

<https://doi.org/10.32921/2225-9929-2022-2-46-49-59>

ӨОЖ 614; 614.2; 614.33; 61:001.12/18
FTAXP 76.75.75; 76.01.11

Шолу мақала

Жалпы тәжірибелік дәрігерлердің жұмысының тиімділігі мәселесі

Кеңеспаев М.Қ. ¹, Тұрсынбет Т.Е. ²

¹ Дәрігер-терапевт, Medical Assistance Group, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: mr.quanyshbekuly@gmail.com

² "Қазақстан Республикасы Ішкі істер министрлігінің емханасы бар Орталық госпиталі" ММ бастығының орынбасары, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: yenar_82@mail.ru

Түйіндеме

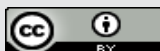
Әдебиеттік шолу барысында жалпы тәжірибелік дәрігер қызметінің тиімділігіне әсер ететін және көп жағдайда дәрігер қызметіне кешенді әсер ететін төрт негізгі фактор анықталды: білім сапасы, ұйымдастырушылық фактор, қаржылай мотивация және психологиялық фактор.

Аталмыш факторлар - денсаулық сақтау жүйесінің барлық қызметкерлерінің еңбегінде кездесетін ортақ және жекелей алғанда жалпы тәжірибелік дәрігер жұмысының тиімділігіне әсер ететін мәселелер. Олардың пайда болу себебін анықтау, медициналық-санитариялық алғашқы көмек қызметінің сапасын арттыруға арналған әдістер жасауда маңызды болып табылады.

Түйін сөздер: медициналық-санитариялық алғашқы көмек, жалпы тәжірибелік дәрігер, жұмыс тиімділігі, емхана, жұмысты ұйымдастыру.

Corresponding author: Miras Kengespayev, Therapist, Astana branch of the limited liability partnership "Medical Assistance Group", Nur-Sultan, Kazakhstan.
Postal code: Z00P5Y4
Address: Nur-Sultan, 17B Taskesken Street.
Phone: 87764679992, 87752037392.
E-mail: mr.quanyshbekuly@gmail.com

J Health Dev 2022; 2 (46): 49-59
Received: 05-05-2022
Accepted: 01-06-2022



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

Кіріспе

Медициналық-санитариялық алғашқы көмек (МСАК) тұрғындардың денсаулығын сақтау саласы қызметтерінен алғашқы байланыс орны ретінде медициналық көмектің жоғары қолжетімділігімен, стационарластырушы технологиялар арқылы госпитализациясыз тексерілу және емделу мүмкіндігімен айқындалады. Қолжетімді және үздіксіз күтім көрсету және мультиморбидтілікті басқара алу мүмкіндігі себепті МСАК қызметін жақсарту денсаулық сақтау жүйелерін нығайтудағы саясаттың басты приоритеті болып табылады [1]. Жалпы МСАК-тің негізгі қағидалары 1978 жылғы Алматы декларациясында қалыптасқан болатын. Және арада 40 жылдан астам уақыт өткенде 2018 жылдың қазан айында Астана қаласында өткен әлемдік көшбасшылар қатысқан медициналық-санитариялық алғашқы көмек жөніндегі жаһандық конференцияда Астана декларациясы ратификацияланды. Декларацияда келесідей маңызды бағыттар анықталды: адамдар денсаулығын жақсарту үшін батыл саяси шешімдер қабылдау; тұрақты МСАК-ті қалыптастыру; жеке тұлғалар мен қоғамның мүмкіндіктері мен құқықтарын кеңейту; ұлттық саясатпен бірге мүдделі тараптарға қолдау көрсету [2]. Аталған конференциялардың елімізде өтуі - денсаулық сақтаудағы біріншілік буынның Қазақстан үшін маңызды бағыт екендігінің дәлелі. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтауды дамытудың 2020 – 2025 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасында сапалы және қолжетімді денсаулық сақтауды қамтамасыз ету мақсаты айқындалған болатын [3,4]. Осы мақсатқа қол жеткізу жолындағы бірінші міндет - халықтың салауатты өмір салтына бейімділігін қалыптастыру және қоғамдық денсаулық қызметін дамыту болып табылды. Оның негізгі бағыты МСАК деңгейінде денсаулықты жан-жақты қолдау болатын. Аталған бағдарламада әрбір тұрғынның жылына бір рет МСАК ұйымдарына бару саны - халықтың аурулардың алдын алуға және оларды ерте анықтауға бағытталған қызметтерді пайдалану индикаторы ретінде қолданылды. Бірақ, мемлекет тарапынан бұл мәселеге көп күш жұмсауына қарамастан,

Негізгі бөлім

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДСҰ) Еуропалық бюросы барлық медициналық көмек қызметтерінде, соның ішінде МСАК-тің қоғамдық денсаулық сақтаудағы әлеуетін нығайту жөнінде резолюция қабылдады. ДДСҰ Еуропалық бюросы ұсынған қоғамдық денсаулық сақтаудың 10 негізгі оперативті функциясының 5-еуі МСАК жүйесіне қатысты [3]:

- 1) әлеуметтік детерминанттарға әсер етуді және денсаулық көрсеткіштері бойынша теңсіздіктерді қысқартуды қамтитын денсаулықты нығайту;
- 2) денсаулықтың бұзылуын ерте анықтауды қамтитын аурулардың алдын алу шаралары;
- 3) қоғамдық денсаулық сақтау саласын білікті кадрлардың жеткілікті санымен қамтамасыз ету;
- 4) тұрақты ұйымдық құрылымдарды және қаржыландыруды қамтамасыз ету;
- 5) денсаулық мүддесі үшін ақпараттық-түсіндіру қызметі, коммуникация және әлеуметтік мобильділік.

Тәуелсіздік жылдары Қазақстанда МСАК еліміздің денсаулық сақтау саласын дамытуда басым мәселелердің бірі болды. Елімізде ЖТД туралы ең алғашқы ереже Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау, білім және спорт министрлігі Денсаулық сақтау комитетінің 1999 жылғы 12 қазан №500 бұйрығында белгіленген. ЖТД/отбасылық дәрігер қызмет көрсетілетін халықтың денсаулық проблемаларымен (және оған әсер ететін факторлармен) айналысады және сонымен бірге ауруға ғана емес, адамға бағытталған, МСАК-ті жүзеге асыратын оның құрылымдық-қызметтік бірлігі. Халыққа қызмет көрсетудің отбасылық қағидаты шеңберінде отбасылық дәрігерлер мен ЖТД-лер барлық жастағы науқастарға медициналық көмек көрсетеді [4].

МСАК-тің жақсы немесе нашар деңгейі бүкіл денсаулық сақтау жүйесінен бастап, медицина қызметкерлерінің еңбек жағдайының ұйымдастырылуына

денсаулық сақтау жүйесінің алдына қойған мақсаттары толық көлемде жүзеге асырылмады. Елімізде біріншілік буын деңгейіндегі медициналық көмектің қолжетімділігі өлі де төмен деңгейде. Оның негізгі себептері біріншілік буындағы басты тұлға – учаскелік дәрігерлерге байланысты. Атап айтқанда – Қазақстанның алып географиялық аумағы үшін адами ресурстардың өңірлік бөлінуінің тең болмауы, дәрігерлердің артық жүктемесі, жалпы тәжірибелік дәрігерлер жеткіліксіздігі, учаскелік дәрігерлердің жиі алмасуы, науқастардың дәрігер қабылдауына жазылуының қиындауы. Аталған факторлардың салдарынан аурудың алдын алу шараларының сапасы төмендеп, аурудың асқынған жағдайларының жоғары деңгейіне, басқарылатын аурулардан болатын өлімнің жоғары деңгейіне, жедел жәрдемді жиі шақыртуларға, негізсіз госпитализациялауларға алып келеді. Ұлттық статистика бюросының мәліметтері бойынша, 2030 жылға қарай халық саны 21 миллион адамнан асады және қарт адамдар үлесінің артуы күтіледі, ал бұл өз кезегінде созылмалы аурулардың өсуіне әкеледі [2]. Сәйкесінше, медициналық көмекке деген сұраныс та артады деген сөз. Ал жұмысы тиімді, жақсы нәтижелер көрсететін біріншілік буын - денсаулықты нығайтуды, аурулардың алдын алуды, емдеуді, оңалтуды және паллиативтік көмек беруді қамтитын, адамның өмір бойы денсаулық сақтау саласындағы қажеттіліктерінің көпшілігін қанағаттандыратын әлеуметтік құрал болып табылады. Сондықтан, қазіргі қазақстандық МСАК жағдайын, оның қызметіндегі жалпы тәжірибелік дәрігерлер (ЖТД) жұмысының орталық рөлін және олардың қызметтік міндеттерін есепке ала отырып, олардың жұмысының тиімділігін қамтамасыз ету жүйесін зерделеу ерекше назар аударуды қажет етеді және ғылыми қызығушылық тудырады.

Шолудың мақсаты: Медициналық-санитариялық алғашқы көмектің қызмет ету бірлігі ретіндегі жалпы тәжірибелік дәрігерлердің жұмыс тиімділігіне әсер етуші факторларды саралау.

дейінгі жағдайларға тәуелді. Сол себепті Қазақстанда ЖТД-лерді ынталандыру және тіркелген халықтың санын азайту бойынша шаралар қабылдануда. МСАК-тің қолжетімділігін арттыру мақсатында саладағы ЖТД-лер санын ұлғайтудан басқа, денсаулық сақтау субъектілерін кішірейту жүргізілуде. «Отбасылық медицина» мамандығы бойынша резидентура енгізілді. Алайда біріншілік деңгей өз тартымдылығын тек пациенттер үшін ғана емес, сонымен қатар жас мамандар үшін де жоғалтқан. Ал ЖТД медицина саласының ең қызықсыз, әрі сұранысы айналасына айналды. 2021 жылдың өзінде елімізде 525 ЖТД жетіспейтіні белгілі болды [5]. Ал 2021 жылдың қаңтар-қыркүйек айларында 699 медицина қызметкері шетелге қоныс аударған [6]. Елде қалған жас мамандар болса, жеке бейін мамандығына, стационарларға, жеке меншік клиникаларға ауысуға тырысады. Нәтижесінде МСАК саласында «уақытша жүрген» мамандар көп. Медициналық көмектің негізгі түрлері мен профилактикалық шаралардың әлсіреуінің де себебі де осында [7]. МСАК-тің өз функцияларын дұрыс атқара алмауы тек жұмыс күшінің жеткіліксіздігіне байланысты деп айтсақ, қателескен болар едік. Кез-келген саланың өзіне тән спецификалық ерекшеліктері болады. Дәл солай МСАК-тің жұмысы да көптеген ішкі және сыртқы ықпалдардың әсеріне тәуелді. Осындай ықпалдарды зерттеу отандық және шетелдік ғалымдар тарапынан сан мәрте қолға алынған және олардың әрқайсысы түрлі факторларды жеке-жеке қарастырады.

Осы тақырыптың төңірегінде жүргізілген әдебиеттік шолу жұмыстары ЖТД-лер жұмысының тиімділігін қамтамасыз ету жүйесі тек отандық денсаулық сақтау жүйесінің өзекті мәселесі ғана емес екенін, сонымен қатар экономикасы дамыған мемлекеттер үшін де шешімі табылмаған, түйіні шешілмеген сұрақ болып қалғанын көрсетеді.

ЖТД-лер үшін олардың мамандық ерекшеліктерін ескере отырып, олардың жұмысы тиімділігіне әсер ететін факторларды келесідей топтастыруға болады [8]:

1. Білім сапасы;
2. Еңбек процесінің ұйымдастырылуы. Денсаулық сақтау жүйесінің құрылым ерекшеліктерінен бастап, еңбек процесінің ұйымдастырылуына дейін. Дәрігерлер жүктемесінің артуы немесе, керісінше, азаюы да ұйымдастырушылық факторға тікелей байланысты;
3. Экономикалық. Қаржылай мотивация;
4. Әлеуметтік-психологиялық. Коллективтің демографиялық құрамы, еңбек процесіндегі моральдық-психологиялық климат және дәрігерлердің психологиялық ерекшеліктері.

I. Білім сапасы. Еліміздегі ЖТД-дің білуі тиіс қызметтік міндеттеріне профилактика, диагностикалау, емдеу, оңалту функцияларынан бастап, медициналық этиканы, ішкі еңбек тәртібі ережелерін, өртке қарсы қауіпсіздіктің, еңбек қауіпсіздігі мен еңбекті қорғау заңдарын білу және санитариялық-эпидемиологиялық режим ережелерінің сақталуы сияқты көптеген функциялар кіреді.

2017 жылы отандық зерттеушілер ЖТД-лер жұмысындағы қиындықтарды анықтау мақсатында дәрігерлер арасында анонимді сауалнама жүргізді [9]. Сауалнама дәрігерлер тәжірибесіндегі аурулардың дифференциялық диагностикасы, аспаптық-зертханалық зерттеу қорытындыларының интерпретациясы, фармакотерапияның пациент жасына байланысты ерекшеліктері, дәрілік заттардың жағымсыз әсерлері жөніндегі білімін қамтыған болатын. Сауалнамаға қатысқан 121 респонденттердің тек 48%-ы өздерінің интернатурадағы білімдерін «жақсы», 23,1%-ы «қанағаттанарлық» деп бағалаған.

Дәрігерлер үшін ең жиі қиындық туғызатын мәселелер: амбулаториялық карталар мен сырқатнама жазу, медициналық-әлеуметтік сараптамаға жолдама толтыру, өлім туралы анықтаманы толтыру, «қиын науқастармен» қатынас кезінде коммуникациялық дағдылардың жеткіліксіздігі, аурулардың дифференциялық диагностикасы және аурудың жалпы диагностикасы, ауруларды оңалту бағдарламалары, диагнозды нақтылау үшін қажетті зертханалық-аспаптық зерттеулер көлемін анықтау, пациенттердің жас ерекшеліктеріне байланысты аурудың фармакотерапиясы және т.б.

Авторлар сауалнама қорытындылары бойынша ЖТД-лерді даярлауда аурулардың дифференциялық диагностикасы, клиникалық фармакология, реабилитациялық бағдарламаларды игеруге, аспаптық және зертханалық зерттеулер қорытындыларын талқылауға көбірек уақыт бөлінуі тиіс деген қорытындыға келген.

Алайда 2021 жылы резиденттер, интерндер және дәрігерлер арасында жүргізілген сауалнамалар Қазақстанның медициналық жоғарғы оқу орындарының (ЖОО) ЖТД-лерді даярлау жүйесінде бірқатар кемшіліктердің әлі де бар екендігін анықтаған [10]. Сауалнамада интерндер мен резиденттердің 58%-ы ЖОО-да алған білімнің МСАК-те өз бетінше бірден жұмыс бастауға мүмкіндік бермейтінін алға тартқан. Және «оқу аяқтағаннан кейін МСАК-те жұмыс істеуге дайынсыз ба?» деген сауалға олардың тек 26%-ы ғана «иә» деп, 42%-ы «мүмкін» деп жауап берген. Болашақ дәрігерлердің өз білімдеріне осындай сенімсіздік танытуы ЖТД-ұстаздардың аз болуы мен білім беру мекемелеріндегі білім беру жүйесінде амбулаториялық емханалық көмек (АЕК)/МСАК деңгейіндегі науқастардың ерекшеліктері ескерілмейтіндіктен туындайды.

Дәрігерлерді даярлаудың отандық жүйесін ЖДТ/отбасылық медицинасы дамыған өзге мемлекеттермен салыстырып көруге де болады. Мәселен, Ұлыбританияда ЖТД-дің білім жолы 10-12 жылды құрайды. Оның 5-7 жылы бакалавриат, 2 жылы Foundation және 3 жылы резидентура [11]. Қазақстанда ЖТД атану үшін 6 жыл жеткілікті болып саналады. Сонымен қатар еліміздегі медициналық бакалавриаттың оқу бағдарламасының алғашқы 2 жылында медициналық емес пәндер басым. Дәл сондай ЖТД-лерді

даярлайтын америкалық Medical School-де (медициналық ЖОО) аталмыш пәндер оқытылмайды және оқу сағаттары қажетті клиникалық пәндерге, тәжірибеге жұмсалады. Алайда бұл жерде АҚШ-та медициналық емес пәндерді оқытуға арналған арнайы колледждер барын, ал мектептердің 12 жылдық бағдарлама бойынша білім беретінін ескеру қажет [12]. Сондықтан, ЖТД-лерді даярлауды ерекше академиялық пән деп тану өте маңызды [13]. Сонымен қатар, білікті ЖТД/отбасылық дәрігерлерді оқытатын білімді ЖТД-оқытушылар мен АЕК-ке негізделген оқу базасын қалыптастыру және МСАК деңгейінде жиі кездесетін созылмалы және әлеуметтік маңызы бар ауруларға көп көңіл бөлінуі қажет.

II. Ұйымдастырушылық фактор. Елімізде 2020 жылғы деректер бойынша қайталамалы инсульт алған адамдардың үлесі жалпы инсульттердің 9%-ын құраған [14]. Ондай адамдардың көпшілігі өздігінен жүріп-тұра алмағандықтан, бөтен адамдардың күтіміне мұқтаж. Дәрігерлер мен мейірбилердің профилактикалық жұмыстары дәл осындай науқастарда қайталамалы инсульттер мен басқа да асқынулардың алдын алу үшін керек. Шетелдік ЖТД-лер пациенттерге жасайтын визиттерін емханаға келе алмайтын осындай пациенттер мен қарт адамдарға арнайды. Технологияның қарыштап дамуы, телемедицинаның қолданысқа енуі болашақта науқасты оның үйіне бармай-ақ қарауға көмегін тигізуі мүмкін болса да, төсек тартып жатқан науқастар үшін дәрігердің тікелей қатысуымен өтетін медициналық қарау өз маңызын жоғалтпайды. Тұрғындар арасында егде жастағы тұрғындардың санының өсуі, созылмалы аурулар үлесінің артуы дәл осы қызметтің (визиттердің) сұраныста болуына итермелейді [15-19].

Еліміздегі денсаулық сақтау жүйесі мен пациенттер менталитетінің ерекшеліктері отандық ЖТД-лерге әзірге ондай мүмкіндік берер емес. ЖТД-лердің көп уақыты себепті де, себепсіз шақыртуларға жұмсалады. Осы орайда Ұлыбританияның көптеген қалаларында пациенттерге көмек көрсететін «Walk in center» деп аталатын орталықтардың тиімді жұмысы өзіне назар аудартады. «Walk in center» мекемелерінің құрылу мақсаты - дәрігерлер жүктемесін азайту. Бұл орталықтарда қабылдауды орта медициналық білімі бар маман жүргізеді [20].

Күнделікті жасалатын шақыртулар, активтер мен патронаждар ЖТД жұмысының тек бір бөлігі ғана. Қазақстанда пациентті қабылдау, пациенттің шағымдарын, анамнезін электронды картаға енгізу, емін тағайындау, оны қадағалау, диспансерлік бақылауды ұйымдастыру, дәрілік препараттармен қамтамасыз етілуін қадағалау және тағы басқа көптеген міндеттерді көп жағдайда тек дәрігердің өзі атқарады. Оның үстіне МСАК деңгейіндегі жыл сайын артып келе жатқан жауапкершілік пен бірсарынды саланың қызықсыздығы мамандар тұрақсыздығына себеп болуда. Сондықтан, ЖТД-лер жеткіліксіздігі бұл күнде өзекті мәселелердің қатарында.

ЖТД-лер жетіспеушілігі тек Қазақстанда ғана емес, Еуропаның дамыған елдерінде де байқалады [21]. Сондықтан, ЭЫДҰ елдерінің медицина қызметкерлері арасында еңбек мигранттары жиі кездеседі [22]. Бұл елдердің Қазақстаннан айырмашылығы мамандар жеткіліксіздігімен күресу жолында. Мәселен, Германияда ЖТД-лер медициналық қызмет көрсету бойынша көмекшілер (НСА) жалдайды. Арнайы дайындықтан өткен көмекшілерді «Отбасылық практикадағы медициналық көмекшілер» (VERAH) деп атайды. Көмекшілер дәрігерлердің бірқатар міндеттерін бөлісіп, пациенттер емін ұйымдастырады, оларға қолдау көрсетеді, физикалық және психикалық саулығын бағалайды, профилактикалық медицинадағы вакцинациялау сияқты белгілі бір тапсырмаларды орындайды және пациенттерге визит жасауды мойындарына алады. Аталғандардың соңғысын германиялық дәрігерлер жүктемені азайтатын ең басты көмек деп бағалаған. Сондықтан медициналық көмекшілердің атқаратын міндеттер шеңберін кеңейту дәрігер жүктемесін азайтуға едәуір септігін тигізеді [23].

Ұлыбританиядағы қоғамдық денсаулықты нығайтудағы жұмыс орта медициналық қызметкерлер (акушерлер, мейірбикелер, патронаждық мейірбикелер, әлеуметтік қызметкерлер) арқылы жүзеге асырылады. Олар науқастың күтімін, профилактикалық шараларды, дәрігер тағайындамаларының орындалуын қамтамасыз етеді [24].

АҚШ-та МСАК-тің еңбек өнімділігін арттыруда және ерекше күтімді талап ететін, жүріп-тұруы қиын науқастардың емін жүргізуде, ЖТД-лердің жүктемесін азайтуда біліктілігі жоғары мейірбикелер мен акушерлердің рөлі аса маңызды [25-29]. Сол себепті де ЭЫДҰ құрамына кіретін 6 мемлекет (Австралия, Канада, Ирландия, Нидерланды, Жаңа Зеландия және АҚШ) арасында практикалық мейірбикелер саны АҚШ-та өзге елдермен салыстырғанда әлдеқайда басым (100 000 тұрғынға шаққанда 40,5). Одан кейінгі орында - Нидерланды (12,6), Канада (9,8), Австралия (4,4), Ирландия мен Жаңа Зеландия (3,1). Аталған мемлекеттер арасында мамандар тапшылығымен күресу жолында практикалық мейірбикелердің жұмыс күші кеңінен қолданылады. Сонымен қатар, бұл елдердегі орта медициналық қызметкерлер МСАК-тің 67-93%-ын қамтамасыз ете алады [30]. Жоғары медициналық білімі бар МСАК-тегі тәжірибелік мейірбикелер жіті және созылмалы ауруларды диагностикалап, дәрілік заттарды тағайындай алады [31,32,33]. Бұл мысалдар осы тақырыптың төңірегінде жүргізілген зерттеу жұмыстарындағы мейірбикелер потенциалы әлі толық ашылмаған деген қорытындыны нақтылай түседі [34,35,36]. ЖТД немесе жанұялық дәрігердің өзге дәрігерлерден айырмашылығы - оның ауруды емдейтін клиницист маман ғана емес, сонымен қатар, көптеген психологиялық және әлеуметтік мәселелерді шеше алатын тұлға болуында [37]. Дәрігер мен пациент арасында сенімді қарым-қатынас орнауы үшін қабылдау уақытының жеткілікті болуы маңызды.

Қабылдау кезіндегі уақыт тапшылығы дәрігердің науқасты қарап тексеру сапасына теріс әсерін тигізуі мүмкін [38]. Уақыт тапшылығы жағдайында дәрігерлер пациенттерге ауру симптомдары жайлы аз сұрақ қояды және өмір сүру салты жайлы да кеңестерді сирек береді [39]. Қазақстандағы денсаулық сақтау ұйымдарында ЖТД-лердің жұмыс уақытының жүктемесі мен шығындарын зерттеген ғалымдар қабылдау кезіндегі техникалық жұмыстар мен құжаттармен жүргізілетін жұмыстарды мейірбикелерге тапсыру уақытты тиімді пайдалануды арттыруда жақсы нәтиже беруі мүмкін [40]. Оның себебі - жүргізілген статистикалық талдау негізінде анықталған ЖТД-лердің пациенттерді қабылдау ұзақтығына әсер ететін факторларда болып табылады. Бұл факторлар: техникалық жұмыстар, ішкі құжаттама және қосымша процедуралар. Пациентті қосымша қарап тексеруге уақыт бөлу дәрігерге жылдам, әрі нақты мәлімет алуға көмектесе, техникалық жұмыстар мен құжаттармен жүргізілетін жұмыстар қабылдау уақытын ұзартады [40]. Пациентті қосымша қарап тексеру, қосымша сауалдар қою мүмкіндігінің болуы үшін дәрігердің белгілі бір функцияларын мейірбикелерге жүктеу қажет. Себебі, дәрігерлердің қағазбастылығы азайғанымен, құжатнамалар электрондық форматқа ауыстырылған. Отандық медициналық ұйымдар көпшілікке «КМИС» атауымен танылған кешенді медициналық ақпараттық жүйесін кеңінен пайдаланып келеді. Медицинадағы цифровизация көптеген функцияларды жеңілдетіп, пациенттер жайлы ақпараттардың жоғалу қаупін төндірместен сақталуын қамтамасыз еткенімен, ел ішіндегі интернет жылдамдығы мен аталған ақпараттық жүйедегі жиі болатын техникалық ақаулар және оның кейбір функцияларының ыңғайсыздығы қабылдау кезінде жиі қиындықтар тудырады. Жалпы медициналық ақпараттық жүйелерді тәжірибеге енгізудің бірқатар жағымды жақтары болғанымен [41], дәрігердің көп уақыты электронды карталар мен өзге де құжаттарды толтыруға жұмсалады [42,43,44].

2017-2018 жж. ресейлік ғалымдар хронометраждық бақылау әдісі арқылы 4 ауданның орталық ауруханасының 46 дәрігерінің еңбек мазмұны мен құрылымын зерттеп, олардың уақытының 23%-дан 40,7%-ға дейінгі бөлігін құжаттамаға жұмсалатынын байқаған. Нәтижесінде дәрігердің негізгі функциясын атқаруына бөлетін уақыты кеміген [45]. Ал учаскелік дәрігерлер еңбегінің және жұмыс

уақытының тиімсіз ұйымдастырылуы олардың жүктемесінің артуы мен профилактикалық шараларға көңіл бөлінбеуіне әкеліп соқтырады [46].

Шетелдік МСАК-тің тағы бір ерекшелігі ретінде олардың өз командасының болуын атауға болады. Ұлыбританияда ЖТД-лердің командасының құрамында: фармацевт, орта медициналық персонал, әлеуметтік қызметкер, психолог, стоматолог, әкімгер (администратор) болады [4]. Канадалық МСАК командасы ЖТД, стоматолог, орта медициналық қызметкер, медициналық емес салалар бойынша көмекші мамандардан құралған [47].

Әлемдік тәжірибені ескере отырып, Қазақстандағы ЖТД-дің жағдайына аналитикалық зерттеу жасаған отандық авторлар ЖТД жұмысының тиімсіздігі себебін – МСАК-тің ұйымдастырылу жүйесіндегі кемшіліктер мен дәрігерлердің өз командасының болмауында деп қарастырады [11,47]. Еліміздегі ЖТД-лердің әрбір әрекеті көптеген бақылаушы және басқарушы органдармен шектелген: Денсаулық сақтау министрлігі - республикалық ғылыми орталықтар мен ғылыми-зерттеу институттары - министрліктің аймақтық бақылау бойынша департаменттері - аймақтың денсаулық сақтау басқармасы - бас дәрігер – бас дәрігердің орынбасары – бөлімше меңгерушісі – ЖТД. Бұндай жүйеде жұмыс істейтін дәрігердің көп уақыты түрлі есеп берумен өтеді және оның әр қимылы түрлі нормативтік актілермен шектелгендігін айқындап көрсетуде. Жүйе ЖТД-дің негізгі функцияларын атқаруына кедергі болып табылады [11]. Практикалар және жалпы топтық (командалық) практикалар, дәрігердің бірқатар жауапкершілігін орта медициналық персоналмен бөлісуі (делегирование) МСАК қызметінің жұмыстарын жеңілдетіп, дәрігерлердің жүктемесін азайтуға едәуір септігін тигізуі мүмкін [11,48-51].

III. Қаржылай мотивация. Отандық ғалымдардың пікірінше Қазақстанның денсаулық сақтау саласының ЖТД-лерге ұсынатын қаржылық мотивациясы дәрігерлердің өз көрсеткіштерін жақсартуға талпындырмайды [56]. Ал қаржылық стимулдың болмауы дәрігерлер жұмысының мардымсыз болуына әкеліп соғады. Ресейде жүргізілген зерттеулер дәрігерлердің тек 49,5% жағдайда ғана учаскедегі диспансерлік жұмыстардың тиімділігі мен сапасына талдау жасағанын анықтаған. Айлық табысының аздығына байланысты дәрігерлер өздерінің жұмыс көрсеткіштерін жақсартуға тырыспаған. Сондықтан профилактикалық жұмыстар сапасыз жүргізілген [57-58]. Батыс Еуропа елдеріндегі ЖТД-лерге еңбекақы төлеудің негізгі нысандары: тіркелген жалақы, жан басына шаққандағы төлем (әр пациентке белгіленген сома, кейде жасына және жынысына қарай сараланған) және әрбір көрсетілген қызмет үшін төлем. Әр түрлі комбинациялар болуы да мүмкін. Кейбір елдерде (Финляндия, Швеция, Португалия және т.б.) ЖТД-лер тіркелген жалақы алады. Италияда төлем пациенттердің жасына қарай сараланады [56].

Ұлыбритания «нәтиже үшін ақы төлеу» (P4P – Payment for Performance) моделін пайдаланады. Аталған тәсілдің қолданылуының екі түрі бар:

- 1) көрсетілген қызметтің неғұрлым жоғары сапасы үшін сыйақы (бонустар);
- 2) емдеудің сәтсіз нәтижесі үшін төлемнің (айыппұлдар) болмауы.

Бұл бағдарлама негізінен созылмалы аурулары бар науқастарға көрсетілетін медициналық көмектің сапасын жақсартуға бағытталған. Британдық бағдарламада 8 индикатор қолданылады. Сәтті нәтиже үшін дәрігер 1000 ұпайға дейін жинай алады, олардың әрқайсысы 125 фунтқа бағаланады [56,60,61]. Ал Францияда 2009 жылдан бастап Ұлттық медициналық сақтандыру қоры ЖТД-лерге емдеу мен дәрі-дәрмектер тағайындауға қатысты үш жылдық мақсаттар мен міндеттерді белгілейтін жеке ынталандыру келісімшарттарын ұсынады. Дәрігерлерге ынталандыру төлемдерінің схемасы өте күрделі, яғни дәрі-дәрмектер мен емдеу нәтижелеріне байланысты. Бұл жағдайда сыйақының ең жоғары мөлшері жылына 6000 еуродан аспауы тиіс [60].

Қазақстанда ЖТД-лердің еңбегінің көрсеткіші ретінде ҚР Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 15 желтоқсандағы №278 бұйрығында көрсетілген 8 индикатор қолданылады [62]. Сонымен қатар, қазақстандық ЖТД-лердің жылдық табысы олардың шетелдік әріптестерінің (Канада, Франция, Германия, Ұлыбритания) жылдық табысынан 20-30 есе кем [11,20]. Хайдарова Т.С. және өзге де авторлар көптеген батыс елдерінде орын алған «ақша пациент соңынан ілеседі» қағидасы ЖТД-лер жұмысының тиімділігін арттырудың бірден-бір жолы болады деп санайды. Мәселен, Голландияда медициналық көмекке жүгінгендердің 90%-ы ЖТД-лердің үлесінде екенін алға тартады. Қалған жағдайларда олар науқастарды бейін мамандарына қатаң көрсеткіштер бойынша ғана жолдап отырған. Ұлыбританияда бейін мамандарына жолдама ала алғандар саны 6,5%-ды құраған. Голландияда науқастардың тек 4%-ы ғана бейін мамандарына жолданады [47].

Сонымен қатар, отандық тәжірибеде ЖТД-лердің емхана құрамында медициналық көмекті жауапкершілігі шектеулі серіктестік (ЖШС) ретінде дербес көрсету тәжірибесі бар (Нұр-Сұлтан қаласының №8 емханасы). МСАК-тің бұндай моделінде ЖТД – медициналық практикаға рұқсаты бар тәуелсіз дәрігер және оның емхана әкімшілігімен қарым-қатынасы келісімшарт негізінде бекітіледі; ЖТД емханадан тәуелсіз құрылым болып есептеледі; олар өз қызметінің ұйымдастырылуы жайлы мәселелерді шешуде автономды. Ал олардың қаржыландырылуы олардың қол жеткізген көрсеткіштеріне байланысты. Бұл пилоттық бағдарламаның нәтижесінде тіркелген халық саны 13 000-нан 20 000-ға артқан, барлық учаскелік дәрігерлер ЖТД ретінде қайта оқытылып, ЖШС-ке қосылған, ЖТД-лердің айлығы 1,9 есе, мейірбикелердің айлығы 1,6 есе артқан. Аспаптық және зертханалық зерттеулерге негізсіз жолдамалар 33%-ға азайған [11].

Қаржылай мотивацияның бастапқы буындағы ауыр жүктеме мен жауапкершілікті компенсациялай алмауы саладағы төмен сапа мен тұрақсыздық себебі ретінде қарастырылуы тиіс. Өйткені жалақының жеткіліксіздігі учаскелік дәрігерлерді (ЖТД-лер, терапевттер) негізгі жұмысынан бөлек қосымша жұмыстар іздеуге, физикалық, әрі моральдық тұрғыда әлдеқайда жеңіл және табысы жақсы жеке секторға ауысуға итермелейді. Мамандардың қосымша жұмыс алуы олардың физикалық қажуына әкелсе, олардың саладан кетуі кадрлар тапшылығы мәселесін одан әрі ушықтыра түседі. Психоземotionalды қажудың нәтижесінде дәрігерлер МСАК-тегі негізгі жұмысына жеткілікті көңіл бөлмеуі мүмкін.

IV. Психологиялық фактор. МСАК дәрігерлері стрессогенді ықпалдардың әсеріне және эмоциялық күйзелістерге аса бейім топтарға жатады. Дәрігерлер арасындағы күйзелістер - жеке және кәсіби салдары бар жалпы ауыр құбылыс. Себебі, дәрігерлерде кездесетін созылмалы стресс медициналық қателіктердің жиілеуіне әкеліп соғады [63-73].

Дәрігер жұмысындағы стрессогенді факторлар [65]:

- көп науқас қабылдау, белгіленген нормадан артық қабылдау жасау;
- уақытының көп бөлігін жұмыста өткізу;
- жұмыстың созылмалы ауыр психоземotionalдық жағдайы (психологиялық ауыр контингентпен жұмыс);
- айлық табыстың төмендігі.

Медицина қызметкерлерінің тәжірибесіндегі жиі орын алатын шамадан тыс еңбек жүктемесі стрессердің басты себебі ретінде қарастырылады [42,74] және одан туындайтын жұмысқа қанағаттану сезімінің азаюы еңбек өнімділігін, медициналық көмектің сапасы мен тиімділігін төмендетеді және кадрлар тұрақсыздығына әкеліп соғады [40,70,75]. Cohidon C., Wild P., Senn N. бастауымен 11 елдің ЖТД-лері арасында жүргізілген сауалнама нәтижесі дәрігерлердің өз жұмысына қанағаттанбауы мен стрессердің байланысын көрсеткен. Қанағаттанбауы себептері ретінде: бір аптадағы жұмыс уақытының 50 сағаттан артық болуы, шектен тыс әкімшілік жүктемелер, дәрігердің өз практикасында жалғыз жұмыс істеуі және

т.б. аталған [50]. Бұл тұжырымды отандық МСАК-ке тән ерекшеліктермен қатар қарастыратын болсақ, аталған себептердің ішіндегі маңыздысы ретінде ауыр жүктемелер мен бір аптадағы жұмыс уақытын алуға болады. Елімізде Еңбек Кодексі бойынша 40 сағаттық жұмыс аптасы бекітілсе де, медицина қызметкерлері үшін жұмыс уақыты ретінде есептелмейтін қосымша жүктемелер жиі орын алады. Олардың қатарына демалыс күндеріндегі төленбейтін кезекшіліктерді, жұмыстан тыс уақытта түрлі медициналық құжаттармен жұмысты, пациенттерге телефон арқылы ұсынатын кеңесін (жұмыстан тыс уақыттардағы, демалыс күндеріндегі), жұмыс күні аяқталғаннан кейінгі шақыртуларға баруды жатқызуға болады.

Артық жүктемелер әсерінен туындайтын жұмысқа қанағаттану деңгейінің төмендігі, жүйкенің қозуы, уақыттың тапшылығы сияқты жағымсыз сезімдер дәрігерлердің пациент өмірінің психоәлеуметтік аспектілеріне мән бермей, пациентке ем жайлы түсіндіру жұмыстарын аз жүргізуіне себеп болады [76,77]. Күйзеліс деңгейі жоғары дәрігерлер тарапынан бейін мамандары мен түрлі зерттеу әдістеріне негізсіз жолдамалар көбейетінін Kushnir T. et al. (2014) өз зерттеулерінде анықтаған. Оның себебін күйзеліске ұшыраған дәрігер үшін пациентпен өткізетін уақыттың субъективті ұзақ сезілуі мен пациенттің симптомдарын терең түсіну, пациенттің сенімін ақтау тым ауыр болып көрінумен түсіндіруге болады [69]. Сондықтан, дәрігерлер стресске душар болып, күйзеліске түсіп, жұмысына қанағаттанбаған кезде түрлі шаралар арқылы пациенттерден алшақтауға тырысады. Қабылдау уақытының ұзақтығына (қысқа - 5 минут және одан кем, орташа - 6 минуттан 9 минутқа дейін, ұзақ - 10 минут немесе одан көп) байланысты жүргізілген зерттеу жұмыстары оның медициналық көмек сапасына тигізетін әсерін келесідей сипаттайды: «қысқа» дәрігерлік кеңестермен салыстырғанда «ұзақ» кеңестер кезінде науқас күтіміне байланысы бар психоәлеуметтік және денсаулыққа байланысты ұзақ мерзімді мәселелер шешіледі, кеңес кезінде денсаулықты нығайту жұмыстары да белсенді жүргізіледі [78]. Эмоциялық тұрғыда әлсіреген дәрігерлердің өзге адамдардың жағдайына немқұрайлығы артады [67]. Jones J. W. et al. (1988) жұмыстағы стресс пен медициналық немқұрайлылық арасындағы байланысты зерттеп, жұмыс орнындағы стресс ұйымның тиімділігімен теріс байланыста, ал жұмысқа қанағаттану ұйымның тиімділігімен оң байланыста екенін мәлімдеген [79].

Дәрігерлер арасындағы стресс, күйзеліс сезімдерінің медициналық көмекке тигізетін әсерінің маңыздылығы онымен күресу жолдарын іздеуге итермелейді. Бұл ретте белгілі авторлар күйзелістерді емдеуге бағытталған шараларды екі бағытқа бөледі. Олар ұйымдастырушылық және индивидуалды бағыттар болып табылады [80].

Негізінен аурухана жағдайында зерттелген ұйымдастырушылық тәсілдерге ауруханалардағы жұмыс процесстеріне, коммуникациялық және клиникалық процесстерге басшылық ету мен басқару жүйелерін жақсарту, дәрігерлердің жұмыс жүктемесін басқару кіреді.

Индивидуалды тәсілдерді дәрігерлердің өздері қолдана алады, әрі жеке және кәсіби стратегияларды да қамтиды. Жеке стратегиялар жалпы өзін-өзі күтумен байланысты, мысалы - тамақтану, отбасымен уақыт өткізу, жеткілікті уақыт ұйықтау, үнемі жаттығу жасау. Кәсіби стратегияларға үздіксіз медициналық білім алуға қатысу жатады [80].

Ұйымдастырушылық тәсілдерге мысал ретінде Портлендтегі (АҚШ, Орегон) Legacy Clinic-те Dunn P.M. et al. (2007) жүргізген зерттеулерді алуға болады. Аталған клиниканың МСАК тобына 6 бөлімше, 32 дәрігер (25 ішкі аурулар және 6 жанұялық дәрігер) және 1 отбасылық практика мейірбикесі кіреді. Клиника басшылығы дәрігерлер әл-ауқатының жағдайына медициналық көмек сапасымен тең көңіл бөліп, оны жақсарту жолдарын қарастырған. Дәрігерлер өз кезегінде өздеріне әсер ететін факторларды анықтаған. Іс-шараның соңынан басшылық тарапынан көрсетілген факторлармен күресу, дәрігерлер әл-ауқатын жақсарту шаралары ілесіп отырған. Сонымен қатар, дәрігерлердің әл-ауқат жағдайы үнемі тексеріліп отырған.

Зерттеу барысында ұйым айтарлықтай өзгерістерге ұшырап, оның ішінде дәрігерлер саны 22-ден 32-ге дейін, бөлімшелер саны 3-тен 6-ға дейін, яғни екі есе өскені белгілі [81].

ЖТД-лер арасында стрессті басқару стратегиясында релаксация және танымдық мінез-құлық дағдылары пайдалы. Сонымен қатар, топтық әдістер жеке кеңес берумен салыстырғанда үнемді әрі пайдалы болып табылады [81].

Ал стрессті басқаруды үйрететін 15 сағаттық бағдарламалар австралиялық дәрігерлер арасында жақсы нәтиже көрсеткен. Бағдарламалар стресске қарсы реакция, психобілім, релаксация техникасы және когнитивтік араласу сияқты салаларды қамтыған. Нәтижесінде курс аяқталғаннан

Қорытынды

Әдебиеттік шолу барысында ЖТД-лер қызметінің тиімділігі әсер ететін және көп жағдайда дәрігер қызметіне кешенді әсер ететін төрт негізгі фактор анықталды. Олар: білім сапасы, ұйымдастырушылық фактор, қаржылай мотивация және психологиялық фактор. ЖТД-лерді даярлау кезінде ЖОО-дарының оқыту жүйесінде МСАК-те қалыптасқан жағдайлар мен қажеттіліктердің ескерілмеуі болашақ дәрігерлердің еңбек жолын бастаған кезеңінде көптеген қиындықтарға тап болуына әкеледі. Жас дәрігерлерге білімдерін еңбек жолын бастағаннан кейін өз тәжірибесінде толықтыруға тура келеді. Медициналық көмек сапасы нашарлап, МСАК-ке деген халықтың сенімін азайтады. Осыған қоса МСАК-тегі ауыр жүктемелер жас мамандардың МСАК жайлы жағымсыз пікірін қалыптастырып, бұл салада көп тұрақтамай, өзге салаларға жиі ауысуына себеп болады.

Сонымен қатар, ЖТД-лер қызметінің тиімді болуына МСАК қызметінің ұйымдастырылу жүйесі де әсер етеді. Шетелдік тәжірибе қолданысындағы МСАК-ті ұйымдастыру түрлері Қазақстандағы біріншілікті буынның қызметін тиімді етуде үлгі болуы тиіс. Түрлі зерттеулер көрсеткендей, орта медициналық персоналдың рөлін арттыру, дәрігер функцияларының бір бөлігін мейірбикелермен бөлісуі, ЖТД-лердің құзырында өз командасының болуы олар көрсететін алғашқы медициналық-санитариялық көмектің жылдам, сапалы және тиімді болуына септігін тигізуі мүмкін.

Ал шамадан тыс жүктемелер (әсіресе, моральдық) мен жауапкершіліктің қаржылай компенсацияланбауы, мамандардың осы салаға деген қызығушылығын төмендеті түседі. Шетелдік ЖТД-лердің емхана әкімшілігінен тәуелсіз,

соң 12 апта өткеннен кейін қатысушылардың жұмысқа байланысты стресс деңгейі азайып, өмір сапасы жақсарған [82].

Стресспен күресуге бағытталған тағы бір тиімді тәсіл - Балинт тәсілі. Балинт сеанстары - бұл дәрігерлерді олардың науқаспен арадағы қарым-қатынасына ерекше назар аудару отырып, пациенттерге бағытталған тәсілді қолдануға үйрететін топтық курстар. Жалпы 3-15 жылдың көлемінде ЖТД-лерге жүргізілген зерттеулер нәтижесі дәрігерлердің Балинт сеанстарына қатысқаннан кейін өз жұмысына деген қанағаттанушылық деңгейі мен шыдамдылығының артқанын анықтаған [83].

жеке практикасы бар қор ұстаушы маман болуы, олардың тіркелген халық денсаулық көрсеткіштерін жақсартуға қызығушылығын арттырады. Аталмыш мысал Қазақстанда да бар. Бірақ, шетелдік ЖТД-лердің (Ұлыбритания, Франция және т.б.) қол жеткізген көрсеткіштерінің қаржылай ынталандырылу деңгейінің Қазақстанмен салыстырғанда әлдеқайда жоғары болуы медициналық кадрлардың өзге мемлекеттерге қоныс аударуларының басты себебі болып табылады.

Соымен қатар, соңғы фактор, медицина қызметкерлерінің психикалық әл-ауқаты мәселесі елімізде тиісті бағасын алмаған, аз көтерілетін сұрақтар қатарында. ЖТД-лер жұмысындағы шамадан тыс жүктемелер, уақыттың көп бөлігін жұмыста өткізу жұмысқа қанағаттану сезімінің азайып, психоэмоционалды күйзелістер мен стресстердің пайда болуына себеп болатыны дәлелденген. Дәрігерлер арасындағы эмоциялық күйзеліс пен стресстер олардың пациенттерге деген немқұрайлығын арттыратынын, дәрігерлік қателіктердің жиілеуіне әкелетінін зерттеулер дәлелдеген. Демек, бұл мәселе - жеке және кәсіби салдары бар ауыр құбылыс.

Бұл факторлар - денсаулық сақтау жүйесінің барлық қызметкерлерінің еңбегінде кездесетін ортақ және жекелей алғанда ЖТД-лер жұмысының тиімділігіне әсер ететін мәселелер. Олардың пайда болу себебін анықтау, МСАК қызметінің сапасын арттыруға арналған әдістер жасауда қажет.

Мүдделер қақтығысы. Мүдделер қақтығысы жоқ.

Әдебиет

1. Espinosa-González A.B., Delaney B.C., Marti J., Darzi A. *The impact of governance in primary health care delivery: a systems thinking approach with a European panel. Health research policy and systems.* 2019; 17(1): 1-16. [\[Crossref\]](#).

2. Национальный доклад по первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан. Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой. Веб-сайт. [Дата обращения: 18 ноября 2021] Режим доступа: http://www.rcrz.kz/files/nauka/PMSP/%D0%9D%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9%20%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%B4%20%D0%BF%D0%BE%20%D0%9F%D0%9C%D0%A1%D0%9F%202021_.pdf

Natsional'nyi doklad po pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi v Respublike Kazakhstan. Natsional'nyi nauchnyi tsentr razvitiya zdavoohraneniya imeni Salidat Kairbekovoi (National report on the provision of health care in defense of Kazakhstan. National Scientific Center for Health Development named after Salidat Kairbekova) [in Russian]. Veb-sait. [Data obrashcheniia: 18 noiabria 2021] Rezhim dostupa: http://www.rcrz.kz/files/nauka/PMSP/%D0%9D%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9%20%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%B4%20%D0%BF%D0%BE%20%D0%9F%D0%9C%D0%A1%D0%9F%202021_.pdf

3. Об утверждении основных направлений развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан на 2018-2022 годы. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 июля 2018 года № 461. Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=37204795

Ob utverzhdenii osnovnykh napravlenij razvitiya pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi v Respublike Kazahstan na 2018-2022 gody. Prikaz Ministra zdavoohraneniya Respubliki Kazahstan (On approval of the main directions for the development of primary health care in the Republic of Kazakhstan for 2018-2022. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan) [in Russian] ot 27 iulja 2018 goda № 461. Rezhim dostupa: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=37204795

4. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы. Постановление Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года № 982. Утратило силу постановлением Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 725. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000982/info>.

Ob utverzhdenii Gosudarstvennoy programmy razvitiya zdavoohraneniya Respubliki Kazahstan na 2020-2025 gody. Postanovlenie Pravitel'stva Respubliki Kazahstan (On approval of the State Health Development Program of the Republic of Kazakhstan for 2020-2025. Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan) [in Russian] ot 26 dekabrja 2019 goda № 982. Utratilo silu postanovleniem Pravitel'stva Respubliki Kazahstan ot 12 oktjabrja 2021 goda № 725. Rezhim dostupa: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000982/info>.

5. В каких регионах Казахстана наибольший дефицит врачей. КАЗИНФОРМ. Веб-сайт. [Дата обращения: 25 ноября 2021 года] Режим доступа: https://www.inform.kz/ru/v-kakih-regionah-kazahstana-naibol-shiy-deficit-vrachey_a3866954.
- V kakih regionah Kazahstana naibol'shij deficit vrachej. KAZINFORM (Which regions of Kazakhstan have the greatest shortage of doctors. KAZINFORM) [in Russian] Veb-sajt. [Data obrashhenija: 25 nojabrja 2021 goda] Rezhim dostupa: https://www.inform.kz/ru/v-kakih-regionah-kazahstana-naibol-shiy-deficit-vrachey_a3866954.
6. В Казахстане около 700 медработников покинули страну в 2021 году. Kabar. Веб-сайт. [Дата обращения: 25 ноября 2021 года] Режим доступа: <https://kabar.kg/news/v-kazahstane-okolo-700-medrabotnikov-pokinuli-stranu-v-2021-godu/>.
- V Kazahstane okolo 700 medrabotnikov pokinuli stranu v 2021 godu. Kabar (In Kazakhstan, about 700 healthcare workers left the country in 2021. Kabar) [in Russian]. Web site. Veb-sajt. [Data obrashhenija: 25 nojabrja 2021 goda] Rezhim dostupa: <https://kabar.kg/news/v-kazahstane-okolo-700-medrabotnikov-pokinuli-stranu-v-2021-godu/>.
7. Рахимова Л.Ж., Есполова Г.Д. Проблемы доступности медицинской помощи за рубежом и в Казахстане // Journal of Health Development. – 2014. – №2(11). – С. 43-48. [Google Scholar].
- Rakhimova L.Zh., Espolova G.D. Problemy dostupnosti meditsinskoj pomoshchi za rubezhom i v Kazahstane (Problems of access to medical care abroad and in Kazakhstan) [in Russian]. Journal of Health Development. 2014; 2(11): 43-48. [Google Scholar].
8. Утеулиев Е.С., Конысбаева К.К. Производительность труда медицинских работников организации ПМСП // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2017. – №4. – С. 346-352. [Google Scholar].
- Uteuliev E.S., Konysbaeva K.K. Proizvoditel'nost' truda meditsinskikh rabotnikov organizatsii PMSP (Labor productivity of medical workers of the PHC organization) [in Russian]. Vestnik Kazakhskogo Natsional'nogo meditsinskogo universiteta. 2017; 4: 346-352. [Google Scholar].
9. Алиманова Ж.М., Карибаева Д.О., Купеншеева Д.И. Проблемы в подготовке врачей общей практики и пути их решения // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2017. – №1. – С. 467-469. [Google Scholar].
- Alimanova Zh.M., Karibaeva D.O., Kupensheeva D.I. Problemy v podgotovke vrachei obshchei praktiki i puti ikh resheniia (Problems in the training of general practitioners and ways to solve them) [in Russian]. Vestnik Kazakhskogo Natsional'nogo meditsinskogo universiteta. 2017; 1: 467-469. [Google Scholar].
10. Дни ПМСП. Круглый стол по вопросам развития человеческого капитала ПМСП. Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Кайрбековой. Веб-сайт. [Дата обращения: 16 ноября 2021 года] Режим доступа: <http://www.rcrz.kz/files/nauka/PMSP/Po%20voprosam%20razvitiia%20chel%20kapitala%20PMSP.pdf>
- Dni PMSP. Kruglyj stol po voprosam razvitiia chelovecheskogo kapitala PMSP. Nacional'nyj nauchnyj centr razvitiia zdavoohraneniia imeni Salidat Kairbekovoj (Days of PHC. Round table on the development of human capital in PHC. National Scientific Center for Health Development named after Salidat Kairbekova) [in Russian]. Veb-sajt. [Data obrashhenija: 16 nojabrja 2021 goda] Rezhim dostupa: <http://www.rcrz.kz/files/nauka/PMSP/Po%20voprosam%20razvitiia%20chel%20kapitala%20PMSP.pdf>
11. Байжунусов Э.А. Как сделать ВОПа ангелом-хранителем? // Journal of Health Development. – 2018. – Т. 3. – №28. – С. 40-45. [Google Scholar].
- Baizhunusov E. A. Kak sdelat' VOPa angelom-khranitelem? (How to make a GP a guardian angel?) [in Russian]. Journal of Health Development. 2018; 3(28): 40-45. [Google Scholar].
12. Чурилов Л.П., Строев Ю.И., Маевская В.А., Балахоннов А.В. и др. Российское и зарубежное медицинское образование: Болонский процесс и наш опыт // Аккредитация в образовании. – 2009. – №3(30). – С. 26-35. [Google Scholar].
- Churilov L.P., Stroev Ju.I., Maevskaia V.A., Balakhonov A.V. i dr. Rossiiskoe i zarubezhnoe meditsinskoe obrazovanie: Bolonskii protsess i nash opyt (Russian and foreign medical education: the Bologna process and our experience) [in Russian]. Akkreditatsiia v obrazovanii. 2009; 3(30): 26-35. [Google Scholar].
13. Айдарханова К.К., Отыншиев Б.Н., Есенгельдинова Ж.А., Мустафаева Н.С. др. Компетентный подход к подготовке врачей общей практики в Казахстане // Наука о жизни и здоровье. – 2012. – Т. 18. – №2. – С. 32-35. [Google Scholar].
- Aidarkhanova K.K., Oтынshiev B.N., Esengel'dinova Zh.A., Mustafaeva N.S. dr. Kompetentnostnyi podkhod k podgotovke vrachei obshchei praktiki v Kazahstane (Competence-based approach to the training of general practitioners in Kazakhstan) [in Russian]. Nauka o zhizni i zdorov'e. 2012; 18(2): 32-35. [Google Scholar].
14. Абилова Г.Т., Калматаева Ж.А., Капанова Г.Ж., Малик Ш. и др. Эпидемиологические данные острого нарушения мозгового кровообращения в г. Алматы // Наука о жизни и здоровье. – 2020. – №1. – С. 70-75. [Crossref].
- Abilova G.T., Kalmataeva Zh.A., Kapanova G.Zh., Malik Sh. i dr. Epidemiologicheskie dannye ostrogo narusheniia mozgovogo krovoobrashcheniia v g. Almaty (Epidemiological data of acute cerebrovascular accident in Almaty) [in Russian]. Nauka o zhizni i zdorov'e. 2020; 1: 70-75. [Crossref].
15. Pochert M., Voigt K., Bortz M., Sattler A. et al. The workload for home visits by German family practitioners: an analysis of regional variation in a cross-sectional study. BMC Family Practice. 2019; 20(1): 1-13. [Crossref].
16. Perels L. Home visits. An access to care issue for the 21st century. Canadian Family Physician. 2000; 46(10): 2044-2048. [Google Scholar].
17. Mueller Y.K., David S., Cohidon C., Locatelli I. et al. Home visits made by general practitioners in the canton of Vaud between 2006 and 2015. Swiss medical weekly. 2019; 149: w20037. [Crossref].
18. Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. Medical group practice in primary care in six European countries, and the Canadian provinces of Ontario and Quebec: what are the lessons for France? Sante Publique. 2009; 21(Spec No1): 27-38. [Google Scholar].
19. Theile G., Kruschinski C., Buck M., Müller C.A. et al. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. BMC Fam Pract. 2011; 12: 24. [Crossref].
20. Фролова Е.В. Организация медицинской помощи в Великобритании // Главврач. – 2017. – №11. – С. 66-75. [Google Scholar].
- Frolova E.V. Organizatsiia meditsinskoj pomoshchi v Velikobritanii (Organization of medical care in the UK) [in Russian]. Glavvrach. 2017; 11: 66-75. [Google Scholar].
21. Van den Bussche H. Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. Bundesgesundheitsbl. 2019; 62: 1129-1137. [Crossref].
22. Медицинские кадры мира. Институт демографии Национального исследовательского университета "Высшая школа экономики". Веб-сайт. [Дата обращения: 14 мая 2020 года] Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2020/0861/barom04.php>
- Meditsinskie kadry mira. Institut demografii Nacional'nogo issledovatel'skogo universiteta "Vysshaja shkola jekonomiki" (Medical personnel of the world. Institute of Demography, National Research University Higher School of Economics) [in Russian]. Veb-sajt. [Data obrashhenija: 14 maja 2020 goda] Rezhim dostupa: <http://www.demoscope.ru/weekly/2020/0861/barom04.php>.
23. Mergenthal K., Beyer M., Gerlach F.M., Guethlin C. Sharing responsibilities within the general practice team—a cross-sectional study of task delegation in Germany. PloS one. 2016; 11(6): e015724811. [Crossref].

24. Журавлева Л.В., Кораблева О.В., Буранкова М.А. Повышение доступности и качества услуг здравоохранения в зарубежных странах // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2015. – Т. 11. – №5(290). – С. 33-44. [[Google Scholar](#)].
- Zhuravleva L.V., Korableva O.V., Burankova M.A. Povyshenie dostupnosti i kachestva uslug zdravookhraneniia v zarubezhnykh stranakh (Increasing the availability and quality of healthcare services in foreign countries) [in Russian]. *Natsional'nye interesy: priorityty i bezopasnost'*. 2015; 11(5(290)). 33-44. [[Google Scholar](#)].
25. Swan M., Ferguson S., Chang A., Larson E. et al. Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*. 2015; 27(5): 396-404. [[Crossref](#)].
26. Kinnersley P., Anderson E., Parry K., Clement J. et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting «same day» consultations in primary care. *Bmj*. 2000; 320(7241): 1043-8320. [[Crossref](#)].
27. Peterson L.E., Phillips R.L., Puffer J.C., Bazemore A. et al. Most family physicians work routinely with nurse practitioners, physician assistants, or certified nurse midwives. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2013; 26(3): 244-245. [[Crossref](#)].
28. Ladden M.D., Bodenheimer T., Fishman N.W., Margaret F. et al. The emerging primary care workforce: preliminary observations from the primary care team: learning from effective ambulatory practices project. *Academic Medicine*. 2013; 88(12): 1830-1834. [[Crossref](#)].
29. Laurant M., Reeves D., Hermens R., Braspenning J. et al. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane database of systematic reviews*. 2005; 2 [[Crossref](#)].
30. Maier C., Barnes H., Aiken L.H., Busse R. et al. Descriptive, cross-country analysis of the nurse practitioner workforce in six countries: size, growth, physician substitution potential. *BMJ open*. 2016; 6(9): e011901. [[Crossref](#)].
31. Marceau R., Hunter K., Montesanti S., O'Rourke T. Sustaining primary health care programs and services: a scoping review informing the nurse practitioner role in Canada. *Policy Polit Nurs Pract*. 2020; 21(2): 105-119. [[Crossref](#)].
32. Donald F., Martin-Misener R., Bryant-Lukosius D., Kelley K. et al. The primary healthcare nurse practitioner role in Canada. *Nursing Leadership (Toronto, Ont)*. 23(2010): 88-113. [[Crossref](#)].
33. Karimi Shahanjari A., Shakibazadeh E., Rashidian A., Hajmiri K. et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019; 4: CD010412. [[Crossref](#)].
34. Касымова Г.П. Первичная медико-санитарная помощь-важнейший компонент политики здравоохранения в Республике Казахстан // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – №2. – С. 127-132. [[Google Scholar](#)].
- Kasymova G.P. Pervichnaia mediko-sanitarnaia pomoshch'-vazhneishii komponent politiki zdravookhraneniia v Respublike Kazakhstan (Primary health care is the most important component of health policy in the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. *Biulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ia imeni N.A. Semashko*. 2015; 2: 127-132. [[Google Scholar](#)].
35. Сон И.М., Калининская А.А., Гаджиева Л.А., Гажева А.В. и др. Перспективные модели организации деятельности общих врачебных практик в условиях города // Казанский медицинский журнал. – 2017. – Т. 98. – №6. – С. 1034-1039. [[Crossref](#)].
- Son I.M., Kalininskaiia A.A., Gadzhieva L.A., Gazheva A.V. i dr. Perspektivnyye modeli organizatsii deiatel'nosti obshchikh vrachebnykh praktik v usloviakh goroda (Perspective models for organizing the activities of general medical practices in the city) [in Russian]. *Kazanskii meditsinskii zhurnal*. 2017; 98(6): 1034-1039. [[Crossref](#)].
36. Helle R., Søndergaard J., Munch M., Le J.V. et al. Work motivation, task delegation and job satisfaction of general practice staff: a cross-sectional study. *Family practice*. 2017; 34(2): 188-193. [[Crossref](#)].
37. Karsh B.T., Beasley J.W., Brown R.L. Employed family physician satisfaction and commitment to their practice, work group, and health care organization. *Health services research*. 2010; 45(2): 457-475. [[Crossref](#)].
38. Linzer M., Manwell L.B., Williams E.S., Bobula J.A., et al. Working conditions in primary care: physician reactions and care quality. *Annals of internal medicine*. 2009; 151(1): 28-36. [[Crossref](#)].
39. Tsiga E., Panagopoulou E., Sevdalis N., Montgomery A. et al. The influence of time pressure on adherence to guidelines in primary care: an experimental study. *BMJ open*. 2013; 3(4): e002700. [[Crossref](#)].
40. Мергентай А., Сон И.М., Кулов Д.Б., Бекембаева Г.С. и др. Изучение нагрузки и затрат рабочего времени врачей общей практики в организациях здравоохранения в Казахстане // Менеджер здравоохранения. – 2017. – №5. – С. 48-54. [[Google Scholar](#)].
- Mergentai A., Son I.M., Kulov D.B., Bekembaeva G.S. i dr. Izuchenie nagruzki i zatrat rabocheho vremeni vrachei obshchei praktiki v organizatsiakh zdravookhraneniia v Kazakhstane (Study of the workload and costs of working time of general practitioners in healthcare organizations in Kazakhstan) [in Russian]. *Menedzher zdravookhraneniia*. 2017; 5: 48-54. [[Google Scholar](#)].
41. Иржанов Ж.А. Обоснование эффективности внедрения информационных технологий в условиях многопрофильной поликлиники \ Диссертация. Оренбургская государственная медицинская академия. – 2012. – С. 151. [[Google Scholar](#)].
- Irzhanov Zh.A. Obosnovanie jeffektivnosti vnedrenija informatsionnykh tehnologij v usloviakh mnogoprofil'noj polikliniki (Substantiation of the effectiveness of the introduction of information technologies in a multidisciplinary clinic) [in Russian]. *Dissertatsija. Orenburgskaja gosudarstvennaja medicinskaja akademija*. 2012. 151. [[Google Scholar](#)].
42. Kersting C., Zimmer L., Thielmann A., Weltermann B. et al. Chronic stress, work-related daily challenges and medicolegal investigations: a cross-sectional study among German general practitioners. *BMC family practice*. 2019; 20(1): 143. [[Crossref](#)].
43. Den Hombergh P.V., Künzi B., Elwyn G., Van Doremalen J. et al. High workload and job stress are associated with lower practice performance in general practice: an observational study in 239 general practices in the Netherlands. *BMC Health Services Research*. 2009; 9: 118. [[Crossref](#)].
44. Howie J.G., Hopton J.L., Heaney D.J., Porter A.M. Attitudes to medical care, the organization of work, and stress among general practitioners. *British Journal of General Practice*. 1992; 42(358): 181-185. [[Google Scholar](#)].
45. Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С., Гасанов А.Н., Айвазова З.Н. и др. Анализ трудовых затрат врачей в поликлиниках центральных районных больниц // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2021. – №1(69). – С. 34-38. [[Google Scholar](#)].
- Gadzhiev R.S., Agalarova L.S., Gasanov A.N., Aivazova Z.N. i dr. Analiz trudovykh zatrat vrachei v poliklinikakh tsentral'nykh raionnykh bol'nits (Analysis of the labor costs of doctors in polyclinics of central district hospitals) [in Russian]. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie*. 2021; 1(69): 34-38. [[Google Scholar](#)].
46. Ильясова У.Г. Система обеспечения качества медицинской помощи, оказываемой участковыми терапевтами и врачами общей практики в городских поликлиниках \ Диссертация. ГОУВПО Российский государственный медицинский университет. – 2013. – 176. [[Google Scholar](#)].
- Il'jasova U.G. Sistema obespechenija kachestva medicinskoj pomoshhi, okazyvaemoj uchastkovymi terapevtami i vrachami obshhej praktiki v gorodskih poliklinikah (The system for ensuring the quality of medical care provided by district therapists and general

- practitioners in city polyclinics) [in Russian]. Dissertacija. GOUVPO Rossijskij gosudarstvennyj medicinskij universitet. 2013; 176. [\[Google Scholar\]](#).
47. Хайдарова Т.С., Капанова Г.Ж., Калмаханов С.Б., Джомартов Н.Н. и др. Состояние общей врачебной практики при переходе к системе ОСМС в РК // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2019. – №1. – С. 626-630. [\[Google Scholar\]](#).
- Khaidarova T.S., Kapanova G.Zh., Kalmakhanov S.B., Dzhomartov N.N. i dr. Sostojanie obshchej vrachebnoj praktiki pri perekhode k sisteme OSMS v RK (The state of general medical practice during the transition to the OSMI system in the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. Vestnik Kazakhskogo Natsional'nogo meditsinskogo universiteta. 2019; 1: 626-630. [\[Google Scholar\]](#).
48. Гагарина В.В. Клинико-экономическая оценка эффективности медицинской помощи населению в условиях общей врачебной практики и амбулаторно-поликлинического учреждения / Диссертация. ГОУВПО Санкт-Петербургская государственная медицинская академия. – 2004. – С. 199. [\[Google Scholar\]](#).
- Gagarina V.V. Kliniko-jekonomicheskaaja ocenka jeffektivnosti medicinskoj pomoshhi naseleniju v uslovijah obshhej vrachebnoj praktiki i ambulatorno-poliklinicheskogo uchrezhdenija (Clinical and economic assessment of the effectiveness of medical care for the population in the context of general medical practice and outpatient clinics) [in Russian]. Dissertacija. GOUVPO Sankt-Peterburgskaja gosudarstvennaja medicinskaja akademija. 2004; 199. [\[Google Scholar\]](#).
49. Loussouarn C., Franc C., Videau Y., Mousquès J. Can general practitioners be more productive? The impact of teamwork and cooperation with nurses on GP activities. *Health Economics*. 2021; 30(3): 680-698. [\[Crossref\]](#).
50. Cohidon C., Wild P., Senn N. Practice organization characteristics related to job satisfaction among general practitioners in 11 countries. *The Annals of Family Medicine*. 2019; 17(6): 510-517. [\[Crossref\]](#).
51. Mohr D.C., Young G.J., Meterko M., Kelly L.S. et al. Job satisfaction of primary care team members and quality of care. *American Journal of Medical Quality*. 2011; 26(1): 18-25. [\[Crossref\]](#).
52. Мартыкенова Д.С., Аимбетова Г.Е., Багиярова Ф.А. Зарубежный опыт функционирования мультидисциплинарных команд психо-социального профиля в амбулаторно-поликлинических организациях // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2019. – №2. – С. 378-381. [\[Google Scholar\]](#).
- Martykenova D.S., Aimbetova G.E., Bagiiarova F.A. Zarubezhnyj opyt funktsionirovaniia mul'tidistsiplinarykh komand psikho-sotsial'nogo profilja v ambulatorno-poliklinicheskikh organizatsiakh (Foreign experience of functioning of multidisciplinary teams of psycho-social profile in outpatient organizations) [in Russian]. Vestnik Kazakhskogo Natsional'nogo meditsinskogo universiteta. 2019; 2: 378-381. [\[Google Scholar\]](#).
53. Тулебаев К.А., Турдалиева Б.С., Кузиева Г.Д. Зарубежный опыт работы мультидисциплинарных команд специалистов в первичном звене // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2016. – №4. – С. 379-384. [\[Google Scholar\]](#).
- Tulebaev K.A., Turdalieva B.S., Kuzieva G.D. Zarubezhnyj opyt raboty mul'tidistsiplinarykh komand spetsialistov v pervichnom zvene (Foreign experience of multidisciplinary teams of specialists in primary care) [in Russian]. Vestnik Kazakhskogo natsional'nogo meditsinskogo universiteta. 2016; 4: 379-384. [\[Google Scholar\]](#).
54. Ghorob A., Bodenheimer T. Share the Care™: building teams in primary care practices. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2012; 25(2): 143-145. [\[Crossref\]](#).
55. Sinsky C.A., Willard-Grace R., Schutzbank A.M., Sinsky T.A. et al. In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices. *The Annals of Family Medicine*. 2013; 11(3): 272-278. [\[Crossref\]](#).
56. Сагеев С.С. Актуальные аспекты первичной медико-санитарной помощи // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2012. – №1. – С. 404-408. [\[Google Scholar\]](#).
- Sageev S.S. Aktual'nye aspekty pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshhi (Current aspects of primary health care) [in Russian]. Vestnik Kazakhskogo natsional'nogo meditsinskogo universiteta. 2012; 1: 404-408. [\[Google Scholar\]](#).
57. Музыка Д.Ю. Организационно-методические подходы к повышению качества и эффективности профилактической работы врачей-терапевтов участковых в современных условиях / Диссертация. Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья РАМН. – 2007. – С. 241. [\[Google Scholar\]](#).
- Muzyka D.Ju. Organizacionno-metodicheskie podhody k povysheniju kachestva i jeffektivnosti profilakticheskoj raboty vrachej-terapevtov uchastkovyh v sovremennyh uslovijah (Organizational and methodological approaches to improving the quality and efficiency of the preventive work of local general practitioners in modern conditions) [in Russian]. Dissertacija. Nacional'nyj nauchno-issledovatel'skij institut obshhestvennogo zdorov'ja RAMN. 2007; 241. [\[Google Scholar\]](#).
58. Тихонова Е.В. Мотивационные механизмы повышения медико-социальной эффективности деятельности врачей в первичном звене здравоохранения / Диссертация. Государственный институт усовершенствования врачей Минобороны РФ. – 2009. – С. 164. [\[Google Scholar\]](#).
- Tihonova E.V. Motivacionnye mehanizmy povyshenija mediko-social'noj jeffektivnosti dejatel'nosti vrachej v pervichnom zvene zdavoohranenija (Motivational Mechanisms for Improving the Medical and Social Efficiency of Physicians in Primary Health Care) [in Russian]. Dissertacija. Gosudarstvennyj institut usovershenstvovaniya vrachej Minoborony RF. 2009; 164. [\[Google Scholar\]](#).
59. Bell C.M., Levinson W. Pay for performance: learning about quality. *CMAJ*. 2007; 176(12): 1717-1719. [\[Crossref\]](#).
60. Хоркина Н.А. Современные тенденции мотивации поставщиков на рынке медицинских услуг // *Russian Journal of Economics and Law*. – 2010. – №4. – С. 213-218. [\[Google Scholar\]](#).
- Horkina N. A. Sovremennye tendencii motivacii postavshhikov na rynke medicinskih uslug (Modern trends in the motivation of providers in the medical services market) [in Russian]. *Russian Journal of Economics and Law*. 2010; 4: 213-218. [\[Google Scholar\]](#).
61. Nonnemaker K.L., Sarah T., Dubow J. Physician payment: current system and opportunities for reform. *AARP Public Policy Institute*. 2009.
62. Об утверждении правил поощрения работников субъектов здравоохранения, оказывающих медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-278/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 20 декабря 2020 года № 21824. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021824/history>.
- Ob utverzhenii pravil pooshhrenija rabotnikov sub'ektov zdavoohranenija, okazyvajushhih medicinskie uslugi v ramkah garantirovannogo obshema besplatnoj medicinskoj pomoshhi i (ili) v sisteme objazatel'nogo social'nogo medicinskogo strahovanija. Prikaz Ministra zdavoohranenija Respubliki Kazahstan (On approval of the rules for encouraging employees of healthcare entities providing medical services within the guaranteed volume of free medical care and (or) in the system of compulsory social health insurance. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan) [in Russian] ot 15 dekabrja 2020 goda № ҚР DSM-278/2020. Zaregistririvan v Ministerstve justicii Respubliki Kazahstan 20 dekabrja 2020 goda № 21824. Rezhim dostupa: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021824/history>.

63. Сейдуанова Л.Б. Профессиональный стресс в трудовой деятельности врачей общей практики // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2017. – №4. – С. 367-369. [[Google Scholar](#)].
Sejduanova L.B. Professional'nyj stress v trudovoj dejatel'nosti vrachej obshhej praktiki (Occupational stress in the work activity of general practitioners) [in Russian]. Vestnik Kazhskogo Nacional'nogo medicinskogo universiteta. 2017; 4: 367-369. [[Google Scholar](#)].
64. Wallace J.E., Lemaire J.B., Ghali W.A. Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*. 2009; 374(9702): 1714-1721. [[Crossref](#)].
65. Мурашкин М.С., Шаршакова Т.М. Синдром эмоционального выгорания в профессиональной деятельности врачей // Проблемы здоровья и экологии. – 2020. – №2(64). – С. 119-123. [[Google Scholar](#)].
Murashkin M.S., Sharshakova T.M. Sindrom jemocional'nogo vygoranija v professional'noj dejatel'nosti vrachej (Burnout syndrome in the professional activities of doctors) [in Russian]. Problemy zdorov'ja i jekologii. 2020; 2(64): 119-123. [[Google Scholar](#)].
66. Romani M., Khalil A. Burnout among physicians. *Libyan Journal of Medicine* 2014; 9(1): 23556. [[Crossref](#)].
67. Torppa M.A., Kuikka L., Nevalainen M., Pitkälä K.H. Emotionally exhausting factors in general practitioners' work. *Scandinavian journal of primary health care*. 2015; 33(3): 178-183. [[Crossref](#)].
68. Viehmann A., Kersting C., Thielmann A., Weltermann B. Prevalence of chronic stress in general practitioners and practice assistants: Personal, practice and regional characteristics. *PLoS One*. 2017; 12(5): e0176658. [[Crossref](#)].
69. Kushnir T., Greenberg D., Madjar N., Hadari I. et al. Is burnout associated with referral rates among primary care physicians in community clinics? *Family practice*. 2014; 31(1): 44-50. [[Crossref](#)].
70. Williams E.S., Rondeau K.V., Xiao Q. Heavy physician workloads: impact on physician attitudes and outcomes. *Health Services Management Research*. 2007; 20(4): 261-269. [[Crossref](#)].
71. Amofo E., Hanbali N., Patel A., Singh P. What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occupational medicine* 2015; 65(2): 117-121. [[Crossref](#)].
72. Marcelino G., Cerveira J.M., Carvalho I., Costa J.A. et al. Burnout levels among Portuguese family doctors: a nationwide survey. *BMJ open*. 2012; 2(3): e001050. [[Crossref](#)].
73. Шевцова В.В., Михневич Е.В., Алферова М.В., Колосова Т.В. Организационно-методические резервы повышения качества подготовки врачей общей практики // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2020. – Т. 19. – №4. – С. 90-97. [[Crossref](#)].
Shevcova V.V., Mihnevich E.V., Alferova M.V., Kolosova T.V. Organizacionno-metodicheskie rezervy povyshenija kachestva podgotovki vrachej obshhej praktiki (Organizational and methodological reserves for improving the quality of training of general practitioners) [in Russian]. Vestnik Vitebskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. 2020; 19(4): 90-97. [[Crossref](#)].
74. Unrath M., Zeeb H., Letzel S., Clauss M. et al. Working conditions and health of general practitioners in Rhineland-Palatinate, Germany: first results of a state-wide survey. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. 2011; 74(6): 389-396. [[Crossref](#)].
75. Hann M., Reeves D., Sibbald B. Relationships between job satisfaction, intentions to leave family practice and actually leaving among family physicians in England. *The European Journal of Public Health*. 2011; 21(4): 499-503. [[Crossref](#)].
76. Grol R., Mokkink H., Smits A., Eijk J.V et al. Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Family practice*. 1985; 2(2): 128-135. [[Crossref](#)].
77. Wensing M., Mainz J., Grol R. A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe. *The European Journal of General Practice*. 2000; 6(3): 82-87. [[Crossref](#)].
78. Howie J.G., Porter A.M., Heaney D.J., Hopton J.L. Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice. *British Journal of General Practice*. 1991; 41(343): 48-54. [[Google Scholar](#)].
79. Jones J.W., Barge B.N., Steffy B.D., Fay L.M. et al. Stress and medical malpractice: organizational risk assessment and intervention. *Journal of Applied Psychology*. 1988; 73(4): 727. [[Crossref](#)].
80. Wuan E.K.M., Tan Y.S., Soon S.P., Tay A.T.S. General practitioner burnout in Singapore and the role of Balint groups. *Singapore Medical Journal*. 2021; 62(50): 248. [[Crossref](#)].
81. Dunn P.M., Arnetz B.B., Christensen J.F., Homer L. Meeting the imperative to improve physician well-being: assessment of an innovative program. *Journal of general internal medicine*. 2007; 22(11): 1544-1552. [[Crossref](#)].
82. Sims J. The evaluation of stress management strategies in general practice: an evidence-led approach. *The British Journal of General Practice*. 1997; 47(422): 577. [[Google Scholar](#)].
83. Kjeldmand D., Holmström I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *The Annals of Family Medicine*. 2008; 6(2): 138-145. [[Crossref](#)].

Problems of the Effectiveness of the Work of General Practitioners

Miras Kengespayev ¹, Yernar Tursynbet ²

¹ Therapist of the Medical Assistance Group, Nur-Sultan, Kazakhstan, E-mail: mr.quanyshbekuly@gmail.com

² Deputy Head of the Central Hospital of the Ministry of Internal Affairs of the Republic of Kazakhstan, Nur-Sultan, Kazakhstan, E-mail:yernar_82@mail.ru

Abstract

In the course of the literature review, four main factors were identified that affect the effectiveness of the GP and, in most cases, have a complex effect on the doctor's activity: the quality of education, organizational factor, financial motivation and psychological factor.

These factors are common to all employees of the healthcare system and, in particular, affect the efficiency of the GP. Identification of the causes of their occurrence is necessary when developing methods to improve the quality of PHC services.

Keywords: primary health care, general practitioner, work efficiency, polyclinic, labor organization.