и объективных аудиологических тестов с использованием систем регистрации задержанной вызванной отоакустической эмиссии.

Скрининг слуха новорожденных и детей раннего возраста является стандартизированной автоматической процедурой объективного исследования слуха, предназначено для быстрого и надежного выявления детей, у которых с высокой степенью вероятности имеется нарушение слуха.

Стандарты [17] проведения аудиологического скрининга и коррекции нарушения слуха у детей сформулированы Объединенной комиссией по слуху детей США в 2007 году и являются общепринятыми во всем мире это так называемый «Принцип 1-3-6» в соответствии, с которым:

- скрининг проводится всем новорожденным до достижения ими возраста в 1 месяц, оптимально до момента выписки из родильного отделения;

- аудиологическое обследование (комплексное) при положительных результатах скрининга, т.е. выявлении нарушении слуха, проводят всем детям до достижения ими возраста 3-х месяцев;

- реабилитацию нарушений слуха (слухопротезирование, решение вопроса о слуховой имплантации) всем детям с выявленными необратимыми нарушениями слуха начинают не позднее достижения ими возраста 6-ти месяцев.

Современный алгоритм аудиологического скрининга новорожденных является двухэтапным и состоит из проведения объективных аудиологических исследований, в том числе регистрации отоакустической

эмиссии (ОАЭ/ВОАЭ) – 1-й этап и регистрации коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) – 2-й этап.

Как проводится аудиологический скрининг новорожденных и детей раннего возраста в Казахстане?

В Республике Казахстан аудиологический скрининг проводится согласно Приказу № 704 в целях своевременного выявления нарушения слуха у всех новорожденных и детей раннего возраста (до трех лет включительно) методом регистрации задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ).

Задачами аудиологического скрининга новорожденных и детей раннего возраста являются:

- 1) раннее выявление нарушения слуха у детей, начиная с периода новорожденности;
- 2) направление детей с риском нарушения слуха в сурдологические кабинеты для углубленного обследования;
- 3) направление детей с риском нарушения слуха в ПМПК для углубленного обследования и решения вопросов коррекционно-развивающего обучения;
- 4) оказание консультативной помощи родителям (законным представителям или опекунам) по вопросам лечения, коррекции, обучения и воспитания детей с нарушением

слуха;

5) учет обследованных детей для создания банка данных о больных с нарушением слуха и их потребностей в слухопротезировании, кохлеарной имплантации и слухоречевой реабилитации.

Организация аудиологического скрининга включает три уровня:

- 1) первый уровень аудиологического скрининга проводят родовспомогательные организации (перинатальные центры, родильные дома, родильные отделения в составе многопрофильных стационаров);
- 2) второй уровень аудиологического скрининга проводят организации ПМСП в кабинетах развития ребенка, развернутых в составе организаций здравоохранения, оказывающих ПМСП;
- 3) третий уровень аудиологического скрининга проводят организации в сурдологических кабинетах/центрах ПМСП, клиниках города, района.

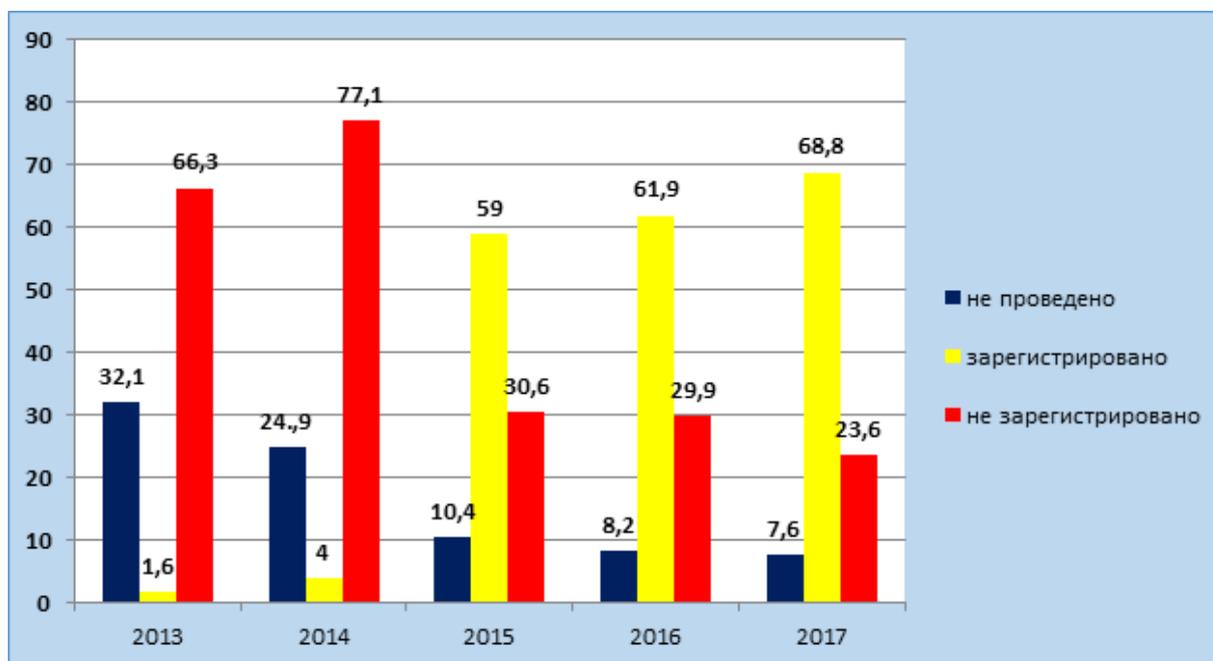


Рисунок 1- Динамика проведения аудиологического скрининга детям до 1 года в РК 2013-2017 гг.

Необходимо отметить тот факт, что на территории Республики Казахстан для проведения аудиологического скрининга используется регистрация ОАЭ/ЗВОА.

Анализ результатов аудиологического скрининга детей до 1 года по данным казахстанских исследователей [15] в РК в период с 2013 по 2017 года выявил небольшой охват среди городского населения от 53,6% до

57,7%, в том числе среди сельского населения от 42,3% до 46,4% во всех изучаемых годах. Положительной динамикой при этом является сокращение числа детей до 1 года, которым не проведен аудиологический скрининг с 32,1% (n=35414) в 2013 году до 7,6% (n=13746) в 2017 году.

Однако в изучаемых годах наблюдается высокая доля лиц, не прошедших аудиологический скрининг в сельской местности, где показатель вырос 43,1% (n=15270) в 2013 году до 60,1% (n=8255) в 2017 году.

Зарегистрированных случаев с нарушением слуха выше в сельской местности 2013 году 50,1% (n=889) и 2014 году 54,7%

(n=2364), чем в городской, где показатель 2013 года составил 49,9% (n=884) и 2014 году 45,3% (n=1957), однако в дальнейшем наблюдается обратная динамика, где показатель выявленных случаев среди городского населения выше (разброс 53,4% и 54,4%), чем сельский (45,6%-46,6%) (рисунок 1.).

При проведении анализа в группе обследованных детей в возрасте от 1 года до 18 лет с 2013 по 2017 года доля выявленных детей со снижением слуха колеблется в пределах 0,04% - 0,07% от общего числа обследованных. Наименьшее количество выявлено в 2014 году с показателем 0,04% (n=3700487), в том числе среди городского населения 0,03%, среди сельского населения 0,01% (рисунок 2).

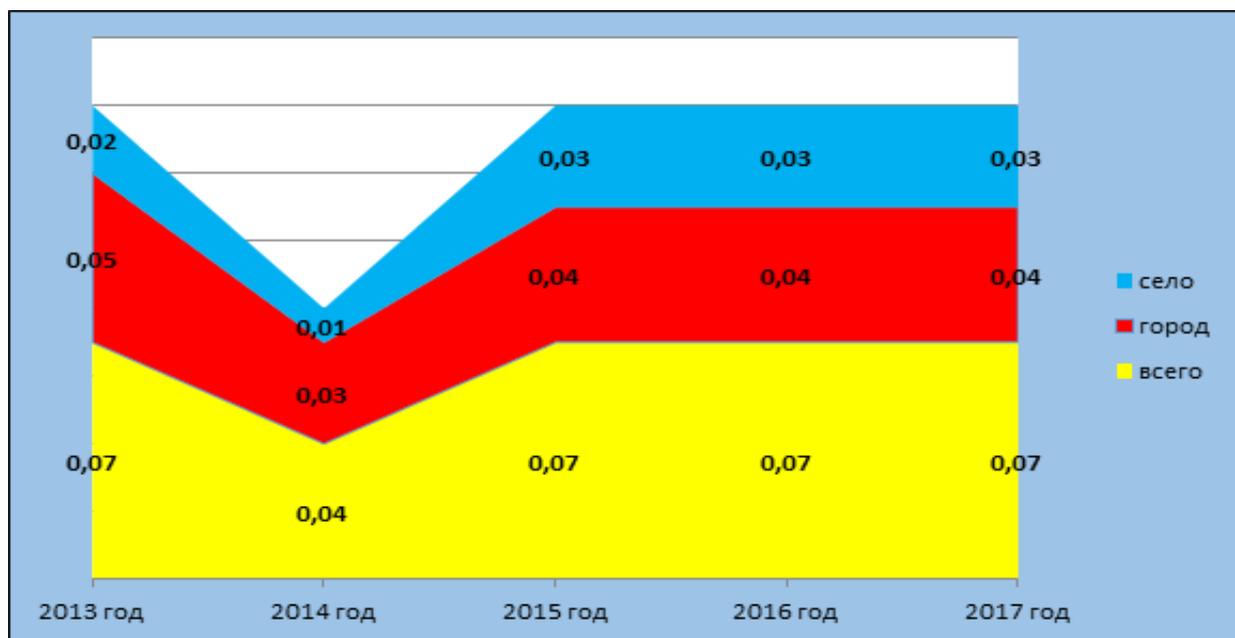


Рисунок 2 - Распределение выявленных случаев снижения слуха детей в возрасте от 1 года до 18 лет по годам

Анализ оснащенности медицинских организаций оборудованием для проведения аудиологического скрининга новорождённых отоакустической эмиссией показал недостаточный уровень оснащения медицинских организаций. Так, в 2012 году обеспеченность оборудованием составила 29%, следствием чего явилось практическое отсутствие выявления детей с нарушением слуха [20].

Данные 2015 года свидетельствуют о незначительной положительной динамике, где оснащенность медицинских организаций в 8 регионах была 100%, в 4 регионах оснащенность составила 59,3%.

В 2017 году анализ показал недостаточный уровень оснащения медицинских организаций приборами для проведения аудиологического скрининга в 2 регионах: в Карагандинской области 28%, в Северо-Казахстанской области 15%.

Таким образом, в динамике наблюдается

увеличение охватом скрининга детей до 1 года с периода 2013 по 2017 года при улучшении оснащения медицинских организаций приборами для проведения аудиологического скрининга, тем не менее, остается доля лиц (7,6%), которым обследование не проводилось.

Неравномерность соотношения показателей свидетельствует о необходимости изучения вопроса правильности регистрации заполнения выходных форм по тугоухости в РК.

Достоверных данных по охвату и результатам аудиологического скрининга на 2 уровне (на уровне ПМСП) на территории РК нет из-за отсутствия ввода данных в медицинские информационные системы.

В рамках мониторинга исполнения мероприятий Дорожной карты по совершенствованию детской оториноларингологической и сурдологической службы в Республике Казахстан 2019-2020 годы, утвержденной приказом Министра

здравоохранения РК от 31 января 2019 года № 30 с внесением изменений и дополнений от 24 октября 2019 года № 582 проведен анализ аудиологического скрининга на втором уровне по данным региональных управлений здравоохранения. На 2 уровне аудиологический скрининг проводит обученный медицинский работник кабинета развития ребенка на аппарате ОАЭ (отоакустическая эмиссия).

Из 17 областей только в 9 областях проводится второй уровень аудиологического скрининга детям раннего возраста, в 8 областях, а именно: Акмолинской, Атырауской, Восточно-Казахстанской, Костанайской, Кызылординской, Северо-Казахстанской, городах Шымкент, Алматы, аудиологический скрининг раннее выявление тугоухости не проводится в кабинетах развития ребенка организаций, оказывающих ПМСП в связи с отсутствием и неисправностью аппаратов отоакустической эмиссии.

По данным УЗ по состоянию на 01.10.2019 года по Республике Казахстан проживает 861 206 детей раннего возраста, из них аудиологическим скринингом на втором уровне охвачено 655 654 или 76% детей раннего возраста против 678 903 или 77% детей раннего возраста за аналогичный период 2018 года. Аудиологический скрининг не проведен 134 990 или 16% детям раннего возраста.

При этом из обследованных детей раннего возраста:

- у 600 546 детей раннего возраста или в 92% случаях результат теста «Прошел» на обоих ушах (норма слуха);

- у 1 363 детей раннего возраста или 0,2% случаях результат теста «Не прошел» на обоих ушах (подозрение на двустороннее снижение слуха);

- у 17 640 детей раннего возраста или 2,6% случаях результат теста «Прошел» на одном ухе и «Не прошел» на другом ухе (подозрение на одностороннее нарушение слуха).

В сурдологические кабинеты для проведения углубленного дообследования направлены 16 898 детей раннего возраста или 2,6% от общего числа выявленных.

Наименьший охват аудиологическим скринингом на втором уровне отмечается в следующих регионах:

- в городе Нур-Султан из 63384 детей раннего возраста охвачено аудиологическим скринингом 14% или 9025 детей раннего возраста;

- в Актюбинской области из 74338 детей раннего возраста охвачено аудиологическим скринингом 37% или 27267 детей раннего возраста;

- в Павлодарской области из 36410 детей раннего возраста охвачено аудиологическим

скринингом 41% или 14815 детей раннего возраста;

- в Алматинской области из 182217 детей раннего возраста охвачено аудиологическим скринингом 60% или 109662 детей раннего возраста;

Таким образом, на уровне ПМСП аудиологический скрининг на должном уровне не проводится из-за отсутствия аппаратов, загруженности кабинетов развития ребенка иными функциональными обязанностями (консультирование по вопросам ухода за детьми раннего возраста и формированию родительских навыков у матерей и членов их семей, разъяснению значения игр, чтения, общения для развития ребенка; информирование беременной или кормящей матери о правильном питании, вопросах планирования семьи, беременности, по вопросам поддержки грудного вскармливания; обучение родителя(ей) навыкам своевременного введения прикормов и их практического приготовления с учетом санитарных норм безопасности и энергетической потребности; разъяснение родителю(ям) мер по созданию безопасной среды для детей, предупреждающей травмы, отравления и несчастные случаи; мониторинг психомоторного и речевого развития ребенка и консультирования родителей по выявленным проблемам; консультирование по вопросам ухода за больными детьми на дому и за детьми с отклонениями в развитии; профилактика бытового насилия и жестокого обращения с ребенком), большой текучести кадров, отсутствия специально подготовленных (обученных) сестринских кадров, отсутствия контроля как со стороны первых руководителей медицинских организаций, так и со стороны кураторов региональных управлений здравоохранения. Не решен вопрос цифровизации информации по итогам аудиологического скрининга с внесением данных в медицинские информационные системы.

При практическом отсутствии в кабинетах развития ребенка технических условий для проведения аудиологического скрининга, а именно: создание тихой обстановки, обеспечение шумоизоляции в кабинете (ребенок должен тихо лежать или спать) Приказ № 704 [1] регламентирует необходимость проведения аудиологического скрининга детям до 1 года каждый квартал независимо от результатов предыдущего скрининга.

Вышеизложенное свидетельствует о необходимости внесения изменений и дополнений в Приказ № 704 [1] в части отказа/переноса аудиологического скрининга второго уровня из условий кабинетов развития ребенка организаций здравоохранения, оказывающих ПМСП в условия сурдологических кабинетов консультативно-диагностических

отделений организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

Выводы

1) Аудиологический скрининг является одним из ключевых аспектов своевременного выявления, раннего вмешательства, своевременной реабилитации и социализация детей раннего возраста с тугоухостью и глухотой.

2) В странах с высоким уровнем развития системы здравоохранения отсутствует многоуровневая (3-х этапная) система аудиологического скрининга.

3) Использование только регистрации ОАЭ/ЗВОАЭ как единственного метода аудиологического скрининга не является однозначным.

4) Низкая эффективность программы аудиологического скрининга на территории

Республики Казахстан доказана неполным охватом новорожденных аудиологическим скринингом, поздним направлением на дообследование в сурдологические кабинеты, низкой долей своевременно выявленных детей.

5) Причинами низкой эффективности программы аудиологического скрининга на территории Республики Казахстан являются недостаточный уровень оснащения приборами для проведения аудиологического скрининга на местах, наличие многоуровневой затратной и нереализуемой 3-х уровневой системы, отсутствие специально подготовленных сестринских кадров из-за высокой текучести среднего медицинского персонала.

Пути решения:

1. Доработка имеющихся медицинских информационных систем в части включения раздела для введения результатов прохождения аудиологического скрининга на всех уровнях, учета, движения и отчетности по сурдологической службе (выходные формы отчетов по всем уровням).

2. Подготовка предложений по внесению изменений и дополнений в Приказ № 704 в части отказа/переноса аудиологического скрининга

второго уровня из условий кабинетов развития ребенка организаций здравоохранения, оказывающих ПМСП в условия сурдологических кабинетов консультативно-диагностических отделений организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую.

3. Подготовка предложений по проведению аудиологического скрининга слуха двумя методами исследования – ОАЭ/ЗВОЭ и КСВП.

Вопрос 1

Основные меры для решения первого вопроса по доработке имеющихся медицинских информационных систем

Обзор и контекст

Доработка имеющихся медицинских информационных систем с включением раздела для введения результатов прохождения аудиологического скрининга (выходные формы отчетов по всем уровням), начиная с первого уровня аудиологического скрининга в родовспомогательных организациях (перинатальных центрах, родильных домах, родильных отделениях в составе многопрофильных стационаров), затем на втором уровне аудиологического скрининга в кабинетах развития ребенка, развернутых в составе организаций здравоохранения, оказывающих ПМСП и впоследствии на третьем уровне аудиологического скрининга в сурдологических кабинетах/центрах ПМСП, клиниках города, района, что позволит:

- повысить раннее выявление нарушения слуха у детей, начиная с периода новорожденности в организациях родовспоможения с отметкой «Не прошел тест»;

- повысить эффективность программы

аудиологического скрининга на территории Республики Казахстан со своевременным охватом новорожденных и детей раннего возраста аудиологическим скринингом и направлением на дообследование в сурдологические кабинеты;

- обеспечить своевременное направление детей с риском нарушения слуха в ПМПК для углубленного обследования и решения вопросов коррекционно-развивающего обучения;

- наладить достоверный учет обследованных детей данных по охвату и результатам аудиологического скрининга с созданием информационной базы данных о больных с нарушением слуха для хранения, поиска и обработки информации, содержащей, к примеру, сведения о проведенных лабораторных, клинических и инструментальных исследованиях, консультациях профильными и смежными специалистами, потребности в слухопротезировании, кохлеарной имплантации и слухоречевой реабилитации, коррекционно-развивающего обучения;

- исключить влияние «человеческого фактора» с потерей из зоны медицинского наблюдения новорожденных и детей раннего

возраста с нарушением слуха и с отметкой «Не прошел тест».

Вопрос 2

Основные меры для решения второго вопроса по подготовке предложений по внесению изменений и дополнений в Приказ № 704 [1].

Обзор и контекст

Реализация мер по внесению изменений (пересмотра) в действующий Приказ № 704 [1] в части отказа/переноса аудиологического скрининга второго уровня из условий кабинетов развития ребенка организаций здравоохранения, оказывающих ПМСП в условия сурдологических кабинетов консультативно-диагностических отделений организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую, позволит обеспечить:

- соответствие казахстанского аудиологического скрининга, направленного на своевременное и надежное выявление детей, у которых с высокой степенью вероятности имеется нарушение слуха, международным стандартам проведения аудиологического

скрининга; 2-уровневый аудиологический скрининг вместо многоуровневого;

- разгрузку кабинетов развития ребенка, имеющих достаточно обширный функционал при практическом отсутствии технических условий для проведения аудиологического скрининга;

- экономию финансовых средств, необходимых на закуп диагностического оборудования методом регистрации отоакустической эмиссии и/или вызванной отоакустической эмиссии в кабинеты развития ребенка 8 регионов из 17, в которых на настоящий момент данное медицинское оборудование отсутствует и создание технических условий для проведения аудиологического скрининга;

- при выявлении нарушений слуха у ребенка своевременно проводится углубленное дообследование по принципу «не теряя времени!».

Вопрос 3

Основные меры для решения третьего вопроса по проведению аудиологического скрининга слуха двумя методами исследования – ОАЭ/ЗВОЭ и КСВП.

Обзор и контекст

Внедрение двухэтапного алгоритма аудиологического скрининга новорожденных, состоящего из проведения объективных аудиологических исследований, в том числе регистрации отоакустической эмиссии (ОАЭ/ВОАЭ) на первом этапе и регистрации коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) на втором этапе позволит:

- обеспечить новорожденных и детей раннего возраста наиболее надежным способом скрининга с использованием КСВП, который позволяет регистрировать реакцию периферического (наружного, среднего, внутреннего уха), невральное (слуховой нерв) и

стволомозгового отделов слухового анализатора;

- исключить риск пропустить потерю слуха при проведении слухового скрининга новорожденных методом отоакустической эмиссии (ОАЭ/ВОАЭ) при наличии у новорожденного синдрома слуховой нейропатии, имеющей большую распространенность при применении коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП);

- соответствовать требованиям международных слухового скрининга новорожденных (США, Канада, Великобритания, страны Евросоюза, Турция и другие страны), использующих оба метода слухового скрининга по ОАЭ/ВОАЭ и КСВП у всех новорожденных.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил организации скрининга, утв.: 9 сентября 2010 года, № 704. *Prkaz Ministra zdravoohranenija Respubliki Kazahstan. Ob utverzhenii Pravil organizacii skringinga (Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. Approval of Screening Organization Rules) [in Russian], utv.: 9 sentjabrja 2010 goda, № 704.*
2. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1990.
3. Vohr B.R., Carty L.M., Moore P.E. et al. *The Rhode Island Hearing Assessment Program: Experience with statewide hearing screening (1993–1996)*. *J Pediatr.* 1998; 133: 353–357.
4. Chung W., Beauchaine K.L., Hoffman J., Coverstone K.R. et al. *Early hearing detection and intervention-Pediatric audiology links to services EHDl-PALS: Building a national facility database*. *Ear and hearing*, 2017; 38(4): e227.
5. Cubillana-Herrero J.D., Pelegrín-Hernández J.P., Soler-Valcarcel A., Mínguez-Merlos N. et al. *The assessment of the Newborn Hearing Screening Program in the Region of Murcia from 2004 to 2012*. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2016; 88: 228-332. doi: 10.1016/j.ijporl.2016.07.009.

6. Greczka G., Wróbel M., Dąbrowski P., Mikołajczak K., Szyfter W. *Universal Neonatal Hearing Screening Program in Poland -10-year summary*. *Otolaryngol Pol.* 2015; 69(3):1-5. doi: 10.5604/00306657.1156325.
7. Wood S.A., Sutton G.J., Davis A.C. *Performance and characteristics of the Newborn Hearing Screening Programme in England: The first seven years*. *Int J Audiol.* 2015 Jun; 54 (6):353-8. doi: 10.3109/14992027.2014.989548.
8. Fitzpatrick E.M., Dos Santos J.C., Grandpierre V., Whittingham J. *Exploring reasons for late identification of children with early-onset hearing loss*. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2017; 100: 160-167. doi: 10.1016/j.ijporl.2017.06.039.
9. Winston-Gerson R., Sabo D.L. *Hearing Loss Detection in Schools and Early Child Care Settings: An Overview of School-Age Hearing Screening Practices*. *NASN Sch Nurse.* 2016; 31(5):257-62. doi: 10.1177/1942602X16661362.
10. *Screening - WHO*. World Health Organization, 2019. Website. [Cited 15 Dec 2019]. Available from URL: <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/screening/en/>.
11. da Silva L. P. A., Queiros F., Lima I. *Etiology of hearing impairment in children and adolescents of a reference center APADA in the city of Salvador, state of Bahia*. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*, 2006; 72(1): 33-36.
12. Vohr B.R., Carty L.M., Moore P.E., Letourneau K. *The Rhode Island Hearing Assessment Program: experience with statewide hearing screening (1993-1996)*. *J Pediatr*, 1998; 133: 353-357.
13. Vohr B.R., Widen J.E., Cone-Wesson B., Sininger Y.S. et al. *Identification of neonatal hearing impairment: characteristics of infants in the neonatal intensive care unit and well-baby nursery*. *Ear and hearing*, 2000; 21(5): 373-382.
14. Wilson B.S., Finley C.C., Lawson D.T., Wolford R.D. et al. *Better speech recognition with cochlear implants*. *Nature*, 1991; 352(6332): 236-238.
15. Медеулова А.Р. *Комплексная оценка эффективности медико-организационной помощи детям после кохлеарной имплантации в Республике Казахстан / Дисс. ... PhD, Алматы, 2019: 364 с.*
Medeulova A.R. *Kompleksnaia otsenka effektivnosti mediko-organizatsionnoi pomoshchi detiam posle kokhlearnoi implantatsii v Respublike Kazakhstan*. *Diss. ... PhD, Almaty, 2019: 364 p.*
16. *Global costs of unaddressed hearing loss and cost-effectiveness of interventions: a WHO report, 2017*. Geneva: World Health Organization. Website. [Cited 15 Dec 2019]. Available from URL: <https://www.who.int/>.
17. *Информационный справочник для семей, в которых воспитываются дети, страдающие глухотой или дефектами слуха, 2017.- 110 с. Интернет ресурс. [Дата обращения 18 Лек 2019]. Режим доступа: https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/344017_EHDDIResourceGuideRus.pdf.*
Informatsionnyi spravochnik dlia semei, v kotorykh vospityvaiutsia deti, stradiushchie glukhotoi ili defektami slukha (Information guide for families raising children with deafness or hearing impairment) [in Russian], 2017:110 p. Internet resurs. [Data obrashcheniia 18 Lek 2019]. Rezhim dostupa: https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/344017_EHDDIResourceGuideRus.pdf.
18. Королева И.В. *Введение в Аудиологию и слухопротезирование (Серия Специальная педагогика) /СПб. КАРО, 2012.- 400 с.*
19. *Overview of Glaucoma – Eye Diskorders/Rhee 2017*. Website. [Cited 15 Dec 2019]. Available from URL: <https://www.msmanuals.com/professional/eye-diskorders/glaukoma/overview-of-glaucoma>.
20. Lyazzaf Kosherbayeva, Aigul Medeulova, David Hailey, Lyudmila Yermukhanova et al. *Influence of a health technology assessment on the use of pediatric cochlear implantation in Kazakhstan*. *Health Policy and Technology*, 2018; 7(3): 239-242.

Improving the system for Health technology assessment in Kazakhstan for healthcare decision-making

Adlet Tabarov ¹, Zaid Zholdasov ², Lazzat Esbatyrova ³

¹ Deputy Head of the Center for Economics and Health Technology Assessment, Republican Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

² Head of the Department of Health Technology Assessment of Center for Economics and Health Technology Assessment, Republican Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

³ Head of the Evidence Search Department of Center for Economics and Health Technology Assessment, Republican Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

Abstract / Key messages

Health technology assessment (HTA) is considered as a decision making and policy making instrument in the public health field in many developed countries. Modern tendencies give plenty of evidence of wide development of HTA processes and their implementation on a global scale. Along with these tendencies, there are number of issues that hinder active implementation and use of HTA worldwide including Kazakhstan.

Major issues that limit further development and implementation of HTA processes in our country are lack of human resources, evidence-based medicine data, and tight deadlines for HTA reporting. Furthermore, they affect the quality of HTA reports followed by inadequate decision-making by the members of the Joint Commission for the Quality of Health Services and overall decreased collaboration with the international HTA agencies.

To resolve these issues in the HTA system development, we propose policies that involve training and re-training specialists for the HTA field starting from undergraduate and postgraduate education. We also suggest optimization of HTA structures funding and enhancement of regulatory framework, which, in turn, control not only HTA processes, but also decision-making based on HTA results.

Қазақстанда денсаулық сақтау технологияларын осы сала бойынша шешімдерді қабылдау үшін бағалау жүйесін жетілдіру

Табаров Ә.Б.¹, Жолдасов З.К.², Есбатырова Л.М.³

¹ Денсаулық сақтау саласының экономикасы және технологияларды бағалау орталығының жетекшісінің орынбасары, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

² Денсаулық сақтау саласының экономикасы және технологияларды бағалау орталығының Денсаулық сақтауда технологияларды бағалау бөлімінің басшысы, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

³ Денсаулық сақтау саласының экономикасы және технологияларды бағалау орталығының Дәлелдемелерлі іздеу бөлімінің басшысы, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

Түйіндеме / Түйінді ойлар

Денсаулық сақтауда технологияларды бағалау (ДСТБ) әлемнің көптеген елдерінде денсаулық сақтау саласында шешімдер қабылдап, саясатты қалыптастырудың тиімді құралы ретінде танылған. Замануи үдерістер ДСТБ процестерінің жылдам дамып, олардың жаһандық ауқымда енгізіліп жатқанының дәлелі болмақ. Сонымен қатар, ДСТБ-ды белсенді енгізу мен оны қолдануды тежеп отырған жалпылама сипаттағы мәселелер де жоқ емес. Мұндай мәселелер Қазақстанға да тән.

Елімізде ДСТБ-ды енгізу мен оны әрі қарай дамытудың басты кедергілері - кадрлық ресурстардың тапшылығы, дәлелдемелі медицинаның ресурстық базасының жеткіліксіздігі, ДСТБ есептерін дайындауға арналған уақыт шеңберінің шектеулілігінің есептің сапасына әсер етуі, Денсаулық сақтау министрлігінің медициналық қызмет сапасы бойынша Біріккен комиссиясының ДСТБ нәтижелеріне сүйене отырып қабылдаған шешімін уақытында орындамау (немесе мүлде орындамау), ДСТБ бойынша халықаралық қауымдастықтардың

өзара байланысы мен серіктестігі белсенділігінің төмендеуі болып табылады.

ДСТБ жүйесінің дамуындағы негізгі мәселелерді шешу жолы ретінде ЖОО-дарында және дипломнан кейінгі курстарда ДСТБ саласының мамандарын дайындау және қайта дайындау, ДСТБ процестерін және оның нәтижелеріне сүйене отырып шешім қабылдау процедурасын реттеуші нормативті-құқықтық базаны жетілдіру саясаты ұсынылады.

Совершенствование системы оценки технологий здравоохранения в Казахстане с целью принятия решений в области здравоохранения

Табаров А.Б.¹, Жолдасов З.К.², Есбатырова Л.М.³

¹ Заместитель руководителя Центра экономики и оценки технологий здравоохранения, Республиканский центр развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан

² Начальник отдела оценки технологий здравоохранения Центра экономики и оценки технологий здравоохранения, Республиканский центр развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан

³ Начальник отдела поиска доказательств Центра экономики и оценки технологий здравоохранения, Республиканский центр развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан

Резюме / Ключевые положения

Оценка технологий здравоохранения (ОТЗ) признана в качестве инструмента для принятия решений и формирования политики в области здравоохранения во многих развитых странах, и современные тенденции свидетельствуют о широком развитии процессов ОТЗ и их внедрении в глобальных масштабах. Наряду с этим, существуют проблемы, сдерживающие активное внедрение и использование ОТЗ, имеющие общий характер, в том числе и для Казахстана.

Основными барьерами, ограничивающими дальнейшее развитие и внедрение процессов ОТЗ в Казахстане, являются: нехватка кадровых ресурсов, недостаточная ресурсная база доказательной медицины, ограниченность временных рамок для подготовки отчетов ОТЗ, что в целом отражается на качестве отчетов ОТЗ, недостаточное и несвоевременное исполнение (неисполнение) решений Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг МЗ РК, основанных на результатах ОТЗ, снижение активности по взаимодействию и сотрудничеству с международными агентствами по ОТЗ.

В качестве решения основных проблем в развитии системы ОТЗ предлагаются политики в подготовке и переподготовке специалистов в области ОТЗ, начиная на уровне обучения в ВУЗах и постдипломных курсах, в оптимизации политики финансирования структур в области ОТЗ и совершенствовании нормативно-правовой базы, регламентирующих не только процессы ОТЗ, но и процедуры принятия решений, основанных на результатах ОТЗ.

Corresponding author: Adlet Tabarov, Deputy Head of the Center for Economics and Health Technology Assessment, Republican Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan.

Postal code: 010000

Address: Nur-Sultan, 13 Imanov str.

Phone: +7(7172) 700-950 (1003)

E-mail: tabarov_a@rcrz.kz

J Health Dev 2020; 36 (Special Issue): 18-24

UDC 614; 614.2; 614:33

Received: 12-01-2020

Accepted: 12-02-2020



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Введение. Оценка технологий здравоохранения в Казахстане

Оценка технологий здравоохранения – комплексная оценка сравнительной доказанной клинической и клинико-экономической (фармакоэкономической) эффективности и безопасности технологий здравоохранения, а также экономических, социальных и этических последствий их применения [1].

Основная цель ОТЗ – помочь руководителям здравоохранения принимать научно обоснованные решения о применении медицинских технологий. Ее можно рассматривать как гибкий, непрерывный процесс, сопровождающий технологию от ее зарождения до стадии морального износа [2].

ОТЗ широко признана в качестве инструмента для принятия решений и формирования политики в области здравоохранения во многих развитых странах (Канада, Австралия, Великобритания и другие европейские страны). Использование результатов ОТЗ помогают правильному, целесообразному распределению ресурсов в области здравоохранения и обеспечивает доступ к необходимым технологиям для населения, с целью улучшения здоровья нации. В связи с этим актуальность и значимость процесса ОТЗ особенно высока в странах с низким и средним уровнем дохода, так как внедрение этих процессов обеспечит справедливый доступ к медицинским технологиям для населения в развивающихся странах. В разных странах объемы, источники и принципы распределения финансовых ресурсов могут различаться, но, несмотря на это, основные принципы и подходы в процессах ОТЗ являются общепринятыми во всех странах, с имеющимися различиями в организационных и структурных аспектах.

Создание такой структуры требует соответствующей институциональной и законодательной базы, а также финансовых ресурсов. Органы ОТЗ могут:

- финансироваться только из государственных источников и учреждаться министерствами здравоохранения (на национальном, региональном уровне);
- финансироваться из государственного бюджета и источников деятельности государственно-частного партнерства;
- иметь независимое финансирование (частное);
- финансироваться профессиональными ассоциациями.

Кроме политической поддержки, для развития системы ОТЗ важен вопрос активного вовлечения заинтересованных сторон, начиная от лиц, принимающих решения до конечного потребителя технологии, пациентов,

пользователей, а также поставщиков услуг, промежуточным звеном в этом процессе являются агентства по ОТЗ, непосредственно выполняющие оценку технологии. В конечном итоге, при интеграции всех участников достигается внедрение эффективных методов диагностики, лечения, реабилитации, поддерживаются эффективные инвестиции в действенные технологии. При этом, процесс оценки технологий должен быть прозрачным и проводиться на основе исследований с высоким уровнем доказательности. Соответственно, с целью обеспечения научно обоснованного подхода для проведения ОТЗ необходимы высококачественные исследования по рассматриваемым технологиям и эксперты, выполняющие оценку должны иметь широкий доступ к результатам этих исследований.

Наряду с развитием процессов ОТЗ и их внедрением в глобальных масштабах проведенные исследования, направленные на оценку статуса процессов ОТЗ и существующих проблем, затрудняющих их дальнейшее развитие, демонстрируют, что во многих странах существуют эти проблемы в той или иной степени, и зачастую имеют определенную схожесть.

Так, глобальное исследование Всемирной организации здравоохранения 2015 года по оценке статуса ОТЗ в странах показало, что препятствиями на страновом уровне для усиления внедрения и использования ОТЗ в процессе принятия решений в области здравоохранения, являются:

- отсутствие квалифицированных человеческих ресурсов в 70%;
- отсутствие институционализации в 60%;
- отсутствие осведомленности/защиты значимости ОТЗ в 59%;
- отсутствие регулирования властями процесса развития ОТЗ в 44%;
- отсутствие политической поддержки в 41%.

Также, существуют препятствия на уровне структуры ОТЗ для усиления производственных возможностей ОТЗ:

- отсутствие квалифицированных человеческих ресурсов – 76%;
- ограниченность доступности бюджета – 69%;
- отсутствие доступности информации – 53%;
- отсутствие знания методов – 52%.

Кроме этого, одним из важных вопросов и проблем, является ограниченность учебных программ для поддержки наращивания потенциала в области ОТЗ [3].

Анализ роли ОТЗ в укреплении систем здравоохранения в развивающихся странах, показал, что в ходе дискуссии в фокус-группе с руководителями больниц показал, пришли к заключению, что ОТЗ не используется единообразно в процессе принятия государственных решений, и определили две основные проблемы:

- **Проблема 1**, отсутствие использования структуры ОТЗ для оценки технологий здравоохранения в системе общественного здравоохранения в развивающихся странах;

- **Проблема 2**, заключается в отсутствии инструмента поддержки принятия решений в области технологий здравоохранения, который позволил бы лицам, принимающим решения, обеспечивать наилучшие диагностические, терапевтические и экономические результаты. Разработка и интеграция широкой концепции ОТЗ в политику, а планирование, направленное на оптимизацию управления технологиями здравоохранения в государственных больницах, должно решить эти проблемы для обеспечения безопасного и эффективного оказания медицинской помощи пациентам [4.]

В течение последнего десятилетия международные и региональные организации и сети инициировали программы по наращиванию потенциала для ОТЗ во многих странах. В рамках одной из программ, в Казахстане,

оценка технологий здравоохранения как инструмент для принятия решений на системном государственном уровне внедрен в ходе реализации проекта Всемирного банка «Институциональное реформирование системы здравоохранения» в 2011 году. В результате данного Проекта был создан отдел оценки технологий здравоохранения при Республиканской центре развития здравоохранения, обучены специалисты методологии поиска доказательств и проведения ОТЗ, создана и поддерживается база экспертов ОТЗ, разработаны и утверждены нормативные правовые акты и методические рекомендации по проведению ОТЗ и принятию решений на основе результатов ОТЗ, создана Объединенная комиссия по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК), которая рассматривает результаты ОТЗ и принимает соответствующие решения, проводится взаимодействие и сотрудничество с ведущими организациями и агентствами по ОТЗ, такими как ISPOR (Международное общество фармакоэкономических исследований и оценки результатов), HTAi (международное общество по оценке медицинских технологий), INАНТА (Международная сеть агентств по оценке технологий здравоохранения) [1, 5, 6].

Проблемы совершенствования ОТЗ в Республике Казахстан

Не смотря на положительные результаты проделанной работы по внедрению процесса ОТЗ в систему здравоохранения, имеются проблемные вопросы и ряд недостатков (барьеров) для дальнейшего совершенствования процесса ОТЗ.

- 1) Нехватка кадровых ресурсов, в том числе специально обученных и подготовленных в рамках последиplomного образования, знающих и умеющих проводить поиск доказательств, критический анализ и синтез результатов вторичных исследований (систематических обзоров, мета-анализов, фармакоэкономических исследований), владеющих навыками в области эпидемиологии и статистической обработки массивов данных, экономистов здравоохранения с навыками математического моделирования и VBA-кодирования. Так, например, в отделе ОТЗ работает 5 человек на 4 штатных единицах (3 специалиста по 1,0 и 2 специалиста по 0,5 ставки), 3 из которых за 2019 провели 40 ОТЗ.

- 2) Недостаточная ресурсная база доказательной медицины: в основном используются абстракты статей, опубликованные в информационных базах PubMed, Scopus, TripDataBase, Cochrane.

Полные тексты статей исследований анализируются через нелегальный ресурс

SciHub, или бесплатные статьи со сроком давности, либо общедоступные ресурсы, например ВОЗ, а также другие платные ресурсы, например BNF, Martindale (официальная подписка РЦРЗ), и бесплатные, например BMJ (страновая общедоступная подписка).

- 3) Недостаток времени на качественную подготовку отчетов ОТЗ, связанный с большим государственным заказом и большой нагрузкой на каждого специалиста. Так, например, в Великобритании досье одной технологии рассматривается в течение 18 недель (4,5 месяцев), в Казахстане согласно Правил ОТЗ – 30 дней (1 мес.), согласно Правил деятельности формулярной системы – 50 дней (1,5 мес.) [8,9].

- 4) Из вышеперечисленных проблем вытекает следующая: недостаточное качество отчетов ОТЗ, ввиду отсутствия полных текстов статей, исследований экспертам ОТЗ приходится использовать данные из абстрактов, которые не позволяют более детально и глубоко провести анализ и синтез вторичных результатов, соответственно выводы и рекомендации в некоторых отчетах ОТЗ получаются недостаточно валидными. Кроме того на качество отчетов ОТЗ влияет недостаток кадров и временные рамки, в результате эксперту ОТЗ приходится за короткий период

времени провести поиск и отбор доказательств, синтезировать данные и сформулировать выводы и оформить структурированный отчет ОТЗ. В качестве второго эксперта ОТЗ выступает начальник отдела ОТЗ (чаще всего), иногда - другой сотрудник отдела ОТЗ, и редко - на возмездной основе нанятый эксперт ОТЗ из Базы данных экспертов ОТЗ. Эксперты из Базы данных экспертов ОТЗ из года в год все реже соглашаются участвовать в проведении ОТЗ в связи с низкой оплатой за один отчет ОТЗ, которая также влияет на качество и своевременность предоставления отчетов ОТЗ.

5) Недостаточное и несвоевременное исполнение (неисполнение) решений Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг МЗ РК, основанных на результатах ОТЗ, связанное с рекомендательным характером решений Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг МЗ РК (ОКК), отсутствием

Пути решения проблем совершенствования ОТЗ в Республике Казахстан

1. Политики решения проблемы нехватки кадровых ресурсов

1) Увеличение количества экспертов оценки технологий здравоохранения с увеличением заработной платы с целью их мотивации и профилактики текучести кадров:

а) постоянное планомерное повышение потенциала имеющихся специалистов ОТЗ;

б) подготовка и выпуск специалистов по ОТЗ в рамках бакалавриата, магистратуры и докторантуры;

в) Выделение соответствующего бюджета на привлечение экспертов ОТЗ на возмездной основе, в том числе рассмотрение возможности оплаты членам Комитета ОТЗ ОКК МЗ РК за экспертную оценку качества отчетов ОТЗ.

2) Оптимизация количества ОТЗ в рамках выделенных средств по государственному заданию с учетом кадровых ресурсов.

Политики решение проблемы недостаточной ресурсной базы доказательной медицины:

1) Выделение достаточных денежных средств на ежегодный закуп официального доступа к полнотекстовым статьям в базах Cochrane, Scopus или Elsevier, а также возможность оплаты взносов за членство в международных организациях ОТЗ;

2) Рассмотрение возможности выделения средств на проведение ОТЗ за счет включения расходов на ОТЗ в тарифы технологий и услуг, включенных /подлежащих включению в списки возмещения (в виде процентной ставки от стоимости тарифа);

3) Обеспечение сотрудничества с Назарбаев Университетом и медицинскими ВУЗами Казахстана для совместного получения

четкого процесса реализации решений (нет НПА, регулирующего и контролирующего данный процесс), отсутствием заинтересованности внедрения решений ОКК в практическое здравоохранения, отсутствием структуры в МЗ РК ответственного за внедрение и контроль решений ОКК.

Например, решения и рекомендации NICE носят обязательный характер, подлежат к исполнению в течение определенного установленного срока [10, 11].

6) Снижение активности по взаимодействию и сотрудничеству с международными агентствами по ОТЗ, связанное с ограничением финансовых ресурсов, необходимых для оплаты членских взносов.

и использования доступа к базам доказательной медицины и только к нужным полнотекстовым статьям;

4) Обеспечение доступа при проведении ОТЗ к данным регистров (ЭРОБ, ЭРСБ, Регистр беременных, Регистр больных диабетом и другие).

Политики решение проблемы качества отчетов ОТЗ:

1) Внесение изменений и дополнений в нормативные и правовые акты относительно сроков проведения ОТЗ в соответствие с международными рекомендациями и стандартами;

2) Утверждение национального руководства HandBook по организации и проведению ОТЗ, в котором необходимо четко определить временные рамки с учетом количества экспертов, проводящих ОТЗ, и количества ОТЗ на одного эксперта в год;

3) Привлечение нескольких экспертов ОТЗ для подготовки отчета ОТЗ по одной технологии на возмездной основе.

Политики решения проблемы недостаточного и несвоевременного исполнения (неисполнения) решений ОКК, основанных на результатах ОТЗ

1) Закрепление в нормативных правовых актах уполномоченного органа статуса ОКК как независимого национального института по выработке рекомендаций и решений относительно совершенствования качества медицинской помощи, указав что решения и рекомендации ОКК подлежат обязательному исполнению;

2) определение структурного подразделения уполномоченного органа, которое

будет проводить мониторинг реализации решений ОКК и наделение его полномочиями осуществления контроля реализации решений ОКК;

3) Определение сроков исполнения решений для каждой технологии с учетом особенностей ее внедрения, а также ответственных за ее реализацию;

4) и/или утверждение регламента

реализации решений ОКК, с указанием ответственных за внедрение технологии.

Общая сводная информация по аналитическому обзору (Policy Brief) «Проблемы совершенствования оценки технологий здравоохранения в Казахстане и пути их решения» представлены на рисунке 1.

Конфликт интересов отсутствует.

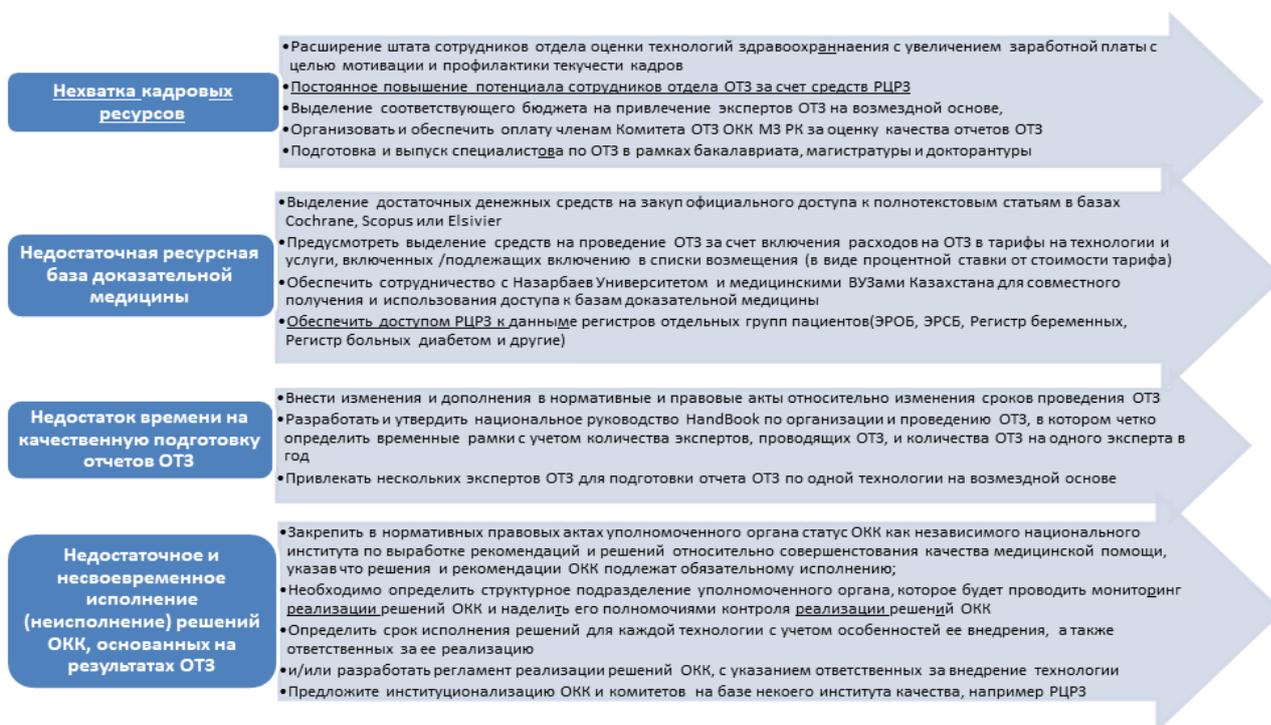


Рисунок 1 - Общая сводная информация по аналитическому обзору

Литература

1. Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения, от 18 сентября 2009 года, № 193-IV (с изменениями и дополнениями на: 01.01.2020 г.).

Kodeks Respubliki Kazakhstan. O zdorov'e naroda i sisteme zdravookhraneniia (The Code of the Republic of Kazakhstan. About people's health and healthcare system) [in Russian], ot 18 sentiabria 2009 goda, № 193-IV (s izmeneniiami i dopolneniiami na: 01.01.2020 g.).

2. A study of the impact of 2000-2001 HTA products Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Edmonton, Canada (2002). (IP_11 Information Paper).

3. Health technology assessment. HTA survey. WHO, 2015. Website. [Cited 12 Jan 2020]. Available from URL: <https://www.who.int/health-technology-assessment/HTASURVEY/en/>.

4. Mueller D., Tivey D., Croce D. Health-technology assessment: Its role in strengthening health systems in developing countries. Southern African Journal of Public Health (incorporating Strengthening Health Systems), 2017; 2(1): 6-11. DOI:10.7196/SHS.2017.v2.i1.50.

5. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил проведения оценки технологий здравоохранения, утв.: 22 мая 2019 года № ҚР ДСМ-85.

Prikaz i.o. Ministra zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhdenii Pravil provedeniia otsenki tekhnologii zdravookhraneniia (The order of the acting Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On approval of the Rules for the Health technology assessment) [in Russian], utv.: 22 maia 2019 goda № ҚР DSM-85.

6. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении правил формирования объединенной комиссии по качеству медицинских услуг и положения о ее деятельности, утв.: 17 августа 2017 года, №614.

Prikaz Ministra zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhdenii pravil formirovaniia ob»edinennoi komissii po kachestvu meditsinskikh uslug i polozheniia o ee deiatel'nosti (Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On approval of the rules for the formation of a joint commission on the quality of medical services and regulations on its activities) [in Russian], utv.: 17 avgusta 2017 goda, №614.

7. База данных экспертов по оценке медицинских технологий. Республиканский центр развития здравоохранения, 2020. Веб-сайт. [Дата обращения 17 Января 2020]. Режим доступа: http://www.rcrz.kz/images/bd_omt.pdf.

Baza dannykh ekspertov po otsenke meditsinskikh tekhnologii. Respublikanskii tsentr razvitiia zdavookhraneniia (Database of experts on the Health technology assessment. Republican Center for Health Development) [in Russian], 2020. Veb-sait. [Data obrashcheniia 17 Ianv 2020]. Rezhim dostupa: http://www.rcrz.kz/images/bd_omt.pdf.

8. Тепцова Т.С., Лемешко В.А. Оценка технологий здравоохранения в Шотландии // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2018. – №. 2(32). – С. 34-41.

Teptsova T.S., Lemeshko V.A. Otsenka tekhnologii zdavookhraneniia v Shotlandii (Health Technology Assessment in Scotland) [in Russian]. Meditsinskie tekhnologii. Otsenka i vybor. 2018; 2(32): 34-41.

9. Максимова Л.В. Опыт организации оценки технологий в здравоохранении Великобритании // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2011. – №.3.- С.62-67.

Maksimova L.V. Opyt organizatsii otsenki tekhnologii v zdavookhraneni Velikobritanii (Health Technology Assessment in Scotland) [in Russian]. Meditsinskie tekhnologii. Otsenka i vybor. 2011; 3: 62-67.

Approaches to assessing patient satisfaction with medical care. Analysis of problems and recommendations

Sarsembaikyzy Gulbanu ¹, Beks Torekhan ²

¹ Head of the Department of Strategic Health Development, Republican Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

² Leading Specialist of the Department of Strategic Health Development, Republican Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

Abstract / Key messages

Assessment of the quality of medical services provided is an integral part of the development of medical organizations. The quality of services provided by medical organizations is a multidimensional indicator that includes various factors. One of these factors is patient satisfaction.

According to the current guidelines "Conducting sociological studies to assess the satisfaction of the population with the quality of medical services", patient satisfaction is one of the important components of the quality of medical care, reflecting the compliance of patients' expectations with reality. Satisfaction assessment methods should be standardized and objective in order to obtain accurate data and to establish honest ratings.

The main problem of the current questionnaire and methods for assessing patient satisfaction is a weak methodology for their development. The problem is probably due to the lack of employees who have experience in developing the questionnaire using scientifically based methods and foreign experience.

To solve this problem, it is necessary to hire for qualified employees or use the experience of foreign/local professors who are located in the Republic of Kazakhstan. The presence of work experience is extremely important, since the development of the questionnaire and evaluation can cause difficulties, which in turn can affect the accuracy and reliability. A poorly developed method of collecting data (questionnaires) and their subsequent analysis tend to affect the final results, in this case the quality of medical care, as well as the rating of medical organizations.

The purpose of this Policy Brief is to uncover the causes of the problems of the current questionnaire of satisfaction of patients with medical care and suggest options for their elimination. Also, analyze the methodology of foreign countries in developing a tool for collecting data and methods for assessing the level of patient satisfaction and formulate recommendations for improving the methods used in the Republic of Kazakhstan.

Науқастардың медициналық қызметтің сапасына қанағаттануын бағалау тәсілдері. Мәселені талқылау және ұсыныстар

Сәрсембайқызы Г.¹, Бекс Т.²

¹ Денсаулық сақтауды стратегиялық дамыту бөлімінің басшысы, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

² Денсаулық сақтауды стратегиялық дамыту бөлімінің жетекші маманы, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

Түйіндеме/түйінді ойлар

Көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасын бағалау медициналық ұйымдарды дамытудың ажырамас бөлігі болып табылады. Медициналық ұйымдар көрсететін қызметтердің сапасы әр түрлі факторларды қамтитын көп өлшемді көрсеткіш болып табылады. Осындай факторлардың бірі пациенттердің қанағаттануы болып табылады.

«Халықтың медициналық қызмет сапасына қанағаттануын бағалау бойынша әлеуметтік зерттеулер жүргізу» Қолданыстағы әдістемелік ұсыныстары бойынша пациенттің қанағаттанушылығы пациенттердің шынайы күтуінің сәйкестігін көрсететін медициналық көмек сапасының маңызды компоненттерінің бірі болып табылады. Қанағаттануды бағалау әдістері нақты деректер алу үшін және адал рейтингтер жасау үшін стандартталған және объективті болуы тиіс.

Қазіргі сауалнаманың және пациенттердің қанағаттануын бағалау әдістерінің негізгі проблемасы

оларды әзірлеудің әлсіз әдістемесі болып табылады. Бәлкім, ғылыми негізделген әдістер мен шетелдік тәжірибені пайдалана отырып, сауалнаманы әзірлеуде жұмыс тәжірибесі бар қызметкерлердің болмауына байланысты.

Бұл проблеманы шешу үшін білікті қызметкерлерді іздеу немесе Қазақстан Республикасы аумағында орналасқан шетелдік/жергілікті профессорлардың тәжірибесін пайдалану қажет. Жұмыс тәжірибесінің болуы өте маңызды, өйткені сауалнаманы әзірлеу және бағалау кезінде қиындықтар туындауы мүмкін, бұл өз кезегінде дәлдік пен сенімділікке әсер етуі мүмкін. Деректерді жинаудың нашар әзірленген әдісі (сауалнамалар) және олардың кейінгі талдауы түпкілікті нәтижелерге, бұл жағдайда медициналық көмектің сапасына, сондай-ақ медициналық ұйымдардың рейтингіне әсер ету үрдісі бар.

Осы талдамалық жазбаның мақсаты – медициналық көмекке пациенттердің қанағаттану сауалнамасының қазіргі проблемасының себептерін ашу және оларды жою нұсқаларын ұсыну. Сондай-ақ, пациенттердің қанағаттану деңгейін бағалау әдістері мен деректерді жинау бойынша құралдарды әзірлеуде шет елдердің әдіснамасын талдау және Қазақстан Республикасында қолданылатын әдістерді жақсарту үшін ұсыныстарды тұжырымдау.

Подходы к оценке удовлетворенности пациентов медицинской помощью. Разбор проблем и рекомендации

Сәрсембайқызы Г.¹, Бекс Т.²

¹ Начальник отдела стратегического развития здравоохранения, Республиканский центр развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан

² Ведущий специалист отдела стратегического развития здравоохранения, Республиканский центр развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан

Резюме / Ключевые положения

Оценка качества, оказываемых медицинских услуг является неотъемлемой частью развития медицинских организаций. Качество оказываемых услуг медицинскими организациями является многомерным показателем, включающий в себя разные факторы. Одним из таких факторов является удовлетворенность пациентов.

По действующим методическим рекомендациям «Проведение социологических исследований по оценке удовлетворенности населения качеством медицинских услуг», удовлетворенность пациента это один из важных компонентов качества медицинской помощи, отражающий соответствие ожиданий пациентов действительности. Методы оценок удовлетворенности должны быть стандартизированными и объективными для получения точных данных и для составления честных рейтингов.

Основной проблемой нынешней анкеты и методов оценки удовлетворенности пациентов является слабая методология их разработки. Вероятно, проблема связано с отсутствием сотрудников имеющих опыт работы в разработке анкеты с использованием научно обоснованных методов и иностранного опыта.

Для решения данной проблемы необходимо произвести поиск квалифицированных сотрудников или использовать опыт иностранных/местных профессоров, которые находятся на территории РК. Крайне важно присутствие опыта работы, так как при разработке анкеты и оценке могут возникнуть сложности, что в свою очередь может повлиять на точность и достоверность. Плохо разработанный метод сбора данных (анкеты) и их последующий анализ имеют тенденцию влиять на окончательные результаты, в данном случае качество медицинской помощи, а также рейтинг медицинских организации.

Цель данной аналитической записки – раскрыть причины проблемы нынешней анкеты удовлетворенности пациентов медицинской помощи и предложить варианты их устранения. Также, проанализировать методологию зарубежных стран в разработке инструмента по сбору данных и методов оценки уровня удовлетворенности пациентов и сформулировать рекомендации для улучшения методов применяемых в Республике Казахстан.

Corresponding author: Sarsembaikyzy Gulbanu, Head of the Department of Strategic Health Development, Republican Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan.

Postal code: 010000

Address: Nur-Sultan, 13 Imanov Str.

Phone: + 7 778 288 84 66

E-mail: sarsembaikyzy_g@rcrz.kz

J Health Dev 2020; 36 (Special Issue): 25-40

UDC 614; 614.2; 614:33

Received: 18-02-2020

Accepted: 03-03-2020



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Введение

Важными компонентами для достижения главных целей развития здравоохранения в Республике Казахстан, в частности повышение качества оказания медицинской помощи, являются внедрение стандартизированных производственных процессов системы контроля качеством. Для контроля качества медицинских услуг учитывается 4 важных аспекта: профессиональных (квалификация врача) - выполнение технологий лечебно-диагностического процесса; оптимальности использования ресурсов; риска для пациента; а также удовлетворенности пациента оказанной медицинской помощью [1]. В данной статье мы затронем только один не мало важный аспект: удовлетворенность пациентов.

Несмотря на отсутствие точного определения, и методов оценки удовлетворенности, медицинские организации все чаще включают результаты оценки удовлетворенности пациентов в разработке стратегии контроля качества и повышения эффективности [2]. Например, оценка удовлетворенности пациентов для всех больниц Франции стала обязательным, начиная с 1996 года; и далее последовала волна исследований, которые были направлены на определение значения удовлетворенности и разработку стандартизированных методов её оценки [3, 4]. В США, в 2002 году CMS совместно с AHRQ разработали стандартизированный метод оценки удовлетворенности пациентов (HCAHPS) для оценки оказанной медицинской помощи. Целью проекта было предоставить общественности информацию об эффективности и качестве всех больниц для удобства пациентов при выборе больницы и создать почву для развития медицинских услуг [5]. Департамент здоровья Англии обязала каждый год проводить опросы среди пациентов; параллельно в Швейцарии местное управление по улучшению качества порекомендовала использовать опросы в целях сбора данных по оказанным медицинским услугам [6]. Удовлетворенность пациента может внести важную информацию в оценке качества оказанной медицинской помощи, которая не может быть измерена путем мониторинга клинических показателей [18].

Удовлетворенность, в целом - это восприятие индивидами степени выполнения их требований и ожиданий. Данный термин гибок по отношению к ситуациям, так удовлетворенность пациента, который на первый взгляд характеризуется ценой медицинской услуги, временем ожидания, профессионализмом медицинских работников и т.п., является многомерным понятием и не может быть высчитан простыми методами,

и требуют использования передовых статистических методов. Авторы исследований дают свои взгляды термину удовлетворенности: Дженкинсон К. и Ахмед И. уверяют, что удовлетворенность пациента определяет поведение по отношению к медицинской помощи; но Мохан относит к удовлетворенности эмоции, чувства и восприятие. Однако другие авторы упоминают, что понятие удовлетворенности определяется уровнем ожидания пациентов в отношении к идеальной помощи и восприятием реальной медицинской помощи [2, 11 – 13].

Многомерность и изменчивость к различным ситуациям, обусловлена тем, что удовлетворенность пациента подвергается к воздействиям факторов, которые могут быть не известны и/или не контролируемы. Поэтому мы не можем утверждать наверняка, что положительные результаты оценок удовлетворенности пациентов и клинические индикаторы взаимосвязаны, также как и отрицать эту взаимосвязь [7, 8]. Такая неопределенность также обусловлена тем, что это связано с личным опытом каждого пациента, что является субъективной оценкой. Но, несмотря на это, разработка объективного метода оценки удовлетворенности остается важным компонентом деятельности по контролю и обеспечению качества медицинской помощи [1].

Уровень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи является одним из показателей рейтинговой оценки деятельности медицинских организаций. Основными принципами обеспечения удовлетворенности пациентов являются: доступность медицинской помощи для потребителей медицинских услуг; обеспечение пациентов необходимой информацией; внимание и участие врача, медицинской сестры к состоянию пациенту; соблюдение медицинским персоналом принципов медицинской этики и деонтологии; результаты полученной медицинской помощи. Удовлетворенность пациентов в Казахстане проводится путем анкетирования, которая состоит из 12 вопросов и рассчитывается по среднему значению удельного веса положительных ответов на вопросы анкеты. Рекомендуется охватить не менее 10% респондентов от количества больных, выписавшихся из стационара, а также не менее 5% респондентов от фактического количества посещений в смену для организаций.

Описание проблемы

По мнению Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения «качественной должна считаться медицинская помощь, соответствующая стандартам медицинских технологий, при отсутствии осложнений, возникших в результате лечения, и достижении удовлетворенности пациента». Также, в современной рыночной экономике считается, что качество – это свойство товара или услуги удовлетворять спрос потребителей (в здравоохранении – пациентов). С этого следует отметить, что оценка удовлетворенности пациентов является неотъемлемой частью контроля качества медицинских организациях, так как она отражает качество оказываемой медицинской помощи с перспективы пациентов [1].

По рекомендациям иностранных исследователей, а также отечественной статьи [1] все инструменты по контролю качества должны своевременно (не реже, чем один год) «пересматриваться и актуализироваться в случаях изменения требований законодательства Республики Казахстан и/или внедрения инновационных медицинских технологий. За последние годы, система здравоохранения в Республике Казахстан переживает масштабные изменения, разработка и внедрение обязательного социального медицинского страхования и Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020 – 2025 годы могут повлиять на медицинскую деятельность всех уровней.

Основной проблемой оценки удовлетворенности пациентов является слабая методология разработки: качество вопросов в плане актуальности, степени отображения удовлетворенности пациентов и содержания; метод расчета и использование статистических методов. Не корректно составленная анкета (вопросы) и не правильность метода оценок удовлетворенности пациентов, влияют на общий рейтинг медицинской

организации и на объективную оценку качества медицинской помощи. Как упоминалось ранее, удовлетворенность пациентов входит в список показателей качества медицинских организаций.

Отсутствует информация об использовании научных методов при выборе вопросов для анкеты, это ставит под сомнение точность и надежность анкеты. Другими словами, вопросы, которые не имели статистически значимую связь с удовлетворенностью, не могут быть использованы в анкете. Также, вопросы в нынешней анкете не актуальны и нуждаются в пересмотре, так как не отражают последние изменения в здравоохранении страны и актуальные потребности пациентов. Помимо выше описанных проблем анкеты, качество отдельно составленных вопросов требуют пересмотра. Более детально этот вопрос обсуждается в подразделе «Общие рекомендации».

Уровень удовлетворенности пациентов рассчитывается без учета многих факторов (описанных в разделе «Какие факторы влияют на удовлетворенность пациента»), которые влияют на результаты оценок. Без контроля этих факторов нельзя быть уверенными в правильности результатов анализа оценок и рейтинга медицинских организации. Учитывая описанные проблемы можно предположить, что рейтинг ежегодных медицинских организаций и показатель качества медицинской помощи имеют смещение (необъективность) и некорректны оценены.

Рекомендации по разработке анкеты по удовлетворенности пациентов медицинской помощи описаны ниже: проектирование вопросов и категории анкеты, важность проверки точности и надежности, контроль переменных и разработка методов оценки. Не соблюдение рекомендации повышает шансы получения плохо спроектированной анкеты.

Причины проблем

Вероятными причинами выше описанных проблем являются несоблюдение стандартов разработки анкеты в соответствии

международных практик и отсутствие экспертов (сотрудников) в области качественных исследований.

Варианты политики

В данном случае, необходимо направить политическое и управленческое решение на внедрение международного опыта в разработке анкеты и метода ее оценки, с учетом культурных различий граждан Республики Казахстан и рекомендациям, указанных в данной аналитической справке. Также, для разработки и консультирования в вопросах разработки методологии, необходимо произвести поиск

сотрудников среди выпускников окончивших факультет общественного(ой) здравоохранения/медицины с опытом работы в области качественных исследований, или использовать опыт иностранных профессоров находящихся на территории Казахстана.

Внедрение международного опыта, точнее, использование методологии разных

стран не должно порождать трудности. Данные о разработке анкеты и метода расчета удовлетворенности пациентов можно найти на официальных сайтах ответственных организации. В статье приведены ссылки на ресурсы некоторых стран. Далее, для поиска сотрудников с опытом работы качественными исследованиями, рекомендуется провести конкурс среди студентов окончивших международные учебные заведения (пр.: по программе «Болашак»), либо среди выпускников местных учебных заведений, которые сотрудничают с международными институтами. Важно при организации конкурса учесть необходимость организаторов проверить на наличие опыта работы в сфере качественных исследований, с акцентом: на умение составить статистически обоснованную анкету и понимание используемых статистических методов; умение работать со статистическими программами (R, STATA, SPSS и т.д.); умение проводить интервью; понимание методов (исследования) и умение проектировать правильные исследования.

Альтернативным сценарием поиска сотрудников и разработки методологии,

может быть использование опыта и ресурсов иностранных профессоров, находящихся на территории Казахстана (пр.: сотрудники Назарбаев Университет). Преимуществом этого варианта могут быть наличие многолетнего опыта среди профессоров и рекомендации на студентов с опытом в проведении качественных исследований. Под «использованием опыта иностранных профессоров» подразумевается консультация в вопросах разработки этапов качественных исследований, анкеты и вопросов; корректировка методологии (при необходимости) и/или расшифровка иностранных документов (по разработке анкеты и оценке удовлетворенности пациентов); а также контроль качества проектирование методов исследования или полная разработка анкеты и методов оценки.

Сотрудничество с исследовательским институтом преимущественно, как в примере разработки HCAHPS, но среди частных организации в РК отсутствует зарекомендовавшие себя, в разработке анкет или проведение качественных исследований с использованием международного опыта, организации.

Внедрение вариантов политики

Данные о разработке анкеты и метода расчета удовлетворенности пациентов на официальных сайтах ответственных организации и научные статьи (рекомендации) по методологиям разработки анкеты часто написаны на английском языке, а также описание методов оценки (использование математических и статистических формул) могут оказаться сложными для понимания. В этом случае услуги переводчиков будут недостаточны. Рекомендуется сотрудничество с сотрудниками имеющие опыт работы в данной сфере.

Трудностями при поиске сотрудников, на первый взгляд, могут оказаться их нехватка и/или сложность их поиска. В этом случае можно ожидать помощи у иностранных профессоров, которые находятся в территории Казахстана или у местных профессоров окончивших международные учебные заведения (имеющие опыт работы в качественных исследованиях). В качестве примера можно привести профессоров «Школы Медицины Назарбаев Университета», которые заинтересованы в методологиях медико-биостатистических исследований, факторами и детерминантами риска заболеваний, оценке оказания медицинской помощи, информационными системами в здравоохранении и т.д. Помимо

опыта и знаний профессоров, они также имеют доступ к потенциальным кадрам и команду профессионалов.

В зависимости от сложности и объема работы по разработке анкеты и метода оценки удовлетворенности пациентов, можно выделить несколько вариантов сотрудничества с профессорами

(1) Формальные или неформальные встречи и обсуждения методологии разработки анкеты и методов оценки;

(2) объявление конкурса для разработки и дальнейшей её (анкеты) доработки/поддержки.

Первый вариант будет актуальным, если имеется сотрудник, который занимается разработкой анкеты. Данный вариант направлен на уменьшение ошибок посредством консультации, также преимуществом является полный контроль этапов разработки. Внедрение второго варианта политик подразумевает отсутствие полного контроля над этапами разработки, частая проверка и зависимость от исследователей (так как анкета и метод ей оценки требует ежегодной проверки и обновлений). Зависимость от исследователей может быть исправлен путем обучения сотрудников методологиям разработки анкеты.

Важность оценки удовлетворенности пациента

Существуют несколько причин, по которым важно проводить оценку удовлетворенности населения качеством медицинских услуг.

Удовлетворенность является показателем качества медицинской помощи, также, может быть использован для прогнозирования

(например, уровень удержания пациентов), кроме этого, удовлетворенность пациента имеет взаимосвязь с организационными аспектами больниц (отношение пациент-медсестра/пациент-врач, чистота и отсутствие шума). Получение доступа к результатам оценки удовлетворенности является важным для выявления проблем и разработки плана действий [18].

Исследования разных уровней показывают, что измерение удовлетворенности пациентов имеет взаимосвязь с качеством медицинского сервиса [2]. По оценкам 180 больниц, повышенный уровень удовлетворенности был ассоциирован с уменьшенным показателем риска смерти, провала спасения и незначительных осложнений, также с соблюдением пациентом медицинских рекомендаций, более высоким уровнем удержания пациентов и повышенными доходами [9, 13-14]. В то же время, медицинские работники больниц Франции имели положительные результаты об анкетировании пациентов и высокий интерес к результатам оценок. Так как большинство из них посчитало полезным получить обратную связь и узнать мнение пациентов о качестве их работы для их улучшения, но были скептически по отношению к способностям пациентов, объективно оценить их профессиональные навыки и знания [3].

Регрессионная модель, построенная Овиндом и коллегами для поиска факторов, которые связаны с удовлетворенностью пациента, включила в себя такие факторы

Какие факторы влияют на удовлетворенность пациента

Для корректной оценки удовлетворенности пациента и для получения максимальной выгоды от ее результатов, необходимо разработать стандартизованную и объективную анкету с факторами, которые влияют на удовлетворенность пациента, и используются в качестве средств для оценки качества оказания медицинской помощи [2]. В международной практике методы оценки удовлетворенности используют много общих и некоторые уникальные факторы [12]. Ниже перечисленные факторы могут быть использованы в пилотной версии анкеты, но вопрос о включении их в финальную версию анкеты должен решиться после выявления статистической значимой связи с удовлетворенностью пациентов посредством построения моделей и тестов.

Большинство исследований согласны в том, что возраст, пол, состояние здоровья и уровень образования коррелирует с удовлетворенностью пациента; высокая оценка ассоциируется с пожилыми пациентами, хорошей оценкой собственного здоровья и с низким уровнем образования [5]. К примеру, по результатам исследования, который был проведен в

как: ожидание пациента и влияние лечения на здоровье, личный опыт с медсестрами и врачами, некорректное лечение, время ожидания, организованность, купирование боли, возраст и образование и т.д. [10]. Контроль выше описанных факторов помогут медицинским организациям оценить качество отдельных больниц и проводить сравнительный анализ, расширить возможности для планирования стратегий по улучшению качества и оправдать ожидания пациентов. Помимо этого, это также позволит получить более объективные результаты оценок, посредством построения моделей, которые будут регулировать влияние факторов и позволит уменьшить ошибки (bias).

В Казахстане по результатам опроса и анализа удовлетворенности пациентов удалось выработать рекомендации, которые были направлены на улучшение качества амбулаторно-поликлинических организаций и медицинских организациях, оказывающих стационарную медицинскую помощь. Одним из таких рекомендаций было уменьшить очередность путем усовершенствования системы записи на прием, используя информационные технологии. Также было выявлено, что в амбулаторно-поликлинических организациях, по оценкам респондентов, отсутствует доступность лабораторных исследований; в стационарах по результатам опроса было выявлено, что требуются улучшения в работе приёмных покоев [33].

Шотландии, выявлено, что пациенты старше 50 лет с хорошей оценкой собственного здоровья и его улучшением, показали высокий уровень удовлетворенности. Также, было выявлено, что женатые мужчины имеют тенденцию высоко оценить уровень удовлетворенности, но чем больше пациенты пребывают в больнице, тем ниже их удовлетворенность [15].

Женщины оценивают свою удовлетворенность ниже, чем мужчины, это также относится к одиноким индивидам с низким уровнем образования и дохода. Такой фактор как продолжительность пребывания в больнице связано и с повышенной и пониженной оценкой удовлетворенности, интересно, но некоторые исследования не нашли статистической значимой связи между ними [5]. В связи с неопределенностью взаимосвязей вышеперечисленных факторов с удовлетворенностью пациентов, рекомендуется создать исследование в Казахстане. Исследование будет направлено на выявление связей между удовлетворенностью пациентов и факторами уникальных для жителей страны. Например, национальность, возраст, язык,

религия, показатели семейного положения и дохода и т.д. Это поможет определить необходимость включения вопросов, связанных выше описанными факторами в анкету.

Несмотря на то, демографические факторы (такие как: возраст, пол, степень образования и семейное положение) не контролируются и имеют не высокий интерес для медицинских учреждений, которые стремятся повысить качество оказываемых ими медицинских услуг, они играют важную роль в исследованиях, так как используется для корректной оценки удовлетворенности пациента при сравнении с другими учреждениями здравоохранения. Помимо этих факторов, исследователи используют организованность, услуги, сервис, уход медицинских работников и т.д. в качестве факторов в анкете, которые оказывают большее влияние на повышение общей удовлетворенности пациентов [2].

Вежливость, уважение и способность медсестер внимательно слушать пациентов являются сильными факторами общего удовлетворения пациентов. Эти факторы высоко оцениваются пациентами, как и врачебная помощь, процесс госпитализации, больничная среда и чистота. По результатам исследований 2011 г. было выявлено, что медсестринский и врачебный уход, больничная среда статистически значимы и положительно связаны с удовлетворенностью. Также, вежливость и уважение медработников влияет на удовлетворенность пациентов больше чем общение и корректное объяснение процедур, эффектов лекарств [16]. В исследовании, проведенном среди 430 американских

больниц, было выявлено что, «рабочая среда медсестры» и отношение «пациент – медсестра» статистически значимы с удовлетворенностью пациентов и их будущими рекомендациями больницы своим знакомым [17]. Важно знать, что в этом исследовании удовлетворенность пациентов измерялось факторами анкеты HCAHPS, разработанной CMS совместно с AHRQ.

Другие исследования показали, что навыки общения врачей с точки зрения их отношения к пациентам, объяснения условий, уровень оказания помощи, поддержки, уважения к предпочтениям пациентов и вовлечения пациентов в процесс принятия решений являются влиятельными факторами. В дополнение к этому, общение, сочувствие и забота со стороны персонала больницы в большей степени влияют на уровень удовлетворенности [2].

Отсутствие ответов в анкетах также влияет на конечный результат оценки удовлетворенности пациента. Участники опроса, которые не заполнили анкеты (не-респонденты), могут быть менее удовлетворены качеством медицинской помощи, чем респонденты. Больницы имели значительные различия в средних баллах, в сторону снижения, после того как включили ответы не-респондентов на исследование. День заполнения анкеты после выписки, также влияет на получение более объективной оценки удовлетворенности пациентов; результаты оценок оказались более позитивными у испытуемых ответившими раньше других [5]. Также это может вызвать ошибку забывчивости у пациентов.

Методы оценки в зарубежных странах

HCAHPS

Как уже ранее упоминалось в США, CMS совместно с AHRQ разработали первую стандартизированную анкету, HCAHPS. За последние годы данная анкета прошла несколько изменений и улучшений, которые происходит каждый год. Так, в октябре 2019 года 4,482 больницы предоставили баллы рейтинга основанных на 3 миллионах анкет. Три основные цели мотивировали создать HCAHPS: провести более объективную и значимую оценку больниц с помощью стандартизированной анкеты, которая затронет важные для пациентов аспекты; создать стимул, что позволит больницам развиваться; повысить ответственность в сфере здравоохранения за счет повышения прозрачности качества больничной помощи, предоставляемой в обмен на общественные инвестиции [19]. Если с целями создания данной анкеты все понятно, то оценка пользы анкетирования и публикаций рейтингов больниц, могут оказаться затруднительным.

Интересно что, потребителям (публичных отчетностей) интересно знать удовлетворенность пациентов, но ученые не могут полностью объяснить будут ли они использовать рейтинги и как. Важно помнить, что исследования, направленные на изучение влияний публичных рейтингов на выбор пациентов и улучшение качеств медицинской услуги больницами находится в начальном этапе развития [19].

Существуют свидетельства, указывающие на то, что больницы используют результаты удовлетворенности пациентов намного эффективнее, чем потребители. Больницы смогут использовать данные публичных отчетностей, сравнивая свои показатели эффективности, для улучшения клинических показателей и услуг. Ряд исследований отмечают положительные воздействия публичных отчетностей: изменение поведения медицинских работников, стимул к улучшению качества больницы (особенно больницы, которые имели средний рейтинг или ниже среднего). В некоторых отчетах

упоминалось, что после публикаций рейтингов наблюдалось снижение смертности на 30% - 41% [19, 22-25].

Число потребителей интересующихся мнением пациентов, рейтингом и качеством больниц растёт, но всю еще полностью неясен метод выбора больниц, хотя публичные отчетности и рейтинги имеют косвенные эффекты при выборе больницы [19].

Ниже приведены примеры результатов исследований, которые показывают отношение потребителей к оценкам удовлетворенности пациентов:

- пациенты предпочитают клинические показатели качества, нежели качество сервиса [20];

- фокус группа потребителей Рой-Айленда расставляют приоритеты следующим показателям: уважение, удобный доступ к медицинской помощи, понятные и конкретные информации, полученных от медицинских работников; это же исследование показывает, что потребителям был более интересен показатель успешности лечения (38% всех участников показали интерес), чем удовлетворенность пациентов (27%). 84% потребителей проявили интерес к рейтингам больниц, и были бы заинтересованы в получении дополнительной информации о качестве больниц [21];

- В отчете от 2004 HealthShare Technology говорилось, что пациенты в первую очередь интересуются клиническим качеством, но удовлетворенность пациента также был

высоко оценена (79%). Из 11% от участников исследования, которые были заинтересованы качеством больницы, большинство отметили, что удовлетворенность пациентов был одним из важных факторов при выборе больницы [22];

- Во Флориде некоторые группы потребителей указали положительное мнение об оценке удовлетворенности пациентов, и что это поможет им при выборе, особенно если оценки будут идти совместно с клиническими показателями. Но, остальные группы отнеслись скептически, указывая «неопределенность относительно источников информации, как собирались данные, мотивации потребителей заполнивших анкеты, и сроков проведения самого обследования» [19];

- Университет Майами попытались объяснить, как потребители воспринимают и используют данные о качестве больниц: доля потребителей относят время ожидания, уважение, получение необходимой информации и отношение медицинских работников. Некоторые участники при выборе, не опираются на клинические показатели, (так как эти показатели трудно интерпретировать, если были неправильно представлены) предпочитая использовать личный опыт в качестве почвы для выбора и рекомендаций больниц [19].

Зная это, в последние годы все больше штатов публикуют данные о качестве больниц для поддержания принятия решений потребителями [19].

Опрос стационарных больных (NHS Adult Inpatient Survey)

Правительство Англий предложило включить ежегодные опросы пациентов и пользователей медицинских услуг в журнал «The new NHS: modern, dependable, 1997 г.» [27]. Анкета для опроса больных стационара в Англии был впервые проведен в 2002 году всеми больницами NHS (National Health Service), опрос проводится ежегодно с 2004 года. В 2017 году средний показатель охвата больниц составил 41%. Сбором информации занимается CQC (Care Quality Commission), далее, результаты используются NHS и Департаментом здравоохранения и социального обеспечения для

оценки, улучшения и регулирования качества. Данные также составляют национальную статистику по опыту пациентов в NHS [26].

В исследовании, «затрат и преимуществ внедрения стратегии удовлетворенности пациентов», исследователя акцентирует внимание на том, что улучшение удовлетворенности пациентов положительно влияет на четыре аспекта: здоровье/благополучие, благоприятное восстановление пациентов, улучшения производительности и эффективности, а также на выбор больниц [28].

Рекомендации по разработке анкеты

Разработка анкеты: вопросы и секции

Разработка анкеты должна начаться с выборов вопросов, которые отвечают на удовлетворенность пациентов. Как в примере нескольких исследований для решения этой задачи были проведены интервью с пациентами, основными вопросами были: Что вам больше всего понравилось? Что вам меньше всего понравилось? Что бы вы хотели

изменить? Ответы пациентов кодировались и группировались в зависимости от категории. Дополнительно, обзор литературы, в частности обзор анкет, позволили выбрать вопросы для пилотной версии опросника [5, 29-30]. Далее вопросы должны быть распределены по категориям.

Хорошая анкета должна быть достоверной/надежной (reliable) и точной (валидной).

Валидность определяет точность анкеты, в примере HCAHPS, анкета измеряла рейтинг больниц и будут ли пациенты рекомендовать больницу. То есть, валидность позволит ответить на вопрос, насколько точно анкета измеряет рейтинг больниц и желание пациентов рекомендовать больницу. Валидность анкеты проверяется путем создания модели для проверки связи между вопросами и факторами «оценка больницы» и «будут ли пациенты

рекомендовать больницу». Также, в анкете использовалась оценка врачей и медсестер, и тестировалось корреляция каждого вопроса с данными факторами [5].

Для полного понимания рекомендуется ознакомиться пилотным исследованием создание анкеты HCAHPS [5], также самой анкетой (Приложение 1).

Рекомендации по оценке результатов

Категории вопросов в анкете могут выступать в роли показателей для оценки удовлетворенности качеством больницы, например, в анкете HCAHPS существует 10 категории (19 вопросов) и заключительный рейтинг, которые используются для определения общего рейтинга больницы.

Вопросы оцениваются в зависимости от типа, так, Шкала Лайкерта оцениваются по четырех или пяти бальной шкале, оценка больницы по десяти бальной шкале, Да/Нет вопросы по 1 бальной шкале. Важно корректировать эффекты личного опыта, метода

опроса (по телефону/почте) и ежеквартальных взвешиваний (quarterly weighting). Способы корректировки и их методы составления, такие как: patient-mix adjustment, phone/mail mode adjustments можно найти на официальном сайте www.hcahponline.org, в категории «Mode & Patient-Mix Adj». Применение корректировок сопровождаются средне-взвешиванием оценок для каждого показателя, путем взвешивания пропорционально для каждого пациента, ответившим на анкеты. Ниже приведена таблица, как пример, присуждение баллов по оценкам. Алгоритм кластеризации использовался для сопоставления баллов к оценкам.

Таблица 1 - Точки разреза для определения баллов

	1 звезда	2 звезды	3 звезды	4 звезды	5 звезд
Коммуникация с медсестрами	<86	≥86 до <90	≥90 до <92	≥92 до <95	≥95
Коммуникация с врачами	<88	≥88 до <91	≥91 до <93	≥93 до <95	≥95
Отзывчивость персонала	<79	≥79 до <83	≥83 до <87	≥87 до <91	≥91
Информация о лекарствах	<73	≥73 до <77	≥77 до <81	≥81 до <86	≥86

Для получения окончательного рейтинга в HCAHPS, 10 категорий уменьшалось до 8, путем получения среднего значения двух показателей (чистота и отсутствие шума; оценка больницы

рекомендация больницы), далее высчитывалось среднее значение 8 категорий. Округление проводилось по стандартным правилам.

Общие рекомендации

Вне зависимости от статистических результатов, выбор распределения вопросов по категориям, число категории и включение/исключение отдельных вопросов от анкеты должны разрабатываться при обсуждении с экспертами. При разработке и при переводе на другие языки, вопросы должны быть понятными, четкими и спрашивать об одном элементе; вопросы должны оцениваться по Шкале Лайкерта - 4-5 бальной шкалой; оценка больницы, работа медсестер и врачей по десяти бальной шкалой. Результаты данного метода оценок дают исследователям возможность проверить взаимосвязь между переменными, и построить

модель, которая позволит прогнозировать поведение некоторых факторов; кроме того, это позволит провести более объективную оценку.

Отдельное внимание стоит уделить на содержание вопросов в анкете удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи. Например, 4 вопрос «Удовлетворены ли Вы организацией медицинской помощи в данном учреждении (например, работа регистратуры, доступность предварительной записи на прием, режим работы кабинетов и др.)?», спрашивает о нескольких элементах организованности, и при анкетировании, респонденты, а также

исследователи во время анализов, не смогут объективно понять содержание вопроса. 11 вопрос имеет похожую ситуацию «Как вы оцениваете санитарно-гигиенические условия и комфортность в медицинской организации?», санитарно-гигиенические условия и комфортность носят в себе разные понятия, это отдельные переменные которые нуждаются в собственных вопросах [33]. Рекомендуется при пилотном анализе анкеты акцентировать внимание на упрощении и изменении содержания вопросов, если были трудности понимания респондентами. Вопросы должны спрашивать об одном элементе (переменной).

В 9 вопросе «Приходилось ли Вам в данном учреждении оплачивать медицинские услуги или стоимость лекарственного препарата, входящих в перечень Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи?», ответ «не знаю, что входит в ГОБМП», не является корректным ответом для данного вопроса. Так как, не отражает суть вопроса, для получения необходимых данных об уровне знания респондентами перечни ГОБМП следует задать отдельный вопрос.

Разработанная анкета, после пилотного исследования, не должно оставаться

неизменной. Рекомендуется проводить регулярный анализ анкеты, для ее улучшения. Вопросы, о необходимости новых и исключение существующих вопросов и факторов должны учитываться при каждом анализе анкеты. Не рекомендуется использовать открытую онлайн анкету, так как теряется информация о степени отклика и возможность случайной выборки, что является важными факторами используемые при корректной оценке.

Определение значений некоторых терминов перед разработкой анкеты сможет уменьшить недопонимания и трудности среди респондентов, исследователей и медицинских организаций.

Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи является показателем результатов новой Государственной программы развития здравоохранения РК на 2020 – 2025 годы, в связи с этим методика оценки и анкету удовлетворенности необходимо разработать единым для медицинских организации в разрезе профилей с целью объективности оценки индикаторов деятельности медицинской организации.

Конфликт интересов отсутствует.

Литература

1. Griffith J. R. *The well-managed healthcare organization*. – Chicago, IL: Health Administration Press, 1999.
2. Al-Abri R., Al-Balushi A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Med J*. 2014; 29(1): 3–7.
3. Boyer L., Francois P., Doutre E., Weil G., Labarere J. Perception and use of the results of patient satisfaction surveys by care providers in a French teaching hospital. *International Journal for Quality in Health Care*. 2006; 18(5): 359-364.
4. Code de la Santé Publique. Ordonnance no 96–346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal Officiel de la République Française (Paris)* 1996: 6324–6336.
5. The CAHPS. II Investigators and The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2003. Website. [Cited 22 Feb 2020]. Available from URL: <https://www.cms.gov/>.
6. Jenkinson C. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care*. 2002; 14(5):353-358.
7. Graham B. Defining and Measuring Patient Satisfaction. *J Hand Surg Am*. 2016; 41(9): 929-931.
8. Marley K., Collier D., Meyer Goldstein S. The Role of Clinical and Process Quality in Achieving Patient Satisfaction in Hospitals. *Decision Sciences*. 2004; 35(3): 349-369.
9. Sacks G., Lawson E., Dawes A. et al. Relationship Between Hospital Performance on a Patient Satisfaction Survey and Surgical Quality. *JAMA Surg*. 2015; 150(9): 858.
10. Bjertnaes O., Sjetne I., Iversen H. Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfillment of expectations. *BMJ Qual Saf*. 2011; 21(1):39-46.
11. Jenkinson C. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and Safety in Health Care*. 2002; 11(4): 335-339.
12. Iftikhar A., Allah N., Shadiullah K., Habibullah K. et al. Predictors of patient satisfaction. *Gomal Journal of Medical Sciences*, 2011; 9(2): 183 - 188.
13. Mohan D.R., Kumar K.S. A study on the satisfaction of patients with reference to hospital services. *Int J Bus Econ Manag Res*, 2011; 1(3): 15-25.
14. Dawn A., Lee P. Patient Satisfaction Instruments Used at Academic Medical Centers: Results of a Survey. *American Journal of Medical Quality*, 2003; 18(6): 265-269.
15. Quintana J., González N., Bilbao A. et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Serv Res*, 2006; 6(1): 102.
16. Otani K., Herrmann P., Kurz R. Improving patient satisfaction in hospital care settings. *Health Serv Manage Res*. 2011; 24(4):163-169.
17. Ann K., Matthew D., Douglas M., Jeannie P. et al. *Nursing: A Key to Patient Satisfaction*, Health Affairs (Millwood), 2009; 28 (4): w669–w677.
18. Labarere J. Development of a French inpatient satisfaction questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care*. 2001; 13(2): 99-108.

19. Harmon J., Alan W., Catherine J., Darcy C. *Costs and benefits of HCAHPS: final report*. Cambridge, MA: Abt Associates Inc. 2005.
20. Voluntary Hospital Association Inc. 2000. *Consumer Demand for Clinical Quality: the Giant Awakens*. Research Series, Irving, TX: VHA.2000; Vol.3.
21. Marshall R. *Quality hospital care, what does it mean to Rhode Islanders? Medicine and health, Rhode Island, 2000; 83(9): 289-290.*
22. *National Forum on Public Reporting of Hospital Performance Data, 2002*. Website. [Cited 22 Feb 2020]. Available from URL: <https://www.dfmc.org>.
23. Longo D.R., Land G., Schramm W., Fraas J. et al. *Consumer Reports in Health Care: Do They Make a Difference in Patient Care? JAMA. 1997; 278(19): 1579–1584.*
24. Chassin M.R. *Achieving and Sustaining Quality: Lessons from New York State and Cardiac Surgery. Health Affairs, 2002; 21(4): 40-51.*
25. Cleveland Clinic. *Related Hospitals Pull Out of Report-Card Project. Patient Satisfaction and Management Outcomes, 1999.*
26. *NHS adult inpatient survey 2018s. Survey development report*. Survey Coordination Centre, 2019. Website. [Cited 22 Feb 2020]. Available from URL: <https://nhssurveys.org/>.
27. Bullen N., Reeves R. *Acute inpatient survey: National overview 2001/0*. Europe: Picker Institute, 2003.
28. *The Patient Experience Library. Costs and Benefits of Implementing a Patient Experience Strategy; Or Why Every Director of Finance Should be Investing in Patient Experience*. Website. [Cited 22 Feb 2020]. Available from URL: <https://www.patientlibrary.net/tempgen/105343.pdf>.
29. Labaree J. *Development of a French inpatient satisfaction questionnaire. International Journal for Quality in Health Care. 2001; 13(2): 99-108.*
30. Antoniotti S., Baumstarck-Barrau K., Simeoni M et al. *Validation of a French hospitalized patients' satisfaction questionnaire: the QSH-45. International Journal for Quality in Health Care. 2009; 21(4):243-252.*
31. Pettersen K. *The Patient Experiences Questionnaire: development, validity and reliability. International Journal for Quality in Health Care. 2004; 16(6):453-463.*

Приложение 1

Анкета HCAHPS

Опрос с целью оценки удовлетворенности клиентов планами медицинского обслуживания (HCAHPS)

ИНСТРУКЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ОПРОСА

• Вам следует заполнить эту анкету только в том случае, если вы были пациентом больницы, указанной в сопроводительном письме. Не заполняйте эту анкету, если вы не являлись пациентом этой больницы.

• Ответьте на все вопросы, полностью заштриховав ячейку слева от вашего ответа.

• Иногда вам будет предложено пропустить некоторые вопросы данной анкеты. При этом вы увидите стрелку с примечанием о том, на какой вопрос вам следует отвечать дальше, например:

• Да/Нет Если «Нет», перейдите к вопросу 1.

На этой анкете Вы можете увидеть номер. Этот номер используется, чтобы сообщить нам о том, что вы вернули свою анкету и нам не нужно посылать вам напоминания.

Внимание: Вопросы 1-22 в данном опросе являются частью национальной инициативы с целью оценки качества медицинского обслуживания в больницах. OMB #0938-0981 (срок истекает 30 ноября 2021 г.)

Пожалуйста, ответьте на вопросы этой анкеты о данном пребывании в больнице, указанной в сопроводительном письме. Не включайте в свои ответы информацию о каких-либо других пребываниях в больнице.

Медицинское обслуживание, предоставляемое Вам медсестрами

1. Во время данного пребывания в больнице как часто медсестры относились к вам вежливо и уважительно?

¹0 Никогда

²0 Иногда

³0 Как правило

⁴0 Всегда

2. Во время данного пребывания в больнице как часто медсестры внимательно вас выслушивали?

- ¹0 Никогда
- ²0 Иногда
- ³0 Как правило
- ⁴0 Всегда

3. Во время данного пребывания в больнице как часто медсестры давали вам понятные объяснения?

- ¹0 Никогда
- ²0 Иногда
- ³0 Как правило
- ⁴0 Всегда

4. Во время данного пребывания в больнице, после того как вы нажали кнопку вызова, как часто вам предоставляли помощь по первому требованию?

- ¹0 Никогда
- ²0 Иногда
- ³0 Как правило
- ⁴0 Всегда
- ⁹0 Я никогда не нажимал (а) кнопку вызова

Медицинское обслуживание, предоставляемое Вам врачами

5. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи относились к вам вежливо и уважительно?

- ¹0 Никогда
- ²0 Иногда
- ³0 Как правило
- ⁴0 Всегда

6. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи внимательно вас выслушивали?

- ¹0 Никогда
- ²0 Иногда
- ³0 Как правило
- ⁴0 Всегда

7. Во время данного пребывания в больнице как часто врачи давали вам понятные объяснения?

- ¹0 Никогда
- ²0 Иногда
- ³0 Как правило
- ⁴0 Всегда

Больничная среда

8. Во время данного пребывания в больнице как часто в вашей комнате и туалете проводили уборку?

- ¹0 Никогда
- ²0 Иногда
- ³0 Как правило
- ⁴0 Всегда

9. Во время данного пребывания в больнице как часто возле вашей комнаты соблюдалась тишина в ночное время?

- ¹0 Никогда
- ²0 Иногда
- ³0 Как правило
- ⁴0 Всегда

Опыт Вашего пребывания в данной больнице

10. Во время данного пребывания в больнице требовалась ли вам помощь медсестер или другого персонала больницы для сопровождения вас в туалет или при использовании подкладного судна?

- ¹0 Да
- ²0 Нет Если «Нет», перейдите к вопросу 12.

11. Как часто вы получали помощь для сопровождения вас в туалет или при использовании подкладного судна по первому требованию?

- ¹0 Никогда
- ²0 Иногда
- ³0 Как правило
- ⁴0 Всегда

12. Во время данного пребывания в больнице давали ли вам какие-либо лекарства, которые вы не принимали до этого?

- ¹0 Да
- ²0 Нет Если «Нет», перейдите к вопросу 15.

13. Прежде чем дать вам новое лекарство, как часто персонал больницы объяснял вам, для чего оно?

- ¹0 Никогда
- ²0 Иногда
- ³0 Как правило
- ⁴0 Всегда

14. Прежде чем дать вам новое лекарство, как часто персонал больницы описывал возможные побочные действия понятным вам способом?

- ¹0 Никогда
- ²0 Иногда
- ³0 Как правило
- ⁴0 Всегда

Когда Вы вышли из больницы

15. После того как вы вышли из больницы, вы сразу направились домой, к кому-либо еще или в другое медицинское учреждение?

- ¹0 Домой
- ²0 К кому-либо еще
- ³0 В другое медицинское учреждение

Если «В другое», перейдите к вопросу 18.

16. Во время данного пребывания в больнице разговаривали ли с вами врачи, медсестры или другие сотрудники больницы о том, что вам может потребоваться помощь, когда вы выйдете из больницы?

- ¹0 Да
- ²0 Нет

17. Во время данного пребывания в больнице получали ли вы информацию в письменной форме о симптомах и возможных проблемах со здоровьем, на которые вам следует обратить внимание после выписки из больницы?

- ¹0 Да
- ²0 Нет

Общий рейтинг больницы

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы опроса о данном пребывании в больнице, указанной в сопроводительном письме. Не включайте в свои ответы информацию о каких-либо других пребываниях в больницах.

18. Используя цифры от 0 до 10, где 0 обозначает самую худшую больницу, а 10 – самую лучшую больницу, какую цифру вы бы поставили для оценки данной больницы во время вашего пребывания в ней?

- ⁰0 0 Самая худшая больница из возможных
- ¹0 1
- ²0 2
- ³0 3
- ⁴0 4
- ⁵0 5
- ⁶0 6
- ⁷0 7
- ⁸0 8
- ⁹0 9
- ¹⁰0 10 Самая лучшая больница из возможных

19. Рекомендовали бы вы данную больницу вашим друзьям и родственникам?

- ¹0 Определенно нет
- ²0 Возможно нет
- ³0 Возможно да
- ⁴0 Определенно да

Понимание медицинского ухода после того, как Вас выписали из больницы

20. Во время этого пребывания в больнице, при назначении нужного мне ухода, персонал принял во внимание мои предпочтения, пожелания моей семьи или ухаживающих за мной лиц при принятии решения в отношении моих медицинских нужд, которые, возможно, возникнут у меня после того, как я выйду из больницы.

- ¹0 Полностью несогласен (на)
- ²0 Не согласен (на)
- ³0 Согласен (на)
- ⁴0 Полностью согласен (на)

21. После выписки из больницы у меня было полное представление о тех мерах, за которые я нес (ла) ответственность в отношении моего здоровья.

- ¹0 Полностью несогласен (на)
- ²0 Не согласен (на)

³0 *Согласен (на)*

⁴0 *Полностью согласен (на)*

22. После выписки из больницы я четко понимал (а) для чего мне необходимо принимать каждое из лекарств.

¹0 *Полностью несогласен (на)*

²0 *Не согласен (на)*

³0 *Согласен (на)*

⁴0 *Полностью согласен (на)*

⁵0 *При выписке из больницы мне не дали каких-либо лекарств.*

О Вас

23. В данном случае вас госпитализировали после вашего поступления в отделение неотложной помощи?

¹0 *Да*

²0 *Нет*

24. В целом, как бы вы оценили ваше общее состояние здоровья?

¹0 *Отличное*

²0 *Очень хорошее*

³0 *Хорошее*

⁴0 *Удовлетворительное*

⁵0 *Плохое*

25. Как бы вы в целом оценили ваше психическое или эмоциональное состояние?

¹0 *Отличное*

²0 *Очень хорошее*

³0 *Хорошее*

⁴0 *Удовлетворительное*

⁵0 *Плохое*

Приложение 2

Анкета NHS Adult Inpatient Survey (не полная версия)

Прием в больницу

1. Ваше последнее пребывание в больнице было запланировано заранее или в чрезвычайной ситуации?

- *Экстренный или срочный*
- *В списке ожидания или планируется заранее*
- *Другое*

Отделение неотложной помощи

2. Когда вы прибыли в больницу, ходили ли вы в отделение неотложной помощи?

- *Да*
- *Нет*

3. Как много информации о вашем состоянии или лечении вы получили в отделении неотложной помощи?

- *Недостаточно*
- *Нужное количество*
- *Слишком много*
- *Мне не дали никакой информации о моем лечении или состоянии*
- *«Не знаю / не могу вспомнить»*

Список ожидания или запланированный прием

4. Как вы относитесь к тому, сколько времени вы были в списке ожидания до поступления в больницу?

- *Я был принят, как только я подумал, что это необходимо*
- *Я должен был быть принят чуть раньше*
- *Я должен был быть принят гораздо раньше*

5. По вашему мнению, был ли специалист, которого вы видели в больнице, получил всю необходимую информацию о вашем состоянии или заболевании от человека, который вас направил?

- *Да, безусловно*
- *Да, в некоторой степени*

- Нет
- «Не знаю / не могу вспомнить»

Больница и палата

6. Находясь в больнице, вы когда-нибудь жили в спальном зоне, например в комнате или в палате, с пациентами противоположного пола?

- Да
- Нет

7. Вы меняли палату ночью?

- Да, но я бы не предпочел менять
- Да, но я не против
- Нет

8. Сотрудники больницы объяснили причины перемещения так, чтобы вы могли их понять?

- Да, полностью
- Да, в некоторой степени
- Нет

9. Если вы привезли свое собственное лекарство с собой в больницу, могли ли вы принимать их тогда, когда это было необходимо?

- Да всегда
- Да, иногда
- Нет
- Я должен был прекратить принимать свои лекарства как часть моего лечения
- Я не принес с собой свои лекарства в больницу

10. Вы получили достаточно помощи от персонала, чтобы поесть?

- Да, всегда
- Да, иногда
- Нет
- Мне не нужна была помощь в приеме пищи

Врачи

11. Когда у вас были важные вопросы к врачу, вы получили ответы, которые вы могли понять?

- Да, всегда
- Да, иногда
- Нет
- Мне не нужно было спрашивать

12. Вы были уверены и доверяли лечащим врачам?

- Да, всегда
- Да, иногда
- Нет

Медсестры

13. Медсестры говорили перед вами, как будто вас там не было?

- Да, часто
- Да, иногда
- Нет

Забота и лечение

14. Были ли у вас уверенность и доверие к любому другому медицинскому персоналу, который вас лечит?

- Да, всегда
- Да, иногда
- Нет

15. Я не был замечен никаким другим медицинским персоналом

Иногда в больнице один из сотрудников скажет одно, а другой - совсем другое. Это случилось с вами?

- Да, часто
- Да, иногда
- Нет

16. Сколько информации о вашем состоянии или лечении было дано вам?

- Недостаточно
- Нужное количество
- Слишком много
- Мне не дали никакой информации о моем лечении или состоянии

- Не знаю / не могу вспомнить

Выписка из больницы

17. После того, как вы покинули больницу, получили ли вы достаточную поддержку со стороны медицинских работников или специалистов по социальному обеспечению, чтобы помочь вам выздороветь и управлять своим состоянием?

- Да, безусловно
- Да, в некоторой степени
- Нет, но поддержка была бы полезной
- Нет, но мне не нужна была поддержка

18. Перед тем, как покинуть больницу, получали ли вы какую-либо письменную или печатную информацию о том, что вы должны или не должны делать после выхода из больницы?

- Да
- Нет

19. Кто-нибудь из сотрудников объяснил вам назначение лекарств, которое вы должны принимать дома, так, чтобы вы могли понять?

- Да, полностью
- В некоторой степени
- Нет
- Мне не нужно объяснение
- У меня не было лекарств

Итоги

20. В целом, чувствовали ли вы, что к вам относились с уважением и достоинством, пока вы находились в больнице?

- Да, всегда
- Да, иногда
- Нет

21. Вы видели или получали какую-либо информацию, объясняющую, как подать жалобу в больницу на полученное вами обслуживание?

- Да
- Нет
- Не уверен / не знаю

22. Чувствовали ли вы себя хорошо ухоженными неклиническим персоналом больницы (например, уборщицы, носильщики, обслуживающий персонал)?

- Да, всегда
- Да, иногда
- Нет
- У меня не было контакта с неклиническим персоналом.

Some aspects of dynamic monitoring of patients with arterial hypertension

Gulzhan Mukhanova ¹, Zhazira Imanova ², Nurlan Imambayev ³, Laura Sakhanova ³

¹ Head of the Department of development of primary health care of the Center for improving medical care, Republican Center for Healthcare Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

² Head of the Center to improve medical care, Republican Center for Healthcare Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

³ Chief specialist of the Department of primary health care development of the Center for improving medical care, Republican Center for Healthcare Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

Abstract / Key messages

One of the leading risk factors for the development of DCS is hypertension, which is a global public health problem and causes the burden of heart disease, stroke and kidney failure, as well as contributes to premature death and disability, and therefore remains relevant in particular for the population of low-and middle-income countries and weak health systems.

In Kazakhstan, in accordance with the State program for health development «Densaulyk» for 2016-2019 of the Republic of Kazakhstan, as part of the modernization and priority development of PHC, a gradual transition from dispensary to management of major chronic diseases at the outpatient level has been implemented through the introduction of a disease management program (DMP), which includes the fight against behavioral risk factors in patients covered by dynamic monitoring, achieving full interaction between patients and medical workers, developing self-management skills in patients. Work continued on the implementation of integrated disease management programs based on diagnostic and treatment protocols at all levels and monitoring with the Central coordinating role of PHC workers.

When fully implemented in clinical practice, DMP allows optimizing the interaction between medical professionals and patients on joint planning of disease management strategies, patient training and further involvement in the treatment process, evaluating its results, solving psychological and economic problems, and self-management in order to further develop measures to improve the quality of life.

Артериялық гипертензиясы бар пациенттерді динамикалық бақылаудың кейбір аспектілері

Муханова Г.Т.¹, Иманова Ж.А.², Имамбаев Н.И.³, Саханова Л.Х. ³

¹ Медициналық көмекті жетілдіру орталығы медициналық-санитариялық алғашқы көмекті дамыту бөлімінің бастығы, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

² Медициналық көмекті жетілдіру орталығының басшысы, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

³ Медициналық көмекті жетілдіру орталығы медициналық-санитариялық алғашқы көмекті дамыту бөлімінің бас маманы, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

Түйіндеме / Түйінді ойлар

ҚЖА-ның даму қаупінің жетекші факторларының бірі қоғамдық денсаулық үшін жаһандық проблеманы білдіретін АГ болып табылады және жүрек ауруларының, инсульт пен бүйрек жетіспеушілігінің ауыртпалығын тудырады, сондай-ақ ерте өлім-жітім мен мүгедектікке ықпал етеді, сондықтан, атап айтқанда табыс деңгейі төмен және орташа және денсаулық сақтаудың әлсіз жүйелері бар елдердің тұрғындары үшін өзекті болып қала береді.

Қазақстанда Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға

арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасына сәйкес МСАК-ты жаңғырту және басым дамыту шеңберінде динамикалық бақылаумен қамтылған пациенттердің мінез-құлықтық қауіп факторларымен күресті қамтитын ауруларды басқару бағдарламасын (АББ) енгізу жолымен диспансерлеуден амбулаториялық деңгейде негізгі созылмалы ауруларды басқаруға біртіндеп көшу, науқастар мен медицина қызметкерлерінің толыққанды өзара іс-қимылына қол жеткізу, пациенттерде самоменеджмент дағдыларын дамыту жүзеге асырылды. МСАК қызметкерлерінің орталық үйлестіруші рөлі кезінде барлық деңгейлердегі диагностика мен емдеу хаттамалары және мониторинг негізінде ауруларды біріктірілген басқару бағдарламаларын енгізу бойынша жұмыстар жалғастырылды.

АББ оны клиникалық практикаға толық енгізу кезінде ауруды басқару стратегиясын бірлесіп жоспарлау, пациентті оқыту және оны одан әрі емдеу процесіне қатысуға тарту, оның нәтижелерін бағалау, психологиялық және экономикалық проблемаларды шешу, өмір сүру сапасын жақсарту жөніндегі шараларды кейіннен әзірлеу мақсатында өзіндік менеджмент бойынша медицина қызметкерлері мен пациенттер арасындағы өзара іс-қимылды оңтайландыруға мүмкіндік береді.

Некоторые аспекты динамического наблюдения пациентов с артериальной гипертензией

Муханова Г.Т.¹, Иманова Ж.А.², Имамбаев Н.И.³, Саханова Л.Х.³

¹ Начальник отдела развития первичной медико-санитарной помощи Центра совершенствования медицинской помощи, Республиканский центр развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан

² Руководитель Центра совершенствования медицинской помощи, Республиканский центр развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан

³ Главный специалист отдела развития первичной медико-санитарной помощи Центра совершенствования медицинской помощи, Республиканский центр развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан

Резюме / Ключевые положения

Одним из ведущих факторов риска развития БСК является АГ, представляющая глобальную проблему для общественного здоровья и обуславливает бремя болезней сердца, инсультов и почечной недостаточности, а также способствует преждевременной смертности и инвалидизации и потому остается актуальной в частности для населения стран с низким и средним уровнем доходов и слабыми системами здравоохранения.

В Казахстане в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы в рамках модернизации и приоритетного развития ПМСП осуществлен постепенный переход от диспансеризации к управлению основными хроническими заболеваниями на амбулаторном уровне путем внедрения программы управления заболеваниями (ПУЗ), включающей в себя борьбу с поведенческими факторами риска у пациентов охваченных динамическим наблюдением, достижение полноценного взаимодействия больных и медицинских работников, развитие у пациентов навыков самоменеджмента. Продолжены работы по внедрению программ интегрированного управления заболеваниями на основе протоколов диагностики и лечения на всех уровнях и мониторинга при центральной координирующей роли работников ПМСП.

ПУЗ при ее полноценном внедрении в клиническую практику позволяет оптимизировать взаимодействие между медицинскими работниками и пациентами по совместному планированию стратегии управления болезнью, обучению пациента и дальнейшим привлечением его к участию в лечебном процессе, оценке ее результатов, решению психологических и экономических проблем, самоменеджменту с целью последующей разработки мер по улучшения качества жизни.

Corresponding author: Gulzhan Mukhanova, Head of the Department of development of primary health care of the Center for improving medical care, Republican Center for Health Development; Nur-Sultan, Kazakhstan.

Postal code: 010000

Address: Nur-Sultan, 13, Imanov Str.

Phone: +7(7172)700-950 (1048)

E-mail: muhanova75@mail.ru

J Health Dev 2020; 36 (Special Issue): 41-49

UDC 616.1; 614; 614.2

Received: 07-01-2020

Accepted: 24-02-2020



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Введение

В соответствии с общемировой тенденцией, бремя хронических неинфекционных заболеваний на экономику Казахстана стремительно растет. Анализ экономического ущерба, проведенный в Республике Казахстан международными организациями, показал, что государственные затраты на здравоохранение, в части расходов на лечение хронических неинфекционных заболеваний (НИЗ), являются лишь «верхушкой айсберга»: скрытые потери для экономики, связанные со снижением производительности труда, превышают их в 6,5 раз и составляют 2,3 трлн. тенге в год, что эквивалентно 4,5% годового валового внутреннего продукта страны за 2017 год [1].

Ярким примером может послужить тот факт, что неинфекционные заболевания, а именно болезни системы кровообращения (БСК), онкологические болезни, сахарный диабет и хронические заболевания легких, опередив инфекционные болезни, становятся главной причиной смертности в мире.

Ключевым фактором повышения риска

неблагоприятных исходов БСК является артериальная гипертензия (АГ). Возникновение таких осложнений как инсульт (54%) и инфаркт миокарда (47%) связывают с АГ, которая занимает важнейшее место среди основных факторов риска развития БСК и определяет уровень смертности от них.

Профилактика АГ является более безопасным и менее дорогостоящим методом лечения, чем такие вмешательства, как аортокоронарное шунтирование, диализ и другое. Потребность в данных вмешательствах возникает в случаях, если АГ не выявлена заблаговременно и протекает без медикаментозного лечения [2].

Решающее значение имеет применение простых малозатратных технологий на уровне ПМСП, а именно динамическое наблюдение пациентов с АГ специалистами ПМСП, которое осуществляется с целью своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации.

Динамическое наблюдение пациентов с артериальной гипертензией

По данным литературных источников наибольшее распространение АГ получила на африканском континенте, где она была диагностирована у 46% взрослого населения в возрасте от 25 лет и старше. Самая низкая распространенность (35%) отмечена в государствах на американском континенте.

Исследования, проведенные в государствах Азиатско-Тихоокеанского сотрудничества (Япония, Китай, Корея, Тайвань) также показали, что повышение систолического артериального давления является ключевым фактором риска развития ишемического и геморрагического инсультов, смертности от БСК и болезней почек.

Общий риск БСК был в 4,5 раза больше у азиатских пациентов с систолическо-диастолической гипертензией и в 2,7 раза у пациентов с изолированной систолической гипертензией по сравнению с нормотензивными пациентами. Кроме того, на каждые дополнительные 10 мм.рт.ст. при систолической артериальной гипертензии риск развития ИБС увеличивается на 23%, ишемического инсульта на 43% и геморрагического инсульта на 74% [4].

Также, в ходе проведения исследования было установлено, что существуют значительные этнические различия в характеристиках АГ и БСК. В азиатских странах связь АГ и БСК более выражена, чем в Европе и США. Так, у жителей Японии, Китая, Кореи, Тайваня инсульт

встречается чаще, чем, тогда как у жителей Запада ИБС встречается чаще, чем инсульт. Геморрагический инсульт чаще встречается у азиатов, чем у жителей Запада, как среди лиц, получавших антикоагулянтную терапию, так и без таковой [5].

Население государств со слабым экономическим развитием зачастую не пытается лечить АГ, в виду его дороговизны. Впоследствии эти семьи тратят большую часть своих средств на лечение осложнений АГ, таких как острый инфаркт миокарда, инсульт и почечная недостаточность. В результате этого, в связи с длительностью лечения, смертью или инвалидностью кого-либо из работающих членов, семьи оказывались в нищете [6].

В конце XX века медицинскими специалистами Западной Европы и США в целях динамического наблюдения пациентов была предложена программа управления заболеваниями за больными с НИЗ.

Теория, лежащая в основе управления болезнью, утверждает, что ресурсы здоровья могут использоваться более эффективно, если пациент становится активным «центром, вокруг которого здравоохранение организуется» (Hunter D.G., 1999) [7]. Пациенты должны быть вовлечены как партнеры в процесс оказания помощи (Clark N. M., Gong M., 2000; Holman N., Lorig K., 2000), иметь широкий контроль над собственным лечением, быть полностью

информированы и принимать ответственность за процесс управления своим здоровьем [8,9].

Disease management развивается как важный раздел здравоохранения (Davis R.M. et al., 2000; Hunter D.J., 2000), широко поддерживается реформаторами здравоохранения, желающими сокращать затраты финансирования и улучшать результаты лечебно-профилактических мероприятий (Hunter D., Fairfield G., 1997; Robinson R., Steiner A., 1998) [10-13].

Управление болезнью располагает широкой международной поддержкой как оптимальный подход к планированию и обеспечению охраны здоровья (Kesteloot K., Defever M., 1998) [14].

Учитывая широкую распространённость, а также высокую летальность и инвалидизацию среди пациентов страдающих гипертонической болезнью, в республике с 2013 года начато поэтапное вовлечение пациентов с АГ, так же как больных сахарным диабетом, хронической сердечной недостаточностью в программу управления заболеваниями.

Для пациентов с хроническими заболеваниями, в том числе АГ, являются важным компонентом развития самоменеджмента и последующего выстраивания партнерских отношений между участковой службой и пациентом. Лучше если необходимые знания, который пациент начинает активно собирать из всех возможных источников, будут предоставлены врачом или обученным специалистом ПМСП в рамках Школ здоровья [15].

Как следствие взаимной плодотворной работы медицинского персонала и пациента происходит улучшение качества жизни больных, отказ от вредных привычек, снижение числа госпитализаций и вызовов скорой медицинской помощи.

Обученный самоменеджменту, при поддержке медицинских работников, пациент должен обладать знаниями и навыками не только по контролю болезни. Больной должен иметь достаточный объем знаний для самостоятельного принятия решений по облегчению своего самочувствия, предотвращению обострений и при отсутствии медицинских специалистов (самолет, выезд за границу и т.д.).

Раннее выявление и в дальнейшем динамическое наблюдение пациентов с АГ, позволяют вовремя заметить изменения в течении болезни и принять меры по профилактике осложнений. Главная задача динамического наблюдения – не допустить дальнейшего прогрессирования болезни у пациента.

По данным Научно-исследовательского института кардиологии и внутренних болезней (НИИКВБ) в Республике Казахстан, БСК в структуре сердечно-сосудистой смертности занимают 26%. Вместе с тем, наблюдается

уменьшение смертности от инфаркта миокарда, при этом отмечается нарастание смертности от сосудистых поражений мозга (инсульт). По данным проведенного анализа НИИКВБ, наблюдается нарастание не столько госпитальной летальности от инсульта, сколько летальность умерших от инсульта «на дому» (в среднем 57%). Причиной данной ситуации может быть несвоевременная диагностика инсульта, либо необоснованное сокращение сроков стационарного лечения (ранняя выписка) [16].

В системе здравоохранения основным инструментом по противодействию и коррекции поведенческих факторов риска у населения находящегося на учете с хроническим неинфекционным заболеванием, является динамическое наблюдение, в том числе активное вовлечение в ПУЗ.

В Казахстане определен перечень хронических заболеваний (25), подлежащих динамическому наблюдению в организациях первичной медико-санитарной помощи, в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Правила и процедуры динамического наблюдения за пациентами с НИЗ регламентируются соответствующими нормативными правовыми актами уполномоченного органа страны [17,18]. Наблюдение пациентов с АГ осуществляют врачи общей практики (семейные врачи), терапевты, кардиологи.

Одним из значимых показателей характеризующих качество проводимой профилактической работы в организациях ПМСП, является своевременность посещений пациентами организаций, оказывающих ПМСП.

Согласно данным электронного регистра диспансерных больных (ЭРДБ) по итогам 11 месяцев 2019 года в Республике Казахстан всего пациентов, находящихся в ЭРДБ 5 480 467, из них по 25 основным хроническим заболеваниям состоит 3 533 547 пациентов (64%). С января по ноябрь 2019 года, включая число пациентов, охваченных динамическим наблюдением, возросло на 565 836 человек (19%) (с 2 967 711 до 3 533 547).

Основной прирост числа пациентов взятых под динамическое наблюдение отмечен в Алматинской и Жамбылской областях, в группе больных с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца, что возможно связано с улучшением профилактических работ с пациентами, страдающими болезнями системы кровообращения.

Структура пациентов, подлежащих динамическому наблюдению

По данным ЭРДБ, из общего числа пациентов, подлежащих динамическому наблюдению основную группу больных (59%) составляют пациенты с заболеваниями системы кровообращения, а именно с артериальной гипертензией (42%) и ишемической болезнью сердца (17%).

На втором месте находятся пациенты с болезнями эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (сахарный диабет 1 тип у детей и у взрослых, сахарный

диабет 2 типа) и занимают 12% от всех 25 нозологий.

Болезни органов дыхания занимают третье место и составляют 5%. Далее следуют пациенты с доброкачественной дисплазией молочной железы (4,1%) и 5 место составляют пациенты с сосудистыми поражениями мозга (инсульт и другие) (2,6%).

По остальным нозологиям доля пациентов, находящихся на динамическом наблюдении, составляет менее 1-2%.

Кратность посещений

В среднем кратность посещений врача ПМСП пациентом, находящимся на динамическом наблюдении (далее – ДН) по республике составила 1,23 раза или 59% (охват пациента осмотром), посещение СМР составила 1,6 раза или 42%, посещение профильного

специалиста составила 0,62 раз или 46% [19].

Низкая кратность посещений специалистов ПМСП и профильных специалистов свидетельствует об отсутствии эффективной работы на уровне ПМСП с пациентами, подлежащими динамическому наблюдению.

Охват лабораторно-инструментальными исследованиями

Всего по итогам 11 месяцев 2019 года пациентам, подлежащим динамическому наблюдению проведено 28 171 900 лабораторно-инструментальных исследований.

Охват пациентов минимальным объемом лабораторно-инструментальных исследований

по республике составил 52 %, при этом доля охвата инструментальными, специфичными для определенного заболевания методами исследования низкий, не превышает 25%.

Мониторинг визитов пациентов с АГ, охваченных ПУЗ

В целях динамического наблюдения пациенты с АГ, вовлеченные в ПУЗ ежеквартально посещают специалистов ПМСП. В зависимости от времени вовлечения пациента с АГ в ПУЗ в

течение 2019 года проводился мониторинг 1-2 визитов (посещений) пациентов с АГ (в разрезе регионов), который показал следующую картину (рисунок 1).

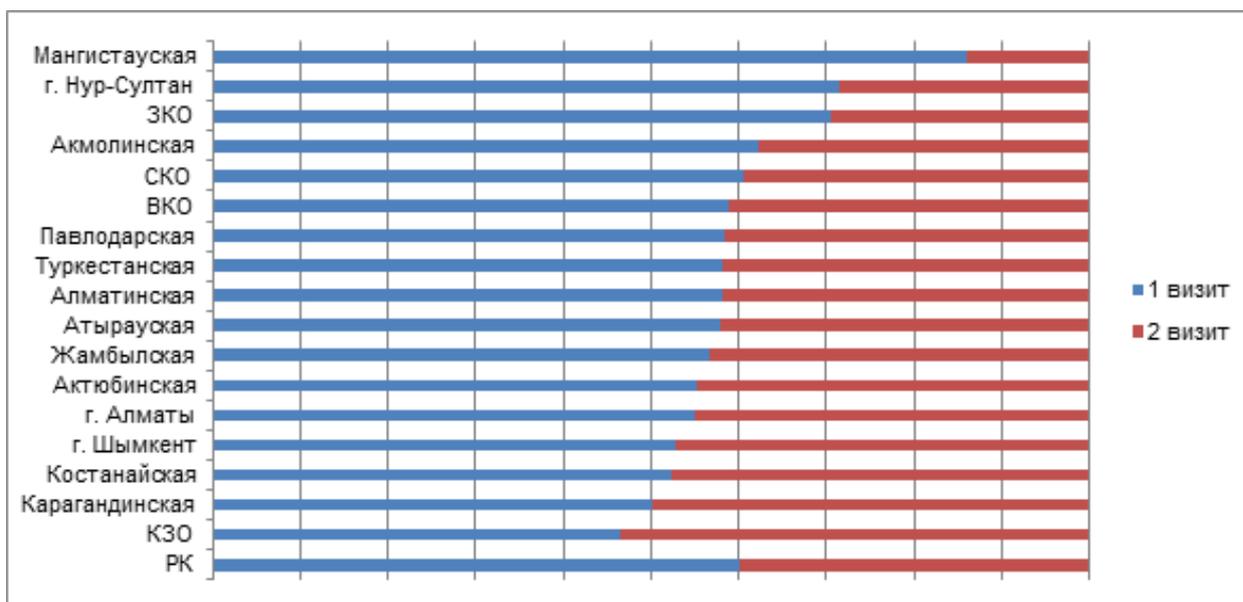


Рисунок 1 - Плановое посещение пациентов с АГ, участвующих в ПУЗ

По данным диаграммы 1 из общего числа пациентов с АГ, участвующих в ПУЗ 2-м визитом охвачено 66,6% пациентов в среднем по республике, при этом наименьший процент, менее 50% охвата наблюдается в 3-х регионах (Мангистауская 16%, г.Нур-Султан 40%, ЗКО 42%), что свидетельствует об отсутствии регулярности посещений пациентами специалистов ПМСП.

Пациенты, вовлеченные в ПУЗ в первые год посещают специалистов ПМСП не реже 4 раз в год, а в дальнейшем при стабилизации состояния и снижения рисков осложнений, возможны уменьшение кратности наблюдения. Регулярное посещение специалистов ПМСП служит гарантией своевременной профилактики осложнений и поддержания стабильно хорошего самочувствия пациента и соответственно оценивается как положительный результат эффективности динамического наблюдения.

В целях эффективной реализации ПУЗ в рамках внедрения программы разработана

система индикаторов для каждого заболевания.

Для хронического заболевания существуют свои индикаторы, на основе которых необходимо сосредоточить усилия для того, чтобы достичь улучшений в клинических и функциональных исходах, а также исходов здоровья населения. Предварительный набор индикаторов для регионов ПУЗ был отобран на основе международного опыта и текущих клинических руководств, используемых для целевых хронических заболеваний.

Из числа пациентов с АГ, охваченных 2 визитом 286 175 новые случаи инсультов развились у 338 (0,12%) и у 401 (0,14%) развились новые случаи инфаркта, при плановых значениях целевого индикатора - 25%. Целевой индикатор по РК достигнут и составил 0,26% (рисунок 2). В целом удельный вес перенесших инсульт и инфаркт миокарда из числа лиц, охваченных не менее 2 визитами, не нарастает.

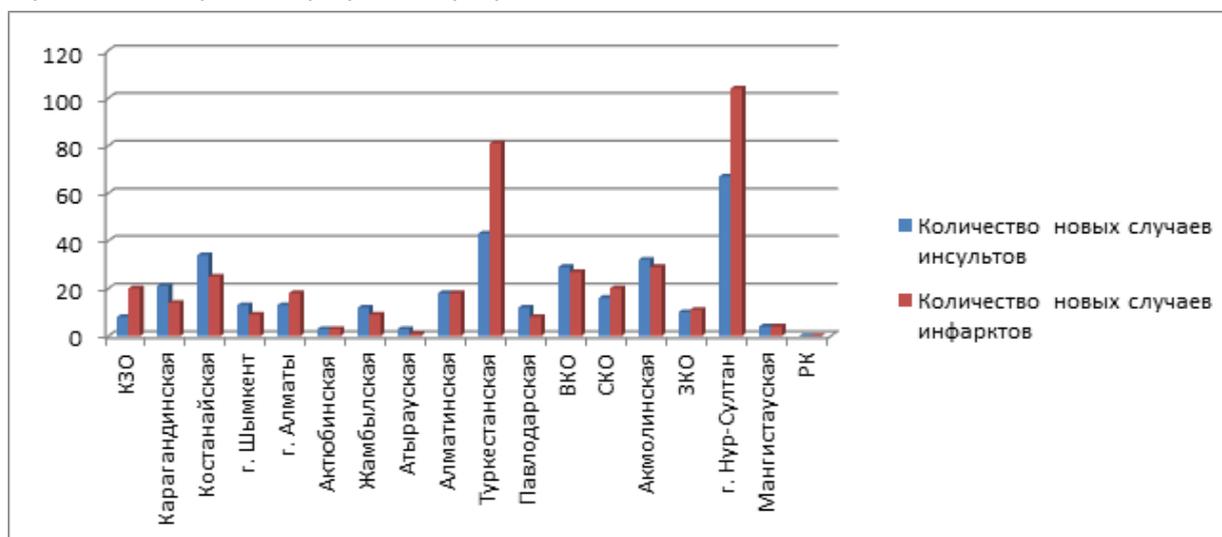


Рисунок 2 - Количество новых случаев инфарктов (ОИМ) и новых случаев инсультов (ОНМК) у пациентов с АГ вовлеченных в ПУЗ в разрезе регионов

Мониторинг вызовов по 4 категории срочности и госпитализации пациентов с АГ

В общей структуре экстренных вызовов, вызовы к пациентам с артериальной гипертензией составляют большую часть вызовов 51,2% (634 366). С января по ноябрь месяц 2019 года включительно количество вызовов 4 категории срочности к пациентам по 25 основным хроническим заболеваниям, подлежащим динамическому наблюдению составило 1 237 789 случая.

В структуре вызовов 4 категории срочности, вызовы бригад скорой медицинской помощи к пациентам с заболеваниями из числа 25 нозологий подлежащих динамическому наблюдению, по итогам 11 месяцев 2019 года составили 45,9% от общего числа вызовов.

В общей структуре экстренных вызовов, вызовы к пациентам с артериальной

гипертензией составляют большую часть вызовов. Следующую группу по частоте вызовов занимают пациенты с хроническими заболеваниями нижних дыхательных путей 13,4% (165950), далее 9,1% (113 193) вызовов занимают пациенты с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта. По остальным нозологиям в регионах среднее значение показателей варьирует в пределах 0,1%- 2,6%.

Данный факт служит дополнительным подтверждением высокой затратности для бюджета лечения АГ.

Высокий удельный вес вызовов (49,5%) по АГ был обусловлен кризовым течением гипертонической болезни (гипертонический криз).

Среднереспубликанское значение кратности вызовов у пациентов с артериальной гипертензией составило в среднем 0,4 вызова в месяц на 1 пациента, охваченного динамическим наблюдением.

В целом по республике количество вызовов с АГ составило 45,9% в общей структуре вызовов, при средней кратности вызовов на 1 пациента – 0,75 раз.

Уровень госпитализации пациентов с артериальной гипертензией характеризуется разбросом значений по областям, что может предполагать различия в объеме, содержании и качестве медико-санитарных услуг, предоставляемых амбулаторным звеном в конкретных областях.[13] Анализ данных по госпитализации, проведенных в 2014 году Европейским региональным бюро ВОЗ в Казахстане в рамках многостранового исследования показал, что 75% всех случаев госпитализации при артериальной гипертензии можно было бы предотвратить. Это оценочное число случаев предотвратимой госпитализации ниже, чем подобный показатель в Германии (83%), однако находится в том же диапазоне

значений, что и оценка по Соединенному Королевству (60-90%), и выше, чем оценка по Республике Молдова (60%), полученная в рамках аналогичных исследований [19-21].

По данным исследований отмечен широкий разброс в уровне госпитализации при артериальной гипертензии в разрезе регионов. Самый высокий уровень госпитализации отмечен в Кызылординской области (16,3%), за ней следуют Алматинская область (10%) и Атырауская область (8,4%). Самый низкий уровень госпитализации зарегистрирован в г. Алматы (2,5%), Жамбылской, Южно-Казахстанской и Восточно-Казахстанской областях (во всех по 4%).

При разбивке по полу основную часть из числа госпитализированных пациентов с АГ занимали женщины. Также анализ показал взаимосвязь между частотой случаев госпитализации, связанных с артериальной гипертензией и проживанием в сельских районах. Был отмечен большой разброс значений по уровням госпитализации в сельской и городской местности (22,9% и 8,8%).

Выводы и рекомендации

Несмотря на проводимую работу медицинских организаций всех регионов, включая организационную и методическую работу со стороны уполномоченного органа в области здравоохранения и Республиканского центра развития здравоохранения, взаимодействие медицинских работников и пациентов, охваченных динамическим наблюдением, в регионах остается на низком уровне, о чем свидетельствуют данные мониторинга в разрезе регионов.

Рост числа пациентов, подлежащих динамическому наблюдению, свидетельствует о проводимой специалистами ПМСП работе по повышению качественному профилактических медицинских осмотров (скринингов), в том числе планированию целевых групп, направленных на раннее выявление основных групп хронических заболеваний, в частности болезни системы кровообращения.

Вместе с тем, необходимо отметить, что несмотря, что у пациентов с болезнями системы кровообращения наблюдаются грозные осложнения, такие как ишемический и геморрагический инсульт, острый инфаркт миокарда, влияющие на качество жизни пациента и как следствие высокая инвалидность и смертность среди населения, динамическое наблюдение проводится неактивно.

Специалистам ПМСП необходимо активизировать работу по обеспечению максимального охвата данных больных

динамическим наблюдением и активным вовлечением пациентов с АГ в ПУЗ, а также обеспечить работу по соблюдению минимальной кратности посещений и кратности проведения лабораторных и инструментальных методов исследований в соответствии с Правилами оказания первичной медико-санитарной помощи.

В целях эффективного внедрения ПУЗ в регионах определены координаторы ПУЗ, из числа подготовленных специалистов. Для повышения статуса и ответственности региональных координаторов ПУЗ предлагаем:

- рассмотреть возможность дополнительного материального стимулирования региональных координаторов при обеспечении стабильно высоких показателей индикаторов ПУЗ (возможно за счет стимулирующего компонента подушевого норматива).

Наряду с этим, имеет место низкий охват медицинскими информационными системами, отсутствие интеграции, в частности в МО ниже районного уровня, что возможно затрудняет ввод данных в информационные системы и соответственно отсутствию электронного учета данных по пациентам. Нет условий для динамического контроля за показателями индикаторов реализацией ПУЗ со стороны республиканских организаций, вследствие отсутствия интеграции между существующими медицинскими информационными системами.

Имеющиеся медицинские информационные системы не позволяют в полной мере вести динамическое наблюдение за состоянием показателей индикаторов ПУЗ. В этой связи определенный объем статистической информации ежеквартально запрашивается из региональных организаций управления здравоохранением, где ее свод осуществляется рутинно, путем запроса данных непосредственно из медицинских организаций. При этом предоставляемые сведения в процессе обработки нередко искажаются и некорректны.

Для обеспечения динамического контроля за показателями индикаторов реализацией ПУЗ Департаменту цифровизации здравоохранения совместно с Республиканским центром электронного здравоохранения МЗ РК:

- обеспечить интеграцию медицинских информационных систем, задействованных в организации динамического наблюдения и ПУЗ пациентов с НИЗ на Единой платформе;

- актуализировать базы данных пациентов находящихся на динамическом наблюдении и охваченных ПУЗ;

- заинтересованные республиканские организации, осуществляющих мониторинг динамического наблюдения обеспечить доступом в необходимые информационные базы данных.

Для дальнейшего снижения риска возникновения экстренных состояний у пациентов с АГ, в медицинских организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь и скорую медицинскую помощь:

- обеспечить функционирование медицинских информационных систем, позволяющих осуществлять обмен информацией и мониторинг вызовов (1 и 2 категории) к пациентам охваченных динамическим наблюдением/ПУЗ, между организациями скорой медицинской помощи и АПО;

- проводить информационно-разъяснительную работу с пациентами, вовлеченными в ПУЗ по использованию мобильного приложения ПУЗ для тесного взаимодействия с врачами и медицинскими сестрами в целях обеспечения обратной связи без посещения медицинской организации ПМСП;

- на уровне ПМСП на постоянной основе анализировать результаты мониторинга

экстренных вызовов с целью выявления пациентов с АГ, подлежащих динамическому наблюдению, а также обеспечить анализ производственной деятельности специалистов ПМСП.

В качестве необходимых мер для решения этих вопросов предлагаем:

- обеспечить и укомплектовать организации ПМСП, специалистами ПМСП;

- рассмотреть вопрос введения дополнительной дифференцированной оплаты работы специалистов ПМСП за каждого пациента, вовлеченного в ПУЗ и достигшего целевых индикаторов результативности;

- обеспечить регулярное обучение/повышение квалификации специалистов ПМСП (врачи общей практики, участковые врачи терапевты) по вопросам ведения и лечения пациентов с АГ и других НИЗ.

Без хорошо разработанных систем, стандартных процессов и эффективной работы в команде, врачи могут быть перегружены объемом повседневных задач. Несомненно, важна роль самого пациента в сохранении собственного здоровья, приверженность к ведению здорового образа жизни со снижением факторов риска возникновения АГ и осложнений.

Результатом эффективного динамического наблюдения за пациентом с АГ с регулярным посещением им специалистов ПМСП и соблюдением врачебных и сестринских рекомендаций будет повышение качества жизни пациента со стабильно хорошим самочувствием пациента, удовлетворенность уровнем оказания медицинской помощи и соответственно снижение смертности и увеличение продолжительности жизни и служит гарантией своевременной профилактики осложнений и инвалидизации.

Хорошо функционирующая система первичной медико-санитарной помощи является необходимым условием для принятия обоснованных решений на всех уровнях.

Конфликт интересов

Авторы заявляют, что у них нет профессиональных или коммерческих интересов, имеющих отношение к данному Policy brief. Финансирующая организация не играла никакой роли в выявлении, выборе, оценке, синтезе или предоставлении доказательств.

Литература

1. Глобальное резюме по гипертензии. Всемирной организации здравоохранения, 2013. Веб-сайт. [Дата обращения: 11 Янв 2020] Режим доступа: /https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO_DCO_WHD_2013.2_rus.pdf.

Global'noe reziume po gipertonii Vsemirnoi organizatsii zdravookhraneniia (A global summary of hypertension. World Health Organization) [in Russian], 2013. Veb-sait. [Data obrashcheniia: 11 Ianv 2020] Rezhim dostupa: /https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO_DCO_WHD_2013.2_rus.pdf.

2. Causes of Death 2008. Geneva, World Health Organization. Online database. [Cited 05 Jan 2020]. Available

from URL: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf.

3. MacMahon S., Peto R., Culter J., Collins R. et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 1, prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet* 1990, 335: 765-774.

4. Park J.B., Kario K., Wang J.G. Systolic hypertension: an increasing clinical challenge in Asia. *Hypertension Research*. 2015; 38(4): 227-236.

5. Kazuomi Kario. Evidence and Perspectives on the 24-hour Management of Hypertension: Hemodynamic Biomarker-Initiated 'Anticipation Medicine' for Zero Cardiovascular Event. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 2016; 59(3): 262-281.

6. Global status report on noncommunicable diseases 2010, World Health Organization 2011. [Cited 25 Dec 2019]. Available from URL: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf.

7. Phillips P.H., Hunter D.G. Of management. *Clinical Strabismus Management: Principles and Surgical Techniques*. 1999: 52.

8. Clark N.M., Gong M. Management of chronic disease by practitioners and patients: are we teaching the wrong things? *BMJ*, 2000; 320(): 572-575.

9. Holman H., Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease: partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ*. 2000; 26; 320(7234): 526-527.

10. Davis R.M., Wagner E.G., Groves T. Advances in managing chronic disease: research, performance measurement, and quality improvement are key, *BMJ*. 2000 Feb 26; 320(7234): 525-526.

11. Hunter D.J. Disease management: has it a future? It has a compelling logic, but needs to be tested in practice. *BMJ*. 2000 Feb 26; 320(7234): 530.

12. Hunter D. J., Fairfield G. Managed care: disease management. *BMJ*, 1997; 315(7099): 50-53.

13. Steiner A, Robinson R. Managed care: US research evidence and its lessons for the NHS. *J Health Serv Res Policy* 1998; 3:173-84.

14. Kesteloot K., Defever M. Disease management: the silver bullet for innovative health care management. *Eurohealth*, 1998; 4 (3): 28-30.

15. Гаркалов К.А., Иманова Ж.А. Методические рекомендации по пилотному внедрению Программы управления заболеваниями «Хроническая обструктивная болезнь легких» в Центре лучшей практики: Методические рекомендации/ Гаркалов К.А., Иманова Ж.А. Нур-Султан., 2019 г. – 66 с.

Garkalov K.A., Imanova Zh.A. Metodicheskie rekomendatsii po pilotnomu vnedreniiu Programmy upravleniia zabolovaniiami «Khronicheskaiia obstruktivnaia bolezn' legkikh» v Tsentre luchshei praktiki (Guidelines for the pilot implementation of the Chronic Obstructive Pulmonary Disease Disease Management Program at the Best Practice Center) [in Russian]: Metodicheskie rekomendatsii/ Garkalov K.A., Imanova Zh.A. Nur-Sultan., 2019: 66 p.

16. Беркинбаев С.Ф., Джунусбекова Г.А., Мусагалиева А.Т., Кошумбаева К.М. и др. Распространенность факторов риска основных сердечно - сосудистых заболеваний (по данным эпидемиологического исследования в г. Актобе и Актыбинской области) // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2016. – №2.-С. 76-80.

Berkinbaev S.F., Dzhunusbekova G.A., Musagalieva A.T., Koshumbaeva K.M. i dr. Rasprostranennost' faktorov riska osnovnykh serdechno - sosudytykh zabolovani (po dannym epidemiologicheskogo issledovaniia v g. Aktobe i Aktiubinskoi oblasti) (The prevalence of risk factors for major cardiovascular diseases (according to an epidemiological study in Aktobe and Aktobe region)) [in Russian]. Vestnik Kazakhskogo Natsional'nogo meditsinskogo universiteta, 2016; 2: 76-80.

17. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления к организациям первичной медико-санитарной помощи, утв.: 28 апреля 2015 года, № 281.

Prikaz Ministra zdravookhraneniia i sotsial'nogo razvitiia Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhenii Pravil okazaniia pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi i Pravil prikrepleniia k organizatsiiam pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi (Order of the Minister of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan. On the approval of the Rules for the provision of primary health care and the Rules for the attachment to organizations of primary health care) [in Russian], utv.: 28 april'ia 2015 goda, № 281.

18. Методологическая поддержка реформирования здравоохранения. Республиканский центр развития здравоохранения. Веб-сайт. [Дата обращения: 11 Янв 2020] Режим доступа: http://www.rcrz.kz/index.php/ru/?option=com_content&view=article&id=735.

Metodologicheskaiia podderzhka reformirovaniia zdravookhraneniia. Respublikanskii tsentr razvitiia zdravookhraneniia (Methodological support for health care reform. Republican Center for Health Development) [in Russian]. Veb-sait. [Data obrashcheniia: 11 Ianv 2020] Rezhim dostupa: http://www.rcrz.kz/index.php/ru/?option=com_content&view=article&id=735.

19. Ambulatory care sensitive conditions in the Republic of Moldova/ Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. [Cited 25 Dec 2019]. Available from URL: <http://www.euro.who.int/en/countries/republic-of-moldova/publications2ambulatory-care-sensitive-conditions-in-the-republic-of-moldova-2015>.

20. WHO Regional Office for Europe. Ambulatory care primary healthcare delivery of health care hospitalization Kazakhstan, 2016. [Cited 25 Dec 2019]. Available from URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/294402/Ambulatory-care-sensitive-conditions-Kazakhstan-en.pdf?ua=1.

21. Ambulatory care sensitive conditions in Latvia. Copenhagen:WHO Regional Office for Europe; 2015. [Cited 25 Dec 2019]. Available from URL: <http://www.euro.who.int/en/countries/latvia/publications/ambulatory-care-sensitive-conditions-in-latvia>.

22. Directory of ambulatory emergency care for adults, second edition. London: National Health Service Institute for Innovation and Improvement, 2010: 92 p.

Analysis of Private Healthcare Expenditures in Kazakhstan and Proposals for their Reduction

Omirbayeva Bibigul¹, Zagidullina Galina²

¹ Chief Analyst of the Department of Macroeconomic Research of Center for Economics and Health Technology Assessment, Republican Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

² Head of the Department of Macroeconomic Research of Center for Economics and Health Technology Assessment, Republican Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

Abstract / Key messages

Private expenditures are the part of the health financing system in all countries. However, a catastrophically high level of private expenditures can lead to financial instability of the entire healthcare system, and the national economy as a whole. A high level of private expenditures on health services suggests that the population prefers to pay for medical services at their own expense. This means that the allocated state funds are not being used efficiently enough; there is still a lack of access to medical services. In addition, the unregulated high level of prices for medical services is often an obstacle to access to necessary medical care, and also contributes to the growth of pocket payments, causing problems of financial protection of the population.

Current analytical report also includes an analysis of the structure of pocket expenditures of the population for health services in the Republic of Kazakhstan in order to develop recommendations for their reduction. In the Message to the people of Kazakhstan, "Kazakhstan-2050 Strategy: A New Political Course for a Successful State," the strategic goal was set as becoming one of the 30 most developed countries in the world. To achieve this goal, the existing development gap between the OECD countries and Kazakhstan in all sectors and spheres of activity, including healthcare, must be bridged. In this regard, a comparative analysis of pocket spending on health in Kazakhstan and the OECD countries was carried out. The analysis was based on data from the tables of national health accounts of Kazakhstan for 2010-2018. Differences in per capita health expenditures were compared.

In addition, the structure of pocket expenses in dynamics was analyzed, and also based on consumer price indices, the growth in consumption of volumes of medical services at the expense of households was compared. As a result of the study, possible options for reducing pocket expenses were proposed in the context of Kazakhstan's transition from a budget model to an insurance one.

Қазақстанда денсаулық сақтауға арналған жеке шығыстарды талдау және оларды төмендету жөніндегі ұсыныстар

Өмірбаева Б.С.¹, Загидуллина Г.Н.²

¹ Экономика және денсаулық сақтау технологияларын бағалау орталығының макроэкономикалық зерттеулер бөлімінің бас сарапшысы, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы,

Нұр-Сұлтан, Қазақстан

² Экономика және денсаулық сақтау технологияларын бағалау орталығының макроэкономикалық зерттеулер бөлімінің бастығы, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы,

Нұр-Сұлтан, Қазақстан

Түйіндеме / Түйінді ойлар

Жеке шығыстар барлық елдерде денсаулық сақтауды қаржыландыру жүйесінің бір бөлігі болып табылады. Алайда, жеке шығыстардың апаттық жоғары деңгейі бүкіл денсаулық сақтау жүйесінің және тұтастай алғанда ұлттық экономиканың қаржылық тұрақсыздығына әкелуі мүмкін. Денсаулық сақтау қызметтеріне жұмсалатын жеке шығындардың жоғары деңгейі халықтың медициналық қызметтерді өз қаражаты есебінен төлеуді қалайтынын көрсетеді. Бұл дегеніміз, бөлінетін мемлекеттік қаражат жеткіліксіз тиімді пайдаланылуда, әлі күнге дейін медициналық қызметтерге қолжетімділіктің тапшылығы орын алуда.

Бұдан басқа, медициналық қызметтерге бағалардың реттелмейтін жоғары деңгейі жиі қажетті медициналық көмекке қол жеткізуге кедергі болып табылады, сондай-ақ халықты қаржылық қорғау проблемаларын туындатқан қалта төлемдерінің өсуіне ықпал етеді.

Осы талдамалық анықтама халықтың Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтау қызметтеріне арналған қалта шығыстарының құрылымын оларды төмендету жөнінде ұсынымдар әзірлеу мақсатында талдауды қамтиды. «Қазақстан-2050 стратегиясы: қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты» атты Қазақстан халқына Жолдауында елдің ең дамыған 30 елінің қатарына кіру стратегиялық мақсаты қойылған. Осы мақсатқа қол жеткізу үшін ЭЫДҰ елдері мен Қазақстан арасындағы қызметтің барлық салалары мен салаларындағы, оның ішінде денсаулық сақтаудағы қазіргі алшақтықты еңсеру керек. Осыған байланысты Қазақстанда және ЭЫДҰ елдерінде денсаулық сақтауға арналған қалта шығыстарына салыстырмалы талдау жүргізілді. Талдау 2010-2018 жылдардағы Қазақстан денсаулық сақтау саласының ұлттық шоттарының кестелеріндегі деректер негізінде жүргізілді.

Бұдан басқа, динамикадағы қалта шығыстарының құрылымы талданды, сондай-ақ тұтыну бағаларының индекстері негізінде үй шаруашылықтарының қаражаты есебінен медициналық қызметтер көлемін тұтынудың өсуі салыстырылды. Зерттеу нәтижесінде Қазақстанның бюджет моделінен сақтандыру моделіне көшу жағдайында қалта шығыстарын төмендету бойынша ықтимал нұсқалар ұсынылды.

Анализ частных расходов на здравоохранение в Казахстане и предложения по их снижению

Омирбаева Б.С.¹, Загидуллина Г.Н.²

¹ Главный аналитик отдела макроэкономических исследований Центра экономики и оценки технологий здравоохранения, Республиканский центр развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан

² Начальник отдела макроэкономических исследований Центра экономики и оценки технологий здравоохранения, Республиканский центр развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан

Резюме / Ключевые положения

Частные расходы являются частью системы финансирования здравоохранения во всех странах. Однако, катастрофически высокий уровень частных расходов может привести к финансовой неустойчивости всей системы здравоохранения, и национальной экономики в целом. Высокий уровень частных расходов на услуги здравоохранения говорит о том, что население предпочитает оплачивать медицинские услуги за счет собственных средств. А это значит, что выделяемые государственные средства недостаточно эффективно используются, до сих пор имеет место дефицит доступности медицинских услуг. Кроме того, нерегулируемый высокий уровень цен на медицинские услуги часто является препятствием для доступа к необходимой медицинской помощи, а также способствует росту карманных платежей, порождая собой проблемы финансовой защиты населения.

Настоящая аналитическая справка включает в себя анализ структуры карманных расходов населения на услуги здравоохранения в Республике Казахстан с целью выработки рекомендаций по их снижению. В Послании народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства» поставлена стратегическая цель – войти в число 30-ти наиболее развитых стран мира. Для достижения этой цели следует преодолеть существующий разрыв в развитии между странами ОЭСР и Казахстаном во всех отраслях и сферах деятельности, в том числе здравоохранении. В этой связи был проведен сравнительный анализ карманных расходов на здравоохранение в Казахстане и странах ОЭСР. Анализ проводился на основе данных из таблиц национальных счетов здравоохранения Казахстана за 2010-2018 гг. Были сопоставлены различия в расходах на здравоохранение на душу населения.

Кроме того, проанализирована структура карманных расходов в динамике, а также на основе индексов потребительских цен был сопоставлен рост потребления объемов медицинских услуг за счет средств домохозяйств. В результате исследования были предложены возможные варианты по снижению карманных расходов в условиях перехода Казахстана от бюджетной модели к страховой.

Corresponding author: Omirbayeva Bibigul Chief Analyst of the Department of Macroeconomic Research of Center for Economics and Health Technology Assessment, Republican Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan.
Postal code: 010000
Address: Nur-Sultan, 13 Imanov Str.
Phone: +7 (7172) 700 950 (1132)
E-mail: omirbayeva_b@rcrz.kz

J Health Dev 2020; 36 (Special Issue): 50-60

UDC 614; 614.2; 614:33

Received: 20-02-2020

Accepted: 03-03-2020



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Введение

Развитие здравоохранения, как экономической системы, происходит в закономерном соответствии с экономическими и социальными процессами, отражающими общие тенденции формирования рыночных отношений в Республике Казахстан. Однако, возникшее несоответствие между реальными

потребностями системы здравоохранения и уровнем ее финансирования с объективной необходимостью требует поиска путей преодоления этого несоответствия с целью обеспечения равновесия между медицинской и экономической составляющими.

Описание проблемы

Всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ) признан одной из основных целей в области устойчивого развития. Достижение ВОУЗ рассматривается в качестве всеобъемлющей цели, которая измеряется с точки зрения показателей защиты населения от финансовых рисков, таких как высокие расходы на здравоохранение. Таким образом, обеспечение финансовой защиты путем сокращения прямых платежей населения за медицинское обслуживание является одной из целей ВОУЗ.

Карманные расходы – это любые прямые расходы домашних хозяйств, включая безвозмездные выплаты и натуральную плату практикующим врачам и поставщикам фармацевтических препаратов, терапевтических приборов и других товаров и услуг, основной целью которых является содействие восстановлению или улучшению состояния здоровья отдельных лиц или групп населения. Они являются частью частных расходов на здравоохранение [1].

Таким образом, карманные расходы зависят от платежеспособности населения. Если финансирование здравоохранения становится все более зависимым от наличных платежей, то теоретически бремя расходов перекладывается на тех, кто пользуется услугами больше. На практике многие страны проводят политику, направленную на защиту определенных групп населения от чрезмерных выплат из собственного кармана. Программы защиты заключаются в частичной или полной оплате медицинской помощи некоторым категориям, таким как пожилые люди или люди с хроническими заболеваниями или инвалидностью и др.

В некоторых странах бремя расходов из собственного кармана может создавать барьеры для доступа к медицинской помощи. Домохозяйства, испытывающие трудности с оплатой медицинских счетов, могут откладывать или даже отказываться от необходимой медицинской помощи. В среднем по странам ОЭСР 19% расходов на здравоохранение оплачивается непосредственно пациентами [2].

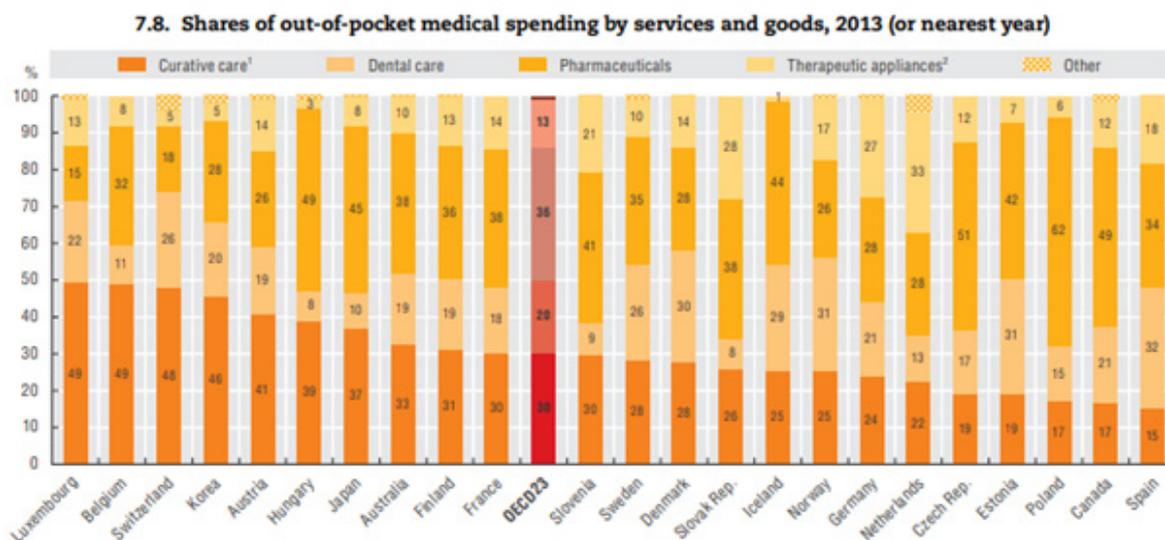


Рисунок 1 – Структура карманных расходов домохозяйств в странах ОЭСР, % [3]

В большинстве стран ОЭСР лечебная помощь (включая как стационарную, так и амбулаторную помощь) и фармацевтические препараты являются двумя основными

статьями расходов домохозяйств (рисунок 1). В среднем на эти два компонента приходится две трети всех медицинских расходов домашних хозяйств, однако их значение в разных странах

неодинаково. В Люксембурге, Бельгии и Швейцарии платежи домашних хозяйств за стационарную и амбулаторную лечебную помощь составляют около 50% от всех расходов домашних хозяйств на здравоохранение. В других странах, таких как Польша, Чешская Республика, Венгрия и Канада, половина наличных платежей или более приходится на фармацевтические препараты [3].

Оплата стоматологического лечения также играют значительную роль в расходах

домашних хозяйств на медицинское обслуживание в странах ОЭСР, составляя 20% от всех фактических расходов в странах ОЭСР. В Эстонии, Норвегии, Дании и Испании этот показатель достигает 30% и более. Расходы на терапевтические приборы (очки, слуховые аппараты, контактные линзы и др.) в общем объеме медицинских расходов домашних хозяйств сильно различается, но в Нидерландах составляет целых 33%. Средний показатель по странам ОЭСР составил 13% [3].

Масштабы проблемы

Общие расходы на здравоохранение (ОРЗ) от всех источников финансирования в 2018 году составили 1 885,4 млрд. тенге и показывают рост на 1% по сравнению с предыдущим годом (1 759 млрд. тенге), что составило 3% [4].

Текущие расходы на здравоохранение (ТРЗ) (без учета капитальных расходов) составили 1 765 млрд. тенге, по сравнению с 1 656,1 млрд. тенге в 2017 году. Так ТРЗ в 2018 году составили 2,9% от ВВП [4].

Повышение текущих расходов на здравоохранение свидетельствует о стремлении государства улучшить ситуацию в сфере здравоохранения и повысить его конкурентоспособность. Однако этот показатель значительно ниже, чем в странах ОЭСР, где расходы на здравоохранение в среднем составляют 8,8% от ВВП. По рекомендациям

ВОЗ, для нормального функционирования медицины, минимальный уровень расходов на здравоохранение должен составлять 6-8% от ВВП при бюджетном финансировании в развитых государствах и не менее 5% ВВП в развивающихся странах.

Здравоохранение в Казахстане финансируется из нескольких источников: государственные схемы, частные схемы финансирования и внешние источники.

Государственные схемы финансирования в 2018 году составили 1,085 трлн. тенге. Доля государственных расходов в ВВП составила 1,8%.

В структуре текущих расходов, государственные расходы составляют 61,5%, в то время как доля частных расходов составляет 38,5%.

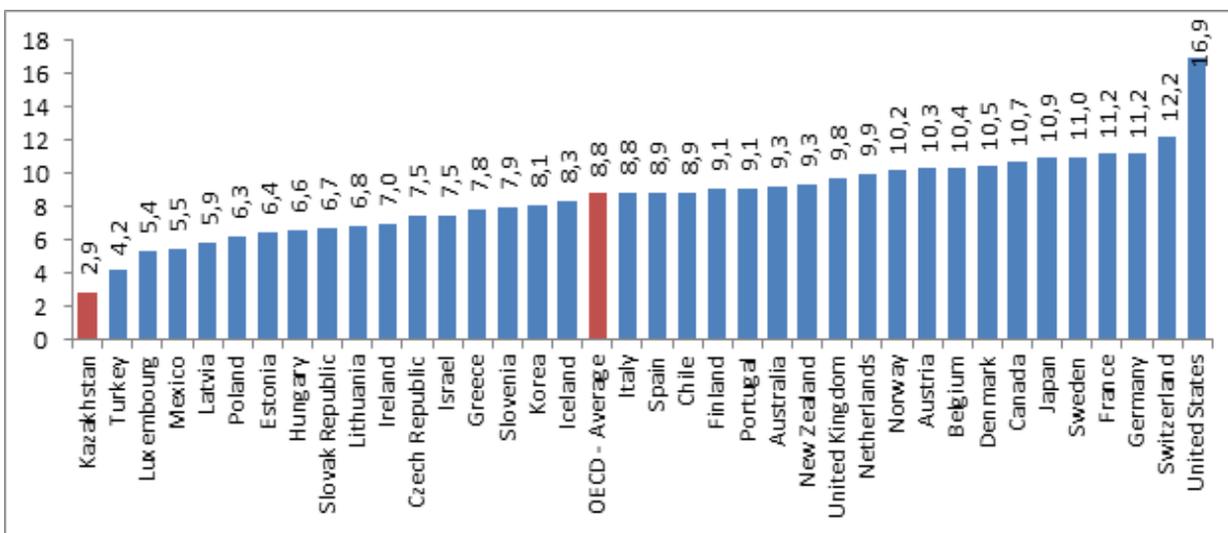


Рисунок 2 – Текущие расходы на здравоохранение в Казахстане и в странах ОЭСР в 2018 г. (в % к ВВП) [4]

Подушевые расходы на здравоохранение в 2018 году Казахстане составили 95 986 тенге или 278,5 долл. США [1]. Для корректной сопоставимости значений показателей расходов на здравоохранение с остальным миром необходимо перевести их в долл. по ППС.

Уровень подушевых текущих расходов в Казахстане составил 861,9 долл. по ППС. Значение этого показателя ниже уровня подушевых расходов в странах-членах ОЭСР более чем в 4 раза (3992,3 долл. США по ППС).

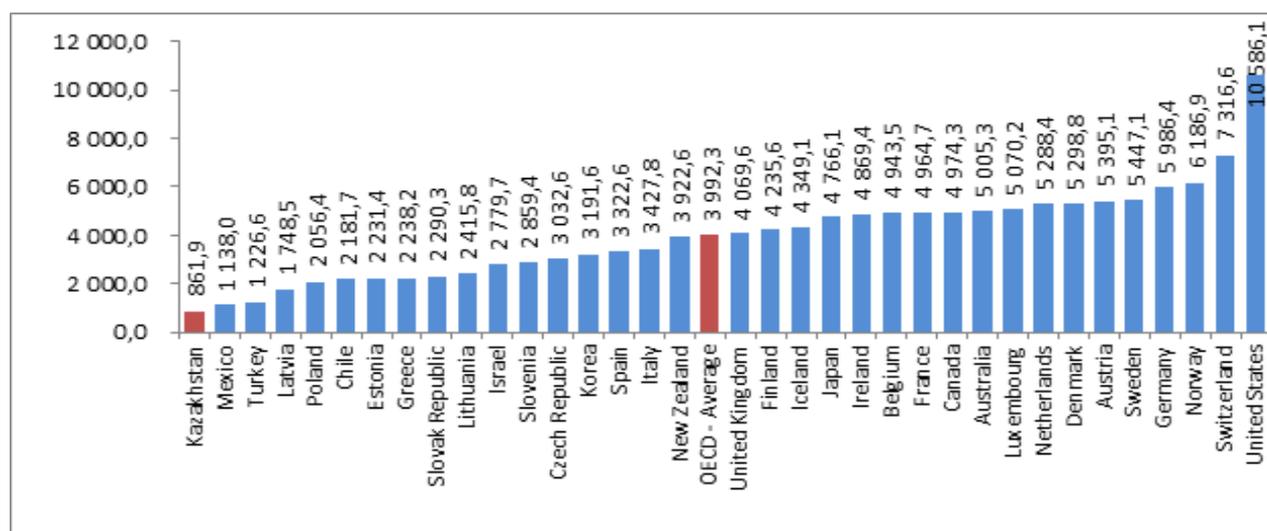


Рисунок 3 – Уровень текущих расходов на здравоохранение на душу населения в 2018 г. в Казахстане и в странах ОЭСР, долл. по ППС [4]

В структуре частные расходы включают:

- прямые платежи населения – 33% (583,05 млрд. тенге);
- расходы предприятий – 4,4% (78,4 млрд. тенге);
- средства ДМС – 1,1% (18,4 млрд. тенге).

Частные расходы на здравоохранение носят добровольный характер, и включают в себя личные (карманные) расходы населения на здравоохранение, расходы на добровольное медицинское страхование и финансирование предприятий.



Рисунок 4 – Частные расходы на здравоохранение в Казахстане, 2010-2018 гг. [4]

Наличные платежи «из кармана» домохозяйств являются прямой платой за услуги из первичного дохода домохозяйств или их сбережений.

При этом оплата производится в момент получения услуг. Эти расходы показывают непосредственное бремя медицинских расходов, лежащее на домохозяйствах.

Частные расходы в 2018 году составили 679,5 млрд. тенге или 1,2% ВВП и 38,5% от текущих расходов на здравоохранение.

Как показывает рисунок 4, частные расходы на здравоохранение начиная с 2010 года постоянно росли. Однако в 2017 году сократились, по сравнению с 2016 годом, на 2,8%.

И хотя объем частных расходов сократился, он все еще остается на довольно высоком уровне, по сравнению со странами ОЭСР (рисунок 5), где средний показатель составляет 26,8%. Вместе с тем, в 2018 году частные расходы снова показали рост и составили 679,5 млрд. тенге, что составило 38,5% от ТРЗ.

Согласно НСЗ прямые платежи домохозяйств на здравоохранение в 2018 году составили 585,05 млрд. тенге (33% от текущих расходов на здравоохранение). По сравнению с предыдущим годом (550 млрд. тенге), данный показатель увеличился на 6,3%.

При этом в динамике этот показатель ежегодно растет. С 2013 года платежи населения

из кармана возросли почти в 2 раза, на 83,8%. сравнению с 2016 годом на 4,1%. Однако, важно отметить, что в 2017 году «карманные» платежи граждан сократились по

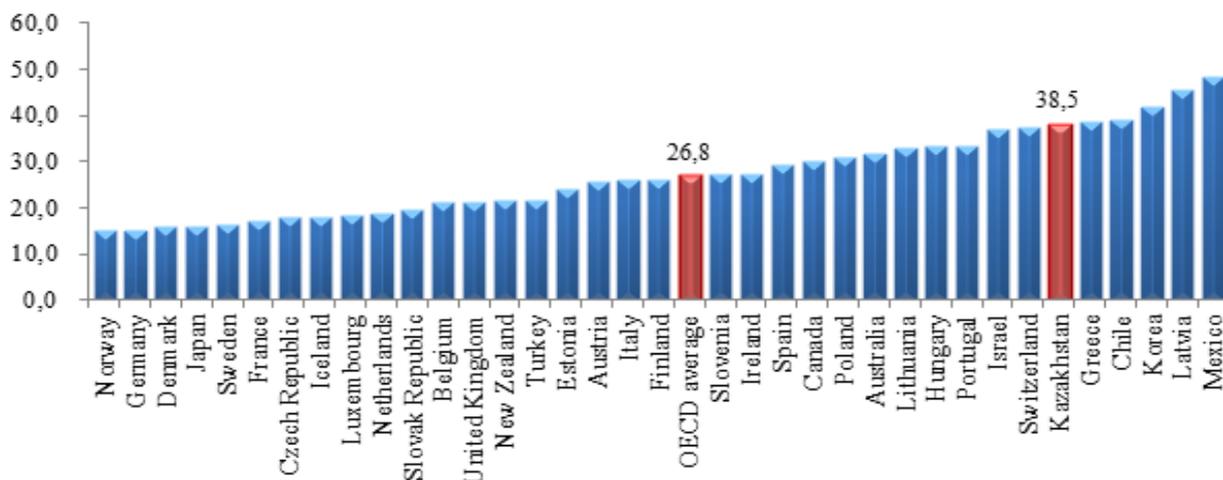


Рисунок 5 – Частные расходы на здравоохранение в Казахстане и странах ОЭСР в 2018 году, в % от ВВП [4]

Сокращение расходов домохозяйств в 2017 году по сравнению с 2016 годом произошло во многом за счет снижения расходов на приобретение лекарственных средств. Объем расходов домохозяйств на лекарственные средства в 2017 году сократились на 13,4% по сравнению с 2016 годом. Однако в динамике, с 2010 года вырос более чем в 3 раза – со 108,7

млрд. тенге в 2010 г. до 353,7 млрд. тенге в 2018 г. Быстрый рост расходов на лекарства можно объяснить инфляцией и девальвацией национальной валюты. Также, отметим, расходы на амбулаторно-поликлиническое лечение выросли в 6 раз, а на услуги на стационарном уровне – в 2,6 раз за период с 2010 по 2018 гг.

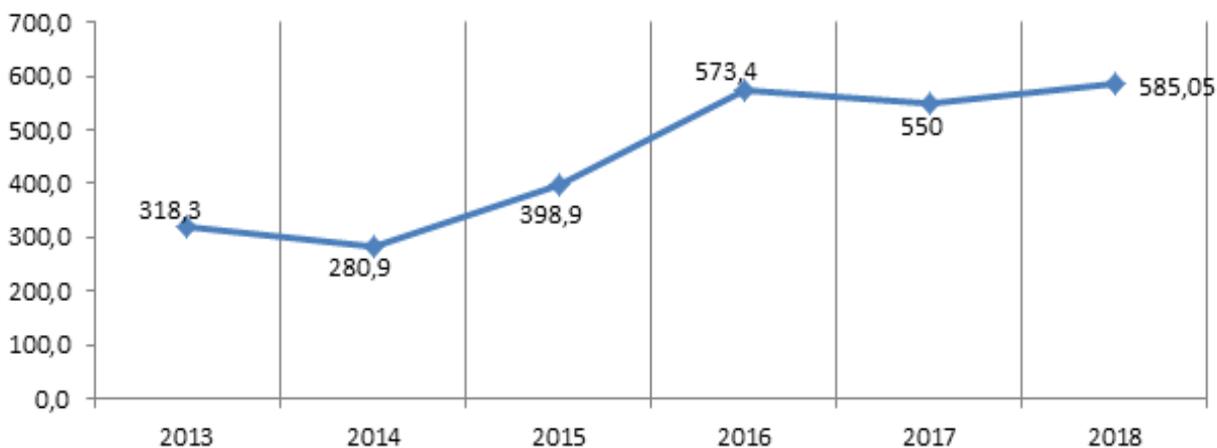


Рисунок 6 – «Карманные» расходы населения на здравоохранение за период 2013-2018 гг. (млрд. тенге)

Высокий уровень частных расходов обычно связывают с тем, что уровень государственного финансирования не обеспечивает достаточный объем спроса на бесплатной основе и населению приходится обращаться к частному сектору, который предоставляет платные медицинские услуги.

Также высокий уровень личных платежей граждан связывают с приобретением дорогостоящих препаратов, которые не

покрываются в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Перечень ГОБМП не пересматривался много лет, что привело к тому, что государство покрывало расходы на те услуги, которые не пользовались спросом среди населения. В этой связи в 2018 году перечень бесплатных медицинских услуг был пересмотрен с целью снижения уровня наличных расходов населения и предотвращения угрозы приближения к черте бедности.



Рисунок 7 – «Карманные» расходы населения на здравоохранение в разрезе форм медицинской помощи в 2013-2018 гг. (млрд. тенге)

В структуре наличных расходов домохозяйств на услуги здравоохранения в 2018г. основная доля приходилась на приобретение лекарств и изделий медицинского назначения – 353,7 млрд. тенге или 60,7% всех расходов населения на здравоохранение.

платежей граждан, то здесь уже налицо недофинансирование отрасли.

Согласно структуре частных расходов домохозяйств в Казахстане в 2018 г. наблюдается существенное сокращение расходов на лекарственные средства и изделия медицинского назначения на 3 процентных пункта по сравнению с 2017 г. Однако при этом отмечается рост расходов на стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь – на 0.2 процентных пункта и на 2.7 процентных пункта соответственно.

Именно наличные платежи населения характеризуют достаточность финансирования здравоохранения в целом. А поскольку в Казахстане наблюдается тенденция к постоянному росту «карманных»

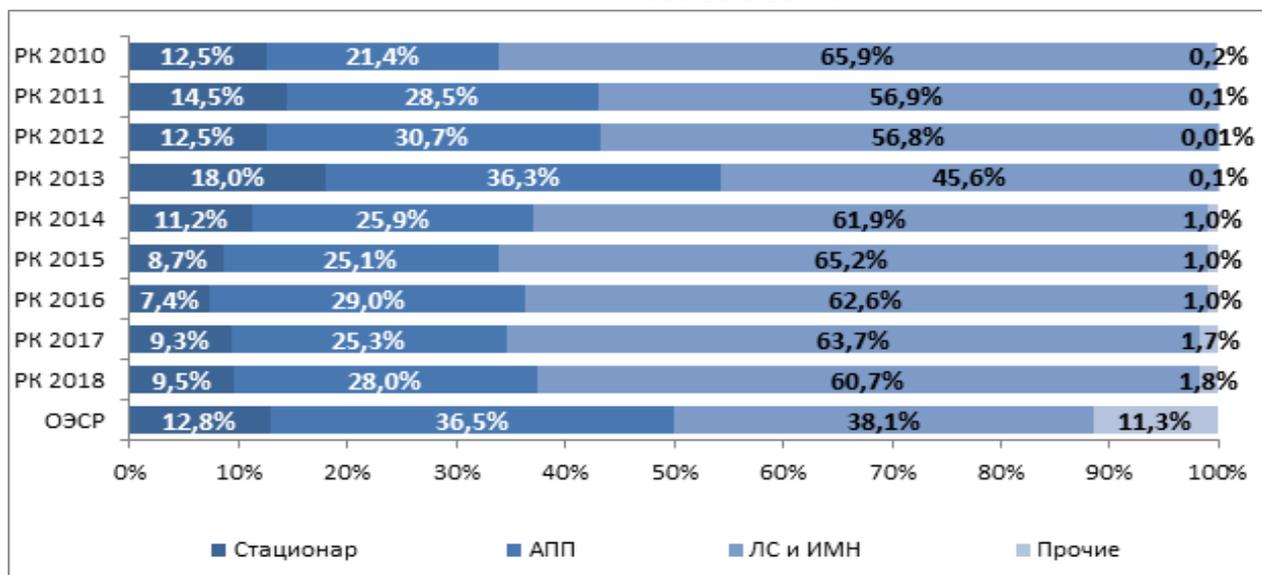


Рисунок 8 – Структура расходов домохозяйств на услуги здравоохранения (%) [4]

Несмотря на рост выделяемых средств на предоставление фармацевтических товаров со стороны государства, население продолжает приобретать лекарственные средства за счет собственных средств.

Однако, несмотря на номинальный рост расходов на фармацевтические товары и медицинские товары длительного пользования на 1% с 350,1 млрд. тенге в 2017г. до 353,7 млрд. тенге в 2018 г., их удельный вес в структуре

расходов населения сокращается с 63,7% до 60,7%.

Кроме того, прирост расходов на фармацевтические товары составил 0,5% (с 247,2 млрд. тенге в 2017г. до 248,5 млрд. тенге в 2018 г.). Индекс цен на фармацевтические товары, согласно данным Комитета Статистики МНЭ РК в 2018 г. составил 107,1%, а это означает, что объем потребления сократился на 6,6%. В то же время, объем потребления медицинских

товаров длительного пользования сократился на 4,6%.

Таким образом, рост расходов на лекарства и медицинские товары произошел именно за счет роста цен. Это означает, что проводимая государственная кампания по расширению перечня АЛО эффективна и работает, и привела к сокращению объемов потребления расходов на лекарственные средства.

Таблица 1 – Структура расходов населения на фармацевтические товары в 2017-2018 гг.

	2017	2018	Прирост в номинальном выражении	Прирост объема
Предоставление медицинских товаров	350 163 300	353 765 243	1,0%	-5,6%
Фармацевтические и прочие медицинские товары недлительного пользования	247 229 200	248 585 427	0,5%	-6,6%
Терапевтические приборы и прочие медицинские товары длительного пользования	102 934 100	105 179 816	2,2%	-4,6%

Рассмотрим структуру потребления амбулаторных услуг за счет средств населения. Наибольшая доля расходов населения приходится на парамедицинские услуги, которые включают в себя массаж, физиотерапию и т.д. – 54,93% (89,8 млрд. тенге). Далее следуют расходы на основные медицинские услуги на амбулаторном уровне – 18,2% (29,8 млрд. тенге). Расходы на стоматологическое лечение составляют 15,4% (25,2 млрд. тенге) от всех расходов на амбулаторном уровне. На консультационно-диагностические услуги (КДУ) приходится 11,4% (18,6 млрд. тенге).

Так, прирост потребления амбулаторных услуг в 2018 году в номинальном выражении составил 17%. Индекс цен на медицинские услуги, согласно данным Комитета Статистики

МНЭ РК, в 2018/17 году составил 107,6%. Таким образом, прирост объема медицинских услуг составил 10%.

В структуре расходов на амбулаторные услуги наибольший прирост объемов отмечается у специализированного амбулаторного лечения, которое включает в себя консультации узких специалистов и клинично-диагностические услуги. Таким образом, самыми недоступными являются КДУ, объем потребления которых вырос 2018 году на 18% по сравнению с 2017 г.

Прирост расходов на стоматологическое лечение в номинальном выражении составил 18%, при этом прирост на 7,5% произошел за счет роста цен (индекс цен на стоматологические услуги 107,5%), следовательно, прирост объема стоматологических услуг составил 11%.

Таблица 2 – Структура расходов населения на амбулаторные услуги в 2017-2018 гг.

	2017	2018	Прирост в номинальном выражении	Прирост объема
Амбулаторное лечение, всего	139 206 983	163 500 483	17%	10%
Основные медицинские услуги на амбулаторном уровне	25 528 016	29 826 206	17%	9%
Амбулаторное стоматологическое лечение	21 309 185	25 224 305	18%	11%
Специализированное амбулаторное лечение	14 852 186	18 633 092	25%	18%
Прочие иные виды амбулаторных лечебных услуг, не поименованные отдельно	77 517 596	89 816 880	16%	9%

Прирост расходов на стационарное и реабилитационное лечение составил 7,6% и 10,1% соответственно. Вместе с тем, как отмечалось выше, по данным Комитета Статистики МНЭ РК, индекс цен на медицинские

услуги составил 107,6%. Таким образом, прироста объема потребления стационарных услуг не наблюдается в 2018 году, а потребление реабилитационных услуг увеличилось на 2,5%.

Таблица 3 – Структура расходов населения на прочие услуги лечения в 2017-2018 гг.

	2017	2018	Прирост в номинальном выражении	Прирост объема
Медицинские услуги на стационарном уровне	51 221 663	55 129 445	7,6%	0,0%
Реабилитационное лечение в стационаре	9 005 642	9 916 144	10,1%	2,5%

Факторы, лежащие в основе проблемы

Таким образом, уровень личных платежей граждан продолжает оставаться на высоком уровне. Это связано с несколькими причинами, которые были выявлены в результате анализа:

- относительно низкий уровень финансирования отрасли в целом;

- высокий уровень расходов на фармацевтические товары, который связан с ростом цен на лекарственные средства;

- кадровый дефицит, в частности узких специалистов, в государственных медицинских учреждениях.

Варианты политики

Рекомендации ВОЗ

В последние годы все большее число стран приступило к реформированию политики финансирования здравоохранения и принятию мер по решению проблем, связанных с высоким уровнем выплат из собственных средств. И с помощью хорошо продуманной политики и стратегий по сокращению карманных платежей и их негативных последствий, многие страны могут добиться положительных результатов.

Основные стратегии по снижению наличных платежей граждан, используемые странами, включают в себя [5]:

- отмена платных услуг в государственных медицинских учреждениях;

- целевое назначение и освобождение от

уплаты официальных платежей таких конкретных групп населения, как бедные и уязвимые слои населения, беременные женщины и дети;

- целевое назначение и освобождение ряда медицинских услуг, таких как ведение беременности, патронаж новорожденных и т.д., от официальных платежей и предоставление их бесплатно.

Эти стратегии нуждаются в политической поддержке, принятии решений и надлежащей подготовке. Отмена платы за пользование услугами и освобождение от нее могут оказать значительное влияние как на спрос, так и на предложение медицинских услуг. Они, вероятно, увеличивают спрос на услуги, что впоследствии сказывается на рабочей нагрузке медицинских работников.

В качестве предлагаемых мер по снижению карманных расходов в Казахстане могут рассматриваться:

- **Увеличение всеобщего охвата населения медицинскими услугами** [6]. Для продвижения к всеобщему охвату необходимо укрепление системы здравоохранения. Ключевое значение имеют надежные финансовые структуры. В условиях, когда основную часть расходов на ПМСП приходится оплачивать из собственных средств, лица с низким уровнем доходов часто не могут получить многие из необходимых им услуг. Даже граждане с доходами выше среднего могут испытывать финансовые трудности в случае тяжелой или длительной болезни. Объединенные фонды из обязательных источников финансирования (таких как обязательные страховые взносы) могут распределить финансовые риски, обусловленные болезнями, среди населения. Так, благодаря внедрению обязательного социального медицинского страхования расширяется всеобщий охват населения медицинскими услугами. Во многих странах это происходит за счет расширения перечня льготных категорий граждан. Некоторые страны

увеличивают охват среди работающих групп населения со средним и высоким уровнем дохода путем расширения роли добровольного страхования (дополнительная модель).

Улучшение охвата услугами ПМСП и показателей здоровья зависит также от наличия и доступности работников здравоохранения и их способности оказывать качественную комплексную медицинскую помощь, ориентированную на пациента. Важнейшим условием обеспечения ВОУЗ во всем мире являются инвестиции в качественную первичную медико-санитарную помощь. Вложение средств в трудовые ресурсы на уровне первичной медико-санитарной помощи — наиболее эффективный с точки зрения затрат способ расширения доступа к основным медико-санитарным услугам.

- **Увеличение общего объема текущих расходов на медицинские услуги в рамках ГОБМП и ОСМС** [6].

Это сразу решит 2 проблемы:

- Снижение уровня частных расходов на здравоохранение в структуре текущих расходов на здравоохранение;

- Доведение уровня текущих расходов до

уровня международных стандартов.

- **Пересмотр утвержденных тарифов на оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП и ОСМС** [5].

- **Установление предельного норматива при расчете тарифа на оказание платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях** [5].

- **Сдерживание расходов на приобретение лекарственных средств.**

Расходы на лекарственные средства составляют наибольшую долю карманных расходов. В этой связи одним из решений проблемы сокращения карманных расходов

Внедрение вариантов политики

Увеличение всеобщего охвата населения медицинскими услугами.

Увеличения всеобщего охвата возможно достичь путем проведения активной информационно-разъяснительной работы среди населения о доступных для них услугах в рамках новой модели ГОБМП и ОСМС через все доступные средства массовой информации, телевидение, социальные сети и т.д. Кроме того, увеличить охват позволит дальнейшее развитие добровольного медицинского страхования.

Увеличение общего объема текущих расходов на медицинские услуги в рамках ГОБМП и ОСМС. С целью достижения поставленной задачи необходимо увеличить долю государственных расходов в рамках ГОБМП и ОСМС в общем объеме расходов на здравоохранение. Это приведет к росту текущих расходов на здравоохранение в целом и позволит довести их уровень до 5% ВВП согласно поручению Елбасы.

Пересмотр утвержденных тарифов на оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП и ОСМС (внесение изменений в приказ Министра здравоохранения РК от 5 сентября 2018 г. № ҚР ДСМ-10 «Об утверждении тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования») [6].

Пересмотр тарифов необходим в сторону их увеличения. Это привлечет частые медицинские организации оказывать медицинские услуги в рамках ГОБМП и ОСМС, которые составят конкуренцию государственным медицинским организациям, что, в свою очередь, позволит решить проблему повышения качества и доступности медицинских услуг.

1. Установление предельного норматива при расчете тарифа на оказание платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях. Введение данной нормы необходимо для расширения охвата медицинскими услугами, невходящими

становится регулирование цен на рынке лекарственных средств. Установление предельных цен на лекарственные средства повлияет на снижение социальной напряженности путем равноправной экономической доступности граждан на использование лекарственных средств.

Кроме того, дальнейшее расширение перечня АЛО также позволит сократить расходы домохозяйств на лекарства. Этому будет способствовать новая модель ОСМС, по которой обеспечение бесплатными лекарствами увеличится в 2 раза, а пакет услуг гарантированного объема помощи увеличится в 5 раз.

в перечень гобмп и ОСМС (например, стоматология, пластическая хирургия и т.д.). А также повысит доступность медицинских услуг для незастрахованного населения.

2. Сдерживание расходов на лекарственные средства. На данный момент рынок лекарственных средств уже регулируется в соответствии с Приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 19 апреля 2019 года № ҚР ДСМ-42 «Об утверждении Правил регулирования цен на лекарственные средства» [7]. В рамках данного приказа для лекарственных средств, подлежащих оптовой и розничной реализации регулирование цен включает:

- регистрация цены или перерегистрация зарегистрированной цены для оптовой и розничной реализации на торговое наименование;
- установление оптовых наценок;
- расчет предельных цен на торговое наименование ЛС для оптовой реализации;
- утверждение предельных цен на торговое наименование для оптовой реализации;
- установление розничных наценок;
- расчет предельных цен на торговое наименование для розничной реализации;
- утверждение предельных цен на торговое наименование для розничной реализации;
- внесение предельных цен на торговое наименование для оптовой реализации в реестр цен;
- внесение предельных цен на торговое наименование для розничной реализации в реестр цен.

Такая мера позволит сдерживать рост карманных расходов на лекарственные средства.

Вместе с тем, необходимо проведение информационно-разъяснительной работы как среди населения, и так медицинского персонала о доступных лекарственных средствах, возмещаемых в рамках ГОБМП и ОСМС, в целях

повышения грамотности и осведомленности о своих правах и обязанностях через все доступные средства массовой информации. Телевидение,

электронные журналы, социальные сети и т.д.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. A System of Health Accounts, 2011 Edition. World Health Organization, Geneva - 2012. Website. [Cited 12 Jan 2020]. Available from URL: <https://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf>.
2. A System of Health Accounts 2011: Revised Edition. OECD, 2017. Website. [Cited 12 Jan 2020]. Available from URL: <https://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>.
3. Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Overview of health system performance in Switzerland. OECD, 2017. Website. [Cited 12 Jan 2020]. Available from URL: <https://www.oecd.org/switzerland/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-SWITZERLAND.pdf>.
4. Аналитический отчет по Национальным счетам здравоохранения за 2018 год, 2019. Республиканский центр развития здравоохранения. Веб-сайт. [Дата обращения 18 Янв 2020 года]. Режим доступа: <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/2017-03-12-10-51-14/nats-scheta-zdravookhraneniya-ntsz>.
5. Аналитический отчет по Национальным счетам здравоохранения за 2018 год, 2019. Республиканский центр развития здравоохранения (Analytical report on National Health Accounts for 2018, 2019. Republican Center for Health Development) [in Russian]. Веб-сайт. [Дата обращения 18 Янв 2020 года]. Режим доступа: <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/2017-03-12-10-51-14/nats-scheta-zdravookhraneniya-ntsz>.
5. Out-of-pocket payments, user fees and catastrophic expenditure. WHO, 2017. Website. [Cited 07 Jan 2020]. Available from URL: https://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/out-of-pocket-payments/en/.
6. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, утв.: 5 сентября 2018 года, № ҚР ДСМ-10.
Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования (Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On approval of tariffs for medical services provided within the guaranteed volume of free medical care and in the system of compulsory social health insurance) [in Russian], utv.: 5 sentiabria 2018 goda, № ҚР ДСМ-10.
7. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил регулирования цен на лекарственные средства, утв.: 19 апреля 2019 года, № ҚР ДСМ-42.
Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил регулирования цен на лекарственные средства (The order of the acting Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On approval of the Rules for regulating the prices of medicines) [in Russian], utv.: 19 aprelia 2019 goda, № ҚР ДСМ-42.

Proposal to improve the financing of infectious diseases providers within the framework of the guaranteed amount of free medical care and in the mandatory social health insurance system

Ganiyet Salimgali ¹, Bibigul Omirbayeva ²

¹ Chief Manager of the Department of Improving Healthcare Financing of Center for Economics and Health Technology Assessment, Republican Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

² Chief Analyst of the Department of Macroeconomic Research of Center for Economics and Health Technology Assessment, Republican Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

Abstract / Key messages

The purpose of this policy brief is to describe an alternative method of financing health care entities that provide medical care for infectious diseases within the framework of the guaranteed amount of free medical care and in the mandatory social health insurance system. The study presents an analysis of the current situation with regard to funding for infectious diseases services. In particular, it examines the current funding mechanisms in institutions that provide inpatient care. Based on the results of the study, a funding mechanism is proposed that is relevant in the conditions of transition to mandatory social health insurance system.

Essential elements:

Currently, the system of financing medical care in Kazakhstan is at the stage of transformation. The budget model of financing is gradually being transformed into social health insurance, which provides for joint contributions from employers, employees, and the state, which will provide a certain guaranteed amount of free medical care. Payment methods for medical care affect the sustainability, quality and effectiveness of the health system, as well as the demand for certain types of medical care [1].

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлем шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде инфекциялық бейіндегі денсаулық сақтау субъектілерін қаржыландыруды жетілдіру бойынша ұсыныс

Салимғали Г.Н. ¹, Өмірбаева Б.С. ²

¹ Экономика және денсаулық сақтау технологияларын бағалау орталығының медициналық көмекті қаржыландыруды жетілдіру бөлімінің бас менеджері, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

² Экономика және денсаулық сақтау технологияларын бағалау орталығының Макроэкономикалық зерттеулер бөлімінің бас сарапшысы, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

Түйіндеме/түйінді ойлар

Бұл талдамалық жазбаның мақсаты тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде инфекциялық бейіндегі медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілерін қаржыландырудың баламалы әдісін сипаттау болып табылады. Зерттеуде инфекциялық қызметті қаржыландыру бойынша ағымдағы жағдайды талдау ұсынылған, атап айтқанда стационарлық көмек көрсететін мекемелерде қаржыландырудың қолданыстағы тетіктері қарастырылған. Зерттеу нәтижелері бойынша міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруға көшу жағдайында өзекті қаржыландыру тетігі ұсынылады.

Негізгі элементтер:

Қазіргі уақытта Қазақстанда трансформация кезеңінде медициналық көмекті қаржыландыру жүйесі. Қаржыландырудың бюджеттік моделі жұмыс берушілердің, қызметкерлердің, сондай-ақ тегін медициналық

көмектің белгілі бір кепілді көлемін қамтамасыз ететін мемлекеттің ортақ жарналарын көздейтін әлеуметтік медициналық сақтандыруға бірқалыпты өзгеруде. Медициналық көмекті төлеу әдістері Денсаулық сақтау жүйесінің тұрақтылығы, сапасы мен тиімділігіне, сондай-ақ медициналық көмектің қандай да бір түрлерінің сұранысына әсер етеді [1].

Предложения по совершенствованию финансирования субъектов здравоохранения инфекционного профиля в рамках ГОБМП и в системе ОСМС

Салимгали Г.Н.¹, Омирбаева Б.С.²

¹ *Главный менеджер отдела совершенствования финансирования медицинской помощи Центра экономики и оценки технологий здравоохранения, Республиканский центр развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан*

² *Главный аналитик отдела макроэкономических исследований Центра экономики и оценки технологий здравоохранения Республиканского центра развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан*

Резюме / Ключевые положения

Целью данной аналитической записки является описание альтернативного метода финансирования субъектов здравоохранения оказывающих медицинскую помощь инфекционного профиля в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования (ОСМС). В исследовании представлен анализ текущей ситуации по финансированию инфекционной службы, в частности рассмотрены действующие механизмы финансирования в учреждениях, оказывающих стационарную помощь. По результатам исследования предлагается актуальный в условиях перехода на ОСМС механизм финансирования.

Ключевые положения:

На текущий момент система финансирования медицинской помощи в Казахстане на этапе трансформации. Бюджетная модель финансирования плавно трансформируется в социальное медицинское страхование, которое предусматривает солидарные взносы работодателей, работников, а также государства, которое будет обеспечивать определенный гарантированный объем бесплатной медицинской помощи. Методы оплаты медицинской помощи влияют на устойчивость, качество и эффективность системы здравоохранения, а также на спрос тех или иных видов медицинской помощи [1].

Corresponding author: Ganiyet Salimgali, Chief Manager of the Department of Improving Healthcare Financing of Center for Economics and Health Technology Assessment, Republican Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan
Postal code: 010000
Address: Nur-Sultan, 13 Imanov str.
Phone: +7 (7172) 700 950 (1151)
E-mail: salimgali_g@rcrz.kz

J Health Dev 2020; 36 (Special Issue): 61-68
UDC 61:001.89
Received: 14-12-2019
Accepted: 12-02-2020



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Введение

До 2018 года в Республике Казахстан (РК) субъекты здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь лицам, страдающим туберкулезом, инфекционными заболеваниями, психическими расстройствами и расстройствами поведения, финансировались государственными уполномоченными органами в сфере здравоохранения в регионах по бюджетной модели, то есть на основе сметно-расходной модели финансирования [2].

С 2018 года основным закупщиком медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОВМП) является некоммерческое акционерное общество «Фонд социального медицинского страхования» созданное в соответствии с постановлением Правительства РК от 01 июля 2016 года №389 [3].

Субъекты здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь инфекционного профиля, финансируется по факту пролеченного случая согласно утвержденному тарифу. Тарифы на оказание специализированной медицинской помощи для инфекционного профиля определялись путем деления бюджета субъекта здравоохранения в 2017 году на

количество пролеченных случаев в том же году [4]. Таким образом, утвержденные тарифы имели колоссальную разницу, так как бюджет субъектов здравоохранения определялся местным уполномоченным органом.

Изменение метода оплаты медицинской помощи в любой области здравоохранения прямо либо косвенно влияет на устойчивость, качество и эффективность системы здравоохранения, а также на спрос тех или иных видов медицинской помощи. Предлагаемый в данной аналитической записке метод оплаты медицинской помощи будет способствовать упразднению многократной разницы в финансировании субъектов здравоохранения оказывающих стационарную помощь инфекционным больным, нивелированию проблемы недофинансирования, стимулированию медицинских организаций к повышению качества оказываемых медицинских услуг так как является наиболее справедливым методом финансирования, стимулированию медицинских организаций к эффективному и рациональному расходованию средств.

Описание проблемы

До 2018 года в РК субъекты здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь лицам, страдающим туберкулезом, инфекционными заболеваниями, психическими расстройствами и расстройствами поведения, финансировались государственными уполномоченными органами в сфере здравоохранения в регионах по бюджетной модели, то есть на основе сметно-расходной модели финансирования [2].

Согласно Приказу Министра Финансов РК «Об утверждении правил составления и представления бюджетной заявки» от 24.11.2014 г. №511 субъекты здравоохранения формировали бюджетную заявку и предоставляли ее в управления здравоохранения. Бюджетная заявка состояла из статей расходов, которые необходимы для содержания субъекта здравоохранения. На основании предоставленных данных уполномоченные органы, на тот момент управления здравоохранения областей и городов республиканского значения, принимали решение по выделению финансовых средств из республиканского и местного бюджетов. Субъекты здравоохранения вне зависимости от количества пациентов получали фиксированную сумму, раздробленную планом финансирования.

Основное преимущество бюджетной

модели финансирования – абсолютная предсказуемость и контроль расходов, а недостатками являются: отсутствие мотивации к повышению качества и доступности медицинской помощи; нацеленность больше на содержание инфраструктуры субъекта здравоохранения, а не на удовлетворение реальной потребности в медицинской помощи; стимулирование работников только за счет экономии фонда оплаты труда (ФОТ), и как следствие стремление к недоукомплектованному штату.

С 2018 года основным закупщиком медицинских услуг в рамках ГОВМП является некоммерческое акционерное общество «Фонд социального медицинского страхования» созданное в соответствии с постановлением Правительства РК от 01 июля 2016 года № 389 [3]. Модели финансирования для различных видов и профилей медицинской помощи различна. Организации осуществляющие амбулаторно-поликлиническую помощь финансируются по механизму комплексного подушевого норматива; организации осуществляющие стационарную помощь, преимущественно многопрофильные больницы по механизму клиничко-затратных групп и другие. Рассматриваемый инфекционный профиль финансируется по факту пролеченного случая согласно утвержденному тарифу. Тарифы на оказание специализированной

медицинской помощи для инфекционного профиля определялись путем деления бюджета субъекта здравоохранения в 2017 году на количество пролеченных случаев в том же

году [4]. Ниже в таблице отображена динамика тарифов на пролеченный случай за 2016-2019 годы.

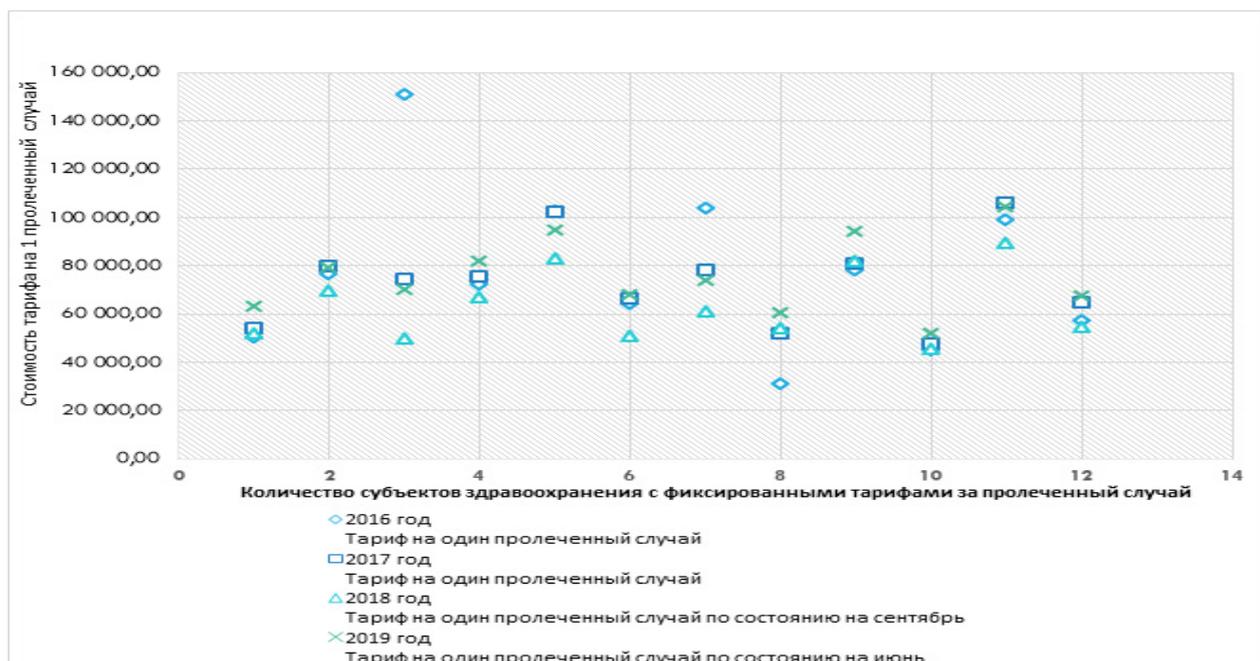


Рисунок 1 – Динамика тарифов на пролеченный случай за 2016-2019 годы в разрезе субъектов здравоохранения оказывающих медицинскую помощь инфекционного профиля

В 2016-2017 гг. утвержденных тарифов на пролеченный случай не было. Данные были получены путем деления бюджета субъекта здравоохранения на количество пролеченных случаев.

Как видно из рисунка 1, тарифы субъектов здравоохранения сильно разнятся, хотя имеют единый профиль и оказывают идентичную медицинскую помощь. При этом, учитывая специфику работы инфекционного профиля, текущие тарифы не всегда покрывают фактические расходы на оказываемые медицинские услуги субъектов здравоохранения.

Вариант решения

Методы оплаты медицинской помощи влияют на устойчивость, качество и эффективность системы здравоохранения, а также на спрос тех или иных видов медицинской помощи. Система тарифов на медицинские услуги имеет определенное влияние при распределении и использовании ресурсов. То есть, повышение тарифов на определенную медицинскую помощь меняет направление денежных потоков и пролеченных случаев.

В мировой практике инфекционная служба включает в себя лечение всех инфекционных заболеваний, таких как атипичная пневмония, вирус Эбола, криптоспоририоз, ВИЧ/СПИД, туберкулез и другие, а также вакцинацию. В Казахстане, профили больниц подразделяются

Преимущественно из-за зависимости закупки медицинских изделий зарубежного производства, а также ежегодного повышения тарифов на коммунальные услуги. Утверждаемые тарифы не всегда являются актуальными для покрытия расходов субъектов здравоохранения.

Также, оплата за оказанную медицинскую помощь субъектам здравоохранения производится фиксированным тарифом за пролеченный случай вне зависимости от характера и сложности заболевания.

по различным службам, оказывающим медицинскую помощь в лечении инфекционных заболеваний. Так, в республике функционируют противотуберкулезные больницы, центры по борьбе и профилактике со СПИД, инфекционные больницы и многопрофильные больницы, имеющие инфекционные отделения [5].

Основными причинами использования возмещения затрат методом оплаты КЗГ являются повышение эффективности медицинской помощи и повышение эффективности расходования средств [6].

Разработанный в Йельском университете в США, внедренный в систему здравоохранения и используемый по сегодняшний день метод оплаты обозначается как диагностически

родственные группы (ДРГ, от англ. diagnostic-related groups, DRG) или клинико-затратные группы (КЗГ). Данный метод оплаты медицинской помощи в стационарных условиях применяется во многих странах мира, что обусловлено высоким управленческим потенциалом, а именно возможностью на его основе стимулировать субъекты здравоохранения к повышению эффективности расходования ресурсов [7]. Повышение эффективности субъектов здравоохранения происходит за счет сокращения средней продолжительности пребывания и

увеличения количества пролеченных случаев [8].

В Российской Федерации, согласно нормативам и тарифам, выделяют ряд клинико-статистических групп (КСГ). КСГ объединяет ряд диагнозов, сходных по сложности, объему требуемых ресурсов и средней продолжительности госпитализации [9]. КСГ определяет длительность госпитализации и лечения. Эти группы разрабатываются в каждом регионе, но в рамках общефедерального регулирования.

Таблица 1 - Содержание методов оплаты и стимулы поставщиков медицинских услуг в Казахстане

Характеристика методов оплаты	Стимулы
Постатейный бюджет (бюджетная модель финансирования) основан на расходах, с платежами, определяемыми и осуществляемыми перспективно. Обычно правила ограничивают возможность поставщиков переводить средства с одной статьи на другую и следовательно, отсутствует стимул или механизм достижения наиболее эффективного распределения расходов.	Недопоставлять услуги, направлять к другим поставщикам; повышать затраты; отсутствие стимула или механизма для повышения эффективности расходов; стимул к расходованию всех оставшихся средств до конца финансового года.
Оплата за услугу поставщику – возмещается стоимость каждой оказанной услуги. Система оплаты за услуги может основываться как на расходах, так и на результатах. Однако осуществляется он ретроспективно.	Оказание большего числа услуг и использование более дорогих средств лечения делают эту систему оплаты нежизнеспособной в большинстве, если не во всех, системах здравоохранения.
Посуточная оплата – за каждый проведенный пациентом койко-день. Основана на результатах.	Увеличение количества дней пребывания в больнице, повышения занятости коек и возможное увеличение коечного фонда и общее перемещение амбулаторных и реабилитационных услуг в стационар.
Глобальный бюджет представляет собой заранее установленный платеж на покрытие общих расходов медицинского учреждения, согласованного набора услуг за определенный срок.	Недопоставлять услуги, направлять к другим поставщикам; повышать затраты; присутствует механизм повышения эффективности расходов;
Оплата по пролеченному случаю – оплата за выписанных больных, платежи осуществляются ретроспективно и основаны на результатах. Данный метод связан с сокращением средней длительности пребывания в больнице.	Увеличение числа случаев и минимизация расходов на каждый случай. Стимулы избегать дорогостоящих случаев или разбить их на несколько отдельных случаев. Для нейтрализации стимулов разрабатываются и непрерывно уточняются сложные по установлению различий между случаями с разной ресурсоемкостью по клинико-затратной группе.
<i>Примечание: [10]</i>	

Стоимость госпитализации определяется ее средней продолжительностью и средней стоимостью суточного пребывания в больнице. При этом, стоимость отражает не реальные затраты, а установленные заранее нормативные суммы.

Инфекционные больницы РФ финансируются согласно фактически предоставленным услугам после выписки пациента. После госпитализации пациента классифицируют по системе КСГ, определяющей сложность случая с учетом тактики лечения и длительности госпитализации, установленной при поступлении в больницу. Каждая КСГ имеет свой утвержденный тариф. Ниже предоставлены методы оплаты и стимулы поставщиков медицинских услуг, а также их преимущества.

По результатам отечественного опыта можно судить о наличии противоречий между разными целями. Одинаково возможные цели бывают взаимоисключающими в том смысле, что разные принципы оплаты служат для достижения разных целей, и системы оплаты, позволяющие достичь одних целей, могут становиться препятствием для достижения других. К примеру, действовавшая бюджетная модель [11] основывается на расходно-сметной модели финансирования. Основное преимущество данной модели – абсолютная предсказуемость расходов, а недостатками являются:

- отсутствие мотивации к повышению качества и доступности медицинской помощи,
- содержание инфраструктуры субъекта здравоохранения, а не обеспечение реальной

потребности медицинской помощи,

- стимулирование работников только за счет экономии ФОТ, и как следствие стремление к недоукомплектованности штатов.

Параллельное использование различных механизмов оплаты приводит к разным результатам. В оптимальном варианте система оплаты должна побуждать поставщиков предоставлять высококачественное и эффективное лечение и одновременно заинтересовывать их в более рациональном использовании ресурсов здравоохранения.

«Метод финансирования за пролеченного больного по клинко-затратным группам является одним из известных видов оплаты стационарной помощи, который содержит наиболее сильные стимулы к эффективному функционированию сети лечебно-профилактических организаций» [13].

В настоящее время в Казахстане финансирование инфекционных больниц осуществляется за пролеченный случай по утвержденным тарифам, которые устанавливаются для каждого субъекта здравоохранения [12]. Такой метод является оптимальным по причине строгих предъявляемых требований к инфекционному профилю. То есть, именно в данном профиле важно полное лечение пациентов и их выздоровление, с целью предупреждения дальнейшего распространения инфекционных заболеваний в регионе. Субъекты здравоохранения в данном случае ограничены определенным финансированием, и длительное содержание пациента не стимулируется в виде дополнительного финансирования. Следовательно, по сравнению с оплатой за койко-дни, оплата за пролеченный случай является экономически выгодным методом для плательщика услуг.

Негативной стороной данного метода

Внедрение

Изменение механизма финансирования в любой области здравоохранения прямо либо косвенно влияет на устойчивость, качество и эффективность системы здравоохранения, а также на спрос тех или иных видов медицинской помощи. Система тарифов на медицинские услуги имеет определенное влияние при распределении и использовании ресурсов. То есть, повышение тарифов на определенную медицинскую помощь меняет направление денежных потоков и пролеченных случаев.

В действующих нормативно-правовых актах имеются все необходимые пункты для внедрения метода оплаты по принципу внутриотраслевого перераспределения средств, а именно КЗГ, по причине использования данного метода оплаты для многопрофильных больниц. А ежегодное изменение размера базовой

оплаты является то, что независимо от сложности диагноза субъект здравоохранения ограничен фиксированной суммой за пролеченный случай, что побуждает медицинские организации сокращать расходы, необходимые для лечения, избегать применения дорогостоящих препаратов, что, как следствие, приводит к некачественному оказанию медицинских услуг. В данном случае, для нейтрализации негативных стимулов предлагается механизм финансирования, учитывающий специфику диагноза с дальнейшей группировкой по сложности заболевания.

Метод финансирования за пролеченного больного по КЗГ является одним из известных видов оплаты стационарной помощи, который содержит наиболее сильные стимулы к эффективному функционированию сети лечебно-профилактических организаций [13]. Метод финансирования по КЗГ представляет собой дифференцированную оплату стационарной помощи за конечный результат («выбывший больной») в зависимости от понесенных затрат, связанных с тяжестью заболевания, произведенной операции и т.д. Основным экономическим параметром КЗГ является коэффициент затратно-эффективности, который отражает соотношение затрат данной группы заболеваний к средним затратам по всем группам. Учитывая практику оплаты услуг инфекционного профиля в многопрофильных больницах и наличие перечня заболеваний в утвержденном тарификаторе согласно международному классификатору болезней с утвержденными к ним коэффициентами, необходимо осуществлять финансирование инфекционного профиля по механизму оплаты по клинко-затратным группам. Это позволит сократить различия в тарифах субъектов здравоохранения, устранить преднамеренное сокращение расходов путем исключения дорогостоящих препаратов, и окажет положительное влияние на качество оказываемых медицинских услуг.

ставки в сторону увеличения, используемой для расчета, положительно скажется на финансовой деятельности предприятий, оказывающих медицинские услуги инфекционного профиля. Также, учитывая пункт 95 Приказа Министра здравоохранения РК «Об утверждении Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения» [3], для инфекционного профиля не применяется линейная шкала, которая служит для удержания суммы денежных средств за превышение плановой суммы договора, оплата за каждого больного будет производиться по фактической пролеченным случаям.

Для исключения действующего механизма оплаты по тарифам, установленных уполномоченным органом, необходимо внести изменения в некоторые пункты Приказов «Об утверждении тарифов на медицинские

услуги, в рамках ГОБМП и в системе ОСМС», «Об утверждении Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения и Правил оплаты стоимости фармацевтических услуг субъектам в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий» и «Об утверждении Правил формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП и в системе ОСМС» [4, 12].

Стоит отметить, что изменение механизма финансирования также потребует дополнительных средств, так как одной из причин является размер среднего тарифа на медицинские услуги инфекционного профиля в 2018 году и размер базовой ставки КЗГ в том же году.

Республиканским центром развития здравоохранения, в рамках государственного задания по совершенствованию механизма финансирования инфекционной службы, в 2019 году было проведено математическое моделирование, для определения необходимой суммы финансирования при использовании механизма клинично-затратных групп в сравнении действующего механизма финансирования. В данном моделировании использовались аналитические отчеты 50 субъектов здравоохранения, для которых утвержден тариф за пролеченный случай (приложение 18 Приказа Министра здравоохранения «Об утверждении тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП и в системе ОСМС») [4], данными субъектами здравоохранения в 2018 году было пролечено 199 720 человек, предъявлено к

оплате 13 321 397,48 тыс. тенге, а средний тариф составил 66 700,36 тенге. В случае применения механизма КЗГ в данных субъектах здравоохранения объем финансирования составит 15 313 459,9 тыс. тенге, а абсолютное отклонение фактически предъявленных сумм от суммы при применении механизма КЗГ составляет 1 992 062,5 тыс. тенге. В приложении приведены расчеты по глобальному моделированию механизма КЗГ в 2018 году.

Важно отметить, что перед внедрением механизма КЗГ для оплаты медицинских услуг потребуется пилотная апробация метода финансирования в некоторых регионах, только затем внести изменения в нормативно-правовые акты.

Таким образом, применение механизма КЗГ будет способствовать: упразднению многократной разницы в финансировании субъектов здравоохранения оказывающих стационарную помощь инфекционным больным; нивелированию проблемы недофинансирования, так как стоимость базовой ставки по КЗГ регулярно пересматривается; стимулированию медицинских организаций к повышению качества оказываемых медицинских услуг так как является наиболее справедливым методом финансирования; стимулированию медицинских организаций к эффективному и рациональному расходованию средств.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Исахова П.Б. Бюджетирование, ориентированное на результат, как способ повышения эффективности бюджетных расходов на социальную защиту населения // *Транзитная экономика*, 2007. – №3. – С. 37-43.

Isahova P.B. Bjudzhetirovanie, orientirovannoe na rezul'tat, kak sposob povysheniya jeffektivnosti bjudzhetnykh rashodov na social'nuju zashhitu naselenija (Result-oriented budgeting as a way to increase the efficiency of budget expenditures on social protection of the population) [in Russian]. *Tranzitnaja jekonomika*, 2007; 3: 37-43.

2. Приказ Министра финансов Республики Казахстан. Об утверждении Правил составления и представления бюджетной заявки, утв.: 24 ноября 2014 года, № 511.

Prikaz Ministra finansov Respubliki Kazahstan. Ob utverzhenii Pravil sostavleniya i predstavleniya bjudzhetnoj zajavki (Order of the Minister of Finance of the Republic of Kazakhstan. On approval of the Rules for the preparation and submission of a budget application) [in Russian], utv.: 24 nojabrja 2014 goda, № 511.

3. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения и Правил оплаты стоимости фармацевтических услуг субъектам в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий, утв.: 29 марта 2018 года, № 138.

Prikaz i.o. Ministra zdravooohraneniya Respubliki Kazahstan. Ob utverzhenii Pravil oplaty uslug subyektov zdravooohraneniya i Pravil oplaty stoimosti farmacevticheskikh uslug subyektam v sfere obrashheniya lekarstvennykh sredstv i medicinskih izdelij (The order of the acting Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On approval of the Rules of payment for services of healthcare entities and the Rules of payment of the cost of pharmaceutical services to entities in the field of circulation of medicines and medical devices) [in Russian], utv.: 29 marta 2018 goda, № 138.

4. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования и Методики формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, утв.: 26 ноября 2009 года, № 801.

Prikaz Ministra zdravooohraneniya Respubliki Kazahstan. Ob utverzhenii Pravil formirovaniia tarifov na meditsinskie uslugi, okazyvaemye v ramkakh garantirovannogo ob'ema besplatnoi meditsinskoj pomoshchi i v sisteme obiazatel'nogo sotsial'nogo meditsinskogo strakhovaniia i Metodiki formirovaniia tarifov na meditsinskie uslugi,

okazyvaemye v ramkakh garantirovannogo ob"ema besplatnoi meditsinskoj pomoshchi i v sisteme obiazatel'nogo sotsial'nogo meditsinskogo strakhovaniia (Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On approval of Regulations for the formation of tariffs for medical services provided in the framework of guaranteed free medical care in the system of compulsory social health insurance, and a technique of formation of tariffs for medical services provided in the framework of guaranteed free medical care in the system of compulsory social health insurance) [in Russian], utv.: 26 noiabria 2009 goda, № 801.

5. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Номенклатуры организаций здравоохранения, утв.: 26 ноября 2009 года, № 797.

Prikaz i.o. Ministra zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhdenii Nomenklatury organizatsii zdravookhraneniia (The order of the acting Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On approval of the nomenclature of health organizations) [in Russian], utv.: 26 noiabria 2009 goda, № 797.

6. Langenbrunner J.C., O'Duagherty S., Cashin C.S. (ed.). Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: "How-to" Manuals. The World Bank, 2009: 349 p.

7. O'Dougherty Sh., Cashin C., Samyshkin E. et al. Case-Based Hospital Payment Systems. The International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank. 2009; Ch.2: 125-214.

8. Street A, O'Reilly J, Ward P, Mason A. DRG-based hospital payment and efficiency: theory, evidence, and challenges. Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Maidenhead: Open University Press; 2011: 93–114.

9. Постановление Правительства Российской Федерации. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утв.: 10 декабря 2018 года, № 1506.

Postanovlenie Pravitel'stva Rossiiskoi Federatsii. O Programme gosudarstvennykh garantii besplatnogo okazaniia grazhdanam meditsinskoj pomoshchi na 2019 god i na planovyi period 2020 i 2021 godov (Resolution of the Government of the Russian Federation. About the program of state guarantees of free medical assistance to citizens for 2019 and for the planning period 2020 and 2021) [in Russian], utv.: 10 dekabria 2018 goda, № 1506.

10. Сансызбаева Г.Н., Искендинова С.К., Рахимова Г.А. Основные элементы системы финансирования здравоохранения Казахстана // The Journal of Economic Research & Business Administration. – 2015. – Т. 110. – №.4.- С.13-18.

Sansyzbaeva G.N., Iskendiroma S.K., Rakhimova G.A. Osnovnye elementy sistemy finansirovaniia zdravookhraneniia Kazakhstana (Key elements of Kazakhstan's health financing system) [in Russian]. The Journal of Economic Research & Business Administration. 2015; 110(4): 13-18.

11. Карабекова А. Регулирование механизма бюджетного финансирования сферы здравоохранения в Республике Казахстан // Фемида. – 2004. – №7. – С. 12.

Karabekova A. Regulirovanie mekhanizma biudzhethnogo finansirovaniia sfery zdravookhraneniia v Respublike Kazakhstan (Regulation of the mechanism of budget financing of the healthcare sector in the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. Femida, 2004; 7: 12.

12. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, утв.: 5 сентября 2018 года, № ҚР ДСМ-10.

Prikaz Ministra zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhdenii tarifov na meditsinskie uslugi, okazyvaemye v ramkakh garantirovannogo ob"ema besplatnoi meditsinskoj pomoshchi i v sisteme obiazatel'nogo sotsial'nogo meditsinskogo strakhovaniia (Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On approval of tariffs for medical services provided within the guaranteed volume of free medical care and in the system of compulsory social health insurance) [in Russian], utv.: 5 sentiabria 2018 goda, № ҚР ДСМ-10.

Implementation of a new model of nursing service management in health organizations to increase the effectiveness of nursing professionals and their contribution to protecting public health in the Republic of Kazakhstan: Policy Brief

Zaure Baygozhina ¹, Vitaliy Koikov ², Ayagyozy Umbetzhanova ³, Zhanagul Bekbergenova ⁴

¹ Head of the Division of the Medical Education, Republican Center for Healthcare Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

² Head of the Center for the Education and Science Development, Republican Center for Healthcare Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

^{3,4} Leading Expert, Division of the Medical Education, Republican Center for Healthcare Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

Abstract / Key messages

What is the problem?

- Ineffective management system of nursing services in health organizations of the Republic of Kazakhstan, associated with the underestimation of the role of nursing personnel in the medical and diagnostic process and the subordination of a nurse to a doctor who does not know the concept of nursing care.
- Inadequacy of the functioning of the system of nursing education, science and practice to European directives (best international practices). Lack of good nursing practice in the practical healthcare of Kazakhstan.
- Imperfection of legal acts regulating the activities of nurses that do not meet the needs of modern nursing services (including the lack of national guidelines, standards for nursing services, etc.).

Policy options

Option 1. Creation of effective legal regulation of the interaction of health organizations with medical education organizations based on the experience of leading world universities and colleges, by:

- The introduction of a new organizational structure of nursing services in health organizations, in which nurses and doctors work equally and independently, bearing collective responsibility for the activities of the interprofessional team, can significantly increase the effectiveness of nursing services.
- The introduction of financial mechanisms for direct payment of nursing services allows us to provide conditions for the development of nursing services of the advanced practice;
- The introduction of the position of Nursing Coordinator (Chief Nursing Officer) at the level of the Central and local health authorities allows for more effective monitoring and coordination of nursing services.

Option 2. Improving the industry-specific qualifications framework for nursing professionals in accordance with European directives by:

- Consolidation of qualification levels, labor functions, competencies, requirements for nursing specialists in the sectoral qualifications framework and professional standard;
- Harmonization of all elements of the sectoral qualifications system of nursing specialists (labor functions, training programs, assessment systems) in accordance with European directives;
- Annual grants (at the expense of the republican and local budgets) for the training of advanced nurses, including accelerated training programs (for working nurses);
- Implementation of mechanisms for compulsory working off by graduates of applied undergraduate programs in regional health organizations for distribution.

Option 3. Ensuring the development of evidence-based nursing practice with the implementation of universally recognized international standards and models, the development of national guidelines and standards for nursing services, by:

- Implementation of a universal progressive model of patronage service in primary care organizations and a new model of nursing service in health organizations (in terms of secondary health care, triages, health schools, screenings, etc.);
- Implementation of the international classification of nursing diagnoses and nursing interventions at the national level;
- Preparation of a pool of experts on the development of nursing guidelines and standards for nursing services, the implementation of evidence-based nursing practices;

- Development and adoption of evidence-based nursing guidelines and standard operating procedures for nursing procedures at the national level;
- Development of research in nursing will ensure the implementation of the best evidence-based practices of nursing in the country's health organizations;
- Providing access for medical colleges, higher medical colleges, medical universities and medical organizations to the world databases of nursing - CINAHL, NRC, etc.;
- Providing training for nursing specialists on research in nursing, evidence-based nursing practice - both within the framework of master's programs, and through advanced training of specialists from colleges and universities;
- Introduction of PhD doctoral studies in the specialty "Nursing" and ensuring the regular allocation of budget places for the preparation of doctoral students in this specialty.

Vision on the implementation of policy options

Each of these policy options can help improve the effectiveness of nursing in the health system of the Republic of Kazakhstan. However, given the differences in options in the direction of actions, resources and methods used, a more substantial achievement of the goal of improving public health by strengthening the role and status of a nurse, these options can give when they are combined.

Мейірбике ісі саласындағы мамандардың тиімділігі мен олардың Қазақстан Республикасындағы қоғамдық денсаулықты қорғауға қосқан үлесін арттыру мақсатында медициналық ұйымдарда мейірбике қызметін басқарудың жаңа моделін енгізу: Саясаттар құруға арналған аналитикалық шолу

Байғожина З.А.¹, Койков В.В.², Үмбетжанова А.Т.³, Бекбергенова Ж.Т.⁴

¹ Медициналық білімді дамыту бөлімінің бастығы, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

² Білім және ғылымды дамыту орталығының, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

^{3,4} Медициналық білімді дамыту бөлімінің жетекші сарапшысы, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

Түйіндеме / Түйінді ойлар

Мәселе неде?

• Республиканың практикалық денсаулық сақтау ұйымдарындағы мейірбикелік қызметтерді басқарудың тиімсіз жүйесі, медициналық-диагностикалық процесте мейірбике ісі персоналының рөлін дұрыс бағаламау және мейірбикенің мейірбике ісі тұжырымдамасын білмейтін дәрігерге бағынуы.

• Мейірбикелік білім, ғылым және практика жүйесінің жұмыс істеуінің еуропалық директиваларға сәйкес келмеуі (ең жақсы халықаралық тәжірибе). Қазақстанның практикалық денсаулық сақтауында мейірбикелік іс-тәжірибенің болмауы.

• Мейірбикелер қызметін қазіргі заманғы мейірбикелік қызметтердің қажеттіліктеріне сәйкес келмейтін нормативтік-құқықтық актілердің жетілдірілмеуі (ұлттық нұсқаулықтардың, мейірбикелік қызмет стандарттарының болмауы және т.б.).

Саясат нұсқалары

1 нұсқа. Диагностика және емдеу процесінде мейірбике ісі персоналының рөлін шолу негізінде тәжірибелік денсаулық сақтау ұйымдарында мейірбике ісін басқарудың тиімділігін арттыру:

• Медициналық ұйымдарда мейірбике ісінің жаңа ұйымдық құрылымын енгізу, онда медбикелер мен дәрігерлер тең дәрежеде және дербес жұмыс істейді, кәсіпқойлар тобының қызметіне ұжымдық жауапкершілік жүктейді, мейірбикелік қызметтің тиімділігін айтарлықтай арттырады.

• Мейірбикелік қызметтерге тікелей ақы төлеудің қаржылық тетіктерін енгізу кеңейтілген практикада мейірбике қызметін дамыту үшін жағдай жасауға мүмкіндік береді;

• Денсаулық сақтаудың орталық және жергілікті органдары деңгейінде мейірбике ісінің үйлестірушісі лауазымын енгізу мейірбике қызметін тиімді бақылау және үйлестіруге мүмкіндік береді.

2-нұсқа. Еуропалық директиваларға сәйкес мейірбике ісінің мамандары үшін салалық біліктілік шеңберін жетілдіру:

• Біліктілік деңгейлерін, еңбек функцияларын, құзіреттіліктерді, салалық біліктілік шеңберіндегі және кәсіби стандарттағы мейірбике мамандарына қойылатын талаптарды шоғырландыру;

• Мейірбике ісі саласындағы мамандардың салалық біліктілік жүйесінің барлық элементтерін (еңбек функциялары, оқу бағдарламалары, бағалау жүйесі) еуропалық директиваларға сәйкес үйлестіру;

• Жыл сайынғы гранттар (республикалық және жергілікті бюджет есебінен), оның ішінде жеделдетілген оқу бағдарламаларын (жұмыс істейтін медбикелер үшін);

• Қолданбалы бакалавриат бағдарламаларын бітірушілердің тарату үшін аймақтық медициналық ұйымдарда міндетті тестілеу тетіктерін енгізу.

3-нұсқа. Жалпыға бірдей танылған халықаралық стандарттар мен модельдерді қолдана отырып, дәлелді мейірбикелік іс-тәжірибенің дамуын қамтамасыз ету, мейірбике ісі саласындағы ұлттық нұсқаулықтар

мен стандарттарды әзірлеу:

- Бастапқы медициналық-санитарлық көмек ұйымдарында патронаж қызметінің әмбебап прогрессивті моделін және медициналық ұйымдарда мейірбикелік қызметтің жаңа моделін енгізу (орта медициналық көмек, медициналық көмек, медициналық мектептер, скринингтер және т.б.);

- Мейірбикелік диагноздар мен мейірбикелік іс-шараларды халықаралық жіктеудің ұлттық деңгейінде енгізу;

- Мейірбике ісі жөніндегі нұсқаулықтар мен стандарттарды әзірлеу, дәлелді мейірбикелік іс-тәжірибені енгізу бойынша сарапшылар тобын дайындау;

- Дәлелді мейірбикелік нұсқаулықтарды және мейірбикелік процедуралардың стандартты жұмыс істеуін ұлттық деңгейде әзірлеу және қабылдау

- Мейірбикелік іс саласындағы зерттеулерді дамыту мейірбикелік іс-тәжірибенің ең озық тәжірибелерін елдің медициналық ұйымдарында енгізуді қамтамасыз етеді;

- Медициналық колледждерге, жоғары медициналық колледждерге, медициналық университеттерге және медициналық ұйымдарға мейірбике ісінің әлемдік мәліметтер базасына қол жетімділікті қамтамасыз ету - CINAHL, NRC және т.б.);

- Мейірбике ісі саласындағы мамандарға мейірбикелік зерттеулер бойынша, магистрлік бағдарламалар аясында, сонымен қатар колледждер мен университеттердің мамандарының біліктілігін арттыру арқылы оқытуды қамтамасыз ету;

- «Мейірбике ісі» мамандығына PhD докторантурасын енгізу және осы мамандық бойынша докторанттарды даярлау үшін бюджеттік орындардың үнемі бөлінуін қамтамасыз ету.

Саясат нұсқаларын іске асыру туралы көзқарас

Саясаттың осы нұсқаларының әрқайсысы Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінде мейірбике ісінің тиімділігін арттыруға көмектеседі. Алайда, іс-әрекеттер, ресурстар мен әдістердің бағыттарындағы айырмашылықтарды ескере отырып, мейірбикенің рөлі мен мәртебесін нығайту арқылы қоғамдық денсаулықты жақсарту мақсатына едәуір едәуір қол жеткізуді ескере отырып, бұл опциялар біріктірілген кезде берілуі мүмкін.

Внедрение новой модели управления сестринской службой в организациях здравоохранения для повышения эффективности деятельности специалистов сестринского дела и их вклада в охрану здоровья населения в РК: Аналитический обзор для формирования политики

Байгожина З.А. ¹, Койков В.В. ², Умбетжанова А.Т. ³, Бекбергенова Ж.Т. ⁴

¹ Начальник отдела развития медицинского образования, Республиканский центр развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан

² Руководитель Центра развития образования и науки, Республиканский центр развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан

^{3,4} Ведущий эксперт отдела развития медицинского образования, Республиканский центр развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан

Резюме / Ключевые положения

В чем заключается проблема?

- Не эффективная система управления сестринской службой в организациях практического здравоохранения Республики, связанная с недооценкой роли сестринского персонала в лечебно-диагностическом процессе и подчинения медицинской сестры врачу, не знающему концепции сестринского ухода.

- Несоответствие функционирования системы сестринского образования, науки и практики Европейским директивам (лучшим международным практикам). Отсутствие надлежащей сестринской практики в практическом здравоохранении Казахстана.

- Несовершенство нормативно-правовых актов, регулирующих деятельность медицинских сестер, не отвечающие потребностям современной сестринской службой (включая отсутствие национальных руководств, стандартов сестринских услуг и т.д.).

Варианты политики

Вариант 1. Повышение эффективности управления сестринской службой в организациях практического здравоохранения на основе пересмотра роли сестринского персонала в лечебно-диагностическом процессе.

- Внедрение в медицинских организациях новой организационной структуры сестринской службы, в которой медсестры и врачи работают равноправно и независимо, неся коллективную ответственность за деятельность межпрофессиональной команды, позволяет значительно повысить эффективность сестринской службы.

- Внедрение финансовых механизмов прямой оплаты сестринских услуг позволяет обеспечить условия по развитию службы медицинских сестер расширенной практики;

- Введение должности координатора по сестринскому делу на уровне Центрального и местных органов управления здравоохранением позволяет обеспечить повышение эффективности мониторинга и

координации сестринской службы;

Вариант 2. Совершенствование отраслевой системы квалификаций специалистов сестринского дела в соответствии с Европейскими директивами.

- Закрепление уровней квалификации, трудовых функций, компетенций, требований к специалистам сестринского дела в отраслевой рамке квалификаций и профессиональном стандарте;

- Гармонизация всех элементов отраслевой системы квалификаций специалистов сестринского дела (трудовых функций, программ обучения, системы оценки) в соответствии с Европейскими директивами;

- Ежегодное выделение грантов (за счет республиканского и местного бюджета) на подготовку медицинских сестер расширенной практики, в том числе по ускоренным программам обучения (для работающих медицинских сестер);

- Внедрение механизмов обязательной отработки выпускниками программ прикладного бакалавриата в медицинских организациях регионов по распределению.

Вариант 3. Обеспечение развития доказательной сестринской практики с внедрением общепризнанных международных стандартов и моделей, разработкой национальных руководств и стандартов сестринских услуг.

- Внедрение универсальной прогрессивной модели патронажной службы в организациях ПМСП и новой модели сестринской службы в медицинских организациях (в части ПУЗ, триаж, школ здоровья, скринингов и др.);

- Внедрение на национальном уровне международной классификации сестринских диагнозов и сестринских вмешательств;

- Подготовка пула экспертов по разработке сестринских руководств и стандартов сестринских услуг, внедрению сестринской практики, основанной на доказательствах;

- Разработка и принятие на национальном уровне доказательных сестринских руководств и стандартных операционных процедур по сестринским манипуляциям

- Развитие исследований в сестринском деле позволит обеспечить внедрение наилучших доказательных практик сестринского дела в медицинских организациях страны;

- Обеспечение доступа для медицинских колледжей, высших медицинских колледжей, медицинских университетов и медицинских организаций к мировым базам данных по сестринскому делу - CINAHL, NRC и др.);

- Обеспечение подготовки специалистов сестринского дела по вопросам исследований в сестринском деле, доказательной сестринской практики – как в рамках программ магистратуры, так и путем повышения квалификации специалистов колледжей, университетов;

- Внедрение докторантуры PhD по специальности «Сестринское дело» и обеспечение регулярного выделения бюджетных мест на подготовку докторантов по данной специальности;

Видение по реализации вариантов политики

Каждый из этих вариантов политики может способствовать повышению эффективности сестринской службы в системе здравоохранения РК. Однако, учитывая различия вариантов в направленности действий, используемых ресурсах и методах, более существенное достижение цели улучшения здоровья населения на основе усиления роли и статуса медицинской сестры эти варианты могут дать при их сочетанной реализации.

Введение

Одним из основных трендов развития здравоохранения в последние годы является рост значимости сестринского персонала в обеспечении эффективности охраны здоровья населения. Медицинские сестры уже не рассматриваются как пассивные помощники врача. В современных условиях на смену данной модели приходит модель командной работы врача и медсестры, в которой медсестра выступает как активный помощник пациента и выполняет свои самостоятельные функции в лечебно-диагностическом процессе, в вопросах профилактики заболеваний и реабилитации пациентов [1].

Усиливающиеся вызовы национальным системам здравоохранения на фоне актуальной для многих стран проблемы дефицита врачебных кадров требуют изменения подходов к организации и структуре медицинской помощи на основе усиления роли сестринского персонала, внедрения сестринских инноваций. Достаточно остро этот вопрос стоит и перед системой здравоохранения Республики Казахстан, что определяет актуальность выработки эффективных мер по повышению эффективности деятельности специалистов сестринского дела и их вклада в охрану здоровья населения в Республике Казахстан [2].

Описание проблемы

Проблему недостаточной эффективности сестринской службы в системе здравоохранения РК можно понять, рассмотрев три набора взаимосвязанных вопросов: 1) сохраняющаяся

недооценка роли сестринского персонала в лечебно-диагностическом процессе; 2) недостаточная эффективность программ, направленных на повышение вклада специалистов

сестринского дела в охрану здоровья населения в РК и 3) степень внедрения инициатив по повышению эффективности сестринской службы в системе здравоохранения РК.

Недооценка роли сестринского персонала в лечебно-диагностическом процессе

В 2014 году в РК было проведено социологическое исследование 695 медсестер в 64 медицинских организациях всех регионов РК: поликлиниках, стационарах, республиканских медицинских организациях. Результаты исследования показали, что основными навыками медсестер в РК являются: гигиена пациента, асептика, инъекции, забор крови и других материалов на анализы, раскладка и раздача лекарств, ассистирование врачу при диагностических и лечебных врачебных мероприятиях, информационная работа по здоровому образу жизни, заполнение статистических талонов, административная работа по заполнению документов [3].

Полученные результаты указывают на то, что в РК медсестры выполняют лишь ассистирование врачу согласно врачебным назначениям, но не осуществляют сестринскую практику, отвечающую международным определениям (ICN, ANA).

Недооценка роли сестринского персонала в лечебном процессе сводит сестринскую службу большей частью к выполнению технической работы, не требующей серьезной профессиональной подготовки, что не позволяет в полной мере использовать потенциал сестринской профессии. Вместе с тем современный уровень развития сестринского дела в мире показывают, что медсестры, особенно с высшим и послевузовским образованием, забирают на себя часть функционала, выполняемого в настоящее время в РК врачами.

В организационной структуре медицинских организаций РК наблюдается подчинение

медсестры врачу, не знающему концепции сестринского ухода (главная медсестра подчиняется главному врачу, старшие медсестры подчиняются врачам - заведующим отделениями).

В номенклатуре должностей работников здравоохранения в структуре должностей не предусмотрены должности для клинических медсестер с высшим и послесредним образованием; они не обладают полномочиями и ответственностью за независимое принятие клинических решений по сестринскому уходу и не ведут сестринскую документацию [4].

Блок 1. Международный опыт

Международный Совет Медсестер (ICN): Сестринское дело охватывает самостоятельный и совместный уход за лицами всех возрастов, семей, групп и сообществ, больными или здоровыми во всех ситуациях. Сестринское дело включает в себя пропаганду здоровья, профилактику болезней и уход за больными, инвалидами и умирающими людьми. Пропаганда, продвижение безопасной окружающей среды, исследования, участие в формировании политики здравоохранения, а также управление пациентами и системами здравоохранения, образование также являются ключевыми ролями сестринского дела [5].

Американская Ассоциация медсестер (ANA): Сестринское дело – это защита, продвижение и оптимизация здоровья и способностей, предотвращение болезней и травм, облегчение исцеления, облегчение страданий с помощью диагностики и лечения реакции человека и пропаганда в отношении людей, семей, групп, сообществ, и населения [6].

Задача медсестры:

- 1) работа с больными людьми и их семьями для восстановления здоровья и функциональных способностей (сестринская диагностика, план сестринских вмешательств; обучение людей, семей, населения);*
- 2) ассистировать врачу согласно врачебным назначениям;*
- 3) провести сестринскую диагностику, определить сестринский диагноз, назначить план сестринских вмешательств;*
- 4) работа со здоровыми людьми и людьми с факторами риска (сестринская диагностика, план сестринских вмешательств; обучение людей, семей, населения)*

Недостаточная эффективность программ, направленных на повышение вклада специалистов сестринского дела в охрану здоровья населения в РК

Вхождение Казахстана в Болонский процесс диктует необходимость приведения образования, профессиональных стандартов, квалификаций и должностных позиций в соответствие с Европейскими директивами, в том числе и по сестринскому делу.

Уровни квалификаций и система подготовки специалистов сестринского дела

Рынок труда специалистов сестринского дела в Казахстане представлен специалистами с разным уровнем квалификации (согласно национальной рамке квалификаций [16]):

- Второй уровень квалификации – нянчки-

сиделки. Они готовятся 3 месяца.

- Третий уровень квалификации – младшая медсестра и массажист по зрению. Младшая медсестра осуществляет простой уход: перестилание постели, смена белья, транспортировка и кормление.

- Четвертый уровень квалификации – медсестра общей практики. Их готовят в медицинских колледжах. Они осуществляют базовый сестринский уход, включающий проведение инъекций, манипуляций, диагностических и лечебных процедур по назначению врача.

- Пятый уровень квалификации –

прикладные бакалавры сестринского дела, выпуск которых впервые в РК состоялся в 2018 году. Медицинские сестры данного уровня квалификации будут осуществлять сестринский процесс независимо от врача, автономно, в рамках делегирования некоторых функций врача медицинской сестре. Например, в поликлинике они будут отвечать за патронажную службу, реализацию программы управления заболеваниями, скрининги, осуществлять индивидуальный прием пациентов с наиболее распространенными неинфекционными заболеваниями и острыми респираторными вирусными инфекциями в пределах своей компетенции, могут возглавлять школы здоровья.

- Шестой уровень квалификации – академические бакалавры, или медсестры с высшим образованием. Их готовят университеты. Функционал такой же, как у прикладных бакалавров, но они также участвуют в разработке доказательных сестринских руководств, в организационных мероприятиях, занимаются исследованием и управлением сестринским процессом.

- Седьмой уровень квалификации – магистры сестринского дела, осуществлявшие преподавательскую, исследовательскую деятельность.

К числу основных несоответствий образовательных программ и существующих уровней квалификаций специалистов сестринского дела в РК по сравнению со странами ОЭСР [6-15] относятся:

- Не все уровни подготовки медсестер Республики соответствует Европейским директивам;

- Несоответствие уровней образования медсестер, фельдшеров и акушерок: по сути, в зарубежной практике фельдшера – это CNP, акушерки – это CNM, то есть фельдшера и акушерки за рубежом относятся к APRN (Advanced Practice Registered Nurse), то есть после бакалавриата прошли еще и магистратуру APRN, в то время как в РК они обладают уровнем ТиПО, даже не бакалавра (прикладного или академического).

- Отсутствие в РК программ докторантуры в области сестринского дела и предусмотренных квалификаций для выпускников данных программ.

- Несоответствие компетенций выпускников программ подготовки специалистов сестринского дела 4-го уровня квалификации с международными требованиями к компетенциям LPN/LVN.

Рынок труда специалистов сестринского дела

Результаты исследования рынка специалистов сестринского дела в РК показали следующее:

- Общая численность средних медицинских работников (МЗ+ведомственные+частные) в 2018 году составила 175,2 тысяч человек.

- Обеспеченность СМР (система здравоохранения, ведомства, частные) на 10 тысяч населения в РК составила 97,2.

- Численность сестринского персонала всех уровней образования в РК составляет 105 441 человек, из них доля в общем сестринском персонале медсестер уровня ТиПО составляет 99,9% (105362), доля медсестер уровня прикладного и академического бакалавриата составляет - 0,1% (79).

- Количество сестринского персонала, непосредственно занятого лечебным и диагностическим процессом на 1 000 населения** (nPop): медсестры уровня ТиПО – 5,92, медсестры уровня прикладного и академического бакалавриата – 0,004 (Таблица 1).

Блок 2. Международный опыт

Уровни квалификации медицинских сестер в США [6, 7], Канаде [8, 9], Великобритании [10, 11], Финляндии [12, 13], Странах Европы [5, 14, 15]:

4-й уровень – специалисты с квалификацией Registered Nurse Assistant (RNA), Licensed Practical Nurse (LPN), Licensed Vocational Nurse (LVN) в США, Канаде, Европе, Health Care Assistant (HCA), Associate Nurse (AN) в Великобритании, которые имеют право практиковать в пределах определенного объема практики и под наблюдением (прямым или косвенным) зарегистрированной медсестры (Registered Nurse, RN).

5-й и 6-й уровень – прикладной или академический или бакалавриат в области сестринского дела (Applied Bachelor in Nursing и Bachelor in Nursing), после окончания, которого медсестра может работать в качестве зарегистрированной медсестры (Registered Nurse, RN). RN – саморегулируемый специалист в области здравоохранения, который работает автономно и в сотрудничестве с другими.

7-й уровень – клинические магистерские программы, направленные на подготовку специалистов с квалификацией Advanced Practice Registered Nurse (APRN), включая: Certified Nurse Practitioner (CNP); Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA), Clinical Nurse Specialist (CNS), Certified Nurse Midwife (CNM)..

8-й уровень – PhD в сестринском деле / Доктор сестринской практики (Doctor of Nursing Practice (DNP)). Подготовка данных специалистов занимает от четырех до пяти лет и направлена на обеспечение сестринской службы научными и педагогическими кадрами, формирование у практикующих медсестер навыков системного лидерства, управления сестринским уходом и формирования политики.

Несмотря на хорошую обеспеченность общим сестринским персоналом в Казахстане по численности на 1 000 населения и по отношению к врачам, большинство медсестер не обладают достаточной квалификацией и компетенциями для ведения независимого сестринского процесса (аналоги RN в мировой практике). Надлежащая сестринская практика в практическом здравоохранении Казахстана практически отсутствует.

Таблица 1 – Данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)

Показатель	В РК	За рубежом
Численность всего сестринского и акушерского персонала на 1 000 населения в РК	7,991 (7,13 по 017 ф.)	в Финляндии – 14,513
Отношение непосредственного занятого лечебным и диагностическим процессом всего сестринского персонала к врачам (ВОЗ 2015)	1,7 (по 017 ф.)	в Финляндия 4,7
Доля зарегистрированных медсестер (уровня минимум прикладного и академического бакалавриата) в общем сестринском персонале, непосредственно занятого в лечебном и диагностическом процессе	в РК – 0	в США - 37,2%; в 6 Европейских стран - 46,8%
Доля зарегистрированных медсестер, прошедших магистратуру по сестринскому делу и получивших статус APRN – CNP, CNM, CNA, CNS	в РК – 0	в США - 4,26%

Потребность в подготовке прикладных бакалавров с квалификацией «Медицинская сестра расширенной практики» в РК составляет 41433 медсестры к 2030 году, что соответствует 39,85% доле профессиональных медсестер-бакалавров в общем сестринском персонале (цифры получены в результате бенчмаркинга с индикаторами зарубежных стран – 37-52% в США, 46% в Европе). Промежуточные индикаторы: 1612 медсестер (1,7% - 2020 г.); 18298 медсестер (18,37% - 2025 г.); 41433 (39,85% - 2030 г.) (рисунок 1).

В настоящее время подготовку:

- академических бакалавров/магистров по сестринскому делу осуществляют 7 медицинских ВУЗов (ежегодный выпуск академических бакалавров в среднем не более 200 чел., магистров по сестринскому делу не более 10 чел.);

- прикладных бакалавров по сестринскому делу осуществляют 17 Высших медицинских колледжей (выпуск в феврале 2018 года – 308 чел.);

- медицинских сестер общей практики уровня ТиПО осуществляют медицинские колледжи (ежегодный выпуск – в среднем 15000 чел.).

В декабре 2018 года Министерством здравоохранения РК были внесены изменения в Номенклатуру и квалификационные характеристики должностей работников здравоохранения в части введения должности «медицинской сестры расширенной практики», которую могут занимать прикладные и академические бакалавры по сестринскому делу.



Рисунок 1 – Прогноз доли медсестер – прикладных бакалавров до 2030 года

К числу основных причин недостаточной эффективности сестринской службы с позиций существующих уровней квалификаций и системы подготовки специалистов сестринского дела относятся следующие:

- Отсутствие должности «медсестры расширенной практики» в большинстве медицинских организаций;
- Не внедрены механизмы оплаты труда прикладных бакалавров;
- Недостаточно количество прикладных бакалавров сестринского дела в РК (первый

выпуск прикладных бакалавров в 2018 году составил 308 человек), что сдерживает внедрение новой модели сестринской службы в РК;

- Нет механизма обязательной отработки выпускниками программ прикладного бакалавриата в медицинских организациях регионов по распределению;
- Не решены вопросы дополнительного финансирования вводимых в штатное расписание медицинских организаций должностей «медсестер расширенной практики», что особенно важно, поскольку рекомендуемые

наилучшими мировыми практиками нормы нагрузки на медсестер расширенной практики

составляют не более 6 пациентов на 1 медсестру.

Правовое регулирование деятельности специалистов сестринского дела

Вопросы внедрения сестринской документации и стандартов операционных процедур тесно связаны с определением функциональных обязанностей специалистов сестринского дела, в т.ч. медсестер расширенной практики.

Недостаточная эффективность сестринской службы с позиций правового регулирования деятельности специалистов сестринского дела связана со следующими причинами:

- Реальная сестринская практика на местах, стандарты операционных процедур по сестринским манипуляциям, процессы разработки и экспертизы стандартов и рекомендаций не основаны на доказательствах и не имеют под собой научной основы. Отсутствуют доказательные сестринские руководства, равно как и эксперты, обладающие компетенциями по разработке и внедрению сестринской практики, основанной на доказательствах;

- Недостаточно проводится обучение по вопросам исследований в сестринском деле, доказательной сестринской практики, разработки проектов развития сестринской службы на основе прикладных сестринских исследований;

- Нет доказательных сестринских руководств в области сестринского процесса на уровне ПМСП и стационаров;

- Нет экспертов со специальным образованием по разработке доказательных сестринских руководств;

- Для разработки СОПов, а соответственно и сестринской документации, по расширенным и делегированным функциям медсестер должна быть обязательная проверка уровня доказательности и свободное владение литературным поиском;

- Слабая стратегическая направленность и активность вузов и колледжей для поддержки разработки доказательных сестринских руководств, которые являются основанием для разработки СОПов;

- Отсутствие доступа на страновом уровне к мировым базам данных по сестринскому делу, имеющийся доступ вузов к Web of Knowledge, Scopus не охватывает в полной мере статьи по сестринскому делу и не может быть использован колледжами и медицинскими организациями.

Степень внедрения инициатив по повышению эффективности сестринской службы в системе здравоохранения РК

Реформы сестринской службы,

проводимые в РК последние годы в рамках реализации Комплексного плана развития сестринского дела до 2019 года, Государственной программы развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016-2019 годы и отраслевого проекта «Модернизация медицинского образования и науки» направлены на:

- Внедрение новых компетенций и ролей специалистов сестринского дела в системе здравоохранения.

- Институциональное развитие медицинских колледжей и университетов в соответствии с потребностями реформы сестринского дела.

- Создание научной основы для укрепления сестринского образования и развития системы сестринского дела.

- Маркетинг и повышение осведомленности о реформе сестринского дела для формирования позитивного образа новой профессии медсестры.

- Разработка и внедрение механизмов координации реформы сестринского дела в республике.

В рамках реализации указанных планов и программ в РК к настоящему времени внедрена многоуровневая система подготовки специалистов сестринского дела, начиная от младшей медицинской сестры до магистра сестринского дела. Разработаны интегрированные программы академического и прикладного бакалавриата по сестринскому делу, дающие возможность работающим медицинским сестрам получить высшее и послесреднее сестринское образование по ускоренным и гибким программам. К концу 2018 года семнадцать медицинских колледжей РК получили статус Высших колледжей. Вместе с тем на данный момент доля высших медицинских колледжей в общем количестве медицинских колледжей составляет лишь 23%, что недостаточно для обеспечения отрасли медицинскими сестрами новой фармации.

В 2018 году введен в действие приказ Министра здравоохранения РК от 19 декабря 2018 года № ҚР ДСМ – 43, зарегистрированный в МЮ РК 26 декабря 2018 года №18043 «О внесении изменений в некоторые нормативные правовые акты Министерства здравоохранения РК». В соответствии с приказом предложено: внедрение отдельной должности «медицинской сестры расширенной практики» для прикладных и академических бакалавров сестринского дела в номенклатуру должностей работников здравоохранения; изменения в Квалификационные характеристики должностей

работников здравоохранения, изменения в Реестр должностей гражданских служащих в некоторых сферах системы здравоохранения. В феврале 2018 года состоялся первый выпуск 308 прикладных бакалавров сестринского дела (медсестры расширенной практики).

В 2018 году введен в действие приказ министра здравоохранения РК №419 от 4 июля 2018 года «О внедрении пилотного проекта по внедрению новой модели сестринской службы в организациях здравоохранения» (регламентирующий внедрение новой модели сестринской службы в пилотных медицинских организациях). На базе 31 клинических баз высших медицинских колледжей республики успешно реализуется проект по разработке и внедрению новой модели сестринской службы, который направлен на гармонизацию сестринского образования и сестринской практики в соответствии с надлежащей мировой сестринской практикой.

В рамках проекта определены: области и объем независимой профессиональной практики медсестер новой формации, концептуальные модели организации сестринской службы в медицинских организациях (первичная сестринская и командная), предложена типовая организационная структура медицинских организаций, основанная на основе мировых практик управления сестринской службой, определены потребности и введение в штатное расписание должности клинических медсестер-бакалавров с учетом области и объема профессиональной практики.

В рамках проекта обучены сотрудники патронажной службы организации ПМСП по интегрированному ведению болезней детского возраста (ИБВБД) и универсально-прогрессивной модели патронажной службы (УПМПС), подготовлены кураторы для мониторинга эффективности качества работы патронажной службы. Пилотное внедрение УПМПС начато на 50 участках ВОП и 16 педиатрических участках. Осуществляется внедрение новой модели сестринской службы в приемном покое и клинических отделениях стационаров и ПМСП (в части ПУЗ, триаж, школ здоровья, скринингов и других видов деятельности отделений профилактики и диспансеризации). Разработаны внутренние стандарты операционных процедур (СОП) по расширенным и делегированным функциям медсестер разных уровней образования. Всего

подготовлено 21 СОП по патронажной службе.

Начата работа над интеграцией деятельности медсестер - прикладных бакалавров в программы управления заболеваниями (ПУЗ). В рамках проекта Всемирного Банка в 2018 году подготовлены проекты 4 доказательных сестринских клинических руководств для ПМСП и стационаров по ведению пациентов по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, Хроническая сердечная недостаточность, Сахарный диабет, Бронхиальная астма. После утверждения клинических руководств планируется работа по подготовке материалов для внедрения, в том числе СОПов, унифицированных учебных программ и учебных материалов, обучению медсестер - национальных тренеров и региональных координаторов по данным делегированным расширенным функциям в рамках ПУЗ.

Сформированы пилотные сферы внедрения расширенного функционала прикладных бакалавров в стационарах: триаж, отделение реанимации и интенсивной терапии, а также отделении хирургии, травматологии, неврологии и т.д. Разработаны методические рекомендации для колледжей по внедрению в образовательные программы колледжей информационных модулей ЮНИСЭФ по универсально-прогрессивной модели патронажной службы (16 модулей). Разработаны методические рекомендации по внедрению УПМПС в организациях ПМСП, основанных на опыте работы национальных экспертов Детского фонда ООН (ЮНИСЭФ), сопровождающих в 2016-2018 годы пилотный проект по внедрению УПМПС беременных женщин и детей раннего возраста в Кызылординской области.

Сохраняющаяся проблема недостаточно эффективной сестринской службы на фоне усилий по развитию сестринского дела в РК, предпринимаемых в последние годы связана, прежде всего, с внедрением вышеуказанных инициатив на базе ограниченного количества медицинских организаций (пилотный проект по управлению сестринской службой) и организаций медицинского образования (новые программы подготовки специалистов сестринского дела). Для получения мультипликативного эффекта необходимо внедрение всех указанных инициатив и проектов в масштабах всей страны.

Три варианта решения проблемы

Для решения проблемы можно выбрать множество мер. В целях содействия обсуждению потенциально жизнеспособных вариантов политических решений, нами были отобраны для более детального обзора следующие:

(i) Повышение эффективности управления сестринской службой в организациях практического здравоохранения на основе пересмотра роли сестринского персонала в лечебно-диагностическом процессе;

(ii) Совершенствование отраслевой системы квалификаций специалистов сестринского дела в соответствии с Европейскими директивами;

(iii) Обеспечение развития доказательной сестринской практики с внедрением общепризнанных международных стандартов и моделей, разработкой национальных руководств и стандартов сестринских услуг. Эти варианты политики были выбраны, поскольку они направлены на большинство факторов и причин неэффективного функционирования сестринской службы в РК.

Вариант политики 1. Повышение эффективности управления сестринской службой в организациях практического здравоохранения на основе пересмотра роли сестринского персонала в лечебно-диагностическом процессе

Этот вариант сфокусирован на решении проблемы неэффективной организации и управления сестринской службой в Республике Казахстан. Чтобы понять, каким образом этот вариант может быть достигнут, полезно рассмотреть его в соответствии с двумя основными элементами и несколькими подэлементами, в том числе:

- Организационная структура и управление сестринской службой в медицинских организациях, включая:

- должности специалистов сестринской службы в штатной структуре медицинских организаций;

- распределение роли и ответственности, взаимодействие специалистов сестринской службы и врачей;

- Механизмы организации и управления сестринской службой на уровне органов управления в области здравоохранения, включая:

- мониторинг и координацию сестринской службы на республиканском уровне и в регионах.

- механизмы оплаты сестринских услуг.

Результаты синтеза существующего опыта и научных доказательств по данному варианту политики [1, 17-21] указывают на необходимость принятия следующих мер:

1. Внедрение в медицинских организациях новой организационной структуры сестринской службы, в которой медсестры и врачи работают равноправно и независимо, неся коллективную ответственность за деятельность межпрофессиональной команд. Повышение роли и ответственности медицинских сестер в лечебно-диагностическом процессе, основанное на организационной перестройке и изменении профессиональных границ деятельности медицинских сестер, позволяет значительно

повысить эффективность сестринской службы [1]. Так установлено, что оказание медицинской помощи с активным участием медсестры оказывает положительное влияние на удовлетворенность пациентов, госпитализацию и смертность [17].

Обеспечение внедрения новой модели сестринской службы (предусматривающей расширение роли и ответственности специалистов сестринской службы) в медицинских организациях регионов и страны в целом позволит обеспечить оптимизацию структуры затрат на здравоохранение вследствие предотвращения осложнений у больных и улучшения состояния здоровья населения [18].

2. Внедрение финансовых механизмов прямой оплаты сестринских услуг, что позволит обеспечить условия по развитию службы медицинских сестер расширенной практики. При этом стратегии внедрения механизмов прямой оплаты сестринских услуг должны учитывать вопрос влияния оплаты за результат на показатели эффективности работы специалистов сестринского дела, а также на способность сестринского персонала вносить вклад в усилия организации по повышению производительности в том числе через обучение персонала, ведение документации, командное сотрудничество и т.д. [19].

3. Введение должности координатора по сестринскому делу на уровне Центрального и местных органов управления здравоохранением позволяет обеспечить повышение эффективности мониторинга и координации сестринской службы.

В большинстве стран на уровне Министерств здравоохранения есть позиции главного специалиста по сестринскому делу (Chief Nursing Officer (CNO)), отвечающих за координацию развития сестринской службы в системе здравоохранения. Роль CNO заключается в создании возможности для медсестер влиять на политику здравоохранения [20]. Должность CNO имеет большое значение для министерства системы здравоохранения и самой профессии медицинской сестры [21].

Вариант политики 2. Совершенствование отраслевой системы квалификаций специалистов сестринского дела в соответствии с Европейскими директивами

Этот вариант сфокусирован на решении проблемы несовершенства существующей системы подготовки, оценки и развития потенциала специалистов сестринской службы. Чтобы понять, каким образом этот вариант может быть достигнут, полезно рассмотреть его в соответствии с тремя основными элементами

и несколькими подэлементами, в том числе:

- Регулирование отраслевой системы квалификаций специалистов сестринского дела, включая:

- Профессиональные стандарты;
- Механизмы гармонизации всех компонентов отраслевой системы квалификаций.

- Регулирование рынка труда специалистов сестринского дела, включая:

- Анализ и прогнозирование кадровых ресурсов;

- Планирование потребности в специалистах сестринского дела;

- Меры привлечения специалистов сестринского дела в медицинские организации;

- Обеспечение системы здравоохранения специалистами сестринского дела с необходимым уровнем квалификации, включая:

- Программы подготовки специалистов сестринского дела;

- Систему оценки подготовленности и подтверждения квалификации;

- Непрерывное профессиональное развитие специалистов сестринского дела.

Результаты синтеза существующего опыта и научных доказательств по данному варианту политики указывают на необходимость принятия следующих мер:

1. Закрепление уровней квалификации, трудовых функций, компетенций, требований к специалистам сестринского дела в отраслевой рамке квалификаций и профессиональном стандарте. Введение новых квалификаций сестринского персонала требует четкого определения профессиональных границ [1], четкой регламентации роли в лечебно-диагностическом процессе [22]. При этом, в национальной квалификационной структуре основной акцент должен быть сделан на формирование четкой траектории профессионального развития, основанной на признании предшествующего обучения (RPL), чтобы обеспечить доступ к карьерному росту, преемственность между квалификациями и повышение профессиональной мобильности [23].

2. Гармонизация всех элементов отраслевой системы квалификаций специалистов сестринского дела (трудовых функций, программ обучения, системы оценки) в соответствии с Европейскими директивами. Деятельность медицинской сестры принадлежит к одной из семи профессий, которую регламентируют секторальные директивы Европейского Союза, в соответствии с которыми профессиональной деятельности медицинской сестры придаётся большое

значение. Гармонизация национальных систем квалификаций с Европейскими директивами стоит на повестке дня большинства стран постсоветского пространства [24]. При этом медсестры, выполняющие новые задачи нуждаются во внедрении адекватных выполняемому функционалу стимулов, а также соответствующего обучения и контроля [22].

3. Ежегодное выделение грантов (за счет республиканского и местного бюджета) на подготовку медицинских сестер расширенной практики, в том числе по ускоренным программам обучения (для работающих медицинских сестер). Государственное финансирование подготовки сестринских кадров позволят сестринским школам расширять свои образовательные возможности в области сестринского дела и имеет большее значение в отношении формирования всего необходимого количества сестринских функций [25].

4. Внедрение механизмов обязательной отработки выпускниками программ прикладного бакалавриата в медицинских организациях регионов по распределению.

Вариант политики 3. Обеспечение развития доказательной сестринской практики с внедрением общепризнанных международных стандартов и моделей, разработкой национальных руководств и стандартов сестринских услуг

Этот вариант сфокусирован на решении проблемы несовершенства существующих механизмов и условий осуществления сестринской практики. Чтобы понять, каким образом этот вариант может быть достигнут, полезно рассмотреть его в соответствии с тремя основными элементами и несколькими подэлементами, в том числе:

- Внедрение общепризнанных международных стандартов и моделей в сестринскую практику, включая:

- Новые модели сестринской практики на уровне ПМСП;

- Новые модели сестринской службы в стационарах;

- Стандартизация и регламентация сестринского процесса, включая:

- Внедрение общепризнанных международных стандартов и моделей в сестринскую практику;

- Стандартизацию сестринских диагнозов и вмешательств;

- Стандартизацию сестринской документации.

- Обеспечение сестринской практики новыми знаниями и разработками на основе сестринских исследований, включая:

- Формирование научного потенциала по исследованиям в сестринском деле;

- Проведение исследований по актуальным вопросам сестринской практики.

Результаты синтеза существующего опыта и научных доказательств по данному варианту политики указывают на необходимость принятия следующих мер:

1. Внедрение универсальной прогрессивной модели патронажной службы в организациях ПМСП и новой модели сестринской службы в медицинских организациях (в части ПУЗ, триаж, школ здоровья, скринингов и др.). При этом стандартизация и регламентация сестринского процесса позволяет обеспечить снижение частоты развития осложнений, связанных с сестринским процессом (падения, пролежневые язвы, инфекции после катетеров и др.), и как следствие повышение удовлетворенности пациентов работой медсестер, снижение частоты потенциально предотвратимых госпитализаций, уменьшение продолжительности пребывания больных в стационаре, снижение смертности населения [26].

2. Внедрение на национальном уровне международной классификации сестринских диагнозов и сестринских вмешательств. Внедрение международной классификации сестринских диагнозов и сестринских вмешательств позволяет установить общий язык для описания практики медсестер с целью улучшения общения между медсестрами, а также между медсестрами и другими специалистами, описать сестринский уход в различных условиях, как институциональных, так и неинституциональных; обеспечить сравнение данных по сестринскому делу по клиническим группам населения, условиям, географическим районам и времени; демонстрировать или прогнозировать тенденции в предоставлении сестринского ухода, а также в распределении ресурсов пациентам в соответствии с их потребностями на основании сестринского диагноза, стимулировать исследования в области сестринского дела, предоставлять данные о сестринской практике, чтобы влиять на формирование политики здравоохранения [27, 28].

3. Подготовка пула экспертов по разработке сестринских руководств и стандартов сестринских услуг, внедрению сестринской практики, основанной на доказательствах. В международной практике наличие на страновом уровне экспертов из числа специалистов сестринского дела является важным условием для формирования эффективной системы сестринского ухода за пациентами [29].

4. Разработка и принятие на

национальном уровне доказательных сестринских руководств и стандартных операционных процедур (СОП) по сестринским манипуляциям. В условиях, когда медицинские сестры имеют ограниченное время, ресурсы и / или навыки для доступа и оценки качества исследований и доказательств, необходимых для практики сестринского дела именно доказательные сестринские руководства по широкому кругу тем позволяют обеспечить условия для качественного сестринского ухода [30]. Внедрение СОП по сестринским манипуляциям, описывающих каждый критический и последовательный шаг в решении задач сестринского процесса, также напрямую влияет на улучшение сестринского ухода [31].

5. Развитие исследований в сестринском деле позволит обеспечить внедрение наилучших доказательных практик сестринского дела в медицинских организациях страны. Исследования в области сестринского дела имеют решающее значение для сестринской профессии и необходимы для постоянного развития, способствующего оптимальному уходу за больными [32].

6. Обеспечение доступа для медицинских колледжей, высших медицинских колледжей, медицинских университетов и медицинских организаций к мировым базам данных по сестринскому делу (CINAHL, NRC и др.). Увеличение доступа медсестер к Интернету для получения информации, связанной с сестринской практикой, в том числе использование специализированных баз данных по сестринскому делу, повышает качество сестринского ухода [33].

7. Обеспечение подготовки специалистов сестринского дела по вопросам исследований в сестринском деле, доказательной сестринской практики – как в рамках программ магистратуры, так и путем повышения квалификации специалистов колледжей, университетов. Обучение специалистов сестринского дела по вопросам исследований в сестринском деле, доказательной сестринской практики оказывает непосредственное положительное влияние на знания и навыки медицинских работников [34].

8. Внедрение докторантуры PhD по специальности «Сестринское дело» и обеспечение регулярного выделения бюджетных мест на подготовку докторантов по данной специальности. Программы докторантуры PhD для медицинских сестер направлены на подготовку лидеров и экспертов в области сестринского дела, а также способствуют улучшению практики сестринского дела и дальнейшему развитию профессии [35].

Видение по реализации трех вариантов политики

Потенциальные барьеры

Потенциальные барьеры для реализации вариантов политик по повышению эффективности сестринской службы в системе здравоохранения РК включают:

• **Потенциальные барьеры для варианта политики 1** «Повышение эффективности управления сестринской службой в организациях практического здравоохранения на основе пересмотра роли сестринского персонала в лечебно-диагностическом процессе»:

• Непринятие модели сестринской службы в медицинских организациях, сопротивление реформам на местах, связанных с особым менталитетом населения, представителей медицинских организаций (врачей, руководителей администрации), привыкших видеть медсестру в качестве помощника врача, что является отражением врачебной модели оказания медицинской помощи, сформированной на территории стран советского периода;

• Отсутствие прямых выплат на сестринские услуги негативно влияет на качество сестринских услуг, снижает мотивацию администрации и персонала к развитию должного уровня сестринских услуг, увеличивает профессиональное выгорание медсестер, снижает удовлетворенность медицинских сестер рабочим окружением и повышает текучесть кадров, что еще больше увеличивает затратную часть медицинских организаций.

• Отток квалифицированных сестринских кадров из-за высокой нагрузки, несовершенства оплаты труда и несоответствия ожиданиям. Низкая штатная обеспеченность и высокая нагрузка медсестер, особенно медсестер-бакалавров нивелирует выгоды, обусловленные увеличением часов сестринского ухода бакалаврами. Медсестра уровня бакалавра обычно встречается с трудностями, если ее нагрузка составляет 8 пациентов.

• **Потенциальные барьеры для варианта политики 2** «Совершенствование отраслевой системы квалификаций специалистов сестринского дела в соответствии с Европейскими директивами»:

- Нежелание и неготовность основных сторон (органов госрегулирования, организаций в сфере подготовки, оценки, повышения квалификации) вовлекаться в процесс гармонизации отраслевой системы квалификаций;

• **Потенциальные барьеры для варианта политики 3** «Обеспечение развития доказательной сестринской практики с внедрением общепризнанных международных стандартов и моделей, разработкой

национальных руководств и стандартов сестринских услуг»

• Низкая удовлетворенность рабочим окружением медсестер может оказывать негативное влияние на результаты ведения пациента и смертность.

• Недостаточное финансирование исследований в сестринском деле может влиять на качество сестринских практик с позиции доказательного сестринского дела.

Потенциальные возможности

В целях повышения эффективности деятельности специалистов сестринского дела и их вклада в охрану здоровья населения в РК, а также для преодоления вышеуказанных барьеров необходимо использовать и укреплять следующие возможности.

• **Потенциальные возможности для внедрения варианта политики 1** «Повышение эффективности управления сестринской службой в организациях практического здравоохранения на основе пересмотра роли сестринского персонала в лечебно-диагностическом процессе»:

• Наличие (с декабря 2018 года) в действующей Номенклатуре и квалификационных характеристиках должностей работников здравоохранения должности «медицинская сестра расширенной практики» и требований по наличию степени прикладного или академического бакалавра по сестринскому делу для занятия данной должности;

• Анализ результатов реализации пилотного проекта по внедрению новой системы управления сестринской службой в 7 регионах РК (31 медицинская организация) и распространение результатов пилота на все медицинские организации РК;

• **Потенциальные возможности для внедрения варианта 2** «Совершенствование отраслевой системы квалификаций специалистов сестринского дела в соответствии с Европейскими директивами»

• Дальнейшее совершенствование и пересмотр программ подготовки специалистов сестринского дела в рамках реализации проекта Всемирного банка по компоненту «Модернизация системы сестринского образования» с привлечением финских экспертов - Университет прикладных наук Юваскюля, Университет прикладных наук Лахти, Университет прикладных наук Хямэ, Финляндия.

• **Потенциальные возможности для внедрения варианта 3** «Обеспечение развития доказательной сестринской практики с внедрением общепризнанных международных стандартов и моделей, разработкой национальных руководств и стандартов

сестринских услуг»

• Министерство здравоохранения РК осуществляет финансирование прикладных научных исследований в области здравоохранения. Для стимулирования сестринских исследований в число условий для выделения программно-целевого финансирования в области здравоохранения можно включить обязательное наличие исследовательского компонента, выполняемого медицинскими сестрами.

• Министерство здравоохранения ежегодно осуществляет рейтинговую оценку медицинских ВУЗов и научных организаций по показателям научной и инновационной активности. Для стимулирования сестринских исследований в число индикаторов оценки научной активности медицинских ВУЗов и НИИ, НЦ (в т.ч. в планы

развития организаций, в отраслевую методичку рейтинговой оценки ВУЗов, НИИ, НЦ по науке) можно включить показатели научной активности медицинских сестер. Кроме того в систему отраслевой рейтинговой оценки по науке могут быть включены высшие медицинские колледжи.

Оценивая возможность внедрения предлагаемых вариантов политики с учетом имеющихся барьеров и возможностей, мы приходим к выводу, что все три варианта политики дополняют друг друга. Однако, учитывая различия вариантов в направленности действий, используемых ресурсах и методах, более существенное достижение цели улучшения здоровья населения эти варианты могут дать при их сочетанной реализации. Автономная деятельность, направленная только на один из вариантов политики, может быть менее эффективной.

Литература

1. Maartje G.H.Niezen, Jolanda J.P.Mathijssen. Reframing professional boundaries in healthcare: A systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain. *Health Policy*, 2014; 117 (2): 151-169.

2. Koikov V., Baigozhina Z., Umbetzhanova A., Bekbergenova Zh., Derbissalina G. Implementation of a new model of management to increase the effectiveness of nursing specialist. *European Journal of Public Health*, 2019; 29, Suppl.4): ckc186. 704.

3. Байгожина З.А. Состояние и перспективы развития сестринского дела в Республике Казахстан. Веб-сайт Союза медицинских профессиональных организаций, 2014. [Дата обращения 01 Января 2020]. Режим доступа: <http://смфо.рф/wp-content/themes/powerclub-lite/prezent1/9.%20Baigozhina%20ZA.pdf>.

Baigozhina Z.A. Sostojanie i perspektivy razvitija sestrinskogo dela v Respublike Kazahstan (Baygozhina Z.A. Status and prospects of development of nursing in the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. *Веб-сайт Союза медицинских профессиональных организаций*, 2014. [Дата обращения 01 Января 2020]. Режим доступа: <http://смфо.рф/wp-content/themes/powerclub-lite/prezent1/9.%20Baigozhina%20ZA.pdf>.

4. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Комплексного плана развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2020 года: утв. 1 августа 2014 года.

Prikaz i.o. Ministra zdravoohranenija Respubliki Kazahstan. Ob utverzhenii kompleksnogo plana razvitija sestrinskogo dela v Respublike Kazahstan do 2020 goda (The order of the acting Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On approval of the Comprehensive Plan for the Development of Nursing in the Republic of Kazakhstan until 2020) [in Russian]: utv. 1 avgusta 2014 goda.

5. ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist. ICN Regulation Series. International Council of Nurses. Geneva, Switzerland, 2009.

6. Scope of Practice, American Nurses Association, 2017. Website. [Cited 01 Jan 2020]. Available from URL: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/scope-of-practice/>.

7. The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice. American Association of Colleges of Nursing, 2008 Website. [Cited 01 Jan 2020]. Available from URL: <http://www.aacnnursing.org/Education-Resources/AACN-Essentials>.

8. Scope of Practice for Registered Nurses. College and Association of Registered Nurses of Alberta (CARNA), 2011. Website. [Cited 01 Jan 2020]. Available from URL: (https://www.nurses.ab.ca/docs/default-source/document-library/standards/scope-of-practice-for-registered-nurses.pdf?sfvrsn=27bb6313_14).

9. National Nursing Education Framework. Final Report. Canadian Nurses Association Canadian Association of Schools of Nursing, 2015 Website. [Cited 01 Jan 2020]. Available from URL: <https://www.cna-aici.ca/en>.

10. The Code. Professional standards of practice and behaviour for nurses and midwives. Nursing and Midwifery Council, 2015. Website. [Cited 01 Jan 2020]. Available from URL: <https://www.nmc.org.uk/standards/code/>.

11. Standards for competence for registered nurses. Nursing and Midwifery Council, 2014. Website. [Cited 01 Jan 2020]. Available from URL: <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/standards/nmc-standards-for-competence-for-registered-nurses.pdf>.

12. Lahtinen P., Leino-Kilpi H., Salminen L. Nursing education in the European higher education area - Variations in implementation. *Nurse Education Today*, 2013. Website. [Cited 01 Jan 2020]. Available from URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24090615>.

13. Requirements for Vocational Qualification - Vocational qualification in Social and Health Care, Practical Nurse. National Board of Education, 2010. Website. [Cited 01 Jan 2020]. Available from URL: <https://www.opf.fi/sites/default/files/documents/vocational-qualification-in-social-and-health-care-practical-nurse-2010.pdf>.

14. EFN Competency Framework. EFN Guideline to implement Article 31 into national nurses' education programmes. Brussels, Belgium. European Federation of Nurses Associations, 2015. Website. [Cited 01 Jan 2020]. Available from URL: <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/EFN-Competency-Framework-19-05-2015.pdf>.

15. European Qualification Framework. Descriptors defining levels in the European Qualification Framework EQF Website. [Cited 01 Jan 2020]. Available from URL: <https://ec.europa.eu/ploteus/en/content/descriptors-page>.
16. Национальная рамка квалификаций Республики Казахстан, 2016. [Дата обращения 01 Янв 2020]. Режим доступа: <https://atameken.kz/>.
- Nacional'naja ramka kvalifikacij Respubliki Kazahstan (National qualifications framework of the Republic of Kazakhstan, 2016) [in Russian], 2016. [Data obrashhenija 01 Janv 2020]. Rezhim dostupa: <https://atameken.kz/>.
17. Martínez-González NA, Djalali S, Tandjung R, et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:214. doi:10.1186/1472-6963-14-214.
18. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2009;(1):1-41.
19. Judy A Bodrock, Lorraine Mion. Pay for performance in hospitals: Implications for nurses and nursing care. *Quality management in health care.* 2008. 17(2):102-111.
20. Hughes F. Chief Nursing Officers—who are they and what do they do? *International nursing review.* 2002; 49(3): 129-130.
21. Final report of Regional Meeting "The Role of Government Chief Nurses in the Countries of the Region of the Americas". PAHO/WHO Division of Health Systems and Services Development National Directorate of Nursing of the Ministry of Health of Cuba Havana, Cuba, 10-12 September 1996. [Cited 01 Jan 2020]. Available from URL: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/35712/roleofgov.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
22. Karimi-Shahanjarini A., Shakibazadeh E., Rashidian A., Hajimiri K. et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2019;(4): Art. No.: CD010412. DOI: 10.1002/14651858.CD010412.pub2.
23. Bezuidenhout M., Human S., Lekhuleni M. The new nursing qualifications framework. *Trends in nursing.* 2013; 2(1): 14-25.
24. Кокина Т., Саргсяне Е., Одина О., Умбрашшко Л. Высшее образование медицинских сестер в Латвии в контексте европейской системы образования //Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2009. – № 3 (27).- С. 126-129.
- Kokina T., Sargsjane E., Odinja O., Umbrashshko L. Vysshee obrazovanie medicinskih sester v Latvii v kontekste evropejskoj sistemy obrazovanija (Kokina T., Sargsyan E., Odia O., Umbrashsko L. Higher education of nurses in Latvia in the context of the European education system) [in Russian]. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta.* 2009; 3 (27): 126-129.
25. Aiken LH, Cheung RB, Olds DM. Education policy initiatives to address the nurse shortage in the United States. *Health Aff (Millwood).* 2009;28(4):w646-w656. doi:10.1377/hlthaff.28.4.w646
26. Guiding Principles of Nursing Regulation. Adopted by the 2007 NCSBN Delegate Assembly. [Cited 01 Jan 2020]. Available from URL: https://www.ncsbn.org/Guiding_Principles.pdf.
27. Warren JJ, Coenen A. International classification for nursing practice (ICNP): most-frequently asked questions. *J Am Med Inform Assoc.* 1998; 5(4):335-336. doi:10.1136/jamia.1998.0050335.
28. BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de. Classification of nursing diagnoses and interventions: NANDA and NIC. *Acta paul. enferm.* 2009; 22: 864-867.
29. McHugh MD, Lake ET. Understanding clinical expertise: nurse education, experience, and the hospital context. *Res Nurs Health.* 2010; 33(4):276-287. doi:10.1002/nur.20388.
30. Adams S1, McCarthy AM. Evidence-based practice guidelines and school nursing. *J Sch Nurs.* 2007;23(3): 128-136.
31. Guerrero G.P., Beccaria L.M., Trevizan M.A. Standard operating procedure: use in nursing care in hospital services. *Revista latino-americana de enfermagem.* 2008; 16(6): 966-972.
32. Tingen M.S., Burnett A.H., Murchison R.B., Zhu H. The importance of nursing research. *J Nurs Educ.* 2009;48(3):167-170. doi:10.3928/01484834-20090301-10.
33. Ahmad M.M., Musallam R., Allah A.H. Nurses and internet health-related information: review on access and utility. *Clujul Med.* 2018; 91(3): 266-273. doi:10.15386/cjmed-1024.
34. Fisher C., Cusack G., Cox K., Feigenbaum K., Wallen G.R. Developing Competency to Sustain Evidence-Based Practice. *J Nurs Adm.* 2016; 46(11):581-585. doi:10.1097/NNA.0000000000000408.
35. Lesley M.Wilkes, ShantalaMohan. Nurses in the clinical area: Relevance of a PhD. *Collegian.* 2008; 15 (4): 135-141.

Improving the use of medicines in healthcare organizations to solve the problem of irrational use of medicines in the Republic of Kazakhstan

Gulzira Zhussupova ¹, Saule Zhaldybayeva ², Dinara Utepova ³

¹ Head of the Center for the Rational Use of Medicines, Republican Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

² Head of the Department of Rational Pharmacotherapy, Center for the Rational Use of Medicines, Republican Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

³ Chief Analyst Specialist, Rational Pharmacotherapy Division, Center for the Rational Use of Medicines Republican Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

Abstract / Key messages

The effectiveness of the provided drug therapy remains an urgent problem and is directly proportional to the rational use of drugs.

According to WHO, the most common causes of improper use of drugs are polypharmacy, improper use of antibacterial agents, unjustified use of the parenteral route of administration of drugs in cases where it is preferable to use dosage forms for oral administration, non-compliance with clinical guidelines in case of prescribing drugs and inappropriate self-medication.

To ensure the rationality of pharmacotherapy, appropriate assessment methods are used. The world standard for assessing the rationality of drug use and the impact on irrational options for their use are indicators for assessing good drug use management practices, which are unified objective and simple parameters for evaluating drug use and the quality of medical care.

As a solution to the problems of the irrational use of drugs, policies are proposed to improve the rational use of drugs by introducing an assessment and monitoring of the use of drugs, conducting an information campaign for the population and medical workers with the aim of creating the right behaviors regarding the use of drugs and introducing mandatory continuing education for the rational use of drugs of all medical workers.

The existing legislative framework of Kazakhstan, as well as the programs, plans and projects adopted in recent years for the development of the health care system, have all the necessary conditions to support the implementation of the proposed policy options, however, the main barriers to the implementation of policy options may be a lack of human resources, unethical behavior of pharmaceutical companies lobbying their interests in the promotion of drugs, the lack of support from the authorized body in the field of healthcare, and the lack of understanding by healthcare managers of the goal of implementing an assessment of the rational use of drugs.

Қазақстан Республикасында дәрілік заттарды ұтымсыз қолдану проблемасын шешу үшін денсаулық сақтау ұйымдарында дәрілік заттарды пайдалануды жетілдіру

Жусупова Г.К.¹, Жалдыбаева С.С.², Утепова Д.Б.³

¹ Дәрілік заттарды ұтымды пайдалану орталығының басшысы, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

² Дәрілік заттарды ұтымды пайдалану орталығының ұтымды фармакотерапия бөлімінің басшысы, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

³ Дәрілік заттарды ұтымды пайдалану орталығының ұтымды фармакотерапия бөлімінің бас маман-талдаушысы, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

Түйіндеме/ Түйінді ойлар

Ұсынылатын дәрі-дәрмектік терапияның тиімділігі өзекті мәселе болып қала береді және дәрілік заттарды тиімді пайдалануға тікелей пропорционалды.

ДДҰ-ның бағалауы бойынша, дәрілік заттарды тиімді пайдаланбаудың ең көп таралған себептері полипрагмазия, антибактериалды заттарды дұрыс қолданбау, дәрі-дәрмектерді ішу арқылы қабылдау үшін дәрілік түрлерді пайдалану, дәрі-дәрмектерді тағайындау кезінде клиникалық басшылыққа алынатын қағидаттарды сақтамау және өзін-өзі емдеуге тиісті емес жағдайларда препараттарды енгізудің парентералды жолын негізсіз қолдану болып табылады.

Фармакотерапияның ұтымдылығын қамтамасыз ету үшін бағалаудың тиісті әдістері қолданылады. дәрілік заттарды пайдалану ұтымдылығын және оларды қолданудың ұтымсыз нұсқаларына өсер етуді бағалаудың әлемдік стандарты дәрілік заттарды пайдалануды басқарудың тиісті тәжірибесін бағалау индикаторлары болып табылады, ол дәрілік заттарды пайдалануды және медициналық көмектің сапасын бағалаудың біріздендірілген объективті және қарапайым параметрлері болып табылады.

Дәрілік заттарды ұтымсыз пайдалану проблемаларын шешу ретінде дәрілік заттарды пайдалануды бағалау мен мониторингі енгізу жолымен дәрілік заттарды ұтымды пайдалануды жетілдіру, дәрі-дәрмектерді қолдануға қатысты дұрыс мінез-құлықтың үлгілерін қалыптастыру және барлық медицина қызметкерлерінің дәрілік заттарды ұтымды пайдалану бойынша біліктілікті міндетті түрде арттыруды енгізу мақсатында халық пен медицина қызметкерлері үшін ақпараттық компания өткізу үшін саясат ұсынылады.

Қазақстанның қазіргі заңнамалық базасы, сондай-ақ соңғы жылдары қабылданған денсаулық сақтау жүйесін дамыту жөніндегі бағдарламалар, жоспарлар мен жобалар саясаттың ұсынылатын нұсқаларын іске асыруды қолдау үшін барлық қажетті жағдайларға ие, алайда кадр ресурстарының жетіспеуі, дәрілік заттарды жылжытуда өз мүдделерін жақтайтын фармацевтикалық компаниялардың этапсыз мінез-құлқы, Денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган тарапынан қолдаудың болмауы саяси бағыт нұсқаларын іске асыру үшін негізгі кедергілер болып табылады, сондай-ақ денсаулық сақтау басшыларының дәрілік заттарды ұтымды пайдалануды бағалауды енгізу мақсатын жеткіліксіз түсінуі.

Совершенствование использования лекарственных средств в организациях здравоохранения для решения проблемы нерационального применения лекарственных средств в Республике Казахстан

Жусупова Г.К.¹, Жалдыбаева С.С.², Утепова Д.Б.³

¹ Руководитель Центра рационального использования лекарственных средств, Республиканский центр развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан

² Начальник отдела рациональной фармакотерапии Центра рационального использования лекарственных средств, Республиканский центр развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан

³ Главный специалист-аналитик отдела рациональной фармакотерапии Центра рационального использования лекарственных средств, Республиканский центр развития здравоохранения,

Нур-Султан, Казахстан

Резюме /ключевые положения

Эффективность предоставляемой медикаментозной терапии остается актуальной проблемой и прямо пропорциональна рациональному использованию лекарственных средств.

По оценкам ВОЗ, наиболее распространенными причинами ненадлежащего использования лекарственных средств являются полипрагмазия, неправильное применение антибактериальных средств, неоправданное применение парентерального пути введения препаратов в тех случаях, когда предпочтительно использование лекарственных форм для перорального приема, несоблюдение клинических руководящих принципов при назначении лекарств и ненадлежащее самолечение.

Для обеспечения рациональности фармакотерапии используются соответствующие методы оценки. Мировым стандартом оценки рациональности использования лекарственных средств и воздействия на нерациональные варианты их применения служат индикаторы оценки надлежащей практики управления использованием лекарственных средств, являющиеся унифицированными объективными и простыми параметрами оценки использования лекарственных средств и качества медицинской помощи.

В качестве решения проблем нерационального использования лекарственных средств предлагаются политики для совершенствования рационального использования лекарственных средств путем внедрения оценки и мониторинга использования лекарственных средств, проведения информационной кампании для населения и медицинских работников с целью формирования правильных моделей поведения в отношении применения лекарств и внедрения обязательного повышения квалификации по рациональному использованию лекарственных средств всех медицинских работников.

Существующая законодательная база Казахстана, а также принятые в последние годы программы, планы и проекты по развитию системы здравоохранения имеют все необходимые условия для поддержки реализации предлагаемых вариантов политики, однако основными барьерами для реализации вариантов политики могут стать нехватка кадровых ресурсов, неэтичное поведение фармацевтических компаний, лоббирующих свои интересы в продвижении лекарственных средств, отсутствие поддержки со стороны уполномоченного органа в области здравоохранения, а также недостаточное понимание руководителями здравоохранения цели внедрения оценки рационального использования лекарственных средств.

Corresponding author: Gulzira Zhussupova, Head of the Center for the Rational Use of Medicines, Republican Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan
Postal code: 010000
Address: Nur-Sultan, 13, Imanov Str.
Phone: +7(7172)700-950 (1039)
E-mail: gulzira-1970@mail.ru

J Health Dev 2020; 36 (Special Issue): 84-100
UDC 615.03; 615.1/.3
Recieved: 21-02-2020
Accepted: 24-03-2020



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Основные положения

В чем заключается проблема?

По оценкам ВОЗ, более половины всех лекарственных средств назначаются, отпускаются или продаются ненадлежащим образом, и каждый второй пациент принимает их неправильно, что может принимать форму чрезмерного, недостаточного или ненадлежащего использования лекарственных средств [1-3].

Из них наиболее распространенными являются:

- полипрагмазия (использование слишком большого количества лекарственных средств);
- неправильное применение антибактериальных средств, часто в неадекватных дозах, для лечения инфекционных заболеваний небактериальной этиологии;
- неоправданное применение парентерального пути введения препаратов в тех случаях, когда предпочтительно использование лекарственных форм для перорального приема;
- несоблюдение клинических руководящих принципов при назначении лекарств;
- ненадлежащее самолечение;
- более 50% всех стран не проводят основную политику по стимулированию рационального использования лекарств [4].

Результаты исследований, проведенных в Республике Казахстан (РК) за период с 2011 по 2015 годы показали наличие проблем нерационального использования лекарственных средств (ЛС):

- Полипрагмазия. Среднее значение назначенных ЛС на одного пациента на амбулаторном уровне составило 3 единицы при рекомендуемой международной норме 1,5 единицы на одного пациента.

- Чрезмерное и неправильное использование антибактериальных ЛС.

Доля назначений антибиотиков составила 29,9%, в то время как рекомендуемая норма ВОЗ составляет 20%. По результатам анкетирования 2015 года 32% респондентов отметили, что врачи не выписывают рецепты на антибиотики и 29% специалистов указали на то, что антибиотики отпускаются с аптеки без рецепта врача. 35% респондентов применяли антибиотики без назначения врача.

- Чрезмерное и неоправданное применение инъекционных препаратов.

Доля назначений инъекционных ЛС составила 16,9%, при рекомендуемой норме ВОЗ

от 0% до 10% всех лекарственных назначений.

- Выписывание медицинскими работниками лекарств по торговым наименованиям, отпуск рецептурных препаратов без рецепта врача. Доля выписанных ЛС по международным непатентованным наименованиям (МНН) в среднем составила 22,6%, соответственно 77,4% ЛС выписаны по торговым наименованиям.

- Применение в медицинской практике неэффективных лекарственных препаратов. С 2015 года разработан и внедрен Казахстанский национальный лекарственный формуляр (КНФ), призванный применять лекарственные препараты с доказанной клинической эффективностью.

Из 100% назначенных врачами ЛС, 22% ЛС не входили в республиканский лекарственный формуляр [5].

В рамках реализации Закона РК «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты РК по вопросам обращения лекарственных средств и медицинских изделий» принят приказ Министра здравоохранения РК от 6 мая 2019 года № ҚР ДСМ-67 «Об утверждении Правил проведения оценки рационального использования лекарственных средств», который регулирует процедуру оценки использования ЛС, направленную на обеспечение улучшения качества оказания медицинской помощи населению и достижения ожидаемого медицинского, социального и экономического эффекта для сферы здравоохранения, общества и государства в целом [20].

Целью данного нормативного правового акта является обеспечение организациями здравоохранения рационального использования лекарственных средств [19].

Основными задачами являются:

- 1) улучшение качества медицинской помощи и результатов лечения путем развития формулярной системы;

- 2) обеспечение оптимального использования безопасных, эффективных, экономически доступных ЛС;

- 3) обеспечение рационального использования ЛС посредством подготовки клинических фармакологов, клинических фармацевтов и регулярного повышения квалификации специалистов в области здравоохранения по рациональному использованию ЛС.

Три варианта политики

Вариант 1. Совершенствование рационального использования ЛС

путем внедрения оценки и мониторинга использования ЛС.

- Проведение внутренней и внешней оценки рационального использования ЛС в ОЗ с целью повышения эффективности применения ЛС.

- Обеспечение экспертов доступом к информационным системам в области здравоохранения.

- Проведение полноценного мониторинга и анализа рационального применения медикаментов в ОЗ с учетом результатов оценки использования ЛС [6, 7].

Вариант 2. Обеспечение рационального использования ЛС путем проведения информационной компании для населения и медицинских работников с целью формирования правильных моделей поведения в отношении применения лекарств.

- Проведение информационной компании для населения и медицинских работников через бесплатную телефонную линию;

- Предоставление населению объективной и достоверной информации о ЛС и о правах граждан на лекарственное обеспечение в рамках ГОБМП и ОСМС путем разработки

лекарственных бюллетеней и размещения их в социальных сетях;

- Совершенствование и поддержание контента КНФ, с учетом составления монографий о ЛС и обеспечения объективной информацией медицинских работников [8, 9].

Вариант 3. Обеспечение рационального использования ЛС путем внедрения обязательного повышения квалификации всех медицинских работников по рациональному использованию ЛС.

- Совершенствование обучающих программ по рациональному использованию ЛС в ВУЗах.

- Подготовка клинических фармакологов, клинических фармацевтов как ключевых звеньев для обеспечения рационального использования ЛС.

- Обязательное повышение квалификации медицинских и фармацевтических работников по рациональному использованию ЛС 1 раз в три года со сроком обучения не менее 54 часов.

- Разработка и внедрение стандарта клинической фармации [10].

Видение по реализации вариантов политики

• Каждый из этих вариантов политики может способствовать рациональному использованию ЛС. Однако, учитывая различия вариантов в направленности действий, вовлекаемых целевых группах, используемых ресурсах и методах, более существенное достижение цели улучшения здоровья населения эти варианты могут дать при их сочетанной реализации. Об этом свидетельствуют многочисленные исследования лекарственных средств с использованием индикаторов ВОЗ на международном уровне [11-

17]. Автономная деятельность, направленная только на один из вариантов политики, может быть менее эффективной.

- Существующая законодательная база Казахстана, а также принятые в последние годы программы, планы и проекты по развитию системы здравоохранения имеют все необходимые условия для поддержки реализации предлагаемых вариантов политики.

Основной отчет. Введение

В условиях реформирования здравоохранения, повышение качества и эффективности предоставляемой медикаментозной терапии остается актуальной проблемой. В медицинской практике особого внимания требует вопрос организации эффективной системы использования ЛС на всех этапах их обращения для обеспечения безопасного, эффективного, качественного лечения пациента [18-19].

Использование медикаментов в ОЗ осуществляется в соответствии с действующим законодательством РК в сфере обращения ЛС, организовано в соответствии с потребностями пациентов.

Применение медикаментов, как важный элемент лечения пациента, должно быть организовано предельно эффективно и

результативно. Управление медикаментами – ответственность не только фармацевтических работников и клинических фармакологов, но и менеджеров и всего медицинского персонала. Уровни ответственности зависят от типа организации здравоохранения и его персонала. В тех случаях, когда в организации отсутствует аптечная служба, организацией надлежащего использования лекарствами самостоятельно занимаются отделения, в соответствии с политикой организации. В других же случаях, когда имеется централизованная аптека, организацией и контролем над обращением ЛС по всей организации занимается данное подразделение. Эффективное управление медикаментами охватывает все структуры ОЗ, включая стационар, поликлинику, а также специализированные подразделения [20].

Для максимальной эффективности

управления медикаментами и их использованием, ОЗ должна проводить экспертизу/внутренний аудит их использования с применением индикаторов оценки, по меньшей мере, один раз в год. Результаты экспертизы включают в себя всю информацию, относящуюся к управлению медикаментами и, может состоять из таких систем:

- деятельности формулярной комиссии;
- планирования и закупа ЛС;
- системы мониторинга обоснованности назначения ЛС;
- системы инфекционного контроля;

Описание проблемы

По данным ВОЗ к распространенным видам нерационального использования ЛС относятся [21]:

- применение чрезмерного числа препаратов при лечении одного пациента (полипрагмазия);
- неправильное применение антибактериальных средств, часто в неадекватных дозах для лечения инфекционных заболеваний не бактериальной этиологии;
- неоправданное применение парентерального пути введения препаратов в тех случаях, когда предпочтительно использование лекарственных форм для перорального приема;
- несоблюдение положений клинических руководств при назначении лекарственных средств;
- неприемлемое самолечение, часто с помощью рецептурных лекарственных средств.

Неправильное использование лекарственных средств имеет место во всех странах, приводя к вредным последствиям для людей и расточительному расходованию ресурсов.

На сегодняшний день в РК существует проблема нерационального использования ЛС, выраженная в ненадлежащем их применении с истекующими нежелательными последствиями.

Полученные данные в результате проведенной в 2019 году оценки рационального использования ЛС в ОЗ, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь показали, что рациональное использование ЛС в ОЗ на амбулаторном уровне в целом на настоящий момент оценивается как «удовлетворительно» и составляет 71%.

- Из 100 % ЛС, назначенных врачами, 18 % ЛС не входят в КНФ. Несмотря на то, что в Казахстане с 2009 года внедрена формулярная система, лишь в 2019 году она определена на законодательном уровне. Следовательно, в течение десяти лет система функционировала формально.

- Вопреки тому, что лекарственные

- системы сбора и мониторинга медикаментозных ошибок;
- системы нежелательных реакций ЛС;
- анализа потребления ЛС;
- анализа рациональности использования финансовых затрат на ЛС [21].

Следовательно, результаты оценки системы использования ЛС позволяют ОЗ понять их потребности и приоритеты в непрерывном улучшении качества и безопасности применения медикаментов.

формуляры ОЗ соответствуют КНФ, а ЛС в лекарственных формулярах перечислены по МНН, 90 % ЛС назначены и выписаны по торговым наименованиям, что говорит о предпочтении к определенным препаратам.

- В 12,4 % случаев отмечается полипрагмазия, при этом одновременно выписываются препараты одной фармакологической группы.

- В ОЗ не проводятся анализ и оценка использования антибиотиков, а также мероприятия по сдерживанию антибиотикорезистентности совместно с эпидемиологической и микробиологической службами.

- В 86% ОЗ, не проводился анализ рациональности использования финансовых затрат на закуп ЛС.

- Функционирование систем регистрации нежелательных реакций и мониторинга медикаментозных ошибок носит формальный характер. При этом не проводится работа по разъяснению важности регистрации инцидентов и не разрабатываются меры по предотвращению ошибок и повторных эпизодов.

- Низкая обеспеченность ОЗ специалистами в области клинической фармакологии. 59% ОЗ не имеют клинических фармакологов, отвечающих за достижение эффективности и безопасности фармакотерапии.

- Результаты анкетирования показали, что медицинский персонал ОЗ осведомлен по вопросам рационального использования ЛС на 60%.

По результатам исследования по экспресс-оценке менеджмента ЛС на основе индикаторов, проведенного в 2015 году хуже всего выглядела картина в разделе оценки менеджмента использования антибиотиков. Среднее количество набранных баллов в разрезе использования антибиотиков составило 33,7 из возможных 140 баллов, что соответствует 24% и оценке «неудовлетворительно». Данная

ситуация на сегодняшний день несколько улучшилась, тем не менее остается проблема необоснованного назначения и бесконтрольного применения антибиотиков.

Анализ потребления антибиотиков, закупленных в РК в 2018 году в рамках ГОБМП, проведенный с целью выявления структуры потребления антибиотиков показал следующие

данные.

Среди антибактериальных препаратов (АБП) системного действия лидирующее положение занимают препараты для парентерального пути введения, где наблюдается отрицательная тенденция к увеличению показателя потребления на 16% по сравнению с 2016 г. (Рисунок 1).

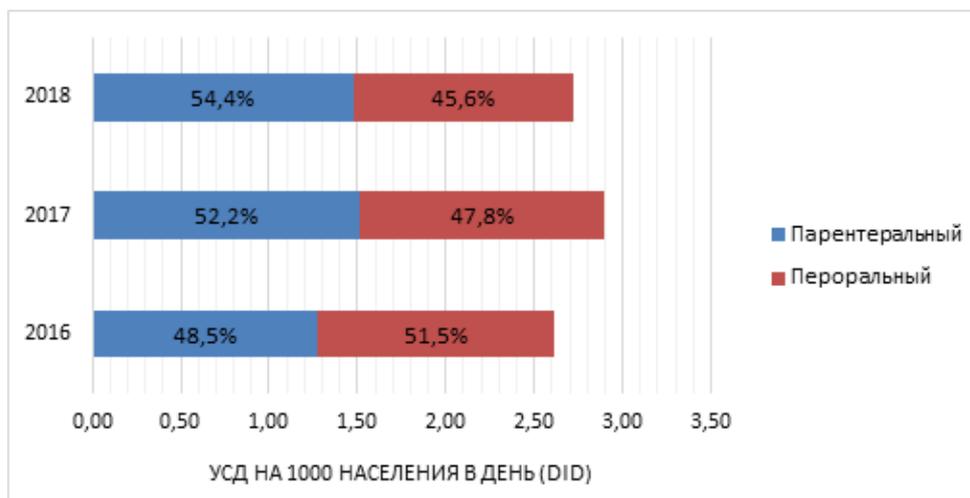


Рисунок 1 - Общее потребление антибактериальных препаратов системного действия (J01), закупленных в рамках ГОБМП за период 2016-2018 гг. по путям введения

Учитывая преимущества перорального способа применения ЛС, можно сделать вывод об увеличении доли потребления инъекционных антибактериальных препаратов, что в целом влияет на увеличение риска пост инъекционных осложнений, а также увеличению затрат в связи с большей стоимостью парентеральных антибактериальных препаратов. Использование пероральных форм АБП значительно уменьшает риск распространения инфекционных заболеваний, снижает нагрузку на медицинский персонал, сокращает число использованных шприцев и позволяет шире применять препараты не только в условиях стационара, но и на амбулаторном уровне.

Анализ потребления антибиотиков в разрезе фармакологических групп показал, что наиболее часто применяемой группой АБП в нашей стране стали «J01D Другие бета-лактамы АБП», а именно цефалоспорины (наибольший объем потребления цефалоспоринов I и III поколений, цефалоспорины I и III поколений, что составляет 46% и 45% соответственно, затем II и IV поколений – 8% и 1%, соответственно) и карбапенемы (меропенем, эртапенем, дорипенем, имипенем+циластатин – по убыванию). Возможно, развитие резистентности микроорганизмов, в том числе и госпитальных штаммов обусловлено широким применением цефалоспоринов, иногда неоправданным и часто бесконтрольным.

Вторыми по частоте потребления

следуют «J01M АБП-Хинолоны», а именно, фторированные производные этой группы (левофлоксацин, ципрофлоксацин, моксифлоксацин, офлоксацин – соответственно частоте потребления). При этом, как известно, эти антибиотики обладают широким спектром действия и должны использоваться в качестве препаратов резерва.

Следующую позицию заняли «J01F Макролиды, линкозамиды и стрептограмины» (азитромицин, кларитромицин, мидекамицин, рокситромицин – соответственно частоте потребления). В большинстве стран Европы макролиды широко применяются, уступая по частоте назначений только пенициллинам. Эти антибиотики высокоэффективны в отношении возбудителей инфекций дыхательных путей, особенно при наличии атипичных внутриклеточных возбудителей. Кроме того, представитель макролидов кларитромицин входит в стандарты лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки – довольно распространенной патологии желудочно-кишечного тракта.

«J01C Бета-лактамы АБП, пенициллины» находятся на пятом месте, причем доля их потребления почти не изменилась на протяжении трех лет. Уникальность этого класса антибиотиков заключается в том, что в отношении чувствительных к ним штаммов им нет равных по силе антимикробного воздействия. Безопасность пенициллинов проверена огромным длительным

опытом их применения (Рисунок 2).

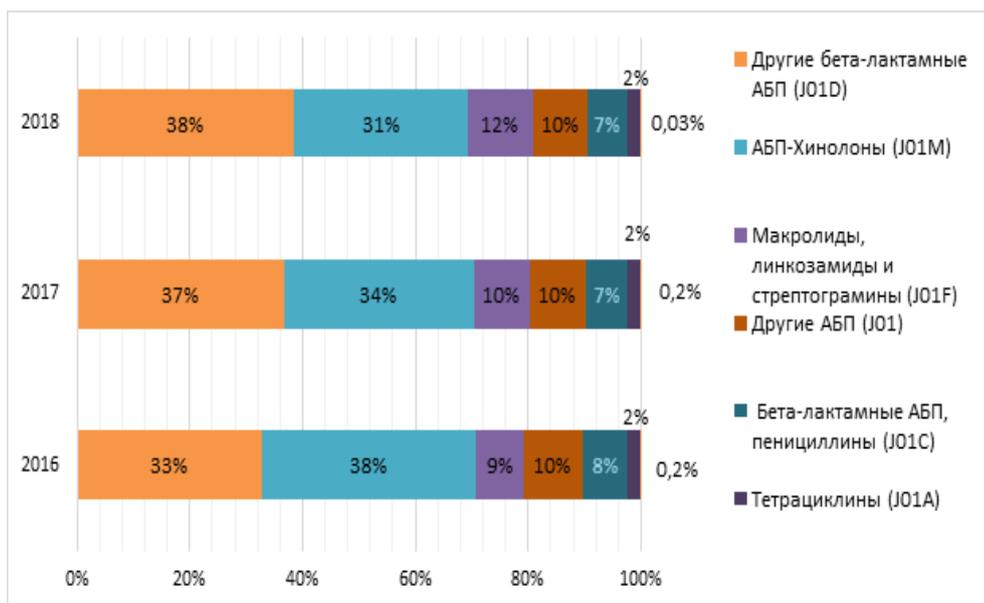


Рисунок 2 - Доля потребления антибактериальных препаратов системного действия, закупленных в рамках ГОБМП за 2016-2018 г. в разрезе фармакологических групп

Таким образом, из результатов анализа за 2018г. следует отметить, что в топ-10 наиболее потребляемых пероральных АБП вошли левофлоксацин, что составляет 50% (DID – 0,62) от общего потребления АБП в пероральной форме. Наименее потребляемыми оказались амоксициллин, офлоксацин, цефуроксим, при этом в совокупности доля их потребления составляет 4% от общего потребления пероральных АБП.

По итогам анализа потребления парентеральных АБП лидером по потреблению стал цефазолин, показатель DID которого равен 0,48, что составило 33% от общего потребления парентеральных АБП, за ним следуют цефтриаксон с показателем потребления 0,38 и метронидазол – 0,19. Наименее потребляемыми оказались цефотаксим, показатель DID которого равен 0,03, затем бензилпенициллин, цефтазидим, левофлоксацин и ампициллин с одинаковыми показателями потребления – по 0,04.

При этом следует отметить, что основным показанием для применения цефазолина в настоящее время является периоперационная профилактика в хирургии. Реже он используется для лечения инфекций кожи и мягких тканей. Рекомендации к применению цефазолина для лечения инфекций дыхательных и мочевыделительных путей на сегодняшний день являются недостаточно обоснованными в связи с его узким спектром активности и широким распространением устойчивости среди потенциальных возбудителей.

По результатам оценки потребления наиболее часто используемые препараты входят

в список антибиотиков наблюдения «AWaRe2019» ВОЗ, которые необходимо назначать только в качестве варианта лечения ограниченного числа специфических инфекционных заболеваний.

Согласно результатам исследования по экспресс-оценке менеджмента ЛС на основе индикаторов, проведенного в 2015 году в подавляющем большинстве регионов РК не проводился анализ рациональности и эффективности затрат на ЛС (ABC-VEN анализ), при этом применялись препараты с недоказанной клинической и экономической эффективностью, которые составляли группу наиболее затратных ЛС.

В этой связи, проведен клинико-экономический анализ ЛС за 2018 год, закупленных Единым дистрибьютором в рамках амбулаторного лекарственного обеспечения.

Основным методом проведения данного исследования являются ABC-VEN анализ.

В 2018 году в рамках ГОБМП для амбулаторного лекарственного обеспечения запланирован закуп 198 позиций ЛС на общую сумму 90312176,24 тенге.

Из всех закупаемых ЛС основная доля, а это 99,99% входят в международные клинические рекомендации.

Однако, по результатам VEN анализа 1 позиция ЛС вошла в группу «N» (важность вызывает сомнение, препарат неэффективен) – Тиамфеникол, сумма закупа которого составила 622,6 тенге (0,001 %).

Наиболее затратной нозологией является Сахарный диабет – 17,5 % закупа в сумме 15 800 934,9 тенге, Артериальная гипертензия

– 11,3 % закупа в сумме 10 216 824,2 тенге, Онкологические заболевания – 10,9 % закупа в сумме 9 834 131,5 тенге.

Из 5 групп наиболее затратных нозологий по коду МКБ-10, нозологии - Болезни эндокринной

системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (26% закупа в сумме 23 418 601,87 тенге) и Новообразования (16,76% закупа в сумме 15 137 028,75 тенге) являются наиболее затратными.

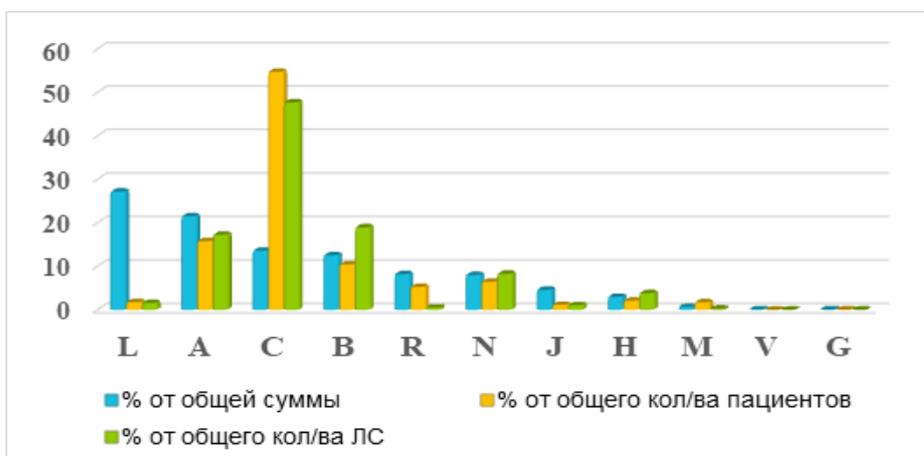


Рисунок 3 - Ранжирование по затратам на фармакологические группы (по коду АТХ)

В результате анализа по АТХ – классификации установлены следующие наиболее затратные фармакологические группы ЛС:

- Противоопухолевые и иммуномодулирующие препараты (L) составляют 23 822 538,01 тенге;
- Препараты, влияющие на

пищеварительный тракт и обмен веществ (А) составляют 18 855 962,5 тенге;

- Препараты, для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы (С) составляют 11 939 135,08 тенге;

- Препараты, влияющие на кроветворение и кровь (В) составляют 11 014 889,8 тенге.

Таблица 1 - ABC – анализ по АТХ-классификации

№ п/п	Коды АТХ	N пациентов	N ЛС и ИМН	Сумма тыс. тенге	% от общей суммы	Кумулятивный %	ABC
1	L	205804	12944370	23822538,01	27,24	27,24	A
2	A	1793495	137444618	18855962,57	21,56	48,80	A
3	C	6208191	379153496	11939135,08	13,65	62,45	A
4	B	1189501	151055552	11014889,81	12,60	75,05	A
5	R	603026,00	4426694,00	7221005,42	8,26	83,31	B
6	N	737689,00	66244062,00	7048553,67	8,06	91,36	B
7	J	134766,00	8788378,00	4069648,03	4,65	96,02	C
8	H	243330,00	31024009,00	2662497,92	3,04	99,06	C
9	M	202462,00	2152050,00	605302,09	0,69	99,75	C
10	V	358,00	75376,00	115079,17	0,13	99,89	C
11	G	7913,00	299265,00	99041,38	0,11	100,00	C
СУММА				87453653,16			

Таким образом, результаты проведенного ABC-VEN анализа показали, что в 2018 году из закупленных 198 наименований лекарственных

средств 197 представлены в международных клинических рекомендациях, за исключением 1 препарата, указанного в таблице 2.

Таблица 2 – Сведения об исключенном препарате «Тиамфеникол»

№	Код АТХ	МНН/состав	Количество пациентов	Количество препаратов	Сумма, тыс. тенге	% от общих затрат	Кумулятивный %	ABC	VEN
192	J01BA52	Тиамфеникол	24	711	622,65	0,00	100,0	C	N

Сумма, затраченная на препараты с индексом «N» составила 622,65 тенге, т.е. 0,001% от общей суммы затрат.

Факторы, лежащие в основе проблемы

ВОЗ определены факторы, способствующие нерациональному использованию ЛС [4, 23]:

- Отсутствие навыков и знаний. Неопределенность диагноза, отсутствие у лица, назначающего лекарства знаний об оптимальных подходах лечения при соответствующих диагнозах, отсутствие независимой информации, такой как клинические руководящие принципы, отсутствие возможностей для последующего наблюдения за пациентами или опасения в связи с возможными судебными разбирательствами приводят к ненадлежащему назначению или отпуску ЛС.

- Ненадлежащее неэтичное продвижение ЛС фармацевтическими компаниями. Большинство лиц, назначающих лекарства, получают информацию, главным образом, от фармацевтических компаний, а не из независимых источников, таких как клинические руководящие принципы. Очень часто это может приводить к чрезмерному использованию. В некоторых странах разрешается прямая реклама лекарств, отпускаемых по рецептам, среди потребителей, что может приводить к оказанию пациентами давления на врачей с целью назначения им лекарств, не являющихся необходимыми.

- Прибыль от продажи лекарств. Во многих странах розничные торговцы назначают и продают лекарства без рецептов. Их доход зависит от количества проданных им лекарств, что приводит к их чрезмерному использованию, особенно более дорогих.

- Неограниченное наличие лекарств.

Во многих странах рецептурные препараты, такие как антибиотики, свободно продаются без рецепта. Это приводит к чрезмерному использованию, ненадлежащему самолечению и несоблюдению дозировок.

- Чрезмерная нагрузка медицинского персонала. Многие лица, назначающие лекарства, имеют слишком мало времени на каждого пациента, что может приводить к неправильному диагнозу и лечению. В таких обстоятельствах лица, назначающие лекарства, полагаются на те препараты, которые они обычно назначают, из-за отсутствия времени на обновление знаний в области лекарств.

- Не доступные по стоимости лекарства. В случае, когда лекарства недоступны по стоимости, люди либо не могут купить их в необходимом для полного курса лечения количестве, либо не могут купить их вообще. Вместо этого они могут искать альтернативные варианты, такие как лекарства негарантированного качества, продаваемые в Интернете или из других источников, или лекарства, которые были назначены их родственникам или друзьям.

- Отсутствие координированной национальной фармацевтической политики. Менее половины всех стран проводят основную политику, рекомендуемую ВОЗ для обеспечения надлежащего использования ЛС. Она включает надлежащие меры и инфраструктуру для мониторинга и регулирования использования лекарств, а также подготовку и контролирование работников здравоохранения, назначающих лекарства.

Анализ международного опыта оценки надлежащей практики использования ЛС в ОЗ

Эффективность предоставляемой медикаментозной терапии прямо пропорциональна рациональному использованию ЛС. Рациональность лекарственной терапии оценивают путём исследований потребления ЛС на уровне пациентов, врачебных назначений, на этапе

закупки ЛС в организации здравоохранения. Мировым стандартом оценки рационального использования ЛС и воздействия на нерациональные варианты их применения служат индикаторы оценки надлежащей практики использования ЛС, являющиеся унифицированными объективными и простыми

параметрами оценки использования ЛС и качества медицинской помощи.

Индикаторы оценки надлежащей практики использования ЛС многие годы используются во многих странах для мониторинга всех систем обращения ЛС. Примечательны примеры организаций, которые использовали индикаторы в Соединенных Штатах, включая Службу общественного здравоохранения,

Подразделение оказания медицинской помощи, Объединенную комиссию по аккредитации организаций здравоохранения и Американское общество больничных провизоров, которые схожи с рекомендациями ВОЗ. Ниже, в таблице 1, представлен более детальный обзор международного опыта применения индикаторов [24-28].

Таблица 3 - Международный опыт оценки надлежащей практики использования лекарственных средств в организациях здравоохранения

Страна	Политика использования лекарственных средств в организациях здравоохранения
1	2
1. Австралия	<p>Разработаны индикаторы надлежащего использования ЛС в ОЗ (The National Quality Use of Medicines Indicators for Australian Hospitals - National QUM Indicators) [5]. Индикаторы предназначены для:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценки надлежащего и безопасного использования ЛС; - повышения качества оказания медицинских услуг для пациента. <p>В итоге было разработано 37 индикаторов, представленные в следующих областях практики:</p> <ul style="list-style-type: none"> - антитромботическая терапия; - антибактериальная терапия; - закуп ЛС; - обезболивающая терапия; - непрерывность оказания медицинской помощи; - политика использования ЛС в ОЗ; - психическое здоровье. <p>Основные показатели качества использования ЛС/Quality Use of Medicines (QUM), включает в себя:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Разумный выбор метода лечения (медикаментозная, немедикаментозная и другая терапия); - Разумный выбор ЛС, при необходимости фармакотерапии; - Безопасное и эффективное использование ЛС. <p>QUM является частью Австралийской Национальной политики по использованию ЛС. В ОЗ «QUM» это важный фактор, способствующий повышению эффективности системы здравоохранения (снижение заболеваемости и смертности, улучшение общего состояния здоровья населения). Индикаторы могут направлять и контролировать качество и целесообразность оказания медицинской помощи с целью непрерывного улучшения системы здравоохранения. В ОЗ используют для мониторинга производительности, выявления проблем, требующих дальнейшего изучения и предотвращения. Существуют несколько типов индикаторов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Индикаторы процесса обеспечивают количественные данные относительно эффективности политики и процессов. Пример индикатора процесса – процент пациентов, получающих варфарин согласно протоколам диагностики и лечения; 2. Итоговые индикаторы обеспечивают количественные данные относительно результатов деятельности системы здравоохранения в целом: уровень заболеваемости, смертности и удовлетворенности медико-санитарной помощью. Пример итогового индикатора – процент пациентов, страдающих кровотечением вследствие приема антитромботических ЛС. <p>Индикаторы QUM:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Антитромботическая терапия: <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Процент госпитализированных пациентов с риском развития венозной тромбоземболии; 1.2. Процент госпитализированных пациентов с МНО (международное нормализованное отношение - показатель системы свертывания крови). 2. Антибактериальная терапия: <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Процент пациентов, перенесших оперативное вмешательство и получающих антибиотики с целью профилактики; 2.2. Процент пациентов с внутрибольничной пневмонией, получающих соответствующий антибиотик. 3. Закуп ЛС: <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Процент пациентов с зарегистрированными побочными реакциями на ЛС; 3.2. Процент пациентов, получающих цитотоксическую терапию. 4. Обезболивающая терапия: <ol style="list-style-type: none"> 4.1. Процент послеоперационных пациентов, давших письменное согласие на анестезию. 5. Непрерывный уход: <ol style="list-style-type: none"> 5.1. Процент пациентов с ОКС (острый коронарный синдром), получающих медикаментозное лечение после выписки и перешедших на амбулаторное лечение; 5.2. Процент пациентов с бронхиальной астмой, получающих медикаментозное лечение после выписки и перешедших на амбулаторное лечение. 6. Политика использования ЛС в масштабе Национальной политики: <ol style="list-style-type: none"> 6.1. Процент предоставленных препаратов для включения в ЛФ; 6.2. Процент пациентов, получивших консультацию клинического фармаколога более одного раза в день. 7. Неотложная психиатрическая помощь: <ol style="list-style-type: none"> 7.1. Процент закупленных психотропных препаратов с указанием дозы и частоты приема; 7.2. Процент пациентов, получающих литий с соответствующим мониторингом. <p>Индикаторы QUM используют врачи, фармацевты, медицинские сестры, участвующие в процессе использования ЛС в ОЗ. Перед началом любой деятельности создается консультативная группа, которая занимается всеми вопросами, касающимися индикаторов. В консультативную группу входят врачи различных профилей, фармацевты, медицинские сестры и другие заинтересованные лица.</p> <p>В целях улучшения практики, полученные результаты необходимо интерпретировать для дальнейшей оценки, разработки руководящих принципов и принятия мер, если это необходимо.</p>

Продолжение таблицы 3

1	2
2. Новая Зеландия	<p>Разработана политика использования ЛС в больницах [22]. Данная политика распространяется на всех работников ОЗ. Целью политики является обеспечение безопасного и эффективного менеджмента использования ЛС согласно законодательству. Политика гарантирует:</p> <ul style="list-style-type: none"> - безопасное использование ЛС для всех пациентов; - доступ к актуальной информации о лекарствах для всех сотрудников; - безопасное назначение, дозирование, хранение, утилизирование ЛС; - содействие врача в предотвращении медикаментозных ошибок. <p>Политика включает в себя несколько разделов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Проверка выписанных/принятых ранее ЛС – до госпитализации у пациентов просят список ранее принятых ЛС (выписанные врачом, фармацевтом, купленные самостоятельно, различные фитопрепараты и БАДы); <ul style="list-style-type: none"> - Выписывание ЛС – должно проводиться дипломированным специалистом на специальном бланке с указанием всей необходимой информации о пациенте и ЛС (указание МНН препарата, дозы, курса, времени, формы введения, заболевания, ФИО пациента и врача); - Отпуск рецепта – только врачи и фармацевты могут выдавать рецепты, изменять или дополнять их; - Прием ЛС – выдаются только после заполнения специального бланка врачом, который является юридическим документом; - Положение/правила о движении ЛС в ОЗ; - Правила хранения ЛС; - Закуп ЛС; - Включение новых медикаментов в формуляр ОЗ.
Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)	
<p>Согласно ВОЗ надлежащее использование ЛС в ОЗ должна включать в себя [23]:</p> <ul style="list-style-type: none"> - создание мультимедицинского комитета (DTC); - назначения врача; - закуп и анализ закупа, хранение ЛС; - руководство по использованию ЛС для медицинских сестер и других медицинских работников; <p>мониторинг влияния ЛС на пациента.</p> <p>ВОЗ рекомендует организовать Лекарственно-терапевтический комитет (далее - ЛТК) (The drug and therapeutics committee – DTC), который отвечает за разработку политики рационального использования ЛС. В его функции входит:</p> <ul style="list-style-type: none"> - менеджмент использования ЛФ больницы/поликлиники; - текущий анализ использования ЛС; - регистрация нежелательных и побочных реакций препаратов и реализация безопасного использования ЛС. <p>В состав ЛТК входят представители медицинского, фармацевтического, управляющего персонала.</p> <p>Отдел аптеки под руководством квалифицированного фармацевта, несет ответственность за закуп, хранение и распределение ЛС по всей больнице. В некоторых случаях фармацевт используется в качестве ресурса для специализированного управления лекарственной терапией. ЛС распределяются согласно курсам терапии или в виде единичных доз, которая требует дополнительных затрат для индивидуальной упаковки. На настоящий момент существуют компьютеризированные дозирующие машины с нанесением индивидуального кода для более безопасного использования ЛС. Дополнительные механизмы использования ЛС:</p> <ul style="list-style-type: none"> - личные профили пациентов, представленные также в аптеках; - администрирование ЛС медицинскими сестрами; - контроль условий хранения ЛС; - контроль медикаментов высокого риска; - контроль за утилизацией ЛС. <p>ЛТК несет ответственность за утверждение политики и внедрение процессов надлежащего использования ЛС в ЛПУ.</p> <p>Американское общество фармацевтов системы здравоохранения (American Society of Health-System Pharmacists' guidelines – ASHP) утверждает, что применение лекарственных препаратов является сложным и опасным процессом, который требует постоянной оценки. ASHP рекомендует всем медицинским организациям внедрить политику управления надлежащего использования ЛС [24].</p> <p>Цель и функции ЛТК. ЛТК способствует рациональному использованию ЛС путем разработки соответствующей политики и процедур отбора, закупа, распределения и использования ЛС.</p> <p>В состав ЛТК должны входить:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Медицинский персонал (врачи) с каждого отделения; - Фармацевты, главный фармацевт в качестве главного секретаря ЛТК; - Средний медицинский персонал; - Администрация ОЗ; - Специалисты отдела внутреннего аудита. <p>В комитете должно быть от 8 до 15 членов. ЛТК имеет возможность приглашать сторонних специалистов для консультации по отдельным вопросам. Также ЛТК может иметь несколько подкомитетов, занимающихся конкретными вопросами, такими как использование антибиотиков, оценка потребления ЛС, мониторинг медикаментозных ошибок.</p>	

Анализ международного опыта рационального, эффективного и безопасного использования медикаментов. Также политика управления ЛС в ОЗ является частью национальной политики по использованию ЛС, что тем самым содействует развитию и совершенствованию качества оказания

медицинской помощи на государственном уровне.

Три варианта для решения проблемы

На основе доказательств, полученных по результатам исследований и международного опыта предлагаем три варианта политики для обеспечения рационального использования ЛС:

Вариант политики 1. Совершенствование рационального использования ЛС путем внедрения оценки и мониторинга использования ЛС.

На сегодняшний день рациональное использование ЛС в ОЗ на амбулаторном уровне оценивается как «удовлетворительно» и составляет 71%.

Из 100 % ЛС, назначенных врачами 18 % ЛС не входят в КНФ.

В 12,4 % случаев отмечается полипрагмазия.

90% ЛС назначены по торговым наименованиям, что говорит о предпочтении к определенным препаратам.

В 86 % ОЗ не проводились анализ рациональности использования финансовых затрат на ЛС и анализ потребления ЛС.

59% ОЗ не имеют клинических фармакологов, отвечающих за достижение эффективности и безопасности фармакотерапии.

Осведомленность медицинского персонала ОЗ о рациональном использовании ЛС составила 60%.

Одним из основных направлений на содействие рациональному использованию ЛС, рекомендованных международными экспертами ВОЗ является контроль, аудит и обратная связь.

Он предполагает персональное общение аудиторов с медицинскими работниками, поддержку и повышение образования последних в области фармакотерапии. Такой подход будет гораздо эффективнее и лучше принят исполнителями, чем инспекция и наказание. Эффективные формы контроля включают аудит назначения лекарств, обеспечение, обратной связи, сравнение и обсуждение результатов лечения с коллегами. Аудит назначения лекарств и обратная связь представляют собой анализ правильности сделанных назначений с последующим заключением комиссии, в котором указывается, какие действия врача отличаются от действий, принятых в руководствах, другие нарушения. В больницах такой аудит и обратная связь известны как оценка использования ЛС. Коллективный подход заключается в том, что врачи сами выявляют проблемы, возникающие при назначении лекарств в учреждении, и разрабатывают меры по их решению. При таком подходе необходим координатор, ответственный за организацию работы [9].

Для улучшения использования ЛС ВОЗ проводит следующие мероприятия:

- мониторинг за глобальным использованием ЛС;

- обеспечивает руководство политикой и поддерживает страны в области мониторинга за использованием ЛС, а также разработки, проведения и оценки национальных стратегий по стимулированию рационального использования ЛС;

- разрабатывает и распространяет программы для национальных специалистов здравоохранения по подготовке в области мониторинга и улучшения использования ЛС на всех уровнях системы здравоохранения.

Вариант политики 2. Обеспечение рационального использования ЛС путем проведения информационной кампании для населения и медицинских работников с целью формирования правильных моделей поведения в отношении применения лекарств.

В период с 2011 по 2019 год на бесплатную единую телефонную линию 8 800 080 88 87 поступило 104 968 звонков, из них от медицинских работников 715.

В печатных и интернет изданиях размещено 2 656 публикаций о рациональном использовании ЛС, о новых реформах в системе здравоохранения, нормативно-правовых актах в части рационального использования ЛС.

Проведены 8 569 бесед с населением с участием 124 780 слушателей, а также 5 604 семинаров и лекций для специалистов в области здравоохранения с участием 89 288 слушателей.

Разработаны и выпущены на государственном и русском языках 21 номеров лекарственных бюллетеней для населения, 16 номеров бюллетеней для врачей, 12 методических рекомендаций для медицинских работников и 5 справочников о ЛС.

Для населения созданы 11 видеороликов о рациональном использовании ЛС, которые ротировались в социальных сетях.

В рамках данного варианта политики международные эксперты ВОЗ рекомендуют и отмечают информированность пациентов о ЛС и предоставление независимой информации о ЛС.

По данным ВОЗ, здоровье человека на 50% зависит от сознательного и ответственного образа жизни и лечения. Развитие большинства резистентных форм болезней (инфекционных и неинфекционных) связано с нерациональным использованием ЛС.

В этой связи становится важным формирование правильного мышления пациентов в отношении рационального использования ЛС, которое повышает развитие ответственности за свое здоровье.

Отсутствие достаточных знаний о пользе и риске использования лекарств, о том, когда и как их правильно применять, может привести к тому, что больной не только не получит ожидаемого лечебного действия, но и пострадает от нежелательных побочных эффектов. Это относится как к назначаемым врачом лекарствам, так и к безрецептурным препаратам.

Государство должно отвечать за качество лекарств и информации о них, предоставляемой потребителю, и строго следить за выполнением следующих требований.

По данным ВОЗ, нередко для практического врача единственным источником информации о ЛС являются фармацевтические компании, но эта информация может быть необъективной. В этой связи особую важность приобретает обеспечение независимой (непредвзятой) информацией. Центры информации о ЛС и лекарственные бюллетени представляют собой два действенных способа распространения такой информации. Те и другие могут функционировать как под эгидой государственных или университетских медицинских учреждений, так и под патронатом неправительственных организаций – под контролем квалифицированных медицинских специалистов.

Вариант политики 3. Обеспечение рационального использования ЛС путем внедрения обязательного повышения квалификации всех медицинских работников по рациональному использованию ЛС.

Согласно приказу Министра здравоохранения РК № ҚР ДСМ-67 «Об утверждении Правил проведения оценки рационального использования лекарственных средств» по результатам оценки рационального использования ЛС проводятся обучающие мероприятия медицинских и фармацевтических работников со сроком обучения не менее 54 часов [20].

Международные эксперты ВОЗ рекомендуют проблемно-ориентированное обучение фармакотерапии в рамках программ медицинских ВУЗов, а также последипломное медицинское образование, которое является обязательным требованием для лицензирования и аттестации медицинских работников.

Согласно данным международных ученых и преподавателей для комплексного и полноценного освоения материала по специальности клиническая фармакология необходим определенный подход преподавания,

который должен быть сформирован в следующие этапы: преподавание общей фармакологии, клинической фармакологии и рациональной фармакотерапии [26].

Непосредственно каждому этапу преподавания фармакологии, клинической фармакологии необходимо уделять достаточное количество времени и усилий, что в последствии позволит сформировать правильное мышление студента.

И только после изучения всех предыдущих компонентов правильного подхода в преподавании необходимо непосредственно изучение фармакотерапии, которое подразумевает лечение лекарственными средствами, или иначе, фармакологическими агентами.

Обучение, основанное на проблемно-ориентированном методе, эффективно, так как учитываются знания и навыки студентов, которые направлены на формирование у них самостоятельного критического подхода к назначению медикаментов.

Во многих развитых странах последипломное медицинское образование – обязательное требование для подтверждения лицензии на занятие медицинской практикой и аттестации медицинских работников [27, 28].

Последипломное медицинское образование может быть более эффективным, если будет основываться на проблемном методе обучения, будет более целенаправленным, персональным и проводиться с участием представителей профессиональных обществ, университетов и министерств здравоохранения. Последипломное медицинское образование должны получать не только врачи и средний медицинский персонал, но и специалисты, работающие в информационном секторе и в области реализации лекарств.

Наиболее важным является то, что последипломное медицинское образование не должно поддерживаться фармацевтическими компаниями, поскольку нередко оказывается предвзятым по отношению к врачу. В связи с этим следует поддерживать государственные кафедры университетов, институты и профессиональные общества в проведении независимого последипломного медицинского образования.

Видение по реализации трех вариантов политики

Возможности и барьеры

Определение рационального использования ЛС было сформулировано Конференцией экспертов по рациональному использованию лекарственных препаратов, состоявшейся в 1985 г. в Найроби, и одобрено в резолюциях WНА39.27 и WНА54.11 о пересмотренной стратегии в области лекарственных средств.

С целью обеспечения рационального использования ЛС в РК в 2019 году принят приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № ҚР ДСМ-67 «Об утверждении Правил проведения оценки рационального использования лекарственных средств», который регулирует процедуру оценки использования ЛС, направленную на обеспечение улучшения качества оказания медицинской помощи населению и достижения ожидаемого медицинского, социального и экономического эффекта для сферы здравоохранения, общества и государства в целом.

Проведение оценки рационального использования ЛС дает возможность выявить области патологии, при которых часто допускаются нерациональное использование ЛС, в том числе применение неэффективных препаратов для дальнейшего определения необходимых направлений исследований в коллаборации с государственными органами и мониторировать ситуации в периодическом онлайн режиме.

Барьером для реализации варианта

политики 1 «Совершенствование рационального использования ЛС путем внедрения оценки и мониторинга использования ЛС» может стать отсутствие поддержки со стороны уполномоченного органа в области здравоохранения и недостаточное понимание руководителей здравоохранения цели внедрения оценки рационального использования ЛС, недостаточность кадровых ресурсов и специалистов, ответственных за рациональное использование ЛС.

Барьером для реализации варианта политики 2 «Обеспечение рационального использования ЛС путем проведения информационной кампании для населения и медицинских работников с целью формирования правильных моделей поведения в отношении применения лекарств» может стать недостаточность финансирования и кадровых ресурсов для полного охвата целевой аудитории. Неэтичное поведение фармацевтических компаний, лоббирующих свои интересы в продвижении ЛС.

Барьером для реализации варианта политики 3 «Обеспечение рационального использования ЛС путем внедрения обязательного повышения квалификации всех медицинских работников по рациональному использованию ЛС» может стать недостаточное понимание руководителями здравоохранения цели внедрения оценки рационального использования ЛС.

Выводы

Оценивая возможность внедрения предлагаемых вариантов политики с учетом имеющихся барьеров и возможностей, мы приходим к выводу, что все три варианта политики дополняют друг друга. Однако, учитывая различия вариантов в направленности действий,

используемых ресурсах и методах, более существенное достижение цели повышения качества и эффективности медикаментозной терапии, эти варианты политики могут дать при их сочетанной реализации.

Литература

1. World Health Organization. Medicines: rational use of medicines. Fact sheet no 338. 2010. Website. [Cited 12 Jan 2020]. Available from URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/en/index.html>.

2. Лагуткина Т.П., Грибкова Е.И., Курашов М.М., Соболенко А.К. Роль фармацевтической информации в формировании грамотного потребительского поведения на фармацевтическом рынке // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина, 2013. - №2. – С.39-44.

Lagutkina T.P., Gribkova E.I., Kurashov M.M., Sobolenko A.K. Rol' farmatsevticheskoi informatsii v formirovanii gramotnogo potrebitel'skogo povedeniia na farmatsevticheskom rynke (The role of pharmaceutical information in the formation of competent consumer behavior in the pharmaceutical market) [in Russian]. Vestnik Rossiiskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: Meditsina, 2013; 2: 39-44.

3. Жураховская Д.В., Виноградова И.А. Выявление особенностей рационального поведения специалистов розничных аптечных организаций г. Петрозаводска при отпуске нестероидных противовоспалительных препаратов // Современная организация лекарственного обеспечения, 2015. - №2. - С.56-57.

Zhurakhovskaia D.V., Vinogradova I.A. Vyavlenie osobennostei ratsional'nogo povedeniia spetsialistov roznichnykh aptechnykh organizatsii g. Petrozavodsk pri otpuske nesteroidnykh protivovospalitel'nykh preparatov (Identification of the peculiarities of the rational behavior of specialists of retail pharmacy organizations in Petrozavodsk when dispensing non-steroidal anti-inflammatory drugs) [in Russian]. Sovremennaia organizatsiia lekarstvennogo

obespecheniia, 2015; 2: 56-57.

4. World Health Organization, 2002. Promoting rational use of medicines: core components (No. WHO/EDM/2002.3). Website. [Cited 12 Jan 2020]. Available from URL: <http://www.who.int/>.

5. Zhussupova G., Zhaldybaeva S., Ramazanova A., Utepova D. Assessment of drug use management good practices in inpatient medical organizations in Astana (Kazakhstan). In *European Journal of Clinical Pharmacology*, 2019; 75: 50-50.

6. World Health Organization, 1993. How to investigate drug use in health facilities: selected drug use indicators (No. WHO/DAP/93.1 Unpublished). Website. [Cited 12 Jan 2020]. Available from URL: <http://www.who.int/>.

7. Yamada K., Nabeshima T. Pharmacist-managed clinics for patient education and counseling in Japan: current status and future perspectives. *J Pharm Health Care Sci*, 2015; 1, 2. <https://doi.org/10.1186/s40780-014-0001-4>.

8. World Health Organization, 2012. The pursuit of responsible use of medicines: sharing and learning from country experiences (No. WHO/EMP/MAR/2012.3). Website. [Cited 12 Jan 2020]. Available from URL: <http://www.who.int/>.

9. Ghei, P. (1995). How to investigate drug use in health facilities. Selected drug use indicators: WHO Publications, Geneva, 87 pp., 1993. *Health policy*, 34(1), 73-71

10. Noormandi A., Karimzadeh I., Mirjalili M., Khalili H. Clinical and economic impacts of clinical pharmacists' interventions in Iran: a systematic review. *DARU Journal of Pharmaceutical Sciences*, 2019:1-18.

11. Strengthening Pharmaceutical Systems. How to Investigate Antimicrobial Use in Hospitals: Selected Indicators. Published for the U.S. Agency for International Development by the Strengthening Pharmaceutical Systems Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health, 2012: 90 p.

12. Ragam A.S., Acharya S., Holla R. Assessment of drug use pattern using World Health Organization prescribing indicators in a tertiary care hospital in Mangalore: a cross-sectional study. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*, 2017; 7(10): 1026.

13. Atif M., Sarwar M.R., Azeem M., Umer D. et al. Assessment of WHO/INRUD core drug use indicators in two tertiary care hospitals of Bahawalpur, Punjab, Pakistan. *Journal of pharmaceutical policy and practice*, 2016; 9(1): 27.

14. Atif M., Azeem M., Sarwar M.R., Shahid S. et al. WHO/INRUD prescribing indicators and prescribing trends of antibiotics in the Accident and Emergency Department of Bahawal Victoria Hospital, Pakistan. *Springerplus*, 2016; 5(1): 1-7.

15. Akl O.A., El Mahalli A.A., Elkahky A.A., Salem A.M. WHO/INRUD drug use indicators at primary healthcare centers in Alexandria, Egypt. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 2014; 9(1): 54-64.

16. Mensa M., Tadesse T., Ayele A. Assessment of drug use pattern by using WHO Core drug use indicators at public hospitals in Ethiopia. *J Community Med Health Educ*, 2017; 7(559): 2161-0711.

17. Gebramariam E.T., Ahmed M. Evaluation of Rational Medicine Use Based on WHO Core Drug Use Indicators in Public Hospitals in West Shoa Zone, Oromia, Ethiopia. *Adv Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 2019; 8(1): 2167-1052.

18. ВОЗ: Рациональное использование лекарственных средств. Веб-сайт. (дата обращения 21 Дек 2019). Режим доступа: https://www.who.int/medicines/areas/rational_use/ru/.

ВОЗ: Ratsional'noe ispol'zovanie lekarstvennykh sredstv (WHO: Rational use of drugs) [in Russian]. Veb-sait. (data obrashcheniia 21 Dek 2019). Rezhim dostupa: https://www.who.int/medicines/areas/rational_use/ru/.

19. Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения, от 18 сентября 2009 года, № 193-IV (с изменениями и дополнениями на: 01.01.2020 г.).

Kodeks Respubliki Kazakhstan. O zdorov'e naroda i sisteme zdravookhraneniia (The Code of the Republic of Kazakhstan. About people's health and healthcare system) [in Russian], ot 18 sentiabria 2009 goda, № 193-IV (s izmeneniiami i dopolneniiami na: 01.01.2020 g.).

20. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил проведения оценки рационального использования лекарственных средств, утв. 06.05.2019 г., № ҚР ДСМ-67.

Prikaz Ministra zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhenii Pravil provedeniia otsenki ratsional'nogo ispol'zovaniia lekarstvennykh sredstv (Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On approval of the Rules for the assessment of the rational use of medicines) [in Russian], utv. 06.05.2019 g., № ҚР ДСМ-67.

21. World Health Organization. Managing Drug Supply/ World Health Organization, 2015: 82 p

22. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. National Quality Use of Medicines Indicators for Australian Hospitals, Quality use of medicines domains. 2014: 154 p.

23. Mercy hospital, Medicines management. – Exceptional care that makes a difference, Dunedin, New Zealand, 2016: 20 p.

24. Hammond R.W., Boyce B., Briceland L., Canaday B. et al. ASHP guidelines on documenting pharmaceutical care in patient medical records. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 2003; 60(7): 705-707

25. Ростова Н.Б. Анализ реализации в Российской Федерации мер содействия рациональному использованию лекарств, рекомендованных ВОЗ (начало) // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2012. – №. 9-10. – С. 9-13.

Rostova N.B. Analiz realizatsii v Rossiiskoi Federatsii mer sodeistviia ratsional'nomu ispol'zovaniuu lekarstv, rekomendovannykh VOZ (nachalo) (Analysis of the implementation in the Russian Federation of measures to promote the rational use of medicines recommended by WHO (beginning)) [in Russian]. *Problemy standartizatsii v zdravookhraneniі*. 2012; 9-10: 9-13.

26. Шайдуллина Л.Я., Зиганшина Л.Е. Клиническая фармакология одна из стратегий Всемирной организации здравоохранения в области рационального использования лекарственных средств // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т. 93. – №. 6. – С.916 - 920.

Shaidullina L.Ya., Ziganshina L.E. Klinicheskaiia farmakologiia odna iz strategii Vsemirnoi organizatsii zdravookhraneniia v oblasti ratsional'nogo ispol'zovaniia lekarstvennykh sredstv (Clinical pharmacology is one of the

strategies of the World Health Organization in the field of rational use of medicines) [in Russian]. *Kazanskii meditsinskii zhurnal*, 2012; 93(6): 916 - 920.

27. Чурилов Л.П., Строев Ю.И., Маевская В.А., Балахонов А. и др. Российское и зарубежное медицинское образование: Болонский процесс и наш опыт // Аккредитация в образовании. – 2009. – №. 3. – С. 26-35.

Churilov L.P. Stroeov Yu.I., Maevskaia V.A., Balakhonov A. i dr. Rossiiskoe i zarubezhnoe meditsinskoe obrazovanie: Bolonskii protsess i nash opyt (Russian and foreign medical education: the Bologna process and our experience) [in Russian]. Akkreditatsiia v obrazovanii, 2009; 3: 26-35.

28. Вартамян Ф.Е. Развитие медицинского образования на современном этапе // Аккредитация в образовании. – 2009. – №. 3. – С. 56-58.

Vartanian F.E. Razvitie meditsinskogo obrazovaniia na sovremennom etape (The development of medical education at the present stage) [in Russian]. Akkreditatsiia v obrazovanii, 2009; 3: 56-58.

CONTENT

<i>Zhazira Imanova, Zhadyra Ainekova, Nailya Tulepbekova</i> The second level of Audiological Screening: Is it worth it to be held in classrooms in the child's development offices of primary care organizations?	4
<i>Adlet Tabarov, Zaid Zholdasov, Lazzat Esbatyrova</i> Improving the system for Health technology assessment in Kazakhstan for healthcare decision-making	18
<i>Gulbanu Sarsembaikyzy, Torekhan Beks</i> Approaches to assessing patient satisfaction with medical care. Analysis of problems and recommendations	25
<i>Gulzhan Mukhanova, Zhazira Imanova, Nurlan Imambayev, Laura Sakhanova</i> Some aspects of dynamic monitoring of patients with arterial hypertension	41
<i>Omirbayeva Bibigul, Zagidullina Galina</i> Analysis of Private Healthcare Expenditures in Kazakhstan and Proposals for their Reduction	50
<i>Ganiyet Salimgali, Bibigul Omirbayeva</i> Proposal to improve the financing of infectious diseases providers within the framework of the guaranteed amount of free medical care and in the mandatory social health insurance system	61
<i>Zaure Baygozhina, Vitaliy Koikov, Ayagyozy Umbetzhanova, Zhanagul Bekbergenova</i> Implementation of a new model of nursing service management in health organizations to increase the effectiveness of nursing professionals and their contribution to protecting public health in the Republic of Kazakhstan: Policy Brief	69
<i>Gulzira Zhussupova, Saule Zhaldybayeva, Dinara Utepova</i> Improving the use of medicines in healthcare organizations to solve the problem of irrational use of medicines in the Republic of Kazakhstan	84

МАЗМҰНЫ

Иманова Ж.А., Айнекова Ж.А., Тулепбекова Н.М.

Аудиологиялық скринингтің екінші деңгейі: оны АМСК ұйымдарындағы баланы дамыту бөлмелерінде өткізу қажет пе? 4

Табаров Ә.Б., Жолдасов З.К., Есбатырова Л.М.

Қазақстанда денсаулық сақтау технологияларын осы сала бойынша шешімдерді қабылдау үшін бағалау жүйесін жетілдіру 18

Сәрсембайқызы Г., Бекс Т.

Науқастардың медициналық қызметтің сапасына қанағаттануын бағалау тәсілдері. Мәселені талқылау және ұсыныстар 25

Муханова Г.Т., Иманова Ж.А., Имамбаев Н.И., Саханова Л.Х.

Артериялық гипертензиясы бар пациенттерді динамикалық бақылаудың кейбір аспектілері 41

Өмірбаева Б.С., Загидуллина Г.Н.

Қазақстанда денсаулық сақтауға арналған жеке шығыстарды талдау және оларды төмендету жөніндегі ұсыныстар 50

Салимғали Г.Н., Өмірбаева Б.С.

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлем шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде инфекциялық бейіндегі денсаулық сақтау субъектілерін қаржыландыруды жетілдіру бойынша ұсыныс 61

Байғожина З.А., Койков В.В., Үмбетжанова А.Т., Бекбергенова Ж.Т.

Мейірбике ісі саласындағы мамандардың тиімділігі мен олардың Қазақстан Республикасындағы қоғамдық денсаулықты қорғауға қосқан үлесін арттыру мақсатында медициналық ұйымдарда мейірбике қызметін басқарудың жаңа моделін енгізу: Саясаттар құруға арналған аналитикалық шолу 69

Жүсіпова Г.К., Жалдыбаева С.С., Утепова Д.Б.

Қазақстан Республикасында дәрілік заттарды ұтымсыз қолдану проблемасын шешу үшін денсаулық сақтау ұйымдарында дәрілік заттарды пайдалануды жетілдіру 84

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Иманова Ж.А., Айнекова Ж.А., Тулепбекова Н.М.</i> Второй уровень аудиологического скрининга: стоит ли проводить его в кабинетах развития ребенка организаций ПМСП?	4
<i>Табаров А.Б., Жолдасов З.К., Есбатырова Л.М.</i> Совершенствование системы оценки технологий здравоохранения в Казахстане с целью принятия решений в области здравоохранения	18
<i>Сәрсембайқызы Г., Бекс Т.</i> Подходы к оценке удовлетворенности пациентов медицинской помощью. Разбор проблем и рекомендации	25
<i>Муханова Г.Т., Иманова Ж.А., Имамбаев Н.И., Саханова Л.Х.</i> Некоторые аспекты динамического наблюдения пациентов с артериальной гипертензией	41
<i>Омирбаева Б.С., Загидуллина Г.Н.</i> Анализ частных расходов на здравоохранение в Казахстане и предложения по их снижению	50
<i>Салимгали Г.Н., Омирбаева Б.С.</i> Предложения по совершенствованию финансирования субъектов здравоохранения инфекционного профиля в рамках ГОБМП и в системе ОСМС	61
<i>Байгожина З.А., Койков В.В., Умбетжанова А.Т., Бекбергенова Ж.Т.</i> Внедрение новой модели управления сестринской службой в организациях здравоохранения для повышения эффективности деятельности специалистов сестринского дела и их вклада в охрану здоровья населения в РК: Аналитический обзор для формирования политики	69
<i>Жусупова Г.К., Жалдыбаева С.С., Утепова Д.Б.</i> Совершенствование использования лекарственных средств в организациях здравоохранения для решения проблемы нерационального применения лекарственных средств в Республике Казахстан	84

