



REPUBLICAN CENTER FOR
HEALTH DEVELOPMENT

JOURNAL OF
**HEALTH
DEVELOPMENT**

An official Journal of the Republican Center for Health Development

Volume 2
Number (37), 2020

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
(Қазақстан)
Weng Tat Hui (Австралия)
Filippo Bartoccioni (Қазақстан)
Жумадилов 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 Ақтаевна (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 02 июля 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.jhdzk.org

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

Study of the Institutional Environment of Higher Medical and Medical Colleges Based on a Survey of Students, Teachers and Administrative and Management Personnel

Vitaliy Koikov

Head of the Center for the Education and Science Development, Republican Center for Healthcare Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

Abstract

The purpose of this study was to study the institutional environment of higher medical and medical colleges (HMC and MC), including such components as «The quality of the educational process»; «Administration of the educational process and safety culture»; «The quality of the scientific process»; «The quality of the clinical process»; «Anti-corruption culture and anti-corruption».

Methods. The research was carried out on the basis of a survey of students, teachers and administrative and management personnel (AMP). In total, respondents from 73 HMC and MC took part in the survey, including 13 110 students, 825 teachers and 199 representatives of AMP.

Results. An analysis of the qualitative characteristics of the persons who were accepted in the survey indicates a lack of nursing education and an insufficient level of academic achievement (confirmed by a scientific / academic degree) in the majority of AMP and teachers of the HMC and MC. At the same time, teachers with little pedagogical experience and AMP with no / short duration of pedagogical experience tend to overestimate all the studied questions.

Analysis of the administration of the educational process and safety culture indicates that teachers and AMP give a much higher assessment of ensuring the rights of students and the level of friendliness of relations with students than the students themselves, which, in fact, indicates insufficient contact between teachers and AMP with students in terms of assessing their needs and requirements;

The analysis of the quality of the scientific process indicates that the least accessible for the research work of students are the presence of electives in scientific areas, work in the laboratory, the opportunity to travel to scientific conferences in the Republic of Kazakhstan, to near and far abroad. All categories of respondents require building competence in working with scientific knowledge bases Scopus, Web of Science Nursing Reference Center Plus, CINAHL (EBSCO).

An analysis of the quality of the clinical process indicates that, on average, only 2/3 of the respondents, students and teachers note satisfaction with the equipment of clinical sites, the provision of the necessary premises and resources from the clinical sites, access to medical equipment at clinical sites, and access to patients. AMP tends to give a higher assessment of the quality of the clinical process.

An analysis of the level of anti-corruption culture indicates that the greatest risk of situations in which elements of corruption in college are most common occurs when entering college, when passing midterm exams (ratings), when passing final exams and tests. As the main reasons for corruption in college, the majority of respondents indicate the low level of teacher salaries, low interest in studying among students. The teaching staff and the AMP give a much higher assessment of satisfaction with the level of response of the college administration to complaints regarding the facts of corruption and unethical attitude than the students themselves.

Conclusions. The results of the study indicate the need to strengthen the selection of personnel for the AMP positions in colleges with the introduction of a mandatory requirement for the presence of at least 5 years of teaching experience, the presence of an academic degree. According to the experience of leading foreign universities and colleges, it is necessary to encourage the practice of combining teaching positions and positions of administrative and managerial personnel. It is necessary to introduce mandatory certification of college teachers, as well as mandatory certification of AMP, every 3-5 years according to clear KPI criteria that assess their work. The discrepancy in the assessments of certain categories of respondents indicates the need for regular feedback from students, conducting questionnaires by teaching staff, AMP and other categories of employees in order to study the institutional environment of MC and HMC and prompt response to problems voiced by students and employees.

Keywords: medical college, medical education, Kazakhstan.

Жоғары медициналық және медициналық колледждердің институционалды ортасын студенттерді, оқытушыларды және әкімшілік-басқару қызметкерлерін сауалнамалау негізінде зерттеу

Койков В.В.

Білім және ғылымды дамыту орталығының жетекшісі, Республикалық денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

Түйіндеме

Бұл зерттеудің мақсаты - жоғары медициналық мен медициналық колледждердің (ЖМК және МК) институционалды ортасын, оның ішінде «Оқу үрдісін басқару және қауіпсіздік мәдениеті»; «Ғылыми процестің сапасы»; «Клиникалық процестің сапасы»; «Сыбайлас жемқорлыққа қарсы мәдениет және сыбайлас жемқорлыққа қарсы күрес» секілді тақырыптағы «оқу процесінің сапасы» компоненттерін зерттеу болды.

Әдістері. Зерттеу студенттер, оқытушылар және әкімшілік-басқару қызметкерлерінің (ӘБҚ) сауалнамасы негізінде жүргізілді. Сауалнамаға жалпы саны 73 ЖМК мен МК-ның респонденттері қатысты, оның ішінде 13 110 студент, 825 мұғалім және 199 ӘБҚ өкілі болды.

Нәтижесі. Сауалнамаға қатысушылардың сапалық сипаттамаларын талдау нәтижесі ЖМК мен МК-дерде ӘБҚ және оқытушыларының көпшілігінде медбикелік білімнің жоқтығын, олардың академиялық жетістігінің (ғылыми / академиялық дәрежемен расталған) жеткіліксіз деңгейде екенін көрсетті. Сонымен қатар, педагогикалық тәжірибесі аз мұғалімдер мен педагогикалық тәжірибесі аз немесе мүлдем жоқ ӘБҚ барлық зерттелген параметрлерді асыра бағалауға бейім екендігі байқалды.

Оқу процесін басқару мен қауіпсіздік мәдениетін талдау мұғалімдер мен ӘБҚ студенттердің құқықтарына және студенттермен қарым-қатынастың деңгейіне студенттердің өздеріне қарағанда әлдеқайда жоғары баға беретіндігін көрсетті. Бұл - іс жүзінде оқытушылар мен ӘБҚ-нің студенттермен арасындағы байланысының, студенттердің қажеттіліктері мен талаптарын бағалауының жеткіліксіз екендігін көрсетеді.

Ғылыми процестің сапасын талдау бойынша студенттердің ғылыми-зерттеу жұмыстар жүргізуі үшін ғылыми бағыттар бойынша элективтердің саны, зертханада жұмыс істеу мүмкіндігі, елдегі және алыс-жақын шетелдердегі ғылыми конференцияларға бару мүмкіндігі қолжетімділігі ең төмен тұстар болып табылатындығы анықталды. Респонденттердің барлық санаттарының Scopus, Web of Science Nursing Reference Center Plus, CINAHL (EBSCO) секілді ғылыми білім базаларымен жұмыс жасауда құзыреттілігін арттыру қажет.

Клиникалық процестің сапасын талдау нәтижелері студенттер мен оқытушылардың, орта есеппен алғанда, тек 2/3 бөлігінің клиникалық базалардың жабдықталуына, клиникалық базалардың қажетті бөлмелермен және ресурстармен қамтамасыз ету деңгейіне, клиникалық учаскелердегі медициналық жабдыққа пен науқастармен жұмысқа қол жетімділіктің деңгейіне қанағаттанатындығын белгілеген болатын. Ал ӘБҚ-і клиникалық процестің сапасына жоғары баға беруге бейім.

Сыбайлас жемқорлыққа қарсы мәдениеттің деңгейін анықтау колледжде сыбайлас жемқорлық элементтері жиі кездесетін жағдайлардың жоғары қаупі колледжге түсу кезінде, аралық емтихандар (рейтингтер), қорытынды емтихандар мен тестілерді тапсыру кезінде болатындығын анықтады. Респонденттердің көпшілігі колледждегі сыбайлас жемқорлықтың негізгі себептері ретінде мұғалімдердің жалақысының төмендігін, студенттер арасында білім алуға деген қызығушылықтың төмендігін айтады. Оқытушылар құрамы мен ӘБҚ-і колледж әкімшілігінің сыбайлас жемқорлық және этикаға жатпайтын фактілерге қатысты шағымдарға жауап беру деңгейіне студенттермен салыстырғанда әлдеқайда жоғары баға берді.

Қорытынды. Зерттеу нәтижелері колледжде ӘБҚ лауазымына кадрлар іріктеуді күшейту қажеттілігін көрсетіп, кемінде 5 жыл педагогикалық жұмыс өтілі, ғылыми дәрежесі болуы керектігін көрсетеді. Жетекші шетелдік университеттер мен колледждердің тәжірибесіне сәйкес, ӘБҚ лауазымдарын үйлестіру тәжірибесін ынталандыру қажет. Әр 3-5 жыл сайын олардың жұмысын бағалайтын нақты KPI өлшемдеріне сәйкес колледж оқытушыларын міндетті аттестаттауды, сондай-ақ, ӘБҚ-ін міндетті аттестаттауды енгізу қажет. Респонденттердің жекелеген санаттарын бағалаудағы сәйкессіздік студенттер мен жұмысшылардың мәселелерін жедел анықтап, оларды шешу үшін аталмыш санаттар өкілдерінің арасында жиі сауалнама жүргізіп тұру қажеттілігін көрсетеді.

Түйін сөздер: медициналық колледж, медициналық білім, Қазақстан.

Изучение институциональной среды высших медицинских и медицинских колледжей на основе опроса обучающихся, преподавателей и административно-управленческого персонала

Койков В.В.

Руководитель Центра развития образования и науки, Республиканский центр развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан

Резюме

Целью настоящего исследования было изучение институциональной среды высших медицинских и медицинских колледжей (ВМК и МК), включая такие составляющие как «Качество образовательного процесса»; «Администрирование образовательного процесса и культуру безопасности»; «Качество научного процесса»; «Качество клинического процесса»; «Антикоррупционная культура и противодействие коррупции».

Методы. Исследование проводилось на основе опроса обучающихся, преподавателей и административно-управленческого персонала (АУП). Всего в опросе приняли участие респонденты из 73 ВМК и МК, в том числе 13110 обучающихся, 825 преподавателей и 199 представителей АУП.

Результаты. Анализ качественных характеристик, лиц принявших в опросе, указывает на отсутствие сестринского образования и недостаточный уровень академических достижений (подтвержденных ученой/академической степенью) у основной доли АУП и преподавателей ВМК и МК. При этом преподаватели с малым педагогическим опытом и АУП с отсутствием / малой продолжительностью педагогического опыта склонны давать завышенную оценку всем изучаемым параметрам.

Анализ администрирования образовательного процесса и культуры безопасности указывает на то, что преподаватели и АУП дают гораздо высокую оценку обеспечения прав обучающихся и уровня дружелюбности отношения с обучающимися, нежели чем сами обучающиеся, что, по сути, указывает на недостаточный контакт преподавателей и АУП с обучающимися в части оценки их нужд и потребностей;

Анализ качества научного процесса указывает на то, что наименее доступными для научно-исследовательской работы обучающихся являются наличие элективов по научным направлениям, работа в лаборатории, возможность выезжать на научные конференции по РК, в ближнее и дальнее зарубежье. У всех категорий респондентов требует наращивания компетенция по работе с научными базами знаний Scopus, Web of Science Nursing Reference Center Plus, CINAHL (EBSCO).

Анализ качества клинического процесса указывает на то, что в среднем лишь 2/3 респондентов обучающихся и преподавателей отмечают удовлетворенность оснащением клинических баз, предоставлением необходимых помещений и ресурсов со стороны клинических баз, допуска к медицинскому оборудованию на клинических базах, доступа к пациентам. АУП склонен давать более высокую оценку качеству клинического процесса.

Анализ уровня антикоррупционной культуры указывает на то, что наибольший риск возникновения ситуаций, в которых чаще всего встречаются элементы коррупции в колледже, имеет место при поступлении в колледж, при сдаче промежуточных экзаменов (рейтингов), при сдаче итоговых экзаменов и зачетов. В качестве основных причин коррупции в колледже большинство респондентов указывают низкий уровень заработной платы преподавателя, слабый интерес к учебе у обучающихся. Преподаватели и АУП дают гораздо высокую оценку удовлетворенности уровнем реагирования администрации колледжа на жалобы в отношении фактов коррупции и неэтичного отношения, нежели чем сами обучающиеся.

Выводы. Результаты проведенного исследования указывают на необходимость усиления отбора кадров на позиции АУП в колледжах с введением обязательного требования по наличию педагогического опыта не менее 5 лет, наличию академической степени. По опыту ведущих зарубежных ВУЗов и колледжей необходимо поощрять практику совмещения педагогических должностей и должностей административно-управленческого персонала. Необходимо ввести обязательную аттестацию преподавателей колледжей, а также обязательную аттестацию АУП, раз в 3-5 лет по четким критериям КРІ, оценивающим их работу. Расхождение оценок отдельных категорий респондентов указывает на необходимость регулярного взятия обратной связи со стороны обучающихся, проведения анкетирования преподавателей, АУП и иных категорий сотрудников с целью изучения институциональной среды МК и ВМК и оперативное реагирование на проблемы, которые озвучивают обучающиеся и сотрудники.

Ключевые слова: медицинский колледж, медицинское образование, Казахстан.

Corresponding author: Vitaliy Koikov, Head of the Center for Education and Science Development, Republican Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan.

Postal code: 010000

Address: Imanova Str. 13, Nur-Sultan, Kazakhstan

Phone: +7 701 186 60 02

E-mail: koykov@inbox.ru

J Health Dev 2020; 2 (37): 4-19

UDC 61:001.92; 61:331.108; 614.253

Received: 20-06-2020

Accepted: 28-06-2020



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

Введение

Одним из ключевых вызовов стоящих перед системой здравоохранения РК является необходимость принятия мер по повышению качества практической подготовки специалистов здравоохранения – как высококвалифицированных кадров на уровне медицинских ВУЗов, НИИ, НЦ, так и средних медицинских работников (медицинских сестер, фельдшеров, акушерок и др.) на уровне высших медицинских и медицинских колледжей [1]. При этом учитывая то, что именно на средних медицинских работников (СМР) приходится основная доля медицинских работников (по итогам 2019 года из 249 533 медицинских работников, работающих государственных и негосударственных организациях здравоохранения 177 766 человек (71,9%) приходится на СМР [2]), особую актуальность приобретает обеспечение высокого качества подготовки СМР на уровне высших медицинских колледжей (ВМК) и медицинских колледжей (МК).

В этой связи в новом Кодексе РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», принятом 7 июля 2020 года, предусмотрено усиление требований к организациям, реализующим образовательные программы по медицинским специальностям, включая такие нормы, которые касаются МК и ВМК – требование по наличию симуляционного центра, осуществление клинического этапа подготовки на базе аккредитованных клиник организаций образования в области здравоохранения и клинических баз, привлечение наставников из числа квалифицированных медицинских работников в период подготовки обучающихся на клинических базах и др. [3].

С учетом планируемого дальнейшего

Материалы и методы

Изучение институциональной среды ВМК и МК проводилось на основе опроса обучающихся, преподавателей и административно-управленческого персонала (АУП), что позволяет получить многостороннюю оценку одних и тех же параметров и тем самым обеспечить объективность оценки, а также выявить возможные проблемные стороны. С целью проведения опроса были разработаны 3 вида опросников на государственном и русском языках. Опросники были размещены в он-лайн доступе на платформе SurveyMonkey.

Каждый опросник включал паспортную часть с вопросами, уточняющими основные характеристики респондентов, а также вопросы по четырем разделам

делегирования среднему медицинскому персоналу ряда функций и расширения роли и задач специалистов сестринского дела, а также расширения понимания ключевой роли медицинских сестер в обеспечении качества деятельности медицинских организаций [4] на первый план выходит принятие шагов по повышению качества и условий клинической подготовки СМР на базе ВМК и МК. Роль МК и ВМК в современных условиях сводится не только к формированию у обучающихся необходимого объема знаний и навыков, но и в создании условий для уровня профессиональной адаптации, формировании мотивации к стабильной профессиональной деятельности [5].

Учитывая то, что в настоящее время в стране функционирует 87 колледжей, осуществляющих подготовку СМР, для выработки дальнейших шагов по улучшению подготовки кадров на уровне ВМК и МК требуется проведение оценки ключевых составляющих их деятельности по организации и обеспечению качества образовательного, клинического и научного процессов, антикоррупционной культуры.

В этой связи **целью настоящего исследования** было изучение институциональной среды ВМК и МК, включая такие составляющие как:

- качество образовательного процесса;
- администрирование образовательного процесса и культуру безопасности;
- качество научного процесса;
- качество клинического процесса;
- антикоррупционная культура и противодействие коррупции.

«Качество образовательного процесса», «Администрирование образовательного процесса и культуру безопасности», «Качество научного процесса», «Качество клинического процесса», «Антикоррупционная культура и противодействие коррупции». Обобщенная структура опросников представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Обобщенная структура опросников

Раздел опросника	Какие вопросы включает данный раздел	
Паспортная часть	Обучающиеся	Укажите Ваш МК/ВМК; Укажите Ваш уровень обучения; Укажите, пожалуйста, курс обучения; По какой специальности Вы в настоящее время проходите обучение? Ваш пол
	Преподаватели	Укажите Ваш МК/ВМК; Укажите, пожалуйста, Ваш возраст; Ваш пол; Ваш педагогический стаж работы; Какую должность Вы занимаете? Ваша ученая / академическая степень
	АУП	Укажите Ваш МК/ВМК; Укажите, пожалуйста, Ваш возраст; Ваш пол; Ваш стаж работы; К какой категории административно управленческого персонала Вы относитесь? Ваша ученая / академическая степень
Качество образовательного процесса	<ul style="list-style-type: none"> Оцените эффективность применяемых в Вашем МК/ВМК методов обучения. Оцените объективность методов оценки знаний и навыков, применяемых в вашем МК/ВМК? Укажите качества, которые бы Вам хотелось бы видеть у преподавателей МК/ВМК. Отметьте наиболее сильные стороны вашего МК/ВМК. Какие проблемы образовательного процесса требуют, по Вашему мнению, первоочередного решения? Как Вы оцениваете удобность расписания занятий в МК/ВМК (удобное время начала занятий, достаточные перерывы, достаточное время добраться из корпуса в корпус)? Ваши предложения по повышению качества образовательного процесса. 	
Администрирование образовательного процесса и культуру безопасности	<ul style="list-style-type: none"> Каковы отношения внутри коллектива вашего МК/ВМК? Укажите, насколько в вашем МК/ВМК обеспечиваются права обучающихся по следующим аспектам. Укажите, насколько обучающиеся обеспечены поддержкой колледжа. Как Вы оцениваете уровень цифровизации и внедрения электронных сервисов/услуг в Вашем МК/ВМК. Как Вы оцениваете регулярность взятия обратной связи у обучающихся по результатам образовательной деятельности? Оцените удовлетворенность уровнем образовательного процесса в целом и его организацией в вашем МК/ВМК. 	
Качество научного процесса	<ul style="list-style-type: none"> Насколько доступна научно-исследовательская работа для обучающихся? Оцените свой уровень исследовательской компетентности. Отметьте 3 наиболее сильные стороны вашего МК/ВМК в науке. Что, на Ваш взгляд, больше всего препятствует научно-исследовательской работе обучающихся в МК/ВМК? Оцените, пожалуйста, насколько Вы удовлетворены научным процессом в целом и его организацией в вашем МК/ВМК. Ваши предложения по повышению качества научного процесса. 	
Качество клинического процесса	<ul style="list-style-type: none"> Соответствует ли оснащение ваших клинических баз потребностям обучения? Предоставляются ли вам со стороны клинических баз необходимые помещения и другие ресурсы для образовательного процесса? Имеют ли обучающиеся доступ ко всему медицинскому оборудованию, находящемуся на клинических базах, для организации эффективного обучения? Имеют ли обучающиеся доступ к пациентам, в частности, к процессу оказания медицинской помощи в процессе клинической подготовки? Насколько клинические базы вашего колледжа способствуют осуществлению качественной клинической подготовки. Ваши предложения по повышению качества клинического процесса. 	
Антикоррупционная культура и противодействие коррупции	<ul style="list-style-type: none"> Считаете ли Вы, что академическая честность является главным принципом в Вашей деятельности, как обучающегося/ преподавателя/ АУП? Есть ли в вашем МК/ВМК организации/структуры, которые занимаются противодействием коррупции и воспитанием антикоррупционного сознания? В моем понимании коррупция – это: В каких ситуациях чаще всего встречаются элементы коррупции в вашем МК/ВМК? Вы считаете, кто чаще всего оказывается инициатором факта коррупции? В чем Вы видите основные причины коррупции в МК/ВМК? Как Вы оцениваете уровень реагирования администрации колледжа на жалобы в отношении фактов коррупции и неэтичного отношения к обучающимся? Ваши предложения по снижению коррупции в МК/ВМК. 	

Все анкеты опросники были согласованы с уполномоченным органом (Департаментом науки и человеческих ресурсов Министерства здравоохранения РК) и информация по проведению анкетирования была направлена в адрес ВМК и МК, в т.ч. рабочих группах

мессенджера WhatsApp. Опрос проводился в мае-июне 2020 года.

Всего в опросе приняли участие респонденты из 73 медицинских колледжей, в том числе 13110 обучающихся, 825 преподавателей и 199 представителей АУП.

Полученные данные были обработаны методом вариационной статистики. Методом корреляционного анализа определяли наличие связи отдельных ответов респондентов по отдельным показателям (коэффициент корреляции (r) между полученными

показателями), силу связи (очень высокая связь ($r > 0,9$), высокая связь ($r = 0,7-0,9$), заметная (выраженная) ($r = 0,5-0,7$), умеренная связь ($r = 0,3-0,5$), слабая связь ($r = 0,1-0,3$)), направление связи (прямая или обратная), достоверность коэффициента корреляции [6].

Результаты

Основные характеристики респондентов

Обучающиеся: 83,9% респондентов пришлось на обучающихся программ технического и профессионального образования (ТиПО), 16,1% - на обучающихся программ послесреднего образования (ПСО). Основная доля опрошенных приходится на специальность «Сестринское дело» (48,8%) и на специальность «Лечебное дело» (30,6%). 7,1% составили обучающиеся по специальности «Фармация», 5,1% - по специальности «Стоматология», 4,3% - по специальности «Лабораторная диагностика»

Преподаватели: 51% респондентов приходится на преподавательский состав в возрасте от 25 лет до 45 лет, 30,9% - в возрасте от 46 до 60 лет, 12,2% - в возрасте до 25 лет, 5,7% - в возрасте от 61 до 75 лет. Наибольшая доля опрошенных во всех ВМК и МК имеет общий педагогический стаж от 1 до 5 лет (37,1%), стаж от 6 до 10 лет имеет 15,4% респондентов, от 10 до 20 лет – 24,8%, более 20 лет – 22,7%. Основная масса респондентов не имеют ученой степени / академической степени (50,8%), 22,6% - имеют степень академического бакалавра, 17,2% - степень магистра, 7,5% - степень прикладного бакалавра. Анализ наличия у преподавателей сестринского образования показывает, что 70,4% респондентов не имеют никакого сестринского образования, 18,5% - имеют подготовку в качестве СМР на уровне ТиПО, 9,6% - сестринское образование на уровне академического бакалавриата, 2,1% - сестринское образование на уровне магистратуры, 1,9% - сестринское образование на уровне ПСО.

АУП: 38,2% респондентов приходится на АУП в возрасте от 25 лет до 45 лет, 35,2% - в возрасте от 46 до 60 лет, 24,6% - в возрасте до 25 лет, 2,0% - в возрасте от 61 до 75 лет. Наибольшая доля опрошенных во всех ВМК и МК имеет стаж работы на позиции АУП в колледже от 1 до 5 лет (41,2%), стаж от 6 до 10 лет имеет 15,6% респондентов, от 10 до 20 лет – 26,1%, более 20 лет – 17,1%. При этом 22,6% респондентов из числа АУП не имели педагогического стажа работы, у 11,1% - педагогический стаж работы составил от 1 до 5 лет, у 10,5% - от 6 до 10 лет, 31,2% - от 10 до 20 лет, у 24,6% - более 20 лет. Основная масса респондентов не имеют ученой степени / академической степени (54,7%), 20,1% - имеют степень магистра, 15,6% - степень

академического бакалавра, 6,0% - степень прикладного бакалавра, 2,0% - степень доктора наук, 1% - степень кандидата наук. Анализ наличия у АУП сестринского образования показывает, что 69,3% респондентов не имеют никакого сестринского образования, 15,6% - имеют подготовку в качестве СМР на уровне ТиПО, 7,0% - сестринское образование на уровне академического бакалавриата, 7,4% - сестринское образование на уровне ПСО, 2,5% - сестринское образование на уровне магистратуры.

Качество образовательного процесса

Оценка всеми категориями респондентов эффективности применяемых в МК и ВМК методов обучения и преподавания (таблица 2) показала, что как наиболее эффективные методы обучения большинство респондентов отметили – практические занятия / семинары, практические занятия в учебно-клиническом центре, практические занятия на клинических базах, производственную практику. Как наименее эффективный метод обучения отмечен – PBL (Problem-based learning). Как следует из полученных результатов, АУП склонны давать более высокую оценку эффективности методов преподавания, нежели чем обучающиеся. При этом для АУП, выявлена обратная связь таких показателей как уровень оценки эффективности метода преподавания (по шкале «неэффективный», «частично эффективный», «наиболее эффективный») и продолжительность предшествующего педагогического стажа (по всем методам преподавания коэффициент корреляции колеблется от -0,83 до -0,34, $p < 0,05$). Для преподавателей обратная связь уровня оценки эффективности методов преподавания и продолжительности педагогического стажа менее слабая (коэффициент корреляции колеблется от -0,06 до -0,33, $p < 0,05$).

Оценка всеми категориями респондентов объективности методов оценки знаний и навыков, применяемых в МК и ВМК, показала, что как наиболее объективные методы оценки большинство респондентов отметили – оценку практических навыков, разбор клинического случая. Как наименее объективный метод оценки отмечены – мини-клинический экзамен, выполнение дипломной/курсовой работы. Как следует из полученных результатов АУП и

преподаватели в качестве наиболее объективных методов также считают разбор клинического случая, ОСКЭ, решение ситуационных задач, в то время как обучающиеся склонны давать более высокую оценку эффективности методов преподавания, нежели чем обучающиеся. При этом для АУП, выявлена обратная связь таких показателей как уровень оценки объективности метода оценки обучающихся (по шкале «необъективный», «частично объективный», «наиболее объективный») и продолжительность предшествующего педагогического стажа (по всем методам оценки коэффициент корреляции колеблется от -0,78 до -0,29, $p < 0,05$). Для преподавателей обратная связь уровня оценки объективности методов оценки обучающихся и продолжительности педагогического стажа менее слабая (коэффициент корреляции колеблется от -0,08 до -0,27, $p < 0,05$).

Оценка всеми категориями респондентов качеств, которые они хотели бы видеть у преподавателей МК и ВМК показала, что наибольшая доля респондентов отметила такие качества как - умение излагать материал,

объяснять новое, хорошее знание практики (лечебная деятельность). Наименьшая доля ответов приходится на такие качества как - знание английского/иностранного языка, требовательность, принципиальность. При этом преподаватели больший приоритет отдают такому качеству как «коммуникабельность», а качеству «хорошее знание практики (лечебная деятельность)» отводят наименьшее внимание.

Оценка всеми категориями респондентов сильных сторон своего колледжа показала, что наибольшая доля респондентов отметила - сильный профессорско-преподавательский состав, высокая обеспеченность учебной литературой. Наименьшая доля ответов при оценке сильных сторон приходится на такие характеристики как - участие в программах академической мобильности преподавателей/ обучающихся. При этом если респонденты из АУП отдают наибольшее количество голосов такому параметру как «свободный доступ к интернету на территории МК и ВМК», то обучающиеся отдают данному параметру наименьшее количество голосов.

Таблица 2 - Сравнение ответов обучающихся, преподавателей, АУП в ВМК и МК по вопросам, касающимся качества образовательного процесса

Что оценивается	Как оценивается	Кто оценивает		
		Обучающиеся	Преподаватели	АУП
1	2	3	4	5
Применяемые в МК и ВМК методы обучения и преподавания (% респондентов, считающих метод эффективным)	наиболее эффективные	<ul style="list-style-type: none"> практические занятия/ семинары (69,4%); практические занятия в учебно-клиническом центре (65,9%); практические занятия на клинических базах (63,2%); производственная практика (61,3%) 	<ul style="list-style-type: none"> практические занятия/ семинары (76,8%); практические занятия на клинических базах (66,7%); практические занятия в учебно-клиническом центре (66,5%); производственная практика (65,7%); лекции интерактивные (62,5%) 	<ul style="list-style-type: none"> практические занятия в учебно-клиническом центре (80,7%); практические занятия / семинары (79,3%); практические занятия на клинических базах (79,3%); производственная практика (76,4%)
	наименее эффективные	<ul style="list-style-type: none"> TBL (Team-based learning) (29,1%); PBL (Problem-based learning) (28,7%); RBL (Research based learning) (27,8%) 	<ul style="list-style-type: none"> RBL (Research based learning) (35,4%); TBL (Team-based learning) (33,9%); (Problem-based learning) (29,1%); 	<ul style="list-style-type: none"> лекции традиционные (46,4%); - самостоятельная работа обучающихся (46,4%); - RBL (Research based learning) (39,3%)
Методы оценки знаний и навыков (% респондентов, считающих метод объективным)	наиболее объективный	<ul style="list-style-type: none"> тестирование (64,9%); оценка практических навыков (63,5%); устное собеседование (58,9%) 	<ul style="list-style-type: none"> оценка практических навыков (75,5%); разбор клинического случая (61,3%); ситуационные задачи (59,9%) 	<ul style="list-style-type: none"> разбор клинического случая (81,4%); оценка практических навыков (73,6%); объективный структурированный клинический экзамен (69,3%)
	наименее объективный	<ul style="list-style-type: none"> мини-клинический экзамен (40,2%); выполнение курсовой работы (38,8%) 	<ul style="list-style-type: none"> мини-клинический экзамен (40%); тестирование (39,7%); выполнение дипломной / курсовой работы (30,9%) 	<ul style="list-style-type: none"> мини-клинический экзамен (46,4%); тестирование (40%); выполнение дипломной / курсовой работы (32,9%)

Продолжение таблицы 2

1	2	3	4	5
Качества, которые хотели бы видеть у преподавателей МК и ВМК (% респондентов, выбравших данный вариант ответа)	наибольшая доля ответов	<ul style="list-style-type: none"> хорошее знание практики (лечебная деятельность) (45,6%); умение излагать материал, объяснять новое (45,5%) 	<ul style="list-style-type: none"> коммуникабельность (52,3%); умение излагать материал, объяснять новое (44,3%); глубокие теоретические знание предмета (40,1%) 	<ul style="list-style-type: none"> хорошее знание практики (лечебная деятельность) (53,6%); коммуникабельность (45,7%)
	наименьшая доля ответов	<ul style="list-style-type: none"> требовательность, принципиальность (14,7%); знание английского / иностранного языка (12,2%) 	<ul style="list-style-type: none"> знание английского/ иностранного языка (24,0%); хорошее знание практики (лечебная деятельность) (24,0%); доброжелательность (18,4%) 	<ul style="list-style-type: none"> требовательность, принципиальность (22,1%); доброжелательность (13,6%)
Наиболее сильные стороны своего колледжа (% респондентов, выбравших данный вариант ответа)	наибольшая доля ответов	<ul style="list-style-type: none"> сильный преподавательский состав (45,1%); высокая обеспеченность учебной литературой (37,7%); удобное расписание занятий (36,9%) 	<ul style="list-style-type: none"> высокая обеспеченность учебной литературой (41,0%); доступность информации об учебных программах и дисциплинах (40,9%); высокая техническая оснащенность (37%) 	<ul style="list-style-type: none"> свободный доступ к интернету на территории МК и ВМК (43,5%); сильный преподавательский состав (40%); высокая техническая оснащенность (40%); высокая обеспеченность учебной литературой (40%)
	наименьшая доля ответов	<ul style="list-style-type: none"> участие в программах академической мобильности преподавателей/ обучающихся (5,8%); свободный доступ к интернету на территории МК и ВМК (13,1%) 	<ul style="list-style-type: none"> участие в программах академической мобильности преподавателей/ обучающихся (6,1%) 	<ul style="list-style-type: none"> участие в программах академической мобильности преподавателей/ обучающихся (10%)
Проблемы образовательного процесса (% респондентов, выбравших данный вариант ответа)	наибольшая доля ответов	<ul style="list-style-type: none"> недостаточное обеспечение УКЦ муляжами, манекенами и др. средствами (43,8%); недостаточная оснащенность учебных аудиторий, лабораторий совр. оборудованием (41,1%) 	<ul style="list-style-type: none"> недостаточная оснащенность учебных аудиторий, лабораторий современным оборудованием (44,4%) 	<ul style="list-style-type: none"> недостаточная оснащенность учебных аудиторий, лабораторий совр. оборудованием (34,2%); недостаточная оснащенность учебных аудиторий, лабораторий совр. оборудованием (29,3%)
	наименьшая доля ответов	<ul style="list-style-type: none"> недостаточное качество содержания образовательных программ (10,1%); несогласованность учебной программы с запросами работодателей (9,0%); отсутствие возможности участия в программах академической мобильности преподавателей/ обучающихся (8,9%) 	<ul style="list-style-type: none"> несогласованность учебной программы с запросами работодателей (12,6%); недостаточный уровень качества научных исследований (11,2%) 	<ul style="list-style-type: none"> несогласованность учебной программы с запросами работодателей (15,7%); недостаточное качество организации производственной практики обучающихся (15,7%)
Удобность расписания занятий	Доля ответов с оценкой от 7 до 10	61,1%	66,5%	76,4%

Оценка всеми категориями респондентов проблем образовательного процесса, которые требуют первоочередного решения, показала, что наибольшая доля респондентов отметила такие проблемы как - недостаточное обеспечение учебно-клинического центра муляжами, манекенами и др. средствами обучения, недостаточная оснащенность учебных аудиторий, лабораторий современным оборудованием. Наименьшая доля ответов приходится на такие проблемы как - недостаточное качество содержания образовательных программ, несогласованность учебной программы с запросами работодателей.

Оценка всеми категориями респондентов удобства расписания занятий в МК и ВМК (удобное время начала занятий, достаточные перерывы, достаточное время добраться из корпуса в корпус) показала, что оценку от 7 до 10, которую можно расценивать как достаточный уровень удовлетворенности, среди обучающихся выбрали 61,1% респондентов, среди преподавателей – 66,5% респондентов, среди АУП – 76,4% респондентов. При этом для АУП и преподавателей, выявлена обратная связь таких показателей как уровень удовлетворенности удобностью расписания занятий (по шкале от 0 до 10) и продолжительность предшествующего педагогического стажа (для АУП $r = -0,58$, $p < 0,05$; для преподавателей $r = -0,47$, $p < 0,05$).

Администрирование образовательного процесса и культура безопасности

Оценка всеми категориями респондентов отношений внутри коллектива МК и ВМК (таблица 3) показала, что как наиболее дружелюбными большинство респондентов отметили отношения: Обучающийся-куратор. Наименее дружелюбными и наиболее напряженными отношениями по мнению обучающихся являются отношения Преподаватель-обучающийся, Обучающийся – администрация, Обучающийся - сотрудники подразделений (библиотека, центр тестирования и др.); по мнению преподавателей – отношения «Обучающийся – администрация», «Обучающийся – клинический наставник», по мнению АУП – отношения «Обучающийся - сотрудники подразделений».

Оценка всеми категориями респондентов того насколько в МК и ВМК обеспечиваются права обучающихся (способность руководства решать проблемы обучающихся, участие обучающихся в коллегиальных органах управления, Возможность встречи с руководством и т.д.) показала, что на соблюдение отдельных прав обучающихся указывает 48,6-54,1% респондентов из числа обучающихся, 54,8-77,8% респондентов из числа преподавателей, 54,9-81,1% респондентов из числа АУП. При этом наименее полное обеспечение прав

обучающихся, по мнению всех категорий респондентов, отмечается в отношении участия обучающихся в коллегиальных органах управления (педагогический, методический советы) колледжа.

Оценка всеми категориями респондентов обеспеченности мерами поддержки со стороны колледжа показала, что наибольшая доля респондентов отметила полное обеспечение - возможностью участия в мероприятиях колледжа, поддержкой кураторов, мероприятиями по профилактике заболеваний у обучающихся, медицинским обслуживанием обучающихся. Наименее обеспечиваются материальная поддержка, поддержка студенческого самоуправления, предоставление мест в общежитиях для иногородних студентов.

Оценка всеми категориями респондентов удовлетворенности уровнем цифровизации и внедрения электронных сервисов показала, что оценку от 7 до 10, которую можно расценивать как достаточный уровень удовлетворенности, среди обучающихся выбрали 62,8% респондентов, среди преподавателей – 66,2% респондентов, среди АУП – 79% респондентов. При этом для АУП и преподавателей, выявлена обратная связь таких показателей как уровень удовлетворенности уровнем цифровизации и внедрения электронных сервисов (по шкале от 0 до 10) и продолжительность предшествующего педагогического стажа (для АУП $r = -0,46$, $p < 0,05$; для преподавателей $r = -0,53$, $p < 0,05$).

Оценка всеми категориями респондентов регулярности взятия обратной связи у обучающихся показала, что оценку от 7 до 10, которую можно расценивать как достаточный уровень регулярности, среди обучающихся выбрали 66,8% респондентов, среди преподавателей – 77,2% респондентов, среди АУП – 84,2% респондентов. При этом для АУП и преподавателей, выявлена обратная связь таких показателей как регулярность взятия обратной связи у обучающихся (по шкале от 0 до 10) и продолжительность предшествующего педагогического стажа (для АУП $r = -0,37$, $p < 0,05$; для преподавателей $r = -0,15$, $p < 0,05$).

Оценка всеми категориями респондентов удовлетворенности уровнем образовательного процесса показала, что оценку от 7 до 10, которую можно расценивать как достаточный уровень удовлетворенности, среди обучающихся выбрали 73% респондентов, среди преподавателей – 82,6% респондентов, среди АУП – 90,2% респондентов. При этом для АУП и преподавателей, выявлена обратная связь таких показателей как уровень удовлетворенности уровнем образовательного процесса (по шкале от 0 до 10) и продолжительность предшествующего педагогического стажа (для АУП: $r = -0,65$, $p < 0,05$; для преподавателей: $r = -0,69$, $p < 0,05$).

Таблица 3 - Сравнение ответов обучающихся, преподавателей, АУП в ВМК и МК по вопросам, касающимся администрирования образовательного процесса и культуры безопасности

Что оценивается	Как оценивается	Кто оценивает		
		Обучающиеся	Преподаватели	АУП
Администрирование образовательного процесса и культура безопасности				
Отношения внутри коллектива колледжа (% респондентов, считающих отношения дружелюбными)	Наиболее дружелюбные	<ul style="list-style-type: none"> Обучающийся-куратор (83,2%) 	<ul style="list-style-type: none"> Обучающийся-куратор (85,4%) 	<ul style="list-style-type: none"> Обучающийся-куратор (90,2%)
	Наименее дружелюбные	<ul style="list-style-type: none"> Преподаватель-обучающийся (70,6%); Обучающийся – администрация (69,2%); Обучающийся - сотрудники подразделений (69,1%) 	<ul style="list-style-type: none"> Обучающийся – администрация (72,4%); Обучающийся – клинический наставник (69,8%) 	<ul style="list-style-type: none"> Обучающийся - сотрудники подразделений (76,7%)
Обеспечение прав обучающихся	% считающих, что обеспечивается полностью	48,6-54,1%	54,8-77,8%	54,9-81,1%
Обеспеченность поддержкой колледжа (% респондентов, считающих, что полностью обеспечивается)	Наибольшая доля ответов	<ul style="list-style-type: none"> возможность участия в мероприятиях колледжа (65,8%); поддержка кураторов (65,8%); мероприятия по профилактике заболеваний у обучающихся (62%); медицинское обслуживание обучающихся (60,1%) 	<ul style="list-style-type: none"> возможность участия в мероприятиях колледжа (85,8%); поддержка кураторов (79,1%); медицинское обслуживание обучающихся (74,6%); мероприятия по профилактике заболеваний у обучающихся (73,3%) 	<ul style="list-style-type: none"> возможность участия в мероприятиях колледжа (90,9%); поддержка кураторов (86,7%); мероприятиями по профилактике заболеваний у обучающихся, (84,2%); медицинским обслуживанием обучающихся (82,7%); консультирование по трудоустройству выпускников (81,2%)
	Наименьшая доля ответов	<ul style="list-style-type: none"> поддержкой студенческого самоуправления (49,3%); социальная поддержка (45,3%); материальная поддержка (42,1%) 	<ul style="list-style-type: none"> предоставление мест в общежитиях для иногородних студентов (47,1%); материальная поддержка (46,6%) 	<ul style="list-style-type: none"> материальная поддержка (54,9%); предоставление мест в общежитиях для иногородних студентов (50,8%)
Удовлетворенность уровнем цифровизации и внедрения электронных сервисов	Доля ответов с оценкой от 7 до 10	62,8%	66,2%	79%
Регулярность взятия обратной связи у обучающихся	Доля ответов с оценкой от 7 до 10	66,8%	77,2%	84,2%
Удовлетворенность уровнем образовательного процесса	Доля ответов с оценкой от 7 до 10	73%	82,6%	90,2%

Качество научного процесса

Оценка всеми категориями респондентов доступности научно-исследовательской работы для обучающихся (таблица 4) показала, что как наиболее доступные формы участия в НИР

большинство респондентов (от 50 %) отметили такие формы как - поддержка преподавателей в выполнении научной работы, участие в научных конференциях внутри колледжа.

Таблица 4 - Сравнение ответов обучающихся, преподавателей, АУП в ВМК и МК по вопросам, касающимся качества научного процесса

Что оценивается	Как	Кто оценивает		
		Обучающиеся	Преподаватели	АУП
Доступность научно-исследовательской работы для обучающихся (% респондентов, считающих данную опцию наиболее доступной)	Наибольшая доля ответов	<ul style="list-style-type: none"> поддержка преподавателей в выполнении научной работы (54,4%); участие в научных конференциях внутри колледжа (50,9) 	<ul style="list-style-type: none"> участие в научных конференциях внутри колледжа (74,3%); поддержка преподавателей в выполнении НИР (66%); работа в студенческих учебных/научных кружках (63,4%) 	<ul style="list-style-type: none"> участие в научных конференциях внутри колледжа (81,4%); работа в студенческих учебных/научных кружках (72,4%); поддержка преподавателей в выполнении НИР (68,5%)
	Наименьшая доля ответов	<ul style="list-style-type: none"> наличие элективов по научным направлениям (39%); возможность выезжать на научные конференции в ближнее и дальнее зарубежье (32,1%) 	<ul style="list-style-type: none"> работа в лаборатории (40,4%); возможность выезжать на научные конференции в ближнее и дальнее зарубежье (33,2%) 	<ul style="list-style-type: none"> возможность выезжать на научные конференции в ближнее и дальнее зарубежье (38,6%)
Уровень исследовательской компетентности (% респондентов, считающих себя наиболее компетентными в данной области)	Наибольшая доля ответов	<ul style="list-style-type: none"> осуществление информационного поиска (40,4%) 	<ul style="list-style-type: none"> осуществление информационного поиска (51,4%) 	<ul style="list-style-type: none"> осуществление информационного поиска (62,4%)
	Наименьшая доля ответов	<ul style="list-style-type: none"> работа с научными базами знаний Scopus, Web of Science Nursing Reference Center Plus, CINAHL (26,3%) 	<ul style="list-style-type: none"> работа с научными базами знаний Scopus, Web of Science Nursing Reference Center Plus, CINAHL (22,6%) 	<ul style="list-style-type: none"> работа с научными базами знаний Scopus, Web of Science Nursing Reference Center Plus, CINAHL (22,1%)
Сильные стороны своего колледжа в науке (% респондентов, выбравших данный вариант ответа)	Наибольшая доля ответов	<ul style="list-style-type: none"> высокая обеспеченность научной литературой (44,7%) 	<ul style="list-style-type: none"> свободный доступ к интернету (77,7%); наличие полномасштабного доступа к научным базам (67%); выделение колледжем средств на участие обучающихся в конференциях с выездом в другие города/страны (66,1%) 	<ul style="list-style-type: none"> участие в научных проектах совместно с другими МК и ВМК (74,3%); свободный доступ к интернету (73,6%); проведение конференций внутри колледжа (68,2%); выделение колледжем средств на участие обучающихся в конференциях с выездом в другие города/страны (64,6%)
	Наименьшая доля ответов	<ul style="list-style-type: none"> доступ к опытным животным в виварии (7,3%); выделение колледжем средств на участие обучающихся в конференциях с выездом в другие города/страны (7,1%) 	<ul style="list-style-type: none"> доступность исследований в лаборатории (50,3%); доступ к опытным животным в виварии (49,0%) 	<ul style="list-style-type: none"> доступ к опытным животным в виварии (41,3%)
Проблемы, которые препятствуют научно-исследовательской работе в колледже (% респондентов, выбравших данный вариант ответа)	Наибольшая доля ответов	<ul style="list-style-type: none"> очень загруженная деятельность, нет времени (34,7%) недостаточная техническая оснащенность лабораторий (29,5%) 	<ul style="list-style-type: none"> очень загруженная деятельность, нет времени (47,7%) 	<ul style="list-style-type: none"> очень загруженная деятельность, нет времени (53,5%)
	Наименьшая доля ответов	<ul style="list-style-type: none"> недостаточность научных компетенций преподавателей (7,4%) 	<ul style="list-style-type: none"> недостаточность научных компетенций преподавателей (10,9%); отсутствие лаборатории / вивария (14,2%) 	<ul style="list-style-type: none"> невозможность выезжать на обучение/на конференции (12,6%)

Как наименее доступные отмечены (до 40%) – возможность выезжать на научные конференции в ближнее и дальнее зарубежье. При этом АУП и преподаватели, в отличие от обучающихся как наиболее доступную отмечают работу в студенческих учебных/научных кружках.

Оценка всеми категориями респондентов своего уровня исследовательской компетентности показала, что наибольшая доля респондентов отметила такие компетенции как – осуществление информационного поиска. Наименьшая доля ответов приходится на такую компетенцию как - работа с научными базами знаний Scopus, Web of Science Nursing Reference Center Plus, CINAHL (EBSCO).

Оценка всеми категориями респондентов сильных сторон своего колледжа в науке показала, что наибольшая доля респондентов отметила такие сильные стороны как: среди обучающихся – высокая обеспеченность научной литературой, среди АУП и преподавателей - свободный доступ к интернету, выделение колледжем средств на участие обучающихся в конференциях с выездом в другие города/ страны. Наименьшая доля ответов, по мнению всех категорий респондентов, приходится на такие аспекты как - доступ к опытным животным в виварии. При этом обучающиеся в отличие от АУП и преподавателей наименьшее количество ответов указали в отношении опции «выделение колледжем средств на участие обучающихся в конференциях с выездом в другие города/ страны».

Оценка всеми категориями респондентов проблем, которые препятствует научно-исследовательской работе в колледже, показала, что наибольшая доля респондентов отметила такие проблемы как - очень загруженная деятельность, нет времени. Наименьшая доля ответов приходится на такие проблемы как - недостаточность научных компетенций преподавателей.

Качество клинического процесса

Оценка всеми категориями респондентов того насколько оснащение клинических баз колледжа соответствует потребностям современного практического здравоохранения и обучения (таблица 5) показала, что оценку от 7 до 10, которую можно расценивать как достаточный уровень соответствия, среди обучающихся выбрали 67,4% респондентов, среди преподавателей – 71,5% респондентов, среди АУП – 78,4% респондентов. При этом для АУП и преподавателей, выявлена обратная связь таких показателей как соответствие оснащения клинических баз колледжа потребностям современного практического здравоохранения (по шкале от 0 до 10) и продолжительность

предшествующего педагогического стажа (для АУП: $r = -0,84$, $p < 0,05$; для преподавателей: $r = -0,23$, $p < 0,05$).

Оценка всеми категориями респондентов удовлетворенности предоставлением необходимых помещений и ресурсов со стороны клинических баз показала, что оценку от 7 до 10, которую можно расценивать как достаточный уровень удовлетворенности, среди обучающихся выбрали 66% респондентов, среди преподавателей – 70,2% респондентов, среди АУП – 80,8% респондентов. При этом для АУП и преподавателей, выявлена обратная связь таких показателей как удовлетворенность предоставлением необходимых помещений и ресурсов со стороны клинических баз (по шкале от 0 до 10) и продолжительность предшествующего педагогического стажа (для АУП: $r = -0,76$, $p < 0,05$; для преподавателей: $r = -0,43$, $p < 0,05$).

Оценка всеми категориями респондентов удовлетворенности предоставлением допуска к медицинскому оборудованию на клинических базах показала, что оценку от 7 до 10, которую можно расценивать как достаточный уровень удовлетворенности, среди обучающихся выбрали 64,7% респондентов, среди преподавателей – 67,2% респондентов, среди АУП – 76,8% респондентов. При этом для АУП и преподавателей, выявлена обратная связь таких показателей как удовлетворенность предоставлением допуска к медицинскому оборудованию на клинических базах (по шкале от 0 до 10) и продолжительность предшествующего педагогического стажа (для АУП: $r = -0,35$, $p < 0,05$; для преподавателей: $r = -0,51$, $p < 0,05$).

Оценка всеми категориями респондентов удовлетворенности доступом к пациентам показала, что оценку от 7 до 10, которую можно расценивать как достаточный уровень удовлетворенности, среди обучающихся выбрали 65,4% респондентов, среди преподавателей – 68,8% респондентов, среди АУП – 79,2% респондентов. При этом для АУП и преподавателей, выявлена обратная связь таких показателей как удовлетворенность доступом к пациентам (по шкале от 0 до 10) и продолжительность предшествующего педагогического стажа (для АУП: $r = -0,12$, $p < 0,05$; для преподавателей: $r = -0,43$, $p < 0,05$).

Таблица 5 - Сравнение ответов обучающихся, преподавателей, АУП в ВМК и МК по вопросам, касающимся научного процесса качества клинического процесса

Что оценивается	Как оценивается	Кто оценивает		
		Обучающиеся	Преподаватели	АУП
Удовлетворенность оснащением клинических баз	Доля ответов с оценкой от 7 до 10	67,4%	71,5%	78,4%
Удовлетворенность предоставлением необходимых помещений и ресурсов со стороны клинических баз	Доля ответов с оценкой от 7 до 10	66%	70,2%	80,8%
Удовлетворенность предоставлением допуска к медицинскому оборудованию на клинических базах	Доля ответов с оценкой от 7 до 10	64,7%	67,2%	76,8%
Удовлетворенность доступом к пациентам	Доля ответов с оценкой от 7 до 10	65,4%	68,8%	79,2%

Антикоррупционная культура и противодействие коррупции

Оценка всеми категориями респондентов ситуаций, в которых чаще всего встречаются элементы коррупции в колледже (таблица 6) показала, что как наибольшая доля ответов с вариантами «всегда» и «иногда» приходится на такие ситуации как - при поступлении в колледж. При этом обучающиеся в отличие от АУП и преподавателей также отмечают наличие элементов коррупции при сдаче промежуточных экзаменов (рейтингов), при сдаче итоговых экзаменов и зачетов, при оценке практических навыков, в то время как АУП считает, что при оценке практических навыков элементы коррупции встречаются наиболее редко. Наименьшая доля ответов с вариантами «всегда» и «иногда» приходится, по мнению обучающихся, на такие ситуации как - при распределении мест в общежитие.

Оценка всеми категориями респондентов основных причин коррупции в колледже показала, что наибольшая доля респондентов отметила такие причины как - слабый интерес к учебе у обучающихся, низкий уровень

заработной платы преподавателя. Наименьшая доля ответов приходится на такие причины как - отсутствие и/или недостаточное развитие электронных сервисов, отсутствие возможности осуществлять безналичные платежи по платным услугам, оказываемым в колледже.

Оценка всеми категориями респондентов удовлетворенности уровнем реагирования администрации колледжа на жалобы в отношении фактов коррупции и неэтичного отношения показала, что оценку от 7 до 10, которую можно расценивать как достаточный уровень удовлетворенности, среди обучающихся выбрали 64,5% респондентов, среди преподавателей – 79,9% респондентов, среди АУП – 83,3% респондентов. При этом для АУП и преподавателей, выявлена обратная связь таких показателей как удовлетворенность уровнем реагирования администрации колледжа на жалобы в отношении фактов коррупции и неэтичного отношения (по шкале от 0 до 10) и продолжительность предшествующего педагогического стажа (для АУП: $r = -0,22$, $p < 0,05$; для преподавателей: $r = -0,33$, $p < 0,05$).

Таблица 6 - Сравнение ответов обучающихся, преподавателей, АУП в ВМК и МК по вопросам, касающимся антикоррупционной культуры и противодействия коррупции

Что оценивается	Как	Кто оценивает		
		Обучающиеся	Преподаватели	АУП
1	2	3	4	6
Ситуации, в которых чаще всего встречаются элементы коррупции в колледже (% респондентов, считающих, что данные ситуации встречаются всегда или иногда)	Наибольшая доля ответов	<ul style="list-style-type: none"> при сдаче итоговых экзаменов и зачетов (19,1%); при поступлении в колледж (18,4%); при сдаче промежуточных экзаменов (рейтингов) (18,1%); при оценке практических навыков (17,6%) 	<ul style="list-style-type: none"> при поступлении в колледж (8,8%) 	<ul style="list-style-type: none"> при распределении мест в общежитие (4,5%)
	Наименьшая доля ответов	<ul style="list-style-type: none"> при распределении мест в общежитие (13,8%) 	<ul style="list-style-type: none"> при распределении высвободившихся грантов (3,9%) 	<ul style="list-style-type: none"> при оценке практических навыков (0,8%)

Продолжение таблицы 6

1	2	3	4	5
Основные причины коррупции в колледже (% респондентов, выбравших данный вариант ответа)	Наибольшая доля ответов	<ul style="list-style-type: none"> низкий уровень заработной платы преподавателя (18,7%); слабый интерес к учебе у обучающихся (25,5%) 	<ul style="list-style-type: none"> низкий уровень заработной платы преподавателя (26%); слабый интерес к учебе у обучающихся (23,4%) 	<ul style="list-style-type: none"> низкий уровень заработной платы преподавателя (22,8%)
	Наименьшая доля ответов	<ul style="list-style-type: none"> низкая прозрачность процессов в колледже (4,0%); отсутствие и/или недостаточное развитие электронных сервисов (3,8%); отсутствие возможности осуществлять безналичные платежи по платным услугам, оказываемым в колледже (3,6%) 	<ul style="list-style-type: none"> отсутствие и/или недостаточное развитие электронных сервисов (3,6%); отсутствие возможности осуществлять безналичные платежи по платным услугам, оказываемым в колледже (2,6%); нехватка мест в общежитиях (2,9%) 	<ul style="list-style-type: none"> отсутствие и/или недостаточное развитие электронных сервисов (0,9%); нехватка мест в общежитиях (1,7%)
Удовлетворенность уровнем реагирования администрации колледжа на жалобы в отношении фактов коррупции и неэтичного отношения	Доля ответов с оценкой от 7 до 10	64,5%	79,9%	83,3%

Обсуждение

Анализ качественных характеристик, лиц принявших в опросе, указывает на следующие недостатки в кадровом потенциале ВМК и МК:

- Среди преподавателей отмечается отсутствие сестринского образования у 70,4% преподавателей, принявших участие в опросе, 18,5% преподавателей, принявших участие в опросе имеют уровень сестринского образования ТиПО. Отмечается отсутствие ученой степени/академической степени у 50,8% преподавателей, принявших участие в опросе.

- Среди АУП отмечается отсутствие предшествующего педагогического опыта или небольшой педагогический опыт (от 1 до 5 лет) у сотрудников, администрирующих образовательный процесс (у 2,2% и 15,9% заведующих отделениями у 16,3% и 23,3% методистов); отсутствие сестринского образования у 69,3% АУП, принявших участие в опросе. 15,6% АУП, принявших участие в опросе имеют уровень сестринского образования ТиПО; отсутствие ученой степени/академической степени у 54,7% АУП, принявших участие в опросе.

Отсутствие сестринского образования и недостаточный уровень академических достижений (подтвержденных ученой/академической степенью) сказывается, прежде всего, и на качестве образовательного процесса и оказывает негативный эффект на устойчивое долгосрочное развитие медицинского колледжа.

Ключевым и критическим фактором в адекватном восприятии качества всех изученных в рамках данного опроса процессов является наличие и продолжительность предшествующего педагогического опыта и у преподавателей и АУП. Об этом свидетельствует тот факт, что преподаватели с малым педагогическим опытом и АУП с отсутствием/малой продолжительностью педагогического опыта склонны давать завышенную оценку всем параметрам, характеризующим качество образовательного, научного и клинического процессов.

Анализ качества образовательного процесса указывает на то, что обучающиеся и преподаватели/АУП зачастую по разному дают оценку одних и тех же вопросов. Так тот факт, что обучающиеся считают наиболее объективными методами оценки тестирование и устное собеседование, а преподаватели и АУП разбор клинического случая, ситуационные задачи и объективный структурированный клинический экзамен, указывает на то, что на практике методы оценки, указанные преподавателями и АУП используются достаточно редко или не вполне адекватно.

При этом отдельные категории респондентов дали следующие предложения по повышению качества образовательного процесса:

- Обучающиеся: увеличить долю профессиональных дисциплин и клинической

подготовки, улучшить материально-техническое оснащение, сократить методы тестовой оценки и акцент делать на разбор клинических случаев и др.;

• Преподаватели: улучшить оснащение учебных аудиторий, обеспечить увеличение доли практического обучения, в том числе в клинических центрах, обеспечить узкоспециализированными квалифицированными преподавателями в области специальных дисциплин, повысить уровень профессионализма преподавателей, обеспечить оснащение компьютерами и доступом в интернет, создать условия для обмена опытом с зарубежными колледжами и др.;

• АУП: наращивание потенциала преподавателей, чаще проводить независимую оценку знаний и навыков с участием работодателей, переподчинить МК и ВМК Министерству, поскольку они относятся к МИО и страдает финансирование материально-технической базы и др.

Анализ администрирования образовательного процесса и культуры безопасности указывает на то, что преподаватели и АУП дают гораздо высокую оценку обеспечения прав обучающихся и уровня дружелюбности отношения с обучающимися, нежели чем сами обучающиеся, что, по сути, указывает на недостаточный контакт преподавателей и АУП с обучающимися в части оценки их нужд и потребностей;

Анализ качества научного процесса указывает на то, что наименее доступными для научно-исследовательской работы обучающихся являются наличие элективов по научным направлениям, работа в лаборатории, возможность выезжать на научные конференции по РК, в ближнее и дальнее зарубежье. При этом в числе наиболее слабых сторон МК и ВМК все респонденты отмечают недостаточное выделение колледжем средств на участие обучающихся в конференциях с выездом в другие города/страны, недостаточный доступ к опытным животным в виварии, а в качестве проблем, которые препятствует научно-исследовательской работе в МК и ВМК - очень загруженную деятельность и отсутствие времени, недостаточную техническую оснащенность лабораторий. У всех категорий респондентов требует наращивания компетенция по работе с научными базами знаний Scopus, Web of Science Nursing Reference Center Plus, CINAHL (EBSCO). При этом отдельные категории респондентов дали следующие предложения по повышению качества научного процесса:

• Обучающиеся: обеспечить формирование исследовательских компетенций у обучающихся и активную помощь в этом

со стороны преподавателей, формирование навыков цитирования литературы, исключения плагиата, обеспечить доступ к лабораториям и улучшить их оснащение и др.;

• Преподаватели: обеспечить повышение квалификации преподавателей по научным компетенциям, открыть / улучшить оснащение вивариев современным оборудованием, предоставить доступ к базам данных научной информации, создать условия для академической мобильности, участия в конференциях и др.;

• АУП: Улучшить владение английским языком преподавателей.

Анализ качества клинического процесса указывает на то, что в среднем лишь 2/3 респондентов обучающихся и преподавателей отмечают удовлетворенность оснащением клинических баз, предоставлением необходимых помещений и ресурсов со стороны клинических баз, допуска к медицинскому оборудованию на клинических базах, доступа к пациентам. АУП склонен давать более высокую оценку качеству клинического процесса. При этом отдельные категории респондентов дали следующие предложения по повышению качества клинического процесса:

• Обучающиеся: обеспечить больше доступа к пациентам и создать условия для формирования практических навыков;

• Преподаватели: увеличить доступ к клиническим базам, обеспечить увеличение в образовательных программах клинических дисциплин клинических разборов у постели больного, решить вопрос дефицита времени клинического наставника для каждого обучающегося, обеспечить допуск студентов к медицинскому оборудованию, к пациентам;

Анализ уровня антикоррупционной культуры и противодействия коррупции указывает на то, что наибольший риск возникновения ситуаций, в которых чаще всего встречаются элементы коррупции в колледже, имеет место при поступлении в колледж, при сдаче промежуточных экзаменов (рейтингов), при сдаче итоговых экзаменов и зачетов. В качестве основных причин коррупции в колледже большинство респондентов указывают низкий уровень заработной платы преподавателя, слабый интерес к учебе у обучающихся. Преподаватели и АУП дают гораздо высокую оценку удовлетворенности уровнем реагирования администрации колледжа на жалобы в отношении фактов коррупции и неэтичного отношения нежели чем сами обучающиеся.

Заключение

Результаты проведенного исследования указывают на целесообразность принятия следующих мер в высших медицинских и медицинских колледжах:

1. Усилить отбор кадров на позиции АУП в колледжах с введением обязательного требования по наличию педагогического опыта не менее 5 лет, наличию академической степени (магистр, PhD, в исключительных случаях академический бакалавриат) и сестринского образования для заведующих отделениями и методистов. По опыту ведущих зарубежных ВУЗов и колледжей поощрять практику совмещения педагогических должностей и должностей административно-управленческого персонала.

2. Ввести по аналогии с аттестацией преподавателей в ВУЗах обязательную аттестацию преподавателей колледжей, а также обязательную аттестацию АУП, раз в 3-5 лет по четким критериям КРІ, оценивающим их работу. Ввести на уровне каждого колледжа программы наращивания потенциала преподавателей и АУП, основанные на результатах их аттестации. Ввести практику формирования Плана карьерного развития для специалистов АУП и

преподавателей.

3. Обеспечить на уровне МК и ВМК регулярность взятия обратной связи со стороны обучающихся, проведения анкетирования преподавателей, АУП и иных категорий сотрудников с целью изучения институциональной среды организации по всем ключевым составляющим (качество образовательного процесса; администрирование образовательного процесса и культуру безопасности; качество научного процесса; качество клинического процесса; антикоррупционная культура и противодействие коррупции) и оперативное реагирование на проблемы, которые озвучивают обучающиеся и сотрудники.

Благодарности

Выражаю благодарность сотрудникам Центра развития образования и науки РГП «Республиканский центр развития здравоохранения» Байгожиной З.А., Кабдулиной Г.Б. и Мергентай А. за помощь в адаптации опросников для ВМК и МК и перевод на государственный язык.

Литература

1. *Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020 – 2025 годы: утв. 26 декабря 2019 года, № 982.*

Postanovlenie Pravitel'stva Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhdenii Gosudarstvennoi programmy razvitiia zdavookhraneniia Respubliki Kazakhstan na 2020 – 2025 gody (Resolution of the Government of the Republic of Kazakhstan. On approval of the State Program for the Development of Healthcare of the Republic of Kazakhstan for 2020 - 2025) [in Russian]: utv. 26 dekabria 2019 goda, № 982.

2. *Национальный отчет о системе здравоохранения по итогам 2019 года. Республиканский центр развития здравоохранения, 2020.*

Natsional'nyi otchet o sisteme zdavookhraneniia po itogam 2019 goda (National report on the health care system at the end of 2019) [in Russian]. Respublikanskii tsentr razvitiia zdavookhraneniia, 2020.

3. *Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: принят 7 июля 2020 года, № 360-VI ЗРК.*

Kodeks Respubliki Kazakhstan. O zdorov'e naroda i sisteme zdavookhraneniia (Code of the Republic of Kazakhstan. About people's health and the health care system) [in Russian]: priniat 7 iulia 2020 goda, № 360-VI ZRK.

4. Azari S., Mokhtari S., Aliyari A. et al. Correlation between adequate nursing staff and the hospital performance: Case Study in Tehran University of Medical Sciences Hospitals. *J Med Life*. 2015; 8 (Spec Iss 3): 90-95.

5. Рублевская Е.И., Дивакова Т.С., Лаптиева Л.Н. Роль медицинского колледжа в обеспечении лечебно-профилактических учреждений средним медицинским персоналом // *Вестник Витебского государственного медицинского университета*. 2016.- № 15 (2).-С.110-117.

Rublevskaia E.I., Divakova T.S., Laptieva L.N. Rol' meditsinskogo kolledzha v obespechenii lechebno-profilakticheskikh uchrezhdenii srednim meditsinskim personalom (The role of the medical college in providing medical institutions with nursing staff) [in Russian]. Vestnik Vitebskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta. 2016; 15 (2): 110-117.

6. Akoglu H. User's guide to correlation coefficients. *Turk J Emerg Med*. 2018; 18(3): 91–93. DOI:10.1016/j.tjem.2018.08.001.

Optimization of Outpatient Drug Care for Patients with Arterial Hypertension in Healthcare Conditions of the Republic of Kazakhstan based on Pharmacoeconomic Analysis

Dinara Begesheva

Expert of the National Center for the Rational Use of Medicines, Nur-Sultan, Kazakhstan

Abstract

In the Republic of Kazakhstan, as in the whole world, cardiovascular diseases make the first place in terms of the “contribution” to the morbidity and mortality of the population. Arterial hypertension is the leading modifiable cause of cardiovascular and overall mortality in the world.

Purpose of the study: To assess the pharmacoeconomic feasibility of using fixed combinations in the treatment of patients with arterial hypertension in the Republic of Kazakhstan.

Methods. Review of domestic and foreign literature on the state of the management of patients with arterial hypertension, ABC / VEN- and frequency analyzes of the consumption of antihypertensive drugs, questioning patients for adherence to therapy and identifying their opinions about convenient therapy regimens, pharmacoeconomic analysis of the use of amlodipine in combination with lisinopril and their fixed combination.

Results. In the updated version of the 2018 European Society of Cardiology guidelines, fixed combinations of two drugs in the form of one tablet strengthened their position as first-line therapy. Preferred dual combinations are those of the renin-angiotensin-aldosterone system blockers with calcium channel blockers or diuretics. Analysis of financing and coverage of the population with drugs at the outpatient level within the guaranteed volume of free medical care showed that arterial hypertension is the most costly nosology, while a tendency to inadequate provision of patients with antihypertensive drugs was revealed.

The highest costs were associated with fixed combinations, despite the fact that they ranked only 5th in frequency of prescriptions, the most popular was the combination of an angiotensin-converting enzyme inhibitor with a calcium channel blocker (amlodipine / lisinopril). The results of the pharmacoeconomic analysis showed the feasibility of using a fixed combination of amlodipine / lisinopril, which makes it possible to assume the same trend in relation to other fixed combinations.

Conclusions. The results obtained indicate the need to provide access for patients with arterial hypertension to fixed combination drugs. At the same time, the inclusion of these drugs in state drug supply programs may be accompanied by an increase in the burden on the health care system budget due to their high cost. The results of pharmacoeconomic studies should be the basis for making managerial decisions in the field of drug circulation.

Key words: arterial hypertension, combined antihypertensive therapy, fixed combinations, pharmacoeconomic analysis.

**Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесі жағдайында
фармакоэкономикалық талдау нәтижесінде артериалды гипертензиясы бар науқастарға
көрсетілетін амбулаторлық дәрілік көмекті оңтайландыру**

Бегешева Д.Е.

*Дәрілік заттарды ұтымды пайдалануды сараптаудың ұлттық орталығының сарапшысы,
Нұр-Сұлтан, Қазақстан*

Түйіндеме

Әлем елдеріндегідей Қазақстан Республикасында да тұрғындар арасындағы аурушаңдық пен өлім-жітім көрсеткіштері бойынша ең бірінші орында жүрек-қан тамыр жүйесінің аурулары тұрады. Артериалды гипертензия әлемдегі жалпы өлім-жітімнің, оның ішінде жүрек-қан тамыр ауруларының нәтижесінде болған өлім-жітімнің негізгі себебі болып табылады.

Зерттеудің мақсаты: Қазақстан Республикасында артериалды қан қысымы бар науқастардың емінде тиянақталған комбинацияларды қолданудың фармакоэкономикалық тиімділігін бағалау.

Әдістері: Артериалды гипертензиясы бар науқастарды жүргізу бойынша отандық және шетелдік қолжетімді әдебиет көздеріне шолу жасау, антигипертензивті дәрілік заттарды қолдану бойынша ABC/ VEN- және жиілікті талдау жасау, науқастарды емді дұрыс қабылдауы мен емнің ыңғайлы тәртібі бойынша пікірін анықтау мақсатында сауалнамалау, амлодипинді лизиноприлмен бірге және осы дәрілік заттардың тиянақталған комбинациясын қолданудың фармакоэкономикалық талдауын жасау.

Нәтижелері. Еуропалық кардиологтар одағының 2018 жылғы ұсыныстары бойынша екі дәрілік заттың бір таблетка түріндегі тиянақтау комбинациясы емнің алғашқы желісі ретінде өз орнын бекітті. Оңтайлы қос комбинация ретінде ренин-ангиотензин-альдостерон жүйесінің тежегіштерін кальций каналдарын тежегіштерімен немесе диуретиктермен үйлестіріп қолдану ұсынылды. Тұрғындарды тегін дәрілік заттармен қамтамасыз етуді қаржыландыру мен қамтуды талдау нәтижесінде артериалды гипертензия шығынды ең көп қажет ететін нозология болып табылатындығы анықталды. Сонымен қатар, науқастарды дәрімен қамтамасыз етуді толық емес жүзеге асыру тенденциясы байқалады. Тағайындау жиілігі бойынша тек 5-ші орын алатындығына қарамастан, шығындардың ең көбі тиянақталған комбинациялармен байланысты екендігі анықталды. Ал олардың ішіндегі ең сұранысқа ие түрі ангиотензингеайналдырушы фермент ингибиторын кальций каналдарын тежегішпен тиянақтаған комбинация болып табылады. Фармакоэкономикалық талдау нәтижелері тиянақталған амлодипин/лизиноприл комбинациясын қолданудың тиімділігін көрсетті. Бұл нәтиже басқа комбинацияларға байланысты да ұқсас тенденция болу мүмкіндігін болжайды.

Қорытынды. Алынған нәтижелер артериалды гипертензиясы бар науқастардың тиянақты комбинациядағы дәрілік заттарға қолжетімділігін қамтамасыз ету қажеттілігін көрсетеді. Алайда аталмыш дәрілік заттардың құнының жоғары болуына байланысты, оны дәрімен қамтамасыз етудің мемлекеттік бағдарламасына қосу денсаулық сақтау жүйесінің бюджетіне қосымша шығын алып келеді. Фармакоэкономикалық зерттеудің нәтижелері дәрілік заттар айналымы саласында басқарушылық шешім қабылдауға негіз болуы тиіс.

Түйін сөздер: артериалды гипертензия, тиянақталған антигипертензивті ем, тиянақталған комбинациялар, фармакоэкономикалық талдау.

Оптимизация амбулаторной лекарственной помощи пациентам с артериальной гипертензией в условиях здравоохранения Республики Казахстан на основе фармакоэкономического анализа

Бегешева Д.Е.

*Эксперт Национального центра рационального использования лекарственных средств,
Нұр-Сұлтан, Казахстан*

Резюме

В Республике Казахстан, как и во всем мире, первое место по «вкладу» в заболеваемость и смертность населения вносят сердечно-сосудистые заболевания. Артериальная гипертензия является основной модифицируемой причиной сердечно-сосудистой и общей смертности в мире.

Цель исследования: Оценить фармакоэкономическую целесообразность применения фиксированных комбинаций в терапии пациентов с артериальной гипертензией в Республике Казахстан.

Методы. Обзор отечественной и зарубежной литературы по состоянию вопроса ведения пациентов с артериальной гипертензией, ABC/VEN- и частотный анализы потребления гипотензивных препаратов, анкетирование пациентов на предмет приверженности к терапии и выявления их мнений об удобных режимах терапии, фармакоэкономический анализ применения амлодипина в сочетании с лизиноприлом и их фиксированной комбинации.

Результаты. В обновленной версии рекомендаций Европейского общества кардиологов 2018 года фиксированные комбинации двух препаратов в форме одной таблетки укрепили свои позиции в качестве терапии первой линии. Предпочтительными двойными комбинациями являются сочетание блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы с блокаторами кальциевых каналов или диуретиками. Анализ финансирования и охвата населения лекарственным обеспечением на амбулаторном уровне в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи показал, что артериальная гипертензия является самой затратной нозологией, при этом выявлена тенденция к неполноценному обеспечению пациентов гипотензивными препаратами. Наибольшие затраты были связаны с фиксированными комбинациями при том, что по частоте назначений они занимали лишь 5-е место, самым востребованным было сочетание ингибитора ангиотензинпревращающего фермента с блокатором кальциевых каналов (амлодипин/лизиноприл). Результаты фармакоэкономического анализа показали целесообразность применения фиксированной комбинации амлодипин/лизиноприл, что дает возможность предполагать такую же тенденцию и в отношении других фиксированных комбинаций.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости обеспечения доступа пациентов с артериальной гипертензией к препаратам фиксированных комбинаций. В то же время, включение указанных препаратов в государственные программы лекарственного обеспечения может сопровождаться повышением нагрузки на бюджет системы здравоохранения в связи с их высокой стоимостью. Результаты фармакоэкономических исследований должны являться основанием для принятия управленческих решений в сфере обращения лекарственных средств.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, комбинированная антигипертензивная терапия, фиксированные комбинации, фармакоэкономический анализ.

Corresponding author: Dinara Begesheva, Expert of the National Center for the Rational Use of Medicines, Nur-Sultan, Kazakhstan
Postal code: 010000
Address: Kazakhstan, Nur-Sultan, Assan Kaygy Str., 8
Phone: + 77022221011
E-mail: begesheva_de@mail.ru

J Health Dev 2020; 2 (37):20-30

UDC 615.2.03; 614.2

Received: 18-09-2019

Accepted: 23-03-2020



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

Введение

По данным ВОЗ, сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти во всем мире [1,2]. В Республике Казахстан (РК), как и во всем мире, первое место по «вкладу» в заболеваемость и смертность населения вносят сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) [3].

Экономический ущерб от ССЗ в США за 2012 г. оценивали в \$316,6 млрд. [4], аналогичный показатель для 6 крупнейших экономик Европы (Франция, Германия, Испания, Италия, Швеция и Великобритания) в 2014 г. – €102,1 млрд [5], для Российской Федерации в 2016 году - 2,7 триллиона рублей, в структуре ущерба преобладают потери в экономике, обусловленные преждевременной смертностью лиц экономически активного возраста (>90%) [6]. Данные о столь значимом экономическом ущербе ССЗ свидетельствуют в пользу целесообразности инвестирования средств в профилактику и лечение этих заболеваний, что в долгосрочном периоде будет способствовать не только улучшению здоровья населения, но и экономическому росту.

Артериальная гипертензия (АГ) представляет собой фундаментальную основу сердечно-сосудистых заболеваний и является основной модифицируемой причиной сердечно-сосудистой и общей смертности в мире [7]. Распространенность АГ в Казахстане по различным данным колеблется в пределах 15-28% среди взрослого населения, причем как в городе, так и на селе наблюдается почти одинаковый уровень заболеваемости АГ. При этом казахстанские ученые утверждают, что официально представленные статистические данные занижены. По данным Н. Абдикалиева и соавт. реальная заболеваемость АГ в республике примерно в 10 раз выше официальных данных [8]. В докладе ВОЗ «Мировая статистика здравоохранения 2012 г.» отмечено, что у каждого третьего взрослого человека в мире наблюдается повышенное артериальное давление [7].

Множество проверенных, высокоэффективных и хорошо переносимых мероприятий, направленных на изменение образа жизни и применение лекарственных препаратов, могут обеспечить контроль артериального давления (АД). Принципы лекарственной терапии при АГ основаны на очень убедительных доказательствах, подкрепленных огромным количеством рандомизированных клинических исследований (РКИ), в которых оценивались исходы. Мета-анализы РКИ, включающие несколько сотен тысяч пациентов, продемонстрировали, что снижение САД на 10 мм. рт. ст. и снижение ДАД на 5 мм. рт. ст. ассоциируются с уменьшением

риска сердечно-сосудистых событий (ССС) на ~20%, общей смертности на 10-15%, инсультов на ~35%, коронарных событий на ~20% и сердечной недостаточности (СН) – на ~40% [9,10]. Несмотря на это, контроль АД остается неудовлетворительным во всем мире. Как было показано в недавних исследованиях, вне зависимости от региона, уровня дохода или уровня развития системы здравоохранения лишь ~40% пациентов с АГ получают лечение, из которых лишь ~35% достигают контроля АД до уровня <140/90 мм. рт. ст. [11].

Анализ финансирования и охвата населения лекарственным обеспечением на амбулаторном уровне в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОВМП) за 2015 год показал, что в среднем по РК менее 50% пациентов, находящихся на диспансерном учете, обеспечены ЛС [12]. АГ была самой затратной нозологией [12], при этом данных по количественному анализу в разрезе ЛС, отпускаемых пациентам с АГ в РК, в ходе информационного поиска не найдено. Однако, анализируя перечни ЛС для бесплатного и (или) льготного обеспечения населения на амбулаторном уровне следует отметить, что по нозологии АГ до 2017 года были представлены гипотензивные ЛС фиксированных комбинаций, сочетая в себе два препарата различных фармакотерапевтических групп, такие как иАПФ и БКК, иАПФ и диуретик, РАС и БКК, РАС и диуретик. С 2017 года этот перечень был ограничен монопрепаратами различных фармакотерапевтических групп [13,14].

В настоящее время система здравоохранения РК проходит этап активного развития. В частности, в соответствии с возможностями происходит расширение программ лекарственного обеспечения в рамках ГОВМП и в системе ОСМС, направленное на увеличение доступа населения к инновационным, высокоэффективным препаратам. В то же время, включение указанных препаратов в государственные программы лекарственного обеспечения может сопровождаться значительным повышением нагрузки на бюджет системы здравоохранения в связи с их высокой стоимостью. Результаты фармакоэкономических исследований должны являться основанием для принятия управленческих решений в сфере обращения ЛС. В этой связи, оценка не только клинической эффективности и безопасности, но и фармакоэкономической целесообразности применения ЛС является актуальной и серьезной проблемой фармакотерапии АГ.

Цель исследования. Оценить фармакоэкономическую целесообразность применения фиксированных комбинаций в терапии пациентов с артериальной гипертензией

в Республике Казахстан.

Материалы и методы

Выполнен обзор отечественной и зарубежной литературы по состоянию вопроса ведения пациентов с АГ, изучена практика назначения гипотензивных препаратов на амбулаторном этапе в рамках ГОБМП путем ABC/VEN и частотного анализ данных информационной системы «Лекарственное обеспечение».

В рамках данного исследования проведен социологически опрос пациентов с ССЗ (из них с диагнозом артериальная гипертензия - 89,72%) на предмет приверженности к

терапии и выявления их мнений об удобных режимах терапии, фармакоэкономический анализ применения амлодипина в сочетании с лизиноприлом и их фиксированной комбинации.

Данная работа является фрагментом диссертационного исследования автора на соискание академической степени магистра по специальности «Общественное здравоохранение», выполненного в Высшей школе общественного здравоохранения, г. Алматы, Казахстан.

Результаты

Результаты ABC/VEN-анализа в разрезе гипотензивных ЛС, отпущенных на амбулаторном уровне в рамках ГОБМП показали тенденцию к неполноценному лекарственному обеспечению пациентов с АГ (2,08 упаковки из расчета на одного пациента), несмотря на то, что в разрезе нозологий АГ явилась самой затратной [12]. Ограничения были обусловлены, вероятнее всего, широкой диспансерной группой, недостаточным финансированием, выбором лекарственной терапии без соблюдения принципов рационального применения ЛС.

Среди отпускаемых гипотензивных ЛС, имели место препараты с отсутствием доказанной клинической эффективности и безопасности по показанию АГ. Препарат из группы БКК амлодипин являлся наиболее затратным препаратом при, что по частоте назначения он находился на третьем месте после эналаприла и индапамида, и характеризовался более высокой стоимостью за 1 таблетку, чем у препаратов, занимавших первое и второе место (таблица 1).

Таблица 1 - ABC/VEN и частотный анализы ЛС, отпущенных пациентам с артериальной гипертензией

Код АТХ	МНН	Кол-во ЛС (уп) (ИСЛО)	Кол-во назначений ЛС (чел) (ИСЛО)	Общая сумма затрат на каждое ЛС (тенге)	Затраты на одного пациента на 1 ЛС (тенге)	% от общих затрат	Кумулятивный %	ABC	VEN	Кол-во отпущенных упаковок
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
C08CA01	Амлодипин	687 277	330 642	1 095 766 145	3 314,1	18,0%	18%	A	V	2,08
C09AA04	Периндоприл	408 400	218 678	761 025 738	3 480,1	12,5%	31%	A	V	1,87
C02AC05	Моксонидин	387 621	112 010	705 431 813	6 297,9	11,6%	42%	A	V	3,46
C03BA11	Индапамид	929 230	443 452	557 967 017	1 258,2	9,2%	51%	A	V	2,10
C09CA06	Кандесартан	216 134	113 081	500 818 818	4 428,9	8,2%	60%	A	V	1,91
C09AA09	Фозиноприл	252 693	133 709	450 353 342	3 368,2	7,4%	67%	A	V	1,89
C09DB01	Валсартан + Амлодипин	77 810	43 270	415 809 512	9 609,6	6,8%	74%	A	V	1,80
C09BA04	Периндоприл + Индапамид	130 580	69 505	392 242 395	5 643	6,5%	80%	A	V	1,88
C09BB03	Лизиноприл + Амлодипин	269 681	111 479	374 502 675	3 359,4	6,2%	87%	B	V	2,42
C09AA02	Эналаприл	956 087	342 253	187 018 967	546,4	3,1%	90%	B	V	2,79
C09CA07	Телмисартан	30 359	16 472	170 148 113	10 329,5	2,8%	92%	B	V	1,84

Продолжение таблицы 1

1	2	2	4	5	6	7	8	9	10	11
C07AB07	Бисопролол	584 698	315 926	162 780 651	515,2	2,7%	95%	В	В	1,85
C09BB06	Эналаприл + Нитрендипин	38 418	21 630	143 848 469	6 650,4	2,4%	97%	С	Н	1,78
C09DA07	Телмисартан +	33 737	15 871	133 356 835	8 402,5	2,2%	100%	С	В	2,13
C08CA05	Нифедипин	60 087	38 055	14 820 013	389,4	0,2%	100%	С	В	1,58
C09BA02	Эналаприла малеат,	42 248	15 997	6 660 088	416,3	0,1%	100%	С	В	2,64
C09BB02	Эналаприла малеат, Лерканидипина гидрохлорид	7 994	2 564	947 371	369,5	0,0%	100%	С	Н	3,12
C07AB02	Метопролол	58	41	31 900	778,0	0,0%	100%	С	В	1,41
C09CA01	Лозартан	5	5	3 920	784,0	0,0%	100%	С	В	1,00

Из монокомпонентных гипотензивных препаратов в рамках амбулаторного лекарственного обеспечения (АЛО) наибольшая доля назначений принадлежала иАПФ, а в группе фиксированных комбинаций самыми востребованными были сочетания иАПФ с БКК (амлодипин/лизиноприл) (рисунки 1 и 2).

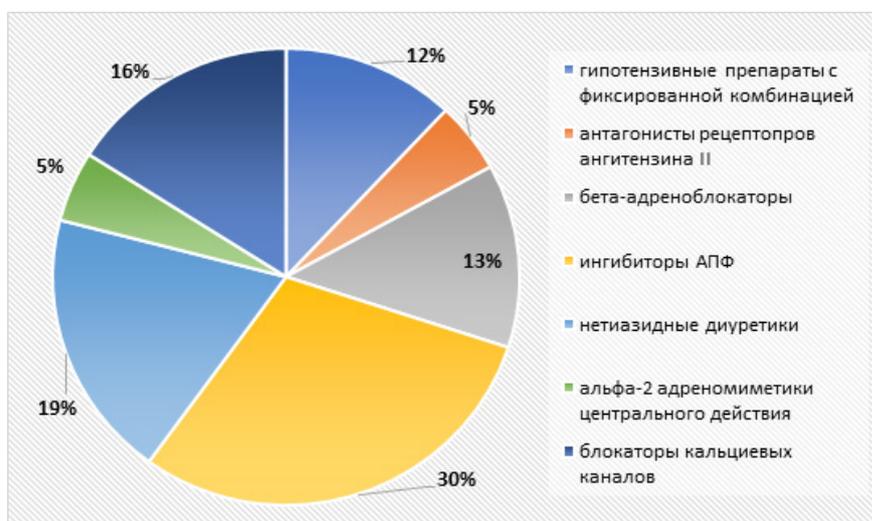


Рисунок 1 – Распределение фармако-терапевтических групп гипотензивных ЛС по частоте назначений пациентам



Рисунок 2 – Доля назначений врачами препаратов комбинированных гипотензивных ЛС

При том, что по частоте назначений фиксированные комбинации из всех фармакотерапевтических групп по нозологии АГ занимают лишь 5-е место (после иАПФ,

диуретиков, БКК и ББ), именно эта группа явилась самой затратной по нозологии АГ, закупок которых составил 24,2% от общей суммы затрат на АГ (рисунок 3).

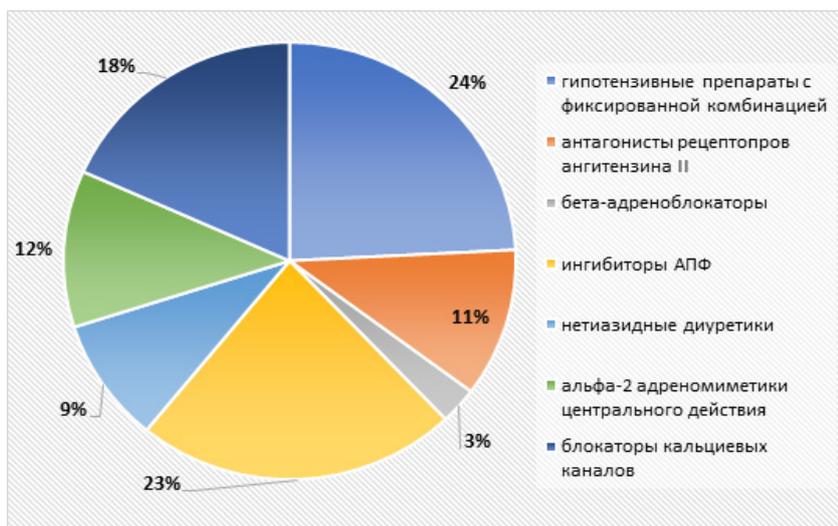


Рисунок 3 – Распределение фармако-терапевтических групп гипотензивных ЛС по суммам затрат

Однако, следует отметить, что в каждой комбинации содержится по два действующих вещества иАПФ и БКК или иАПФ и диуретик или РАС и БКК или РАС и диуретик. Согласно данным исследований, стратегия «одной таблетки» характеризуется лучшей приверженностью пациентов к терапии. Учитывая, что ЛС из фармакотерапевтических групп иАПФ и БКК входят в первую тройку по частоте назначения, а монотерапия обладает ограниченной эффективностью, можно предполагать, что большинство врачей отдает предпочтение назначению данной комбинированной терапии

в виде двух монопрепаратов. Комбинация ингибитора АПФ и дигидропиридинового АК является рациональным сочетанием АГП ввиду синергизма в отношении снижения АД и органопротекции.

Результаты социологического исследования показали, что более 80% пациентов с ССЗ (из них с диагнозом АГ 89,72%) наиболее удобным режимом фармакотерапии считают приём лекарств 1 или 2 раза в сутки (большая часть 1 раз в сутки) (рисунок 4), при этом около 69% больных считают целесообразным применение комбинированных препаратов.

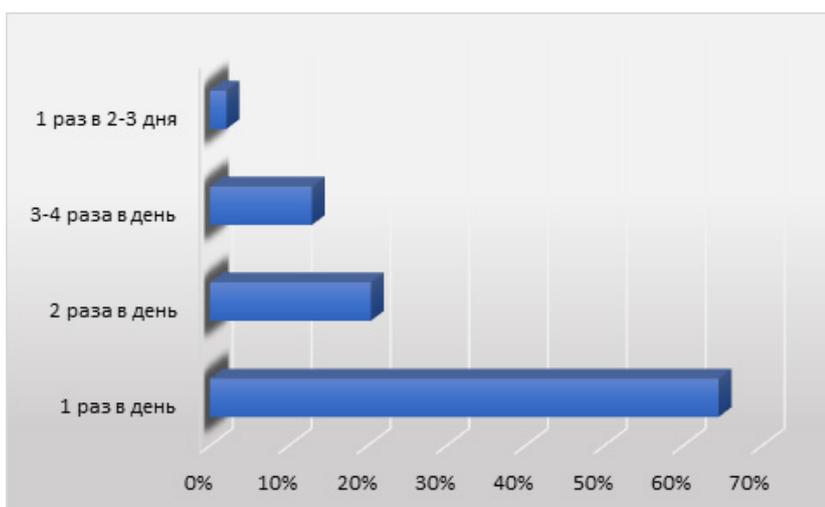


Рисунок 4 – Распределение мнений пациентов о наиболее удобных режимах приема препаратов

Около 90% пациентов несут те или иные регулярные ежемесячные затраты на лечение АГ, что не может благоприятно сказываться на соблюдении рекомендаций врача. Почти 78% респондентов (пациентов) соблюдают

назначения врачей частично. Из них, 38% принимают терапию строго в указанное время более чем в 20% случаев и около 40% - более чем в 80% случаев. Около 17% респондентов отметили полное соблюдение предписанного

режима терапии и 5 % его несоблюдение. Результаты анкетирования демонстрируют необходимость мероприятий по повышению приверженности пациентов к назначенной терапии.

Анализ «минимизации затрат» показал, что применение фиксированной комбинации

амлодипин/лизиноприл для дозировок 5/5мг и 10/5мг, с фармакоэкономической точки зрения, является рациональным выбором в терапии пациентов с АГ в сравнении с раздельным применением монопрепаратов его составляющих в эквивалентных дозировках (таблица 2).

Таблица 2 - Расчет затрат на годовой курс фармакотерапии одного пациента с АГ с учетом предельной цены, установленной в РК

Терапия		Дозировка, мг	Затраты на годовой курс фармакотерапии, тг
Сценарий №1			
Схема 1	Фиксированная комбинация амлодипин/лизиноприл	5 мг/5 мг	17 528,76
Схема 2	Монопрепарат амлодипин	5мг	21 286,80
	Монопрепарат лизиноприл	5мг	
Сценарий №2			
Схема 1	Фиксированная комбинация амлодипин/лизиноприл	10 мг/5 мг	19 985,94
Схема 2	Монопрепарат амлодипин	10 мг	31 514,10
	Монопрепарат лизиноприл	5 мг	

Обсуждение

В настоящее время для лечения больных АГ во всем мире рекомендовано пять основных классов гипотензивных средств: бета-адреноблокаторы (ББ), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), блокаторы рецепторов к ангиотензину II (БРА), блокаторы медленных кальциевых каналов (БМК) и диуретики (тиазидные и тиазидоподобные диуретики, такие как хлорталидон и индапамид). По данным метаанализов, в целом, общее влияние на сердечно-сосудистые исходы и смертность было одинаковым на фоне применения всех пяти классов препаратов [9, 15-17]. Существуют противопоказания к назначению каждого из 5 классов, а также ситуации, в которых предпочтение следует отдавать тому или иному классу [18]. Другие классы препаратов в меньшей степени были изучены в РКИ или ассоциированы с большей частотой побочных явлений (например, альфа-адреноблокаторы, препараты центрального действия, антагонисты минералокортикоидных рецепторов). Эти средства используются в дополнение к антигипертензивной терапии при недостаточном контроле АД на фоне применения основных классов [15].

В связи с появлением данных, что поздно начатая терапия, основанная только на оценке сердечно-сосудистого риска (ССР), нередко оказывается недостаточно эффективной, в августе 2018 г. ESC/ESH были опубликованы обновленные рекомендации по ведению пациентов с АГ, о пользе необходимости начинать более раннее лечение, когда уровень

САД или ДАД составляет >140/90 мм рт. ст., а пациенты относятся к категории низкого или умеренного риска. В сравнении с предыдущими рекомендациями 2013 г. у пациентов, получающих гипотензивную терапию, рекомендованы более жесткие целевые значения АД ≤130/80 мм. рт. ст. у большинства больных, за исключением некоторых групп пациентов. Для пожилых пациентов (>65 лет) целевой уровень САД должен находиться в пределах между 130 и 140 мм рт. ст., а ДАД — <80 мм рт. ст. [19].

Все больше доказательств говорят о том, что приверженность является намного более важным фактором, чем считалось раньше. Исследования, в которых брались пробы крови и мочи на присутствие лекарственных препаратов, говорят о том, что приверженность к терапии очень низкая. Это подтверждается данными исследований, выполненных в общей популяции, в которых было обнаружено, что приверженность, оцениваемая по регулярности обновления рецептов, у половины больных составляла <50%. Низкая приверженность ассоциировалась с увеличением ССР по данным различных исследований [20, 21].

Имеются данные о том, что степень приверженности к лечению находится в обратной зависимости от сложности назначенного режима лечения. Было показано, что на приверженность оказывает существенное влияние количество таблеток, назначенных пациенту для лечения АГ. Низкая приверженность составляла <10% при назначении одной таблетки, частота повышалась до ~20% при назначении двух таблеток, до

~40% — при приеме трех таблеток и составляло очень высокую частоту вплоть до полного отказа от лечения, если больному было назначено пять или более таблеток [22]. Исследования биоэквивалентности подтвердили, что при комбинации в одной таблетке препараты сохраняют все или большинство своих эффектов [23, 24].

Приведенные выше положения свидетельствуют о том, наиболее эффективная стратегия по контролю АД, основанная на доказательствах, должна удовлетворять следующим требованиям:

(1) у большинства больных лечение следует начинать с назначения фиксированных комбинаций двух препаратов в форме одной таблетки для улучшения скорости, эффективности и предсказуемости снижения АД;

(2) предпочтительными двойными комбинациями являются сочетание блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РАС) с БКК или диуретиками. Комбинация ББ с диуретиком или любым другим препаратом из основных классов антигипертензивных средств, представляет собой альтернативу при наличии специальных показаний к назначению ББ, например, стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда (ИМ), СН или необходимость контроля частоты сердечного ритма;

(3) монотерапия может использоваться у пациентов низкого риска с АГ 1-й степени, у которых САД <150 мм. рт. ст., а также у

пациентов очень высокого риска с высоким нормальным АД, или у ослабленных пожилых больных;

(4) если АД не контролируется на фоне приема фиксированной комбинации двух препаратов, следует использовать комбинацию трех препаратов (блокатора РАС, БКК и диуретика) в одной таблетке;

(5) добавить спиронолактон для лечения резистентной гипертензии при отсутствии противопоказаний;

(6) использовать другие классы антигипертензивных средств в редких клинических ситуациях, когда не удается достичь контроля АД с помощью вышеперечисленных методов терапии;

(7) модификация терапии в случаях наличия противопоказаний к назначению гипотензивного препарата или сопутствующих заболеваний или состояний [19].

Национальный клинический протокол диагностики и лечения АГ (2015 г.) поддерживает ESC/ESH в утверждениях об ограниченной эффективности монотерапии у пациентов с АГ, отмечая, что большинству пациентов для достижения контроля АД требуется комбинация как минимум из двух препаратов. При этом не упоминается о возможности применения в фиксированных комбинациях, несмотря на выделение значимости вопроса контроля приверженности пациентов к гипотензивной терапии [25].

Выводы

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости обеспечения доступа пациентов с артериальной гипертензией к препаратам фиксированных комбинаций. В то же время, включение указанных препаратов в государственные программы лекарственного обеспечения может сопровождаться

повышением нагрузки на бюджет системы здравоохранения в связи с их высокой стоимостью. Результаты фармакоэкономических исследований должны являться основанием для принятия управленческих решений в сфере обращения лекарственных средств.

Литература

1. About cardiovascular diseases. World Health Organization. Website. [Cited 25 Feb 2020]. Available from URL: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/.
2. Cardiovascular diseases (CVDs). World Health Organization. Website. [Cited 21 Nov 2019]. Available from URL: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
3. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2017 году. Статистический сборник. - Астана. - 2018. - 354 с.
Zdorov'e naseleniia Respubliki Kazakhstan i deiatel'nost' organizatsii zdravookhraneniia v 2017 godu (The health of the population of the Republic of Kazakhstan and the activities of healthcare organizations in 2017) [in Russian]. Statisticheskii sbornik. Astana, 2018: 354 p.
4. Mozaffarian D., Benjamin E.J., Go A.S. et al. Heart disease and stroke statistics-2016 update a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2016; 133 (4):38-360. doi:10.1161/CIR.
5. Centre for Economics and Business Research. The economic cost of cardiovascular disease from 2014-2020 in six European economies. London: CERB; 2014. [Cited 21 Nov 2019]. Available from URL: <https://cebr.com/reports/the-rising-cost-of-cvd/>.
6. Концевая А.В., Драккина О.М., Баланова Ю.А., Имаева А.Э. и др. Экономический ущерб

- сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации в 2016 году // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2018. – Т. 14. – №. 2.- С.156-165.
- Kontsevaia A.V., Drapkina O.M., Balanova Iu.A., Imaeva A.E. i dr. Ekonomicheskii ushcherb serdechno-sosudistykh zabolevanii v Rossiiskoi Federatsii v 2016 godu. (Economic damage to cardiovascular diseases in the Russian Federation in 2016) [in Russian]. Ratsional'naiia farmakoterapiia v kardiologii. 2018; 14(2): 156-165.
7. World Health Statistics 2012. Website. [Cited 21 Nov 2019]. Available from URL: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/.
8. Искаков Е.Б. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний // Медицина и экология – 2017. – №2 – С. 19-28.
- Iskakov E.B. Epidemiologiia serdechno-sosudistykh zabolevanii (Epidemiology of Cardiovascular Disease) [in Russian]. Meditsina i ekologiia – 2017. – №2 – S. 19-28.
9. Ettehad D., Emdin C.A., Kiran A., Anderson S.G. et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2016; 387: 957 - 967.
10. Thomopoulos C., Parati G., Zanchetti A. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension. 1. Overview, meta-analyses, and meta-regression analyses of randomized trials. J Hypertens. 2014; 32: 2285 - 2295.
11. Chow C.K., Тео К.К., Rangarajan S., Islam S. et al. PURE Study Investigators. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. JAMA. 2013; 310: 959 - 968.
12. Жусупова Г.К., Айсина Ж.Т., Макалкина Л.Г. Анализ лекарственного обеспечения населения на амбулаторном уровне в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств местного бюджета в 2015 году // Фармация Казахстана.- 2016.- №11.- С.13-18.
- Zhusupova G.K., Aisina Zh.T., Makalkina L.G. Analiz lekarstvennogo obespecheniia naseleniia na ambulatornom urovne v ramkakh garantirovannogo ob»ema besplatnoi meditsinskoj pomoshchi za schet sredstv mestnogo biudzheta v 2015 godu (Analysis of the drug supply of the population at the outpatient level within the guaranteed volume of free medical care at the expense of the local budget in 2015) [in Russian]. Farmatsiia Kazakhstana, 2016; 11: 13-18.
13. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями) и специализированными лечебными продуктами: утв. 4 ноября 2011 года, №786.
- Prikaz i.o. Ministra zdavookhraneniia Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhenii Perechnia lekarstvennykh sredstv i izdelii meditsinskogo naznacheniiia dlia besplatnogo obespecheniia naseleniia v ramkakh garantirovannogo ob»ema besplatnoi meditsinskoj pomoshchi na ambulatornom urovne s opredelennymi zabolevaniiami (sostoianiiami) i spetsializirovannymi lechebnymi produktami (The order of the acting Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On approval of the List of medicines and medical devices for free provision of the population within the guaranteed volume of free medical care on an outpatient basis with certain diseases (conditions) and specialized medical products) [in Russian]: utv. 4 noiabria 2011 goda, №786.
14. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для обеспечения граждан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, в том числе отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) бесплатными и (или) льготными лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне: утв. 29 августа 2017 года, №666.
- Prikaz Ministra zdavookhraneniia Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhenii Perechnia lekarstvennykh sredstv i izdelii meditsinskogo naznacheniiia dlia obespecheniia grazhdan v ramkakh garantirovannogo ob»ema besplatnoi meditsinskoj pomoshchi i v sisteme obiazatel'nogo cotsial'nogo meditsinskogo strakhovaniia, v tom chisle otdel'nykh kategorii grazhdan s opredelennymi zabolevaniiami (sostoianiiami) besplatnymi i (ili) l'gotnymi lekarstvennymi sredstvami, izdeliiami meditsinskogo naznacheniiia i spetsializirovannymi lechebnymi produktami na ambulatornom urovne (Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On approval of the List of medicines and medical devices for providing citizens within the guaranteed volume of free medical care and in the system of compulsory social health insurance, including certain categories of citizens with certain diseases (conditions), free and (or) preferential medicines, medical products appointments and specialized medical products on an outpatient basis) [in Russian]: utv. 29 avgusta 2017 goda, №666.
15. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J. et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European

Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.*, 2013; 34: 2159 - 2219.

16. Emdin C.A., Rahimi K., Neal B., Callender T. et al. Blood pressure lowering in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 2015; 313: 603 – 615.

17. Thomopoulos C., Parati G., Zanchetti A. Effects of blood pressure-lowering on outcome incidence in hypertension: 5. Head-to-head comparisons of various classes of antihypertensive drugs - overview and meta-analyses. *J Hypertens*, 2015; 33: 1321 - 1341.

18. Thomopoulos C., Parati G., Zanchetti A. Effects of blood-pressure-lowering treatment in hypertension: 9. Discontinuations for adverse events attributed to different classes of antihypertensive drugs: meta-analyses of randomized trials. *J Hypertens*, 2016; 34: 1921 – 1932.

19. Williams B., Mancia G., Spiering W., Agabiti Rosei E. et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European heart journal*, 2018; 39 (33): 3021-3104.

20. Corrao G., Parodi A., Nicotra F., Zamboni A. et al. Better compliance to antihypertensive medications reduces cardiovascular risk. *J Hypertens*, 2011; 29: 610 - 618.

21. Tiffe T., Wagner M., Rucker V., Morbach C. et al. Heuschmann PU. Control of cardiovascular risk factors and its determinants in the general population- findings from the STAAB cohort study. *BMC Cardiovasc Disord*, 2017; 17: 276.

22. Gupta P., Patel P., Strauch B., Lai F.Y. et al. Biochemical screening for nonadherence is associated with blood pressure reduction and improvement in adherence. *Hypertension*, 2017; 70: 1042 – 1048.

23. Coca A., Agabiti-Rosei E., Cifkova R., Manolis A.J. et al. The polypill in cardiovascular prevention: evidence, limitations and perspective - position paper of the European Society of Hypertension. *J Hypertens*, 2017; 35: 1546 - 1553.

24. Indian Polycap Study (TIPS). Effects of a polypill (Polycap) on risk factors in middle-aged individuals without cardiovascular disease (TIPS): a phase II, double blind, randomised trial. *Lancet*, 2009; 373: 1341 - 1351.

25. Клинический протокол диагностики и лечения. Артериальная гипертензия. Республиканский центр развития здравоохранения: рекомендован Экспертным советом 30 ноября 2015 года, протокол № 18.

Klinicheskii protokol diagnostiki i lecheniia. Arterial'naiia gipertenziia (Clinical protocol for diagnosis and treatment. Arterial hypertension.) [in Russian]. Respublikanskii tsentr razvitiia zdravookhraneniia: rekomendovan Ekspertnym sovetom 30 noiabria 2015 goda, protokol №18.

SWOT analysis of the Human Resource Management Service of Medical Organizations in Kazakhstan

Zhuldyz Baiganova ¹, Raushan Magzumova ², Nailya Delellis ³,
Ainagul Tulegenova ⁴

¹ Director of the Medical Center of Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan

² Professor of the Department of Healthcare Management, Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan

³ Doctor of Health Administration Program, The Herbert H. and Grace A. Dow College of Health Professions, USA

⁴ Senior Lecturer, Department of Public Health, Medical University Astana, Nur-Sultan, Kazakhstan

Abstract

Purpose of the study: to conduct a SWOT analysis of the human resource management service of medical organizations in Kazakhstan.

Methods. In this work, a SWOT analysis of the human resource management service of medical organizations in Kazakhstan was carried out using the expert method

Results. The SWOT analysis of the human resource management service of medical organizations revealed the prevalence of weaknesses over strengths by 1.25 times, and the prevalence of opportunities over strengths by 1.75 times and weak by 1.4 times.

The potential of the personnel of the human resource management service is limited by the current functional duties and legal responsibility of the personnel policy of a medical organization.

Conclusions. Implementation of the capabilities of the acquired skills of personnel management for a public health specialist will allow avoiding threats to the personnel policy of a medical organization by strengthening competencies aimed at sociology of labor, rationing of wages and recruiting personnel.

Key words: SWOT analysis, human resource management service, medical organization, public health.

Қазақстанның медициналық ұйымдарының адами ресурстарды басқару қызметіне SWOT-талдау

Байғанова Ж.А.¹, Мағзумова Р.З.², Delellis N.O.³, Төлегенова А.М.⁴

¹ Астана медициналық университетінің медициналық орталығының директоры,
Нұр-Сұлтан, Қазақстан

² Денсаулық сақтау саласындағы менеджмент кафедрасының профессоры, Астана медициналық университеті, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

³ Денсаулық сақтауды басқару бағдарламаларының докторы, Герберта Х. және Грейс А. атындағы медициналық мамандықтар колледжі, США

⁴ Қоғамдық денсаулық кафедрасының аға оқытушысы, Астана медициналық университеті,
Нұр-Сұлтан, Қазақстан

Түйіндеме

Зерттеудің мақсаты: Қазақстанның медициналық ұйымдарының адами ресурстарды басқару қызметіне SWOT-талдау жасау.

Әдістері. Жұмыста Қазақстанның бірнеше медициналық ұйымдарының адами ресурстарды басқару қызметінің жұмысына сарапшылық әдісті қолдана отырып SWOT-талдау жүргізілді.

Нәтижесі. Қазақстанның медициналық ұйымдарының адами ресурстарды басқару қызметін SWOT-талдауы нәтижесінде әлсіз тұстардың мықты тұстардан 1,25 есе көп екендігі және мүмкіндіктердің мықты

факторлардан 1,75 есе, ал әлсіз факторлардан 1,4 есе көп екендігі анықталды.

Адами ресурстарды басқару қызметінің қызметкерлерінің потенциалы өздерінің қолданыстағы кәсіби қызметтік міндеттерімен және олардың медициналық ұйымның кадрлық саясатының аясындағы заңдық тұрғыдағы жауапкершілігімен шектелген.

Қорытынды. Қоғамдық денсаулық сақтау саласының мамандарының адами ресурстарды басқару бойынша игерген дағдылары олардың еңбек социологиясына, еңбекақыны қалыптандыру мен персонал рекрутінгіне бағытталған құзыреттілігін күшейту арқылы медициналық ұйымның кадрлық саясатын оңтайландыруға жол береді.

Түйін сөздер: SWOT-талдау, адами ресурстарды басқару, медициналық ұйым, қоғамдық денсаулық сақтау.

SWOT-анализ служб управления человеческими ресурсами медицинских организаций Казахстана

Байганова Ж.А.¹, Магзумова Р.З.², Delellis N.O.³, Тулегенова А.М.⁴

¹ Директор Медицинского центра Медицинского университета Астана,
Нур-Султан, Казахстан

² Профессор кафедры менеджмента в здравоохранении Медицинского университета Астана,
Нур-Султан, Казахстан

³ Доктор по программе управления здравоохранением, Колледж медицинских профессий
им. Герберта Х. и Грейс А. Доу, США

⁴ Старший преподаватель кафедры общественного здоровья Медицинского университета Астана,
Нур-Султан, Казахстан

Резюме

Цель исследования: провести SWOT-анализа служб управления человеческими ресурсами медицинских организаций Казахстана.

Методы. В работе был проведен SWOT-анализ служб управления человеческими ресурсами медицинских организаций Казахстана с использованием экспертного метода.

Результаты. SWOT-анализ служб управления человеческими ресурсами медицинских организаций выявил преобладание слабых сторон над сильными в 1,25 раза, и преобладание возможностей над сильными факторами в 1,75 раза и слабыми факторами в 1,4 раза.

Потенциал сотрудников служб управления человеческими ресурсами ограничен действующими функциональными обязанностями и юридической ответственностью кадровой политики медицинской организации.

Выводы. Реализация возможностей полученных навыков управления человеческими ресурсами специалисту общественного здравоохранения позволит избежать угроз для кадровой политики медицинской организации путем усиления компетенций, направленных на социологию труда, нормирование оплаты труда и рекрутінга персонала.

Ключевые слова: SWOT-анализ, управление человеческими ресурсами, медицинская организация, общественное здравоохранение.

Corresponding author: Zhuldyz Baiganova, Director of the Medical Center of Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan
Postal code: 010000
Address: Nur-Sultan city, Beybitshilik Str., 49 a
Phone: +7 (7172) 444 138
E-mail: zhamantaeva@mail.ru

J Health Dev 2020; 2 (37): 31-36
UDC 61:331.108; 614.253
Received: 12-02-2020
Accepted: 25-05-2020



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

Introduction

The organization of labor is a developed system of interaction of workers with the means of production, their relationship in the labor process, organization of workplaces that meet all the necessary requirements and their maintenance, the use of rational techniques and methods of labor, reasonable standards of labor standards, its payment and qualification requirements for personnel [1-3].

In the conditions of market relations, the relevance of the effective organization of labor increases in connection with the development of a competitive environment between medical organizations. The efficiency of labor, based on

increasing its productivity, improving the quality of goods and services produced, is gaining increasing importance [4, 5].

The competitive lag of most domestic enterprises from foreign ones is directly related to ineffective labor organization in production processes. First of all, this is the lack of financial resources for the modernization of jobs, rationalization of labor methods, an outdated regulatory framework for labor costs and many other factors.

Purpose of the study: to conduct a SWOT analysis of the human resource management service of medical organizations in Kazakhstan.

Materials and methods

Based on the collected indicators of an objective and subjective nature, we compiled a summary table of a SWOT analysis of the human resource management service in medical organizations in Kazakhstan. This method of analysis made it possible to structure indicators into strengths and weaknesses, to form opportunities and threats when planning the work of a given structural unit for a medical organization as a whole. The study included such medical organizations as the National Center for Motherhood and Childhood, the National Center for Neurosurgery, the Republican Diagnostic Center, as well as city polyclinics №1 and №6 of Nur-Sultan.

Further, to rank and evaluate the factors we obtained, an expert method was carried out. The methodology for assessing the competence of

experts was carried out according to two formulas of competence:

1) the coefficient of the expert's qualification level $K = 2M + T / 3$;

2) the coefficient of scientific and qualification authority of an expert, which corresponded to values from 0.1 to 1.3.

In this technique, additional coefficients are used - the use of the techniques by the expert, and the expert's awareness, but taking into account the specifics of our study, we did not use them, since we chose experts in the field of health care management as experts, namely, the heads of medical organizations (Table 1), who agreed for participation and having managerial experience of at least 5 years. The group of experts is stable $n = 3$.

Table 1 - Assessment of the competence of experts, $n = 3$

Index coefficient	Experts			Middle
	1	2	3	
Work experience	1	1	0,8	0,92
Qualification	0,3	1,1	0,8	0,56
Total	0,65	1,05	0,9	0,74

Expertise levels according to our methodology:

- 0.9-1.0 - very high;
- 0.7-0.8 - high enough;
- 0.5-0.6 - satisfactory;
- 0.3-0.4 - low;
- 0.1-0.2 - very low.

In our case - 0.74, which corresponded to a fairly high level. The expert method in the study was used in the SWOT analysis of human resource management services of medical organizations.

To calculate quantitative indicators, we used the calculation of the parametric index Ps (Table 2).

This manuscript is a fragment of the dissertation research of the author Zhuldyz Bayganova. on the topic «Improving the model of the personnel department of a medical organization» for a PhD degree in Public Health. The research protocol was approved at a meeting of the Local Commission on Bioethics of Astana Medical University.

Results

When analyzing the compiled table 1 by a qualitative method, we see that the overwhelming number of collected indicators represents the capabilities of human resource management services. These indicators are compiled from the

current functional capabilities of employees of human resources management services operating in Kazakhstan, as well as the legal capabilities of medical organizations operating with the rights of economic management (Table 2).

Table 2 - Indicators of the strengths, weaknesses of the personnel department of medical organizations, opportunities and threats.

Calculation of the parametric index with the participation of experts (n = 3)

Factor	ri	C	Wi	Ai	Pi	Ps
1	2	3	4	5	6	7
Strengths						
Employee experience	3	0,014	0,11	4	0,510	3,2
Age of employees, 38-45 years	6		0,14	4	0,582	
Stable staff in the HR department, positive atmosphere	5		0,18	5	0,910	
Well-established communications between staff	4		0,02	3	0,055	
Normative legal acts in personnel management in the Republic of Kazakhstan	7		0,16	5	0,819	
Social and state demand for specialization of the organization	2		0,11	4	0,437	
Competence of personnel of medical organizations	1		0,07	4	0,291	
Weaknesses						
No level of professional competence of an employee of the HR department	5	0,09	0,05	4	0,2	3,0
Personnel assessment indicators have not been developed for transparency of incentives (motivation)	6		0,06	4	0,24	
Staff turnover in a medical organization	12		0,12	3	0,36	
High workload of medical personnel	4		0,04	2	0,08	
Functional duties and responsibilities of personnel are not optimized	3	0,005	0,03	4	0,12	3,5
Scientific organization of labor is not used	11		0,11	4	0,44	
Working conditions are not analyzed	13		0,13	3	0,39	
Indicators of learning outcomes and its effectiveness are not analyzed	7		0,07	5	0,35	
Labor satisfaction indicators are not analyzed	10		0,10	5	0,5	
Social support of staff (transparency)	14		0,14	3	0,42	
Retention of personnel of medical organizations (reasonable proposals for solving the problem) in this medical organization	5		0,005	0,03	5	
Improving the psychological climate in medical organizations	8	0,048		5	0,24	
Justification of load factors of medical personnel	7	0,042		5	0,21	
Cooperation with local executive bodies (training, social issues)	6	0,36		5	1,8	
Participation in scientific conferences, publications	3	0,018		4	0,072	
Team building	4	0,024		4	0,096	
Responsibility for recruiting	2	0,012		4	0,048	
Study of the working conditions of health workers	1	0,006		5	0,03	
Studying the effectiveness of employee training	18	0,108		3	0,324	
Analysis of employee jobs	13	0,078		3	0,234	
Strategic planning of personnel of medical organizations	14	0,084		4	0,336	
Assessment and analysis of the implementation of the personnel strategy of a medical organization	9	0,054		3	0,162	
Management decisions in personnel policy within a medical organization	11	0,066		2	0,132	
Responsibility for the quality of medical services (staff training, professional and communication skills)	15	0,09		2	0,18	
Opportunities						

Continuation of table 2

Factor	ri	C	Wi	Ai	Pi	Ps
1	2	3	4	5	6	7
Threats						
Quality of medical services	4	0,016	0,07	5	0,35	4,5
Staff turnover	3		0,05	4	0,2	
Image of a medical organization	2		0,04	4	0,16	
Inertia of employees	10		0,18	4	0,72	
Lawsuits	7		0,13	4	0,52	
Public complaints	8		0,14	4	0,56	
The turnover of professional staff in a private structure	9		0,16	4	0,64	

In general, the SWOT analysis of the department of human resources of medical organizations revealed the prevalence of weaknesses over strengths by 1.25 times, and the prevalence of opportunities over strengths by 1.75 times and weak by 1.4 times.

Discussion

Threats prevail in the management of the personnel of medical organizations, in particular, this is a decrease in the image of a medical organization and an increase in staff turnover, which results in an unstable team and, accordingly, a decrease in trusting interpersonal relations.

Business appraisal of personnel is a rather complicated methodological and organizational work. First of all, it should be noted that a single universal methodology suitable for solving the entire complex of tasks facing the assessment of personnel simply does not exist and is hardly possible. There is no generally accepted assessment methodology abroad. For this reason,

most often enterprises are forced to develop an assessment program, including the methodology for its implementation, on their own or to rework standard recommendations, use the experience of other enterprises and organizations (adapting it to their goals, time and financial capabilities) [5,6].

As part of our early research, we analyzed the performance of public health professionals employed in human resources services of medical organizations and revealed the effectiveness of work, both economic (increased funding through paid services), social (decreased staff turnover), and medical (decreased number of complaints from population on the quality of medical care) [7].

Conclusions

The potential of employees of human resource management services is limited by the current functional responsibilities and legal responsibility of the personnel policy of a medical organization.

Implementation of the capabilities of the acquired skills of personnel management for a

public health specialist will allow avoiding threats to the personnel policy of a medical organization by strengthening competencies aimed at sociology of labor, rationing of wages and recruiting personnel.

References

1. Barcan M. *Scientific Aspects Related to Human Resource Management in Health Organizations Active in the TB Field*. *Young Economists Journal/Revista Tinerilor Economisti*. 2018; 15(31): 56-65.
2. Tursunbayeva A. *Human resource technology disruptions and their implications for human resources management in healthcare organizations*. *BMC health services research*. 2019; 19(1): 268.
3. Goswami A. *Human resource management and its importance for today's organizations*. *Journal of Advances and Scholarly Researches in Allied Education*. 2018; 15(3): 128-135.
4. Barrena-Martínez J., López-Fernández M., Romero-Fernández P.M. *Towards a configuration of socially responsible human resource management policies and practices: Findings from an academic*. *The International Journal of Human Resource Management*. 2019; 30(17): 2544-2580.
5. Baiganova Zh., Dubitskiy A., Delellis N. *Human resources in medical organizations in the Republic of Kazakhstan*. *Asian Journal of Pharmaceutics*. 2017; 4: 915-919.
6. Сергеева Н.М. *О подходах к оценке эффективности функционирования медицинских организаций // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2017. – №2-1. – С. 72-76.

Sergeeva N.M. *O podhodah k ocenke jeffektivnosti funkcionirovanija medicinskih organizacij (On approaches to assessing the effectiveness of the functioning of medical organizations) [in Russian]. Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij. 2017; 2-1: 72-76.*

7. Baiganova Zh.A., Delellis N.O., Dubitskiy A.A., Magsumova R.Z. *Analysis of the employment profile offered by employers to graduated bachelors of public health in medical universities. Journal of Global Pharma Technology, 2018; 10(5): 245-248.*

The Benefits of Implementing Supervisory Board in the Healthcare System of Kazakhstan

Muratbek Saiynov ¹, Gulbarshyn Dyussengalieva ²

¹ Medical Expert of the Medical Center Hospital of President's Affairs Administration of Republic of Kazakhstan, Independent medical accredited expert of the Non-governmental Organization "Association of Independent Medical Experts of Nur-Sultan", Kazakhstan

² Pediatrician of the City polyclinic No.13, Nur-Sultan, Kazakhstan

Abstract

In order to increase the competitiveness and efficiency of medical organizations, is the implementation of the OECD Corporate Governance Principles. At the moment, most of the medical organizations of Kazakhstan are transferred to state enterprises on the basis of economic management with supervisory boards.

Key words: medical organization, corporate governance, state-owned enterprises on the right of economic management, supervisory board, rating score, levels of assessment of corporate governance.

Қазақстанның денсаулық саласында бақылау кеңесін енгізудің артықшылықтары

Сайынов М.С.¹, Дүйсенғалиева Г.Ж.²

¹ Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының ауруханасының дәрігер-сарапшысы. «Нұр-Сұлтан қаласы тәуелсіз медициналық сарапшылардың Қауымдастығы» ҚБ медициналық аккредиттелген тәуелсіз сарапшысы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

² №13 қалалық емханасының педиатр –дәрігері, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

Түйіндеме

Медициналық ұйымдардың бәсекеге қабілеттілігі мен тиімділігін арттыру үшін ЭЫДҰ корпоративтік басқару принциптерін енгізу маңызды болып табылады. Қазіргі уақытта Қазақстанның медициналық ұйымдарының басым бөлігі қадағалау кеңестерімен бірге шаруашылық жүргізу негізінде мемлекеттік кәсіпорындарға берілді.

Түйін сөздер: медициналық ұйым, корпоративтік басқару, шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорындар, бақылау кеңесі, рейтингтік баға, корпоративтік басқаруды бағалау деңгейлері.

Преимущества внедрения наблюдательного совета в сфере здравоохранения Казахстана

Сайынов М.С.¹, Дюсенгалиева Г.Ж.²

1 Врач-эксперт Больницы Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан, Нур-Султан, Казахстан

2 Врач-педиатр Городской поликлиники №13, Нур-Султан., Казахстан

Резюме

С целью повышения конкурентоспособности и эффективности деятельности медицинских организаций является внедрение Принципов корпоративного управления ОЭСР. На данный момент большинство медицинских организаций Казахстана переведены на государственные предприятия на праве хозяйственного ведения с наблюдательными советами.

Ключевые слова: медицинская организация, корпоративное управление, государственные предприятия на праве хозяйственного ведения, наблюдательный совет, рейтинговая оценка, уровни оценки корпоративного управления.

Corresponding author: Saiynov Muratbek, Medical Expert of the Medical Center Hospital of President's Affairs Administration of Republic of Kazakhstan, Independent medical accredited expert of the Nongovernmental Organization "Association of Independent Medical Experts of Nur-Sultan", Kazakhstan.

Postal code: 010000

Address: Mangilik El Ave. 80, Nur-Sultan, Kazakhstan

Phone: + 7 701 319 9534

E-mail: msaiynov@mail.ru

J Health Dev 2020; 2 (37):37-42

UDC 615.2.03; 614.2

Recieved: 13-10-2019

Accepted: 20-03-2020



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

Введение

Президентом Республики Казахстан в программе «План нации – 100 конкретных шагов» выделяется 81 шаг, который предполагает «Развитие частной медицины, внедрение корпоративного управления в медицинских организациях» [1]. В условиях социального медицинского страхования с целью повышения доступности и качества услуг за счет конкуренции осуществляется переход медицинских организаций на принципы корпоративного управления. В рамках Государственной Программы развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2020 годы» реализуется внедрение наблюдательных советов в управление медицинскими организациями, что является первым шагом к широкому внедрению корпоративных принципов управления в сфере здравоохранения Казахстана [2]. Одним из принципов корпоративного управления является отделение функции управления от функции контроля за управлением.

Данный опыт успешно применен во многих частных клиниках нашей страны, а также

активно внедряется во многих государственных медицинских организациях, в том числе научных центрах, университетах.

Для закрепления ответственности руководителей организаций здравоохранения за достижение ключевых показателей результативности на законодательном уровне были внесены соответствующие изменения в нормативно-правовые акты [3-7]. С целью развития эффективного менеджмента в медицинских организациях разработаны следующие ключевые показатели результативности, основными из них являются повышение уровня удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг выше 46% и повышение уровня удовлетворенности медперсонала условиями труда выше 65%.

Цель исследования: проанализировать результаты рейтинговой оценки государственных предприятий на праве хозяйственного ведения, имеющих наблюдательные советы в Республике Казахстан.

Материал и методы

Процесс проведения рейтинговой оценки корпоративного управления (КУ) в Государственных предприятиях на праве хозяйственного ведения (ГП на ПХВ), имеющих наблюдательные советы (НС) начался в 2018 году. Целью рейтинговой оценки являлось определение уровня развития и эффективности деятельности корпоративного управления, позволяющее установить вклад всех его

участников в рост долгосрочной стоимости и устойчивое развитие организации, а также выявлять направления и рекомендовать меры для улучшений. Проведение оценки должно было соответствовать таким критериям, как регулярность, комплексность, непрерывность, реалистичность, конфиденциальность.

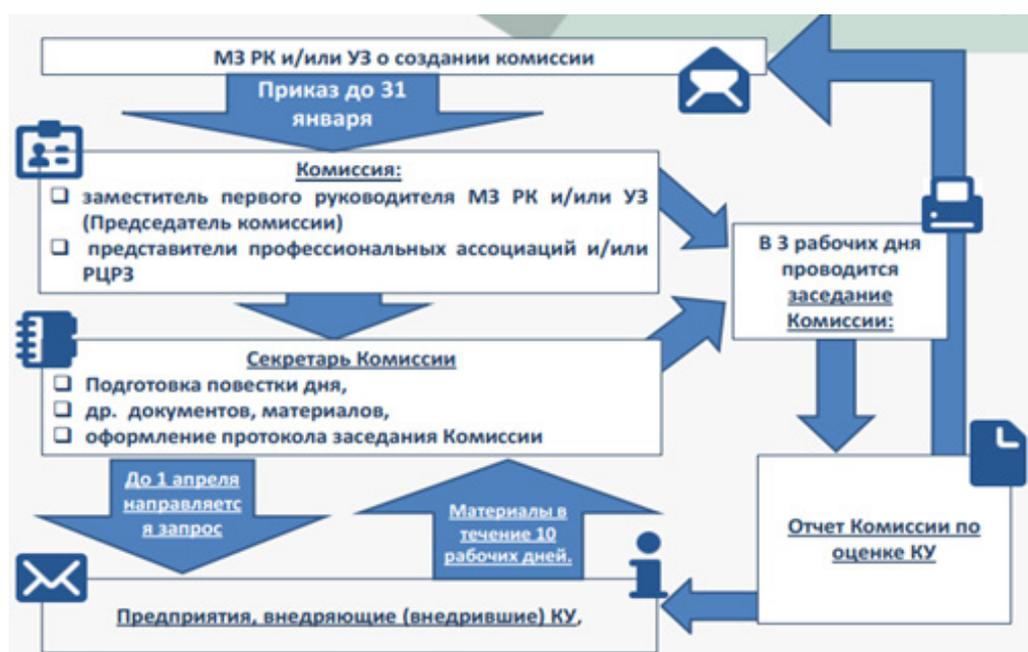


Рисунок 1 – Алгоритм проведения оценки корпоративного управления

Оценка КУ предприятия производилось по следующим компонентам:

- 1) приверженность принципам КУ;
- 2) деятельность НС и исполнительного органа предприятия;
- 3) внутренний аудит и контроль деятельности предприятия;
- 4) раскрытие информации о деятельности предприятия;
- 5) финансовая дисциплина.

Компоненты оценки содержали ряд критериев, характеризующих отдельные взаимосвязанные элементы системы КУ. Оценка эффективности КУ предприятия устанавливает соответствие принятой модели управления, установленным критериям по каждому компоненту.

Для проведения рейтинговой оценки КУ конкретного объекта создается комиссия, которая является постоянно действующим коллегиальным органом. По результатам работы комиссии, медицинским организациям присваиваются уровни оценки корпоративного управления:

Результаты

По данным Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2019 год запланирована рейтинговая оценка 60% НС на II уровень КУ, фактически за 6 месяцев прошли 57% НС, 12 регионов достигли II уровня КУ (рисунок 2). По данным Управления общественного здравоохранения г. Нур-Султан на 2019 г. (рисунок 3): из 29 медицинских организаций рейтинговая оценка проведена в

I или (0-65 баллов) – система КУ имеет потенциал для развития, однако эти возможности реализуются слабо. Так, в деятельности предприятия наблюдаются нарушения законодательства, прав собственников, инвесторов, работников и т.д. Учредительные документы предприятия не содержат детального распределения прав, обязанностей и ответственности органов предприятия. Руководству необходимо отчетливо определить цели и разработать стратегию развития системы КУ на основе качества.

II или (66-130 баллов) – система КУ сформирована. У Объекта разработан четкий план мероприятий по совершенствованию КУ. Необходимо акцентировать внимание на оптимизации рабочего процесса и улучшении качества на каждом его этапе. Необходимо совершенствовать систему КУ.

III или (130-165 баллов) – постоянное совершенствование качества КУ ведется по большинству направлений. Необходимо поддерживать динамику улучшений и начать преобразование оставшихся проблемных областей.

26 организациях (90%), где присвоены уровни оценки КУ:

I или (0-65 баллов) – 23 организации (88%).

II или (66-130 баллов) – 3 организации (12%).



Рисунок 2 - Рейтинговая оценка государственных предприятий на праве хозяйственного ведения, имеющих наблюдательные советы в разрезе регионов Республики Казахстан за 2019 год

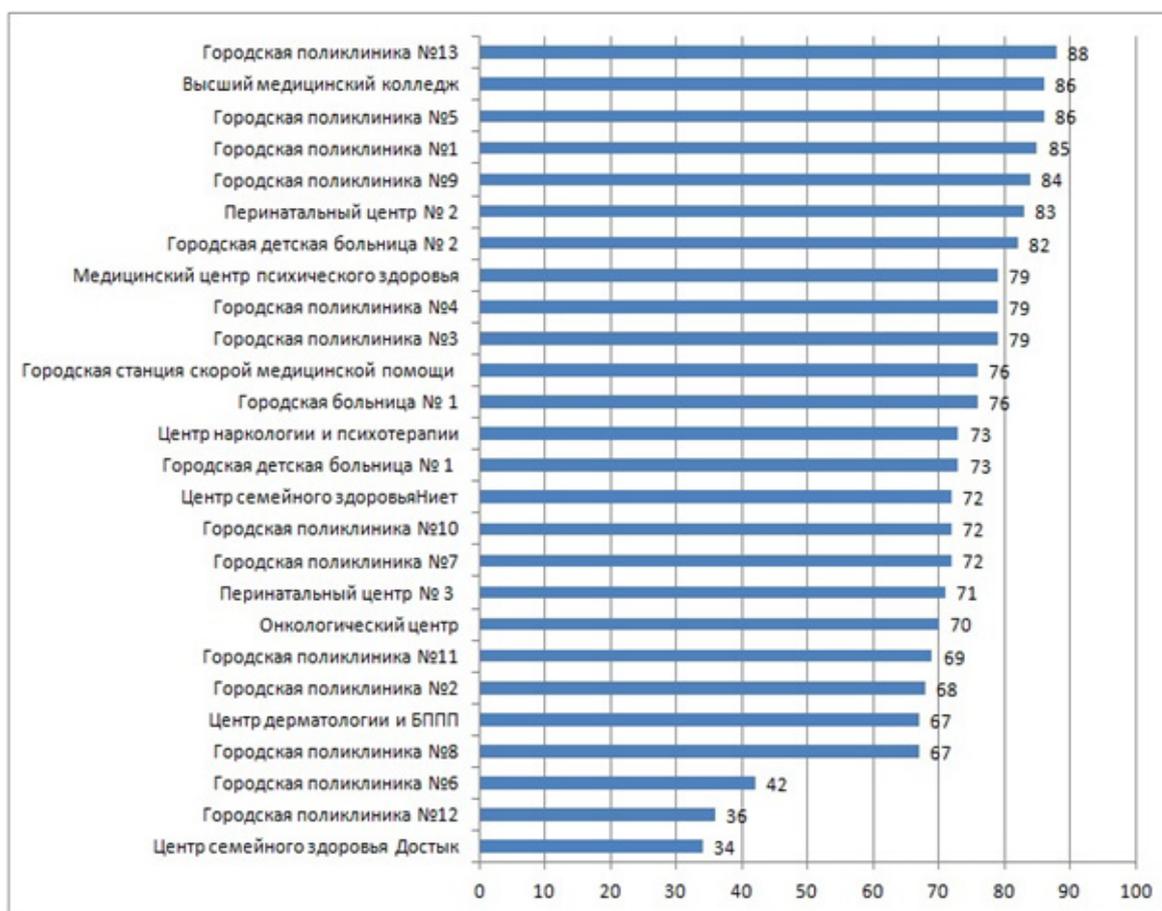


Рисунок 3 - Рейтинговая оценка государственных предприятий на праве хозяйственного ведения, имеющих наблюдательные советы по г. Нур-Султан за 2019 год

Выводы

На данный момент большинство медицинских организаций Казахстана переведены на государственные предприятия на праве хозяйственного ведения с наблюдательными советами. При проведении рейтинговой оценки эффективности деятельности медицинских организаций выяснилось, что медицинские организации, внедрившие принципы корпоративного управления, имеют эффективность деятельности

выше по сравнению с организациями, не внедрившими эти принципы. Ведется активная работа по оказанию организационно-методологической поддержки организациям на региональном уровне. Проводится работа для обеспечения прозрачности деятельности медицинских организаций путем создания на их официальных сайтах раздела «Корпоративное управление».

Литература

1. Программа Президента Республики Казахстан. План нации - 100 конкретных шагов: подписан 20 мая 2015 года.

Programma Prezidenta Respubliki Kazahstan. Plan nacji - 100 konkretnyh shagov (Program of the President of the Republic of Kazakhstan. Plan of the Nation - 100 Concrete Steps) [in Russian]: podpisan 20 maja 2015 goda.

2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы: разработана на основе Указа Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года №922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года».

Gosudarstvennaja programma razvitija zdravoohranenija Respubliki Kazahstan «Densaulyk» na 2016-2020 gody (State program for the development of health care of the Republic of Kazakhstan «Densaulyk» for 2016-2020) [in Russian]: razrabotana na osnove Ukaza Prezidenta Respubliki Kazahstan ot 1 fevralja 2010 goda №922 «O Strategicheskom plane razvitija Respubliki Kazahstan do 2020 goda».

3. Закон Республики Казахстан. О государственном имуществе: принят 1 марта 2011 года, № 413-IV.

Zakon Respubliki Kazahstan. O gosudarstvennom imushchestve (Law of the Republic of Kazakhstan. About state property) [in Russian]: prinjat 1 marta 2011 goda, № 413-IV.

4. *Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении Правил создания Наблюдательного совета в государственных предприятиях на праве хозяйственного ведения, требований, предъявляемых к лицам, избираемым в состав Наблюдательного совета, а также Правил конкурсного отбора членов Наблюдательного совета и досрочного прекращения их полномочий: утв. 22 июня 2011 года, № 686 (утратило силу Постановлением Правительства Республики Казахстан от 08 сентября 2015 года, № 754).*

Postanovlenie Pravitel'stva Respubliki Kazahstan. Ob utverzhdenii Pravil sozdaniia Nabljudatel'nogo soveta v gosudarstvennykh predpriiatijah na prave hozjajstvennogo vedenija, trebovanij, predlijavljajemykh k licam, izbiraemym v sostav Nabljudatel'nogo soveta, a takzhe Pravil konkursnogo otbora chlenov Nabljudatel'nogo soveta i dosrochnogo prekrashhenija ih polnomochij (Resolution of the Government of the Republic of Kazakhstan. On approval of the Rules for the creation of the Supervisory Board in state-owned enterprises on the basis of the right of economic management, the requirements for persons elected to the Supervisory Board, as well as the Rules for the competitive selection of members of the Supervisory Board and early termination of their powers) [in Russian]: utv. 22 ijunja 2011 goda, № 686 (utratiло silu Postanovleniem Pravitel'stva Respubliki Kazahstan ot 08 sentjabrja 2015 goda, № 754).

5. *Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Положения о наблюдательном совете, Правил созыва и проведения заседаний наблюдательного совета государственного предприятия на праве хозяйственного ведения в области здравоохранения: утв. 10 сентября 2011 года, № 601 (утратил силу в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 17 июля 2017 года, № 352).*

Prikaz i.o. Ministra zdravookhraneniia Respubliki Kazahstan. Ob utverzhdenii Polozheniia o nabljudatel'nom sovete, Pravil sozyva i provedeniia zasedanii nabljudatel'nogo soveta gosudarstvennogo predpriatiia na prave khoziaistvennogo vedeniia v oblasti zdravookhraneniia (Order of the acting Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On approval of the Regulations on the Supervisory Board, the Rules for Convening and Holding Meetings of the Supervisory Board of a State Enterprise on the Right of Economic Management in the Field of Health Care) [in Russian]: utv. 10 sentiabria 2011 goda, № 601 (utratiло silu v sootvetstvii s prikazom Ministra zdravookhraneniia Respubliki Kazahstan ot 17 iulija 2017 goda, № 352).

6. *Приказ и.о. Министра национальной экономики Республики Казахстан. О внесении изменений и дополнения в приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 20 февраля 2015 года № 113 «Об утверждении Правил создания наблюдательного совета в государственных предприятиях на праве хозяйственного ведения, требований, предъявляемых к лицам, избираемым в состав наблюдательного совета, а также Правил конкурсного отбора членов наблюдательного совета и досрочного прекращения их полномочий»: утв. 26 февраля 2018 года, № 75.*

Prikaz i.o. Ministra natsional'noi ekonomiki Respubliki Kazahstan. O vnesenii izmenenii i dopolneniia v prikaz Ministra natsional'noi ekonomiki Respubliki Kazahstan ot 20 fevralia 2015 goda № 113 «Ob utverzhdenii Pravil sozdaniia nabljudatel'nogo soveta v gosudarstvennykh predpriiatijakh na prave khoziaistvennogo vedeniia, trebovanii, pred»iavljaemykh k litsam, izbiraemym v sostav nabljudatel'nogo soveta, a takzhe Pravil konkursnogo otbora chlenov nabljudatel'nogo soveta i dosrochnogo prekrashcheniia ikh polnomochii» (Order of the acting Minister of National Economy of the Republic of Kazakhstan. On amendments and additions to the order of the Minister of National Economy of the Republic of Kazakhstan dated February 20, 2015 No. 113 «On approval of the Rules for creating a supervisory board in state-owned enterprises on the right of economic management, requirements for persons elected to the supervisory board, as well as the Rules selection of members of the supervisory board and early termination of their powers») [in Russian]: utv. 26 fevralia 2018 goda, № 75.

7. *Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан. О внесении изменений в Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 20 февраля 2015 года № 114 «Об утверждении критериев, предъявляемых к государственным предприятиям на праве хозяйственного ведения, в которых создаются наблюдательные советы: утв. 5 октября 2017 года, № 352.*

Prikaz Ministra natsional'noi ekonomiki Respubliki Kazahstan. O vnesenii izmenenii v Prikaz Ministra natsional'noi ekonomiki Respubliki Kazahstan ot 20 fevralia 2015 goda № 114 «Ob utverzhdenii kriteriev, pred»iavljaemykh k gosudarstvennym predpriatiiam na prave khoziaistvennogo vedeniia, v kotorykh sozdaiutsia nabljudatel'nye sovety (Order of the Minister of National Economy of the Republic of Kazakhstan. On amendments to the Order of the Minister of National Economy of the Republic of Kazakhstan dated February 20, 2015 No. 114 «On approval of the criteria for state-owned enterprises on the right of economic management, in which supervisory boards are created) [in Russian]: utv. 5 oktiabria 2017 goda, № 352.

Improving the Formation of the Kazakhstan National Drug Formulary to Increase the Rational Use of Medicines

Gulzira Zhussupova ¹, Didar Baidullayeva ²

¹ Head of the Center for Rational Use of Medicines Republican Centre for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

² Chief Editor of the Kazakhstan National Medicinal Formulary, Center for the Rational Use of Medicines, Republican Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

Abstract

Kazakhstan national drug formulary form is defined as - a list of medicines with proven clinical safety and efficacy, as well as orphan (rare) drugs, which is a mandatory basis for the development of medicinal formularies of medical organizations and formation of lists of procurement of medicines within the guaranteed volume of free medical care and in the system of compulsory social health insurance in the Code "On public health and health care system".

Health research data show that in 18% of cases, non-KNF drugs were prescribed in Nur-Sultan medical organizations, 86% of healthcare organizations did not analyze rational use of financial costs for medicines and analyzes of drug consumption, 90% of medicines are assigned by trade name. At the same time, polypharmacy, excessive prescription of antibiotics and injection drugs are noted. The lack of a systematic understanding of the role of CNF in the rational use of drugs reduces the effectiveness of the measures taken.

The value of the Kazakhstan National Drug Formulary for the health care of the Republic of Kazakhstan is enormous, for example, for clinicians it is a public resource for doctors and serves as a reference book on medicines and pharmacotherapy based on evidence-based medicine, as well as a guide to integrate Kazakhstan's usual clinical practice into international best practice, in addition to educational a guide providing continuing education in clinical pharmacology and a restrictive list of drugs recommended for routine use in routine clinical practice. For the population, it plays the role of a guideline in the provision of medicines within the guaranteed volume of medical care and in the system of compulsory social health insurance, as well as guidance on involving civil society in the process of monitoring the rational use of medicines.

This policy brief shows three policy options and visions for implementing policy options.

At the same time, the existing legislative framework of Kazakhstan has 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 promotion of medicines on the market, lack of support from the authorized body in the field of health, and there is also a lack of understanding by medical workers and the public of the role of the Kazakhstan national formulary in the rational use of medicines.

Дәрілік заттарды ұтымды пайдалануды арттыру үшін Қазақстандық ұлттық дәрілік формулярды қалыптастыруды жетілдіру

Жүсіпова Г.К.¹, Байдуллаева Д.К.²

¹ Дәрілік заттарды ұтымды пайдалану орталығының басшысы, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

² Дәрілік заттарды ұтымды пайдалану орталығының «Қазақстандық ұлттық дәрілік формуляр» редакциясының бас редакторы, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

Түйіндеме

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексінде Қазақстандық ұлттық дәрілік формуляр – тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық ұйымдардың дәрілік формулярларын әзірлеу және дәрілік заттарды сатып алу тізімдерін қалыптастыру үшін міндетті негіз болып табылатын, клиникалық қауіпсіздігі мен тиімділігі дәлелденген дәрілік заттардың, сондай-ақ орфандық (сирек кездесетін) дәрілік препараттардың тізбесі ретінде айқындалған.

Денсаулық сақтау саласындағы зерттеулер жағдайдың 18%-ында ҚҰФ-ға кірмеген препараттар тағайындалғанын, денсаулық сақтау ұйымдарының 86%-ында дәрілік заттарға арналған қаржы шығындарын пайдаланудың ұтымдылығына және дәрілік заттарды тұтынуды талдауға талдау жүргізілмегенін, дәрілік заттардың 90%-ы сауда атаулары бойынша тағайындалғанын көрсетеді. Осы кезде, полипрагмазия, антибиотиктер мен инъекциялық препараттарды шамадан тыс тағайындау байқалады. ДЗ ұтымды пайдалануда ҚҰФ рөлін жүйелі түсінудің болмауы өткізілетін іс-шаралардың тиімділігін төмендетеді.

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласы үшін Қазақстандық ұлттық дәрілік формулярдың маңызы зор, мысалы, клиницистер үшін бұл дәрігерлер үшін жалпыға бірдей қолжетімді ресурс және дәлелді медицина негізінде дәрілік заттар мен фармакотерапия бойынша анықтамалықтың рөлін атқарады. Сондай-ақ, Қазақстанның өдеттегі клиникалық тәжірибесі үздік халықаралық тәжірибеге интеграциялауды қамтамасыз ететін нұсқаулық, клиникалық фармакология саласында біліктілікті арттыруды және дәрілік заттардың шектеулі тізбесін қамтамасыз ететін білім беру нұсқаулығымен қоса, өдеттегі клиникалық тәжірибеде күнделікті қолдану үшін ұсынылады. Халық үшін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудегі бағдар рөлін, дәрілік заттарды ұтымды пайдалануды бақылау процесіне азаматтық қоғамды тарту жөніндегі нұсқаулықтың рөлін атқарады.

Бұл талдау анықтамасында саясаттың үш нұсқасын және саясат нұсқаларын іске асырудың көріністерін көрсетеді.

Сонымен қатар, Қазақстанның қолданыстағы заңнамалық базасы саясаттың ұсынылатын нұсқаларын іске асыруды қолдау үшін барлық қажетті жағдайларға ие, алайда кадр ресурстарының жетіспеушілігі дәрі-дәрмектерді нарықта этикалық емес жылжытуы, Денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган тарапынан қолдаудың болмауы, сондай-ақ медицина қызметкерлері мен халықтың дәрілік заттарды ұтымды пайдалануда Қазақстандық ұлттық формулярдың рөлін жеткіліксіз түсінуді саясат нұсқаларын іске асыру үшін негізгі кедергілер болуы мүмкін.

Совершенствование формирования Казахстанского национального лекарственного формуляра для повышения рационального использования лекарственных средств

Жусупова Г.К.¹, Байдуллаева Д.К.²

¹ Руководитель Центра рационального использования лекарственных средств, Республиканский центр развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан

² Главный редактор Редакции «Казахстанский национальный лекарственный формуляр» Центра рационального использования лекарственных средств, Республиканский центр развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан

Резюме

В Кодексе «Оздоровье народа и системе здравоохранения» Казахстанский национальный лекарственный формуляр определен как - перечень лекарственных средств с доказанной клинической безопасностью и эффективностью, а также орфанных (редких) лекарственных препаратов, являющийся обязательной основой для разработки лекарственных формуляров медицинских организаций и формирования списков

закупа лекарственных средств в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

Данные исследований в области здравоохранения показывают, что в 18% случаев в медицинских организациях г.Нур-Султан назначались препараты, не вошедшие в КНФ, в 86% организаций здравоохранения не проводились анализы рациональности использования финансовых затрат на лекарственные средства и анализы потребления лекарственных средств, 90% лекарственных средств назначены по торговым наименованиям. При этом, отмечается полипрагмазия, чрезмерное назначение антибиотиков и инъекционных препаратов. Отсутствие системного понимания роли КНФ в рациональном использовании ЛС снижает эффективность проводимых мероприятий.

Значение Казахстанского национального лекарственного формуляра для здравоохранения Республики Казахстан огромно, например, для клиницистов это общедоступный ресурс для врачей и выполняет роль справочника по лекарственным средствам и фармакотерапии на основе доказательной медицины, также руководство, обеспечивающее интеграцию привычной клинической практики Казахстана в лучшую международную практику, вдобавок образовательное руководство, обеспечивающее повышение квалификации в области клинической фармакологии и ограничительный перечень лекарственных средств, рекомендуемых для рутинного применения в привычной клинической практике. Для населения выполняет роль ориентира в лекарственном обеспечении в рамках гарантированного объема медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, руководство по вовлечению гражданского общества в процесс контроля рационального использования лекарственных средств.

В данной аналитической справке показаны три варианта политики и видения по реализации вариантов политики.

Вместе с тем, существующая законодательная база Казахстана имеет все необходимые условия для поддержки реализации предлагаемых вариантов политики, однако основными барьерами для реализации вариантов политики могут стать нехватка кадровых ресурсов, неэтичное продвижение лекарственных средств на рынок, отсутствие поддержки со стороны уполномоченного органа в области здравоохранения, а также недостаточное понимание медицинскими работниками и населением роли Казахстанского национального формуляра в рациональном использовании 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; 2 (37): 43-59
UDC 615.03; 615.1/3
Received: 21-02-2020
Accepted: 12-05-2020



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

КЛЮЧЕВЫЕ СООБЩЕНИЯ

В чем заключается проблема?

В Кодексе «О здоровье народа и системе здравоохранения» (Кодекс) Казахстанский национальный лекарственный формуляр определен как - перечень лекарственных средств с доказанной клинической безопасностью и эффективностью, а также орфанных (редких) лекарственных препаратов, являющийся обязательной основой для разработки лекарственных формуляров медицинских организаций и формирования списков закупок лекарственных средств в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования [1].

Данные исследований в области здравоохранения показывают, что в 18% случаев в медицинских организациях г.Нур-Султан назначались препараты, не вошедшие в Казахстанский национальный лекарственный формуляр (КНФ), в 86% организаций здравоохранения не проводились анализы рациональности использования финансовых

затрат на лекарственные средства (ЛС) и анализы потребления ЛС, 90% ЛС назначены по торговому наименованию. При этом, отмечается полипрагмазия, чрезмерное назначение антибиотиков и инъекционных препаратов.

Наряду с этим, при формировании КНФ, в перечень вошли все зарегистрированные торговые наименования в государственном реестре [2] по представленным Международным непатентованным наименованиям (МНН), не прошедшие оценку и отбор для включения в КНФ, периодически включаются МНН препаратов, не имеющие доказанной клинической эффективности и безопасности.

Отсутствие системного понимания роли КНФ в рациональном использовании ЛС, присутствие в государственном реестре препаратов с низкой доказательной базой, формальное функционирование системы фармаконадзора и анализа медикаментозных ошибок, нехватка кадрового потенциала снижают эффективность проводимых мероприятий.

Варианты политики

Вариант 1. Повышение понимания роли КНФ в повышении рационального использования лекарственных средств (РИЛС) всеми сторонами, вовлеченными в процесс.

•Повышение понимания ключевыми полисимейкерами в сфере здравоохранения роли КНФ для разработки эффективных инструментов, норм и политики.

•Систематические мероприятия по повышению информированности и понимания специалистами в сфере здравоохранения и населением роли КНФ (обучение в ВУЗе, охват информационной кампанией). Признание справочника КНФ учебно-методической литературой для обязательного обучения в медицинских ВУЗах и колледжах приведет к систематизации знаний в области рационального использования ЛС.

•Доступ к информации по правильному применению ЛС, основанных на результатах крупных рандомизированных клинических исследований, систематических обзоров и мета-анализов приведет к повышению качества медицинской помощи, снижению медикаментозных ошибок, рациональному использованию ЛС.

Вариант 2. Совершенствование системы регистрации ЛС и фармаконадзора для исключения возможности включения в КНФ препаратов с низкой доказанной

эффективностью и безопасностью.

•Регистрация в Республике Казахстан (РК) препаратов с низкой доказательностью эффективности и безопасности приводит к назначению данных препаратов в рамках оказания платных услуг, что приводит к необоснованному росту карманных расходов населения.

•Функционирование системы 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.

Вариант 3. Совершенствование работы формулярных комиссий, как на республиканском уровне, так и на региональном уровне, и на уровне организаций здравоохранения в повышении статуса КНФ.

•Повышение предъявляемых требований к претендентам в состав формулярных комиссий (далее - ФК) (знания в области доказательной медицины, клинической фармакологии и фармации, фармакоэкономики) приведут к качественной оценке и отбору ЛС в ограничительные перечни, рассмотрению вопросов применения препаратов офф-лейбл, анализу проблем и разработке рекомендаций по повышению рационального использования ЛС;

• Постоянное повышение квалификаций членов ФК не только в области рационального использования ЛС, но и в области знания и применения нормативно-правовых актов необходимо для совершенствования и

применения новых технологий для улучшения работы;

• Раскрытие конфликта интересов членов ФК способствует соблюдению правил этического продвижения ЛС.

РЕАЛИЗАЦИЯ ВАРИАНТОВ ПОЛИТИКИ

Возможности и барьеры

Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) от 8 мая 2019 года № ҚР ДСМ-70 «Правила формирования Казахстанского национального лекарственного формуляра, перечня лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями), а также разработки лекарственных формуляров организаций здравоохранения» определены критерии для включения/исключения ЛС в КНФ [3]. Данные критерии соответствуют международным стандартам систематического поиска информации доказательной базы.

Наряду с этим, на практике отмечается отсутствие единого подхода при принятии решений, превалирование авторитарного мнения, без научного обоснования решений, что приводит к включению в ограничительные перечни препаратов с низкой доказательной базой, или, наоборот, включение одного препарата из имеющихся на рынке альтернативных препаратов одной фармакотерапевтической группы, тем самым ограничивая конкуренцию между ними.

Вместе с тем, Кодексом из КНФ исключены цены на каждое торговое наименование ЛС [1]. Наряду с перечнем КНФ, формируется список ЛС для закупа Единым дистрибьютором в рамках Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОВМП) и Обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) с предельными ценами. Если ранее в данный список входили только ЛС для закупа на стационарном уровне и ЛС, закупаемые из республиканского бюджета на амбулаторном уровне, то, начиная с 2018 года, в связи с централизацией закупа ЛС на амбулаторном уровне, в список ЛС, закупаемых Единым дистрибьютором включены все препараты, входящие в перечень ЛС и медицинских изделий (МИ) на амбулаторном уровне.

Таким образом, на текущий момент существуют на республиканском уровне три перечня ЛС в рамках ГОВМП и ОСМС и каждым управлением здравоохранения и медицинской организацией формируется лекарственный формуляр. Также, при регистрации ЛС, для получения разрешения на реализацию на территории РК, формируется реестр ЛС.

Видение по реализации вариантов политики

• Каждый из этих вариантов политики может способствовать более 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. Автономная деятельность,

направленная только на один из вариантов политики, может быть менее эффективной.

• Существующая нормативно-правовая 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.

ПОЛНЫЙ ОТЧЕТ

Введение

Для рационального использования ЛС требуется, чтобы «пациенты получали медикаментозное лечение, соответствующее клиническим показаниям, в таких дозах, которые отвечают их индивидуальным потребностям, в течение достаточного периода времени и при наименьших затратах для них и их общины» [4].

Нерациональное использование лекарственных средств является серьезной проблемой во всех странах. По оценке Всемирной

организации здравоохранения (ВОЗ), более половины всех ЛС неправильно назначаются, отпускаются или продаются, а половина всех пациентов, получающих ЛС, неправильно принимают их. Чрезмерное, недостаточное или неправильное использование лекарств приводит к расточительному расходованию ограниченных ресурсов и возникновению широко распространенных угроз для здоровья [4]. Из них в РК наиболее распространенными

являются следующие:

- полипрагмазия;
- 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.

Описание проблемы

Казахстанский национальный лекарственный формуляр – это перечень лекарственных средств с доказанной клинической безопасностью и эффективностью, а также орфанных (редких) лекарственных препаратов, являющийся обязательной основой для разработки лекарственных формуляров медицинских организаций и формирования списков закупок лекарственных средств в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования [1]. Формирование КНФ производится согласно Приказу МЗ РК от 8 мая 2019 года № ҚР ДСМ-70 «О внесении изменений в Приказ Министра здравоохранения и социального развития РК от 22 мая 2015 года № 369 «Об утверждении Правил разработки и утверждения Казахстанского национального лекарственного формуляра» [3].

КНФ формируется из лекарственных средств с доказанной клинической безопасностью и эффективностью, а также орфанных (редких) лекарственных препаратов. Формулярной комиссией в порядке определяемом в соответствии с пунктом 2 статьи 86-2 Кодекса [1].

Для включения ЛС в КНФ по МНН Формулярной комиссией в соответствии с пунктом 2 статьи 86-2 Кодекса рассматриваются [1]:

- 1) наличие государственной регистрации, перерегистрации ЛС в РК по МНН, за исключением орфанных препаратов;
- 2) наличие доказанной клинической безопасности и эффективности, определяемое в соответствии с пунктом 2 статьи 86-2 Кодекса;
- 3) наличие МНН в международных клинических руководствах;
- 4) наличие МНН в списке основных ЛС ВОЗ;
- 5) наличие МНН в Британском национальном лекарственном формуляре (BNF) и/или Британском национальном формуляре для детей (BNF для детей);
- 6) наличие одобрения Управления по контролю пищевых продуктов и ЛС США и/или Европейского агентства по лекарственным средствам;
- 7) наличие в клинических протоколах РК.

При соответствии не менее пяти из вышеперечисленных критериев, в том числе подпункт 1) ЛС по МНН включается в КНФ на основании протокола заседания ФК.

В случае соответствия четырем и менее из вышеперечисленных критериев, в том числе подпункт 1) лекарственное средство по МНН не включается в КНФ.

Для включения лекарственных препаратов в КНФ по торговому наименованию при наличии в КНФ лекарственного средства по МНН ФК в соответствии с пунктом 2 статьи 86-2 Кодекса рассматриваются [1]:

- 1) наличие государственной регистрации ЛС в РК по торговому наименованию (что подтверждает надлежащее качество лекарственного препарата), за исключением орфанных препаратов;
- 2) наличие представленной лекарственной формы и дозы в БНФ или БНФ для детей;
- 3) наличие одобрения представленной лекарственной формы и дозы Управлением по контролю пищевых продуктов и ЛС США и (или) Европейского агентства по ЛС;
- 4) наличие подтверждения экспертной организации данных терапевтической эквивалентности и/или биоэквивалентности для воспроизведенных лекарственных препаратов.

При соответствии вышеперечисленным критериям ЛС по торговому наименованию включается в КНФ на основании протокола заседания ФК.

При несоответствии вышеперечисленным критериям ЛС по торговому наименованию не включается в КНФ.

В данный Приказ МЗ РК от 8 мая 2019 года № ҚР ДСМ-70 «О внесении изменений в Приказ Министра здравоохранения и социального развития РК от 22 мая 2015 года № 369 «Об утверждении Правил разработки и утверждения Казахстанского национального лекарственного формуляра» 02 апреля 2020 года были внесены изменения в части критериев включения в КНФ [3]. Теперь, при соответствии даже одному из критериев, ЛС включается в КНФ.

Наряду с этим, на практике отмечается отсутствие единого подхода при принятии решений, превалирование авторитарного мнения, без научного обоснования решений,

что приводит к включению в ограничительные перечни препаратов с низкой доказательной базой, или, наоборот, включение одного препарата из имеющихся на рынке альтернативных препаратов одной фармакотерапевтической группы, тем самым ограничивая конкуренцию между ними.

Вместе с тем, Кодексом из КНФ исключены цены на каждое торговое наименование ЛС [1]. Наряду с перечнем КНФ, формируется список ЛС для закупа Единым дистрибьютором в рамках ГОБМП и ОСМС с предельными ценами. Если ранее в данный список входили только ЛС для закупа на стационарном уровне и ЛС, закупаемые из республиканского бюджета

Анализ ситуации в Казахстане

С целью решения вопросов качества, безопасности и доступности ЛС, предоставляемых населению, в 2015 году специалисты Министерства здравоохранения и социального развития РК совместно с экспертами Всемирного банка, Европы и Австралии разработали КНФ. До выхода первого КНФ использовался Республиканский лекарственный формуляр (РЛФ) - ограничительный и рекомендательный перечень ЛС для ГОБМП построенный на принципах привычной клинической практики. В 2015 году при создании первого КНФ с РЛФ не вошли 167 позиции ЛС, в связи с низким уровнем доказанной клинической эффективности каждой позиции. Эти 167 позиции были исключены, в итоге в КНФ были включены 1198 МНН и 2909 торговых наименований (ТН). В 2017 году вышла вторая версия КНФ, которая включала 767 МНН и 3035 торговых

на амбулаторном уровне, то, начиная с 2018 года, в связи с централизацией закупа ЛС на амбулаторном уровне, в список ЛС, закупаемых Единым дистрибьютором включены все препараты, входящие в перечень ЛС и МИ на амбулаторном уровне.

Таким образом, на текущий момент существуют на республиканском уровне три перечня ЛС в рамках ГОБМП и ОСМС и каждым управлением здравоохранения и медицинской организацией формируется лекарственный формуляр. Также, при регистрации ЛС, для получения разрешения на реализацию на территории РК, формируется реестр ЛС.

наименований лекарственных препаратов. В 2019 году был проведен анализ Перечня КНФ в соответствии с главой 2 Приказа МЗ РК от 8 мая 2019 года № ҚР ДСМ-70 «О внесении изменений в Приказ Министра здравоохранения и социального развития РК от 22 мая 2015 года № 369 «Об утверждении Правил разработки и утверждения Казахстанского национального лекарственного формуляра» [3].

Согласно вышеуказанному приказу, была разработана таблица для внесения изменений в проект Приказа от 25 апреля 2019 года №ҚР ДСМ-51 «О внесении изменения в приказ МЗ РК от 8 декабря 2017 года № 931 «Об утверждении Казахстанского национального лекарственного формуляра» в формате Excel, содержащая следующие разделы (Рисунок №1) [5].

№	АТХ код	Фармакологическая группа/МНН	Торговое наименование	Лекарственная форма	Номер регистрационного удостоверения *	Предельная цена	1	2	3	4	5	6	7	8			
							регистрация (НЦЭЛС)	орфанный	Orphanet	Приказ 432	Доказанность и эффективность (Cochrane library)	МКР (NICE, BMJ Best practice)	ВОЗ взрослый и детский 2017 год	БНФ-БНФ детский	FDA/EMA	КП РК	Примечание

Рисунок 1 - Проект таблицы по внесению изменений в проект Приказа МЗ РК от 25 апреля 2019 года №ҚР ДСМ-51 «О внесении изменения в приказ МЗ РК от 8 декабря 2017 года № 931 «Об утверждении Казахстанского национального лекарственного формуляра» в формате Excel

Методология работы с таблицей: Всего в таблице 7 разделов согласно главе 2 пункту 6 Приказа МЗ РК №ҚР ДСМ-70 «О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения и социального развития РК от 22 мая 2015 года № 369 «Об утверждении Правил разработки и утверждения Казахстанского национального лекарственного формуляра» от 08 мая 2019 года [3].

Также рассматривалась наличие/отсутствие позиции МНН в соответствии со следующим действующим приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 29 мая 2015 года № 432 «Об утверждении перечня орфанных препаратов» [6].

Результаты анализа

Результаты анализа, внесенных изменений в проект Приказа МЗ РК от 25 апреля

2019 года №ҚР ДСМ-51 «О внесении изменения лекарственного формуляра»» представлены в приказ МЗ РК от 8 декабря 2017 года № 931 таблице 1 [5].
«Об утверждении Казахстанского национального

Таблица 1 - Результаты анализа, внесенных изменений в проект приказа от 25 апреля 2019 года №ҚР ДСМ-51 «О внесении изменения в приказ МЗ РК от 8 декабря 2017 года № 931 «Об утверждении Казахстанского национального лекарственного формуляра»»

Было в утвержденном Приказе № ҚР ДСМ-51 от 25.04.2019 торговых наименований и МНН	2964
Из них: МНН	945
Торговые наименования	2019
После решения ФК МЗ РК (заседание от 12.11.2019г.) стало в проекте приказа	2945
Из них: МНН	940
Торговые наименования	2005
Включено торговых наименований и МНН согласно решению ФК МЗ РК за период январь-апрель 2019 года	18
Из них: МНН	6
Торговые наименования	12
Включено торговых наименований из приказа №931	1255
Орфанные препараты (включенные в проект приказа согласно решению ФК МЗ РК от 23.12.2019г.)	43
Из них: МНН	15
Торговые наименования	28
Включено МНН и ТН согласно поступившим запросам в период 2018-2020гг.	119
Из них: МНН	16
Торговые наименования (МНН представлены в приказе ҚР ДСМ-51)	80
Торговые наименования (МНН не представлены в приказе ҚР ДСМ-51)	23
Стало в проекте Приказа № ҚР ДСМ-51 торговых наименований и МНН	6236
Из них: МНН	974
Торговые наименования	5262
Из них включено ТН согласно исх.№12-01-6/18149 от 18.09.2019г. письму от ДЛОС МЗ РК	1854
ЛС (МНН и ТН) исключенные из приказа КНФ с истекшими РУ более 1 года.	17
Из них: МНН	2
Торговые наименования	15
Позиции ЛС из приказа ҚР ДСМ -51 не соответствующие в полном объеме критериям включения	28
Из них: МНН	15
Торговые наименования	13

По решению формулярной комиссии уполномоченного органа от 23 января 2020 года в проект Приказа включены 976 МНН и

6052 торговых наименований лекарственных препаратов [5].

Обзор международного опыта

Лекарственные формуляры - это списки, которые служат воротами для покрытия расходов на рецептурные лекарства в планах медицинского обслуживания в США и влияют на действие каждого врача, фармацевта, покупателя и пациента. Цель лекарственного формуляра заключается в предоставлении высококачественной медицинской помощи с использованием наиболее экономически эффективных лекарств [8].

Устанавливая ограничения по охвату отпускаемых по рецепту лекарств, формулярные руководства призваны обеспечить получение

пациентами наиболее подходящих лекарств и сократить использование ненужных медицинских ресурсов. Препараты самого низкого уровня имеют наименьшую долю затрат на пациента, в то время как препараты самого высокого уровня имеют наибольшую долю затрат на пациента. Генерики - которые обычно содержат те же активные ингредиенты, что и брендовые лекарства - часто назначаются на самые низкие уровни, а брендовые и специальные лекарства заполняют более высокие уровни [9].

Британский национальный формуляр (BNF) - это фармацевтический справочник

Соединенного Королевства (Великобритания), который содержит широкий спектр информации и рекомендаций по назначению лекарств и фармакологии, а также конкретные факты и подробности о многих лекарствах, имеющих в Национальной службе здравоохранения Великобритании (NHS). Информация в BNF включает в себя показания, противопоказания, побочные эффекты, дозы, классификацию, названия и цены на доступные патентованные и генерические ЛС, а также любые другие заметные моменты [9].

Многие люди и организации вносят свой вклад в подготовку БНФ. Он совместно создан Британской медицинской ассоциацией (ВМА) и Королевским фармацевтическим обществом; и совместно публикуется BMJ Group (которая принадлежит ВМА) и Pharmaceutical Press (принадлежит Королевскому

фармацевтическому обществу). Он публикуется под руководством Объединенного формулярного комитета (JFC), в состав которого входят представители двух профессиональных органов и Министерства здравоохранения [9].

Информация о ЛС взята из литературы по продуктам производителей, медицинской и фармацевтической литературы, регулирующих органов и профессиональных организаций. Рекомендации составлены из клинической литературы и отражают, насколько это возможно, оценку доказательств из различных источников. BNF также принимает во внимание авторитетные национальные руководящие принципы и возникающие проблемы безопасности. Кроме того, JFC принимает рекомендации по всем терапевтическим областям от опытных клиницистов; это гарантирует, что рекомендации BNF актуальны для практики.

ТРИ ВАРИАНТА ДЛЯ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

На основе доказательств, полученных из систематических обзоров, мы предлагаем

варианты политики для совершенствования КНФ:

Вариант 1. Повышение понимания роли КНФ в повышении РИЛС всеми сторонами, вовлеченными в процесс.

По оценкам ВОЗ, более половины всех ЛС назначается, отпускается или продается ненадлежащим образом, и каждый второй пациент принимает их неправильно, что может принимать форму чрезмерного, недостаточного или ненадлежащего использования ЛС [4].

Из них наиболее распространенными являются следующие:

- полипрагмазия (использование слишком большого количества ЛС);
- 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.

Для изучения данной ситуации в РК Центром рационального использования лекарственных средств РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК (РЦРЗ) было проведено исследование практики назначения ЛС на амбулаторном уровне по индикаторам ВОЗ в медицинских организациях, оказывающих первичную медицинскую помощь и в аптечных учреждениях в 16 регионах РК в сравнении за 5 лет с 2011г. – 2015 г., с

проведением социологического опроса врачей и фармацевтических работников.

По результатам исследования практики назначения ЛС по индикаторам ВОЗ в медицинских и аптечных организациях [4]:

В среднем пациенту назначается около трех ЛС (2,5 ед.) из которых в среднем 27,1% назначается по международному непатентованному наименованию, 23,9% являются антибиотиками и 17,8% препаратами парентерального применения, при этом наблюдается увеличение назначений антибактериальных ЛС и инъекционных препаратов.

Таким образом, в сравнении с рекомендуемыми международными нормами, имеются признаки полипрагмазии. Назначение инъекционных препаратов и антибактериальных средств превышает рекомендуемых норм.

Медицинские работники, назначая лекарства, практически в 73% не используют международные непатентованные наименования, но в сравнении с 2011 годом, более чем в два раза больше доверяют и используют формулярные препараты.

По результатам социологического опроса специалистов в области здравоохранения:

- Всего 11% врачей выписывают лекарства только по международным непатентованным наименованиям, 55% врачей используют как МНН, так и торговые наименования в своей практике и 34% врачей выписывают препараты только по торговым наименованиям;

- 88% врачей и фармацевтических

работников знают, что такое «генерический препарат» и около 12% опрошенных специалистов не представляют значения данного термина;

- 63% врачей и фармацевтических работников считают, что есть различия в качестве генерических препаратов по сравнению с оригинальными, 37% - в эффективности и безопасности;

- 41% провизоров и фармацевтов знают какие ЛС являются «Оригинальными», 59% предоставили другие варианты ответов;

- 68% провизоров и фармацевтов утверждают, что врачи выписывают рецепты на антибиотики постоянно и 32% специалистов утверждают, что врачи не выписывают рецепты на антибиотики;

- 71% провизоров и фармацевтов утверждают, что антибиотики отпускаются с аптеки строго по рецепту врача и 29% без рецепта врача;

- 17% провизоров и фармацевтов указали на то, что врачами назначаются инъекционные ЛС каждому 2 пациенту, 53% каждому 5 пациенту и 30% каждому 10 пациенту;

- 16% провизоров и фармацевтов указали на то, что отпускаются с аптеки инъекционные препараты каждому 2 пациенту, 47% каждому 5 пациенту и 37% каждому 10 пациенту;

- 32% провизоров и фармацевтов утверждают, что при отпуске ЛС одному пациенту количество препаратов составляет 1-2 наименования, 59% 2-5 наименований и 9% утверждают, что количество отпущенных препаратов составляет более 5 наименований;

- 45% опрошенных врачей назначали ЛС, входящие в РЛФ, 51% - частично назначали ЛС, входящие в РЛФ, 2% - никогда не выписывали ЛС из РЛФ, а 2% врачей вообще не имеют представления какие препараты входили в РЛФ.

При выявлении побочных действий ЛС 46,5% врачей и фармацевтических работников не сообщают о выявлении, т.к. это слишком сложная и длительная процедура, 17,5% опасаются проверок и последствий, 33% не знают алгоритма действий, и лишь 15,5% специалистов заполняют карту-сообщений и передадут ее в Национальный центр экспертизы лекарственных средств.

Полученные данные свидетельствуют обо все еще малой информированности специалистов практического здравоохранения в вопросах РИЛС, выявления и мониторинга побочных действий ЛС, а также необходимости проведения широкой информационной кампании по данным вопросам.

Зарубежный опыт в области развития формулярной системы, показывает, что формулярная система, основанная на

доказательной медицине, начала развиваться в Великобритании. BNF с его специальными приложениями для врачей-стоматологов и медицинских сестер имеет значительную роль в информировании о рациональной фармакотерапии в Великобритании и оценивается многими международными экспертами как «мировой образец регламентирующих документов национального масштаба» [10]. BNF формуляр издается уже более 50 лет и на сегодняшний день насчитывает 79 выпусков.

Опыт Великобритании быстро прогрессировал и очень удачно воплотился в жизнь Австралии и Канады, где и сейчас наиболее развитая и эффективная формулярная система.

К отличительным особенностям действующей в Канаде федеральной системы здравоохранения относится то, что провинция сама определяет стоимость лечения и разрабатывает списки препаратов, которые они могут возместить. К настоящему времени формулярная система доминирует в системах здравоохранения большинства стран мира и является основной доктриной ВОЗ в области лекарственного обеспечения [10].

По данным ВОЗ, иррациональное использование ЛС является чрезвычайно серьезной глобальной проблемой, которая является расточительной и вредной. В развивающихся странах и странах с переходной экономикой на уровне первичной медико-санитарной помощи менее 40% пациентов в государственном секторе и 30% пациентов в частном секторе проходят лечение в соответствии со стандартными руководящими принципами лечения [11].

Для повышения понимания роли КНФ в повышении рационального использования ЛС РЦРЗ разработана стандартная операционная процедура «Взаимодействие с клиническими экспертами» где указано следующее:

- разделять и воплощать принципы доказательной медицины и доказательной практики;

- пропагандировать и продвигать безопасное, эффективное и рациональное применение ЛС;

- поддерживать концепцию и задачи создания национального лекарственного формуляра с целью содействия рациональному назначению ЛС;

- работать независимо от внешних влияний, таких как фармацевтические кампании и фармацевтическая индустрия, полный перечень потенциальных конфликтов интересов должен быть задекларирован.

Принимая во внимание возможное отсутствие постоянных личных встреч,

необходимы навыки работы в Интернете, в том числе в Skype или других возможных социальных средств связи для проведения телеконференций.

Ключевыми функциями Экспертов являются:

- Эксперты должны предоставлять консультации редакторской группе и членам ФК по содержанию КНФ с целью обеспечения актуальности и точности его содержания в контексте здравоохранения Казахстана.

Экспертам в соответствии с задачами и функциями редакторской группы КНФ необходимо:

1) Отвечать на запросы редакторов КНФ по клиническим вопросам, связанным с адаптацией существующего содержания КНФ и изменений содержания КНФ, его соответствия локальной привычной клинической практике и международным рекомендациям специализированных врачебных и клинических сообществ.

2) Предоставлять ответственное экспертное заключение по заданиям редакции КНФ, касающимся содержания КНФ и его изменения.

3) Оказывать помощь редакторской группе в подготовке обзорных материалов для обсуждения членами ФК.

4) Принимать участие в работе ФК и рабочих встречах с редакторской группой по мере необходимости.

5) Консультировать редакторскую группу по вопросам местного применения ЛС и направлениях терапии в РК. Например, как международные руководства и рекомендации могут быть применимы в Казахстане.

6) Информировать редакторскую группу о принятии изменений, пересмотре и утверждении новых протоколов лечения в РК.

7) Представлять консенсус по обсуждаемым вопросам в курируемых специализированных областях применения ЛС.

8) Осуществлять консультирование ФК по вопросам, относящимся к общим целям и задачам КНФ и помогать в разрешении возникших споров.

9) Поддерживать, защищать и продвигать общие цели и КНФ перед правительством, общественностью и медицинскими сообществами.

Вариант 2. Совершенствование системы регистрации ЛС и фармаконадзора для исключения возможности включения в КНФ препаратов с низкой доказанной эффективностью и безопасностью.

Рационализировать правила проведения

фармаконадзора и мониторинга безопасности, качества и эффективности ЛС.

Внести обязательное обучение по РИЛС для организации проводящей фармаконадзор согласно приказа МЗ РК от 27 мая 2019 года № ҚР ДСМ-88 «О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения и социального развития РК от 29 мая 2015 года №421 «Об утверждении Правил проведения фармаконадзора лекарственных средств и мониторинга побочных действий лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники»» [12]. Согласно данному приказу проведение фармаконадзора обеспечивается уполномоченным органом в области здравоохранения и направлено на выявление, анализ, оценку и предотвращение нежелательных последствий применения лекарственных препаратов.

Сведения о нежелательных последствиях применения лекарственного препарата, в том числе вакцин предоставляются субъектами здравоохранения, субъектами в сфере обращения ЛС и МИ, а также держателями регистрационных удостоверений ЛС в виде Карты-сообщения о нежелательных реакциях лекарственного препарата (карта-сообщение) по форме согласно приложению 1 вышеуказанном в приказе.

Карты-сообщения содержат обязательный минимальный объем информации, требуемый для установления оценки причинно-следственной связи между применением лекарственного препарата и развитием нежелательных реакций. Далее карты-сообщения передаются через интернет-ресурс экспертной организации в режиме онлайн (портал), посредством факса, электронной почты или предоставляются нарочно в экспертную организацию на бумажном носителе. Для получения доступа на портал в целях передачи карт-сообщений в экспертную организацию:

1) субъекты здравоохранения представляют перечень медицинских организаций с указанием данных ответственного лица за мониторинг нежелательных реакций лекарственного препарата;

2) территориальные департаменты государственного органа в сфере обращения ЛС и МИ представляют перечень фармацевтических организаций с указанием данных ответственного лица за мониторинг нежелательных реакций лекарственного препарата;

3) держатели регистрационного удостоверения ЛС представляют данные уполномоченного и контактного лица по фармаконадзору на территории РК.

Сроки предоставления карты-сообщения в случаях выявления на территории РК:

1) серьезной нежелательной реакции – в течение 48 часов с момента наступления случая (для медицинских учреждений и организаций здравоохранения) и в течение 15 календарных дней с момента получения информации (для держателей РУ);

2) нежелательной реакции – в течение 15 календарных дней с момента наступления случая;

3) серьезной непредвиденной нежелательной реакции (СННР) на исследуемый лекарственный препарат, выявленной в ходе клинических исследований – в течение 7 календарных дней от даты получения информации о выявлении СННР, в случае, если они привели к смерти или представляли угрозу для жизни и в срок до 15 календарных дней от даты получения информации для остальных СННР.

В случае если сроки предоставления карты-сообщения с момента получения информации приходится на выходной или праздничный дни, информация предоставляется в первый после него рабочий день.

В случае СННР на лекарственный препарат, произошедшей за пределами РК и приведшей к смерти больного и (или) угрозе жизни пациента, держатель регистрационного удостоверения в течение 15 календарных дней со дня получения информации направляет в экспертную организацию Отчет о случаях серьезной непредвиденной нежелательной реакции ЛС, выявленной вне территории РК.

Экспертная организация проводит обработку, анализ и оценку полученных карт-сообщений.

При обработке полученных карт-сообщений о нежелательных реакциях, выявленных на территории РК, экспертная организация осуществляет:

1) валидацию карты-сообщения (наличие минимального объема обязательной информации);

2) верификацию информации в карте-сообщений;

3) выявление дублирующих карт-сообщений;

4) регистрацию карты-сообщения в электронной базе данных экспертной организации;

5) регистрацию нежелательной реакции лекарственного препарата в процессе проведения клинического исследования;

6) направление субъектам здравоохранения и/или субъектам в сфере обращения ЛС и МИ, а также держателям регистрационных удостоверений ЛС запроса о предоставлении дополнительной информации, включающей первичную медицинскую

документацию, карту эпидемиологического расследования, а также образцы подозреваемого ЛС.

Анализ и оценка карт-сообщений проводятся экспертной организацией и предусматривают установление причинно-следственной связи в соответствии с классификацией ВОЗ по времени (или месту) между применением лекарственного препарата и развитием нежелательной реакции и включает:

1) анализ данных карты-сообщения;

2) анализ дополнительных данных, полученных от медицинской организации, медицинского или фармацевтического работника и представленных держателем регистрационного удостоверения (информация о причинно-следственной связи);

3) оценку результатов дополнительной экспертизы качества и безопасности образцов лекарственного средства в соответствии с порядком, предусмотренным пунктом 2 статьи 84 Кодекса [1].

В случае поступления карты-сообщения о серьезной нежелательной реакции экспертная организация направляет соответствующую информацию в государственный орган в течение 48 часов с момента обработки и валидации карты-сообщения.

В случае перевода нежелательной реакции из категории серьезной нежелательной реакции в несерьезную нежелательную реакцию экспертная организация направляет соответствующую информацию в государственный орган в течение 15 календарных дней.

В случае если сроки предоставления карты-сообщения с момента получения информации приходится на выходной или праздничный дни, информация предоставляется в первый после него рабочий день.

Экспертная организация в течение 60 календарных дней проводит оценку причинно-следственной связи и направляет в государственный орган Экспертное заключение по оценке причинно-следственной связи между нежелательной реакцией и применением ЛС.

Экспертная организация ежемесячно направляет государственному органу Отчет о поступивших картах-сообщениях.

По официальному запросу держателя регистрационного удостоверения экспертная организация предоставляет информацию о всех поступивших картах-сообщениях на лекарственный препарат за указанный в письменном запросе период.

Для выявления сигнала, связанного с безопасностью ЛС, экспертная организация сотрудничает с международными организациями и на постоянной основе осуществляет систематическое изучение данных научно-

медицинской литературы (зарубежных и местных изданий), сайтов регуляторных органов других стран, ВОЗ.

Выявление и оценка сигнала предусматривает изучение всей имеющейся информации (фармакологической, медицинской, эпидемиологической) по соответствующему сигналу.

Обзор информации включает доступные научные и клинические данные, включая данные регистрационного досье лекарственного препарата, статьи в медицинской литературе, спонтанные сообщения и информацию от держателей регистрационных удостоверений и регуляторных органов других стран. В случае получения информации из нескольких источников, учитывается уровень их доказательности.

Сигнал считается валидированным, если процесс верификации всей имеющейся информации свидетельствует о предположительно новой причинно-следственной связи или новом аспекте известной взаимосвязи, следовательно, является обоснованием дальнейшей оценки.

По результатам оценки сигнала экспертная организация направляет в государственный орган и держателю регистрационного удостоверения соответствующую информацию, включающую меры рекомендательного характера:

1) о приостановке действия регистрационного удостоверения лекарственного препарата до завершения оценки сигнала при наличии потенциальной угрозы здоровью человека и/или общественному здравоохранению;

2) о проведении дополнительного изучения, принятии и/или разработке мер по минимизации рисков, если механизмы развития подозреваемой нежелательной реакции указывают на возможность предупреждения или снижения степени тяжести нежелательной реакции;

3) о проведении пострегистрационного исследования безопасности с целью изучения потенциального вопроса (проблемы) по безопасности лекарственного препарата;

4) о внесении дополнительной информации по безопасности в общую характеристику и инструкцию по медицинскому применению (листок-вкладыш) ЛС.

В случае необходимости проведения дополнительных действий держателем регистрационного удостоверения, экспертная организация направляет держателю регистрационного удостоверения уведомление в произвольной форме с указанием срока выполнения рекомендованных действий.

В случае отсутствия риска для пациентов, экспертная организация в письменной произвольной форме информирует государственный орган об отсутствии необходимости последующей оценки или дальнейших действий.

Вместе с тем, по результатам исследований, 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. Порой, медицинские и фармацевтические работники медикаментозные ошибки даже не рассматривают как причину ухудшения состояния пациента или появления осложнений, не оцениваются возможные негативные последствия взаимодействий ЛС.

Вариант 3. Совершенствование работы формулярных комиссий как на республиканском уровне, так и на региональном уровне, и на уровне организаций здравоохранения в повышении статуса КНФ.

Формулярная система обеспечивает оптимальное использование безопасных, эффективных, экономически доступных ЛС.

Формулярная система представлена тремя уровнями:

1) республиканский уровень представлен ФК, КНФ и его интернет-ресурсом, оценкой рационального использования ЛС;

2) региональный уровень представлен ФК местных органов государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы, сводными лекарственными формулярами управлений здравоохранения регионов;

3) местный уровень представлен ФК, лекарственными формулярами и оценкой рационального использования ЛС организаций здравоохранения.

Основными компонентами формулярной системы являются:

1) ФК;

2) лекарственный формуляр;

3) формулярный справочник ЛС;

4) рекомендации по рациональной фармакотерапии;

5) оценка РИЛС.

ФК осуществляет координацию и методологическую поддержку деятельности формулярной системы.

ФК является консультативно-совещательным органом и создается уполномоченным органом в составе

представителей уполномоченного органа, профильных специалистов, представителей фармацевтической промышленности, неправительственных организаций, имеющих специальные знания в сфере обращения ЛС, клинической фармакологии и доказательной медицины, с правом голоса в количестве не менее одиннадцати человек.

Целью деятельности ФК является выработка рекомендаций по совершенствованию обеспечения населения ЛС и МИ и представление на рассмотрение уполномоченного органа.

Основными задачами ФК являются:

1) содействие в обеспечении населения и организаций здравоохранения безопасными, эффективными, качественными и доступными ЛС и МИ;

2) поддержание и совершенствование лекарственного обеспечения через рациональное использование ЛС путем совершенствования формулярной системы.

В организациях здравоохранения, в том числе оказывающих медицинскую помощь и находящихся в ведении уполномоченного органа и управлений здравоохранения региона формируются ФК.

Формирование лекарственного формуляра организаций здравоохранения состоит из следующих этапов:

1) формирование списка ЛС по МНН, необходимых для оказания медицинской помощи либо совершенствование уже существующего лекарственного формуляра, на основе данных по распространенности заболеваний, а также регистра больных в соответствии с профилем организации здравоохранения;

2) проверка лекарственных препаратов на наличие в КНФ;

3) проведение сравнительного анализа клинической и экономической эффективности использования ЛС по сравнению с имеющимися аналогами в лекарственном формуляре организации здравоохранения и включение в лекарственный формуляр наиболее эффективных и наименее затратных лекарственных препаратов из КНФ;

4) применение результатов оценки использования ЛС (ABC-VEN анализ) лекарственного формуляра и анализа потребления ЛС организацией здравоохранения за предыдущий год;

5) рассмотрение и согласование сформированного лекарственного формуляра на заседании ФК;

Видение по реализации трех вариантов политики

В Кодексе [1] КНФ формулируется как «Казахстанский национальный лекарственный формуляр – перечень лекарственных средств

6) согласование лекарственного формуляра с управлениями здравоохранения региона и/или уполномоченным органом;

7) утверждение лекарственного формуляра организации здравоохранения первым руководителем организации здравоохранения;

8) пересмотр лекарственного формуляра организации здравоохранения проводится не реже одного раза в год;

9) дополнения и изменения в лекарственный формуляр организаций здравоохранения вносятся ежеквартально по мере необходимости.

Лекарственный формуляр разрабатывается ФК с учетом следующих критериев отбора ЛС:

1) наличие в КНФ;

2) наличие обоснованной потребности в использовании предлагаемого ЛС с учетом данных по распространенности заболеваний, а также регистра больных из существующих автоматизированных информационных ресурсов в области здравоохранения, используемых на территории РК;

3) выбор ЛС при наличии преимуществ по сравнению с имеющимся аналогом в лекарственном формуляре. Замена препаратов для лечения пациентов с хроническими формами заболеваний осуществляется по медицинским показаниям;

4) приемлемость по стоимости;

5) доступность лекарственного препарата в достаточном количестве в любой лекарственной форме и в любое время.

Сводный лекарственный формуляр региона разрабатывается ФК управления здравоохранения региона для оказания медицинской помощи на основе лекарственных формуляров организаций здравоохранения региона.

Таким образом, для совершенствование работы ФК как на республиканском уровне, так и на региональном уровне и на уровне организаций здравоохранения в повышении статуса КНФ необходимо соблюдать все вышеуказанные правила, дополнительно проводить информационную кампанию среди специалистов здравоохранения по вопросам РИЛС и дальнейшее совершенствование системной работы по рациональной фармакотерапии путем создания научного центра клинической фармакологии и рациональной фармакотерапии.

с доказанной клинической безопасностью и эффективностью, а также орфанных (редких) лекарственных препаратов, являющийся

обязательной основой для разработки лекарственных формуляров медицинских организаций и формирования списков закупок лекарственных средств в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, в связи с чем был утвержден Приказ МЗ РК от 21 апреля 2020 года № ҚР ДСМ-40/2020 «О внесении изменения в приказ МЗ РК от 8 декабря 2017 года № 931 «Об утверждении Казахстанского национального лекарственного формуляра»» [13].

Видение:

1) преобразование КНФ в фармакотерапевтический справочник, согласованный с международными

руководствами;

2) пересмотр содержимого КНФ с позиций фармакоэкономической целесообразности для системы здравоохранения РК;

3) разработка специализированных разделов КНФ: для медицинских сестер, для населения с немедицинским образованием и по другим узким направлениям;

4) обязательное образовательное руководство в медицинских ВУЗах, обеспечивающее повышение знания в области клинической фармакологии.

Возможности и барьеры

Существует множество возможностей, где использование КНФ может помочь в работе специалистов здравоохранения (практики или клиницисты).

КНФ для клиницистов может дать следующие возможности:

1) общедоступный ресурс для врачей и выполняет роль справочника по ЛС и фармакотерапии на основе доказательной медицины;

2) фармакотерапевтическое руководство по преимущественному выбору методов лечения;

3) образовательное руководство, обеспечивающее повышение квалификации в области клинической фармакологии;

4) руководство, обеспечивающее интеграцию привычной клинической практики Казахстана в лучшую международную практику.

Возможности КНФ для населения:

1) выполнение роли ориентира в лекарственном обеспечении в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;

2) выполнение роли руководства по вовлечению гражданского общества в процесс контроля РИЛС;

3) выполнение роли связующего звена в процессе лечения и способствование созданию партнерских отношений «врач – пациент»;

4) как справочник, гармонизированный с лучшими международно-

признанными образцами информации о лекарствах, повышает общий уровень образованности общества и способствует адаптации казахстанцев к привычной клинической практике за рубежом.

Основные барьеры для реализации политики:

1) нехватка кадровых ресурсов;

2) неэтичное продвижение лекарственных средств на рынок, также включение и регистрация ЛС с недоказанной клинической эффективностью в Перечень;

3) отсутствие поддержки со стороны уполномоченного органа в области здравоохранения;

4) недостаточное понимание медицинскими работниками и населением роли КНФ в РИЛС.

Финансирование. Разработка данного аналитического обзора для формирования политики профинансирована РЦРЗ.

Конфликта интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Качество и экспертная оценка. Данный аналитический обзор для формирования политики был прорецензирован группой экспертов и лиц, определяющих политику, для обеспечения его научной точности и актуальности для системы здравоохранения. Одобрен на заседании Экспертного совета РЦРЗ.

Литература

1. Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: принят 7 июля 2020 года, № 360-VI.

Kodeks Respubliki Kazakhstan. O zdorov'e naroda i sisteme zdravookhraneniia (Code of the Republic of Kazakhstan. About people's health and the health care system) [in Russian]: priniat 7 iuliia 2020 goda, № 360-VI.

2. Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий. Веб-сайт. [Дата обращения: 18 апреля 2020] Режим доступа: <https://www.ndda.kz/>

Natsional'nyi tsentr ekspertizy lekarstvennykh sredstv i meditsinskikh izdelii (National Center for Expertise of Medicines and Medical Devices) [in Russian]. Veb-sait. [Data obrashcheniia: 18 apreliia 2020] Rezhim dostupa: <https://www.ndda.kz/>

3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил формирования Казахстанского национального лекарственного формуляра, перечня лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями), а также разработки лекарственных формуляров организаций здравоохранения: утв. 8 мая 2019 года, № ҚР ДСМ-70.

Prikaz Ministra zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhdenii Pravil formirovaniia Kazakhstanskogo natsional'nogo lekarstvennogo formuliara, perechnia lekarstvennykh sredstv i meditsinskikh izdelii dlia besplatnogo i (ili) l'gotnogo ambulatornogo obespecheniia ot del'nykh kategorii grazhdan s opredelennymi zabolevaniiami (sostoianiiami), a takzhe razrabotki lekarstvennykh formuliarov organizatsii zdravookhraneniia (Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On approval of the Rules for the formation of the Kazakhstan national drug formulary, the list of medicines and medical devices for free and (or) preferential outpatient provision of certain categories of citizens with certain diseases (conditions), as well as the development of drug formularies for healthcare organizations) [in Russian]: utv. 8 maia 2019 goda, № QR DSM-70.

4. Рациональное использование лекарственных средств. Всемирная организация здравоохранения. Веб-сайт. [Дата обращения: 18 апреля 2020] Режим доступа: https://www.who.int/medicines/areas/rational_use/ru/.

Ratsional'noe ispol'zovanie lekarstvennykh sredstv. Vsemirnaia organizatsiia zdravookhraneniia (Rational use of medicines. World health organization) [in Russian]. Veb-sait. [Data obrashcheniia: 18 apreliia 2020] Rezhim dostupa: https://www.who.int/medicines/areas/rational_use/ru/.

5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 декабря 2017 года № 931 «Об утверждении Казахстанского национального лекарственного формуляра»: утв. 25 апреля 2019 года, №ҚР ДСМ-51.

Prikaz Ministra zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan. O vnesenii izmeneniia v prikaz Ministra zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan ot 8 dekabria 2017 goda № 931 «Ob utverzhdenii Kazakhstanskogo natsional'nogo lekarstvennogo formuliara» (Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On amendments to the order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan dated December 8, 2017 No. 931 «On approval of the Kazakhstan national drug formulary») [in Russian]: utv. 25 apreliia 2019 goda, №QR DSM-51.

6. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Об утверждении перечня орфанных препаратов: утв. 29 мая 2015 года, № 432.

Prikaz Ministra zdravookhraneniia i sotsial'nogo razvitiia Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhdenii perechnia orfannykh preparatov (Order of the Minister of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan. On approval of the list of orphan drugs) [in Russian]: utv. 29 maia 2015 goda, № 432.

7. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил осуществления деятельности формулярной системы: утв. 14 июня 2019 года, № ҚР ДСМ-94.

Prikaz i.o. Ministra zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhdenii Pravil osushchestvleniia deiatel'nosti formuliarnoi sistemy (Order of the acting Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On the approval of the Rules for the implementation of the activity of the formular system) [in Russian]: utv. 14 iunია 2019 goda, № QR DSM-94.

8. A Consumer Guide to Drug Formularies: Understanding the Fundamentals of Behavioral Health Medications. ParityTrack Website. [Cited 21 Feb 2020]. Available from URL: https://www.paritytrack.org/issue_briefs/.

9. BMJ Group and Royal Pharmaceutical Society. Website. [Cited 21 Feb 2020]. Available from URL: <https://www.bnf.org/>.

10. Бейсенбаева А.А., Гуляев А.Е., Ермакбаева Б.А., Нургожин Т. Методические рекомендации по организации внедрения Республиканской (национальной) формулярной системы Министерства здравоохранения Республики Казахстан (из 3-х частей) / Методические рекомендации, Астана.- 2006.

Beisenbaeva A.A., Guliaev A.E., Ermakbaeva B.A., Nurgozhin T. Metodicheskie rekomendatsii po organizatsii vnedreniia Respublikanskoi (natsional'noi) formuliarnoi sistemy Ministerstva zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan (iz 3-kh chastei) (Methodical recommendations for organizing the implementation of the Republican (national) formulary system of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan (from 3 parts)) [in Russian]. Metodicheskie rekomendatsii, Astana. 2006.

11. The World Medicines Situation Report. World Health Organization Website. [Cited 21 Feb 2020]. Available from URL: https://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/en/.

12. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения и социального развития РК от 29 мая 2015 года №421 «Об утверждении Правил проведения фармаконадзора лекарственных средств и мониторинга побочных действий лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники»: утв. 27 мая 2019 года, № ҚР ДСМ-88.

Prikaz Ministra zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan. O vnesenii izmenenii v prikaz Ministra zdravookhraneniia i sotsial'nogo razvitiia RK ot 29 maia 2015 goda №421 «Ob utverzhdenii Pravil provedeniia farmakonadzora lekarstvennykh sredstv i monitoringa pobochnykh deistvii lekarstvennykh sredstv, izdelii meditsinskogo naznachenii i meditsinskoj tekhniki»» (Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On amendments to the order of the Minister of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan dated May 29, 2015 No. 421 «On Approval of the Rules for Pharmacovigilance of Medicines and Monitoring of Side Effects of Medicines, Medical Products and Medical Equipment») [in Russian]: utv. 27 maia 2019 goda, № ҚР DSM-88.

13. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. О внесении изменения в приказ МЗ РК от 8 декабря 2017 года № 931 «Об утверждении Казахстанского национального лекарственного формуляра»: утв. 21 апреля 2020 года, № ҚР ДСМ-40/2020.

Prikaz Ministra zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan. O vnesenii izmeneniia v prikaz MZ RK ot 8 dekabria 2017 goda № 931 «Ob utverzhdenii Kazakhstanskogo natsional'nogo lekarstvennogo formulira»» (Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On amendments to the order of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan dated December 8, 2017 No. 931 «On approval of the Kazakhstan national drug formulary») [in Russian]: utv. 21 apreliia 2020 goda, № ҚР DSM-40/2020.

Prospects for the Development of Medical Tourism in the Republic of Kazakhstan

Galymzhan Seisenbek ¹, Dylara Agibaeva ², Ali Amanbekov ³

¹ Head of the Medical Tourism Development Sector of Center for Global Republican Center for Healthcare Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

² Chief Specialist of the Medical Tourism Development Sector of Center for Global Health, Republican Center for Healthcare Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

³ Leading Specialist of the Medical Tourism Development Sector of Center for Global Health, Republican Center for Healthcare Development, Nur-Sultan, Kazakhstan

Abstract

Today, the development trends of the leading countries of the world are aimed at creating optimal conditions for improving the quality of life of citizens. Strengthening health, leading an active lifestyle have become a trend in modern society. Every year the number of people striving to maintain good physical shape and, if necessary, receive quality medical care in a timely manner, is growing.

Kazakhstan, whose goal is to enter the thirty advanced countries of the world, is also heading for the transition to a socially oriented type of economic development. The development of infrastructure for recreation and tourism in the country will contribute to the creation of conditions for increasing efficiency, maintaining and strengthening the health of citizens.

In addition, the country has significant potential for the development of medical tourism, including health tourism, due to the presence of a modern medical cluster in Nur-Sultan, which provides high-tech medical services, a developed network of modern medical clinics, dental, cosmetic and IVF centers.

Nevertheless, there are a number of systemic problems in domestic medical tourism that require complex solutions.

One of the main reasons for the slow development of this area is the lack of a single coordination center, whose functional responsibilities include the development of conceptual documents, the introduction of statistical accounting for medical tourists and medical visas, the development of a single national brand, the promotion of Kazakhstani medical tourism abroad, etc.

Also, insufficient organization of the system of commission payments between market participants, lack of flexible pricing, low level of patient care and knowledge of the English language of medical personnel negatively affects the development of medical tourism in the country.

At the same time, the undeveloped infrastructure and material and technical base of medical and sanatorium-resort organizations are another reason that hinders the advancement of this direction.

During the analytical study, 3 policy options were proposed:

1. Creation of a single coordination center for the development of medical tourism;
2. Improving the condition for medical tourists;
3. Development of the infrastructure of medical organizations.

Each of the above policy options will contribute to the development of medical tourism in Kazakhstan. However, to achieve the best results, an integrated implementation is necessary, as the policies are interconnected.

Қазақстан Республикасында медициналық туризмді дамытудың болашағы

Сейсенбек Ф.Н.¹, Агибаева Д.С.², Аманбеков А.С.³

¹ Жаһандық денсаулық сақтау орталығының медициналық туризмді дамыту секторының жетекшісі, Республикалық денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

² Жаһандық денсаулық сақтау орталығының медициналық туризмді дамыту секторының бас маманы, Республикалық денсаулық сақтауды дамыту орталығы,

³ Жаһандық денсаулық сақтау орталығының медициналық туризмді дамыту секторының жетекші маманы, Республикалық денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

Түйіндеме

Бүгінгі таңда дамыған елдердің даму тенденциясы азаматтардың өмір сапасын жақсартуға тиімді жағдай жасауға бағытталған. Денсаулықты нығайту, салауатты өмір салтын сақтау заманауи қоғамның үрдісіне айналған. Ағзаның жақсы физикалық қалпын сақтап, қажет болған жағдайда сапалы медициналық көмекті мүмкіндігінше уақытында алуға тырысатын тұрғындардың саны да күн санап өсіп келеді.

Әлемнің дамыған 30 елінің қатарына енді мақсат тұтқан ел ретінде Қазақстан экономиканың әлеуметке бағытталып даму типіне өтуді көздеуде. Елімізде демалыс инфрақұрылымы мен туризмді дамытуға жағдай жасау тұрғындардың еңбекке қабілеттілігін жоғарылатып, олардың денсаулығын нығайтуға ықпал етеді.

Елімізде заманауи медициналық кластердің, сонымен қатар, көптеген заманға сай жабдықталған басқа да медициналық, стоматологиялық, косметологиялық клиникалар мен ЭҚҰ орталықтарының бой көтеруі Қазақстанда туризмді, оның ішінде сауықтыру туризмін дамытуға мүмкіндік береді.

Алайда, отандық медициналық туризмнің кешенді шешімді талап ететін бірқатар жүйелі мәселелері бар.

Аталмыш себептердің бастысы - концептуалды құжаттарды құрастыру, медициналық туристтер мен визалардың статистикалық есебін жүргізуді енгізу, ұлттық брендті қалыптастыру, отандық медициналық туризмді шетел арасында ілгері жылжыту және т.б. секілді кешенді мәселелермен айналысатын бірегей үйлестіруші орталықтың болмауы екені белгілі.

Елде медициналық туризмнің дамуына нарықтағы қатысушылардың арасындағы комиссиялық төлемдер жүйесінің толық ұйымдастырылмағаны, баға түзілуінің икемді болмауы, науқастарға көрсетілетін қызметтің сапасының төмендігі, медициналық қызметкерлердің ағылшын тілін жетік білмеуі секілді факторлар теріс әсерін тигізуде.

Сонымен қатар, медициналық және санитарлық-курорттық ұйымдардың инфрақұрылымы мен материалдық-техникалық базасының жеткілікті деңгейде дамымауы да аталмыш бағыттың ілгері басуына кедергі келтіріп келеді.

Осы аналитикалық зерттеудің нәтижесінде мәселені шешуге бағытталған саясаттың үш нұсқасы ұсынылды:

1) медициналық туризмді дамыту бойынша бірегей үйлестіру орталығын құру;

2) медициналық туристтерге мүмкіндігінше жағдай жасау;

3) медициналық ұйымдардың инфрақұрылымын дамыту.

Саясаттың жоғарыда аталған үш нұсқасы да Қазақстанда медициналық туризмді дамытуға септігін тигізеді. Мәселені шешу жолдары бір-бірімен өзара тығыз байланысты болғандықтан, оларды кешенді түрде жүзеге асыру қажет.

Перспективы развития медицинского туризма в Республике Казахстан

Сейсенбек Г.Н.¹, Агибаева Д.С.², Аманбеков А.С.³

¹ Руководитель сектора развития медицинского туризма Центра глобального здравоохранения, Республиканский центр развития здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан

² Главный специалист сектора развития медицинского туризма Центра глобального здравоохранения, Республиканский центр развития здравоохранения,

Нур-Султан, Казахстан

³ Ведущий специалист сектора развития медицинского туризма Центра глобального здравоохранения, Республиканский центр развития здравоохранения,

Нур-Султан, Казахстан

Резюме

На сегодняшний день тенденции развития ведущих стран мира направлены на создание оптимальных условий для повышения качества жизни граждан. Укрепление здоровья, ведение активного образа жизни стали трендом в современном обществе. С каждым годом растет число людей, стремящихся поддерживать хорошую физическую форму и, при необходимости, своевременно получать качественную медицинскую помощь.

Казахстан, целью которого является вхождение в тридцатку передовых стран мира, также держит курс к переходу социально ориентированному типу экономического развития. Созданию условий для повышения работоспособности, поддержанию и укреплению здоровья граждан будет способствовать развитие в стране инфраструктуры отдыха и туризма.

Кроме того, страна обладает значительным потенциалом для развития медицинского туризма, в том числе оздоровительного туризма, ввиду наличия современного медицинского кластера в г. Нур-Султан, оказывающего высокотехнологичные медицинские услуги, развитая сеть современных медицинских клиник, стоматологических, косметологических и ЭКО-центров.

Тем не менее, существуют ряд системных проблем в отечественном медицинском туризме, которые требуют комплексных решений.

Одной из основных причин медленного развития данного направления является отсутствие единого координационного центра, в функциональные обязанности которого входит разработка концептуальных документов, внедрение статистического учета по медицинским туристам и медицинской визы, разработка единого национального бренда, продвижение казахстанского медицинского туризма за рубежом и т.д.

Также, недостаточная организация системы комиссионных выплат между участниками рынка, отсутствие гибкого ценообразования, низкий уровень обслуживания пациентов и знания английского языка медицинского персонала негативно сказывается на развитии медицинского туризма в стране.

Вместе с тем, неразвитая инфраструктура и материально-техническая база медицинских и санаторно-курортных организаций являются еще одной причиной препятствующей продвижению данного направления.

В ходе аналитического исследования были предложены 3 варианта политики:

- 1) создание единого координационного центра по развитию медицинского туризма;
- 2) улучшение условия для медицинских туристов;
- 3) развитие инфраструктуры медицинских организаций.

Каждый из вышеперечисленных вариантов политики будет способствовать развитию медицинского туризма в Казахстане. Однако, для достижения наилучших результатов необходима комплексная реализация, так как политики между собой взаимосвязаны.

Corresponding author: Dylara Agibaeva, Chief Specialist of the Medical Tourism Development Sector of Center for Global Health, Republican Center for Healthcare Development, Nur-Sultan, Kazakhstan.

Postal code: 010000

Address: Nur-Sultan, 13, Imanov Str.

Phone: +7(7172)700-950 (1023)

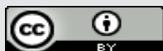
E-mail: agibayeva_d@rcrz.kz

J Health Dev 2020; 2 (37): 60-66

UDC 61:339.13; 61:659.1

Received: 07-01-2019

Accepted: 28-04-2020



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

Описание проблем

Ежегодно, количество медицинских туристов, посещающих Казахстан с целью получения медицинской помощи не превышает двух тысяч человек. Согласно данным Республиканского центра электронного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан, в 2016 году количество пролеченных зарубежных пациентов в стационаре (плановое лечение) медицинских организаций Республики Казахстан (РК) составило всего 1500 человек. В 2017 году данная цифра вовсе уменьшилась и насчитывала 1431 медицинских туриста. Тогда как, в 2018 году количество пролеченных иностранцев увеличилось и достигло отметки 1682 человека. В 2019 году страну посетили уже 1797 медицинских туриста [1-3].

Данная динамика показывает, что на сегодняшний день существуют ряд проблем в развитии въездного медицинского туризма, так как потенциально у страны есть возможность принимать большее количество иностранных пациентов [3,4].

Кроме того, существует проблема и с выездным медицинским туризмом, которая также препятствует развитию въездного медицинского туризма. Казахстан продолжает оставаться поставщиком пациентов для таких стран, как Южная Корея, Турция, Китай, Израиль, Германия и т.д. [5].

К примеру, согласно данным Института развития индустрии здравоохранения Южной Кореи (Korea Health Industry Development Institute) каждый год более 15 тысяч казахстанцев отправляются в Южную Корею за получением медицинских услуг по таким направлениям как онкология, репродуктология и гинекология, за лечением сердечно-сосудистых, эндокринологических и почечных заболеваний, а также за услугами пластической хирургии [6].

По оценке Турецкой ассоциации медицинского туризма, (Turkish Healthcare Travel Council), ежегодно Турцию посещают более

чем 7 тысяч человек из Казахстана, в основном по таким направлениям, как радиотерапия, онкология, нейрохирургия, реконструктивная пластика и реабилитация [7].

В общей сложности, по различным данным ежегодно порядка 50 тысяч казахстанцев выезжают за рубеж на лечение и согласно подсчетам организации «Harvard Medical International» приблизительная сумма, которую тратят наши соотечественники на медицинские услуги за рубежом составляет более 200 млн долларов в год [8].

В целом, неразвитость въездного медицинского туризма и высокий отток казахстанцев за рубеж на получение медицинских услуг негативно влияет на развитие отечественного медицинского туризма [9].

Основными причинами, замедляющими развитие медицинского туризма в Казахстане, являются:

- отсутствие единого координационного центра по развитию медицинского туризма;
- отсутствие достоверных статистических данных и статистического учета по въездным, внутренним и выездным медицинским туристам;
- отсутствие медицинской визы;
- неполная готовность медицинских организаций к оказанию услуг медицинским туристам (низкий уровень корпоративного управления и сервиса, отсутствие гибкого ценообразования, наличие языкового барьера у медицинского персонала и т.д.);
- слаборазвитая инфраструктура и материально-техническая база;
- недостаточное взаимодействие медицинских организаций с туристскими операторами;
- отсутствие единой стратегии развития;
- отсутствие единого национального бренда по медицинскому туризму;
- негативный имидж отечественного здравоохранения в обществе [10].

Варианты по решению проблем

1) Создание единого координационного центра по развитию медицинского туризма

На сегодняшний день в стране развитием медицинского туризма занимаются следующие государственные органы:

- РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения РК (РЦРЗ);

- АО НК «Kazakh Tourism» Комитета туризма Министерства культуры и спорта РК (Kazakh Tourism);

- ТОО «Астана Конвеншн Бюро» Акимата г. Нур-Султан (Астана Конвеншн Бюро).

В настоящий момент у государства нет единой стратегии развития медицинского туризма, нет единого подхода к продвижению данного направления. Более того, отсутствие единого координационного центра еще сильнее усугубляет ситуацию.

Связи с чем, предлагается создание единого координационного центра по развитию медицинского туризма и усиление его полномочия. Существует несколько вариантов

базирования данного центра:

- на базе РЦРЗ (на данный момент существует сектор по развитию медицинского туризма);

- открытие нового управления по развитию медицинского туризма в Департаменте стратегии и международного сотрудничества Министерства здравоохранения РК;

- на базе Kazakh Tourism (на данный момент существует департамент по развитию туризма);

- открытие проектного офиса по развитию медицинского туризма в Министерстве здравоохранения РК.

Функциональные обязанности единого координационного центра:

- разработка концептуальных документов (стратегия развития, концепция, единые стандарты сервиса, маркетинговая стратегия, методологические рекомендации и т.д.);

- разработка и продвижение национального бренда по медицинскому туризму внутри страны и за рубежом;

- содействие налаживанию сотрудничества между медицинскими и санаторно-курортными организациями и туристскими операторами с целью развития медицинского туризма;

- разработка и продвижение единого онлайн-портала по медицинскому туризму;

- содействие медицинским и санаторно-курортным организациям и туристским операторам в формировании медицинских туристских продуктов;

- совершенствование системы статистического учета медицинских туристов совместно с Министерством здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК), Министерством внутренних дел Республики Казахстан (МВД РК), Министерством иностранных дел Республики Казахстан (МИД РК), Комитет национальной безопасности Республики Казахстан (КНБ РК);

- разработка механизма оформления и выдачи медицинской визы для иностранных пациентов прибывающих в Казахстан на лечение совместно с МЗ РК, МВД РК, МИД РК, КНБ РК;

- проведение обширной информационной кампании по ознакомлению граждан с возможностями отечественной медицины и формирование ее положительного и привлекательного имиджа.

2) Улучшение условия для медицинских туристов

Формирование медицинского туристского продукта

Основными участниками рынка медицинского туризма являются медицинские санаторно-курортные организации и туристские

операторы. Развитие сотрудничества между участниками способствует формированию медицинского туристского продукта, что в свою очередь содействует увеличению потока иностранных пациентов, а также упорядочиванию и повышению качества оказываемых услуг. Медицинский туристский продукт включает в себе удобства и гарантии для пациента, а также экономическую выгоду для организаций, оказывающие услуги.

Создание медицинской визы

В целях развития медицинского туризма в Казахстане необходимо создание медицинской визы. Внедрение медицинской визы способствует упрощению условий пребывания медицинских туристов и увеличению их потока в страну, а также улучшению статистического учета иностранных пациентов.

Снижение стоимости авиабилетов для медицинских туристов

Необходимо на примере стран с развитым медицинским туризмом субсидирование стоимости авиабилетов для медицинских туристов. Вовремя покупки авиабилетов в офисах авиакомпаний или у туристских операторов пациенты, при предоставлении необходимых документов, будут иметь возможность получить скидку в размере 50% от стоимости авиабилета.

«Зеленый коридор» в медицинских организациях

В целях улучшения сервиса и увеличения количества медицинских туристов в медицинских организациях предлагается создание «зеленых коридоров». Принятие такого решения содействует повышению уровня обслуживания пациентов, которые получают лечения на платной основе, в частности сокращению времени ожидания на прием к врачу.

3) Развитие инфраструктуры медицинских организаций

С целью соответствия мировым стандартам качества отечественные медицинские организации стремятся к повышению уровня медицинского обслуживания и безопасности пациентов, улучшению качества предоставляемых услуг и применению современных методов лечения. В настоящее время в Казахстане 7 медицинских организаций имеют международную аккредитацию JCI. Тем не менее, необходимо продолжить увеличение количества аккредитованных JCI клиник, так как одной из основных причин выбора иностранными пациентами той или иной медицинской организации является наличие международной аккредитации.

Внедрение вариантов политики

1) Создание единого координационного центра по развитию медицинского туризма

Потенциальным барьером для создания единого координационного центра по развитию медицинского туризма может стать существование таких игроков как РЦРЗ, Kazakh Tourism и Астана Конвеншн Бюро.

Тем не менее, на сегодняшний день ни Kazakh Tourism, ни Астана Конвеншн Бюро практически не занимаются развитием медицинского туризма, тогда как РЦРЗ имея полномочия не в полную силу развивает данное направление, ввиду нехватки финансирования со стороны государства.

Кроме того, у государства нет видения, нет единой стратегии развития медицинского туризма и единого подхода к продвижению данного направления.

Все эти факторы непременно будут негативно влиять на решение государства о создании единого координационного центра.

2) Улучшение условия для медицинских туристов

Формирование медицинского туристского продукта

Одной из причин отсутствия медицинских туристских продуктов на рынке может послужить недоговоренность по агентским выплатам между туристскими операторами и медицинскими и санаторно-курортными организациями. На данный момент, между основными игроками на рынке нет заинтересованности в совместной работе, тогда как сотрудничество в разы бы увеличило доходность каждого из участников.

Создание медицинской визы

Отсутствие медицинской визы можно объяснить тем, что медицинский туризм является новым направлением. В целях упрощения условий пребывания иностранных пациентов и увеличения их потока государству в скором времени необходимо внедрять данную категорию визы.

Снижение стоимости авиабилетов для медицинских туристов

Снижение стоимости авиабилетов до 50% может быть не достигнуто или достигнуто с наименьшим процентом снижения, поскольку такое решение негативно повлияет на доходность авиакомпаний. Также политика авиакомпаний может не соответствовать такого рода уступкам и договоренностям.

«Зеленый коридор» в медицинских организациях

«Зеленый коридор» не должен способствовать повышению приоритета, а также качества оказания услуг гражданам, получающие консультации и лечение на платной основе, поскольку создание такого рода коридора может вызвать увеличение количества жалоб и негодования у граждан получающие те же услуги на бесплатной основе, но с меньшим приоритетом и невысоким качеством.

3) Развитие инфраструктуры медицинских организаций

Получение медицинской организацией знака качества международной аккредитации JCI является одним из наглядных показателей качественного предоставления сервиса и услуг. Соответствие стандартам качества JCI является результатом не только трудоемкого, но и достаточно затратного процесса. В свою очередь, возможен отказ медицинской организации от прохождения международной аккредитации JCI по причине высокой стоимости.

Конфликт интересов

Авторы заявляют, что у них нет профессиональных или коммерческих интересов, имеющих отношение к данному аналитическому обзору для формирования политики. Финансирующая организация не играла никакой роли в выявлении, выборе, оценке, синтезе или представлении доказательств.

Качество и экспертная оценка

Данный аналитический обзор для формирования политики был прорецензирован группой экспертов и лиц, определяющих политику, для обеспечения его научной точности и актуальности для системы здравоохранения.

Литература

1. Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении Концепции развития туристской отрасли Республики Казахстан до 2023 года: утв. 30 июня 2017 года, №406.

Postanovlenie Pravitel'stva Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhdenii Kontseptsii razvitiia turistskoi otrasli Respubliki Kazakhstan do 2023 goda (Resolution of the Government of the Republic of Kazakhstan. On approval of the Concept for the development of the tourism industry of the Republic of Kazakhstan until 2023) [in Russian]: utv. 30 iyunia 2017 goda, №406.

2. Указ Президента Республики Казахстан. Об утверждении Концепции развития физической культуры и спорта Республики Казахстан до 2025 года: подписан 11 января 2016 года, №168.

Ukaz Prezidenta Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhdenii Kontseptsii razvitiia fizicheskoi kul'tury i

sporta Respubliki Kazakhstan do 2025 goda (Decree of the President of the Republic of Kazakhstan. On approval of the Concept for the development of physical culture and sports of the Republic of Kazakhstan until 2025) [in Russian]: podpisan 11 ianvaria 2016 goda, №168.

3. Шарман А. Медицинский туризм. Мифы и реальность, перспективы для Казахстана. Электронный ресурс [Дата обращения: 19 Дек 2019] Режим доступа: <https://www.zdrav.kz/sites/default/files/article-medtourism.pdf>.

Sharman A. Meditsinskii turizm. Mify i real'nost', perspektivy dlia Kazakhstana (Medical tourism. Myths and reality, prospects for Kazakhstan) [in Russian]. Elektronnyi resurs [Data obrashcheniia: 19 Dek 2019] Rezhim dostupa: <https://www.zdrav.kz/sites/default/files/article-medtourism.pdf>.

4. Умбетова А.Т., Капбарова Д.Г., Шаимова А.Н. Развитие медицинского туризма в Казахстане // Современные тенденции в науке и образовании. Сб. трудов научной конференции, Астана, 2018. – С. 215-217.

Umbetova A.T., Kapbarova D.G., Shaimova A.N. Razvitie meditsinskogo turizma v Kazakhstane (Development of medical tourism in Kazakhstan) [in Russian]. Sovremennye tendentsii v nauke i obrazovanii. Sb.trudov nauchnoi konferentsii. Astana, 2018: 215-217.

5. Тастанбекова Ш.О. Мировой опыт развития и продвижение медицинского туризма на примере Южной Кореи // Вестник КазНМУ. – 2016. – №4. – С.477–481.

Tastanbekova Sh.O. Mirovoi opyt razvitiia i prodvizhenie meditsinskogo turizma na primere luzhnoi Korei (World experience in the development and promotion of medical tourism on the example of South Korea) [in Russian]. Vestnik KazNMU. 2016; 4: 477-481.

6. Busan International Medical Tourism Convention, 2017. Korea Health Industry Development Institute. Website. [Cited 21 Dec 2019]. Available from URL: <https://www.khidi.or.kr/>

7. Turkish Healthcare Travel Council, 2019. Website. [Cited 21 Dec 2019]. Available from URL: <https://thttdc.org/>.

8. Harvard Medical International. The Chartis Group. Bringing world-class healthcare to Almaty. Almaty, 2007: 41 p.

9. Yessengabylova A., Bekbulatova A., Suraganova S., Bissekov A., Zhumanova B. Recreational Potential of Kazakhstan and Prospects of Medical Health Tourism in This Country. International Journal of Environmental and Science Education. 2016; 11(15): 8447-8469.

10. Байменова А.С., Жакенова С.Р., Куанышбаева Б. Анализ конкурентных преимуществ столичного рынка медицинских услуг Казахстана в привлечении зарубежных пациентов // Кубанский научный медицинский вестник. – 2020. – Т. 27. – №. 3. – С. 45-55.

Baimenova A.S., Zhakenova S.R., Kuanyshbaeva B. Analiz konkurentnykh preimushchestv stolichnogo rynka meditsinskikh uslug Kazakhstana v privlechenii zarubezhnykh patsientov (Analysis of the competitive advantages of the capital market of medical services in Kazakhstan in attracting foreign patients) [in Russian]. Kubanskii nauchnyi meditsinskii vestnik. 2020; 27(3): 45-55.

CONTENT

Vitaliy Koikov

Study of the institutional environment of higher medical and medical colleges based on a survey of students, teachers and administrative and management personnel.....4

Dinara Begesheva

Optimization of Outpatient Drug Care for Patients with Arterial Hypertension in Healthcare Conditions of the Republic of Kazakhstan based on Pharmacoeconomic Analysis.....20

Zhuldyz Baiganova, Raushan Magzumova, Nailya Delellis, Ainagul Tulegenova

SWOT analysis of the Human Resource Management Service of Medical Organizations in Kazakhstan31

Muratbek Saiynov, Gulbarshyn Dyussengalieva

The Benefits of Implementing Supervisory Board in the Healthcare System of Kazakhstan.....37

Gulzira Zhussupova, Didar Baidullayeva

Improving the Formation of the Kazakhstan National Drug Formulary to Increase the Rational Use of Medicines.....43

Galymzhan Seisenbek, Dylara Agibaeva, Ali Amanbekov

Prospects for the development of medical tourism in the Republic of Kazakhstan.....60

МАЗМҰНЫ

Койков В.В.

**Жоғары медициналық және медициналық колледждердің
институционалды ортасын студенттерді, оқытушыларды және
әкімшілік-басқару қызметкерлерін сауалнамалау негізінде зерттеу** 4

Бегешева Д.Е.

**Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесі жағдайында
фармакоэкономикалық талдау нәтижесінде артериалды гипертензиясы
бар науқастарға көрсетілетін амбулаторлық дәрілік көмекті оңтайландыру** 20

Байғанова Ж.А., Мағзумова Р.З., Delellis N.O., Төлегенова А.М.

**Қазақстанның медициналық ұйымдарының адами ресурстарды
басқару қызметіне SWOT-талдау** 31

Сайынов М.С., Дүйсенғалиева Г.Ж.

Қазақстанның денсаулық саласында бақылау кеңесін енгізудің артықшылықтары 37

Жүсіпова Г.К., Байдуллаева Д.К.

**Дәрілік заттарды ұтымды пайдалануды арттыру үшін Қазақстандық
ұлттық дәрілік формулярды қалыптастыруды жетілдіру** 43

Сейсенбек Ф.Н., Агибаева Д.С., Аманбеков А.С.

Қазақстан Республикасында медициналық туризмді дамытудың болашағы 60

СОДЕРЖАНИЕ

Койков В.В.

Изучение институциональной среды высших медицинских и медицинских колледжей на основе опроса обучающихся, преподавателей и административно-управленческого персонала 4

Бегешева Д.Е.

Оптимизация амбулаторной лекарственной помощи пациентам с артериальной гипертензией в условиях здравоохранения Республики Казахстан на основе фармакоэкономического анализа 20

Байганова Ж.А., Магзумова Р.З., Delellis N.O., Тулегенова А.М.

SWOT-анализ служб управления человеческими ресурсами медицинских организаций Казахстана 31

Сайынов М.С., Дюсенгалиева Г.Ж.

Преимущества внедрения наблюдательного совета в сфере здравоохранения Казахстана 37

Жусупова Г.К., Байдуллаева Д.К.

Совершенствование формирования Казахстанского национального лекарственного формуляра для повышения рационального использования лекарственных средств 43

Сейсенбек Г.Н., Агибаева Д.С., Аманбеков А.С.

Перспективы развития медицинского туризма в Республике Казахстан 60

