

<https://doi.org/10.32921/2225-9929-2022-1-45-20-28>
УДК 614; 614.2; 614:33; 61:656.1/.7
МРНТИ 76.75.75; 76.33.41

Оригинальная статья

Обеспечение сельского населения Республики Казахстан медицинскими услугами с привлечением передвижных медицинских комплексов

Иманова Ж.А.¹, Кулиев Р.С.², Орынбасарулы А.³

¹ Директор Департамента совершенствования медицинской помощи, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: imanova_zh@rcrz.kz

² Начальник отдела развития медицинской помощи Департамента совершенствования медицинской помощи, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: kyliev_r@rcrz.kz

³ Главный специалист отдела развития медицинской помощи Департамента совершенствования медицинской помощи, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: orynbassaruly_a@rcrz.kz

Резюме

Целью исследования является анализ обеспечения населения, проживающего в отдаленных сельских населенных пунктах, медицинскими услугами с привлечением передвижных медицинских комплексов.

Методы. В процессе исследования проведен анализ статистических данных обеспечения населения, проживающего в отдаленных сельских населенных пунктах Казахстана медицинскими услугами с привлечением передвижных медицинских комплексов по итогам 2020-2021 годов.

Результаты. По данным анализа отмечены рост охвата сельских жителей медицинскими осмотрами в условиях передвижных медицинских комплексов в 3,8 раза с 6,1% в 2020 году до 23,5% в 2021 году; рост в 2,6 раза специализированного автотранспорта с 58 до 152 единиц автотранспорта, со снижением в 2,6 раза нагрузки на 1 единицу специализированного автотранспорта; увеличение объема диагностических исследований в 4,3 раза, объема лабораторных исследований в 2,9 раза; незначительное снижение на 0,3% охвата в среднем на 1 сельского жителя по диагностическим исследованиям; рост охвата в среднем на 1 сельского жителя в 1,3 раза по лабораторным исследованиям; рост консультаций профильных специалистов в среднем на 1 сельского жителя в 3,1 раза.

За анализируемый период 2020-2021 годы отмечается положительная динамика по выявленным случаям по всем изученным нозологиям; доля взятых на динамическое наблюдение специалистами ПМСП из числа выявленных больных сохраняется на низких значениях и составляет всего 17%.

Выводы. Вопрос обеспечение населения, проживающего в отдаленных сельских населенных пунктах, медицинскими услугами с привлечением передвижных медицинских комплексов, несмотря на государственную поддержку, нуждается в значительной активации со стороны региональных управлений здравоохранения и первых руководителей организаций здравоохранения, на базе которых дислоцируются передвижные медицинские комплексы.

Ключевые слова: сельское здравоохранение, передвижные медицинские комплексы, первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь.

Corresponding author: Imanova Zhazira, Director of the Department of Improvement of Medical Care, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development.

Postal code: Z05H0B8

Address: Kazakhstan, Nur-Sultan city, Kabanbay Batyr Ave 19/A.

Phone: +77016199850

E-mail: imanova_zh@rcrz.kz

J Health Dev 2022; 1 (45): 20-28

Received: 21-01-2022

Accepted: 15-02-2022



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International

Введение

В течение десятилетий в мире вопросы охраны здоровья сельского населения и организации оказания медицинской помощи остается серьезной проблемой в связи с существующими демографическими, экономическими, территориальными, культурными, медицинскими и организационно-управленческими условиями жизни в сельской местности [1-5].

Основные проблемы, с которыми сталкивается большинство государств, это нехватка врачебных и сестринских кадров, недостаточный их уровень квалификации, отсутствие профильных врачей для получения консультаций, длительные сроки ожидания приема у врачей узких специальностей, отсутствие доступа к лекарственным препаратам и современному диагностическому оборудованию, трудности с подъездными путями и транспортом, а также средствами связи [6-8]. Уровень жизни сельского населения во многих странах ниже уровня жизни городского населения, что коррелирует с низкими показателями здоровья и производительности труда на селе [9-12].

В Казахстане доля сельского населения по данным 2021 года составила 40,6% от общей численности населения страны, уменьшение произошло в основном за счет внутренней миграции в города, где проживает 59,4% населения [13].

Вопрос обеспечения сельского населения качественными медицинскими услугами находится на постоянном Правительственном контроле: так, одним из показателей Национального проекта

«Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» является обеспечение населения, проживающего в отдаленных сельских населенных пунктах медицинскими услугами с привлечением передвижных медицинских комплексов (ПМК) [14].

В Республике Казахстан (РК) деятельность ПМК осуществляется в соответствии с утвержденными правилами оказания медицинской помощи посредством передвижных медицинских комплексов и медицинских поездов и основной целью деятельности ПМК является реализация комплекса мероприятий, направленных на дальнейшее совершенствование организации оказания медицинской помощи населению, проживающему в отдаленных сельских населенных пунктах, медицинскими услугами с привлечением ПМК, для обеспечения доступности первичной медико-санитарной (ПМСП) и специализированной медицинской помощи (СМП) на уровне сельского здравоохранения [15,16].

Развитие передвижных медицинских комплексов на селе требует не только наличия оснащенных транспортных средств, но и внедрения современных информационных технологий.

Целью исследования является анализ обеспечения населения, проживающего в отдаленных сельских населенных пунктах, медицинскими услугами с привлечением передвижных медицинских комплексов.

Материалы и методы

В данном исследовании изучены показатели охвата сельского населения медицинскими осмотрами, в том числе диагностическим и лабораторными исследованиями, консультациями профильных специалистов. Также изучены сравнительные показатели выявляемости болезней системы кровообращения, сахарного диабета, рака молочной железы, глаукомы, заболеваний детей и других неинфекционных заболеваний.

Основными источниками информации при выполнении данной работы были данные Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам РК о численности населения областей и республики в целом [13], статистические данные Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) [17], РГП на ПХВ «Республиканский центр электронного здравоохранения» МЗ РК.

Материалы были собраны и проанализированы по административно-территориальному делению – по 3 229 из 6 162 сельских населенных пунктов 14 областей страны.

Описание состава бригады ПМК. В состав бригады ПМК входят врачебные и сестринские специалисты: медицинская сестра (фельдшер), терапевт/врач общей практики, стоматолог, акушер-гинеколог, рентгенолог, маммолог, хирург, оториноларинголог, офтальмолог, врач функциональной диагностики, провизор (фармацевт) аптечного пункта и каждый выполняет

определенный Правилами перечень обследований и манипуляций [18].

Медицинская сестра (фельдшер) проводит регистрацию и обследование пациентов с измерением температуры тела, артериального давления, частоты сердечного сокращения (пульс), частоты дыхания; сатурации; антропометрические измерения (вес, рост, объем талии), вычисления по индексу Кетле; опрос по анкете.

Терапевт и (или) врач общей практики проводит осмотр пациента с выявлением факторов риска болезней органов и систем; назначением и корректировкой лечения; выписку рецептов на получение бесплатных и льготных лекарственных средств на амбулаторном уровне; телемедицинские услуги для проведения консультации профильного специалиста и интерпретации результата диагностического исследования; медицинскую сортировку при чрезвычайных ситуациях.

В кабинете лабораторной диагностики врачом-лаборантом или лаборантом проводятся исследования на уровень глюкозы в крови, уровень холестерина, триглицеридов крови; биохимические исследования (общий, прямой билирубин, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, креатинин, мочевины, общий белок, калий, натрий); другие клинические и биохимические исследования по назначению специалистов ПМК; исследование мочи общеклиническое.

В кабинете функциональной диагностики специалист проводит ультразвуковое исследование сердца, органов брюшной полости, малого таза, щитовидной железы; электрокардиографическое исследование сердца; эхоэнцефалографическое исследование головного мозга с расшифровкой по месту оказания медицинской услуги, что позволяет установить предварительный клинический диагноз.

Специалисты хирург, оториноларинголог, офтальмолог осуществляют осмотр на раннее выявление опухолей визуальной локализации; осмотр на раннее выявление заболеваний глаз, органов слуха и верхних дыхательных путей; амбулаторные хирургические операции; экстренную помощь при чрезвычайных ситуациях.

Результаты

Общие показатели

При численности сельского населения, проживающего в РК, равном 7 763 124 человек, по итогам 2021 года охвачено медицинскими осмотрами в условиях ПМК 1 822 334 человек, что составляет 23,5% от общей численности сельского населения против 479 881 человек или 6,1% от общей численности сельского населения за аналогичный период 2020 года: отмечен рост числа жителей, проживающих в отдаленных сельских населенных пунктах, охваченных медицинскими осмотрами в условиях ПМК в 3,8 раза.

По итогам 2021 года доля детей, охваченных услугами ПМК возросла в 2,0 раза и составила 31% против 15% за аналогичный период 2020 года; доля взрослых в группе охваченных услугами ПМК возросла в 3,0 раза и составила 137% (413 853 ребенка) против 31% за аналогичный период 2020 года (160 337 ребенка).

За анализируемый период МЗ РК и региональными управлениями здравоохранения проведена масштабная работа по улучшению инфраструктуры. Так, имел место рост в 2,6 раза специализированного автотранспорта с 58 до 152 единиц автотранспорта, в том числе КАМАЗов на 3 единицы или 5,8% с 48 в 2020 году до 51 в 2021 году и числа специализированных оборудованных автобусов на 91 единицы или в 10,1 раза с 10 в 2020 году до 101 единицы в 2021 году, что позволило снизить нагрузку на 1 единицу специализированного автотранспорта ПМК в 2,6 раза: нагрузка составила 51 073 человек на 1 единицу специализированного автотранспорта ПМК против 133 161 человек на 1 единицу специализированного автотранспорта ПМК за аналогичный период 2020 года и повысить качество оказания медицинских услуг.

В аптечном пункте провизор (фармацевт), обеспечивает хранение лекарственных средств и медицинских изделий, необходимых для специалистов ПМК и/или медицинских пунктов в оказании медицинской помощи населению в зоне охвата ПМК и/или МП. Одним из решений проблемы обеспечения жителей, проживающих в отдаленных сельских населенных пунктах, на наш взгляд в организации выдачи бесплатных и льготных лекарственных средств на амбулаторном уровне сотрудником аптечного пункта ПМК при наличии рецептов, выписанных пациентам специалистами ПМК.

Статистические методы. В работе была использована описательная статистика.

Отмечен рост количества сельских населенных пунктов, запланированных для охвата услугами ПМК на 2021 год в 1,8 раза с 1 761 по итогам 2020 года до 3 229 за аналогичный период 2021 года, при этом имеет место рост охвата сельских населенных пунктов услугами ПМК с 54,9% в 2020 году до 78,7% в 2021 году.

Специалисты ПМК обеспечили вакцинацией против COVID-19 и сезонного гриппа 141 048 или 2% из 6 764 662 сельских жителей, при этом в таких регионах как, Западно-Казахстанская (ЗКО), Восточно-Казахстанская (ВКО), Атырауская, Жамбылская, Павлодарская области, доля охваченных составила от 3 до 6%.

Охват сельских жителей диагностическими и лабораторными исследованиями, консультациями профильных специалистов

За изучаемый период объем диагностических исследований, оказанных сельским жителям посредством ПМК, увеличился в 4,3 раза и составил 870 511 исследований против 199 481 исследования за аналогичный период 2020 года. Объем лабораторных исследований увеличился в 2,9 раза и составил 542 956 исследований против 183 536 исследования за аналогичный период 2020 года.

При анализе охвата в среднем на 1 сельского жителя по итогам 2020-2021 годов отмечено незначительное снижение по диагностическим исследованиям на 0,3% с 2,4 диагностических исследования в 2020 году до 2,1 диагностических исследования по итогам 2021 года (рисунок 1).

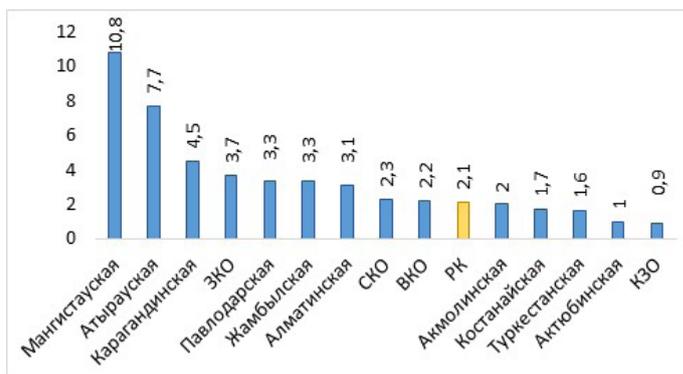


Рисунок 1 - Объем диагностических исследований на 1 сельского жителя

Рост в 1,3 раза по лабораторным исследованиям за аналогичный период 2020 года исследованиям с 2,6 в 2020 году до 3,4 лабораторных (рисунок 2).

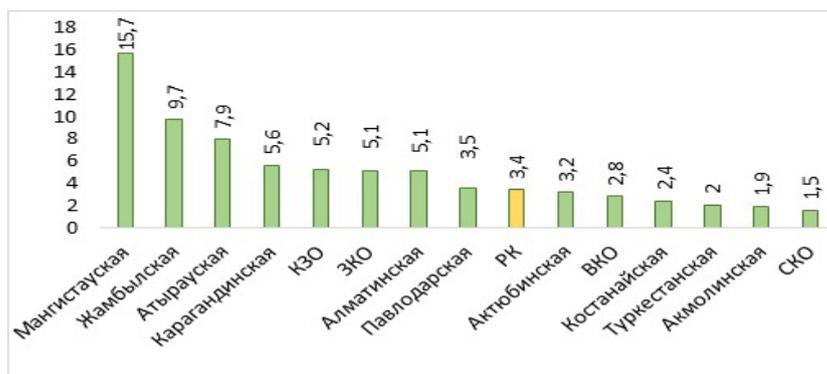


Рисунок 2 - Объем лабораторных исследований на 1 сельского жителя

Объем консультаций профильных специалистов увеличился в 3,1 раза и составил 1 448 600 консультаций против 458 785 за аналогичный период 2020 года. Рост 1,3 по консультациям профильных специалистов с 1,0 консультаций профильных специалистов в 2020 году до 1,3 консультаций профильных специалистов в 2021 году (рисунок 3).

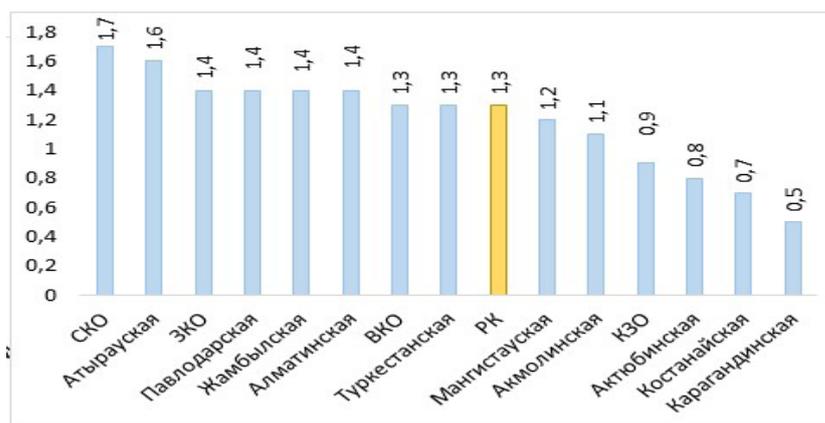


Рисунок 3 - Консультации профильных специалистов на 1 сельского жителя

Результаты сравнения общереспубликанскими показателями

По итогам 2021 года к регионам на уровне/ выше среднереспубликанских значений относятся:

- Мангистауская область, где охват 1 сельского жителя составил диагностическими исследованиями 10,8 услуг; лабораторными исследованиями 15,7 услуг;

- Жамбылская область, где охват 1 сельского жителя составил диагностическими исследованиями 3,3 услуги; лабораторными исследованиями 9,7 услуг; консультациями профильных специалистов 1,4 услуги;

- Атырауская область, где охват 1 сельского жителя составил диагностическими исследованиями 7,7 услуг; лабораторными исследованиями 7,9 услуги;

- Карагандинская область, где охват 1 сельского жителя составил диагностическими исследованиями 4,5 услуги; лабораторными исследованиями 5,6 услуг;

- ЗКО, где охват 1 сельского жителя составил диагностическими исследованиями 3,7 услуг;

с лабораторными исследованиями 5,1 услуги; консультациями профильных специалистов 1,4 услуги;

- Алматинская область, где охват 1 сельского жителя составил диагностическими исследованиями 3,1 услуги; лабораторными исследованиями 5,1 услуги; консультациями профильных специалистов 1,4 услуги;

- Павлодарская область, где охват 1 сельского жителя составил диагностическими исследованиями 3,3 услуг; консультациями профильных специалистов 1,4 услуги.

По итогам 2021 года к регионам ниже среднереспубликанских значений относятся:

- Туркестанская область, где охват 1 сельского жителя составил диагностическими исследованиями 1,6 услуги; лабораторными исследованиями 2,0 услуги;

- ВКО, где охват 1 сельского жителя составил диагностическими исследованиями 2,2 услуги; лабораторными исследованиями 2,8 услуги;

- Акмолинская область, где охват 1 сельского жителя составил диагностическими исследованиями 2,0 услуги; лабораторными исследованиями 1,9 услуги; консультациями профильных специалистов 1,1 услуги;

- Костанайская область, где охват 1 сельского жителя составил диагностическими исследованиями 1,7 услуги; лабораторными исследованиями 2,4 услуги; консультациями профильных специалистов 0,7 услуг;

- Актюбинская область, где охват 1 сельского жителя составил диагностическими исследованиями 1,0 услуга; консультациями профильных специалистов 0,8 услуги;

- Кызылординская область, где охват 1 сельского жителя составил диагностическими исследованиями 0,9 услуги.

Охват 1 сельского жителя консультациями профильных специалистов крайне низок в Мангистауской (1,2 услуги) и Карагандинской (0,5 услуги) областях.

Сравнительный анализ по выявленным случаям отдельных неинфекционных заболеваний по итогам 2020-2021 годов

Ниже в таблице 1 представлена динамика случаев отдельных выявленных заболеваний и их доля от общего числа выявленных заболеваний при оказании медицинских услуг посредством ПМК. При проведении сравнительного анализа установлено, что:

- доля выявленных больных сахарным

диабетом возросла в 9,2 раза и составила 11% от общего числа выявленных больных в 2021 году против 1,2% в 2020 году (с 650 случаев в 2020 году до 14 630 случаев в 2021 году);

- доля выявленных больных с глаукомой незначительно снизилась и составила 0,6% от общего числа выявленных больных в 2021 году против 0,8% в 2020 году при росте числа выявленных больных с глаукомой с 409 случаев в 2020 году до 812 случаев в 2021 году;

- доля выявленных больных с болезнями системы кровообращения незначительно снизилась и составила 6,7% от общего числа выявленных больных в 2021 году против 8,7% в 2020 году при росте числа выявленных больных с болезнями системы кровообращения с 4 525 случаев в 2020 году до 8 850 случаев в 2021 году;

- доля выявленных больных с раком молочной железы возросла в 4 раза и составила 0,04% от общего числа выявленных больных в 2021 году против 0,01% в 2020 году при росте числа выявленных больных с раком молочной железы с 6 случаев в 2020 году до 58 случаев в 2021 году;

- доля выявленных больных детей возросла незначительно с 24,2% в 2020 году до 25,1% в 2021 году при росте числа выявленных больных детей в 2,6 раза с 12 575 случаев в 2020 году до 33 201 случаев в 2021 году;

За анализируемый период 2020-2021 годы отмечается положительная динамика по выявленным случаям по всем изученным нозологиям.

Таблица 1 Данные по доле отдельных выявленных заболеваний от общего числа выявленных заболеваний по итогам 2020-2021 годов (абс., %)

№	Нозологии	Доля от общего числа выявленных больных, абс., %	
		2020 год	2021 год
1	Сахарный диабет	650 (1,2%)	14 630 (11%)
2	Глаукома	409 (0,8%)	812 (0,6%)
3	Болезни системы кровообращения	4 525 (8,7%)	8 850 (6,7%)
4	Рак молочной железы	6 (0,01%)	58 (0,04%)
5	Заболевания у детей	12 575 (24,2%)	33 201 (25,1%)
6	Прочие неинфекционные заболевания	33 728 (65%)	74 530 (56,4%)

При этом доля взятых на динамическое наблюдение специалистами ПМСП из числа выявленных больных сохраняется на низких значениях и составляет 17% или 22 557 человек, в том числе 6,7 % или 8 806 детей составляет дети.

По итогам 2021 года удельный вес взятых на учет от общего количество выявленных больных по регионам:

- на уровне или выше среднереспубликанских значений относятся Мангистауская (43%), Павлодарская (41%), Кызылординская (29%),

Актюбинская (27%), ЗКО (23%), Жамбылская (17%) области;

- ниже среднереспубликанских значений относятся Алматинская (11%), Туркестанская (13%), ВКО (12%), Акмолинская (11%), Атырауская (2%) области.

Удельный вес взятых на динамическое наблюдение специалистами ПМСП в Атырауской, Алматинской, Акмолинской, Туркестанской областях, ВКО крайне низкий и не соответствует стратегии проведения скрининговых исследований.

Обсуждение

Более 40% численности населения РК проживают в сельской местности и процесс урбанизации продолжается. На обеспечение жителей села своевременной, доступной,

квалифицированной и качественной медицинской помощью отрицательно влияют многие факторы, а именно: большая территориальная протяженность, низкая плотность населения, неудовлетворительное

состояние дорожно-транспортных сообщений, плохо развитые коммуникации, в том числе телекоммуникации (связь) [19].

Для обеспечения доступности и расширения перечня оказываемых медицинских услуг населению сельской местности и отдаленных населенных пунктов в РК обеспечена деятельность передвижных медицинских комплексов - мобильных клиник (кабинетов) на базе автомобильного транспорта, оснащенных необходимым медицинским оборудованием.

По результатам их работы отмечен рост охвата медицинскими осмотрами в условиях ПМК жителей, проживающих в отдаленных сельских населенных пунктах, в том числе детей. Указанный рост стал возможным за счет улучшения материально-технического оснащения, в том числе закупа оборудованного специализированного автотранспорта со снижением нагрузки на 1 единицу специализированного автотранспорта ПМК и повышением качества оказываемых медицинских услуг.

Отмечен рост количества сельских населенных пунктов, запланированных для охвата услугами ПМК на 2021 год и рост охвата сельских населенных пунктов услугами ПМК.

Специалисты ПМК внесли свой неоценимый вклад в борьбу с пандемией коронавирусной инфекции, обеспечив охват вакцинацией против COVID-19.

Охват сельских жителей диагностическими и лабораторными исследованиями, консультациями профильных специалистов в условиях передвижных медицинских комплексов значительно возрос. При этом отмечено снижение охвата в среднем на 1 сельского жителя по итогам 2020-2021 годов отмечено незначительное снижение по диагностическим исследованиям на 0,3% с 2,4 диагностических исследования в 2020 году до 2,1 диагностических исследования по итогам 2021 года за счет значительного роста в 3,8 раза числа охваченных услугами здравоохранения сельских жителей с 479 881 человек в 2020 году до 1 822 334 человек в 2021 году.

В разрезе регионов ситуация по охвату сельских жителей диагностическими и лабораторными исследованиями, консультациями профильных специалистов в условиях передвижных медицинских комплексов по итогам 2021 года выглядит следующим образом: 7 регионов из 14 относятся к регионам на уровне/выше среднереспубликанских значений. Так, охват значительно выше среднереспубликанских в Мангистауской, Атырауской, Карагандинской, областях и ЗКО. В Жамбылской, Павлодарской, Алматинской областях охват 1 сельского жителя диагностическими, лабораторными исследованиями и консультациями профильных специалистов на уровне среднереспубликанских показателей.

В то же время в нижеперечисленных регионах по итогам 2021 года охват 1 сельского жителя диагностическими, лабораторными исследованиями и консультациями профильных специалистов ниже среднереспубликанских значений, а именно: в Кызылординской, Актюбинской, Туркестанской, Акмолинской, Костанайской областях и ВКО. Охват

1 сельского жителя консультациями профильных специалистов крайне низок в Мангистауской и Карагандинской областях.

За 2020-2021 годы отмечена положительная динамика по выявленным случаям по всем изученным нозологиям при оказании медицинских услуг посредством ПМК. Так, значительно возросли случаи выявленных больных сахарным диабетом, больных глаукомой, болезнями системы кровообращения, раком молочной железы. Доля выявленных больных детей возросла незначительно. Остается на низких значениях взятие выявленных больных на динамическое наблюдение специалистами ПМСП из числа выявленных больных. Так, в Атырауской, Алматинской, Акмолинской, Туркестанской областях, ВКО доля, взятых на динамическое наблюдение специалистами ПМСП крайне низкая и не соответствует стратегии проведения скрининговых исследований.

Доля взятых на динамическое наблюдение специалистами ПМСП от общего количества выявленных больных на уровне или выше среднереспубликанских значений в Мангистауской, Павлодарской, Кызылординской, Актюбинской, Жамбылской областях и ЗКО.

К регионам с показателями по взятию выявленных больных на динамическое наблюдение специалистами ПМСП из числа выявленных больных ниже среднереспубликанских значений относятся Алматинская, Туркестанская, Акмолинская, Атырауская области и ВКО.

Вышеизложенное свидетельствует о ненадлежащем исполнении ответственными лицами поручений уполномоченного органа касательно обеспечения жителей села своевременной, доступной, квалифицированной и качественной медицинской помощью и снижении контроля со стороны первых руководителей региональных управлений здравоохранения, которые годами не решают вопросы кадрового обеспечения передвижных медицинских комплексов.

Неполный охват сельских населенных пунктов услугами ПМК в 2021 году связан с отменой всех плановых мероприятий в связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой и введением карантина и чрезвычайного положения по всей стране Постановлением Главного государственного санитарного врача РК [20].

Потребность в передвижных медицинских комплексах, не однозначна и зависит от плотности населения, состояния дорог, при этом должны учитываться инфраструктура населенных пунктов, обеспеченность и укомплектованность медицинскими кадрами, медико-географические и климатические особенности территории, а также от организационных форм их работы.

Дальнейшее улучшение качества и доступности оказания медицинской помощи сельским жителям, в частности жителям, проживающим в отдаленных сельских населенных пунктах, медицинскими услугами с привлечением передвижных медицинских комплексов в Казахстане требует не только наличия оснащенных транспортных средств, но и внедрения современных информационных технологий, применение мобильных комплексов, цифровых медицинских

устройств, инструментов телемедицины. Данные современные технологии позволяют внедрить передовые методики диагностики и лечения в первичное звено здравоохранения, то есть помочь персоналу амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов в раннем выявлении поведенческих рисков и заболеваний на раннем этапе развития. Потребность в передвижных медицинских комплексах, не однозначна и зависит от плотности населения, состояния дорог, при этом должны учитываться инфраструктура и демографическая картина населенных пунктов, обеспеченность и укомплектованность медицинскими кадрами, медико-географические и климатические особенности территории, а также от организационных форм их работы.

Выводы

Вопрос обеспечения населения, проживающего в отдаленных сельских населенных пунктах, медицинскими услугами с привлечением передвижных медицинских комплексов, несмотря на государственную поддержку, нуждается в значительной активизации со стороны региональных управлений здравоохранения и первых руководителей организаций здравоохранения, на базе которых дислоцируются передвижные медицинские комплексы. Охват сельских жителей услугами передвижных медицинских комплексов низкий и составляет 23,5% или каждый пятый сельский житель. Доля взятых на динамическое наблюдение специалистами ПМСП из числа выявленных больных сохраняется на низких значениях и составляет всего 17%, что крайне недостаточно и теряется смысл проведения

Перспективы реальные и позитивные: рост охвата услугами жителей, проживающих в отдаленных сельских населенных пунктах, медицинскими услугами с привлечением передвижных медицинских комплексов с 30% до 50% до 2025 года; реальная помощь в реализации конституционных прав граждан Казахстана, независимо от места проживания, на охрану здоровья.

Ограничения исследования: Процесс оказания медицинских услуг с привлечением ПМК оцифрован не в полном объеме. Вследствие чего провести анализ по наиболее востребованным услугам в разрезе диагностических, лабораторных исследований, консультаций профильных специалистов, не представляется возможным.

медицинских осмотров без последующего динамического наблюдения специалистами ПМСП с последующим оздоровлением не соответствует стратегии проведения скрининговых исследований.

Благодарность. Выражаем признательность и благодарность сотрудникам РГП на ПХВ «Республиканский центр электронного здравоохранения» МЗ РК за предоставленные данные по деятельности передвижных медицинских комплексов.

Вклад авторов. И.Ж.А. - Концептуализация, написание, редактирование; К.Р.С. - сбор и анализ данных; О.А. - сбор и анализ данных.

Финансирование. Нет.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Bolin J.N., Bellamy G.R., Ferdinand A.O., Vuong A.M. et al. Rural healthy people 2020: New decade, same challenges. *The Journal of Rural Health*. 2015; 31(3): 326-333. [CrossRef].
2. Whitehead J., Shaver J., Stephenson R. Outness, stigma, and primary health care utilization among rural LGBT populations. *PLoS one*. 2016; 11(1): e0146139. [CrossRef].
3. Hoefft T.J., Fortney J.C., Patel V., Unützer J. Task sharing approaches to improve mental health care in rural and other low resource settings: a systematic review. *The Journal of rural health*. 2018; 34(1): 48-62. [CrossRef].
4. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. World Health Organization. Website. [Cited 05 Feb 2022]. Available from URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514033>.
5. Terry D.L., Woo M.J. Burnout, job satisfaction, and work-family conflict among rural medical providers. *Psychology, Health & Medicine*. 2021; 26(2): 196-203. [CrossRef].
6. Douthit N., Kiv S., Dwolatzky T., Biswas S. Exposing some important barriers to health care access in the rural USA. *Public health*. 2015; 129(6): 611-620. [CrossRef].
7. Meng Q., Fang H., Liu X., Yuan B. et al. Consolidating the social health insurance schemes in China: towards an equitable and efficient health system. *The Lancet*. 2015; 386(10002): 1484-1492. [CrossRef].
8. Johansson A.M., Lindberg I., Söderberg S. Healthcare personnel's experiences using video consultation in primary healthcare in rural areas. *Primary Health Care Research & Development*. 2017; 18(1): 73-83. [CrossRef].
9. Anderson T.J., Saman D.M., Lipsky M.S., Lutfiyya M.N. A cross-sectional study on health differences between rural and non-rural US counties using the County Health Rankings. *BMC health services research*. 2015; 15(1): 1-8. [CrossRef].
10. Yousefi M., Ghoochani M., Mahvi A.H. Health risk assessment to fluoride in drinking water of rural residents living in the Poldasht city, Northwest of Iran. *Ecotoxicology and environmental safety*. 2018; 148: 426-430. [CrossRef].
11. Kueny C.R., Majumdar D., Spencer C. A qualitative assessment of the impact of the rural setting on healthcare professionals' work experiences. *Occupational Health Science*. 2020; 4(3): 375-399. [CrossRef].
12. Hempel S., Gibbons M.M., Ulloa J.G., Macqueen I.T. et al. Rural healthcare workforce: A systematic review. 2017; [Google Scholar].
13. Динамика основных социально-экономических показателей. Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан. Веб-сайт. [Дата обращения: 26 ноября 2021] Режим доступа: https://stat.gov.kz/for_users/dynamic.

Dinamika osnovnykh sotsial'no-ekonomicheskikh pokazatelei. Biuro natsional'noi statistiki Agentstva po strategicheskomu planirovaniu i reformam Respubliki Kazakhstan (Dynamics of the main socio-economic indicators. Bureau of National Statistics of the Agency for Strategic Planning and Reforms of the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. Veb-sait. [Data obrashcheniia: 26 noiabria 2021] Rezhim dostupa: https://stat.gov.kz/for_users/dynamic.

14. Об утверждении национального проекта «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация». Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 725. Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=38602479.

Ob utverzhdenii nacional'nogo proekta «Kachestvennoe i dostupnoe zdavoohranenie dlja kazhdogo grazhdanina «Zdorovaja nacija». Postanovlenie Pravitel'stva Respubliki Kazahstan (About approval of the national project "Quality and accessible health care for every citizen" Healthy Nation ". Resolution of the Government of the Republic of Kazakhstan) [in Russian] ot 12 oktjabrja 2021 goda № 725. Rezhim dostupa: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=38602479.

15. Об утверждении правил оказания медицинской помощи посредством передвижных медицинских комплексов и медицинских поездов. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-241/2020. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021745>.

Ob utverzhdenii pravil okazaniia meditsinskoj pomoshchi posredstvom peredvizhnykh meditsinskikh kompleksov i meditsinskikh poezdov. Prikaz Ministra zdavoohraneniia Respubliki Kazakhstan (On approval of the rules for the provision of medical care through mobile medical complexes and medical trains. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan) [in Russian] ot 8 dekabria 2020 goda № № ҚР DSM-241/2020. Rezhim dostupa: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021745>.

16. Иманова Ж.А., Муханова Г.Т., Саханова Л.Х., Имамбаев Н.И. и др. Создание эффективной модели оказания медицинской помощи сельскому населению, включая лекарственное обеспечение, с учетом международного опыта. Электронный ресурс. [Дата обращения: 16 января 2022]. Режим доступа: <http://www.rcrz.kz/files>.

Imanova Zh.A., Mukhanova G.T., Sakhanova L.Kh., Imambaev N.I. i dr. Sozdanie effektivnoi modeli okazaniia meditsinskoj pomoshchi sel'skomu naseleniiu, vkluchaia lekarstvennoe obespechenie, s uchetom mezhdunarodnogo opyta (Imanova Zh.A., Mukhanova G.T., Sakhanova L.Kh., Imambaev N.I. and others. Creation of an effective model for the provision of medical care to the rural population, including drug provision, taking into account international experience) [in Russian]. Elektronnyi resurs. [Data obrashcheniia: 16 ianvaria 2022]. Rezhim dostupa: <http://www.rcrz.kz/files>.

17. Об утверждении перечня процедур и манипуляций, включенных в специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 19 октября 2020 года № ҚР ДСМ-136/2020. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021470>.

Ob utverzhdenii perechnia protsedur i manipuliatsii, vkluchennykh v spetsializirovannuiu meditsinskuiu pomoshch' v ambulatornykh usloviiah. Prikaz Ministra zdavoohraneniia Respubliki Kazakhstan (On approval of the list of procedures and manipulations included in specialized medical care on an outpatient basis. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan) [in Russian] ot 19 oktiabria 2020 goda № KR DSM-136/2020. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021470>.

18. Отчет РГП на ПХВ «Национальный научный центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан по итогам 12 месяцев 2020-2021 годов.

Otchet RGP na PHV «Nacional'nyj nauchnyj centr razvitiia zdavoohraneniia» Ministerstva zdavoohraneniia Respubliki Kazahstan po itogam 12 mesjacev 2020-2021 godov (Report of the RSE on REM "National Scientific Center for Health Development" of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan based on the results of 12 months of 2020-2021) [in Russian].

19. Об усилении санитарно-противоэпидемических мероприятий в организациях образования и внесении изменений в постановления Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан от 10 сентября 2021 года № 42. Постановление Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан от 13 января 2022 года №1, от 21 января 2022 года № 5. https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=32703181.

Ob usilenii sanitarno-protivoepidemicheskikh meropriatii v organizatsiiakh obrazovaniia i vnesenii izmenenii v postanovleniia Glavnogo gosudarstvennogo sanitarnogo vracha Respubliki Kazakhstan ot 10 sentiabria 2021 goda № 42. Postanovlenie Glavnogo gosudarstvennogo sanitarnogo vracha Respubliki Kazakhstan (On strengthening sanitary and anti-epidemic measures in educational organizations and amending the resolutions of the Chief State Sanitary Doctor of the Republic of Kazakhstan dated September 10, 2021 No. 42. Resolution of the Chief State Sanitary Doctor of the Republic of Kazakhstan) ot 13 ianvaria 2022 goda №1, ot 21 ianvaria 2022 goda № 5. https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=32703181.

Қазақстан Республикасының ауыл халқын жылжымалы медициналық кешендерді тарту арқылы медициналық қызметтермен қамтамасыз ету

Иманова Ж.А.¹, Кулиев Р.С.², Орынбасарұлы А.³

¹ Салидат Қайырбекова атындағы денсаулық сақтауды дамыту ұлттық ғылыми орталығы, Нұр-сұлтан, Қазақстан, медициналық көмекті жетілдіру Департаментінің директоры, E-mail: imanova_zh@rcrz.kz

² Салидат Қайырбекова атындағы денсаулық сақтауды дамыту ұлттық ғылыми орталығы, Нұр-сұлтан, Қазақстан, медициналық көмекті жетілдіру Департаменті медициналық көмекті дамыту бөлімінің басшысы. E-mail: kyliev_r@rcrz.kz

³ Салидат Қайырбекова атындағы денсаулық сақтауды дамыту ұлттық ғылыми орталығы, Нұр-сұлтан, Қазақстан, медициналық көмекті жетілдіру Департаменті медициналық көмекті дамыту бөлімінің бас маманы. E-mail: orynbassaruly_a@rcrz.kz

Түйіндеме

Зерттеудің мақсаты шалғайдағы ауылдық елді мекендерде тұратын халықты жылжымалы медициналық кешендерді тарта отырып, медициналық қызметтермен қамтамасыз етуді талдау болып табылады.

Әдістері. Зерттеу барысында 2020-2021 жылдардың қорытындысы бойынша Қазақстанның шалғайдағы ауылдық елді мекендерінде тұратын халықты жылжымалы медициналық кешендерді тарта отырып, медициналық қызметтермен қамтамасыз етудің статистикалық деректеріне талдау жүргізілді.

Нәтижелері. Талдау деректері бойынша жылжымалы медициналық кешендер жағдайында ауыл тұрғындарын медициналық тексерулермен қамтудың 2020 жылғы 6,1%-дан 2021 жылы 23,5%-ға дейін 3,8 есе өсуі; мамандандырылған автокөліктің 1 бірлігіне жүктемені 2,6 есе төмендеті отырып, мамандандырылған автокөліктің 58-ден 152 бірлік автокөлікке дейін 2,6 есе өсуі; диагностикалық зерттеулер көлемінің ұлғаюы 4,3 есе, зертханалық зерттеулер көлемі 2,9 есе; диагностикалық зерттеулер бойынша 1 ауыл тұрғынына орташа есеппен қамтылудың 0,3%-ға аздап төмендеуі; зертханалық зерттеулер бойынша 1 ауыл тұрғынына орташа есеппен қамтудың 1,3 есе өсуі; бейінді мамандар кеңестерінің 1 ауыл тұрғынына орташа есеппен 3,1 есе өсуі.

2020-2021 жылдар аралығындағы талдау кезеңінде барлық зерттелген нозологиялар бойынша анықталған жағдайлар бойынша оң динамика байқалады; анықталған науқастар ішінен МСАК мамандарымен динамикалық байқауға алынғандардың үлесі төмен мәндерде сақталады және бар болғаны 17%-ды құрайды.

Қорытынды. Шалғайдағы ауылдық елді мекендерде тұратын халықты жылжымалы медициналық кешендерді тарта отырып, медициналық қызметтермен қамтамасыз ету мәселесі мемлекеттік қолдауға қарамастан, өңірлік денсаулық сақтау басқармалары мен базасында жылжымалы медициналық кешендер орналасқан Денсаулық сақтау ұйымдарының бірінші басшылары тарапынан айтарлықтай жандандыруды қажет етеді.

Түйін сөздер: ауылдық денсаулық сақтау, жылжымалы медициналық кешендер, алғашқы медициналық-санитарлық көмек, мамандандырылған медициналық көмек.

Providing Rural Population of the Republic of Kazakhstan with Medical Services Involving Mobile Medical Complexes

Imanova Zhazira¹, Ramiz Kuliyeu², Aldiyar Orynbasaruly³

¹ Director of the Department of Improvement of Medical Care, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development. Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: imanova_zh@rcrz.kz

² Head of the Center for Improving Medical care of Department of Improvement of Medical Care, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development. Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: kyliev_r@rcrz.kz

³ Chief specialist of the Center for Improving Medical care of Department of Improvement of Medical Care, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development. Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: orynbassaruly_a@rcrz.kz

Abstract

The purpose of the study is to analyze the provision of medical services to the population living in remote rural areas with the involvement of mobile medical complexes.

Methods. In the course of the study, we analyzed statistical data on providing the population living in remote rural areas of Kazakhstan with medical services involving mobile medical complexes in 2020-2021.

Results. The analysis indicated, that the coverage of rural residents with medical examinations provided by mobile medical complexes increased 3.8 times from 6.1% in 2020 to 23.5% in 2021; the amount of specialized vehicles increased 2.6 times from 58 to 152 vehicles, the load per 1 unit of specialized vehicle decreased 2.6 times; the volume of diagnostic studies increased 4.3 times, the volume of laboratory studies increased 2.9 times; the coverage with diagnostic studies per 1 rural resident slightly decreased by 0.3% on average; the coverage with laboratory tests per 1 rural resident increased 1.3 times on average; the number of specialists' consultations per 1 rural resident increased on average 3.1 times.

For the analyzed period of 2020-2021, we see a positive trend as the number of new identified cases for all studied medical conditions increase; however, the proportion of followed-up cases on primary care level remains as low as 17% of the identified patients.

Conclusions. The issue of providing population in remote rural areas with medical services involving mobile medical complexes is supported by the government, however, it still requires significant support from the regional health departments and the top managers of healthcare organizations where mobile medical complexes are deployed.

Key words: rural healthcare, mobile medical complexes, primary health care, specialized medical care.