



SALIDAT KAIRBEKOVA
NATIONAL RESEARCH CENTER
FOR HEALTH DEVELOPMENT

JOURNAL OF HEALTH DEVELOPMENT

An official Journal of the Salidat Kairbekova
National Research Center for Health Development

Volume 3
Number (43), 2021

Nur-Sultan, 2021

Journal of Health Development

EDITORIAL

Бас редактор
Койков Виталий Викторович
Редактор
Надыров Қамалжан Талғатұлы
Атқарушы редактор
Оразова Ғалия Ұзаққызы
Жауапты хатшы
Аубакирова Алма Серікпайқызы

Главный редактор
Койков Виталий Викторович
Редактор
Надыров Камалжан Талгатович
Исполнительный редактор
Оразова Галия Узаковна
Ответственный секретарь
Аубакирова Алма Серкпаевна

Editor-in-Chief
Vitaliy Koikov
Editor
Kamalzhan Nadyrov
Executive Editor
Galiya Orazova
Executive Secretary
Alma Aubakirova

EDITORIAL BOARD

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

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

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

FOUNDING EDITORIAL BOARD

Аканов Аманғали Балтабекұлы
(Қазақстан)
Айтуарова Дана Ерланқызы
(Қазақстан)
Байғожина Зәуре Алпанқызы
(Қазақстан)
Жүсіпова Гүлзира Кенжеқызы
(Қазақстан)
Иманова Жазира Ақтайқызы (Қазақстан)
Молдажанов Арыстан Әлбекұлы
(Қазақстан)
Табаров Әділет Берікболұлы
(Қазақстан)
Түлеубаева Айнара Қайратқызы
(Қазақстан)
Сайдангазин Диас Дәулетбекұлы
(Қазақстан)
Сущенко Юлия Сергеевна (Қазақстан)

Аканов Аманғали Балтабекович
(Қазақстан)
Айтуарова Дана Ерлановна
(Қазақстан)
Байгожина Зауре Алпановна
(Қазақстан)
Жусупова Гүлзира Кенжеевна
(Қазақстан)
Иманова Жазира Ақтаевна (Қазақстан)
Молдажанов Арыстан Альбекович
(Қазақстан)
Табаров Адлет Берикболович
(Қазақстан)
Түлеубаева Айнара Кайратовна
(Қазақстан)
Сайдангазин Диас Даулетбекович
(Қазақстан)
Сущенко Юлия Сергеевна (Қазақстан)

Amangali Akanov (Kazakhstan)
Aituarova Dana (Kazakhstan)
Zaure Baygozhina (Kazakhstan)
Gulzira Zhussupova (Kazakhstan)
Zhazira Imanova (Kazakhstan)
Arystan Moldazhanov (Kazakhstan)
Adlet Tabarov (Kazakhstan)
Ainara Tuleubaeva (Kazakhstan)
Saidangazin Dias (Kazakhstan)
Yulia Suschenko (Kazakhstan)

Подписано к печати 30 сентября 2021 года.

Собственником журнала является РГП на ПХВ «Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой» МЗ РК. Издание зарегистрировано в Министерстве информации и коммуникаций РК.
Свидетельство о постановке на перучет №16659-Ж от 06.09.2017 год.

Редакцияның мекен-жайы:
Journal of Health Development
010000
Қазақстан, Нұр-Сұлтан қ.
Кабанбай батыр даңғ., 19/А
Тел.: +7 (7172) 700 950
E-mail: editor.journalhd@gmail.com
Веб-сайт: www.jhdzkz.org

Адрес редакции:
Journal of Health Development
010000
Қазақстан, г. Нур-Сұлтан
пр. Кабанбай батыра 19/А
Тел.: +7 (7172) 700 950
E-mail: editor.journalhd@gmail.com
Веб-сайт: www.jhdzkz.org

Editorial Office:
Journal of Health Development
010000
Kazakhstan, Nur-Sultan city
Kabanbay Batyr Ave 19/A
Tel.: +7 (7172) 700 950
E-mail: editor.journalhd@gmail.com
Website: www.jhdzkz.org



JOURNAL
OF
HEALTH DEVELOPMENT
Scientific and practical journal

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

Нур-Султан, 2021

<https://doi.org/10.32921/2225-9929-2021-3-43-4-12>
УДК 61:001.12/18; 614; 614.2; 614:33
МРНТИ 76.01.11; 76.75.75

Редакторская статья

Роль платформы практического применения знаний для институционализации формирования политики с учетом фактических данных в Национальной системе здравоохранения

Койков В.В.

Заместитель председателя Правления, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: koikov_v@rcrz.kz

Резюме

Создание устойчивых систем здравоохранения, способствующих улучшению, поддержанию и восстановлению здоровья людей, а также благополучию нынешних и будущих поколений является актуальной и важной задачей для большинства стран с низким и средним уровнем доходов, включая Казахстан. Пандемия COVID-19 стала серьезным испытанием для систем здравоохранения и требует принятия действенных мер для эффективного реагирования на существующие и новые вызовы здоровью населения. Одним из эффективных и действенных решений в данной области является переход к доказательной практике принятия решений в области здравоохранения – политике с учетом фактических данных (Evidence-Informed Policy (EIP)). Опыт многих стран указывает на то, что успешность внедрения EIP во многом связана с созданием эффективной платформы переноса наилучших доказательств в сферу формирования политики здравоохранения – платформы практического применения знаний (Knowledge Translation Platform (KTP)).

Данный обзор включает анализ существующих подходов к институционализации EIP в национальной системе здравоохранения и выбор оптимальной модели для Казахстана.

Обзор международного опыта показывает, что KTP представляет собой структуру, функционирующую на национальном уровне, предназначенную для создания и развития связей между исследователями, полисимейкерами и другими пользователями результатов научных исследований. KTP может иметь различную локализацию, и организация ее деятельности KTP может принимать несколько различных форм. Имеется целый ряд положительных примеров создания KTP в Ливане, Бразилии, Чили, Замбии, Малави и других странах.

Для Республики Казахстан предлагается модель создания KTP – Knowledge4Policy – на базе Национального научного центра развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой. Данная платформа должна формироваться при тесном взаимодействии с медицинскими университетами, научно-исследовательскими институтами, научными центрами, а также неправительственными организациями и призвана стать ведущим центром укрепления государственной политики и практики в области здравоохранения.

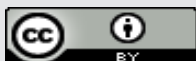
Функционирование данной платформы на основе тесного взаимодействия со всеми ключевыми стейкхолдерами призвано обеспечить активный перенос результатов научных исследований и разработок казахстанских и зарубежных исследователей в сферу формирования политики здравоохранения, как и, в свою очередь, своевременную адресацию запросов полисимейкеров в адрес тех организаций, которые проводят исследования и разработки.

Все это позволит обеспечить ускорение и повышение эффективности проводимых реформ в отрасли, прозрачность принимаемых решений и системность разрабатываемых и реализуемых мер, своевременное реагирование системы здравоохранения на существующие и будущие вызовы здоровью населения, что, в конечном итоге, должно позволить обеспечить сокращение предотвратимых потерь в человеческих, материальных и финансовых ресурсах на всех уровнях национальной системы здравоохранения, а также повысить вероятность долгосрочного успеха в вопросах охраны общественного здоровья.

Ключевые слова: политика с учетом фактических данных, платформа практического применения знаний, система здравоохранения.

Corresponding author: Vitaliy Koikov, Deputy Chairman of the Management Board, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development.
Postal code: Z05H0B8
Address: Kazakhstan, Nur-Sultan city, Kabanbay Batyr Ave 19/A.
Phone: +7 701 186 60 02
E-mail: koykov@inbox.ru

J Health Dev 2021; 3 (43): 4-12
Received: 12-08-2021
Accepted: 19-08-2021



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

Введение

К числу основных вызовов для национальных систем здравоохранения многих государств, прежде всего стран с низким и средним уровнем доходов (СНСД), последствия которых особо остро проявились в период пандемии COVID-19, относятся недостаточная эффективность реагирования систем здравоохранения на возникающие угрозы здоровью населения, высокий уровень предотвратимых потерь здоровья населения, высокая нагрузка на систему здравоохранения в условиях ограниченного ресурсного обеспечения и финансирования [1,2].

Всё это указывает на необходимость перехода к доказательной практике принятия решений на всех уровнях управления национальными системами здравоохранения в СНСД, на основе научного обоснования всех стратегических и программных документов, проектов, планов мероприятий и дорожных карт, нормативных актов, а также анализа эффективности их реализации, планирования и прогнозирования потребности системы здравоохранения в необходимых ресурсах, активной передачи результатов исследований в сферу формирования политики [3].

В основе доказательной практики принятия решений в области здравоохранения лежит внедрение на национальном уровне концепции формирования политики с учетом фактических данных (Evidence-Informed Policy (EIP)). Актуальность перехода к EIP особо остро стоит для всех СНСД, включая Казахстан [4,5]. При этом опыт многих стран Европейского, Американского, Восточно-Средиземноморского и других регионов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) указывает на то, что успешность внедрения EIP во многом связана с созданием эффективной платформы переноса наилучших доказательств в сферу формирования политики здравоохранения – платформы практического применения знаний (Knowledge Translation Platform (KTP)), создания служб оперативного реагирования на запросы полисимейкеров для принятия своевременных и научно-обоснованных решений [6-8]. Всё это должно

позволить национальным системам здравоохранения СНСД развиваться в качестве обучающихся систем здравоохранения (Learning health systems (LHS)) – систем здравоохранения, в которых процессы накопления знаний встроены в повседневную практику для постоянного улучшения ухода [9], а исследовательский потенциал эффективно используется для решения актуальных проблем политики здравоохранения [10].

Пандемия COVID-19, потребовавшая от полисимейкеров принимать оперативные политические решения зачастую в условиях нехватки достаточной информации и распространения дезинформации и фейковых новостей, плохого доступа к действенным доказательствам, временными ограничениями и слабого сотрудничества между соответствующими заинтересованными сторонами [11], показала, что у национальных систем здравоохранения Казахстана, как и у других СНСД, нет иной альтернативы, кроме как внедрять EIP и развиваться в качестве LHS. При этом к числу первоочередных мероприятий на пути перехода к EIP относится создание на страновом уровне КТР. Анализ международного опыта указывает на то, что КТР имеют разную форму организации и терминологически для их обозначения используются разные наименования – КТР, Knowledge4Policy (K4P), Knowledge2Policy (K2P) и т.д. При этом независимо от организационной модели данные платформы должны играть важную роль в предоставлении актуальных и своевременных данных для информирования о мерах реагирования на существующие вызовы национальной системе здравоохранения и преодоления разрыва между наукой, политикой, практикой и политикой [11].

С учетом вышесказанного **целью настоящего обзора** является обзор подходов к институционализации EIP в национальной системе здравоохранения и выбор оптимальной модели для Казахстана.

Что из себя представляет КТР?

КТР представляет собой, как правило, структуру, функционирующую на национальном уровне, предназначенную для создания и развития связей между исследователями, полисимейкерами и другими пользователями результатов научных исследований (неправительственными организациями, представляющими интересы работодателей и работников, академическим сектором и др.) [6]. Деятельность КТР охватывает процессы, направленные на преобразование научных знаний в социально полезные действия, часто посредством изменения поведения различных заинтересованных сторон и действий лиц, принимающих решения и определяющих политику в области здравоохранения [12].

КТР может иметь различную локализацию (таблица 1) и организация ее деятельности КТР может принимать несколько различных форм:

- самостоятельная организация;
- сеть организаций и/или экспертов, которая

формируется вокруг конкретной проблемы или события;

- виртуальный веб-объект [6].

Сфера деятельности КТР, включает укрепление потенциала исследователей, пользователей исследований и лиц, формирующих политику в области здравоохранения, руководство или содействие усилиям по формированию приоритетов и конкретных программ исследований на страновом уровне, выявление и документирование местных исследователей, институтов, агентств и спонсоров, создание баз данных с данными местных исследований, обобщение и упаковка результатов местных исследований и данных зарубежных исследователей (адаптацию и таргетинг для конкретной аудитории), распространение знаний, коммуникацию, передачу технологий, этический контекст, управление знаниями, использование знаний, двусторонний обмен между исследователями и теми, кто применяет знания, исследования внедрения, оценку технологий, синтез результатов,

посредничество или содействие во встречах между несколькими заинтересованными сторонами в глобальном контексте, проведение информационно-разъяснительной работы по распространению и поддержке использования научных данных и многое другое [6, 12].

КТР должны не только реагировать на приоритеты и потребности лиц, принимающих решения, но также активно формировать политическую повестку дня, обращая внимание полисимейкеров на важные (часто упускаемые из виду) вопросы. Для

этого КТР должны постоянно отслеживать изменения в системе здравоохранения, внимательно следить за социальными сетями и быть в курсе того, как ситуация развивается на международном уровне. Предвидение типов необходимых решений может помочь платформам КТР расставить приоритеты и подготовиться заранее, чтобы обеспечить более своевременный ответ на возникающие приоритеты [11].

Таблица 1 – Возможные варианты локализации КТР [6]

Локализация КТР	Преимущества	Недостатки
КТР на базе органа государственного управления (например, подразделение Министерства здравоохранения)	может извлекать выгоду из своей близости к процессу разработки политики, чтобы стимулировать спрос на доказательства или укрепить способность лиц, определяющих политику, получать, оценивать, адаптировать и применять данные исследований	близость может поставить под угрозу нейтралитет, необходимый для науки в целом и для передачи знаний в частности
КТР на базе организации квазигосударственного сектора	наделенная мандатом от органа государственного управления может обеспечить генерацию новых знаний, поиск и передачу доказательств в сферу формирования политики	может иметь ограниченное финансирование и недостаточные полномочия к взаимодействию с другими стейкхолдерами
КТР на базе университета	имеет возможности мобилизовать исследователей разных специальностей, создавать мультидисциплинарные команды и хорошие связи с другими стейкхолдерами	загруженность академической и клинической работой может сдерживать привлечение квалифицированных экспертов к работе КТР
КТР на базе неправительственной организации	обладает достаточным нейтралитетом и независимостью для успешного посредничества между различными заинтересованными сторонами	как независимая организация он может страдать от неопределенной или изменчивой базы финансирования

Успешность создания и функционирования КТР во многом зависит от привлечения к ее работе авторитетных и заслуживающих доверия экспертов с опытом работы как в области исследований, так и в сфере формирования политики, которые преуспевают в различных областях, включая сбор доказательств, критическую оценку, фасилитацию, общение научных данных, разработку вариантов решений и т.д. [6]. Кроме того, КТР должны иметь активное присутствие в социальных сетях, устанавливать отношения с ключевыми средствами массовой информации (СМИ) и журналистами, которых они могут использовать для распространения доказательств среди широкой аудитории, включая полисимейкеров, специалистов здравоохранения, неправительственные организации и широкую общественность [11].

Потребности полисимейкеров в доказательствах могут варьироваться в зависимости от контекста, типа заинтересованных сторон, наличия ресурсов или проблемы, стоящей на повестке дня. Чтобы улучшить преобразование доказательств в политику и практику, КТР должны обеспечивать выявление контекстно-зависимых пробелов в знаниях, приоритетах и потребностях и впоследствии решать их с помощью соответствующего продукта (например, аналитического обзора для формирования политики (Policy Brief), экспресс-обзора (Rapid Review), руководящего документа и т.д.) с учетом целевой аудитории [11].

Успех создания и функционирования КТР и внедрения EIP в процесс формирования политики в области здравоохранения во многом зависит от

наличия финансирования и поддержки со стороны отраслевых органов государственного управления, а также вовлечения национальных КТР в работу региональных сетей по поддержке и распространению EIP (для стран Европейского региона Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) – Сеть научно обоснованной политики EVIPNet-Европа) [13].

Успешные примеры создания и функционирования КТР в области здравоохранения

Ливан: Knowledge2Policy (K2P), сотрудничающий центр ВОЗ по разработке политики и практики на основе фактических данных, созданный на факультете медицинских наук Американского университета Бейрута в Ливане (страна со средним уровнем дохода), представляющий комплексный системно-сетевой подход к формированию политики общественного здравоохранения и социальной политики в Ливане и регионе. Деятельность K2P направлена на преодоление разрыва между наукой, политикой и практикой, делая научные данные более доступными для более широкого круга заинтересованных сторон, создавая институциональный потенциал для разработки политики на основе фактических данных и используя возможности для пропаганды и влияния на результаты политики [11].

Бразилия: Институционализация EIP в Бразилии проходила при активной поддержке Министерства здравоохранения и наряду с КТР национального уровня в стране были созданы местные лаборатории фактических данных о здоровье (Health Evidence Labs) [14].

Чили: Сеть научно обоснованной политики Всемирной организации здравоохранения (EVIPNet) в Чили внедрила КТР на базе Министерства здравоохранения с активным привлечением академических институтов к разработке политики через сеть, ориентированную на подготовку Policy Brief [15].

Замбия: Основанный в 2005 году Форум исследований в области здравоохранения Замбии (ZAMFONH) представляет собой неправительственную организацию и выполняет роль КТР, предназначенную для расширения возможностей исследователей и пользователей исследований по созданию, синтезу, доступу, обсуждению, адаптации и, в конечном итоге, использованию фактических данных [6].

Уганда и Камерун: КТР в Уганде и Камеруне, размещенные в государственных учреждениях Камеруна и Уганды, оказали непосредственное влияние на политические решения системы здравоохранения, выступив агентами перемен,

оказывающими положительное влияние на понимание и принятие EIP из-за их взаимодополняющей работы, связанной с наращиванием потенциала, быстрым синтезом доказательств и функционированием в качестве центров сбора актуальных для политики фактов [16].

Малави: КТР в Малави (КТРMalawi) была создана на основе уникального партнерства между медицинской и исследовательской неправительственной организацией Dignitas International и Министерством здравоохранения Малави. КТРMalawi, осуществляющий свою деятельность на основе сбора и синтеза наилучших имеющихся глобальных и местных данных, подготовки Policy Brief и проведения политических диалогов, обеспечивает вовлечение полисимейкеров, исследователей и исполнителей на национальном уровне в скоординированный подход к созданию и использованию результатов исследований в секторе здравоохранения [8].

Иные примеры институционализация EIP

Примером КТР наднационального уровня является Knowledge4Policy (K4P) – платформа Комиссии Европейского союза, которая служит для разработки политики на основе фактов. Деятельность K4P направлена на преодоление разрывов между наукой и политикой путем объединения усилий ученых и полисимейкеров по всей Европе. K4P включает высококачественные, актуальные и научно

обоснованные знания, созданные и курируемые командами ученых Европейской комиссии; контент и интерфейсы, специально созданные и адаптированные для полисимейкеров; единую базу данных взаимосвязанных знаний для информирования полисимейкеров; интернет-сообщество, где ученые и полисимейкеры сотрудничают с целью передачи научных знаний в государственную политику [17].

Проблемы, с которыми сталкиваются страны на пути создания КТР, и подходы к их решению

К числу ключевых проблем, с которыми могут столкнуться национальные команды при создании КТР относятся недостойная легитимизация деятельности платформы, недостаточная приверженность органов государственного управления принципам EIP, несмотря на высказываемую политическую поддержку создания КТР, недостаточное финансирование и/или зависимость от внешнего финансирования, высокая текучесть кадров и т.д. [13]. Так в 2013 году в Индии Министерство здравоохранения и благополучия семьи начало изучать возможность формирования Национальной платформы знаний (National Knowledge Platform, NKP) для руководства и поддержки исследований в области общественного здравоохранения и систем здравоохранения в стране. Однако сложные процессы сопоставления фактических данных с политикой в секторе здравоохранения Индии привели к сложностям в определении правильного институционального механизма для платформы. Установление надлежащего баланса между легитимностью и независимостью, а также частая смена институционального руководства оказались дополнительными проблемами, с которыми боролись заинтересованные стороны при построении NKP [18].

Чтобы преодолеть данные проблемы и/или предотвратить их возникновение заинтересованные стороны в области здравоохранения на глобальном и национальном уровнях должны повышать значимость обобщения фактических данных (например, в форме Policy Brief, Rapid Review, систематических обзоров) как источника информации и подчеркивать приверженность принципам EIP при формировании политики и программ в области здравоохранения

[19]. Также решающее значение имеет усиление потенциала исследователей, укрепление навыков ключевых стейкхолдеров в области распространения знаний, создание базы данных местных доказательств (кто что делает; кто что опубликовал; кто что финансирует) [6]. Для решения проблемы зависимости от внешнего финансирования КТР должны приводить аргументы в пользу того, что распространение знаний является основным видом деятельности системы здравоохранения и следовательно, КТР должна финансироваться через структурированные внутренние механизмы (например, привлечение финансирования или поддержки Министерства здравоохранения), которые – что очень важно – не нарушают их нейтралитет [6].

Общей проблемой существующих национальных КТР является нехватка персонала. Если КТР не укомплектованы достаточным персоналом, то они часто полагаются на добровольцев, помогающих осуществлять деятельность КТР. Деятельность, осуществляемая волонтерами, как правило, малоэффективна, поскольку они часто работают полный рабочий день в другом месте. В этой связи рекомендуется, чтобы КТР нанимали более преданных своему делу сотрудников. Кроме того, для выполнения КТР своих функций требуются сотрудники, разбирающиеся в исследованиях, а также в процессе разработки политики и обладающие навыками и мотивацией для навигации между двумя сообществами (исследователи и полисимейкеры) [20].

Видение КТР для Республики Казахстан

Результаты ситуационного анализа по использованию данных научных исследований при формировании политики здравоохранения в Казахстане указывают на необходимость создания платформы переноса наилучших доказательств в сферу формирования политики, формирования служб оперативного реагирования на запросы полисимейкеров для принятия своевременных и научно-обоснованных решений, создание проектного офиса, обеспечивающего научно-аналитическое сопровождение [5]. Для решения этих проблем 6 августа 2021 года было принято решение присвоить Республиканскому центру развития здравоохранения статус Национального научного центра, а также имя Салидат Каирбековой [21]. Новый статус определил и новую миссию организации, направленную на формирование научных основ реализации государственной политики в области здравоохранения, а также научное обоснование развития национальной системы здравоохранения,

повышения ее эффективности и отзывчивости на потребности населения.

Одной из ключевых целей деятельности Национального научного центра имени Салидат Каирбековой (ННЦРЗ) должно стать содействие формированию культуры принятия решений в системе здравоохранения на основе наилучших доказательств, обеспечить систематическое использование фактических данных (Best Evidences) при разработке и принятии политических решений.

С этой целью на базе ННЦРЗ при тесном взаимодействии с медицинскими университетами, научно-исследовательскими институтами, научными центрами и неправительственными организациями предлагается создать платформу практического применения знаний – К4Р (рисунок 1), которая должна стать ведущим центром укрепления государственной политики и практики в области здравоохранения.

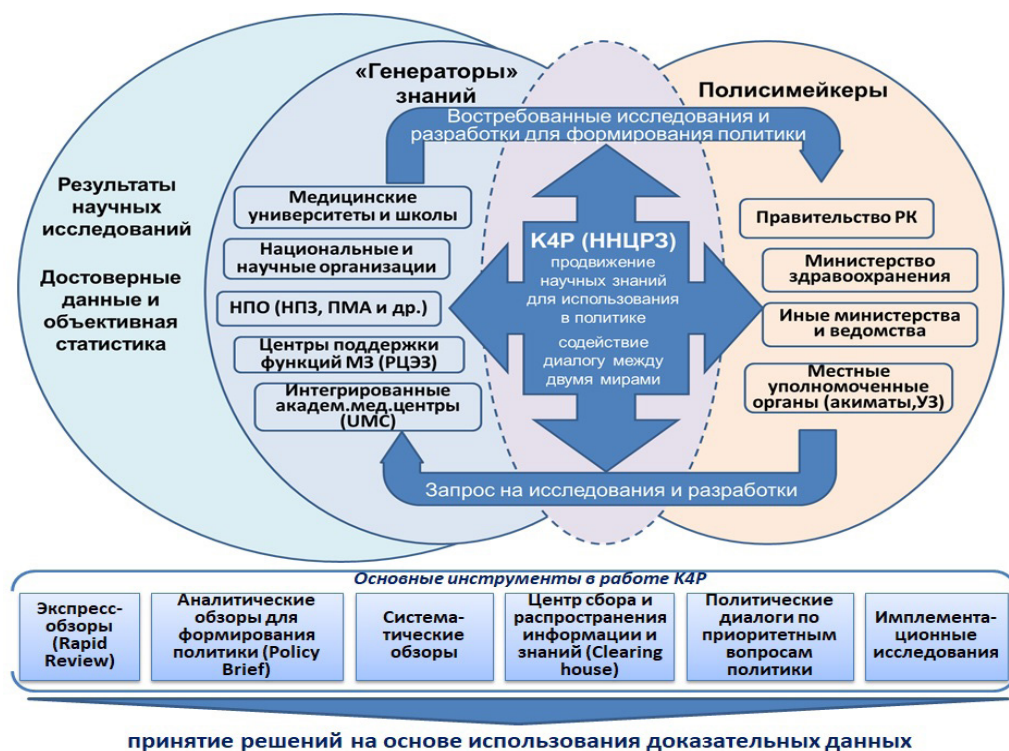


Рисунок 1 - Видение по институционализации платформы практического применения знаний (КТР/К4Р) в Республике Казахстан [3]

Функционирование данной платформы на основе тесного взаимодействия со всеми ключевыми стейкхолдерами призвано обеспечить активный перенос результатов научных исследований и разработок казахстанских и зарубежных исследователей в сферу формирования политики здравоохранения, как и в свою очередь, своевременную адресацию запросов полисимейкеров в адрес тех организаций, которые проводят исследования и разработки.

Основными инструментами платформы К4Р, функционирующей на базе ННЦРЗ должны стать подготовка регулярных аналитических обзоров для формирования политики (Policy Brief), разработка

экспресс-обзоров (Rapid Review), систематических обзоров, создание на базе ННЦРЗ единого Центра сбора и распространения информации и знаний (Clearing House), проведение регулярных политических диалогов по приоритетным вопросам политики с вовлечением всех заинтересованных сторон, проведение имплементационных исследований направленных на адаптацию и изучение применимости наилучших мировых практик для системы здравоохранения.

В своей работе К4Р должна активно использовать как потенциал существующих научных школ и научных подразделений организаций образования и науки в области здравоохранения,

исследовательских сетей, гражданского общества, индивидуальных исследователей, средств массовой информации, так и активно взаимодействовать с органами государственного управления, организациями и коллегиальными органами, вовлеченными в процесс формирования политики в области здравоохранения. Не менее важным

условием эффективного функционирования платформы K4P должно стать активное членство в сети EVIPNet-Европа, методологическая поддержка от Секретариата EVIPNet-Европа в Европейском региональном бюро ВОЗ и активное взаимодействие с другими странами европейского региона, проходящими путь внедрения EIP и создания КТР.



Рисунок 2 - Ожидаемый результат от создания платформы Knowledge4Policy и перехода к EIP

Устойчивость платформы K4P будет зависеть от сильного руководства, адекватного финансирования и персонала для полной реализации своего потенциала [20].

Все это позволит перейти к принятию решений в отрасли на основе использования доказательных данных.

Переход к EIP должен позволить обеспечить ускорение и повышение эффективности проводимых реформ в отрасли, обеспечение прозрачности принимаемых решений и системности разрабатываемых и реализуемых мер, своевременное

реагирование системы здравоохранения на существующие и будущие вызовы здоровью населения.

Все это должно позволить обеспечить сокращение предотвратимых потерь в человеческих, материальных и финансовых ресурсах на всех уровнях национальной системы здравоохранения, а также повысить вероятность долгосрочного успеха в вопросах охраны общественного здоровья (рисунок 2).

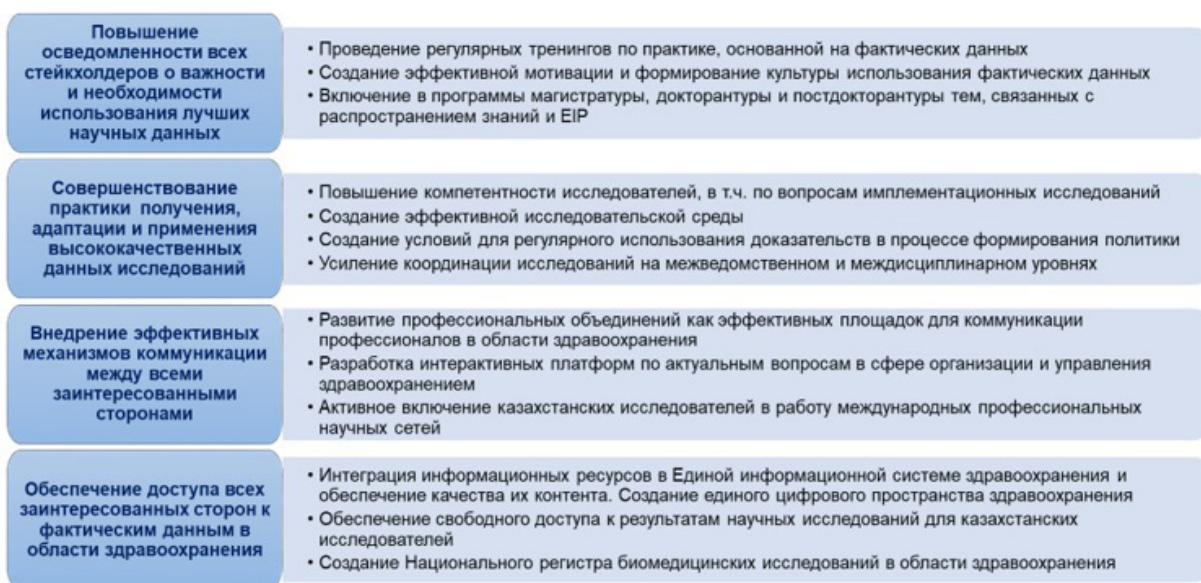


Рисунок 3 – Необходимые меры для внедрения EIP в РК в рамках создания платформы Knowledge 4 Policy

Для достижения данных ожидаемых результатов при непосредственной координации и методологической поддержке платформы K4P необходимо обеспечить реализацию следующего

комплекса мероприятий (рисунок 3).

При реализации данных мероприятий и становлении платформы K4P очень важно обеспечить поддержку со стороны Странового офиса ВОЗ и

Европейского Регионального Бюро ВОЗ, а также обеспечить сотрудничество с другими национальными КТР в странах Европейского и иных регионов ВОЗ.

Подводя итоги, необходимо отметить, что институционализация ЕИР в Казахстане, обеспечит страну мощными инструментами успешного внедрения Государственных программ и стратегий, национальных и отраслевых проектов в области здравоохранения, а также стратегических документов ВОЗ, позволит достичь системности и прозрачности в процессе формирования политики и в конечном счете, приведет к улучшению здоровья и благополучия

населения Казахстана. Процесс институционализации ЕИР потребует сильной политической поддержки и значительных усилий на всех уровнях системы здравоохранения. Вместе с тем инвестирование в создание и укрепление платформы К4Р, наращивание потенциала в области распространения знаний и ЕИР станет одним из лучших вложений в будущее для поддержки более активного и быстрого реагирования на вызовы национальной системе здравоохранения с своевременным использованием наилучших научных данных.

Литература

1. WHO's work in health emergencies. Strengthening WHO's global emergency preparedness and response: report by the Director-General, 2021. World Health Organization. Website. [Cited 20 July 2021] Available from URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_18-en.pdf.
2. Frieden T.R., Buissonnière M. Will a global preparedness treaty help or hinder pandemic preparedness? *BMJ Glob Health*. 2021; 6(5): e006297. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006297>.
3. Коиков В.В., Аканов А.Б., Абдуажитова А.М., Аубакирова А.С. и др. Оценка результативности научной и инновационной деятельности медицинских ВУЗов и научных организаций Республики Казахстан // *Journal of Health Development*. – 2021. – Т. 1. – №41. – С. 4-21. <https://doi.org/10.32921/2225-9929-2021-1-41-4-21>.
4. Koikov V.V., Akanov A.B., Abduazhitova A.M., Aubakirova A.S. i dr. Otsenka rezul'tativnosti nauchnoi i innovatsionnoi deiatel'nosti meditsinskikh VUZov i nauchnykh organizatsii Respubliki Kazakhstan (Assessment of the effectiveness of scientific and innovative activities of medical universities and scientific organizations of the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. *Journal of Health Development*. 2021; 1(41): 4-21. <https://doi.org/10.32921/2225-9929-2021-1-41-4-21>.
5. Scarlett J., Köhler K., Reinap M., Ciobanu A. et al. Evidence-informed Policy Network (EVIPNet) Europe: success stories in knowledge translation. *Public Health Panorama*. 2018; 4(2): 147-271.
6. Koikov V. Exploring the Kazakh evidence-informed policy-making landscape – Results of a situation analysis (SA). *European Journal of Public Health*. 2017; 27(suppl_3): 242. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx187.644>.
7. Kasonde J.M., Campbell S. Creating a Knowledge Translation Platform: nine lessons from the Zambia Forum for Health Research. *Health Research Policy & Systems*. 2012; 10(1): 31-38. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-10-31>.
8. Asamani J.A., Nabyonga-Orem J. Knowledge translation in Africa: are the structures in place? *Implementation Science Communications*. 2020; 1(1): 111. <https://doi.org/10.1186/s43058-020-00101-w>.
9. Berman J., Mitambo C., Matanje-Mwagomba B., Khan S. et al. Building a knowledge translation platform in Malawi to support evidence-informed health policy. *Health Res Policy Syst*. 2015; 13: 73. <https://doi.org/10.1186/s12961-015-0061-4>.
10. Learning health systems: pathways to progress. Flagship report of the Alliance for Health Policy and Systems Research. Geneva: World Health Organization. 2021. Edited by Kabir Sheikh and Seye Abimbola. Electronic resource [Cited 5 July 2021]. Available from URL: <https://apo.who.int/publications/i/item/learning-health-systems-pathways-to-progress>. ISBN 978-92-4-003221-7 (electronic version).
11. El-Jardali F., Bou-Karroum L., Fadlallah R. Amplifying the role of knowledge translation platforms in the COVID-19 pandemic response. *Health Res Policy Syst*. 2020; 18(1): 58. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00576-y>.
12. McKibbon K.A., Lokker C., Keepanasseril A., Colquhoun H. et al. WhatIsKT wiki: a case study of a platform for knowledge translation terms and definitions — descriptive analysis. *Implement Sci*. 2013; 8(1): 13. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-13>.
13. Lester L., Haby M.M., Chapman E., Kuchenmüller T. Evaluation of the performance and achievements of the WHO Evidence-informed Policy Network (EVIPNet) Europe. *Health Res Policy Syst*. 2020; 18: 109. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00612-x>.
14. Oliveira S., Bento A., Valdes G., Oliveira S. et al. Advancing in the institutionalization of Evidence-Informed Policy in Brazil. *European Journal of Public Health*. 2020; 30(Issue Supplement_5): ckaa166.1216. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa166.1216>.
15. Mansilla C., Herrera C.A., Basagoitia A., Pantoja T. The Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) in Chile: lessons learned from a year of coordinated efforts. *Rev Panam Salud Publica*. 2017; 43: e36. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2017.36>.
16. Ongolo-Zogo P., Lavis J.N., Tomson G., Sewankambo N.K. Assessing the influence of knowledge translation platforms on health system policy processes to achieve the health millennium development goals in Cameroon and Uganda: a comparative case study. *Health Policy Plan*. 2018; 33(4): 539-554. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx194>.
17. Lowry M. Evidence-based policymaking: a story emerges from audience research, Oct 2 2018. Electronic resource [Cited 21 July 2021]. Available from URL: <https://medium.com/knowledge4policy/evidence-based-policymaking-a-story-emerges-from-audience-research-8d77234e1338>.
18. Sriram V., Bennett S., Raman V.R., Sheikh K. Developing the National Knowledge Platform in India: a policy and institutional analysis. *Health Res Policy Syst*. 2018; 16(1): 13. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0283-3>.
19. Ongolo-Zogo P., Lavis J.N., Tomson G., Sewankambo N.K. Climate for evidence informed health system policymaking in Cameroon and Uganda before and after the introduction of knowledge translation platforms: a structured

review of governmental policy documents. *Health Res Policy Syst.* 2015; 13: 2. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-13-2>.

19. Murunga V. What is critical for Knowledge Translation Platforms to work? Lessons from existing Knowledge Translation Platforms in Africa, 14 March 2018. Website. [Cited 21 July 2021]. Available from URL: <https://www.afidp.org/critical-knowledge-translation-platforms-work-lessons-existing-knowledge-translation-platforms-africa/>.

20. Постановление Правительства Республики Казахстан. О реорганизации Республиканского государственного предприятия на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан: утв. 10 октября 2013 года, №1076.

Postanovlenie Pravitel'stva Respubliki Kazakhstan. O reorganizatsii Respublikanskogo gosudarstvennogo predpriiatiia na prave khoziaistvennogo vedeniia «Respublikanskii tsentr razvitiia zdravookhraneniia» Ministerstva zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan (Resolution of the Government of the Republic of Kazakhstan. On the reorganization of the Republican State Enterprise on the basis of the right of economic management "Republican Center for Health Development" of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan) [in Russian]: utv. 10 oktjabria 2013 goda, №1076.

Ұлттық денсаулық сақтау жүйесінде дәлелді ақпараттандырылған саясатты институционализациялау үшін білімді аудару платформасының рөлі

Койков В.В.

Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы
Басқарма төрағасының орынбасары, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: koikov_v@rcrz.kz

Түйіндеме

Адам денсаулығының жақсаруына, сақталуына және қалпына келуіне, сондай-ақ, бүгінгі және болашақ ұрпақтың әл-ауқатына ықпал ететін тұрақты денсаулық сақтау жүйесін құру төмен және орташа табысы бар елдердің көпшілігі үшін, соның ішінде Қазақстан үшін де өзекті және маңызды міндет болып табылады. COVID-19 пандемиясы денсаулық сақтау жүйесін күрделі қиындықтарға әкеліп соқты. Аталмыш пандемия жүйеде қазіргі орын алған немесе болашақта пайда болуы мүмкін мәселелерге қатысты тиімді әрекет ету үшін оңтайлы шараларды қарастырудың қажет екенін айқын көрсетті. Бұл саладағы ең тиімді шешімдердің бірі - денсаулық сақтау саласындағы шешімдерді қабылдауда Дәлелді ақпараттандырылған саясатқа (Evidence-Informed Policy, EIP) көшу. Денсаулық сақтау саласындағы саясатты жасауға ең жақсы дәлелдерді аударудың тиімді платформасы - Knowledge Translation Platform (KTP).

Бұл шолуда ұлттық денсаулық сақтау жүйесіндегі EIP институционализациясының қолданыстағы тәсілдерін талдау және Қазақстан үшін оңтайлы модельді таңдау сұрақтары қарастырылған.

Халықаралық тәжірибеге шолу көрсеткендей, KTP - бұл зерттеушілер, саясат жасаушылар және зерттеу нәтижелерін басқа да пайдаланушылар арасындағы байланысты құру және оны әрі қарай дамытуға арналған ұлттық құрылым. KTP әр түрлі жолмен локализациялануы мүмкін, ал оның қызметін ұйымдастыру әр түрлі формада болуы мүмкін. Ливанда, Бразилияда, Чилиде, Замбияда, Малавиде және басқа елдерде KTP құру туралы бірқатар оң мысалдар бар.

Қазақстан Республикасы үшін Салидат Қайырбекова атындағы денсаулық сақтауды дамытудың ұлттық ғылыми орталығының базасында KTP - Knowledge4Policy құру моделі ұсынылған. Бұл платформа медициналық университеттермен, ғылыми-зерттеу институттарымен, ғылыми орталықтармен және үкіметтік емес ұйымдармен тығыз ынтымақтастықта құрылуы керек. Сонымен қатар, платформа қоғамдық денсаулық сақтау саясаты мен тәжірибесін нығайтатын жетекші орталыққа айналуы тиіс.

Аталмыш платформаның барлық негізгі мүдделі тараптармен тығыз өзара әрекеттесуі негізінде жұмыс жасауы отандық және шетелдік ғалымдардың зерттеу жұмыстарының нәтижесін денсаулық сақтау саясатын қалыптастыру саласына белсенді түрде бағыттауды қамтамасыз етуге арналған. Ол өз кезегінде зерттеу және тәжірибелік-конструкторлық жұмыстарды жүргізетін ұйымдарға деген саясаткерлердің өтініштерін жылдам шешуге мүмкіндік береді.

Жоғарыда аталған ұсыныстар саладағы реформалардың тиімділігін арттыруға, қабылданған шешімдердің ашықтығы мен әзірленіп енгізілген шаралардың дәйектілігіне, денсаулық сақтау жүйесінің халық денсаулығына қатысты немесе болашақта туындауы мүмкін қауіп-қатерге дер кезінде ден қоюына мүмкіндік береді. Сонымен қатар, алдын алуға болатын адам шығынының азаюына, ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің барлық деңгейінде материалдық және қаржылық ресурстардың шектелуіне жол ашуы, сондай-ақ, денсаулық сақтау саласының табысының ұлғаюы ықтималдығын арттыруы тиіс.

Түйін сөздер: дәлелді саясат, білімді аудару платформасы, денсаулық сақтау жүйесі.

Role of a Knowledge Translation Platform for Institutionalizing Evidence-Informed Policy-making in the National Health System

Vitaliy Koikov

Deputy Chairman of the Management Board, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: koikov_v@rcrz.kz

Abstract

The creation of sustainable health systems that contribute to the improvement, maintenance and restoration of human health, as well as the well-being of present and future generations is an urgent and important task for most low and middle income countries, including Kazakhstan. The COVID-19 pandemic is challenging health systems and requires effective action to effectively respond to existing and emerging public health challenges. The experience of many countries indicates that the success of EIP implementation is largely related to the creation of an effective platform for translation the best evidence to the field of health policy making - the Knowledge Translation Platform (KTP).

This review includes an analysis of existing approaches to institutionalizing EIP in the national health system and selection of the optimal model for Kazakhstan.

A review of international experience shows that KTP is a nationally functioning structure designed to create and develop links between researchers, policy makers and other users of research results. KTP can be localized in different ways, and the organization of KTP activities can take several different forms. There are a number of positive examples of the establishment of KTP in Lebanon, Brazil, Chile, Zambia, Malawi and other countries.

For the Republic of Kazakhstan, a model for the creation of the KTP - Knowledge4Policy - is proposed on the basis of the Salidat Kairbekova National Scientific Center for Healthcare Development. This platform should be formed in close cooperation with medical universities, research institutes, scientific centers and NGOs and is designed to become a leading center for strengthening public policy and practice in the field of health.

The functioning of this platform on the basis of close interaction with all key stakeholders is designed to ensure the active transfer of the results of scientific research and development of Kazakhstani and foreign researchers into the field of health policy formation, as well as, in turn, the timely addressing of policy makers' requests to those organizations that conduct research and developments.

All this will make it possible to accelerate and improve the efficiency of reforms in the industry, transparency of decisions and the consistency of developed and implemented measures, timely response of the health care system to existing and future challenges to public health, which, ultimately, should ensure a reduction in preventable human losses, material and financial resources at all levels of the national health system and increase the likelihood of long-term public health success.

Keywords: *evidence-informed policy, knowledge translation platform, health system.*

<https://doi.org/10.32921/2225-9929-2021-3-43-13-18>
UDC 61:001.12/.18
IRSTI: 76.01.11

Review article

Rural Healthcare in Kazakhstan: Problems and Trends (Literature Review)

Assiya Turgambayeva ¹, Zhazira Imanova ², Ainagul Tulegenova ³

¹ Head of the Department of Public Health and Management, Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: tak1973@mail.ru

² Director of the Department for Improving Medical Care, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: imanova.best@mail.ru

³ PhD-student of the Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: ainagul2122@gmail.com

Abstract

Improving the welfare and quality of life of the population, ensuring fair and equal access to health services are priority areas of social policy in Kazakhstan. As modern domestic studies show, the quality of health of the rural population lags far behind the urban population and has a steady tendency towards deterioration.

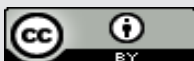
One of the leading factors affecting the health of rural residents is the low level of accessibility of primary healthcare. It should be noted that the availability of healthcare services is directly and to a greater extent related to the availability of medical organizations and their provision with qualified human resources. In Kazakhstan, an imbalance in the provision of personnel between urban and rural healthcare remains, and the availability of medicines for the rural population is much lower than for the urban population.

The purpose of this study was to conduct a literary review of domestic and foreign sources on the problem of rural healthcare in the Republic of Kazakhstan and abroad.

Key words: rural healthcare, the quality of life of the rural population, the availability of medical services, social justice.

Corresponding author: Ainagul Tulegenova, PhD-student of the Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan.
Postal code: Z10H8P3
Address: Kazakhstan, Nur-Sultan, Zhenis Ave., 72
Phone: +77785837974
E-mail: ainagul2122@gmail.com

J Health Dev 2021; 3 (43): 13-18
Received: 12-08-2021
Accepted: 15-09-2021



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

Relevance

The primary tasks of the social policy of the Republic of Kazakhstan are to consistently improve the level and quality of life of the population, to ensure universal availability of basic medical and social services.

Increasing the availability of medical care is especially important for the rural population living in remote and hard-to-reach areas. The issues of health protection of the rural population of the Republic of Kazakhstan are relevant both at the regional and at the national level.

The main goal of all levels of government is to improve the availability and quality of medical care for the rural population and residents of remote areas. Although

the rural population of the Republic of Kazakhstan makes up almost 42% of the total population of the country, or about 7697.4 million people, the problems of rural health care are still quite acute and priority directions in the state policy of the country. Given the share of the rural population, it is important to preserve rural health care, so the transformation here is aimed primarily at increasing accessibility [1,2].

The purpose of the study: to conduct a literary review of domestic and foreign sources on the problem of rural health care in the Republic of Kazakhstan and abroad.

The quality of life of the rural population

The issues of improving the well-being of the people and the quality of life of the population is one of the urgent directions and the most important tasks of state policy in the field of healthcare at this stage.

As modern domestic studies show, the quality of health of the rural population lags far behind the urban population and has a steady tendency towards deterioration. Low availability of medical care and a low level of living comfort in rural areas, underdeveloped infrastructure, difficult working conditions lead to a deterioration in the health status of rural residents [3,4].

The standard of living of the rural population in many countries is lower than that of the urban population, which correlates with low health indicators. According to a number of studies, about one billion people in the

world breathe polluted air, suffer from a shortage of clean drinking water, do not have a centralized sewage system, specially designated places for storage and disposal of household waste, etc. [5].

Numerous modern medical studies prove that good health is directly related to the standard of living, a sense of well-being, and an increase in social and economic status [6,7]. Factors that directly affect the state of human health are age, conditions, level and way of life, the presence and composition of the family, the number of children, the level of education, the availability of work, the level of well-being, housing conditions, a sense of security, the availability and quality of medical care.

Availability of Primary Healthcare

The availability of medical care is the most important problem in the organization of health care. Maintaining and strengthening the health of the population by increasing the availability and quality of medical care is more relevant for rural settlements than for urban ones. This can be explained both by the difficult living conditions of the villagers, the high level of unemployment, the outflow of specialists to cities, the underdevelopment of the road transport infrastructure, and the imperfection of the state social policy and the low quality of medical care in rural areas [8,9].

One of the leading factors affecting the poor health of rural residents is the low level of accessibility of primary healthcare (PHC). Universal coverage of the population by the PHC system provides better health indicators and higher social satisfaction with medical care at lower costs [10]. Many of the health problems can be solved by building a sustainable PHC system. In this regard, the process of improving and strengthening the PHC service, focused on the needs of the population, continues throughout the world [11-13].

According to the Declaration of Alma-Ata, ensuring adequate access to PHC services is vital for governments

and health authorities in most countries [15]. Good access increases the timely use of health services [16].

PHC, through its integral user-centeredness and its relationship with the community, is the gateway to other levels of care. Geographic access remains a key determinant of the use of health services when needed, so it is important that health planners minimize barriers to access to the provision of PHC services [17,18].

The village PHC network is more ramified with a variety of organizations created to ensure the availability of PHC, taking into account the geographic and demographic characteristics of the country: a large territory and an uneven population density. PHC for the rural population is provided in 10 PHC departments at district polyclinics, 134 units and organizations of PHC at central district hospitals, which include 3407 MPs, 868 FAPs, 17 independent and 1470 medical outpatient clinics at the Central District Hospital; 28 district and 2 rural polyclinics [19].

Provision of human resources

The provision of the rural population with qualified medical care is mainly influenced by several factors, these are the remoteness of medical organizations, the low quality and high cost of transport and medical services, and the depletion of human resources. A regularity was revealed: the better the provision of qualified specialists,

the higher the assessment of the quality of their work. Therefore, in order to attract young and highly qualified specialists to healthcare, it is necessary to create decent living conditions in the countryside [20,21].

In Kazakhstan, an imbalance remains in the provision of personnel between urban and rural

healthcare. According to the data reflected in the State Program for the Development of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, 83% of all doctors work in the city and only 17% in rural areas [22].

Despite the numerous incentive policies proposed by governments in many countries for some time, recruiting and retaining doctors in small, often isolated, rural communities remains a challenge [23-25].

Insufficient provision of rural areas with medical personnel in the Republic of Kazakhstan has always

existed, but in recent years, this problem has become one of the most important and significant in terms of importance. However, so far the personnel crisis associated with the shortage of medical specialists in rural areas has not been overcome in any way. The concentration of medical workers in large cities of the Republic of Kazakhstan continues to increase from year to year. In rural areas, compared to cities, there is a shortage of competent medical personnel [26,27].

Availability of medicines

It should be noted that the problems of ensuring and organizing drug accessibility to the population living in rural areas are in most countries solved by the state, depending on the current situation and the realities of socio-economic development. The World Health Organization has recognized drug provision and the provision of pharmaceutical services to the population in developing countries as unsatisfactory [28].

Despite the fact that in the Republic of Kazakhstan there are more than 9,000 facilities providing pharmaceutical services to the population, about 4,000 rural settlements do not have pharmacy facilities, and only 64% of them have organized the sale of medicines through medical and sanitary facilities [29]. The provision

of the rural population with medicines on market principles led to a restriction of the availability of the rural population due to the following reasons: remoteness of the territory, difficulties in delivery, and insolvency of the population.

The availability of medicines for the rural population was 30% lower than for the urban population. Therefore, the issues of the organization and quality of medical care for the rural population require further development and, first of all, the development of social programs for young specialists in order to make work in the countryside socially attractive [30].

Conclusion

Having analyzed numerous domestic and foreign sources, we can conclude that medical and social problems are especially pronounced in rural areas: these are high rates of morbidity and mortality, a low level of quality of life of the population. Modern rural settlements

of our country are experiencing a shortage of medical personnel, including narrow specialists, insufficient provision of medicines, the need to update the material and technical base of healthcare.

References

1. *Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2018 году. Статистический сборник. – Астана. – 2018. – 324 с.*
2. *Zdorov'e naseleniia Respubliki Kazakhstan i deiatel'nost' organizatsii zdravookhraneniia v 2018 godu (The health of the population of the Republic of Kazakhstan and the activities of healthcare organizations in 2018) [in Russian]. Statisticheskii sbornik. Astana. 2018. 324 s.*
3. *Каусова Г.К., Ембердиев А.У., Булешов М.А., Жаксыбергенов А.М., Акильжанова А.Р. К вопросу состояния здоровья сельского населения в Республике Казахстан (Обзор литературы). Электронный ресурс [Дата обращения: 18 апреля 2021]. Режим доступа: <http://repository.kaznmu.kz>.*
4. *Kausova G.K., Emberdiev A.U., Buleshov M.A., Zhaksybergenov A.M., Akil'zhanova A.R. K voprosu sostojaniia zdorov'ja sel'skogo naselenija v Respublike Kazahstan (Obzor literatury) (On the health status of the rural population in the Republic of Kazakhstan (Literature review)) [in Russian]. Jelektronnyj resurs [Data obrashhenija: 18 aprelya 2021]. Rezhim dostupa: <http://repository.kaznmu.kz>.*
5. *Grgi I., Žimbrek T., Tratnik M., Markovina J. et al. Quality of life in rural areas of Croatia: To stay or to leave? African Journal of Agricultural Research. 2010; 5(8): 653-660. <https://doi.org/10.5897/AJAR10.613>.*
6. *Кудрявцев А.А., Воробьев М.В. Особенности смертности сельского населения в республике Башкортостан // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – Т. 17. – №1. – С. 1-10.*
7. *Kudriavtsev A.A., Vorob'ev M.V. Osobennosti smertnosti sel'skogo naseleniia v respublike Bashkortostan (Features of mortality of the rural population in the Republic of Bashkortostan) [in Russian]. Sotsial'nye aspekty zdorov'ia naseleniia. 2011; 17(1): 1-10.*
8. *Булешов М.А., Каусова Г.К., Ембердиев А.У., Булешова А.М. и др. Рекомендации по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи населению крупных сельских административных районов на примере скорой и неотложной медицинской помощи // Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы хабаршысы. – 2013. – Т. 3. – №64. – С. 47-50.*
9. *Buleshov M.A., Kausova G.K., Emberdiev A.U., Buleshova A.M. i dr. Rekomendatsii po sovershenstvovaniuu pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi naseleniiu krupnykh sel'skikh administrativnykh raionov na primere skoroi i neotlozhnoi meditsinskoj pomoshchi (Recommendations for improving primary health care for the population of large rural administrative regions on the example of emergency and emergency medical care) [in Russian]. Ontustik Kazakstan memlekettik farmacevtika akademijasy habarshysy. 2013; 3(64): 47-50.*
10. *Фатхуллина Л.З. Роль социальной инфраструктуры села в повышении качества жизни населения (на материалах Республики Татарстан) [Текст]: автореферат дис. ...канд. соц. наук: Казань, 2010. – 19 с.*

Fathullina L.Z. Rol' social'noj infrastruktury sela v povyshenii kachestva zhizni naselenija (na materialah Respubliki Tatarstan) [Tekst] (The role of the social infrastructure of the village in improving the quality of life of the population (based on the materials of the Republic of Tatarstan)) [in Russian]: avtoreferat dis. ...kand. soc. nauk: Kazan', 2010: 19 s.

7. Абдрахманова А.О., Койков В.В., Хандиллаева Б.М. Проблемы здравоохранения и медицинского образования Республики Казахстан и пути их решения // *Clinical Medicine of Kazakhstan*. – 2015. – Т. 1. – №35. – С. 66-68.

Abdrakhmanova A.O., Koikov V.V., Khandillaeva B.M. Problemy zdravookhraneniia i meditsinskogo obrazovaniia Respubliki Kazakhstan i puti ikh resheniia (Problems of health care and medical education of the Republic of Kazakhstan and ways to solve them) [in Russian]. *Clinical Medicine of Kazakhstan*. 2015; 1(35): 66-68.

8. Каусова Г.К., Булешов М.А., Нуфтиева А.И., Ембердиев А.У. и др. К вопросу обращаемости и потребности в скорой и неотложной медицинской помощи в сельских районах ЮКО // *Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы хабаршысы*. – 2015. - №1 (70). - С. 54-57.

Kausova G.K., Buleshov M.A., Nuftieva A.I., Emberdiev A.U. i dr. K voprosu obrashhaemosti i potrebnosti v skoroi i neotlozhnoj medicinskoj pomoshhi v sel'skikh rajonah JuKO (On the issue of appealability and the need for emergency and emergency medical care in rural areas of the South Kazakhstan region) [in Russian]. *Ontustik Kazakstan memlekettik farmaceutika akademijasy habarshysy*. 2015; 1 (70): 54-57.

9. Global Forum for Health Research. World Health Organization. Website. [Cited 10 Aug 2021]. Available from URL: https://www.who.int/workforcealliance/members_partners/member_list/gfhr/en/.

10. Есимов Н.Б., Токмурзиева Г.Ж., Измаилова Н.Т. Роль первичной медико-санитарной помощи в развитии здравоохранения // *Вестник КазНМУ*. – Алматы. – 2017. – №4. – С. 317-320.

Esimov N.B., Tokmurzieva G.Zh., Izmailova N.T. Rol' pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi v razvitii zdravookhraneniia (The role of primary health care in health development) [in Russian]. *Vestnik KazNMU. Almaty*. 2017; 4: 317-320.

11. Всеобщий охват услугами здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения. Веб-сайт. [Дата обращения: 18 апреля 2021] Режим доступа: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

Vseobshchii okhvat uslugami zdravookhraneniia: Vsemirnaia organizatsiia zdravookhraneniia (Universal health coverage. World Health Organization). Veb-sait. [Data obrashcheniia: 18 apreliia 2021] Rezhim dostupa: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

12. Еругина М.В., Кром И.Л., Ермолаева О.В., Ковалев Е.П. и др. Современные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению // *Современные проблемы науки и образования*. – 2016. – №5. Электронный ресурс. [Дата обращения: 18 апреля 2021]. Режим доступа: <file:///C:/Users/HP/OneDrive/%D0%A0%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D1%87%D0%B8%D0%B9%20%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BB/25246.pdf>.

Erugina M.V., Krom I.L., Ermolaeva O.V., Kovalev E.P. i dr. Sovremennye problemy organizatsii meditsinskoi pomoshchi sel'skomu naseleniiu (Modern problems of organizing medical care for the rural population) [in Russian]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniia*. 2016; 5. Jelektronnyj resurs [Data obrashcheniia: 18 apreliia 2021]. Rezhim dostupa: <file:///C:/Users/HP/OneDrive/%D0%A0%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D1%87%D0%B8%D0%B9%20%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BB/25246.pdf>.

13. Касымова Г.П., Калиева Б.М., Совершенствование первичной медико-санитарной помощи населению, оказываемой врачом общей практики // *Вестник КазНМУ*. – Алматы. – 2017. – №4. – С. 363-365.

Kasymova G.P., Kalieva B.M., Sovershenstvovanie pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi naseleniiu, оказываемой врачом обшчей praktiki (Improving primary health care for the population provided by a general practitioner) [in Russian]. *Vestnik KazNMU. Almaty*. 2017; 4: 363-365.

14. Нурғалиева М.М. Доступность и качество медицинских услуг в Казахстане / Алматы: Исследовательский институт международного и регионального сотрудничества Казахстанско-немецкого университета. – 2016. – Т.116. – С. 60.

Nurgalieva M.M. Dostupnost' i kachestvo meditsinskikh uslug v Kazakhstane (Availability and quality of medical services in Kazakhstan) [in Russian]. *Almaty. Issledovatel'skii institut mezhdunarodnogo i regional'nogo sotrudnichestva Kazakhstansko-Nemetskogo universiteta*. 2016; 116: 60.

15. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. Всемирная организация здравоохранения. Веб-сайт. [Дата обращения: 25 апреля 2021] Режим доступа: https://www.who.int/whr/2008/08_overview_ru.pdf.

Doklad o sostoianii zdravookhraneniia v mire. Pervichnaia mediko-sanitarnaia pomoshch': segodnia aktual'nee, chem kogda-libo. Vsemirnaia organizatsiia zdravookhraneniia (World health report. Primary health care: more relevant today than ever. World Health Organization). Veb-sait. [Data obrashcheniia: 25 apreliia 2021] Rezhim dostupa: https://www.who.int/whr/2008/08_overview_ru.pdf.

16. Schuurman N., Berube M., Crooks V.A. Measuring potential spatial access to primary health care physicians using a modified gravity model. *Can Geogr*. 2010; 54(1): 29-45. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0064.2009.00301.x>.

17. Grail M.R., Humphreys J.S., Ward B. Accessing doctors at times of need—measuring the distance tolerance of rural residents for health-related travel. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15: 212. <http://dx.doi.org/10.1186/2Fs12913-015-0880-6>.

18. 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. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.04.001>.

19. Концепция модернизации первичной медико-санитарной помощи Республики Казахстан до 2030 года. Научно-медицинский информационный портал «Медицинская и фармацевтическая наука Казахстана», 2016. Веб-сайт. [Дата обращения: 25 апреля 2021] Режим доступа: http://medscience.kz/2016/06/02/2015_rchd_phc/.

Kontsepsiia modernizatsii pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi Respubliki Kazakhstan do 2030 goda. (The concept of modernization of primary health care in the Republic of Kazakhstan until 2030) [in Russian]. *Nauchno-*

medicinskij informacionnyj portal «Medicinskaja i farmacevтиcheskaja nauka Kazahstana», 2016. Veb-sait. [Data obrashcheniia: 25 aprelia 2021] Rezhim dostupa: http://medscience.kz/2016/06/02/2015_rchd_phc/.

20. Wakerman J., Humphreys J.S. Sustainable workforce and sustainable health systems for rural and remote Australia. *MJA Open*. 2012; 1 (Suppl.3): 14-17. <https://doi.org/10.5694/mja11.11639>.

21. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы: разработана на основе Постановления Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года № 982. Утратило силу постановлением Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года, № 725.

Gosudarstvennaia programma razvitiia zdavookhraneniia Respubliki Kazahstan na 2020-2025 gody (State program for the development of health care of the Republic of Kazakhstan for 2020 - 2025) [in Russian]: razrabotana na osnove Postanovleniia Pravitel'stva Respubliki Kazahstan ot 26 dekabria 2019 goda № 982. Utratililo silu postanovleniem Pravitel'stva Respubliki Kazahstan ot 12 oktiabria 2021 goda, № 725.

22. Buykx P., Humphreys J.S., Wakerman J., Pashen D. A systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: Towards evidence-based policy. *Aust J Rural Health*. 2010; 18(3): 102-109. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2010.01139.x>.

23. Increasing access to health workers in remote and rural locations through improved retention: Global policy recommendations. World Health Organization. Website. [Cited 25 Feb 2021]. Available from URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44369>.

24. Scott A., Witt J., Humphreys J.S., Joyce C. et al. Getting doctors into the bush: General Practitioners' preferences for rural location. *Soc Sci Med*. 2013; 96(1): 33-44. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.002>.

25. Панов М.М. Трудовые ресурсы сельских территорий: состояние и проблемы // Вопросы территориального развития. – 2014. – №5 (15). – С. 1-11.

Panov M.M. Trudovye resursy sel'skikh territorii: sostoianie i problemy (Labor resources of rural areas: state and problems) [in Russian]. *Voprosy territorial'nogo razvitiia*. 2014; 5(15): 1-11.

26. Ющук С.А. Совершенствование системы привлечения медицинских кадров в сельскую местность в Республике Казахстан // Молодежь и наука: взгляды и решения - материалы республиканской научно-практической конференции 11 апреля 2014 г.; КГМУ. – 2014. – С. 204.

Iushchuk S.A., Sovershenstvovanie sistemy privlecheniia meditsinskikh kadrov v sel'skuiu mestnost' v Respublike Kazahstan (Improving the system of attracting medical personnel to rural areas in the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. *Molodezh' i nauka: vzgliady i resheniia - materialy respublikanskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii 11 aprelia 2014 g. KGMU.*; 2014; 204.

27. Анамбаева А.И. Состояние сети организаций здравоохранения и кадров в Республики Казахстан и их структура в современных условиях (2010-2012 гг.) // Вестник КазНМУ. – Алматы. – 2014. – Т. 3. – №1. – С.25-27.

Anambaeva A.I. Sostoianie seti organizatsii zdavookhraneniia i kadrov v Respubliki Kazahstan i ikh struktura v sovremennykh usloviakh (2010-2012gg.) (The state of the network of healthcare organizations and personnel in the Republic of Kazakhstan and their structure in modern conditions (2010-2012)) [in Russian]. *Vestnik KazNMU. Almaty*. 2014; 3(1): 25-27.

28. Батралиева А.К. Анализ доступности лекарственных средств сельскому населению в Карагандинской области // Медицина и экология. – 2011. - №3. - С. 83-85.

Batralieva A.K. Analiz dostupnosti lekarstvennykh sredstv sel'skomu naseleniiu v Karagandinskoj oblasti (Analysis of the availability of medicines to the rural population in the Karaganda region) [in Russian]. *Meditsina i ekologiya*. 2011; 3: 83-85.

29. Утегенова Г.И. О повышении качества и доступности фармацевтической помощи сельскому населению в Республике Казахстан // Медицина. – 2014. – №1. – С. 2-3.

Utegenova G.I. O povyshenii kachestva i dostupnosti farmatsevticheskoi pomoshchi sel'skomu naseleniiu v Respublike Kazahstan (On improving the quality and availability of pharmaceutical care for the rural population in the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. *Meditsina*. 2014; 1: 2-3.

30. Alfaqeeh G., Cook E.J., Randhawa G., Ali N. Access and utilisation of primary health care services comparing urban and rural areas of Riyadh Providence, Kingdom of Saudi Arabia. *BMC health services research*, 2017; 17(1): 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-1983-z>.

Қазақстандағы ауылдық жерлердегі денсаулық сақтау саласының мәселелері мен тенденциялары (Әдеби шолу)

Тұрғамбаева А.Қ.¹, Иманова Ж.А.², Төлегенова А.М.³

¹ Қоғамдық денсаулық және менеджмент кафедрасының меңгерушісі, Астана медициналық университеті, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: tak1973@mail.ru

² Медициналық көмекті жетілдіру департаментінің директоры, Салидат Қайырбекова атындағы ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: imanova.best@mail.ru

³ Астана медициналық университетінің PhD-докторанты, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: ainagul2122@gmail.com

Түйіндіме

Халықтың әл-ауқаты мен өмір сүру сапасын жақсарту, медициналық қызметтерге әділ және тең қолжетімділікті қамтамасыз ету - Қазақстанның әлеуметтік саясатының басым бағыттарының бірі. Қазіргі заманғы көптеген зерттеулер көрсеткендей, ауыл тұрғындарының денсаулығының сапасы қала тұрғындарынан едәуір артта қалып, нашарлау үрдісіне ие.

Ауыл тұрғындарының денсаулығына әсер ететін жетекші факторлардың бірі – алғашқы медициналық-санитарлық көмектің қолжетімділігінің төмен деңгейі. Айта кету керек, денсаулық сақтау қызметтерінің қолжетімділігі тікелей және көбірек дәрежеде медициналық ұйымдардың қолжетімділігіне және олардың білікті кадрлік ресурстарымен қамтамасыз етілуіне байланысты. Қазақстанда қала мен ауылдың денсаулық сақтау саласы арасында кадрлармен қамтамасыз етудегі теңгерімсіздік сақталуда, ауыл тұрғындарының дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етілуі қала тұрғындарына қарағанда әлдеқайда төмен.

Бұл зерттеудің мақсаты - Қазақстан Республикасындағы және шетелдегі ауылдық денсаулық сақтау мәселесі бойынша отандық және шетелдік дереккөздерге әдеби шолу жасау болды.

Түйін сөздер: ауылдық денсаулық сақтау, ауыл тұрғындарының өмір сапасы, медициналық қызметтердің қол жетімділігі, әлеуметтік әділеттілік.

Сельское здравоохранение Казахстана: проблемы и тенденции (Обзор литературы)

Турғамбаева А.К.¹, Иманова Ж.А.², Тулегенова А.М.³

¹ Заведующая кафедрой Общественного здоровья и менеджмента, Медицинский университет Астана, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: tak@mail.ru

² Директор Департамента совершенствования медицинской помощи, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каурбековой, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: imanova.best@mail.ru.

³ PhD-докторант Медицинского университета Астана, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: ainagul2122@gmail.com

Резюме

Повышение благосостояния и качества жизни населения, обеспечение справедливым и равным доступом к услугам здравоохранения являются приоритетными направлениями социальной политики Казахстана. Как показывают современные отечественные исследования, качество здоровья сельского населения сильно отстает от городского и отличается устойчивой тенденцией к ухудшению.

Одним из ведущих факторов, влияющих на уровень здоровья сельских жителей, является низкий уровень доступности первичной медико-санитарной помощи. Следует отметить, что доступность услуг здравоохранения в большей степени связана с наличием медицинских организаций и их обеспеченностью квалифицированными кадровыми ресурсами.

В Казахстане сохраняется дисбаланс в обеспечении кадрами между городским и сельским здравоохранением, а доступность лекарственных средств сельскому населению намного ниже, чем городскому. Целью данного исследования был анализ отечественных и зарубежных литературных источников по проблеме сельского здравоохранения.

Ключевые слова: сельское здравоохранение, качество жизни сельского населения, доступность медицинских услуг, социальная справедливость.

<https://doi.org/10.32921/2225-9929-2021-3-43-19-25>

ӘОЖ: 615.2.03; 614; 614.2

FTAXP: 76.31.29; 76.25.25

Шолу мақала

Глаукомамен күресу: мәселенің әлемдегі және Қазақстандағы жағдайы

Маханова С.Ш. ¹, Секенова Р.Қ. ²

¹ Балқаш қаласының №2 емханасының дәрігер офтальмологы, Астана медициналық университетінің Қоғамдық денсаулық және менеджмент кафедрасының магистранты, Балқаш, Қазақстан, E-mail: s.makhanova@inbox.ru

² Қоғамдық денсаулық және менеджмент кафедрасының доценті, Астана медициналық университеті, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: Traushank@mail.ru

Түйіндеме

Глаукоманың әлеуметтік, экономикалық маңыздылығы өмір сүру ұзақтығының жоғарылауына байланысты егде жастағы науқастардың үлес салмағының артуына байланысты деуге болады. Сонымен қатар, аурудың маңыздылығы оның кең таралуымен, ауырғандардың жалтарусыз және қайтарымсыз соқырлыққа ұшырауымен және аурудың диагностикасының, емдеуінің және диспансеризациясының тым қымбат болуымен анықталады. Глаукомамен ауырған науқастардың өмір сүру сапасының төмендігі толық соқырлықпен аяқталуына әкеліп соғуы мүмкін аталмыш аурудың қоғамдық және экономикалық күрделі мәселе болып табылады.

Түйін сөздер: глаукома, глаукоманың әлеуметтік маңыздылығы, глаукоманың экономикалық маңыздылығы, глаукомамен күресу.

Corresponding author: Saltanat Makhanova, Ophthalmologist of the city polyclinic No.2, Undergraduate student of the Department of Public Health and Management, Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan.

Postal code: Z10K8Y7

Address: Kazakhstan, Nur-Sultan city, Nur-Sultan, Beibitshilik str., 49 a

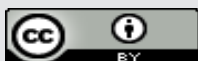
Phone: +7 705 537 66 10

Email: s.makhanova@inbox.ru

J Health Dev 2021; 3 (43): 19-25

Received: 12-07-2021

Accepted: 06-08-2021



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

Кіріспе

Көз аурулары арасында қайтарымсыз соқырлықтың себептері арасында созылмалы инфекциялық емес аурулар да басым. Глаукома – көздің инфекциялық емес ауруларының ішіндегі меншікті салмағы бойынша алдыңғы қатарды бастап тұрған түрі [1].

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) мәліметтері бойынша катаракта, трахома және глаукома тәрізді аурулар дүниежүзі бойынша соқырлықтың 70%-дан артығына себепші болады. Глаукома дүниежүзі бойынша 5,2 млн. адамның соқыр болуына себепші болған, бұл әлемдегі соқырлықтың 13,5% құрайды және көру бойынша мүгедектіктің маңызды себептерінің бірі болып қарастырылады [1,2].

Глаукомаға қатысты медициналық-элеуметтік талдаулар нәтижелері айтарлықтай дәрежеде науқастардың өмір сүру сапасының өзіндік көрсеткіштерін ескеріп қана қоймай, бірқатар медициналық-экономикалық сипаттағы көрсеткіштерді бағалауға мүмкіндік береді. Олар негізінен глаукомаға қарсы емнің экономикалық тиімділігін бағалау олардың науқастың өмір сүру сапасына байланысты анықталуын көрсетеді [3,4].

Глаукоманың ең кең тараған екі түрлері -

Глаукома: мәселенің әлемдегі жағдайы

XX ғасырдың соңындағы және XXI басындағы дамыған және дамушы елдердегі жіті инфекциялық ауруларды емдеу саласындағы медицина ғылымының жетістіктеріне байланысты денсаулық сақтау ісі үшін қайтарымсыз созылмалы патологиялар мәселесі басым маңызды болуда. Бұған неғұрлым айқын мысал – көптеген дамыған елдерде өлім-жітім себептері ішінде үлес салмағы бойынша бірінші орынды жүрек-тамыр жүйесінің инфекциялық емес ауруларының алуы [1]. Мұндай жағдай офтальмология тәрізді медицина саласында да қалыптасқан. Көз аурулары арасында қайтарымсыз соқырлықтың бірқатар себептері ретінде созылмалы инфекциялық емес ауруларының алуы және үлес салмағы бойынша бірінші орында – глаукоманың болуы басым байқалады.

Ресейде глаукомадан 1 млн. астам адам зардап шегеді. Глаукома ауруы бойынша уақытылы диагноз қойылмағандар 50-ден 87%-ға дейін жетеді. Соңғы 10 жыл ішінде Ресейде глаукома салдарынан болған соқырлық деңгейі 3 есеге дейін өскен. Қала мен ауыл тұрғындары арасында сырқаттанушылық деңгейінде айтарлықтай айырмашылықтар бар, бұған себеп медициналық ұйымдарды офтальмологтармен қамтамасыз ету деңгейінің төмендігі, стационарларда төсек сыйымдылығының төмендеуі және осы науқастарға медициналық көмекті ұйымдастырудың деңгейінің төмендігі болып саналады [4].

Америка Құрама Штаттарының аурулардың алдын алу жөніндегі жұмыс тобы глаукома скринингінің алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету кезінде пайдасы мен зиянын бағалау үшін мәліметтер жеткіліксіз деген қорытынды жасады. Американдық офтальмология академиясы науқастардың жасына және қауіп-қатер факторларына байланысты ересектерге жүйелі түрде тексерулер жүргізуге кеңес береді [6].

бастапқы ашық бұрышты глаукома және бастапқы жабық бұрышты глаукома. Аурудың осы формалары 2 млн. астам американдықта анықталған және олардың таралуы көбеюде [4-7]. Көптеген науқастарда глаукома симптомсыз түрде болады, сол себепті науқастар өздерін ауру санамайды. Бастапқы ашық бұрышты глаукоманың қауіпті факторларына қарттық, қара нәсіл, испандық шығу тегі, тұқымқуалаушылық және қант диабеті жатады. Жабық бұрышты глаукоманың қауіп факторларына қарттық, азиаттық шығу тегі және әйел жынысы жатады. Аурудың кең таралу себебі, яғни, науқастардың дәрігердің кеңесіне кеш жүгінуі және емдеу қағидаларын ұстанбауы соқырлыққа әкеліп соқтырады [5,9].

Глаукоманың элеуметтік, экономикалық маңыздылығы аурудың кең таралуымен, ауырғандардың жалтарусыз және қайтарымсыз соқырлыққа ұшырауымен және аурудың диагностикасының, емдеуінің және диспансеризациясының жоғары қымбаттылығымен анықталады.

Бұл шолудың мақсаты - глаукомамен күресудің мәселенің әлемдік және Қазақстандық тәжірибесін саралау.

Еуропада глаукоманың таралуы 40 пен 80 жас аралығындағы адамдар арасында 2,93% құрайды. Аурудың таралуы тұрғындардың жасы ұлғайған сайын артып, 90 жастан асқан адамдарда 10% құрайды [8]. Бастапқы ашық бұрышты глаукома - батыс әлемінде глаукоманың ең көп таралған түрі. Бастапқы ашық бұрышты глаукомамен ауыратын еуропалық науқастардың кейбірінде генетикалық мутациялар анықталғанымен, науқастардың көпшілігінде этиологиясы әлі белгісіз [6-9].

Диагностикаланбаған глаукоманың жоғары қарқынын ескере отырып, Австралия халқының қартаюымен қатар, глаукоманың өсіп келе жатқан ауыртпалығын жеңу үшін жағдайды анықтау және көру қабілеті төмен науқастарға оңалту қызметтеріне қол жетімділік қажет. Глаукоманың ел бойынша таралуы 1,4% құрайтындығын көрсетеді, ал 70 жастан асқандар арасында – 8,0% құрайды [11,12]. Жалпы алғанда, 2004-2018 жылдар аралығында сырқаттың таралуы тұрақты сипатта болды. Тіршілік ету барысында сырқаттың таралуы еркектерде – 9,0%, әйелдерде – 10,2% құрады. Ел аумағы бойынша бір жылғы сырқаттанушылық 10 000 адамға шаққанда барлық тұрғындар үшін 17,0 құраған, ал сырқаттың таралуы шыңы 80-89 жас аралығындағы топта анықталып, 10 000 адамға шаққанда 93,8 құраған. Бұдан шығатын қорытынды аталған жылдары аралығында ел көлемінде глаукома сырқатының дамуы тұрақты болғандығын көрсетеді [11].

Австралия ғалымдарының бағалауы бойынша 50 жасқа дейінгі және одан жоғары 198 923 тұрғылықты емес австралиялық және 40 жастағы және одан жоғары 2139 тұрғылықты тұрғыны глаукома сырқатымен ауырады. Австралия тұрғындарының айтарлықтай қартаюына байланысты және диагностикаланбаған глаукоманың деңгейі жоғары болғандықтан, бұл сырқатты дер кезінде

анықтау қажеттілігі туындайды. Сонымен қатар, нашар көретіндерді оңалту мәселесі өзекті болып тұр [12]. Австралия ғалымдарының мәліметінше, 2018 жылы 5,3 млн. тұрғын арасынан глаукомаға қарсы көз тамшыларын қабылдайтын 75733 науқас анықталған.

Қытайда бастапқы ашық бұрышты глаукомадан туындаған соқырлық деңгейі жоғары. Аурудың алдын алу және емдеу жүйесі тиімді және насихаттауға лайық. Қытайдың ауылдық жерлерінде соқырлыққа екелетін аурудың деңгейі жоғары екендігі және оған тұрғындардың глаукома туралы хабардарлығының төмендігі әсер еткені анықталған [13,14].

Эфиопияның оңтүстік-батыс аудандары тұрғындары арасында жүргізілген скрининг бағдарлама нәтижелеріне сәйкес, глаукома сырқатының үлесі 10,24% құрайды. Оның ішінде бастапқы ашық бұрышты глаукома неғұрлым таралған түрі болып саналады [15].

Ғалымдардың арнайы ғылыми зерттеу жұмыстарының нәтижесінде, 2015 жыл бойынша Оңтүстік Азияда дүниежүзі бойынша соқырлардың үштен бірі өмір сүрген, жалпы алғанда 1990 жылдан 2015 жылға дейінгі аралықта соқырлық пен бастапқы ашық бұрышты глаукома таралуы жасына байланысты стандарттағанда айтарлықтай төмендеген [16].

1990-2020 жылдар аралығында көрудің нашарлауы және соқырлық себептерін дүниежүзі бойынша жаһандық зерттеудің нәтижелері қызығушылық тудырады [17]. Бұл еңбекте 98 мемлекет ұсынған мәліметтер бар, олардың ішінде 288 зерттеу жұмыстары және 3 983 541 қатысушы бар. 2015 жылы әлем тұрғындары арасында көрудің орташа немесе ауыр дәрежелі бұзылулары 216,6 млн адамда анықталған, олардың негізгі себептері:

- рефракцияның түзетілмеген аномалиялары – 7,4 млн.;

- катаракта – 52,6 млн.;

- сары түйіннің жастық дегенерациясы – 8,4 млн.;

- глаукома – 4,0 млн.;

- диабеттік ретинопатия – 2,6 млн.

2015 жылы дүниежүзі тұрғындары арасында 36,0 млн. адам соқырлық дертіне ұшыраған [17], оның басты себептері:

- рефракцияның түзетілмеген аномалиялары – 116,3 млн.;

- катаракта – 12,6 млн.;

- глаукома – 2,9 млн.

Қорытындылай келгенде, көрудің бұзылуының жалпы себептерінен зардап шеккен адамдар саны тұрғындардың жасының ұлғаюына және қартаюына байланысты артатындығы белгілі болды. Катаракта (хирургиялық араласуларда қайтарымды) және рефракция аномалиясы (көзілдірікті коррекцияларда қайтарымды) себепті болатын көрудің қайтарымды бұзылуы негізінен көптеген жағдайда соқырлықтың және 50 жасқа дейінгі және одан үлкен жастағы адамдар үшін орташа жеңілдік немесе ауыр дәрежедегі көру бұзылуларының басты себебі болып табылады. Соқырлық мәселесін шешу үшін және үздіксіз өсіп бара жатқан науқастар санын тежеу мақсатында офтальмологиялық көмек көрсетуді масштабты түрде кеңейту қажет [17,18].

Көру нервісінің прогрессивті нейрогенерациясы және көзторшасының ганглиозды жасушаларын жоғалтуы глаукоманың айырмашылықты белгісі болып саналады. Оның ішінде батыс елдерінде бастапқы ашық бұрышты глаукома глаукоманың неғұрлым жиі кездесетін формасы екені анықталған [19].

Глаукомамен күресудің Қазақстандағы жағдайы

Еліміздегі әлеуметтік саясаттың негізгі элементтерінің бірі мемлекеттік басқарудың барлық деңгейінде Қазақстан Республикасы азаматтарының денсаулығын сақтау және нығайту, олардың күтілетін өмір сүру ұзақтығын арттыру және медициналық көмек көрсету сапасын жетілдіру болып табылады [20].

Қазақстан Республикасының Президенті өзінің жыл сайынғы жолдауында денсаулық сақтау саласын дамыту бағдарламаларына айрықша көңіл бөледі. Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2019 жылғы 26 желтоқсандағы №982 қаулысымен бекітілген Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2020-2025 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламаларында аурудың алдын алу мәселесіне аса мән берілген [20].

Қазіргі таңда елімізде аурудың алдын алу мақсатында скрининг жүргізіліп жатыр. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2012 жылғы 28 ақпандағы №120 бұйрығымен бекітілген «Офтальмологиялық көмек көрсететін ұйымдар туралы Ережеде» медициналық тармақтардың

тонометрия кабинеттерін глаукома скринингі бойынша қызметін ұйымдастыру және мониторингі, қызметкерлер жіберген науқастардың глаукома диагнозын нақтылау, кез келген медициналық көмек үшін емханаға жүгінген 40 жастан асқан адамдарға көз іші қан қысымын өлшеуді және скрининг-тест бойынша сұрақ жүргізу, глаукомаға күдікті адамдарды офтальмолог-дәрігерге жолдауды жүзеге асыру нақты айтылған [21].

2011 жылдың сәуір айында Қазақстанда «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы аясындағы скринингтің нәтижесінде 24 750 науқаста глаукома анықталды. «Саламатты Қазақстан» Мемлекеттік бағдарламасы шеңберінде глаукома скринингінің тиімділігі орта есеппен 0,26% құрады [22].

Скринингті енгізу глаукоманың анықталу деңгейін 68% арттыруға мүмкіндік берді. Статистикалық мәліметтерді талдау диспансерлік бақылау жұмысын күшейту қажеттілігін анықтады [23-25].

Глаукома: әлеуметтік және экономикалық маңыздылығы

Глаукоманың әлеуметтік маңыздылығы оның кең және жан-жақты тұрғылықты таралуымен, барлық жастағы адамдардың зақымдануымен,

ауырғандардың жалтарусыз және қайтарымсыз соқырлыққа ұшырауымен (ол күнге дейін жете алса) және аурудың диагностикасының, емдеуінің және

диспансеризациясының жоғары қымбаттылығымен анықталады [4].

Глаукоманың науқастың өмір сүру сапасына әсерін зерделеу барысында адамның мүмкін болар аурудың алдын алу бойынша іс-әрекеттеріне тоқталатын болсақ, олар мыналар [26-27]:

- дене жүктемелерін шектеу. Егер науқас спортпен шұғылданатын болса, күшенуге мүлдем болмайды, қанағаттанарлық деңгейде айналысу шарт;

- эмоцияны тежеу маңызды, әсіресе, жағымсыз эмоцияны – стресс, депрессия және басқалары;

- аурудың пайда болуы қаупі бар науқастар басын ұзақ уақытқа төмен салуға болмайды. Кәсіби еңбекке байланысты бұл мәжбүрлік болса, онда арасында үзілістер болуы керек;

- зиянды әрекеттерден аулақ болуы керек, әсіресе темекі шегуден. Никотин организмге жағымсыз әсер етеді, әсіресе оттегіні қанда тасымалдау тұрғысынан;

- бас пен мойынды қанмен қамтамасыз етуге кедергі келтіретін тар, ыңғайсыз киімдерді пайдаланбау;

- дербес компьютерлермен жұмыс істегенде және теледидар алдында ұзақ отыруға тыйым салынады, сағат сайын міндетті түрде 15-20 минут үзіліс алған дұрыс;

- дұрыс тамақтанудың маңызы зор, сырқаттың алдын алу мақсатында ас рационында балық, көкөністер мен жемістер болғаны тиімді;

- алғашқы белгілері байқалған науқастарда, әсіресе егде жастағы науқастарға сұйықтық көлемін шектеген дұрыс, ол тәулігіне 2 литрден аспағаны дұрыс, қан тамырларына артық жүктеме түспес үшін;

- тағам мәзірінде кофеинді шектеу қажет, өйткені ол көз ішілік қысымды жоғарылатады да көздің саулығына әсерін тигізеді;

- дұрыс және толық тынығу маңызды, әсіресе ұйқы тыныш болуы керек. Жастықтың жоғары болғаны пайдалы;

- бөлме-жайдағы жарықтандыру ұтымды болуы тиіс. Жарқырау және қатты жарық көзге зақымдаушы әсер етеді.

Жоғарыда айтылған ұсыныс-тілектер қарапайым болғанымен көп жағдайда орындалмай жатады. Бұл өз кезегінде глаукома сияқты сырқаттардың пайда болуына ұрындырады, содан барып науқастың өмір сүру сапасына тікелей кері әсерін тигізеді.

Глаукомамен ауырған науқастардың өмір сүру сапасын зерттеудің маңыздылығы қазіргі кездегі денсаулықты сақтау және нығайту жүйесінің көптеген әлеуметтік қызметтерді өзіне алуымен де түсіндіріледі. Бұл адамның жалпы дүниетанымадағы қажеттіліктеріне сәйкес медициналық-әлеуметтік құбылыстардың әдістемесі біртіндеп қалыптасатын салауатты өмір салтының түзілуі сұрақтарында және әлеуметтік идеологияны жүргізуде ядро міндетін атқаруы үшін қажет. Сонымен қатар, интеллектуалды және физикалық белсенділігін, өзін сезінуін, жайлылықты іштей сезіне алуын шектейтін немесе ширататын қоғам өкілдерінің өз мақсаттарында қандай да бір жетістікке жетуі денсаулыққа және медицинаның дамуында кері әсерлі тенденциялардың алдын алуда әсер ететіндігін ескеруіміз қажет [20].

Ресей Федерациясында глаукома нашар

көрудің неғұрлым жиі кездесетін түрлерінің бірі және ықтимал өсуге бейім. Мысалы, 1991 жылы Ресей Федерациясында глаукомамен сырқаттанушылық 1000 тұрғынға шаққанда 1,7 құрап, глаукомадан мүгедектік екінші орында болса, қазіргі таңда 1000 тұрғынға шаққанда 4,7 құрап глаукомадан мүгедектік жалпы мүгедектік бойынша бірінші орынға шыққан [5].

Келтірілген фактілер глаукоманың әлеуметтік маңыздылығын тағы да айқындайды. Мұндай қалыптасқан жағдай мәселені жан-жақты, әсересе «науқастың көзімен» зерттеуді қажет етеді [25]. Глаукоманы емдеудің неғұрлым жоғары экономикалық тиімділігі субъективті маңыздылығы тұрғысынан салыстыруға болатын басқа да аурулармен ауыратын науқастарға қарағанда өмір сүру сапасы жағынан салыстырмалы түрде анықталады [22].

Глаукоманы емдеу неғұрлым ерте басталса, тиімділік соғұрлым жоғары болады және науқастардың өмір сүру сапасының жоғары деңгейін ұзақ мерзімді уақытқа ұстап тұрады. Экономикалық тиімділік глаукоманы лазерлі әдістермен емдегенде байқалады. Оталы хирургия, әсіресе тесіп өтпейтін түрлері жоғары экономикалық тиімділік көрсетеді. Фармакопрепараттармен емдеудің экономикалық тиімділік дәрежесі глаукоманың типіне және аурудың сатысына байланысты болады [4].

Кейбір авторлардың [26,27] пікірінше аурудың III және IV сатысында глаукомамен ауыратын науқастарда бақылау тобымен салыстырғанда өмір сүру сапасы төмен деңгейде анықталған. Глаукоманы консервативті емдеудің науқастардың өмір сүру сапасын субъективті бағалауына айтарлықтай негативті әсер ететіндігі статистикалық тұрғыда дәлелденген. Бұл консервативті емдеудің науқастардың өмір сүру сапасына антиглаукомалық препараттарды тұрақты түрде қабылдаумен байланысты қолайсыздықтар мен осы топтардағы препараттарда неғұрлым айқын байқалатын қосымша жағымсыз әсерлердің болуы едәуір үлес қосатынын куәландырады. Науқастардың өмір сүру сапасының неғұрлым жоғары көрсеткіштері лазерлі емдеу алатын науқастарда байқалады. Емдеудің дәл осы түрін науқастардың өмір сүру сапасын сақтау тұрғысынан неғұрлым таңдаулы әдіс деп тұжырымдауға болады.

Сонымен, глаукоманың әлеуметтік маңыздылығы оның кең және жан-жақты тұрғылықты таралуымен, барлық жастағы адамдардың зақымдануымен, ауырғандардың жалтарусыз және қайтарымсыз соқырлыққа ұшырауымен (ол күнге дейін жете алса) және аурудың диагностикасының, емдеуінің және диспансеризациясының жоғары қымбаттылығымен анықталады [2-6].

Глаукоманың экономикалық маңыздылығы қаржылық тұрғыдан аса салмақты болуында және бұл ауыртпалық мемлекет есебінен де, науқастардың өз есебінен де бірдей салмақта болады. Сондықтан, глаукомамен ауырған науқастардың өмір сүру сапасын зерттеудің маңыздылығы тікелей және қосалқы шығындардың көлемі өте ауқымды болуымен байланысты, мұндай шығындарға:

- глаукоманы медикаментозды (амбулаториялық) емдеу;
- диспансерлік бақылау; дәрігерлік бақылау;
- стационарлық емдеу;
- лазерлі емдеу;
- хирургиялық емдеу;

-науқас парағын төлеу, мүгедектік бойынша зейнетақы;

-глаукома бойынша мүгедектердің еңбектік реабилитациясы;

-глаукома бойынша мүгедектерге үй жағдайында күтім жасайтын адамдарға жәрдемақы;

-пайдаланатын көлік түрлеріне кеткен шығындар және басқа да қосалқы шығындар жатады.

Дегенмен де глаукомамен ауырған науқастардың емдеуіне және оңалтуына жұмсалатын шығындардан бөлек, оларда өмір сүру сапасының төмендеуі, депрессия, оның ішінде мұндай науқастарда соқыр болып қалу қорқынышы өлім қорқынышынан едәуір жоғары болатындығы сияқты моральдық және психикалық мәселелердің зор болуын да естен шығармау қажет.

Қорытынды

Сонымен, әлем елдері үшін де, Қазақстан үшін де глаукома науқастардың ерте жұмысқа қабілеттілігінің төмендеуі немесе жоғалуына алып келетін әлеуметтік және экономикалық маңызды жоғары мәселе екені анық. Тұрғындардың орташа өмір сүру жасының ұзаруына байланысты егде жастағы науқастардың үлес салмағының артуы

мәселенің өзектілігін артуда. Аурудың әлеуметтік-экономикалық маңыздылығы глаукомамен аурушандықтың жоғарылауымен, науқастардың қайтарымызсыз соқырлыққа ұшырауымен сонымен қатар, аурудың диагностикасының, емдеуінің және диспансеризациясының қымбаттылығымен анықталады.

Әдебиет

1. World Health Organization (WHO). World Report on Vision [8 October 2019]. Geneva: WHO; 2019 [cited 12 Apr 2021]. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-vision>.
2. Guedes R.A.P. Glaucoma, collective health and social impact. *Rev Bras Oftalmol.* 2021; 80 (1): 5-7. <https://doi.org/10.5935/0034-7280.2021000>.
3. Pizzarello L., Abiose A., Ffytche T., Duerksen R., et al. VISION 2020: The Right to Sight: a global initiative to eliminate avoidable blindness. *Arch Ophthalmol.* 2004;122(4): 615-620. <https://doi.org/10.1001/archophth.122.4.615>.
4. Varma R., Lee P.P., Goldberg I., Kotak S. An assessment of the health and economic burdens of glaucoma. *Am J Ophthalmol.* 2011; 152(4): 515-522. <https://doi.org/10.1016/j.ajo.2011.06.004>.
5. Киселева О.А., Робустова О.В., Бессмертный А.М., Захарова Е.К., Авдеев Р.В. Распространенность первичной глаукомы у представителей разных рас и этнических групп в России и странах СНГ // *Офтальмология.* – 2014. – Т.10. – №4. – С. 11-15.
6. Kiseleva O.A., Robustova O.V., Bessmertnyy A.M., Zaharova E.K., Avdeev R.V. Rasprostranennost' pervichnoy glaukomy u predstaviteley raznyh ras i jetnicheskikh grupp v Rossii i stranah SNG (Prevalence of primary glaucoma in representatives of different races and ethnic groups in Russia and the CIS countries) [in Russian]. *Oftal'mologiya.* – 2014; 10(4): 11-15.
7. Clark L., Taubman S., Stahlman S. Update: Incidence of Glaucoma Diagnoses, Active Component, US Armed Forces, 2013-2017. *MSMR,* 2019; 26(2):15-19. PMID: 30807198.
8. Guedes R.A., Guedes V.M., Gomes C.E., Chaoubah A. Maximizing cost-effectiveness by adjusting treatment strategy according to glaucoma severity. *Medicine (Baltimore).* 2016; 95(52): e5745. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005745>.
9. Tham Y.C., Li X., Wong T.Y., Quigley H.A., Aung T., Cheng C.Y. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology.* 2014; 121(11): 2081-2090. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2014.05.013>.
10. Stein J.D., Kim D.S., Niziol L.M., Talwar N., et al. Differences in rates of glaucoma among Asian Americans and other racial groups, and among various Asian ethnic groups. *Ophthalmology,* 2011;118(6):1031-1037. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.ophtha.2010.10.024>.
11. Lee W.S., Parsons S., Cugley D., Rogers S., et al. Increased incidence of glaucoma medication usage in middle-aged Australian males taking antiretroviral medication – a population-based study. *Journal of ophthalmic inflammation and infection,* 2020; 10(1): 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12348-020-00218-y>.
12. Real J.P., Lafuente M.C., Palma S.D., Tártara L.I. Direct costs of glaucoma: Relationship between cost and severity of the disease. *Chronic illness,* 2020; 16(4): 266-274. <https://doi.org/10.1177/1742395318803660>.
13. Knight L.S., Ruddle J.B., Taranath D.A., Goldberg I., et al. Childhood and Early Onset Glaucoma Classification and Genetic Profile in a Large Australasian Disease Registry. *Ophthalmology.* 2021; D-21-00089. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2021.04.016>.
14. Pan C.W., Yang W.Y., Hu D.N., Xu J.G., et al. Longitudinal cohort study on the incidence of primary open-angle glaucoma in Bai Chinese. *American journal of ophthalmology,* 2017; 176: 127-133. <https://doi.org/10.1016/j.ajo.2017.01.008>.
15. Cheng J.W., Cheng S.W., Ma X.Y., Cai J.P., The prevalence of primary glaucoma in mainland China: a systematic review and meta-analysis. *Journal of glaucoma,* 2013; 22(4): 301-306. <https://doi.org/10.1097/IJG.0b013e31824083ca>.
16. Yenegeta Z., Tsega A., Addis Y., Admassu F. Knowledge of glaucoma and associated factors among adults in Gish Abay town, Northwest Ethiopia. *BMC ophthalmology,* 2020; 20(1): 1-5. <https://doi.org/10.1186/s12886-019-1295-7>.
17. Nangia V., Jonas J.B., George R., Lingam V., Ellwein L., et al. Prevalence and causes of blindness and vision impairment: magnitude, temporal trends and projections in South and Central Asia. *British Journal of Ophthalmology.* 2019; 103(7): 871-877. <http://dx.doi.org/10.1136/bjophthalmol-2018-312292>.
18. Flaxman S.R., Bourne R.R., Resnikoff S., Ackland P., et al. Global causes of blindness and distance vision impairment 1990-2020: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health.* 2017; 5(12): e1221-e1234. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30393-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30393-5).
19. He S., Stankowska D.L., Ellis D.Z., Krishnamoorthy R.R., Yorito T. Targets of neuroprotection in glaucoma.

Journal of Ocular Pharmacology and Therapeutics, 2018; 34(1-2), 85-106. <https://doi.org/10.1089/jop.2017.0041>.

19. Pelčić G., Ljubičić R., Barać J., Biuk D., Rogoić V. Glaucoma, depression and quality of life: multiple comorbidities, multiple assessments and multidisciplinary plan treatment. *Psychiatria Danubina*, 2017; 29(3): 351-359. <https://doi.org/10.24869/psyd.2017.351>.

20. Қазақстан Республикасы Үкіметінің қаулысы. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2020-2025 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы; 26 желтоқсан 2019 жыл, №982. Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2021 жылғы 12 қазандағы № 725 қаулысымен күші жойылды. [[Қараған күні: 28 сәуір 2021]. Қолжетімділік режимі: <http://adilet.zan.kz/kaz/docs/P1900000982>.

Kazakhstan Respublikasy Ukimetinin kaulysy. Kazakstan Respublikasynyn densaulyk saktau salasyn damytudyn 2020-2025 zhyldarga arналған мемлекеттік бағдарламасы (Resolution of the Government of the Republic of Kazakhstan. On approval of the State Program for the Development of Healthcare of the Republic of Kazakhstan for 2020 – 2025, dated December 26, 2019 No. 982.) [in Kasakh]; 26 zheltoksan 2019 zhyl, №982. Kazakstan Respublikasy Ukimetinin 2021 zhylygy 12 qazandagy № 725 kaulysymen kushi zhojlydy. [Karagan kuni: 28 sauir 2021]. Kolzhetimlilik rezhimi: <http://adilet.zan.kz/kaz/docs/P1900000982>.

21. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің бұйрығы. Қазақстан Республикасының халқына офтальмологиялық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі туралы ережені бекіту туралы; 28 ақпан 2012 жыл, №120. [Қараған күні: 28 сәуір 2021]. Қолжетімділік режимі: <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/V1200007505>.

Kazakhstan Respublikasy Densaulyk saktau ministrinin bujrygy. Kazakstan Respublikasynyn halkyna oftalmologijalyk komek korsetetin densaulyk saktau ujymdarynyn kyzmeti turaly erezheni bekitu turaly (Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On approval of the Regulations on the activities of healthcare organizations providing ophthalmological care to the population of the Republic of Kazakhstan) [in Kasakh]; 28 aqpan 2012 zhyl, №120. [Karagan kuni: 28 sauir 2021]. Kolzhetimlilik rezhimi: <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/V1200007505>.

22. Қазақстан Республикасы Президентінің Жарлығы. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын бекіту туралы; 29 қараша 2010 жыл, №1113. [Қараған күні: 28 сәуір 2021]. Қолжетімділік режимі: <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/U1000001113>.

Kazakhstan Respublikasy Prezidentinin Zharlygy. Kazakstan Respublikasynyn densaulyk saktau salasyn damytudyn 2011-2015 zhyldarga arналған «Salamatty Kazakstan» мемлекеттік бағдарламасын бекіту туралы (Decree of the President of the Republic of Kazakhstan. On approval of the State program for the development of health care of the Republic of Kazakhstan "Salamatty Kazakhstan" for 2011 - 2015) [in Kasakh]; 29 karasha 2010 zhyl, №1113. [Karagan kuni: 28 sauir 2021]. Kolzhetimlilik rezhimi: <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/U1000001113>.

23. Ботабекова Т.К., Алдашева Н.А., Таштитова Л.Б., Исламова С.Е., Асылбекова А.А. Эффективность государственного скрининга на глаукому в Республике Казахстан // Точка зрения. Восток-Запад. – 2016. – №1. – С. 9-11. ISSN: 2410-1257.

Botabekova T.K., Aldasheva N.A., Tashtitova L.B., Islamova S.E., Asylbekova A.A. Jefferktivnost' gosudarstvennogo skrininga na glaukomu v Respublike Kazahstan (The effectiveness of state screening for glaucoma in the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. Tochka zrenija. Vostok-Zapad, 2016;1: 9-11. ISSN: 2410-1257.

24. Исламова С.Е. Медико-социальные аспекты и эффективность выявления глаукомы в Казахстане: дисс.. канд. мед. наук / С.Е. Исламова. - Алматы, 2009. - С. 83-93.

Islamova S.E. Mediko-social'nye aspekty i jefferktivnost' vyjavlenija glaukomu v Kazahstane (Medical and social aspects and efficiency of glaucoma detection in Kazakhstan) [in Russian]: diss.. kand. med. nauk. S.E. Islamova. Almaty, 2009: 83-93.

25. Абдуллина В.Р. Эффективность проведения школы глаукомного больного // Вестник КАЗНМУ. - 2015. - №3. - С 358-364.

Abdullina V.R. Jefferktivnost' provedenija shkoly glaukomnogo bol'nogo (The effectiveness of the school for the glaucoma patient) [in Russian]. Vestnik KAZNMU, 2015; 3: 358-364.

26. Kim Y.S., Yi M.Y., Hong Y.J., Park K.H. The impact of visual symptoms on the quality of life of patients with early to moderate glaucoma. *International ophthalmology*, 2018; 38(4): 1531-1539. <https://doi.org/10.1007/s10792-017-0616-1>.

27. Rulli E., Quaranta L., Riva I., Poli D., et al. Visual field loss and vision-related quality of life in the Italian Primary Open Angle Glaucoma Study. *Scientific reports*, 2018; 8(1):1-12. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-19113-z>.

Fight Against Glaucoma: The Problem State in the World and in Kazakhstan

Saltanat Makhanova ¹, Raushan Sekenova ²

¹ Ophthalmologist of the city polyclinic No.2, Undergraduate student of the Department of Public Health and Management, Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: s.makhanova@inbox.ru

² Associate Professor of the Department of Public Health and Management, Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan. Email: Traushank@mail.ru

Abstract

The social and economic significance of glaucoma can be attributed to the increase in the proportion of elderly patients due to increased life expectancy. In addition, the importance of the disease is determined by its prevalence, the inevitable and irreversible blindness of patients, and the high cost of diagnosis, treatment and dispensation of the disease. The study of the quality of life of patients with glaucoma is a serious social and economic issue for patients with diseases such as glaucoma, which ends in complete blindness.

Keywords: glaucoma, social significance of glaucoma, economic significance of glaucoma, glaucoma control.

Борьба с глаукомой: состояние вопроса в мире и в Казахстане

Маханова С.Ш. ¹, Секенова Р.К. ²

¹ Врач-офтальмолог городской поликлиники №2, магистрант кафедры Общественного здоровья и менеджмента, Медицинский университет Астана, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: s.makhanova@inbox.ru

² Доцент кафедры Общественного здоровья и менеджмента, Медицинский университет Астана, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: Traushank@mail.ru

Резюме

Социально-экономическое значение глаукомы можно объяснить увеличением доли пациентов пожилого возраста из-за увеличения продолжительности жизни. Кроме того, важность заболевания определяется его распространенностью, неизбежной и необратимой слепотой пациентов, а также дороговизной диагностики, лечения и диспансеризации болезни. Изучение качества жизни пациентов с глаукомой - серьезная социальная и экономическая проблема для пациентов с такими заболеваниями, как глаукома, которые заканчиваются полной слепотой.

Ключевые слова: глаукома, социальное значение глаукомы, экономическое значение глаукомы, борьба с глаукомой.

<https://doi.org/10.32921/2225-9929-2021-3-43-26-34>
УДК 614; 614.2; 614:33
МРНТИ: 76.75.75

Policy Brief

Каким должен быть рациональный процесс принятия решения о скрининговых программах?

Айнабекова А.М.¹, Агибаева Д.С.², Данбаева С.С.³

¹ Аналитик по изменениям ТОО «АтырауТехИнвест», Ведущий специалист Центра глобального здравоохранения Республиканского центра развития здравоохранения (по март 2021 года), Нур-Султан, Казахстан.

E-mail: assel.ainabekova@alumni.nu.edu.kz

² Главный специалист Центра глобального здравоохранения, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: agibayeva_d@rcrz.kz

³ Ведущий специалист Центра глобального здравоохранения, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: danbayeva_s@rcrz.kz

Резюме

В работе изучен опыт различных стран мира по принятию решения о скрининговых программах, а также всесторонне проанализирован отечественный опыт внедрения данных программ.

В Казахстане виды болезней, по которым необходимо внедрить скрининг и правила организации скрининга определяются решением Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Решение выносится после рассмотрения соответствующих подразделений данного ведомства, а также на основе необходимых заключений профильных институтов. Однако основное внимание уделяется проведению самих скрининговых осмотров и недостаточно прорабатывается работа в направлении научно-методологического обеспечения программ скрининга.

Авторы считают, что необходимо выработать научно обоснованные рекомендации по скринингам для Министерства здравоохранения Республики Казахстан, использовать международные критерии в принятии решений касательно внедрения новых программ скрининга. Необходимо обеспечить методологический процесс принятия решений, с вовлечением независимых организаций по оценке скрининговых программ, общественности и всех заинтересованных сторон.

Ключевые слова: программы скрининга, система здравоохранения, политика скрининга.

Corresponding author: Assel Ainabekova, Change Analyst of the AtyrauTechInvest LLP; Leading Specialist of the Department of Global Health of Republican Center for Health Development (until March 2021), Nur-Sultan, Kazakhstan.

Nur-Sultan, Kazakhstan.

Postal code: Z05H0B8

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

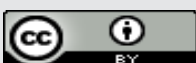
Phone: 7 777 857 9087

E-mail: assel.ainabekova@alumni.nu.edu.kz

J Health Dev 2021; 3 (43): 26-34

Received: 05-06-2021

Accepted: 17-06-2021



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

Основной отчет. Что такое скрининг?

Скрининг - это процесс выявления нераспознанного заболевания в практически здоровом бессимптомном населении с помощью тестов, обследований или других процедур [1]. После обследований людям могут быть предложены информация, дополнительные анализы и соответствующее лечение для снижения риска и/или любых осложнений, связанных с заболеванием. Целью скрининга бессимптомного индивидуума является выявление ранних признаков аномалий для того, чтобы рекомендовать профилактические стратегии или лечение, которое обеспечит более лучшие результаты, чем если бы болезнь была диагностирована на сравнительно поздней стадии [2].

Согласно исследованиям в области скрининга, есть 5 характеристик хорошего скринингового теста [3]:

1. Заболеваниями, которые являются хорошими кандидатами для скрининга, являются те, которые распространены среди населения и вызывают значительную заболеваемость и смертность. В Казахстане болезни сердца и онкологические заболевания являются хорошими примерами болезней, по которым нужно проводить скрининг населения. Напротив, трипаносомоз может быть хорошим кандидатом для скрининговой программы в Танзании, но не в Казахстане.

2. Заболевание должно иметь бессимптомный период, в течение которого лечение значительно снизит заболеваемость и смертность, по сравнению с периодом после появления симптомов.

Важность проблемы

Вопрос скрининга очень важен для здравоохранения и экономического развития любой страны по четырем основным причинам.

Во-первых, проведение скрининга — широкомасштабное мероприятие, которое может охватывать миллионы людей и влиять на их жизни. Это влияние ни в коем случае не должно иметь какие-либо негативные результаты, так как скрининг тесно связан с правами человека на здоровье. В соответствии с Уставом Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (1946 г.), «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека». ВОЗ отводит центральное место правам человека в программах и политике здравоохранения на национальном и региональном уровнях. Понимание здоровья в качестве одного из прав человека налагает на государства юридическое обязательство обеспечить доступ к своевременной, приемлемой и доступной по стоимости медицинской помощи надлежащего качества. Поэтому обеспечение населения скрининговыми программами надлежащего качества является обязанностью государства для поддержания права на здоровье [4].

Во-вторых, вопрос скрининга важен для здравоохранения и экономики страны по той причине, что реализация скрининговых программ требует огромных расходы разных ресурсов: человеческие, материальные, финансовые, информационные и временные ресурсы. Согласно ВОЗ, обязанность государств поддерживать право на здоровье — в том числе путем выделения «максимальных

Врожденный гипотиреоз и рак шейки матки являются хорошими примерами. В противоположность этому, рентгенография грудной клетки в качестве скрининг-теста на рак легких была прекращена в некоторых странах из-за невозможности продемонстрировать ценность ранней диагностики.

3. Скрининговый тест должен обладать максимально возможной чувствительностью (мало ложноотрицательных результатов) и специфичностью (мало ложноположительных результатов). Идеальный скрининг-тест должен быть 100% чувствительным и 100% специфичным, идентифицируя всех пациентов с болезнью и в то же время никого ложно не диагностируя. К сожалению, идеального теста не существует. Например, ПСА-скрининг рака простаты имеет очень высокий уровень ложноположительных результатов, но также очень реальную возможность диагностики бессимптомного заболевания.

4. Скрининг-тест также должен быть недорогим, легкодоступным, безопасным и простым. Многие современные скрининговые тесты не идеальны. Например, такие тесты как колоноскопия для скрининга рака толстой кишки или низкодозированная спиральная компьютерная томография для скрининга рака легких дороги, неудобны и не всегда доступны.

5. Эффективное лечение заболевания, по которому проводится скрининг, должно быть доступным по разумной цене. Зачем делать скрининг на заболевание, для которого нет реалистичного лечения?

имеющихся ресурсов» для прогрессирующего достижения этой цели — рассматривается в рамках различных международных механизмов в области прав человека, таких как Универсальный периодический обзор или Комитет по экономическим, социальным и культурным правам [4]. Необходимо особенно серьезно подходить к экономическим последствиям скрининга, потому что даже один скрининг-тест, применяемый к большому количеству (миллионам) людей, может ежегодно стоить системе здравоохранения страны миллиарды долларов расходов, так как существуют обоснованные споры о чувствительности и специфичности тестов, распространенности заболеваний, прогностической ценности, ошибках в сроках (lead time bias - это время между ранней диагностикой с помощью скрининга и временем, в которое диагноз был бы установлен без скрининга), скрининговых интервалах и пороговых значениях (cutoffs) для положительных и отрицательных результатов теста [3].

В-третьих, скрининги нацелены на уменьшение бремени того или иного заболевания, поэтому вопрос скрининга имеет важность на государственном уровне.

В-четвертых, одна из самых основных причин в том, что неправильно организованный процесс принятия решений о скрининговых программах может привести к немалым проблемам, так как принятие решений о скрининге сложный процесс. Принятие решения о скрининге является сложным по двум причинам:

- Первая причина заключается в том, что решения обязательно должны быть научно обоснованными. Большинство мировых научных исследований, которые нужно использовать для обоснования решений о внедрении скрининговой программы, публикуются на английском языке и требуют комплексные знания в разных дисциплинах таких как медицина, медицинская экономика, биостатистика и др. [5].

- Вторая причина — это то, что во время принятия решения о внедрении скрининга необходимо учитывать не только вышеизложенные медицинские и экономические вопросы, а также этические вопросы и интересы общественности, другими словами интересы пациентов, организации пациентов, отдельных граждан и любых заинтересованных

групп [6]. Согласно ВОЗ, еще одной особенностью подходов на основе соблюдения прав человека является конструктивное участие. Это означает, что национальные заинтересованные стороны, включая негосударственные структуры, такие как неправительственные организации, принимают конструктивное участие в формировании программ на всех этапах — оценки, анализа, планирования, осуществления, мониторинга и аналитического отчета [4]. Международный опыт показывает, что совместное принятие решений является важной практикой для определения этических потребностей, ценностей и предпочтении пациентов несмотря на тот факт, что немногие, не имея медицинского образования, смогут понять сложные медицинские механизмы, лежащие в основе скрининг-тестов [3].

Международный опыт

Скрининговые программы могут разрабатываться и внедряться на национальном уровне или на региональном/ниже уровне. Опыт стран, в которых принятие и реализация решений о скрининге делегируется региональным и местным органам власти, показывает, что такая система скрининга может привести к системным проблемам в здравоохранении — фрагментации, плохой коммуникации и отсутствию сотрудничества между правительством и секторами. Отсутствие национального или общесистемного видения в сочетании с бесчисленными разными подходами к принятию решений о скрининге может способствовать ненужному дублированию и расточительству, при этом многие юрисдикции в некоторых странах проводят свои собственные обзоры фактических данных и разрабатывают свои собственные отдельные процессы и программы. Эти вариации в рекомендациях и программах вызывают волнения по поводу безопасности пациентов, доступности, справедливости, эффективности программ и подотчетности [7]. Страны, которые переходят на национальную систему скрининга, признают множество преимуществ с точки зрения и эффективности [8]. В Нидерландах, Новой Зеландии и Великобритании национальные организации по скринингу несут ответственность за реализацию программ скрининга.

В Новой Зеландии существует Национальный отдел по скринингу (NSU – National Screening Unit), который отвечает за координацию пяти программ скрининга: рак молочной железы, рак шейки матки, метаболизм новорожденных, дородовой ВИЧ, универсальный скрининг слуха новорожденных и раннее вмешательство. NSU также отвечает за меры по улучшению качества дородового скрининга синдрома Дауна. Новозеландский NSU был создан в 2001 году для предоставления безопасных, эффективных и справедливых программ скрининга, обеспечивая при этом правильное соотношение цены и качества. NSU работает с группами экспертов для того, чтобы скрининг программы были основаны на последних данных и соответствовали высоким стандартам. За счет национальной системы скрининга, Новая Зеландия имеет централизованный экспертный пул для минимизации дублирования и пробелов, последовательные стандарты качества и научно обоснованные данные, а также эффективное внедрение государственной политики в региональное и местное управление [8].

В Нидерландах Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды (RIVM – National Institute for Public Health and the Environment) является специализированным государственным учреждением, которое координирует и направляет программы скрининга населения от имени Министерства здравоохранения, социального обеспечения и спорта через Центр скрининга населения (CvB – Centre for Population Screening). CvB координирует восемь национальных программ скрининга: рак молочной железы, рак шейки матки, грипп, наследственная гиперхолестеринемия, пренатальный скрининг (для инфекционных заболеваний и синдрома Дауна), и неонатальные скрининги. Программы реализуются цепочкой исполнительных организаций на региональном и местном уровнях. В качестве генерального директора процесса, RIVM обеспечивает наилучшую возможную координацию между звеньями этой цепи. CvB уполномочен вводить меры и требования, и работает над максимизацией рентабельности, результативности, надежности и координации [8].

В Великобритании существует Национальный скрининговый комитет Великобритании (UK NSC – UK National Screening Committee). UK NSC консультирует четыре правительства Великобритании по вопросам внедрения и изменения программ скрининга. Далее, Департамент здравоохранения и социального обеспечения, который является департаментом правительства Ее Величества, делегирует ответственность за предоставление услуг по скринингу в Национальную службу здравоохранения Англии (NHS England – National Health Service England). Департамент здравоохранения и социального обеспечения финансирует NHS England и координирует его работу, а NHS England в свою очередь отвечает за внедрение скрининга и согласованных изменений в программы скрининга. Также в 2013 году был создан исполнительный орган Департамента здравоохранения и социального обеспечения – Общественное здравоохранение Англии (PHE – Public Health England). PHE поддерживает Департамент здравоохранения и социального обеспечения и NHS England информацией и экспертными консультациями на национальном и местном уровне; анализирует и производит данные; управляет и обеспечивает качество IT-систем, необходимых для предоставления скрининг программ [9].

В целом, все страны, за исключением Испании, в какой-то степени дают национальные рекомендации в отношении политики скрининга. Однако в других странах принятие и реализация решений о скрининге не всегда происходит на национальном уровне и может являться ответственностью органов здравоохранения более низкого уровня. Бельгия, Франция, Германия применяют национальные рекомендации по скринингу ко всей стране, однако реализация делегируется региональным и местным органам власти. В Австралии, Канаде и Швеции решение о внедрении скрининга и его реализация происходят не на национальном, а на более низком уровне.

В Дании, Финляндии и Италии на национальном уровне продвигаются некоторые, но не все скрининговые рекомендации, поэтому органам местного/нижнего уровня приходится вводить некоторые программы. Региональные и муниципальные власти в этих странах могут

внедрять скрининги, не указанные в национальных рекомендациях.

В Соединенных Штатах Америки (США) Целевая группа предупреждения заболеваний (US Preventive Services Task Force) выносит национальные рекомендации. Ранее решения принимались региональным уровнем и компаниями медицинского страхования. Однако в результате принятия Закона о доступном медицинском обслуживании (Affordable Health Care Act), рекомендации Целевой группы предупреждения заболеваний США теперь должны охватываться планами медицинского страхования по всей стране.

Во многих странах, помимо организации, ответственной за рекомендации по скринингу, другие профессиональные органы также выпускают политические рекомендации и заявления по скринингу [10].

Ситуация в Казахстане

В Казахстане виды болезней, по которым необходимо внедрить скрининг, а также правила организации скрининга определяются по решению руководства Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) на основе рассмотрения соответствующих подразделении МЗ РК и заключении профильных институтов.

Республиканские организации здравоохранения (АО «Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней», АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии», АО «Национальный научный центр материнства и детства» и АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии», АО «Казахский ордена «Знак Почета» научно-исследовательский институт глазных болезней», АО «Национальный научный центр материнства и детства», АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии», НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова» Университетская клиника №1 «Аксай»), ответственные за методическое руководство и анализ профилактических медицинских осмотров целевых групп населения проводят следующий алгоритм действий [11]:

1) участвуют в Рабочей группе по научно-методическому обеспечению скрининговых программ;

2) проводят координацию, мониторинг, оценку, практическую помощь в проведении скрининговых осмотров по раннему выявлению основных болезней среди отдельных целевых групп населения;

3) после, проводят анализ результатов скрининговых осмотров, предоставляют аналитический отчет в РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» МЗ РК (НЦОЗ) – ежеквартально к 15 числу месяца, следующего за отчетным. А также ежегодный заключительный аналитический отчет по проведению скрининговых осмотров направляют в НЦОЗ к 20 января, следующего за отчетным периодом года.

В свою очередь, НЦОЗ выполняет следующие функции:

-организация работы Рабочей группы по научно-методическому обеспечению скрининговых программ;

-разработка и совершенствование нормативно-правовой базы, учетно-отчетных форм;

-разработка модели проведения скрининговых осмотров в условиях развития первичной медико-санитарной помощи;

-организационно-методическое руководство, координация, мониторинг, оценка, анализ результатов проведения скрининговых осмотров по выявлению поведенческих факторов риска среди целевых групп населения;

-методическая помощь региональным центрам формирования здорового образа жизни в проведении анализа результатов проведения скрининговых осмотров;

-свод и ежеквартальные аналитические отчеты по проведению скрининговых осмотров направляет в МЗ РК к 20 числу месяца, следующего за отчетным. Ежегодный заключительный аналитический отчет по проведению скрининговых осмотров предоставляет к 1 февраля, следующего за отчетным периодом года.

Далее Министр здравоохранения РК издает Приказ об утверждении видов скрининга и правил организации скрининга и возлагает исполнение Приказа на вице-министра здравоохранения. Все правила организации скрининга направляются в Управления здравоохранения областей и городов республиканского значения [12].

Исходя из вышеуказанного, мы наблюдаем, что в Казахстане основное внимание уделяется проведению самих скрининговых осмотров и недостаточно прорабатывается работа в направлении научно-методического обеспечения скрининговых программ.

Пути решения

Сценарий 1 - Выработка научно-обоснованных рекомендаций по скринингам для МЗ РК

Рекомендуется оптимизировать деятельность НЦОЗ путем создания четкого механизма работы для выработки научно-обоснованных рекомендаций по скринингам для МЗ РК на примере алгоритма работы независимого Национального скринингового комитета Великобритании UK NSC (рисунок 1). Самым главным и важным критерием выработки рекомендаций должна быть научная обоснованность рекомендаций. Также необходимо публиковать всю работу НЦОЗ по выработке скрининг-рекомендаций для МЗ РК на официальном сайте НЦОЗ для обеспечения прозрачности деятельности и контроля над

исполнением работ в срок, а также для вовлечения общественности и всех заинтересованных сторон.

Среди скрининговых организации всех европейских стран, UK NSC признан в качестве образца наилучшей практики для организации скрининга, поэтому необходимо изучение опыта Англии для улучшения процессов скрининга в системе здравоохранения Казахстана. Подход UK NSC обеспечивает единообразие доступа, широкое соблюдение принципов скрининга и прозрачные процессы принятия решений и обеспечения качества, тем самым оптимизируя возможность получения большей выгоды от скрининга, чем вреда, с учетом имеющихся ресурсов [8].

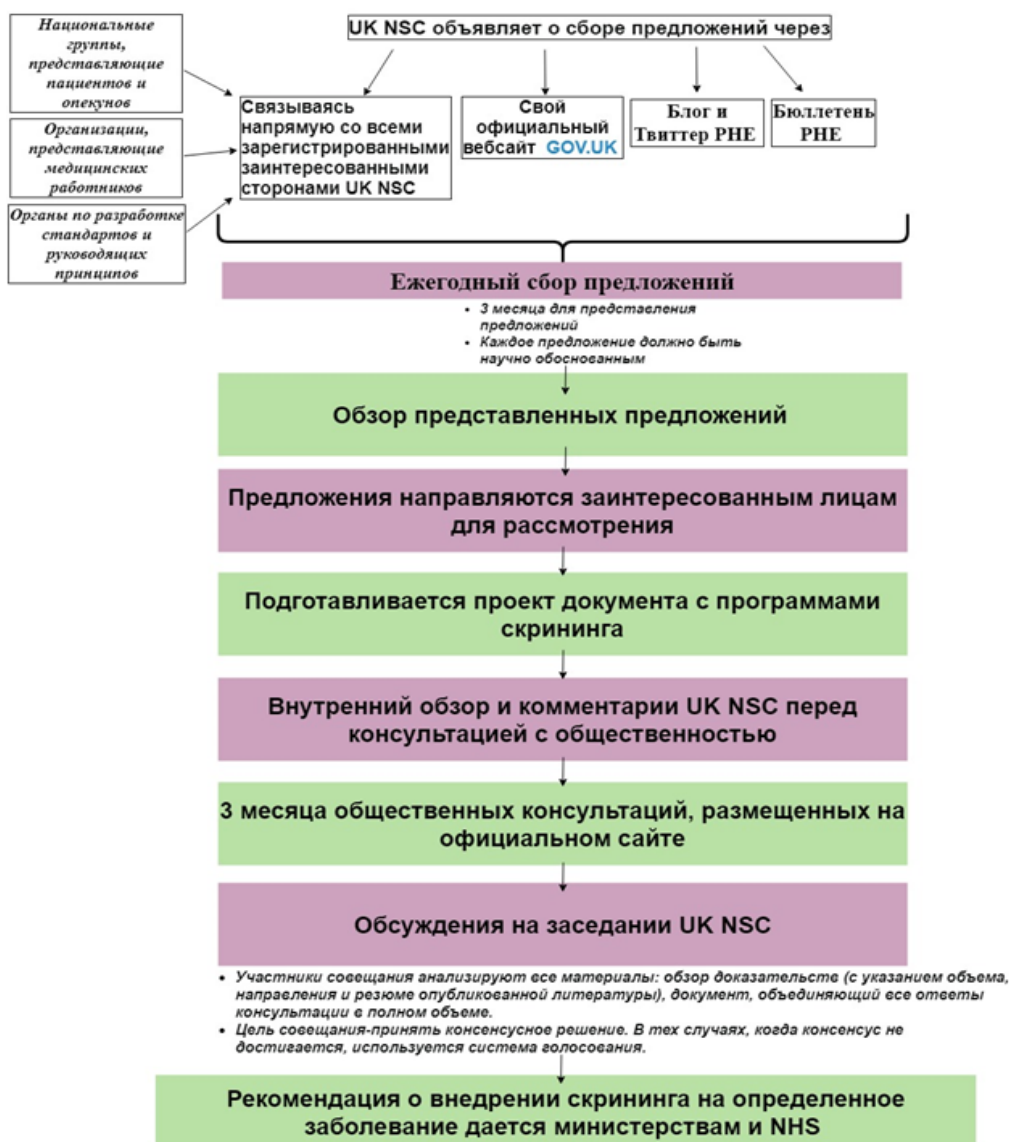


Рисунок 1 - Разработка рекомендации о скрининге

В Англии, процесс принятия решения о внедрении скрининга происходит в нескольких этапах:

1. Ежегодно независимый Национальный скрининговый комитет Великобритании (UK NSC) объявляет о сборе предложений по скринингу через бюллетени, официальный веб-сайт, социальные сети,

а также связываясь напрямую с заинтересованными сторонами такими как организации пациентов, организации медицинских работников, а также органы по разработке стандартов и руководящих принципов (рисунок 1);

2. В течение 3 месяцев после объявления о сборе предложений, любой желающий гражданин и представители заинтересованных групп могут отправлять свои научно обоснованные предложения в определенном формате в UK NSC;

3. По истечению 3 месяцев все собранные предложения рассматриваются, анализируются и направляются заинтересованным сторонам для внесения изменений, предложений и замечаний.

Во всем мире, критерии, используемые для оценки и выбора заболеваний для проведения скрининга, основаны на принципах раннего выявления заболеваний Уилсона и Джангнера (Wilson and Jungner). Эти принципы были приняты ВОЗ и, хотя они считаются золотым стандартом, подверглись критике за то, что они являются нечеткими и слишком теоретическими, поэтому большинство правительств адаптировали критерии ВОЗ к местным условиям. Так же и правительство Великобритании адаптировало принципы Уилсона и Джангнера и использует их для принятия решений о скрининге;

4. Подготавливается проект документа с программами скрининга, который далее выставляется

на официальный сайт для общественных консультаций на 3 месяца. Любой представитель общества имеет право прокомментировать данный проект документа;

5. По окончании общественных консультаций, UK NSC проводит заседание, на котором обсуждаются все общественные комментарии и вносятся изменения. Цель заседания – принять консенсусное решение. В тех случаях, когда консенсус не достигается, используется система голосования;

6. По итогам заседания разрабатывается четкая рекомендация о внедрении скрининга на определенное заболевание. Рекомендация направляется в Департамент здравоохранения и социального обеспечения;

7. Департамент здравоохранения и социального обеспечения рассматривает рекомендацию, и в случае согласия финансирует Национальную службу здравоохранения Англии (NHS England) и Общественное здравоохранение Англии (PHE) для дальнейшей реализации скрининга (рисунок 2).



Рисунок 2 - Принятие решения и внедрение скрининга

Сценарий 2 – Использование международных критериев в принятии решения в МЗ РК

Предлагается использовать критерии Уилсона и Джангнера (таблица 1) как чек-лист в процессе принятия решения в МЗ РК по рекомендациям, поступившим от НЦОЗ. Данный чек-лист будет служить как стандарт для оценки и сравнения заболеваний для проведения скрининга.

В 1968 году Уилсона и Джангнер (Wilson and Jungner) подготовили для ВОЗ исторически важную публикацию, в которой было определено понятие скрининга, и предложено 10 принципов в качестве руководства по определению целесообразности

проведения скрининга для укрепления здоровья населения [13].

Принципы скрининга Уилсона и Джангнера:

-выявляемое заболевание должно являться важной проблемой для здоровья;

-должны существовать приемлемые меры лечения больных с диагностированным заболеванием;

-должны быть в наличии средства диагностирования и лечения заболевания;

-выявляемое заболевание должно иметь распознаваемую латентную или раннюю симптоматическую стадию;

- должны существовать подходящие тесты или исследования;
- тесты должны быть приемлемыми для населения;
- следует хорошо понимать закономерности естественного развития заболевания от латентной до явной формы;
- следует иметь согласованную политику в отношении того, кто входит в категорию лиц, требующих лечения;
- затраты на выявление случаев болезни (включая диагностику и лечение выявленных больных) должны быть экономически сбалансированы с возможными затратами на медицинское обслуживание в целом;
- выявление случаев болезни должно быть непрерывным процессом, а не единовременной кампанией.

Таблица 1 - Критерии, используемые для выбора и оценки заболеваний для проведения скрининга, основанные на принципах Уилсона и Джангнера [14]

Критерии		Да	Нет
Состояние			
1	Искомое состояние должно быть важной проблемой здоровья, если судить по его частоте и/или тяжести. Эпидемиология, частота, распространенность и история заболевания должны быть понятны, включая развитие заболевания от латентного до симптомной стадии и/или должны быть надежные доказательства связи между риском/ маркером заболевания и серьезным или поддающимся лечению стадии заболевания		
2	Все экономически эффективные мероприятия по первичной профилактике должны быть осуществлены, насколько это практически возможно		
3	Если носители мутации идентифицируются в результате скрининга, то необходимо наличие информации о людях с таким статусом, в том числе и возможные психологические последствия		
Тест			
4	Должен быть простой, безопасный, точный и валидированный скрининг-тест		
5	Распределение тестовых значений в целевой популяции должны быть известны, а также должны быть определенные и согласованные пороговых значения (cutoffs) для положительных и отрицательных результатов теста		
6	Тест, начиная со сбора проб и заканчивая выдачей результатов, должен быть приемлемым для целевой группы населения		
7	Должна быть согласована политика в отношении дальнейшего диагностического исследования лиц с положительным результатом теста и выбора, доступного этим лицам		
8	Если тест проводится на конкретную мутацию или набор генетических вариантов, то должны быть известны четкие методы их отбора и средства, с помощью которых они будут рассматриваться в рамках программы		
Лечение / Вмешательство			
9	Должно быть эффективное лечение для пациентов, выявленных путем скрининга, с доказательством того, что лечение на предсимптомной фазе приводит к лучшим результатам человека, прошедшего скрининг, по сравнению с обычным уходом. Там, где это возможно, следует принимать во внимание данные, касающиеся более широких преимуществ скрининга, например, данные, касающиеся членов семьи. Однако в тех случаях, когда нет перспектив получения выгоды от скрининга для человека, прошедшего скрининг, программа скрининга не должна далее рассматриваться		
10	Должна быть согласованная политика, основанная на фактических данных, о том, каким лицам должны быть предложены вмешательства и соответствующее лечение		
Программа скрининга			
11	Результаты высококачественных рандомизированных контролируемых исследований должны свидетельствовать о том, что программа скрининга эффективна для снижения смертности или заболеваемости. Если скрининг направлен исключительно на предоставление информации, позволяющей человеку, проходящему скрининг, сделать «осознанный выбор» (например, скрининг носителя синдрома Дауна или муковисцидоза), должны быть доказательства высокого качества теста и, что тест выдает точные результаты. Информация, которая предоставляется о тесте и его результатах, должна быть ценной и легко понятной для лица, проходящего скрининг		
12	Должны быть доказательства того, что полная программа скрининга (тестирование, диагностические процедуры, лечение/ вмешательство) является клинически, социально и этически приемлемой для медицинских работников и обществу		
13	Польза, получаемая людьми от программы скрининга, должна перевешивать любой вред, например, от чрезмерной диагностики, чрезмерного лечения, ложных положительных результатов, ложных заверений, неопределенных результатов и осложнений		
14	Финансовые расходы программы скрининга (включая тестирование, диагностику и лечение, администрирование, обучение и обеспечение качества) должны быть экономически сбалансированы по отношению к расходам на медицинское обслуживание в целом (соотношение цены и качества). Оценка с учетом этих критериев должна проводиться с учетом фактических данных, полученных в результате анализа экономической выгоды и/или эффективности затрат, а также с учетом эффективного использования имеющихся ресурсов		

Во всем мире эти принципы стали основополагающими в пользе и вреде скрининга, а также этических аспектах и затратах, связанных с проведением программ скрининга. В 2020 году ВОЗ еще раз подчеркнул важность использования данных принципов для принятия решений касательно скрининговых программ и опубликовал руководство «Screening programmes: a short guide 2020»,

предназначенное для политиков и руководителей общественного здравоохранения, участвующих в планировании, разработке и реализации программ скрининга [13]. ВОЗ утверждает, что использование этих принципов является важным в повышении эффективности программ скрининга, максимизации пользы и минимизации вреда.

Видение по реализации: возможные препятствия

Возможна реализация одного из предложенных сценариев, либо внедрение двух сценариев в совокупности для достижения наивысшей эффективности.

Потенциальным барьером реализации может быть кадровое ограничение системы здравоохранения РК, так как нужны будут кадры, умеющие проводить научные исследования и/или проводить литературный обзор. Как было описано выше, большинство мировых научных исследований, которые нужно использовать для обоснования рекомендации о скрининговой программе, публикуются на английском языке и помимо владения английским языком, также требуют комплексные знания в разных дисциплинах таких как медицина, медицинская экономика, биостатистика и другие. Однако в современном Казахстане достаточно таких специалистов и создание достойных условий труда может помочь привлечь их в работу. Реализация такого проекта даст возможность повышению эффективности программ скрининга путем улучшения

качества, безопасности, максимизации пользы, минимизации вреда и расточительства. Также это позволит учесть этические потребности, ценности и предпочтения пациентов.

Как говорил Бенджамин Франклин, «унция профилактики стоит фунта лечения» [15]. Поэтому, перед принятием решения о внедрении программы скрининга, очень важно делать тщательную оценку программы на основе научных исследований, статистических данных, а также международных критериев для рациональной оценки пользы и вреда скрининга.

Благодарность. Данный Policy Brief обсужден совместно с руководителем Центра развития здравоохранения РЦРЗ Сущенко Ю.С. и экспертом в области здравоохранения Орман Ж.Б.

Конфликт интересов. Авторы заявляют, что у них нет профессиональных или коммерческих интересов, имеющих отношение к данному аналитическому обзору.

Литература

1. WHO Screening. World Health Organization. Website. [Cited 25 Apr 2021]. Available from URL: <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/screening/en/>.
2. Principles of screening. National Cancer Control Policy. Website. [Cited 25 Apr 2021]. Available from URL: https://wiki.cancer.org.au/policy/Principles_of_screening.
3. Givler D., Givler A. Health Screening. Website. [Cited 15 March 2021]. Available from URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436014/>.
4. Здоровье и права человека. Всемирная организация здравоохранения. Веб-сайт. [Дата обращения: 18 апреля 2021] Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.
5. Zdorov'e i prava cheloveka. Vsemirnaia organizatsiia zdravookhraneniia (Health and human rights. World Health Organization) [in Russian]. Veb-sait. [Data obrashcheniia: 18 aprelja 2021]. Rezhim dostupa: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.
6. Martin-Sanchez F., Lopez-Campos G., Gray K. Chapter 11 - Biomedical Informatics Methods for Personalized Medicine and Participatory Health. *Methods in Biomedical Informatics*. 2014; 347-394 <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-401678-1.00011-7>.
7. Moss A. Chapter 74 - Ethical Issues in Chronic Kidney Disease. *Chronic Renal Disease*. 2015; 882-889. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-411602-3.00074-3>.
8. Better coordination of screening in Canada: What is the best way forward? Health Council of Canada. Website. [Cited 5 March 2021]. Available from URL: https://healthcouncilcanada.ca/files/Screening_Report_Final_EN.PDF.
9. A scoping review of screening in Canada. Health Council of Canada Website. [Cited 5 March 2021]. Available from URL: https://healthcouncilcanada.ca/files/A_Scoping_Review_of_Screening_in_Canada_EN.PDF.
10. Investigation into management of health screening. National Audit Office. Website. [Cited 29 March 2021]. Available from URL: <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2019/01/Investigation-into-the-management-of-health-screening.pdf>.
11. Seedat F., Cooper J., Cameron L., Stranges S. et al. International comparisons of screening policy-making: A systematic review. National Audit Office Website. [Cited 29 March 2021]. Available from URL: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/444227/FINAL_REPORT_International_Screening.pdf.
12. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об установлении целевых групп лиц, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру, а также правил и периодичности проведения данных осмотров: утв. 10 ноября 2009 года, № 685.
13. Prikaz i.o. Ministra zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan. Ob ustanovlenii tselevykh grupp lits, podlezhashchikh profilakticheskim meditsinskim osmotrom, a takzhe pravil i periodichnosti provedeniia dannykh osmotrov (Order of the acting Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On the establishment of target groups

of persons subject to preventive medical examinations, as well as the rules and frequency of these examinations) [in Russian]: *utv. 10 noiabria 2009 goda, № 685.*

12. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил организации скрининга: *утв. 9 сентября 2010 года, №704.*

Prikaz Ministra zdavoookhneniia Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhdenii Pravil organizatsii skrininga (Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On approval of the Rules for the organization of screening) [in Russian]: utv. 9 sentiabria 2010 goda, №704.

13. Screening programmes: a short guide. World Health Organization. Website. [Cited 25 Apr 2021]. Available from URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330829/9789289054782-eng.pdf>.

14. Metternick-Jones S., Lister K., Dawkins H., White C. et al. Review of Current International Decision-Making Processes for Newborn Screening: Lessons for Australia. *Frontiers in Public Health*. 2015; 3: 214. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00214>.

15. Tanner N., Silvestri G. Shared Decision-making and Lung Cancer Screening. *Chest*. 2019; 155(1): 21-24. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.10.013>.

Скринингтік бағдарламалар туралы шешім қабылдаудың ұтымды процесі қандай болуы керек?

Айнабекова А.М.¹, Агибаева Д.С.², Данбаева С.С.³

¹ «АтырауТехИнвест» ЖШС өзгерістер бойынша талдаушысы, Республикалық денсаулық сақтауды дамыту орталығының Жаһандық денсаулық сақтау департаментінің жетекші маманы (2021 жылдың наурыз айына дейін),

Нұр-сұлтан, Қазақстан. E-mail: assel.ainabekova@alumni.nu.edu.kz

² Жаһандық денсаулық сақтау департаментінің бас маманы, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Нұр-сұлтан, Қазақстан. E-mail: agibayeva_d@rcrz.kz

³ Жаһандық денсаулық сақтау департаментінің жетекші маманы, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Нұр-сұлтан, Қазақстан. E-mail: danbayeva_s@rcrz.kz

Түйіндеме

Бұл жұмыста әлемнің түрлі елдерінің скринингтік бағдарламалар бойынша жүргізетін саясаты зерттеліп, отандық скринингтік бағдарламаларды енгізу тәжірибесі жан-жақты сараланды.

Қазақстанда скринингтік тексерулер енгізуді қажет ететін аурулар түрін бекіту мен скринингті ұйымдастыру ережелерін Денсаулық сақтау министрлігі сәйкес құрылымның және елдегі мамандандырылған институттардың қорытындысы негізінде қабылдайды. Алайда негізгі назар скринингтік тексерулерді өткізудің өзіне аударылып, ал бағдарламаларды енгізуді ғылыми-әдістемелік қолдау бағытындағы жұмыстар толыққанды жүргізілмей келеді.

Авторлар Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігіне скринингтерге арналған ғылымға негізделген ұсыныстар дайындау қажет, сондай-ақ, жаңа скринингтік бағдарламалар енгізу бойынша шешім қабылдауда халықаралық критерилерге сүйену қажет деп санайды. Шешім қабылдаудың әдістемелік процесін скринингтік бағдарламаларды бағалайтын тәуелсіз ұйымдарды, қоғам өкілдерін және басқа да тараптарды кірістере отырып ұйымдастыру керек.

Түйін сөздер: скринингтік бағдарламалар, денсаулық сақтау, скрининг саясаты.

What Should be a Rational Decision-Making Process about Screening Programs?

Assel Ainabekova¹, Dilara Agibayeva², Samal Danbayeva³

¹ Change Analyst of the AtyrauTechInvest LLP; Leading Specialist of the Department of Global Health of Republican Center for Healthcare Development (until March 2021), Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: assel.ainabekova@alumni.nu.edu.kz

² Chief Specialist of the Department of Global Health, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: agibayeva_d@rcrz.kz

³ Leading Specialist of the Department of Global Health, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: danbayeva_s@rcrz.kz

Abstract

In this policy brief researched the experience of various countries of the world in making decisions about screening programs, as well as comprehensively analyzed the domestic experience in implementing screening programs.

In Kazakhstan, the types of diseases for which it is necessary to introduce screening, as well as the rules for organizing screening, are determined by the decision of the leadership of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, based on consideration of the relevant departments and conclusion of specialized institutions. At the same time, the main attention is paid to the screening examinations themselves, and insufficient work is being done in the direction of scientific and methodological support for screening programs.

The authors believe that it is necessary to develop evidence-based screening recommendations for the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, as well as to use international criteria in making decisions regarding the introduction of new screening programs. It is necessary to provide a methodological decision-making process, involving independent organizations for evaluating screening programs, the public, and all stakeholders.

Keywords: screening programs, healthcare, screening policy.

<https://doi.org/10.32921/2225-9929-2021-3-43-35-40>
УДК 614; 614.2; 614.33; 61.658.7
МРНТИ: 76.75.75; 76.01.88

Оригинальная статья

Материально-техническое оснащение организаций здравоохранения в Республике Казахстан

Тулеубаева А.К. ¹, Оспанова Ж.С. ², Кайдар Э.К. ³

¹ Руководитель Центра инфраструктуры и инвестиций, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: tuleubayeva_a@rcrz.kz

² Главный менеджер Центра инфраструктуры и инвестиций, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: ospanova_zh@rcrz.kz

³ Главный менеджер Центра инфраструктуры и инвестиций, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: elrcrz@mail.ru

Резюме

Цель исследования: провести сравнительную оценку оснащенности медицинских организаций Республики Казахстан медицинской техникой для своевременного оказания медицинской помощи в рамках Обязательного социального медицинского страхования и Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за 5 месяцев 2020 и 2021 годов на уровне амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи.

Методы. В работе проведен анализ данных 7725 государственных объектов здравоохранения Казахстана (747 больничных объектов и 6978 амбулаторно-поликлинических), оказывающих медицинские услуги.

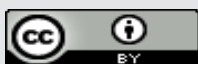
Результаты. За 5 месяцев 2021 года уровень оснащенности медицинской техникой по Республике Казахстан в разрезе регионов увеличился на 2,9%. Уровень износа медицинской техники снизился на 1,6%.

Выводы. В целом, уровень оснащенности медицинской техникой увеличился по сравнению с данными за 5 месяцев 2020 года. Однако, выявлено несоответствие данных из информационной системы управления медицинской техникой с фактическими данными, предоставленными регионами, что затрудняет проведение оценки существующей реальной картины оснащенности медицинских организаций в стране. В этой связи, необходимо создать системы для стандартизации и регулирования отбора, закупок, использования и управления этими инструментами на уровне страны.

Ключевые слова: медицинское оборудование, качество медицинских услуг, доступность медицинских услуг, планирование в здравоохранении, управление медицинским оборудованием.

Corresponding author: Elmira Kaidar, Chief Manager of the Center for Infrastructure and Investment, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan.
Postal code: Z05H0B8
Address: Kazakhstan, Nur-Sultan city, Kabanbay Batyr Ave 19/A.
Phone: +7 7071019577
E-mail: elrcrz@mail.ru

J Health Dev 2021; 3 (43): 35-40
Received: 09-07-2021
Accepted: 21-07-2021



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

Введение

Современная система здравоохранения опирается на вклад человеческих ресурсов и медицинских технологий. Медицинские устройства, один из аспектов технологий здравоохранения, оснащают медицинских работников инструментами для эффективного и результативного выполнения своих функций [1]. Большинство населения мира лишено адекватного, безопасного и надежного доступа к соответствующим медицинским устройствам в рамках своих систем здравоохранения [2].

Высокое качество медицинской помощи является главной целью функционирования системы здравоохранения. Главной целью как системы здравоохранения в целом, так и ее отдельных структурных элементов (вплоть до конкретного медицинского работника) является оказание качественной медицинской помощи, направленной на достижение оптимально возможных показателей общественного здоровья и высокого уровня удовлетворенности населения [3].

Еще в мае 2002 года на 55-й Всемирной ассамблее здравоохранения эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) подчеркнули важность повышения безопасности пациентов и качества медицинской помощи путем укрепления научно обоснованных систем, используемых для оценки и мониторинга медицинского оборудования и технологий [4].

Во многом благодаря использованию современного медицинского оборудования, улучшилось качество жизни, стало возможным лечение ряда сложных заболеваний. Технические средства позволяют улучшить работу персонала, с их помощью повышается эффективность работы, появляется возможность оказывать услуги высокого качества в массовом порядке [5-7]. В поликлиниках, например, время на работу с одним пациентом строго ограничено и, благодаря медицинскому оборудованию, это время удается использовать со

Материалы и методы

Данная работа была проведена в рамках реализации проекта Программы оснащения медицинской техникой на 2021-2025 годы, разработанной Национальным научным центром развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой (прежнее наименование организации – Республиканский центр развития здравоохранения), направленной на определение и оценку существующей потребности медицинских организаций Казахстана в медицинской технике.

С целью реализации поставленной задачи мы направили соответствующий запрос в местные органы государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы и республиканские организации Казахстан.

В работе проведен анализ данных 7725 государственных объектов здравоохранения Казахстана (747 больничных объектов и 6978 амбулаторно-поликлинических), оказывающих медицинские услуги населению в рамках Обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) и гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП). Общее

значительной пользой для здоровья человека.

Так, в соответствии с поручением Главы государства Касым-Жомарт Токаев на расширенном заседании правительства Республики Казахстан от 26 января 2021 года, Президентом было дано поручение «Правительству совместно с акимами регионов и с привлечением профессионального сообщества провести инвентаризацию всех организаций здравоохранения. При этом был сделан акцент на службах родовспоможения и реанимации, а также принять меры по их оснащению медицинским оборудованием, лекарствами и изделиями» [8]. При этом, задача заключается в проведении инвентаризации всех организаций здравоохранения, суть которой состоит в укреплении материально-технической базы.

Ситуацию в Казахстане по оснащенности медицинских учреждений медицинской техникой трудно оценить, учитывая нынешние пробелы в знаниях и недостаточность данных. Тем не менее, существует ряд проблем, связанных с управлением медицинским оборудованием, в то время как рынок медицинских изделий растет. Без надлежащего управления спросом, путем оценки фактических потребностей, адекватных закупок, надлежащей установки, профилактического обслуживания, рационального использования и качества гарантии, поставщикам медицинских услуг будет трудно сдерживать растущие расходы.

Таким образом, проведение инвентаризации инфраструктуры здравоохранения регионов направлена выявить текущее и реальное состояние инфраструктуры здравоохранения.

Цель исследования: провести сравнительную оценку оснащенности медицинских организаций Республики Казахстан медицинской техникой за 5 месяцев 2020 и 2021 годов на уровне амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи.

количество зданий, прошедших инвентаризацию - 8 651 единиц.

Нами проведен сравнительный анализ следующих показателей за 5 месяцев 2020 и 2021 годов, на уровне амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи:

- степень износа зданий и сооружений;
- необходимость строительства новых объектов в связи с ростом численности населения или взамен устаревших, аварийных зданий;
- модернизация объектов в виде реконструкции или пристройки к основным зданиям и сооружениям.

Также по имеющейся информационной системе управления медицинской техникой (ИС «СУМТ») [9,10] была рассмотрена обеспеченность дорогостоящим оборудованием.

Результаты

По результатам проведенной инвентаризации инфраструктуры здравоохранения регионов, нами получены данные по оснащенности медицинских организаций медицинской техникой для

своевременного оказания медицинской помощи в рамках ОСМС и ГОБМП. Результаты анализа представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Оснащенность и износ медицинской техники в разрезе регионов Республики Казахстан

Регион	Уровень износа медицинской техники (%)		Уровень оснащенности медицинской техники (%)	
	за 5 месяцев 2020 года	за 5 месяцев 2021 года	за 5 месяцев 2020 года	за 5 месяцев 2021 года
Акмолинская область	66,37	64,60	71,29	73,04
Актюбинская область	57,13	54,98	65,25	70,51
Алматинская область	54,20	51,27	80,70	85,99
Атырауская область	52,85	47,94	78,03	82,98
Восточно-Казахстанская область	57,46	56,07	83,53	85,15
Жамбылская область	44,35	44,03	85,38	86,35
Западно-Казахстанская область	68,73	67,60	70,98	72,24
Карагандинская область	60,32	60,00	78,39	79,20
Костанайская область	70,10	70,10	53,69	54,31
Кызылординская область	57,37	57,04	68,13	68,52
Мангистауская область	66,22	59,37	52,06	58,97
Павлодарская область	54,89	54,16	84,06	85,14
Северо-Казахстанская область	58,08	57,81	56,77	57,06
Туркестанская область	47,37	45,76	79,33	82,12
г. Алматы	40,04	37,63	84,49	87,50
г. Нур-Султан	41,22	39,99	84,20	85,57
г. Шымкент	55,11	53,98	62,18	68,22
Итого по РК	55,99	54,26	72,85	75,46

В общем, за 5 месяцев 2021 года уровень оснащенности медицинской техникой по Республике Казахстан увеличился на 2,9% в сравнении с 5 месяцами 2020 года.

Также за 5 месяцев 2021 года наблюдается рост уровня оснащенности медицинской техникой в разрезе регионов.

Наибольший рост уровня оснащенности наблюдается в следующих областях: Мангистауская (на 6,91%), Алматинская (на 5,29%) и в Актюбинская

(на 5,26%) и в городе Шымкент (на 6,04%).

Наименьший рост уровня оснащенности оказался в Северо-Казахстанской (0,28%), Кызылординской (0,39%) и Костанайской (на 0,62%) областях.

Уровень оснащенности и износа медицинской техники за 5 месяцев 2021 года на городском и сельском уровне в разрезе регионов представлен на рисунках 1 и 2.

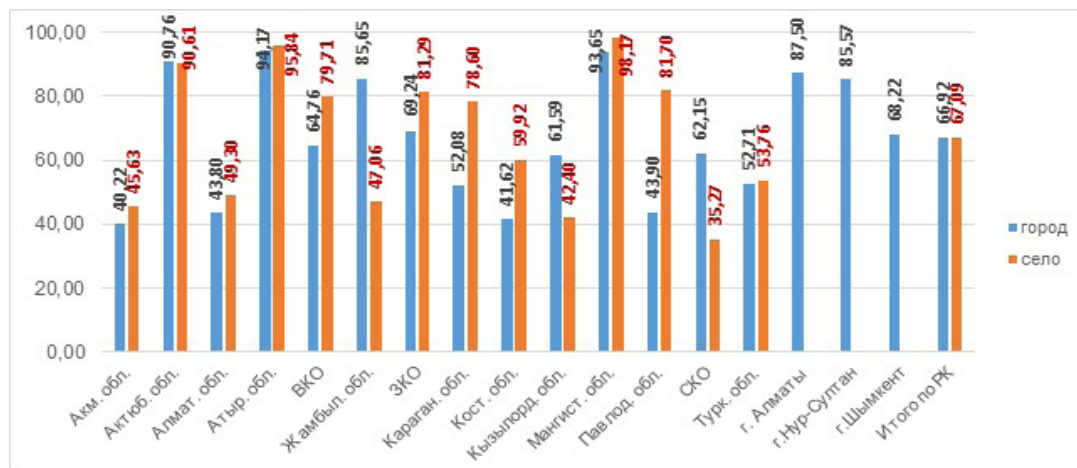


Рисунок 1 - Уровень оснащенности медицинской техники за 5 месяцев 2021 года на уровне города и села (%)

За 5 месяцев 2021 года уровень износа медицинской техники по Республике Казахстан снизился на 1,6% в сравнении с 5 месяцами 2020 года. Снижение уровня износа медицинской техники зарегистрировано практически во всех регионах страны за исключением Костанайской области – уровень износа медицинской техники остался в области на том же уровне – 70,1% в сравнении с 5 месяцами 2020 года.

Вместе с тем, наибольшее снижение износа медицинской техники наблюдается в Мангистауской (на 6,85%), Атырауской (на 4,92%), Алматинской (на 2,93%) и Актюбинской (на 2,15%) областях.

Наименьшее снижение износа медицинской техники представили Северо-Казахстанская (на 0,26%), Жамбылская (на 0,32%), Карагандинская (на 0,32%) и Кызылординская (на 0,32%) области.

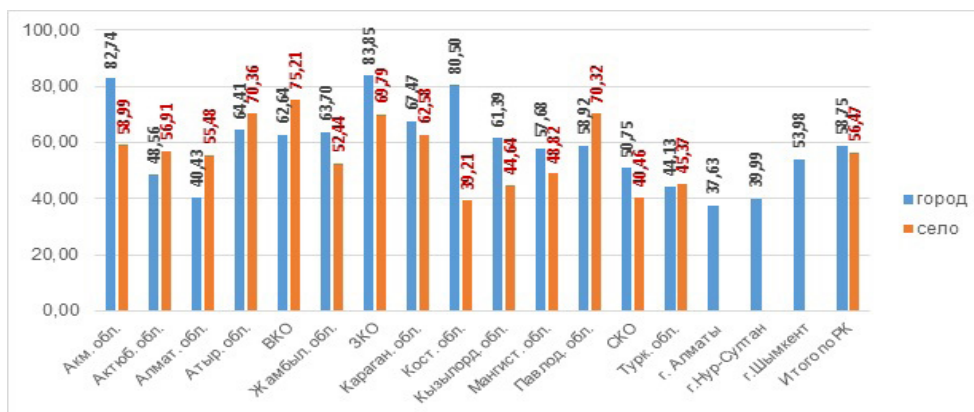


Рисунок 2 - Уровень износа медицинской техники за 5 месяцев 2021 года на уровне города и села (%)

Обсуждение

В результате нашего исследования был отмечен огромный разрыв в показателях между регионами Казахстана. Значительная разница в показателях сложилась в результате не актуализированных данных в ИС «СУМТ» и отсутствие данных по частному сектору, что не позволяет объективно оценить ситуацию по оснащению и износу.

Хотя медицинские технологии и оборудования предоставляют возможность для улучшения качества медицинских услуг, отсутствие национальной системы закупок, использования и управления может привести к непропорциональному росту расходов на оказание медицинской помощи. В этой связи, необходимо создать системы для стандартизации и регулирования отбора, закупок, использования и управления этими инструментами на уровне страны.

За последние двадцать лет изменения в спросе на медицинские услуги системы здравоохранения Казахстана привели к значительным переменам в организациях здравоохранения, которые были вызваны рядом факторов, каждый из которых влияет на процесс инвестиционного планирования в здравоохранении Республики Казахстан.

В настоящее время Казахстан, столкнувшись с проблемами модернизации стареющей инфраструктуры здравоохранения и привлечения государственных инвестиций на высоко конкурентном

Выводы

В целом, уровень оснащенности медицинской техникой увеличился по сравнению с данными за 5 месяцев 2020 года. Однако, выявлено несоответствие данных из информационной системы управления медицинской техникой с фактическими данными, предоставленными регионами, что затрудняет проведение оценки существующей реальной картины оснащенности медицинских организаций в стране. В этой связи, необходимо создать системы для

рынке, определил одним из направлений развития – обеспечение растущих потребностей в медицинской помощи, вызванных положительной динамикой количества населения и ростом спроса на медицинские услуги; осуществление эффективных инвестиций при реализации данных задач.

Кроме этого в рамках послания Главы государства планируется обновление инфраструктуры здравоохранения путем строительства 20 многопрофильных больниц и клиник, а также открытия и модернизации более 500 амбулаторно-поликлинических организаций, в том числе в 137 сельских населенных пунктах [8].

В настоящее время проводится модификация ИС «СУМТ» Министерства здравоохранения Республики Казахстан в соответствии с Номенклатурой медицинских изделий.

Актуализация данных фактического наличия медицинской техники и медицинских изделий, кадров, зданий в информационных системах здравоохранения позволит решить основные проблемы в проведении дальнейшего анализа материально-технического оснащения в организациях здравоохранения, тем самым улучшить качество предоставляемых медицинских услуг.

стандартизации и регулирования отбора, закупок, использования и управления этими инструментами на уровне страны.

Конфликт интересов: Авторы заявляют о том, что у них нет профессиональных или коммерческих интересов, имеющих отношение к данной рукописи.

Литература

1. The role of medical devices and equipment in contemporary health care systems and services, June 2006. World Health Organization. Website. [Cited 10 July 2021] Available from URL: https://applications.emro.who.int/docs/EM_RC53_Tech.Disc.2_en.pdf.
2. Pammolli F., Riccaboni M., Oglialoro C., Magazzini L. et al. Medical devices: competitiveness and impact on public health expenditure. EU, A draft report prepared for the European Commission, 2005. Website. [Cited 15 July 2021] Available from URL: https://mpr.ub.uni-muenchen.de/16021/1/MPRA_paper_16021.pdf.
3. Medhat N., Samy S.A., Abdel Wahed M., Mohamed A.S. Medical Equipment Quality Assurance for Healthcare Facilities. Cairo International Biomedical Engineering Conference. 2008; 1-4. <https://doi.org/10.1109/CIBEC.2008.4786101>.
4. World Health Assembly 55th Session. WHA55.18 Quality of care: patient safety. Geneva World Health Organization. Website. [Cited 20 July 2021] Available from URL: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf
5. Figueroa R.L., Vallejos G.E. Supporting management of medical equipment for inpatient service in public hospitals: a case study. Annu Int Conf IEEE Eng Med Biol Soc. 2013; 2013: 898-901. <https://doi.org/10.1109/EMBC.2013.6609646>.
6. Shamayleh A., Awad M., Farhat J. IoT based predictive maintenance management of medical equipment. Journal of medical systems. 2020; 44(4): 1-12. <https://doi.org/10.1007/s10916-020-1534-8>.
7. Arab-Zozani M., Imani A., Doshmangir L., Dalal K. et al. Assessment of medical equipment maintenance management: proposed checklist using Iranian experience. Biomedical engineering online. 2021; 20(1): 1-23. <https://doi.org/10.1186/s12938-021-00885-5>.
8. Глава государства провел расширенное заседание Правительства Республики Казахстан, 26 января 2021 года. Официальный сайт президента Республики Казахстан. Веб-сайт. [Дата обращения: 12 июня 2021 года]. Режим доступа: https://www.akorda.kz/ru/events/akorda_news/meetings_and_sittings/glava-gosudarstva-provel-rasshirennoe-zasedanie-pravitelstva-respubliki-kazahstan-3.
9. Глава государства провел расширенное заседание Правительств Республики Казахстан, 26 января 2021 года. Официальный сайт президента Республики Казахстан (The head of state held an expanded meeting of the Government of the Republic of Kazakhstan on January 26, 2021. Official website of the President of the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. Веб-сайт. [Дата обращения: 12 июня 2021 года]. Режим доступа: https://www.akorda.kz/ru/events/akorda_news/meetings_and_sittings/glava-gosudarstva-provel-rasshirennoe-zasedanie-pravitelstva-respubliki-kazahstan-3.
10. Приказ Ответственного секретаря Министерства здравоохранения Республики Казахстан. О внедрении Портала «Система управления медицинской техникой» (утратил силу): утв. от 11 февраля 2014 года, № 85. Prikaz Otvetstvennogo sekretaria Ministerstva zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan. O vnedrenii Portala «Sistema upravleniia meditsinskoi tekhniki» (utratil silu) (Order of the Executive Secretary of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan. On the implementation of the Portal "Management System for Medical Equipment" (expired)) [in Russian]: utv. ot 11 fevralia 2014 goda, № 85.
11. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об отмене некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан: утв. 10 декабря 2018 года, № 696. Prikaz Ministra zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan. Ob otmene nekotorykh prikazov Ministerstva zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan (Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On the cancellation of some orders of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan) [in Russian]: utv. 10 dekabria 2018 goda, № 696.

Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтау ұйымдарын материалдық-техникалық жабдықтау

Тұлеубаева А.Қ.¹, Оспанова Ж.С.², Қайдар Э.Қ.³

¹ Инфрақұрылым және инвестициялар орталығының басшысы, Салидат Қайырбекова атындағы денсаулық сақтауды дамытудың ұлттық ғылыми орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: tuleubayeva_a@rcrz.kz

² Инфрақұрылым және инвестициялар орталығының бас менеджері, Салидат Қайырбекова атындағы денсаулық сақтауды дамытудың ұлттық ғылыми орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: ospanova_zh@rcrz.kz

³ Инфрақұрылым және инвестициялар орталығының бас менеджері, Салидат Қайырбекова атындағы денсаулық сақтауды дамытудың ұлттық ғылыми орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: elrcrz@mail.ru

Түйіндеме

Зерттеудің мақсаты: 2020 және 2021 жылдардың 5 айында амбулаториялық-емханалық және стационарлық көмек деңгейінде міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру және тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде уақтылы медициналық көмек көрсету үшін Қазақстан Республикасының медициналық ұйымдарының медициналық техникамен жабдықтандырылуына салыстырмалы бағалау жүргізу.

Әдістері. Жұмыста медициналық қызмет көрсететін Қазақстанның 7725 мемлекеттік денсаулық сақтау объектілерінің (747 аурухана және 6978 амбулаториялық-емханалық) деректері талданды.

Нәтижелері. 2021 жылдың 5 айында Қазақстан Республикасы бойынша медициналық техникамен жабдықталу деңгейі өңірлер кесіндісінде 2,9%-ға ұлғайды. Медициналық техниканың тозу деңгейі 1,6%-ға төмендеді. Медициналық техниканың тозу деңгейі 2021 жылдың 5 айында қала мен ауылдық жерде бірдей болды – тиісінше 58,75% және 56,47%.

Қорытынды. Жалпы, медициналық техникамен жабдықталу деңгейі 2020 жылдың 5 айындағы деректермен салыстырғанда артты. Алайда, медициналық техниканы басқарудың ақпараттық жүйесіндегі деректердің өңірлер ұсынған нақты деректермен сәйкессіздігі анықталды, бұл елдегі медициналық ұйымдардың жарақтандырылуының қазіргі нақты көрінісін бағалауды жүргізуді қиындатады. Осыған байланысты, ел деңгейінде осы құралдарды іріктеуді, сатып алуды, пайдалануды және басқаруды стандарттау мен реттеуге арналған жүйелер құру қажет.

Түйін сөздер: медициналық жабдықтар, медициналық қызметтердің сапасы, медициналық қызметтердің қол жетімділігі, денсаулық сақтауды жоспарлау, медициналық жабдықтарды басқару.

Material and Technical Equipment of Healthcare Organizations in the Republic of Kazakhstan

Anara Tuleubayeva ¹, Zhanarkul Ospanova ², Elmira Kaidar ³

¹ Head of the Center for Infrastructure and Investment, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: tuleubayeva_a@rcrz.kz

² Chief Manager of the Center for Infrastructure and Investment, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: ospanova_zh@rcrz.kz

³ Chief Manager of the Center for Infrastructure and Investment, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: elrcrz@mail.ru

Abstract

The aim of the study: to conduct a comparative assessment of the equipment of medical organizations of the Republic of Kazakhstan with medical technology for the timely provision of medical care under the Mandatory Social Health Insurance and the Guaranteed volume of free medical care for 5 months of 2020 and 2021 at the level of outpatient and inpatient care.

Methods. The paper analyzed data from 7,725 public health facilities in Kazakhstan (747 hospital facilities and 6,978 outpatient and polyclinic facilities) providing medical services.

Results. For 5 months 2021 the level of medical technique equipment across the Republic of Kazakhstan in the context of regions has increased by 2.9%. The level of depreciation of medical equipment decreased by 1.6%. The level of depreciation of medical equipment at the city and rural level for 5 months of 2021 was almost the same – 58.75% and 56.47%, respectively.

Conclusions. In general, the level of medical equipment equipment has increased compared to the data for 5 months of 2020. However, there is a discrepancy between the data from the medical equipment management information system and the actual data provided by the regions, which makes it difficult to assess the existing real picture of the equipment of medical institutions in the country. In this regard, it is necessary to create systems to standardize and regulate the selection, procurement, use and management of these tools at the country level.

Keywords: medical equipment, quality of medical services, accessibility of medical services, health care planning, medical equipment management.

<https://doi.org/10.32921/2225-9929-2021-3-43-41-47>
UDC 614; 614.2; 614.33
IRSTI: 76.75.75

Original article

Analysis of the Management System of the Social Health Insurance Fund of the Republic of Kazakhstan

Talgat Turmaganbet

Deputy Director of the Department of Strategy and Project Management, Social Health Insurance Fund, Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: Ta.talgat@gmail.com

Abstract

The aim of the study: to assess the concept of restructuring the organizational structure of the management of the Social Health Insurance Fund of the Republic of Kazakhstan.

Methods. In this research were used mixed methods of analysis, SWOT analysis, data grouping, and a systematic approach. To study the opinions of the participants in the process regarding the improvement of the organizational structure and ongoing business processes, an anonymous survey was conducted among the employees of the Social Health Insurance Fund.

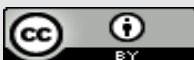
Results. There are certain advantages in the existing system of the Social Health Insurance Fund, such as clearly defined goals and objectives, as well as an organized system. However, there are several shortcomings in building the organizational structure of the Social Health Insurance Fund, which should be revised for more effective implementation. Moreover, temporary organizational structures should be applied to solve complex problems.

Conclusions. In order to further improve the management system of the Social Health Insurance Fund, it is necessary to work out issues on further optimization of the levels of management of the organizational structure. Nevertheless, the Social Health Insurance Fund is already working to optimize the organizational structure.

Key words: social health insurance, social health insurance fund, management system, organizational structure, business process.

Corresponding author: Talgat Turmaganbet, Deputy Director of the Department of Strategy and Project Management, Social Health Insurance Fund, Nur-Sultan, Kazakhstan.
Postal code: Z05B9K3
Address: Kazakhstan, Nur-Sultan city, st. Dostyk 13/3.
Phone: +7 707 107 09 83
E-mail: t.turmaganbet@fms.kz

J Health Dev 2021; 3 (43): 41-47
Received: 21-07-2021
Accepted: 11-08-2021



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

Introduction

The Social Health Insurance Fund (SHIF) is a non-profit Joint Stock Company, where the sole shareholder is the state. SHIF was founded on July 1, 2016 on the basis of the Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan No.389 and does not have as its main purpose the extraction of income [1].

The basis for the creation of a separate organisation, as the SHIF was the implementation of Compulsory Social Health Insurance (CSHI) in the country in order to fulfill the Address of the President of the Republic of Kazakhstan "Strategy" Kazakhstan-2050": a new political course of the established state" [2], Plan of the Nation "100 concrete steps to implement five institutional reforms "[3] and the adoption of a separate Law of the Republic of Kazakhstan "On compulsory social health insurance" [4].

In turn, the basis for the implementation of CSHI system in Kazakhstan was the consistent reforms of the healthcare system in terms of its financing and management. These reforms were aimed at developing a competitive environment in this sector, implementing international management standards and methods of payment for medical services, as well as, in general, constantly improving the quality and efficiency of the sector.

The main direction of the formation of the SHIF is the constant participation in updating and improving the regulatory legal framework in the provision of medical

services within the framework of the guaranteed volume of free medical care (GVFMC) and CSHI.

The priorities for the further development of the SHIF are the improvement of activities as a strategic purchaser of medical services, the maximum involvement of the population in CSHI system and digital transformation. The improvement of corporate governance should increase the effectiveness of the implementation of the tasks set and lead to the achievement of the strategic goal.

In-depth study of the SHIF activities, including the ongoing business processes and the applied organizational structure of management, is an urgent task of the country's healthcare system, which will help to choose the most optimal methodological approach for improving the SHIF management system, in particular the organizational structure and business processes.

The aim of the study: to assess the concept of restructuring the organizational structure of the management of the Social Health Insurance Fund of the Republic of Kazakhstan in the context of the increasing level of digitalization of the processes of interaction between the subjects of the system of providing services in the field of CSHI of citizens.

Materials and methods

To achieve this goal, SWOT analysis, data grouping and a systematic approach were used in this study used. Also, there was conducted an anonymous survey among employees in order to study the opinions of the participants regarding the improvement of the organizational structure and ongoing business processes. The questionnaire consisted of 10 questions related to the internal management of the SHIF (Appendix A). In total, 55 respondents were interviewed who at the time of the study were employees of the SHIF. The survey was conducted with full confidentiality of the respondents.

In recent decades, this complex type of analysis refers to trends in academia, due to greater legitimacy, and provides holistic and more reliable results. This type of analysis was carried out by combining quantitative and qualitative research methods [5,6]. On the one hand, quantitative research is about numerical data or data that can be measured. On the other hand, a qualitative research method where we collected evidence to find answers to questions is related to the study of human behavior from an informative point of view. It aims to obtain more detailed information about the problem. For

example, the total number of SHIF employees, what percentage of the total number are in management positions, as middle and top managers, as well as information about their competence and professionalism. This method of analysis helped us to conclude how efficiently the organizational structure is built and how business processes are carried out in the SHIF.

SWOT analysis is a powerful tool for assessing the capabilities and gaps of an organization, as well as its external threats. Moreover, this tool is used for strategic planning and management in organizations [7,8]. This method helped us assess the internal and external factors of business processes and the organizational structure of the SHIF. The main sources of information are the annual final reports of the SHIF and the assessment of the activities of the SHIF and the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan for 2017-2020, survey results and other publicly available information,

This work was carried out as part of the author's dissertation work on the topic "Improving the company's management system" for an MBA degree.

Results

Most of the respondents are positive about the existing organizational structure and internal business processes, but a significant number of respondents still doubt their effectiveness. Due to the variety of questions included in the questionnaire, it has been decided to demonstrate the full results of the survey of respondents in Table 1 (Appendix A).

More than 50% of respondents have a negative attitude towards the multilevel management system of the organization and welcomes modern models of organizational structures.

The quality of building internal communications between structural units and the level of digitalization of work processes was assessed as average, the need for further improvement was noted.

When answering the question about efficiency in making managerial decisions, most of the respondents indicated insufficient speed.

Most interviewed employees of the SHIF want changes in the existing organizational structure, note the need to improve the system of internal communications, as well as to optimize the management level.

At the same time, according to the survey conducted among SHIF employees, information can be generated in the form of a SWOT analysis in Figure 1.



Figure 1 - SWOT analysis organizational structure of the Social Health Insurance Fund

Discussion

Analyzing the results of the study, we observe that the presence of such signs of the functioning of the organizational management structure as:

- multilevel;
- a high degree of centralization in decision making process;
- the presence of unnecessary levels in the organizational structure;
- lack of information transparency of the management processes themselves.

According to the research, there is no universal management theory in the world. Also, there is no universal model of the organizational structure of management for all companies [9-11]. What may work for one organization may not succeed in another. To resolve the issue of improving the organizational structure of company, all the advantages and disadvantages, as well as the main task of the organization, should be taken into account.

The current structure of the SHIF belongs to the most common types of organizational structures - a hierarchical management structure that is widely used throughout the world [11]. However, according to the analysis carried out, there is an oversaturation of management levels in the structure of the SHIF, i.e. the structure consists of 7 levels of management. Moreover, due to multilevel management, there is a problem with the construction of internal and external communications, as well as a lack of efficiency in decisions making process. In this case, there is a danger of tight management, inflexibility of the system and reduced productivity in the company.

At the same time, there are also shortcomings in the ongoing business processes that should be paid close attention to. In particular, the low level of digitalization of ongoing processes, insufficient transparency of the SHIF activities, uneven distribution of the volume of work

and imperfection of the norms of the current legislation. Otherwise, it can lead to certain threats, such as turnover of qualified personnel, conflicts of interest and reduced productivity.

Thus, for a comprehensive solution to the identified problems, it is recommended to further optimize the management levels of top and middle managers. For example, among top managers, the position of managing directors should be reduced, and in the middle management - the position of deputy director of department. At the same time, should maintaining the current hierarchical management structure.

We believe that it is necessary to ensure further digitalization of the procedures for volume planning, procurement, monitoring and payment of medical services from healthcare entities for the provision of medical care, the transparency of the SHIF, as well as an even division of labour and personal responsibility of each manager to improve the ongoing business processes in the fund.

It is also necessary to apply modern models of organizational structures to ensure the prompt implementation of complex projects, quick response to external challenges, for example, project or matrix structure management, that is, temporary structures.

It should be noted that at the time of the completion of the research work, certain changes had already taken place in the organizational structure of the SHIF. Thus, the position of the managing director was abolished, and the position of the deputy director and head of the department was partially optimized. Also, in order to improve business processes, work was carried out to improve the regulatory framework in the SHIF.

But considering that the SHIF is a state socially oriented organization in the field of healthcare and refers to objects of strategic importance, the changes should take place gradually.

Conclusions

In order to further improve the management system of the Social Health Insurance Fund, issues should be worked out on further optimization of the management levels of the organizational structure. Moreover, temporary organizational structures should be applied to solve complex problems.

Disclosures: There is no conflict of interest for author.

References

1. Постановление Правительства Республики Казахстан. О создании фонда социального медицинского страхования: утв. 1 июля 2016 года, №389.
Postanovlenie Pravitel'stva Respubliki Kazakhstan. O sozdanii fonda sotsial'nogo meditsinskogo strakhovaniia (Resolution of the Government of the Republic of Kazakhstan. On the creation of a social health insurance fund) [in Russian]: utv. 1 iul'ia 2016 goda, №389.
2. Послание Президента РК - Лидера нации Н. А. Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: Новый политический курс состоявшегося государства [текст], Астана, 14 декабря 2012 г.
Poslanie Prezidenta RK - Lidera natsii N. A. Nazarbaeva narodu Kazakhstana «Strategija «Kazakhstan-2050»: Novyj politicheskij kurs sostojavshegosja gosudarstva (Message of the President of the Republic of Kazakhstan - Leader of the Nation N. Nazarbayev to the people of Kazakhstan «Strategy» Kazakhstan-2050»: New political course of the held state) [in Russian]. Astana, 14 dekabrja 2012 g.
3. Программа Президента Республики Казахстан. План нации - 100 конкретных шагов: подписан 20 мая 2015 года.
Programma Prezidenta Respubliki Kazakhstan. Plan natsii - 100 konkretnyh shagov (Program of the President of the Republic of Kazakhstan. Plan of the Nation - 100 Concrete Steps) [in Russian]: podpisan 20 maja 2015 goda.
4. Закон Республики Казахстан. Об обязательном социальном медицинском страховании (с изменениями и дополнениями по состоянию на 24.06.2021 г.): принят 16 ноября 2015 года № 405-V
Zakon Respubliki Kazakhstan. Ob obiazatel'nom sotsial'nom meditsinskom strakhovanii (s izmeneniiami i dopolneniiami po sostoianiiu na 24.06.2021 g.) (Law of the Republic of Kazakhstan. On compulsory social health insurance (with changes and additions as of June 24, 2021)) [in Russian]: priniat 16 noiabrja 2015 goda № 405-V
5. Ключев А.В., Ляшко С.В., Гегер А.Э. Возможности применения смешанных методов исследования в системе управления современного вуза (по материалам социологического исследования) // Управленческое консультирование. – 2021. – Т. 1. – №145. – С. 77-87. <https://doi.org/10.22394/1726-1139-2021-1-77-87>.
Kliuev A.V., Liashko S.V., Geger A.E. Vozmozhnosti primeneniia smeshannykh metodov issledovaniia v sisteme upravleniia sovremennogo vuza (po materialam sotsiologicheskogo issledovaniia) (Possibilities of using mixed research methods in the management system of a modern university (based on the materials of a sociological study)) [in Russian]. Upravlencheskoe konsul'tirovanie. 2021; 1(145): 77-87. <https://doi.org/10.22394/1726-1139-2021-1-77-87>.
6. Али-заде А.А. Методология смешанных методов // Редакционная коллегия. – 2020. – Т. 101. – №3. – С. 597-601.
Ali-zade A.A. Metodologija smeshannykh metodov (Mixed methods methodology) [in Russian]. Redaktsionnaia kollegiia. 2020; 101(3): 597-601.
7. Демидова М.В. Постнеклассическая аналитическая методология социальных наук: SWOT-анализ, PEST-анализ, дискурс-анализ // Гуманитарные научные исследования. – 2016. – №11. – С. 232-239.
Demidova M.V. Postneklassicheskaia analiticheskaia metodologija sotsial'nykh nauk: SWOT-analiz, PEST-analiz, diskurs-analiz (Post-nonclassical analytical methodology of the social sciences: SWOT analysis, PEST analysis, discourse analysis) [in Russian]. Gumanitarnye nauchnye issledovaniia. 2016; 11: 232-239.
8. Pickton D.W., Wright S. What's SWOT in strategic analysis? *Strategic change*. 1998; 7(2): 101-109. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1697\(199803/04\)7:2%3C101:AID-JSC332%3E3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1697(199803/04)7:2%3C101:AID-JSC332%3E3.0.CO;2-6).
9. Hortal A. Empiricism in Herbert Simon: Administrative behavior within the evolution of the models of bounded and procedural rationality. *Brazilian Journal of Political Economy*, 2017; 37(4): 719-733.
10. Battaglio Jr.R.P., Belardinelli P., Bellé N., Cantarelli P. Behavioral public administration ad fontes: A synthesis of research on bounded rationality, cognitive biases, and nudging in public organizations. *Public Administration Review*, 2019; 79(3), 304-320.

Table 1 - Results of the survey of employees of the Social Health Insurance Fund

Questions	Answer of respondents	
	numbers	%
Do you think the existing organizational structure of the SHIF is effective?		
Yes	8	14%
Most likely yes	20	36%
Difficult to answer	6	11%
Most likely not	17	31%
No	4	7%
Do you think the existing internal business processes of the SHIF is effective?		
Yes	24	44%
Most likely yes	7	13%
Difficult to answer	9	16%
Most likely not	13	13%
No	2	4%
How do you assess the construction of system of internal communications between structural divisions SHIF, on a five-point scale (from 1 to 5 points)?		
1 point	4	7%
2 point	2	4%
3 point	37	58%
4 point	5	9%
5 point	7	13%
How do you regard a multilevel management system?		
Positive		
Mostly positive	10	18%
Difficult to answer	8	14%
Negative	11	20%
Mostly negative	26	47%
How quickly is a decision made in the company?		
Absolutely quick	4	7%
Rather quickly	17	30%
Difficult to answer	13	23%
Rather slowly	21	38%
Absolutely slow		
How do you regard modern models of organizational structures?		
Positive	29	52%
Mostly positive	14	25%
Difficult to answer	8	14%
Negative	4	7%
Mostly negative		
Do you think that the volume of the assigned work between the structural divisions is evenly distributed?		
Yes	5	9%
Most likely yes	26	47%
Difficult to answer	6	10%
Most likely not	18	32%
No		
How do you assess the level of automatization and digitalization of work processes carried out in the SHIF, on a five-point scale (from 1 to 5 points)?		
1 point	3	5%
2 point	4	7%
3 point	36	65%
4 point	9	16%
5 point	3	5%

Table 1 - Results of the survey of employees of the Social Health Insurance Fund (Continuation)

Questions	Answer of respondents	
	numbers	%
What is the main mission of the SHIF?		
Ensuring universal coverage of the citizens with affordable and high-quality medical services in the Mandatory health insurance system	5	9%
Strengthening the role of SHIF as a strategic costumer	7	12%
Protection of the patient's rights		
Ensuring the stable functioning of the SHIF		
All listed	43	78%
Your wishes for improving the organizational structure of the SHIF?		
Not needed in changing	5	9%
Change the organizational structure	14	25%
Improving the system of internal communications	13	23%
Optimize management levels	19	34%
Difficult to answer	4	7%

Қазақстан Республикасының Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының басқару жүйесін талтау

Тұрмағанбет Т.Ә.

Стратегия және жобаларды басқару Департаментінің директорының орынбасары, Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: Ta.talgat@gmail.com

Түйіндеме

Зерттеудің мақсаты: Қазақстан Республикасының Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының басқару жүйесінің ұйымдастырушылық құрылымын қайта құрылымдауды әдістемелік тұрғыда негіздеу.

Әдістері. Бұл зерттеуде талдаудың аралас әдістері, SWOT талдауы, деректерді топтау және жүйелі тәсіл қолданылды. Ұйымдастырушылық құрылымды және жүргізіліп жатқан бизнес-процестерді жетілдіруге қатысты процеске қатысушылардың пікірлерін зерделеу үшін Қор қызметкерлері арасында анонимді сауалнама жүргізілді.

Нәтижесі. Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорын басқару жүйесінің ұйымдастырушылық құрылымы нақты белгіленген мақсаттар мен міндеттер секілді белгілі бір артықшылықтарға ие. Алайда Қордың ұйымдастырушылық құрылымын құруда алға қойылған мақсаттар мен міндеттерді неғұрлым тиімді жүзеге асыру үшін қайта қарауды қажет ететін бірнеше кемшіліктер орын алған. Сонымен қатар, күрделі мәселелерді шешу үшін уақытша ұйымдық құрылымдарды қолдану қажет.

Қорытынды. Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының басқару жүйесін одан әрі жетілдіру мақсатында ұйымдастырушылық құрылымды басқару деңгейлерін оңтайландыру мәселелерін пысықтау қажет. Дегенмен, қазіргі таңда Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры өз ұйымдасшылық құрылымын оңтайландыру бойынша жұмыстарды жүзеге асыруды бастаған.

Түйін сөздер: әлеуметтік медициналық сақтандыру, әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры, басқару жүйесі, ұйымдастырушылық құрылым, бизнес-процесс.

Анализ системы управления Фонда социального медицинского страхования Республики Казахстан

Тұрмагамбет Т.Ә.

Заместитель директора Департамента стратегии и управления проектами Фонд социального медицинского страхования, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: Ta.talgat@gmail.com

Резюме

Цель исследования: методологически обосновать концепцию проведения реструктуризации организационной структуры управления Фонда социального медицинского страхования Республики Казахстан.

Методы. В данном исследовании использовались смешанные методы анализа, SWOT-анализ, группировка данных, системный подход. Для изучения мнения участников процесса касательно совершенствования организационной структуры и осуществляемых бизнес-процессов проведено анонимное анкетирование среди сотрудников Фонда.

Результаты. Существующая система Фонда социального медицинского страхования имеет определенные преимущества, такие как четко определенные цели и задачи, а также организационная система. Однако в построении организационной структуры Фонда социального медицинского страхования есть несколько недостатков, которые необходимо пересмотреть для более эффективной реализации целей и задач. Более того, для решения сложных задач следует применить временные организационные структуры.

Выводы. В целях дальнейшего совершенствования системы менеджмента Фонда социального медицинского страхования, следует проработать вопросы по оптимизации уровней управления организационной структуры. Тем не менее, Фонд социального медицинского страхования уже работает над оптимизацией организационной структуры.

Ключевые слова: социальное медицинское страхование, фонд социального медицинского страхования, система управления, организационная структура, бизнес-процесс.

<https://doi.org/10.32921/2225-9929-2021-3-43-48-53>
УДК614; 614.2; 614:33
МРНТИ 76.75.29; 76.75.75

Оригинальная статья

Добровольная вакцинация против COVID-19 в Казахстане: мнение населения

Оразова Г.У. ¹, Болатов А.К. ², Гудым Е.Б. ³, Жамиева Ж.Н. ⁴

¹ Доцент кафедры общественного здоровья и гигиены, Медицинский университет Астана, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: galiyaorazova@gmail.com

² Медицинский университет Астана. Национальный научный центр материнства и детства, University Medical Center, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: bolatovaidos@gmail.com

³ Старший преподаватель кафедры общественного здоровья и гигиены, Медицинский университет Астана, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: gudym.e@amu.kz

⁴ Бакалавр факультета общественного здоровья и менеджмента, Медицинский университет Астана, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: zhanmieva@gmail.com

Резюме

Цель исследования: оценить отношение населения Республики Казахстан к добровольной вакцинации против COVID-19.

Методы. Исследование основано на результатах социологического опроса, проведенного авторами в период с марта по май 2021 года. Опрос проводился среди жителей, не прошедших вакцинацию против COVID-19. Общее количество респондентов - 252, из них 60,7% (n=153) - женщины и 39,4% (n=99) - мужчины. Средний возраст респондентов составил 31,7±12,5.

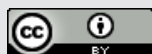
Результаты. Всего 84,5% респондентов были не согласны получить вакцину, а 8,3% затруднились с ответом. По нашим данным 38% респондентов считают, что эффективность вакцинации не полностью доказана, а 31% уверены, что вакцины против COVID-19 вредны для здоровья человека. 17% респондентов отметили, что информация о вакцине недоступна, а большая часть из них была представлена сельским населением.

Выводы. Разъяснительная работа по вакцинации против COVID-19 недоступна населению, особенно в сельской местности. Мы предполагаем, что несогласие к вакцинации было связано с отсутствием доверия к эффективности вакцины и надлежащей информации о вакцинопрофилактике. Это, в свою очередь, требует проведения широкого спектра мероприятий по повышению осведомленности населения со стороны организаций здравоохранения и различных общественных организаций для повышения общественного доверия к вакцинопрофилактике против COVID-19.

Ключевые слова: COVID-19, вакцинопрофилактика, социальные исследования, общественное мнение.

Corresponding author: Aidos Bolatov, Astana Medical University; National Research Center for Maternal and Child Health, University Medical Center, Nur-Sultan, Kazakhstan.
Postal code: Z10K8Y7
Address: Kazakhstan, Nur-Sultan city, Beybitshilik Str., 49 a
Phone: +77776000096
E-mail: bolatovaidos@gmail.com

J Health Dev 2021; 3 (43): 48-53
Received: 24-08-2021
Accepted: 02-09-2021



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

Введение

В связи с появлением новых штаммов вируса и необходимостью защиты населения, разработка эффективной вакцины против COVID-19 стала серьезной проблемой для здравоохранения всего мира. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) вакцинация признана самым эффективным способом борьбы с коронавирусной инфекцией. В конце февраля 2020 года ВОЗ заявила, что вакцины против вируса SARS-CoV-2, могут быть доступны для населения в скором времени [1]. Учитывая быстрое распространение и высокую смертность от COVID-19, срочно необходима эффективная программа вакцинации для борьбы с пандемией [2]. И чем быстрее будет организован кампания вакцинации, тем быстрее можно будет контролировать пандемию [3]. Политика и доступность вакцинации в различных странах мира сильно различаются. Одни страны обязывают вакцинацию только декретированной группы населения, а другие охватывают более широкий круг граждан [4-6].

В Казахстане вакцинация против COVID-19 стартовала в феврале 2021 года. В первую очередь проведена вакцинация декретированной группы - медицинских работников, педагогов, сотрудников силовых структур и др. Остальным жителям вакцинация проведена на добровольной основе [7]. Подобная политика используется и в остальных странах СНГ, таких как Россия, Украина, Молдавия и т.д. [8-10].

На момент исследования (март-май 2021 года) в Казахстане были доступны следующие вакцины:

Материалы и методы

Это одномоментное поперечное исследование, направленное на изучение мнения невакцинированного слоя населения Казахстана касательно добровольной вакцинации против COVID-19. Социологический опрос проведен в период с марта по май 2021 года среди жителей, не прошедших вакцинацию. При этом учитывались только такие критерии, как пол, возраст и место проживания (город/село), а религиозная принадлежность респондентов и профессия не учитывались. Разработанный нами опросник включал в себя 7 вопросов, направленных на оценку уровня информированности населения, а также изучения причин отказа от вакцинации против COVID-19.

В исследовании приняли участие 252 респондента, из них 60,7% (n=153) – женщины и 39,4% (n=99) мужчины. Средний возраст участников составил - 31,7 лет (SD=12,5). При этом средний возраст женщин был достоверно выше, чем у мужчин (у женщин - 33,8 (SD=12,5), а мужчин – 28,4 (SD=11,7), $p < 0,05$). Среди респондентов 105 (41,7%) были жителями города, а 147 (58,3%) – жители сельской местности. Более того средний возраст жителей села был достоверно выше, чем у городского населения (34,2±12,9 против 29,9±11,8, соответственно), $p < 0,05$. Распределение по полу в зависимости от места жительства не имела достоверных различий ($p = 0,844$).

Учитывая карантинные меры, введенные в стране, опрос проводился в режиме онлайн через платформу Google. Доступ к опроснику был

Гам-КОВИД-Вак (Спутник V, Российская Федерация), QazCovid-in (QazVac, Республика Казахстан) и VeroCell (Hayat-Vax, SinoPharm, Объединенные Арабские Эмираты).

Сегодня вакцинация доступна для всех слоев населения Казахстана, однако темпы вакцинации в стране все еще остаются невысокими. По данным различных открытых источников по изучению мнения населения относительно вакцинации против COVID-19 разделены: одни полностью поддерживают политику и готовы сами оплатить расходы, связанные с вакцинацией, другие - не желают давать согласие на проведение бесплатной вакцинации, а третьи - ждут заключения экспертиз по клинически доказанной эффективности определенных вакцин.

По нашему мнению, изучение мнения невакцинированного слоя населения страны поможет разработать дальнейшие мероприятия, направленные на оптимизацию работы по повышению эффективности системы здравоохранения в данном направлении.

Цель исследования: оценить отношение населения Республики Казахстан к добровольной вакцинации против COVID-19.

предоставлен по ссылке через социальную сеть WhatsApp. Опрос был проведен на государственном и русском языках. Дополнительные вопросы были заданы по телефону 34 респондентам, согласившимся на интервью.

Описательная статистика была выполнена с вычислением среднего (M) и стандартного отклонения (SD) для количественных переменных; проценты были рассчитаны для качественных переменных. Для оценки различий между переменными использовался критерий хи-квадрат или t-критерий независимой выборки. Для оценки ассоциаций независимых переменных был проведен логистический регрессионный анализ. Статистический анализ проводился с использованием Microsoft Excel и IBM SPSS Statistics 20.0. Статистически значимая разница принималась при значении p менее 0,05.

Исследование было проведено в рамках реализации дипломной работы соискателя степени бакалавра по специальности 5B110200 «Общественное здравоохранение» на тему: «COVID-19 қарсы вакцинацияға тұрғындардың көзқарасын бағалау». Разработанная нами анкета была рассмотрена и утверждена на заседании кафедры общественного здоровья и гигиены НАО «Медицинский университет Астана».

Результаты

В первую очередь были оценены общие знания населения о пользе вакцинации, чтобы определить уровень осведомленности населения. На вопрос «Может ли вакцинация быть наиболее эффективным способом борьбы с пандемией COVID-19?» 183 (72,6%) респондентов ответили отрицательно, только 13,1% (33) населения согласились, а 36 (27,4%) затруднились с ответом. При регрессионном анализе данный показатель не был связан с полом ($p=0,200$), и местом проживания ($p=0,929$). Однако мнение о том, что вакцинация является эффективным способом борьбы с пандемией была положительно связана с возрастом ($\beta=0,164$, $p<0,05$).

По результатам опроса 59,5% ($n=150$) респондентов отметили, что не до конца понимали информацию о вакцинации. А 17% респондентов, большая часть которых была представлена респондентами сельской местности указали, что информация о вакцинации не доступна. Более того отсутствие информации было предиктором мнения о неэффективности вакцинации ($\beta=0,364$, $p<0,05$).

Значительная часть опрошенных (83% ($n=103$)) отметили, что не планируют проходить процедуру вакцинирования против COVID-19. Несмотря на

Обсуждение

Результаты проведенного исследования показывают, что значительная часть опрошенных не решаются на добровольное прохождение процедуры вакцинации. По мнению участвующих это связано с нехваткой знаний о доказанной эффективности вакцин против COVID-19 и наличием сомнений касательно вреда вакцин на здоровье человека. Также обращает на себя тот факт, что основная доля респондентов-жителей сельской местности жаловались на малодоступность информации о вакцинах, применяемых в Казахстане на сегодняшний день. В целом, наши результаты показывают о том, что в Казахстане все еще наблюдается низкое общественное доверие к вакцинопрофилактике против COVID-19. Исследование, проведенное ранее в Казахстане в период с августа по ноябрь 2020 года, показало, что более трети респондентов считали себя нерешительными в отношении вакцины против COVID-19. Также было определено, что неуверенность в отношении вакцинации против COVID-19 была связана с полом, возрастом, семейным положением, наличием детей и страной происхождения вакцины [11]. Более позднее исследование, проведенное среди медицинских студентов в марте 2021 года показало, что 76% респондентов были нерешительны в своем отношении к вакцинации против COVID-19. Авторы также отметили следующие наиболее распространенные причины отказа от вакцинации: беспокойство по поводу возможных побочных эффектов вакцинации, отсутствие достаточных доказательств эффективности и безопасности, и качества вакцин, убеждение в том, что иммунная система справится с COVID-19 даже без вакцинации и отсутствие доверия к эффективности вакцинации против COVID-19 [12].

Доверие к эффективности вакцины в борьбе с пандемией было связано с возрастом респондентов, однако, стоит отметить, что средний возраст респондентов составил 32 года. В данном

то, что мнение об эффективности вакцинации не зависело от пола, респонденты мужского пола в большей степени были не согласны проходить вакцинацию от COVID-19 ($\chi^2=14,6$, $p<0,001$). Более того, место проживания было предиктором согласия на добровольную вакцинацию ($\beta=0,267$, $p<0,05$). Мнение о неэффективности вакцинации в борьбе с пандемией ($\beta=0,605$, $p<0,001$) и малодоступность информации о вакцинопрофилактике ($\beta=0,142$, $p<0,05$) были независимыми факторами, влияющими на решение граждан касательно прохождения вакцинации.

В ходе опроса были выявлены следующие причины отказа от вакцинации: страх о том, что вакцинации отрицательно скажется на здоровье (39%), недостаточность исследований, оценивающих эффективность и безопасность вакцины (30%) и отсутствие доверия к вакцинам против COVID-19 (31%). В то же время большинство участников выразили опасения по поводу обязательной вакцинации.

В исследовании также было выявлено, что отсутствие информации о вакцинации была независимым предиктором доверия к эффективности вакцины. В то же время, эффективность вакцинации было напрямую связано с положительным решением о вакцинации граждан. Из чего следует, что при правильном подходе к информированию населения и доказательном представлении информации об эффективности и безопасности вакцины, можно достичь более высокой приверженности граждан к вакцинации.

Во всем мире участились опросы общественного мнения о вакцинации против COVID-19. Результаты, полученные в данном исследовании, сопоставимы с результатами исследований многих авторов, которые сделали вывод о необходимости усиления мер по повышению информированности населения касательно применяемых вакцин [13,14]. По данным авторов, изучавших готовность жителей Циндао к вакцинации против коронавирусной инфекции в 2020 году и факторов, которые могут повлиять на их решение, из 2802 опрошенных 2284 (81,5%) заявили, что согласились бы пройти вакцинацию от COVID-19. При этом, данная группа опрошенных отметила, что они мониторят новости о вакцинах COVID-19 в средствах массовой информации, а именно о ходе клинических исследований по оценке эффективности. Кроме того, они обеспокоены безопасностью вакцины и чаще всего обращают внимание на мнения специалистов. Мнение населения касательно вакцинопрофилактики COVID-19 зависит от доступности опубликованных результатов научных исследований по оценке эффективности и безопасности вакцин, от уровня доступности определенных видов вакцин [15].

В результате анализа доступной литературы, нами были сгруппированы следующие факторы, влияющие на решение населения касательно

прохождения вакцинопрофилактики:

- недостаточная доступность результатов клинических испытаний;

- опасения по поводу побочных эффектов, связанных с наличием сопутствующих заболеваний;

- опасения по поводу отделенного вреда вакцины на здоровье человека.

В целом в мире наблюдается тенденция роста активности вакцинации против COVID-19. Хотя вакцинация не является обязательной ни в одной стране мира, эксперты рекомендуют вакцинировать большую часть взрослого населения, за исключением тех, у кого имеются противопоказания по состоянию здоровья [16].

Для оптимизации темпа вакцинации против COVID-19 необходимо разработать национальный план мероприятий, который включает в себя следующие аспекты, как:

- качественная информационная-разъяснительная работа, диалог с населением;

- управление информацией и данными касательно вакцинации;

Выводы

Разъяснительная работа по вакцинации против COVID-19 недоступна населению, особенно в сельской местности. Мы предполагаем, что основная причина отказа от добровольной вакцинации в том, что большинство населения считает, что эффективность вакцин против COVID-19 неполностью доказана и они обеспокоены побочными эффектами. Это, в свою очередь, требует проведения широкого

- стратегия вакцинации, основанная на результатах научно доказанной информации и этических принципов;

- нормативно-правовая база, направленная на упрощение доставки и раздачи вакцин;

- варианты предложенных услуг по иммунизации;

- мониторинг над безопасностью хранения вакцин;

- управление медицинскими отходами.

Таким образом, в формировании положительного отношения населения Казахстана к вакцинопрофилактике коронавирусной инфекции, ведущая роль должна быть отведена средствам массовой информации и социальным сетям. При этом, информация о вакцинации против COVID-19 должна включать данные о ходе клинических исследований по безопасности и эффективности используемых в стране вакцин, об их условиях транспортировки и хранения.

спектра активных мероприятий по повышению осведомленности населения со стороны организаций здравоохранения и различных общественных организаций для повышения общественного доверия к вакцинопрофилактике против COVID-19.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Пандемия коронавирусного заболевания (COVID-19). ЕвроВОЗ. Веб-сайт. [Дата обращения: 18 июля 2021 г.]. Режим доступа: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov>.
2. Pandemija koronavirusnogo zbolevanija (COVID-19). (Coronavirus disease (COVID-19) pandemic.) [in Russian]. EvroVOZ. Veb-sajt. [Data obrashhenija: 18 iyliya 2021 g.]. Rezhim dostupa: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov>.
3. Li Y.D., Chi W.Y., Su J.H., Ferrall L., et al. Coronavirus vaccine development: from SARS and MERS to COVID-19. *Journal of Biomedical Science*. BioMed Central Ltd. 2020; 27(1): 104. <https://doi.org/10.1186/s12929-020-00695-2>.
4. Excler J. L., Saville M., Berkley S., Kim J.H. Vaccine development for emerging infectious diseases. *Nature Medicine*. *Nature Research*. 2021; 27(4): 591-600. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01301-0>.
5. Темпы вакцинации в Казахстане остаются невысокими. Власть. Интернет журнал, 2021. [Дата обращения: 12 июля 2021 г.] Режим доступа: <https://vlast.kz/novosti/45074-tempy-vakcinacii-v-kazahstane-ostautsa-nevysokimi.html>.
6. Tempy vakcinacii v Kazahstane ostajutsja nevysokimi (Vaccination rates in Kazakhstan remain low) [in Russian]. Vlast'. Internet zhurnal, 2021. [Data obrashhenija: 12 iyliya 2021 g.] Rezhim dostupa: <https://vlast.kz/novosti/45074-tempy-vakcinacii-v-kazahstane-ostautsa-nevysokimi.html>
7. Байгенжеева Р., Шахметова М. Оценка мнения населения о вакцинопрофилактике // *InterConf. Recent scientific investigation* – 2020. – №1(37). – С. 837-842.
8. Bajgenzheeva R., Shahmetova M. Ocenka mnenija naselenija o vakcinoprofilaktike (Assessment of public opinion on vaccine prevention) [in Russian]. *InterConf. Recent scientific investigation*, 2020;1(37): 837-842.
9. Заляев А.Р., Мухарямова Л.М., Шаммазова Е.Ю. Вакцинация от COVID-19 в контексте общественного доверия // *Социальная политика и социология*. – 2020. – Т. 19. – №4. – С. 127. <https://doi.org/10.17922/2071-3665-2020-19-4-127-135>.
10. Zaijaev A.R., Muharjamatova L.M., Shammazova E.Ju. Vakcinacija ot COVID-19 v kontekste obshhestvennogo doverija (COVID-19 vaccination in the context of public trust) [in Russian]. *Social'naja politika i sociologija*, 2020; 19(4): 127. <https://doi.org/10.17922/2071-3665-2020-19-4-127-135>.
11. Sherman S.M., Smith L.E., Sim J., Amlôt R., et al. COVID-19 vaccination intention in the UK: results from the COVID-19 vaccination acceptability study (CoVAccS), a nationally representative cross-sectional survey. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 2021; 17(6): 1612-1621. <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1846397>.
12. Лутова Н.Б., Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г., Касьянов Е.Д. и др. Структура тревожных переживаний и стресс как факторы готовности к вакцинации против коронавирусной инфекции // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени ВМ Бехтерева*. – 2021. – Т. 55. – №2. – С. 52-61.

Lutova N.B., Mazo G.Je., Neznanov N.G., Kas'janov E.D. i dr. *Struktura trevozhnyh perezhivanij i stress kak faktory gotovnosti k vakcinacii protiv koronavirusnoj infekcii (Anxiety structure and stress as factors of readiness for vaccination against coronavirus infection) [in Russian]. Obozrenie psixiatrii i medicinskoj psixologii imeni VM Behtereva, 2021; 55(2): 52-61.*

9. Guidry J.P.D., Laestadius L.I., Vraga E.K., Miller C.A., et al. *Willingness to get the COVID-19 vaccine with and without emergency use authorization. Am J of Infection Control. 2021; 49(2):137-142. https://doi.org/10.106/j.ajic.2020.11.018.*

10. Wong L.P., Alias H., Wong P-F., Lee H.Y., Abubakar S. *The use of the health belief model to assess predictors of intent to receive the COVID-19 vaccine and willingness to pay. Human Vaccine & Immunotherapeutic, 2020; 16(9): 2204-2214. https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1790279.*

11. Issanov A., Akhmetzhanova Z., Riethmacher D., Aljofan M. *Knowledge, attitude, and practice toward COVID-19 vaccination in Kazakhstan: a cross-sectional study. Hum Vaccin Immunother. 2021; 17:10: 3394-3400. https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1925054.*

12. Aidos K. Bolatov, Telman Z. Seisembekov, Altynay Zh. Askarova, Dainius Pavalkis. *Barriers to COVID-19 vaccination among medical students in Kazakhstan: development, validation, and use of a new COVID-19 Vaccine Hesitancy Scale, Human Vaccines & Immunotherapeutics, 2021; https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1982280.*

13. Sattar N.S., Arifuzzaman S. *COVID-19 Vaccination Awareness and Aftermath: Public Sentiment Analysis on Twitter Data and Vaccinated Population Prediction in the USA. Applied Sciences, 2021; 11(13): 6128. http://dx.doi.org/10.3390/app11136128.*

14. Aw J., Seng J., Seah S., Low L.L. *COVID-19 Vaccine Hesitancy-A Scoping Review of Literature in High-Income Countries. Vaccines, 2021; 9(8): 900. https://doi.org/10.3390/vaccines9080900.*

15. Yang F., Li X., Su X., Xiao T., et al. *A study on willingness and influencing factors to receive COVID-19 vaccination among Qingdao residents. Human Vaccines & Immunotherapeutics, 2021; 17(2): 408-413. https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1817712.*

16. Raharja A., Tamara A., Kok L.T. *Association Between Ethnicity and Severe COVID-19 Disease: a Systematic Review and Meta-analysis. Journal of racial and ethnic health disparities, 2020; 1-10. https://doi.org/10.1007/s40615-020-00921-5.*

Қазақстан Республикасындағы COVID-19 қарсы ерікті вакцинациялау: тұрғындардың көзқарасы

Оразова Ф.Ұ.¹, Болатов А.К.², Гудым Е.Б.³, Жамиева Ж.Н.⁴

¹ Қоғамдық денсаулық және гигиена кафедрасының доценті, Астана медициналық университеті, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: galiyaorazova@gmail.com

² Астана медицина университеті. Ұлттық ана мен бала ғылыми орталығы, University Medical Center, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: bolatovaidos@gmail.com

³ Қоғамдық денсаулық және гигиена кафедрасының аға оқытушысы, Астана медициналық университеті, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: gudym.e@amu.kz

⁴ Қоғамдық денсаулық және менеджмент факультетінің бакалауы, Астана медициналық университеті, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: zhanmieva@gmail.com

Түйіндеме

Зерттеудің мақсаты: Қазақстан Республикасының тұрғындарының COVID-19 қарсы ерікті вакцинациялау туралы көзқарасын бағалау.

Әдістері. Зерттеу әлеуметтік сауалнамасының нәтижесіне сүйенген. Сауалнамаға вакцинациялаудан өтпеген тұрғындар қатысты. Респонденттердің жалпы саны – 252, оның 60,7% (n=153) және 39,4% (n=99) ерлер болды. Қатысушылардың орташа жасы 31,7±12,5 құрады.

Нәтижесі. Респонденттердің 84,5%-ы вакцинацияға қарсы болды, ал 8,3%-ы (n=11) жауап беруге қиналды. Біздің алған нәтижелеріміз бойынша қатысушылардың 38%-ы вакциналардың тиімділігі толық дәлелденбеген деп атап көрсетсе, ал 31%-ы COVID-19 қарсы вакциналар адам денсаулығына зиян деп санайды. Респонденттердің 17%-ы вакцинацияның пайдасы туралы түсіндірме жұмыстардың жеткіліксіздігін алға тартты және олардың басым бөлігі ауыл тұрғындары болды.

Қорытынды. COVID-19 қарсы вакцинацияның тиімділігі туралы түсіндірме жұмыстары ел тұрғындарына, әсіресе ауылдық жерде тұратын халыққа әлі де қолжетімді емес. Біздің пайымдауымызша, тұрғындардың ерікті вакцинациядан бас тартуының басты себебі – олардың COVID-19 қарсы вакциналардың тиімділігі толық дәлелденбеген және вакцинация адам денсаулығына зиян деген ұстанымда болуында. Бұл өз кезегінде ел тұрғындары арасында COVID-19 вакцинопрофилактикасына сенімділікті арттыру үшін денсаулық сақтау ұйымдары мен түрлі қоғамдық ұйымдар тарапынан белсенді ақпараттандыру іс-шаралары кеңінен жүргізілуі тиіс екенін нұсқайды.

Түйін сөздер: COVID-19, вакцинопрофилактика, әлеуметтік зерттеу, тұрғындардың көзқарасы.

Voluntary Vaccination Against COVID-19 in Kazakhstan: Opinion of the population

Galiya Orazova ¹, Aidos Bolatov ², Yelena Gudym ³, Zhanar Zhamiyeva ⁴

¹ Associate Professor of the Department of Public Health and Hygiene, Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan.
E-mail: galiyaorazova@gmail.com

² Astana Medical University; National Research Center for Maternal and Child Health, University Medical Center,
Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: bolatovaidos@gmail.com

³ Senior Lecturer of the Department of Public Health and Hygiene, Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan.
E-mail: gudym.e@amu.kz

⁴ Bachelor of the Public Health and Management Faculty, Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan.
E-mail: zhanmieva@gmail.com

Abstract

The aim of the study: to assess the attitude of the population of the Republic of Kazakhstan to voluntary vaccination against COVID-19.

Methods. The study is based on the results of a sociological survey conducted by the authors from March to May 2021. The survey was conducted among residents who have not been vaccinated against COVID-19. The total number of respondents is 252, of which 60.7% (n = 153) are women and 39.4% (n = 99) are men. The average age of the respondents was 31.7 ± 12.5 .

Results. In total 84.5% of respondents did not agree to receive the vaccine, and 8.3% found it difficult to answer. According to our data, 38% of respondents believe that the effectiveness of vaccination is not fully proven, and 31% are sure that vaccines against COVID-19 are harmful to human health. 17% of the respondents noted that information about the vaccine was not available, most of which were from the rural population.

Conclusions. Advocacy for COVID-19 vaccination is not available to the public, especially in rural areas. We hypothesize that the main reason for the rejection of voluntary vaccination is that the majority of the population believes that the effectiveness of vaccines against COVID-19 is incompletely proven and they can be harmful to health. Requires a wide range of active public awareness activities by health organizations and various public organizations to increase public confidence in COVID-19 vaccine prevention.

Key words: COVID-19, vaccine prevention, social research, public opinion.

<https://doi.org/10.32921/2225-9929-2021-3-43-54-58>
UDC 61:37; 615.1:37; 61:001.83(100)
IRSTI: 76.75.33; 76.01.17

Short Communication

The Experience of Strategic Partnership Between Başkent University and Semey Medical University on The Modernization of Medical Training

Aydan A. Özdemir ¹, M. Abdülkadir Varoğlu ², Haldun Müderrisoğlu ³,
Ali Haberal ⁴, Mehmet Haberal ⁵

¹ Department of Occupational Health and Safety, Vocational School of Health Sciences, Başkent University, Ankara, Turkey. E-mail: aydozdemir@baskent.edu.tr.

² Faculty of Economics and Administrative Sciences, Başkent University, Ankara, Turkey. E-mail: kvaroglu@baskent.edu.tr.

³ Department of Cardiology, Faculty of Medicine, Başkent University, Ankara, Turkey. E-mail: ihaldunum@gmail.com.

⁴ Department of Gynecologic Oncology, Faculty of Medicine, Başkent University, Ankara, Turkey. E-mail: ahaberal@baskent.edu.tr

⁵ Department of Transplant Surgery, Faculty of Medicine, Başkent University, Ankara, Turkey. E-mail: rectorate@baskent.edu.tr

Abstract

Since 1991 Kazakhstan has formed up a series of development projects regarding the modernization of the healthcare services. The formation of social health insurance and developments in medical education was followed by a Social Health Insurance Project to increase the accessibility, quality, and efficiency of health service delivery and reduce financial risks to the population caused by severe health problems. As a part of the Project, Semey Medical University and Başkent University became strategic partners to develop not only the education of the future medical doctors but also the management of the University Hospital. The project last for 21 months. Although pandemic restrictions caused some obstacles during the implementation of the project, all the tasks and activities were executed with a successful cooperation of the experts of both parties. The development of the curriculum, implementation of the Başkent University Medical Education Model, the modernization of the defined clinics as well as the development of the financial and strategic decision making of the governance were the main tasks of the project. The success of this partnership leads to new projects to enable the sustainability of the implemented models.

Keywords: Kazakhstan, Semey Medical University, Başkent University, Başkent University Medical Education Model, Medical Education, World Bank, Project Implementation, Modernization, Healthcare Services.

Corresponding author: Asst. Prof. Dr. Aydan A. Özdemir, Vocational School of Health Sciences, Başkent University.
Postal code: 06790
Address: Başkent University Bağlıca Campüs, Eskişehir Road 20th km., Rectorate, 1st Floor, Çankaya, Ankara, Turkey
Phone: +90-312-2466666
E-mail: aydozdemir@baskent.edu.tr

J Health Dev 2021; 3 (43): 54-58
Received: 10-06-2021
Accepted: 18-06-2021



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

Introduction

Kazakhstan started to develop all national operations according to the western forms soon after getting its independence by 1991 [1,2,3]. Especially the reforms on health care at all levels take an advance. In 2006, the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan launched the reform of medical education with a new curriculum promoting the development of student-centered methods of instruction. By 2011, the Ministry encouraged a competency and community-based curriculum, reflecting the national priorities in health care [4,5].

The formation of social health insurance and developments in medical education was followed by a Social Health Insurance Project to increase the accessibility, quality, and efficiency of health service delivery and reduce financial risks to the population caused by severe health problems.

As part of the primary project, the Strategic Partnership in the "modernization of University management processes and training of specialists in orthopedics and traumatology, radiology/nuclear medicine, and emergency care" was offered by Semey Medical University (SMU) to Baškent University (BU), Ankara, Turkey, in July 2018. The parties signed the project in November 2018, and the project got a start in January 2019.

The first half of the project was planned as a descriptive epidemiological study, which allowed the experts to see the whole picture. The second half was designed to restructure the existing model with necessary add-ons and changes to enable the proven "Baškent University Medical Education Model".

Since the project's central core is the Baškent University Medical Education Model, the steps that should be taken and the implementation process were put in detail to prevent any possible errors.

During the implementation phase, all hindered obstacles were handled successfully with the proper planning and fast-paced solution creation of both parties until the pandemic declaration of the World Health Organization. Since all borders were closed and the preventive health measures were alarmed, the planned face-to-face activities were forced to be executed online.

Despite the fact that COVID 19 Pandemic complicated the implementation phase, the project team of BU achieved all the expected outcomes and planned outputs that were launched by January 2019.

The Progress and the Completion Rate of the Project

The project was managed in three phases with two project teams (Figure 1). Under the supervision of the project manager, a team of key experts worked on the tasks, and an administrative unit followed up the project process. Every quarter the progress of the project was analyzed according to Key Performance Indicators, and the deviation of the timeline was calculated by the project management team. Regarding the results, the task leaders were informed about the issues, if any, and the

necessary interfering's took place. The assessment of the project at every quarter enabled project management to prevent the snowball effect and the smooth execution of the implementation phase. In order to identify the unexpected constraints faced by the key experts during the implementation, monthly meetings were held. During these meetings, the issues that came forward were discussed, and necessary actions were planned.



Figure 1 - The Phases of the Project Management

The project was finalized on time without any delay. All constraints, whether hindered or not, were solved with the harmonic work between the two parties. By March 2020, the indispensable challenges of the COVID-19 Pandemic caused a loss of seven active months, designed to monitor the activities and training mobility. As a result of restrictions, all field studies had to be canceled and performed at home via online meetings as well as trainings.

In the course of the project, there happen to be an intensive mobility process with 65 staff and 19 students in 14 months (Table 1). Regarding the professional education of the staff of SMU, a total of 150 trainings and 10 masterclasses took place (Table 2).

Table 1 - The distribution of the project mobility according to type and sex

Staff Mobility		Female	Male
Type of the staff	Dean	6	4
	Academic	30	21
	Administrative	2	2
Student Mobility			
Terms	2	4	2
	4	3	0
	5	3	0
	6	5	2

Throughout the project, the management team and key experts of BU submitted 308 reports comprising the analysis studies, the progress of the project, and monitoring activities.

Despite the Pandemic, the team of BU finalized the project with 100% achievement with their talent of agility and the quick response rate for the partner's (SMU) requests.

Table 2 - The distribution of the activities completed during the Project

Type of Activity	Number
Academic Staff Training	150
Masterclasses	30
Field Studies	29
Joint Research Projects	10

Project Outcomes

The Project outcomes gathered under 8 main tasks (Figure 2), with 56 activities were defined with time-based frames such as short-term (ST), medium-term (MT), and long-term (LT). The instancy of the outcome stated the timeline of the related work schedule. For instance, for the modernization of the SMU Process Management, the

ST outcomes were defined as the determination of the needs of the system while the clinic tasks of orthopedics, emergency medicine, and radiology/nuclear medicine the ST outcomes were the development of the immediate concerns such as the implementation of the tirage system.

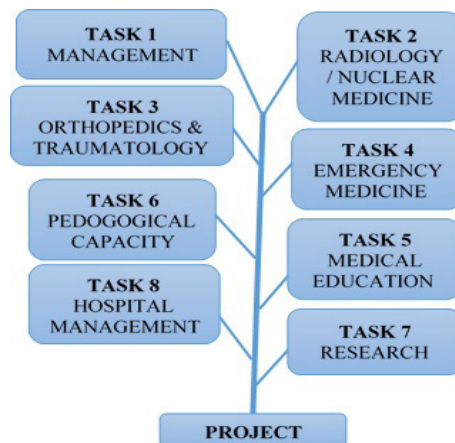


Figure 2 - The Project Tree

On clinical tasks (Tasks 2, 3, 4), the ST outputs were set forth as the implementation of the diagnostics and treatment models. Regarding management titled tasks (Tasks 1,8), ST's defined as the designation of the plans that were the desideratum, such as risk management, strategy planning, etc. The education-based tasks (5,6,7) stated capacity-building plans as ST outputs.

were mainly determined to sustain and stabilize the mainframe that was implemented. The development of SMU has been monitored since the finalization of the project to sustain the development.

The MT outputs were the main core of the project and attained during the process. However, LT outputs

Recommendations

The official/legislative regulations regarding research activities and academic medical programs are different from Western countries, which is a handicap for the modernization of the research and education activities at SMU and Kazakhstan.

The habits of senior professors regarding teaching activities and the financial habits of the administration should be taken into special consideration. They can be significant obstacles during the development of the modernization of Kazakhstan's higher education.

Regarding the project; the suggestions of the key experts of BU are as follows:

- Recognition of the importance of the experience in managing trauma patients is critical in the health care system.

Conclusion

The collaborative works should continue in future projects to enable the development, implementation, and sustainability of the Başkent University Medical Education Model. Through long-term cooperation and

- The implementation of key concepts for Orthopedics and Traumatology, Radiology/Nuclear Medicine, and Emergency Medicine is of utmost importance for the academic curriculum.

- Infrastructure, including histology and biomechanical labs, bioethics, and biostatistics departments, is mandatory for scientific research.

- Determining the desired content of continuing medical education is imperative for future training in medicine.

- All aspects of Orthopedics and Traumatology, Radiology/Nuclear Medicine, and Emergency Medicine with their subsections are final and necessary to have a complete treatment plan.

communication, joint training programs, and scientific projects, the development of the health care personnel and academic staff of both Semey Medical University and Kazakhstan will be finalized.

References

1. Hartley M., Gopaul B., Sagintayeva A., Apergenova R. Learning autonomy: Higher education reform in Kazakhstan. *Higher Education*, 2016; 72(3): 277-289. <https://doi.org/10.1007/s10734-015-9953-z>.
2. Kukeyeva F., Delovarova L., Ormysheva T., Davar A. Higher education and sustainable development in Kazakhstan. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2014; 122: 152-156. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.1318>.
3. Massyrova R., Tautenbaeva A., Tussupova A., Zhalalova A. et al. Changes in the higher education system of Kazakhstan. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2015; 185: 49-53. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.458>.
4. Amagoh F. An Assessment of Healthcare Reforms in Kazakhstan. *Research on Humanities and Social Sciences*, 2013; 3: 88-95.
5. Zhatkanbayeva A.E., Zhatkanbayev E.B., Tuyakbayeva N.S. The stages of the healthcare system reform of the Republic of Kazakhstan. *Central Asian Journal of Social Sciences and Humanities*, 2019; 2(1): 48-54.

Башкент университеті мен Семей медициналық университетінің медициналық білім беруді модернизациялау аясындағы стратегиялық серіктестік тәжірибесі

Aydan A. Özdemir ¹, M. Abdülkadir Varoğlu ², Haldun Müderrisoğlu ³,
Ali Haberal ⁴, Mehmet Haberal ⁵

¹ Еңбекті қорғау және қауіпсіздік техникасы департаменті, Мамандандырылған денсаулық туралы ғылым мектебі, Башкент университеті, Анкара, Түркия. E-mail: aydozdemir@baskent.edu.tr

² Экономика және әкімшілік ғылымдар факультеті, Башкент университеті, Анкара, Түркия.
E-mail: kvaroglu@baskent.edu.tr

³ Медицина факультетінің кардиология кафедрасы, Башкент университеті, Анкара, Түркия.
E-mail: ihaldunum@gmail.com

⁴ Гинекологиялық онкология бөлімі, Медицина факультеті, Башкент университетінің клиникасы, Анкара, Түркия.
E-mail: ahaberal@baskent.edu.tr

⁵ Трансплантология бөлімі, Медицина факультеті, Башкент университетінің клиникасы, Анкара, Түркия.
E-mail: rectorate@baskent.edu.tr

Түйіндеме

Қазақстанда 1991 жылдан бастап денсаулық сақтау жүйесін жаңғырту бойынша бірқатар жобалар жүзеге асырылып келеді. Әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесін қалыптастыру және медициналық білім беруді дамыту тұрғындарға көрсетілетін медициналық қызметтер сапасын, оның қолжетімділігін және тиімділігін арттыруға, сондай-ақ, тұрғындар үшін қаржылық тәуекелдерді төмендетуге бағытталған әлеуметтік медициналық сақтандыру жобасымен жалғасын тапты.

Семей медициналық университеті мен Башкент университеті тек медициналық білім беру саласында ғана емес, сонымен қатар, университет клиникасын басқаруды дамытуда стратегиялық серіктестерге айналды. Жоба 21 ай мерзім

ішінде жүзеге асырылды. Жобаны орындау барысында COVID-19 пандемиясы тудырған шектеулер мен кедергілерге қарамастан, барлық міндеттер мен жоспарланған іс-шаралар екі тарап сарапшыларының табысты ынтымақтастығының арқасында сәтті аяқталды.

Жобаның негізгі міндеттері оқу бағдарламаларын әзірлеу, Башкент университетінің медициналық білім беру моделін енгізу, университет клиникаларын жаңғырту, сондай-ақ, қаржылық және стратегиялық шешімдер қабылдау жүйесін дамыту болды. Сәтті ынтымақтастықтың нәтижесінде құрылған модельдердің жүзеге асырылуының тұрақтылығын қамтамасыз етуге бағытталған жаңа жобалар пайда болды.

Түйін сөздер: Қазақстан, Семей медициналық университеті, Башкент университеті, Башкент университетінің медициналық білім беру моделі, медициналық білім, Дүниежүзілік банк, жобаны жүзеге асыру, жаңғырту, денсаулық сақтау жүйесінің қызметтері.

Опыт стратегического партнерства между Университетом Башкент и Медицинским университетом Семей по модернизации медицинского образования

Aydan A. Özdemir ¹, M. Abdülkadir Varoğlu ², Haldun Müderrisoğlu ³,
Ali Haberal ⁴, Mehmet Haberal ⁵

¹ Департамент охраны труда и техники безопасности, Профессиональная школа наук о здоровье, Университет Башкент, Анкара, Турция. E-mail: aydozdemir@baskent.edu.tr

² Факультет экономики и административных наук, Университет Башкент, Анкара, Турция.
E-mail: kvaroglu@baskent.edu.tr

³ Кафедра кардиологии, Медицинский факультет, Университет Башкент, Анкара, Турция.
E-mail: ihaldunum@gmail.com

⁴ Отделение гинекологической онкологии, Медицинский факультет, Университетская клиника Башкент, Анкара, Турция. E-mail: ahaberal@baskent.edu.tr

⁵ Отделение трансплантологии, Медицинский факультет, Университетская клиника Башкент, Анкара, Турция.
E-mail: rectorate@baskent.edu.tr

Резюме

В Казахстане начиная с 1991 года реализован ряд проектов по модернизации системы здравоохранения. За формированием системы социального медицинского страхования и развитием медицинского образования последовал проект социального медицинского страхования, направленный на повышение качества, доступности и эффективности медицинских услуг, а также на снижение финансовых рисков для населения.

Медицинский университет Семей и Университет Башкент стали стратегическими партнерами по развитию не только медицинского образования, но и управления университетской клиникой. Реализация данного проекта заняла в общей сложности 21 месяцев. Несмотря на ограничения и препятствия, вызванные пандемией COVID-19 во время реализации проекта, все задачи и запланированные мероприятия были выполнены за счет успешного сотрудничества экспертов с обеих сторон.

Основными задачами проекта были разработка учебных программ, внедрение модели медицинского образования Университета Башкент, модернизация клиник, а также развитие системы принятия финансовых и стратегических решений. В результате успешного сотрудничества появились новые проекты, обеспечивающие устойчивость внедренных моделей.

Ключевые слова: Казахстан, Медицинский университет Семей, Университет Башкента, модель медицинского образования Башкентского университета, медицинское образование, Всемирный банк, реализация проекта, модернизация, услуги здравоохранения.

<https://doi.org/10.32921/2225-9929-2021-3-43-59-62>
УДК 61:001.4; 61(03); 61(075); 61:002
МРТИ: 76.01.33; 76.01.29

Обзор книги

Radosveta Dimitrova, Nora Wiium.
*Handbook of Positive Youth Development. Advancing Research,
Policy, and Practice in Global Contexts;*
Springer International Publishing (2021), pp. 659.
eBook ISBN: 978-3-030-70262-5;
DOI: 10.1007/978-3-030-70262-5;
Hardcover ISBN: 978-3-030-70261-8;
Series ISSN: 2570-0421

Radosveta Dimitrova, Nora Wiium (редакторы): Справочник по позитивному развитию молодежи: продвижение исследований, политики и практики в глобальном контексте

Болатов А.К.

Медицинский университет Астана. Национальный научный центр материнства и детства, University Medical Center, Nur-Султан, Казахстан. E-mail: bolatovaidos@gmail.com

Резюме / Ключевые положения

Концепция Позитивного Развития Молодежи (ПРМ) сформировалась в 1990-х годах и объединила в себя концепции устойчивости и пластичности человеческого развития, и интерес к сильным сторонам молодежи. Данная концепция была предложена в результате переоценки прежних подходов, которые были ориентированы на профилактику негативных явлений в молодежной среде и обучение молодежи жизненным навыкам. С точки зрения ПРМ необходимо основываться на приоритете развития позитивных возможностей и сильных сторон молодых людей через их участие в жизни общества. За последние 20 лет программа ПРМ была широко принята в практику международным сообществом. В то же время в Казахстане недостаточно научных данных по применению данной концепции.

В обзоре рассматривается Справочник по позитивному развитию молодежи: продвижение исследований, политики и практики в глобальном контексте (редакторы: Radosveta Dimitrova и Nora Wiium), изданный в 2021 году Springer International Publishing. Данный справочник раскрывает концепцию ПРМ в глобальном контексте, что позволит более эффективно подойти к вопросу развития молодежи Казахстана, как со стороны здравоохранения, так и со стороны образования и социального развития.

Ключевые слова: позитивное развитие молодежи, подростки, обзор книги, политика.

Corresponding author: Aidos Bolatov, Astana Medical University; National Research Center for Maternal and Child Health, University Medical Center, Nur-Sultan, Kazakhstan.
Postal code: Z10K8Y7
Address: Kazakhstan, Nur-Sultan city, Beybitshilik str., 49 a
Phone: +77776000096
E-mail: bolatovaidos@gmail.com

J Health Dev 2021; 3 (43): 59-62
Received: 05-09-2021
Accepted: 12-09-2021



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

Введение

Целью государственной молодежной политики Республики Казахстан является создание условий для полноценного духовного, культурного, образовательного, профессионального и физического развития молодежи, участия в процессе принятия решений, успешной социализации и направления ее потенциала на дальнейшее развитие страны [1]. Подростковое развитие предполагает сложное взаимодействие биологических, психологических и социальных отношений [2]. Подростковый возраст обычно рассматривается как период, в течение которого человек подвергается повышенному риску развития нездорового и небезопасного поведения [3]. Так, согласно результатам социологического опроса, проведенного Научно-исследовательским центром «Молодежь», 28,7% опрошенных молодых лиц с различной интенсивностью употребляют алкоголь, 9,7% - ежедневно курят, 2,9% указали, что когда-либо употребляли наркотические средства, и каждый 10-ый респондент не владел информацией об инфекциях, передающихся половым путем [4]. Более того согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2019 году распространенность суицида среди граждан Казахстана возрастом 15-24 года составила 16,98 на 100 000 населения [5].

При научном подходе к профилактике подобного поведения основное внимание уделяется выявлению факторов риска и защитных факторов подростков. На основе этого подхода за последние несколько десятилетий было создано множество исследовательских и профилактических программ. Тем не менее, чрезмерный акцент на проблемах развития подростков подвергается критике современных ученых [6]. Однако новая перспектива, основанная на позитивном развитии молодежи (ПРМ), начала проявляться в 1990-х годах. Модель ПРМ проистекает из критики давно существующей модели дефицита в подростковом возрасте и подчеркивает здоровое и целостное развитие, а не акцент на сокращении проблемного поведения, тем самым переопределяя развитие молодежи с более позитивной точки зрения, учитывая ресурсы, возможности и сильные стороны подростков [7-10].

В книге «Handbook of Positive Youth Development. Advancing Research, Policy, and Practice in Global Contexts» Radosveta Dimitrova и Nora Wiium изучают позитивное развитие молодежи с глобальной точки зрения [11]. Radosveta Dimitrova имеет степень PhD в области Психологии развития (Университет Триеста, Италия) и степень PhD в области кросс-культурной психологии (Тилбургский университет, Нидерланды). Она является лауреатом премии 2016 года для ученых Международного общества по изучению поведенческого развития (ISSBD) за выдающийся теоретический вклад и программные исследования в изучение поведенческого развития и распространение науки о развитии. Nora Wiium – ассоциированный профессор психологии развития на факультете психологии Бергенского университета, Норвегия, где она получила докторскую степень в области укрепления здоровья. С 2014 года она возглавляет международный проект по позитивному развитию молодежи, представляющий сотрудничество из более чем 30 стран, включая страны Африки, Азии, Австралии, Европы, Ближнего Востока, Северной и Южной Америки.

Данная книга фокусируется на крупных и недостаточно представленных культурных группах на шести континентах в рамках концепции ПРМ, охватывая такие географические регионы как: Европа, Азия, Африка, Ближний Восток, Австралия, Новая Зеландия, Северная Америка и Латинская Америка. В книге исследуются способы, с помощью которых активы развития, при их эффективном использовании, расширяют возможности молодежи для перехода к продуктивной и изобретательной взрослой жизни. Книга раскрывает ПРМ, ориентируясь на сильные стороны молодежи и ресурсы для развития оптимального благополучия. В книге рассматривается позитивное развитие молодых людей в различных культурных контекстах, для продвижения исследований, политики и практики, а также информирования о мероприятиях, которые способствуют дальнейшему процветанию и уменьшают шансы на нарушение развития молодежи. Книга представлена теоретическими перспективами и подтверждающими эмпирическими результатами, способствующие всестороннему пониманию ПРМ с комплексной, междисциплинарной и многонациональной точки зрения.

Данная книга по позитивному развитию молодежи в глобальном контексте является важным ресурсом для исследователей, ученых, клиницистов и других специалистов в области психологии развития, клинической детской и школьной психологии, общественного здравоохранения и профилактики, кросс-культурной психологии, детской и подростковой психиатрии, социальной работы, образовательной политики, антропологии, социологии, социальной психологии и всех взаимосвязанных дисциплин [11].

Хотя в западном контексте существуют множество программ ПРМ, исследования по данному подходу в казахстанском обществе немногочисленны. Как следствие данный справочник имеет перспективную ценность для казахстанского читателя. Во-первых, в справочнике имеются концептуальные и эмпирические основы знаний по ПРМ. Во-вторых, книга предоставляет данные о ПРМ в разных культурах и странах, в том числе среди стран, соответствующих экономическому уровню развития Казахстана. Наконец, в справочнике подчеркивается ценность применения теорий и исследований ПРМ к программам вмешательства для улучшения благополучия подростков и молодых людей.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии профессиональных или коммерческих интересов, имеющих отношение к данному обзору.

Литература

1. Закон Республики Казахстан. О государственной молодежной политике (с изменениями по состоянию на 07.07.2020 г.): принят 9 февраля 2015 года, № 285-V.
Zakon Respubliki Kazakhstan. O gosudarstvennoy molodezhnoy politike (s izmeneniami po sostoianiiu na 07.07.2020 g.) (Law of the Republic of Kazakhstan. On state youth policy (with changes as of 07.07.)) [in Russian]: priniat 9 fevralia 2015 goda, № 285-V.
2. Waid J., Uhrich M. A Scoping Review of the Theory and Practice of Positive Youth Development. *British Journal of Social Work*. Oxford University Press. 2020; 50(1): 5-24. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcy130>.
3. Qi S., Hua F., Zhou Z., Shek D.T.L. Trends of Positive Youth Development Publications (1995–2020): A Scientometric Review. *Applied Research in Quality of Life*. Springer Science and Business Media B.V. 2020; <https://doi.org/10.1007/s11482-020-09878-3>
4. Руднева Е.А., Кожобекова Д.А., Туреханова Б.К. Социологическое исследование «Молодежь Казахстана» // НИЦ «Молодежь». Нур-Султан. – 2020. – С. 146.
Rudneva E.A., Kozhabekova D.A., Turekhanova B.K. Sotsiologicheskoe issledovanie «Molodezh' Kazakhstana» (Sociological research "Youth of Kazakhstan") [in Russian]. NITs «Molodezh'». Nur-Sultan. 2020; 146.
5. Global health estimates: Suicide mortality rate (per 100 000 population). World Health Organization. Website. [Cited 22 July 2021]. Available from URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/suicide-mortality-rate-\(per-100-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/suicide-mortality-rate-(per-100-000-population))
6. Shek D.T.L., Sun R.C.F., Merrick J. Positive youth development constructs: Conceptual review and application. *The Scientific World Journal*. 2015; 8(2): 109-111 <https://doi.org/10.1100/2012/152923>.
7. Lerner R.M., Tirrell J.M., Dowling E.M., Geldhof G.J. et al. The end of the beginning: Evidence and absences studying positive youth development in a global context. *Adolescent Research Review*. 2019; 4(1): 1-14. <https://doi.org/10.1007/s40894-018-0093-4>.
8. Lerner R.M. *Liberty: Thriving and civic engagement among America's youth*. SAGE Publications, Inc. 2004; <https://www.doi.org/10.4135/9781452233581>.
9. Damon W. What Is Positive Youth Development? *Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 2004; 591(1): 13–24. <https://doi.org/10.1177/0002716203260092>.
10. Shek D.T., Dou D., Zhu X., Chai W. Positive youth development: current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*. 2019; 10: 131–141. <https://doi.org/10.2147/ahmt.s179946>.
11. Dimitrova R., Wiium M. *Handbook of Positive Youth Development. Advancing Research, Policy, and Practice in Global Contexts*. Springer International Publishing. 2021; 3-16. https://doi.org/10.1007/978-3-030-70262-5_1.

Radosveta Dimitrova, Nora Wiium (редакторлары): Жастардың позитивті дамуы бойынша нұсқаулық: Ғаламдық контексте зерттеулерді, саясатты және тәжірибені ілгерілету

Болатов А.К.

Астана медицина университеті. Ұлттық ана мен бала ғылыми орталығы, University Medical Center, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: bolatovaidos@gmail.com

Түйін/түйінді ойлар

Жастардың позитивті даму тұжырымдамасы (ЖГД) 1990 жылдары қалыптасты және адам дамуының тұрақтылығы мен икемділігі ұғымдарын, сонымен қатар, жастардың позитивті жақтарына қызығушылығын біріктірді. Бұл тұжырымдама жастар ортасындағы келеңсіз құбылыстардың алдын алуға және жастардың өмірлік дағдыларын үйретуге бағытталған бұрынғы тәсілдерді қайта бағалау нәтижесінде ұсынылды. ЖГД тұрғысынан жастардың қоғамға қатысуы арқылы олардың позитивті мүмкіндіктері мен оң жақтарын дамытудың басымдығына негізделуі қажет. Өткен 20 жылда ЖГД бағдарламасы халықаралық қоғамдастықта кеңінен қабылданды. Сонымен қатар, бұл модельді Қазақстанға қолдану туралы ғылыми мәліметтер өзінше жетіспейді.

Бұл шолуда 2021 жылы Springer International Publishing баспасында жарияланған «Жастардың позитивті дамуы бойынша анықтама: Ғаламдық контексте зерттеулерді, саясатты және тәжірибені ілгерілету» (редакторлары: Radosveta Dimitrova мен Nora Wiium) еңбегі талқыланды. Аталмыш нұсқаулық денсаулық сақтау жағынан да, білім беру мен әлеуметтік даму тұрғысынан да Қазақстандағы жастарды дамыту мәселесіне неғұрлым тиімді қарауға мүмкіндік беретін жаһандық контексте ЖГД тұжырымдамасын ашады.

Түйін сөздер: жастардың позитивті дамуы, жасөспірімдер, кітапқа шолу, саясат.

**Radosveta Dimitrova, Nora Wiium (Eds): Handbook of Positive Youth Development Advancing Research, Policy, and Practice in Global Contexts.
Book review**

Aidos Bolatov

Astana Medical University. National Research Center for Maternal and Child Health, University Medical Center, Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: bolatovaidos@gmail.com

Abstract/Key messages

The Concept of Positive Youth Development (PYD) was formed in the 1990s and combined the concepts of resilience and plasticity of human development, and an interest in the strengths of youth. This concept was proposed as a result of a reassessment of previous approaches, which were focused on the prevention of negative phenomena in the youth environment and teaching youth life skills. From a PYD perspective, it is necessary to build on the priority of developing the positive opportunities and strengths of young people through their participation in society. Over the past 20 years, the PYD program has been widely adopted by the international community. However, there is a lack of scientific data on the application of this concept in Kazakhstan.

The review looks at the Handbook of Positive Youth Development. Advancing Research, Policy, and Practice in Global Contexts (editors: Radosveta Dimitrova and Nora Wiium), published in 2021 by Springer International Publishing. This book reveals the concept of PYD in a global context, which will allow a more effective approach to the issue of youth development in Kazakhstan, both from the side of health care and from the side of education and social development.

Key words: *Positive Youth Development, teenagers, book review, politics.*

<https://doi.org/10.32921/2225-9929-2021-3-43-63-67>
УДК 61:001.83(100); 61:001.92
МРНТИ: 76.01.17; 76.01.39

Письмо редактору

Западная модель медицинского образования: Опыт применения в условиях автономии

Танкибаева Н.У. ¹, Исакова С.А. ²

¹ Профессор кафедры биомедицины, Медицинский университет Караганды, Казахстан.
E-mail: tankibaeva@kgmu.kz

² Заместитель руководителя Научно-исследовательский институт фундаментальной и прикладной медицины имени Б. Атачбарова, Казахский Национальный медицинский университет имени С.Ж.Асфендиярова, Алматы, Казахстан. E-mail: iskakova.saule@kaznmu.kz

Резюме

В рамках сотрудничества с Литовским университетом наук о здоровье в Казахском Национальном медицинском университете имени С.Ж.Асфендиярова проведено реформирование менеджмента администрации ВУЗа с внедрением цифрового документооборота «Сириус», который позволил административно-нормативные документы, переписку, оформление приказов, распоряжений перевести в цифровой вариант, ведущий к экономии средств и снижению трудозатрат, в режим цифровизации и автоматизации переведены часть научных процессов.

Для повышения качества образовательной деятельности создали эффективную систему внутреннего обеспечения качества, основанную на международных стандартах высшего и послевузовского образования. Процесс обучения опирается на высокие стандарты академической честности, которые активно поддерживаются со стороны студентов, преподавателей и административно-управленческого персонала ВУЗов.

Ключевые слова: медицинские образовательные программы, университетская автономия, внутреннее и внешнее обеспечение качества, академическая честность, академическая политика, студент-центрированный подход.

Corresponding author: Iskakova Saule, Deputy Head of the Scientific-research institute of fundamental medicine named after academician B. Atchabarov, Kazakh National Medical University named after S.Zh. Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan, Postal code: 050020
Address: Almaty, Kazakhstan, 94 Tole Bi Str.
Phone: +77015206573
E-mail: iskakova.saule@kaznmu.kz

J Health Dev 2021; 3 (43): 63-67
Received: 22-06-2021
Accepted: 12-07-2021



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

Введение

Высшие учебные заведения, в первую очередь университеты, все более адаптируются к новым условиям глобализации в обществе и стремятся к тесной интеграции в мировую научно-образовательную среду [1]. В Казахстане наряду с внутренними потребностями модернизации национальной системы образования эффективным внешним рычагом явились интернационализация и рост конкуренции на мировом рынке образовательных услуг.

Для повышения качества научно-образовательной деятельности отечественных вузов использовались опыт работы Назарбаев Университета (НУ) и Литовского университета наук о здоровье (LSMU - The Lithuanian University of Health Sciences), работавшего в рамках договора от 29 мая 2019 года. Был подписан контракт между Всемирным банком, Министерством здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) и LSU о «Стратегическом партнерстве по развитию академической системы здравоохранения и науки» на базе Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова (КазНМУ).

Для выполнения технического задания Всемирного банка был составлен план совместной работы LSU и КазНМУ на 2019-2021 годы, основными задачами которого являются:

- разработка и внедрение новых подходов к эффективному управлению и функционированию КазНМУ;

- разработка и внедрение модели академической системы здравоохранения и науки;

- совершенствование системы образования специалистов общей практики всех уровней;

- совершенствование системы обучения специалистов педиатрии по всем уровням;

- наращивание потенциала профессорско-преподавательского состава (ППС) и сотрудников КазНМУ, стремящегося стать национальным брендом и сочетающего в своих образовательных программах, технологиях обучения отечественные и мировые достижения.

Объединение научной и образовательной деятельности в составе исследовательского университета (по примеру западных ведущих университетов) помогает решить следующие задачи: повысить качество образования и подготовки научно-исследовательских кадров, обладающих современными знаниями на уровне новейших достижений науки и техники; привлечь и закрепить наиболее талантливых студентов в науке и образовании; повысить эффективность использования бюджетных средств, кадровых, материально-технических ресурсов ВУЗа при проведении фундаментальных и прикладных исследований и подготовке научных кадров; активизировать взаимоотношения бизнес-структур с ВУЗовской наукой, процессы коммерциализации результатов научных исследований и разработок и трансферта новых технологий в реальный сектор экономики.

Для выполнения поставленных задач, в рамках программы Erasmus+, были подписаны договоры с ВУЗами Европы: Финляндии, Литвы, Испании, Эстонии. Заключены договора о сотрудничестве

с университетами 34 стран. В настоящее время КазНМУ является институциональным членом 7 международных ассоциаций. КазНМУ – один из учредителей Лиги «Академической честности», целью которой является повышение качества образования.

На данный момент по основным индикаторам научно-исследовательской деятельности показатели КазНМУ последние годы стабильно занимают первые места.

Выполняются научные проекты, финансируемые международными организациями и фондами (Международный центр Фогарти Национальных институтов здоровья США, Министерство обороны Федеративной Республики Германия, Польское национальное агентство по академическому обмену).

Анализ материалов и отчетов показал, что по основным показателям научная работа в КазНМУ не только сохранила достигнутый за предшествующие годы уровень, но и тенденции ее развития были поступательно позитивными.

Таким образом, КазНМУ занимает достойное место в рейтинге медицинских ВУЗов Республики Казахстан. Например: в прошлом 2019 году КазНМУ занимал первое место по рейтингу Республиканского центра здравоохранения (нынешнее наименование организации - Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой) среди медицинских ВУЗов Казахстана

Одним из основных направлений научно-исследовательской деятельности является – проведение фундаментальных и прикладных научных исследований, которые являются основой разработки инноваций.

В числе основных задач и перспектив развития научно-исследовательской деятельности в КазНМУ стоит решение аспектов более широкого привлечения обучающихся к научным проектам, задействование не только государственных бюджетных ресурсов, но и средств частных инвесторов, бизнес-структур, создание центра коммерциализации при КазНМУ, что приведет к организации малых предприятий, занятых производством на основе технологических разработок отечественных ученых.

Пути решения поставленных задач включают информационное обеспечение и цифровизацию процессов, приглашение специалистов из-за рубежа, обновление оборудования и другие условия, способствующие передаче знаний и навыков; разработка политики (кадровая, информационная, в области менеджмента качеством и управления рисками и так далее) и четкое определение имеющихся бизнес-процессов в КазНМУ (научный, образовательный, клинический), непрерывная работа по разработке и совершенствованию стандартизированных операционных процедур в каждом из бизнес-процессов и в увязке их между собой.

Использование опыта лучших отечественных и зарубежных ВУЗов для трансфера и обеспечения научно-образовательной деятельности

В 2019 году Постановлением Правительства Республики Казахстан от 27 июня 2019 года №453 «О присвоении статуса исследовательского университета некоммерческим акционерным обществам

«Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», «Медицинский университет Караганды» и утверждении их программ развития» [2] присвоен статус исследовательского университета. Опыт НУ и LSMU был использован при форматировании отечественных исследовательских университетов. К примеру, в рамках договора с Всемирным банком с 2015 по 2020 года были проведены обучающие семинары по повышению квалификации и переподготовки кадров КазНМУ, в НУ приняли участие сотрудники и ППС ряда медицинских ВУЗов Казахстана, в том числе Медицинским университетом Караганды (МУК).

В рамках сотрудничества с LSMU в КазНМУ проведено реформирование менеджмента администрации ВУЗа с внедрением дистанционного образования. Многие базовые не медицинские образовательные программы переводятся в дистанционный режим обучения. Например, в сферу автоматизации переведены следующие пункты:

- онлайн регистрация и прием документов абитуриентов для поступления в КазНМУ по всем уровням образования, в том числе иностранных граждан;

- выбор и запись на элективные дисциплины;

- прием заявок, обучающихся на участие в конкурсе на вакантные образовательные гранты и организация конкурса;

- прием заявок и выдача справок, транскриптов, обходных листов и др. обучающимся с подписанием электронной цифровой подписью;

- прием заявок и предоставление мест в общежитиях обучающимся в режиме онлайн с подписанием договора;

- услуги по приему пациентов и оказанию медицинской помощи с «безбумажным» ведением документации в единой информационной системе;

- система Helpdesk на основе web-заявок для ППС, подача заявок на получение УДК для публикации в онлайн режиме и др.;

- предоставление государственных услуг (выдача дубликата диплома, прием и зачисление в ВУЗ и др.)

В КазНМУ подключены 834 точки доступа к сети Интернет, скорость доступа к сети Интернет увеличена до 500 Мбит/с. Установлено 172 IP камеры наружного и внутреннего наблюдения.

Кроме этого при проведении научных исследований в КазНМУ и МУК многие научные процессы переведены в режим цифровизации и автоматизации, обучающиеся резиденты, магистранты, докторанты привлекаются к процессам реализации научно-исследовательских работ. В основу научной деятельности студентов закладывается участие совместно с научным руководителем в внутривузовских конкурсах (ВВГ), как самый перспективный для реализации научного исследования.

Персонифицированное, студент-центрированное обучение требует вовлечения в учебный процесс и его оценку все заинтересованные стороны, в том числе и самих студентов. В университетах существует эффективная и постоянная обратная связь, обязательное рецензирование образовательных программ со

стороны администрации, различных образовательных комитетов и зарубежных стратегических партнеров. Все преподаватели активно работают в составе научных комиссий и комитетов при Сенате что позволяет обеспечить понимание, поддержку и эффективное качественное развитие научно-исследовательских и программ.

Повышается уровень soft-skill обучающихся разного уровня в Университете для использования таких программ дистанционного формата как Cisco Wedex, Zoom, Sirius, Skype, Turnitin, IBM SPSS и т.д.

Заслуживают более широкого распространения такие стороны деятельности Университета, которые эффективно влияют на развитие качества образования и могут служить примером для ретрансляции в другие медицинские вузы и в систему высшего и послевузовского образования в целом. К таким возможным ретрансляциям можно отнести:

- увеличение и акцентирование профессиональной практики по уходу за пациентами в клиниках и лечебных учреждениях, во время пандемии получило развитие волонтерское движение среди студентов последних курсов [10];

- рейтинг различных подразделений университета через программу Monkey Survey позволяет оценивать академическую, научную, образовательную активность и степень удовлетворенности участников всех сторон учебного, исследовательского и лечебного процесса в ВУЗах;

- обязательное проведение онлайн семинаров для докторантов/магистрантов (с участием сотрудников и ППС из числа молодых ученых, ответственных по магистратуре);

- обязательное наличие сертификатов о повышении квалификации у членов Локального этического комитета.

Предлагаются несколько инновационных решений: онлайн-тренинги, вопросы, телеконференции вместо очных лекций, привлечение резидентов к телемедицине в клиниках, занятия в симуляционном центре и упрощенные задания по видеозаписям. Благодаря волонтерскому движению при оказании помощи в ковидных центрах многие обучающие получили практический опыт ухода за пациентами, что смягчило потери при онлайн обучении. Эти инновационные решения, использующие технологии могут помочь в преодолении образовательного разрыва для хирургических ординаторов во время этого беспрецедентного положения. В этом году мы внедрились новые стратегии использования технологий в дополнение к нынешним стратегиям в области образования.

Получили распространение вебинары и семинары с подготовленными презентациями по разным разделам медицины, можно получить некоторые видеоматериалы по интернету для просмотра в любое время по желанию обучающегося. разумно иметь 2 отдельных варианта для разных курсов резидентов.

Кроме того, мы имеем в использовании социальную сеть на базе Facebook группа под названием «Наука молодых», предоставляющие новости по научным процессам в ежедневном формате, где можно провести обсуждения без личного контакта, с момента своего создания в июле

2015 года на членство поднялось до 737 человек, в недавнем опросе 100% участников нашли платформу полезной и многие использовали ее в своей будущей подготовке.

Внедряется формат телеконференции для традиционных республиканских научных конференций для молодых ученых с международным участием, с использованием коммерческой программы онлайн Cisco Webex которые бесплатны для пользователей с оплаченным институциональным счетом. Он позволяет магистрантам, докторантам и сотрудникам иметь прямой видеоканал, чтобы лектор мог посмотреть, кто в настоящее время присутствует, посмотреть отзывы обучающихся, и задавать вопросы конкретной аудитории, что дает ощущение личной встречи на безопасном расстоянии. По большей части пользователи входят в систему с компьютеров, но также доступна со смартфона и планшетов, и позволяют учащемуся обращаться из любого места. Аналогичные возможности могут быть доступны через различные платформы, в том числе Zoom, Cisco Webex, Skype. Кроме того, этот формат позволяет нам записывать все конференции (кроме некоторых). После записи часть конференции хранятся на облачном аккаунте, доступном для всех обучающихся для последующего рассмотрения.

Проводится цикл лекций каждую неделю в четверг с 24 до 1400 чел. на протяжении 3-х месяцев, при этом присутствует как профессорско-преподавательский состав, так и резиденты. В связи с проведением самокарантина и предусмотренными изменениями в штатном расписании более половины участников были дома во время конференц-встречи. Заседание состояло из заранее подготовленного лекционной дискуссии с PowerPoint слайдами в

интерактивном формате. Опрос после 45-минутной сессии показал, что сотрудники и ППС довольны форматом, и были заинтересованы в дальнейшем дистанционном посещении. Платформа, где пользователи могут задавать вопросы через функцию живого чата. Существуют конечно проблемы с невысокой скоростью соединений и некоторой задержке картинки, но при совместном использовании с технически подготовленными сотрудниками эти проблемы нивелируются.

Безусловно, существуют потенциальные проблемы с таким подходом. К примеру, сотрудники или обучающиеся с ограниченным доступом к Интернету и технологическими возможностями, установление контакта с лектором или преподавателями без личных встреч, отсутствие физического осмотра, и двусмысленность в отношении информационной безопасности.

Одним из ограничений является количество видеобиблиотек, которые сильно различаются по содержанию и качеству, с особым беспокойством по поводу качества свободно доступных видеоматериалов на таких платформах, как YouTube. Многие медицинские сообщества предлагают альтернативу таким подходам, обеспечивая свободный доступ к видео-библиотекам операций, и поощряют преподавателей к тому, чтобы они делились своими ресурсами с программами по всей стране. В КазНМУ и МУК поощряется сотрудничество и коллаборации с другими организациями как международного, так и республиканского уровня, в частности в форме регионализации образовательных телеконференций и обеспечения доступа к близлежащим объектам учреждения для обеспечения доступа к высококачественному образованию [11].

Выводы

Таким образом, для повышения качества образовательной деятельности Казахский Национальный медицинский университет имени С.Ж. Асфендиярова и Медицинский университет Караганды создали эффективную систему внутреннего обеспечения качества, основанную на международных стандартах высшего и послевузовского образования.

Процесс обучения опирается на высокие стандарты академической честности, которые активно поддерживаются со стороны студентов, преподавателей и административно-управленческого персонала ВУЗов.

Конфликт интересов: отсутствуют.

Литература

1. Абрамов В.Л. Проблема вхождения российской высшей школы в общеевропейское пространство // Знание. Понимание. Умение. 2006. - №6. - С.28.
Abramov V.L. Problema vkhozheniia rossijskoi vysshei shkoly v obshcheevropeiskoe prostranstvo (The problem of the entry of Russian higher education into the common European space) [in Russian]. Znanie. Ponimanie. Umenie, 2006; 6: 28.
2. Постановление Правительства Республики Казахстан. О присвоении статуса исследовательского университета некоммерческим акционерным обществам «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», «Медицинский университет Караганды» и утверждении их программ развития; 27 июня 2019 года, №453.
Postanovlenie Pravitel'stva Respubliki Kazahstan. O prisvoenii statusa issledovatel'skogo universiteta nekommercheskim akcionernym obshhestvam «Kazahskij nacional'nyj medicinskij universitet imeni S.D. Asfendijarova», «Medicinskij universitet Karagandy» i utverzhenii ih programm razvitiia (Resolution of the Government of the Republic of Kazakhstan. On assigning the status of a research university to non-profit joint-stock companies "Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov", "Karaganda Medical University" and the approval of their development programs) [in Russian]; 27 ijunja 2019 goda, №453.

Медициналық білім берудің батыстық үлгісі: Автономиялық жағдайда жұмыс жасау тәжірибесі

Танкибаева Н.У.¹, Искакова С.А.²

¹ Биомедицина кафедрасының профессоры, Қарағанды медициналық университеті, Қарағанды, Қазақстан.
E-mail: tankibaeva@kgmu.kz

² Б. Атчабаров атындағы Іргелі және қолданбалы медицинаның ғылыми-зерттеу институты бастығының орынбасары, С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы Қазақстан.
E-mail: iskakova.saule@kaznmu.kz

Түйіндеме

Литва денсаулық ғылымдары университетімен ынтымақтастық шеңберінде С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университетінде «Сириус» цифрлық құжат айналымын енгізумен жоғары оқу орны әкімшілігінің менеджментін реформалау жүргізілді. Бұл әкімшілік-нормативтік құжаттарды, хат алмасуды, бұйрықтарды, өкімдерді ресімдеуде қаражатты үнемдеуге және еңбек шығындарын азайтуға әкелетін цифрлық нұсқаға аударуға, цифрландыру және автоматтандыру режиміне ғылыми процестердің бір бөлігін аударуға мүмкіндік берді.

Білім беру қызметінің сапасын арттыру үшін жоғары және жоғары оқу орнынан кейінгі білім берудің халықаралық стандарттарына негізделген Ішкі сапаны жоғарылатуды қамтамасыз етудің тиімді жүйесін құрды. Оқу үрдісі жоғары оқу орындарының студенттері, оқытушылары мен әкімшілік-басқарушы қызметкерлер тарапынан белсенді қолдау көрсетілетін академиялық адалдықтың жоғары стандарттарына сүйенеді.

Түйін сөздер: медициналық білім беру бағдарламалары, университет дербестігі, ішкі және сыртқы сапаны қамтамасыз ету, академиялық адалдық, академиялық саясат, студент-орталықтанған тәсіл.

Western Model of Medical Education: Experience of Application in the Conditions of Autonomy

Tankibayeva Neila¹, Iskakova Saule²

¹ Professor of the Department of Biomedicine, Medical University of Karaganda, Kazakhstan, Karaganda, E-mail: tankibaeva@kgmu.kz

² Deputy Head of the Scientific-research institute of fundamental medicine named after academician B. Atchabarov, Kazakh National Medical University named after S.Zh. Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan. E-mail: iskakova.saule@kaznmu.kz

Abstract

Within the framework of cooperation with Lithuanian University of Health Sciences, Kazakh National Medical University named after S.Zh. Asfendiyarov reformed the management of the university administration with the introduction of digital document management "Sirius", which allowed administrative and regulatory documents, correspondence, execution of orders, orders to be digitalized, leading to cost savings and reduction of labor costs; some scientific processes have been transferred to the digitalization and automation mode. Many basic non-medical educational programs are also transferred to the distance learning mode. Resident students, undergraduates, doctoral students are involved in the processes of research; the basis of the scientific activities of students is laid participation together with the supervisor in the intramural competitions, as the most promising for the implementation of scientific research.

To improve the quality of educational activities, an effective system of internal quality assurance was created, based on international standards of higher and postgraduate education. The learning process is based on high standards of academic integrity, which are actively supported by the students, teachers and administrative and managerial staff of the universities.

Keywords: medical educational programs university autonomy, internal and external quality assurance, academic integrity, academic policy, student-centered approach.

МАЗМҰНЫ

Койков В.В.

Ұлттық денсаулық сақтау жүйесінде дәлелді ақпараттандырылған саясатты институционализациялау үшін білімді аудару платформасының рөлі 4

Тұрғамбаева А.Қ., Иманова Ж.А., Төлегенова А.М.

Қазақстандағы ауылдық жерлердегі денсаулық сақтау саласының мәселелері мен тенденциялары (Әдеби шолу) 13

Маханова С.Ш., Секенова Р.Қ.

Глаукомамен күресу: мәселенің әлемдегі және Қазақстандағы жағдайы 18

Айнабекова А.М., Ағибаева Д.С., Данбаева С.С.

Скринингтік бағдарламалар туралы шешім қабылдаудың ұтымды процесі қандай болуы керек? 26

Тұлеубаева А.Қ., Оспанова Ж.С., Қайдар Э.Қ.

Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтау ұйымдарын материалдық-техникалық жабдықтау 35

Тұрмағанбет Т.Ә.

Қазақстан Республикасының Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының басқару жүйесін талтау 41

Оразова Ф.Ұ., Болатов А.Қ., Гудым Е.Б., Жамиева Ж.Н.

Қазақстандағы COVID-19 қарсы ерікті вакцинациялау: тұрғындардың көзқарасы 48

Aydan A. Özdemir, M. Abdülkadir Varoğlu, Haldun Müderrisoğlu, Ali Haberal, Mehmet Haberal

Башкент университеті мен Семей медициналық университетінің медициналық білім беруді модернизациялау аясындағы стратегиялық серіктестік тәжірибесі 54

Болатов А.Қ.

Radosveta Dimitrova, Nora Wiium (редакторлары): Жастардың позитивті дамуы бойынша нұсқаулық: Ғаламдық контексте зерттеулерді, саясатты және тәжірибені ілгерілету 59

Танкибаева Н.У., Искакова С.А.

Медициналық білім берудің батыстық үлгісі: Автономиялық жағдайда жұмыс жасау тәжірибесі 63

СОДЕРЖАНИЕ

Койков В.В.

Роль платформы практического применения знаний для институционализации формирования политики с учетом фактических данных в Национальной системе здравоохранения 4

Тургамбаева А.К., Иманова Ж.А., Тулегенова А.М.

Сельское здравоохранение Казахстана: проблемы и тенденции (Обзор литературы) 13

Маханова С.Ш., Секенова Р.К.

Борьба с глаукомой: состояние вопроса в мире и в Казахстане 19

Айнабекова А.М., Агибаева Д.С., Данбаева С.С.

Каким должен быть рациональный процесс принятия решения о скрининговых программах? 26

Тулеубаева А.К., Оспанова Ж.С., Кайдар Э.К.

Материально-техническое оснащение организаций здравоохранения в Республике Казахстан 35

Тұрмагамбет Т.Ә.

Анализ системы управления Фонда социального медицинского страхования Республики Казахстан 41

Оразова Ф.Ұ., Болатов А.К., Гудым Е.Б., Жамиева Ж.Н.

Добровольная вакцинация против COVID-19 в Казахстане: мнение населения 48

Aydan A. Özdemir, M. Abdülkadir Varoğlu, Haldun Müderrisoğlu, Ali Haberal, Mehmet Haberal

Опыт стратегического партнерства между Университетом Башкент и Медицинским университетом Семей по модернизации медицинского образования 54

Болатов А.К.

Radosveta Dimitrova, Nora Wiium (редакторы): Справочник по позитивному развитию молодежи: продвижение исследований, политики и практики в глобальном контексте 59

Танкибаева Н.У., Искакова С.А.

Западная модель медицинского образования: Опыт применения в условиях автономии 63