Journal of Health Development

JHD

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

Number 53 2023
Special issue

Astana, 2023

ISSN: 2663-1776 online
ISSN: 2663-1768 print
Special Issue (53) 2023
Издается с 2011 года

EDITORIAL

Бас редактор
КулкаеваГүлнар Өтепбергенқызы
Қауымдастырылған редактор
Оразова Ғалия Ұзаққызы

Главный редактор
Кулкаева Гульнара Утепбергеновна
Ассоциированный редактор
Оразова Галия Узаковна

Editor-in-Chief
Kulkayeva Gulnara
Associate Editor
Galiya Orazova

EDITORIAL COUNCIL

Койков Виталий Викторович (Қазақстан)
Antonio Sarria-Santamera (Қазақстан)
Гаипов Абдужаппар Эркинович (Қазақстан)
Гржибовский Андрей Мечиславович (Қазақстан)
Жүсіпов Бауыржан Сәбитұлы (Қазақстан)
Жұмаділов Жақсыбай Шаймарданұлы (Қазақстан**)**
Игісін Нұрбек Сағынбекұлы (Қазақстан**)**
Құлжанов Мақсұт Кәрімұлы (Қазақстан)
Локшин Вячеслав Нотанович (Қазақстан**)**
Massimo Pignatelli (Қазақстан)
Нұрғожин Талғат Сейітжанұлы (Қазақстан)
Шарман Алмаз Төрегелдіұлы (Қазақстан**)**

Койков Виталий Викторович (Казахстан)
Antonio Sarria-Santamera (Казахстан)
Гаипов Абдужаппар Эркинович (Казахстан)
Гржибовский Андрей Мечиславович (Казахстан)
Жусупов Бауржан Сабитович (Казахстан)
Жумадилов Жаксыбай Шаймарданович (Казахстан)
Игісін Нұрбек Сағынбекұлы (Казахстан)
Кульжанов Максут Каримович (Казахстан)
Локшин Вячеслав Нотанович (Казахстан)
Massimo Pignatelli (Казахстан)
Нургожин Талгат Сейтжанович (Казахстан)
Шарман Алмаз Торегельдиевич (Казахстан)

Vitaliy Koikov (Kazakhstan)
Antonio Sarria-Santamera (Kazakhstan)
Abduzhappar Gaipov (Kazakhstan)
Andrey Grzhibovsky (Kazakhstan)
Baurzhan Zhussupov (Kazakhstan)
Zhaksybay Zhumadilov (Kazakhstan)
Nurbek Igissin (Kazakhstan)
Maksut Kulzhanov (Kazakhstan)
Vyacheslav Loskshin (Kazakhstan)
Massimo Pignatelli (Kazakhstan)
Talgat Nurgozhin (Kazakhstan)
Almaz Sharman (Kazakhstan)

EDITORIAL BOARD

Абдуажитова Әсел Мұратқызы
Абдрахманова Айгүл Ортайқызы
Аканов Аманғали Балтабекұлы
Абдулдаева Айгүл Абдулдақызы
Бахтиярова Әйгерім Жорақызы
Бейсбекова Арайлым Қайратқызы
Болатов Айдос Қанатұлы
Құдайбергенова Эльмира Шәкірханқызы
Мусина Айман Аяшқызы
Табаров Әділет Берікболұлы
Тұрғамбаева Әсия Қайырбайқызы
Сарымсақова Бақыткүл Еркешқызы
Сыздықова Аймура Сайлавбайқызы
Умралин Тимур Болатұлы

Абдуажитова Асель Муратовна
Абдрахманова Айгуль Ортайевна
Айтуарова Дана Ерлановна
Абдулдаева Айгуль Абдулдаевна
Бахтиярова Әйгерім Жорақызы
Бейсбекова Арайлым Кайратовна
Булатов Айдос Канатович
Кудайбергенова Эльмира Шакирхановна
Мусина Айман Аяшевна
Табаров Адлет Берикболович
Тургамбаева Асия Кайрбаевна
Сарымсакова Бахыткуль Еркешовна
Сыздыкова Аймура Сайлавбаевна
Умралин Тимур Болатович

Assel Abduazhitova
Aigul Abdrakhmanova
Amangali Akanov
Aigul Abduldayeva
Aigerim Bakhtiyarova
Araylym Beisbekova
Aidos Bulatov
Elmira Kudaibergenova
Aiman Mussina
Adlet Tabarov
Assiya Turgambayeva
Bakhytkul Sarymsakova
Aimura Syzdykova
Timur Umralin

Подписано к печати 25 декабря 2023 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 переучет №16659-Ж от 06.09.2017 год.

Редакцияның мекен-жайы:
Journal of Health Development
Z00T6E0
Қазақстан, Астана қ.
Иманов көшесі, 11
Тел.: +7 (7172) 700 950
E-mail: editor.journalhd@gmail.com
Веб-сайт: www.jhdkz.org

Адрес редакции:
Journal of Health Development
Z00T6E0
Казахстан, г. Астана
ул. Иманова, 11
Тел.: +7 (7172) 700 950
E-mail: editor.journalhd@gmail.com
Веб-сайт: www.jhdkz.org

Editorial Office:
Journal of Health Development
Z00T6E0
Kazakhstan, Astana city
Imanov Str, 11
Tel.: +7 (7172) 700 950
E-mail: editor.journalhd@gmail.com
Website: www.jhdkz.org

JOURNAL
OF
HEALTH DEVELOPMENT

рецензируемый научно-практический журнал

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

Астана 2023

https://doi.org/10.32921/2225-9929-2023-53-4-14
УДК 61:331.108; 614.253
МРНТИ 76.01.79

Policy Brief

Анализ исследования основных факторов, влияющих на решение молодых специалистов о выборе места трудоустройства

Кулкаева Г.У.[1], Темекова З.М. [2], Демушкан О.Ю. [3], Өмірхан Ж.Б. [4], Бисагалиева А.Т. [5]

[1] *Председатель правления, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: g.kulkayeva@nrchd.kz*

[2] *Заместитель председателя правления, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан.E-mail: z. temekova@nrchd.kz*

[3] *Руководитель Национальной обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: olga.demushkan@nrchd.kz*

[4] *Главный специалист Национальной обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: zh.omyrkhan@nrchd.kz*

[5] *Ведущий специалист Национальной обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: a.bissagaliyeva@nrchd.kz*

Резюме / Ключевые положения

Сельские территории Казахстана сталкиваются с дефицитом медицинских кадров в области здравоохранения, что оказывает воздействие на доступность и качество оказания медицинской помощи. Существующая проблема усугубляется не только отсутствием медицинских специалистов, но также нежеланием молодых выпускников трудоустроиться в сельских медицинских учреждениях.

По мнению большинства исследователей, существует ряд факторов, таких как недостаточная развитость сельской и медицинской инфраструктуры, повышенная нагрузка на работников, неблагоприятные условия труда, отсутствие возможностей для отдыха и другие аспекты. Для решения проблемы дефицита кадров в мире активно разрабатываются и внедряются стратегии, направленные на привлечение и удержание специалистов в сельских районах.

Учитывая, что мотивация медицинских работников зависит от комплекса взаимосвязанных факторов, необходимо правильно сочетать различные мероприятия для эффективного привлечения и удержания медицинских кадров.

Цель исследования. Данная аналитическая справка предназначена для лиц, принимающих политические решения по вопросам кадровых ресурсов здравоохранения в целях принятия научно-обоснованных и эффективных решений, а также для заинтересованных профессионалов в сфере здравоохранения и населения с целью расширения знаний.

В данном исследовании изучены различные аспекты, влияющие на выбор места работы выпускников организаций медицинского образования и науки, понимание этих аспектов позволяет более точно адаптировать условия труда и предоставляемые меры социальной поддержки. Это необходимо для привлечения и удержания квалифицированных специалистов, готовых работать в различных регионах, в том числе в сельских населенных пунктах.

Ключевые слова: система здравоохранения, медицинские кадры, трудоустройство, Казахстан.

Corresponding author: Olga Demushkan, Head of the National observatory of human resources of healthcare, National research center for health development named after Salidat Kairbekova, Astana, Kazakhstan.
Postal code: Z00T6E0
Address: Kazakhstan, Astana city, Imanov Str. 11
Phone: +7 (7172) 700-950
E-mail: olga.demushkan@nrchd.kz

J Health Dev 2023; SI (53): 4-14
Recieved: 22-07-2023
Accepted: 19-08-2023

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

Введение

В свете глобальных вызовов и потребностей в области здравоохранения Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) придает особое значение роли медицинских кадров в формировании устойчивости стран для адекватного реагирования в условиях чрезвычайных ситуаций и отмечает, что к 2030 году нехватка медицинского персонала во всем мире достигнет 10 млн человек. Об этом в начале апреля 2023 года на V Глобальном форуме по кадровым ресурсам здравоохранения в Женеве заявил глава ВОЗ Тедрос Аданом Гебреисус [1].

По официальным статистическим данным на 1 января 2023 года в сельской местности осуществляют свою трудовую деятельность 68 984 медицинских работников в том числе [2]:

- врачи - 13 480 человек (в 2021 году – 13 395 чел., в 2020 году – 13 365 чел.):

- средние медицинские работники (СМР) - 55 504 человек (в 2021 году – 54 371 чел., в 2020 году – 54095 чел.).

Отмечается незначительная динамика и увеличение врачебных кадров на селе на 0,6% и СМР на 2,1%.

При анализе административных данных ведомственной статистической формы №19 установлено, что дефицит врачей в государственном секторе по незанятым должностям по состоянию на 1 января 2023 года составил 6326,75 шт.ед., в том числе: в городе - 4902,75 шт.ед., на селе – 1424,00 шт.ед. (Таблица 1).

Таблица 1- Дефицит врачей в государственном секторе по незанятым должностям по состоянию на 1 января 2023 года

Наименование	Штатные	Занятые	Дефицит
РК	65683,75	59357,00	6326,75
Город	50638,75	45736	4902,75
Село	15045	13621	1424

Одним из инструментов снижения дефицита медицинских работников, является распределение выпускников организаций медицинского образования и науки в соответствии с текущими потребностями на рынке труда в здравоохранении.

Согласно Постановления Правительства Республики Казахстан от 18 февраля 2009 года №183 «Об утверждении размеров и Правил предоставления мер социальной поддержки специалистам здравоохранения, образования, социального обеспечения, культуры, спорта и агропромышленного комплекса, прибывшим для работы и проживания в сельские населенные пункты» [3], специалистам здравоохранения, прибывшим для работы и проживания в сельские населенные пункты, предусмотрены следующие меры социальной поддержки:

1) выдача подъемного пособия в сумме, равной 100-кратному МРП;

2) выдача бюджетного кредита для приобретения или строительства жилья в сумме не превышающий 1 500-кратного размера МРП.

Правила предоставления мер социальной поддержки специалистами, прибывшим для работы и проживания в сельские населенные пункты утверждены приказом Министра национальной экономики РК от 6 ноября 2014 года №7 [4].

Источником финансирования для оказания мер социальной поддержки помимо республиканского бюджета выступают средства местных исполнительных органов и медицинских организаций.

В регионах, где местными исполнительными органами принимаются меры по стимулированию и повышению мотивации медицинских кадров, складывается положительная кадровая динамика и идет приток молодых специалистов.

В сфере здравоохранения, как и во многих других отраслях, выбор первого места работы для молодых специалистов является одним из важнейших и стратегических решений. Молодые специалисты, сталкиваются с рядом сложных факторов, которые могут оказать существенное влияние на их решение о выборе места работы.

Данное исследование поможет понять почему молодые специалисты не хотят уезжать в сельскую местность, какие факторы воздействуют на выбор места трудоустройства молодых специалистов и какие меры нужно предпринять для привлечения и удержания медицинских кадров в сельской местности.

Методология

Вопросы, включенные в исследование, охватывали важнейшие критерии, необходимые для сбора информации о факторах, оказывающих влияние на решение молодых специалистов относительно выбора места трудоустройства. Само исследование было проведено с использованием сервиса «SurveyMonkey» и включало в себя классический метод опроса, при этом гарантировалась анонимность участников анкетирования. В данном исследовании участвовали выпускники организаций медицинского образования и науки Республики Казахстан, которые завершили обучение в 2022-2023 году.

В анкетировании приняли участие 306 выпускников организации высшего и/или послевузовского образования (ОВПО) и научных организаций в области здравоохранения (НООЗ) в области здравоохранения: 44% или 135 респондентов завершили обучение в резидентуре, 40% или 123 респондента завершили обучение в интернатуре, 10% или 29 респондентов завершили обучение на уровне бакалавр (Рисунок 1).

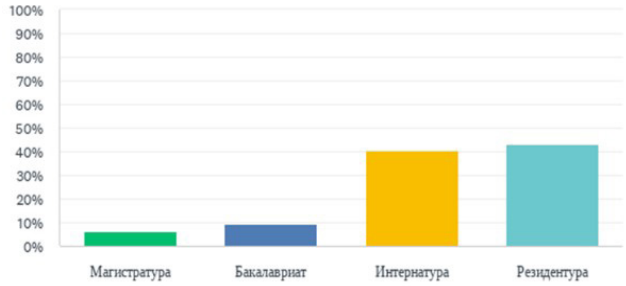


Рисунок 1- Уровень образования выпускников 2023 года

По половому составу: 73% или 222 человек выпускники женского пола, 27% или 84 человек составляют выпускники мужского пола (Рисунок 2).

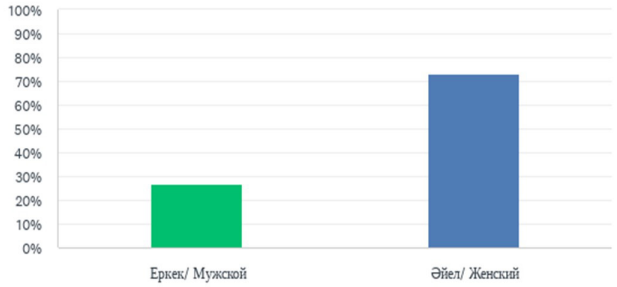


Рисунок 2- Половой состав выпускников 2023 года

Основные факторы, влияющие на решение молодых специалистов о выборе места трудоустройства

Результаты проведенного исследования показывают, что 79% респондентов изначально предпочитают работать в крупных городах, у 17% респондентов нет четких предпочтений о месте первого трудоустройчтва, и только 4% участников анкетирования выразили желания начать свою трудовую деятельность в сельских населенных пунктах.

Всего 33% участников анкетирования или (98 человек) считают, что недостаток доступной и высококачественной медицинской инфраструктуры, и оборудования является одной из основных причин, по которым они не желают работать в сельской местности, что подчеркивает важность наличия медицинской инфраструктуры и оборудования для специалистов, работающих в отдаленных районах и сельских населенных пунктах.

27% опрошенных (82 человека) считают, что неудовлетворительные условия проживания и ограниченные возможности для социальной и культурной адаптации в сельских населенных пунктах играют важную роль при принятии решения, что свидетельствует о влиянии качества жизни на выбор места работы

17% респондентов, что составляет (51 человек), отметили, что главной причиной, по которой они предпочли бы не работать в сельской местности, является удаленность от научных центров и ограниченные возможности для консультации с опытными специалистами в области здравоохранения, что подчеркивает важность доступности медицинской экспертизы и наставничества для молодых специалистов.

11,7% опрошенных (35 человек) считают, что большие расстояния и ограниченные транспортные связи оказывают негативное влияние на доступ к работе и личное время, что указывает на значимость развитой транспортной инфраструктуры для принятия решения о трудоустройстве в сельские населенные пункты. Близость к семье и друзьям также является существенным фактором для респондентов.

11,3% опрошенных (34 человека) указали, что причиной отказа от работы в сельской местности являются неудовлетворительные условия труда и низкая заработная плата, что свидетельствует о том, что экономические условия для этих респондентов играют решающую роль в принятии решения при выборе места работы.

Экологическая и природная составляющие также учитываются, но не играют такой важной роли для выпускников организаций медицинского образования и науки при выборе места работы.

Результат исследования показывает, что разнообразные факторы, включая условия труда, транспортные связи, доступ к специализированной медицине и качество жизни, играют особую роль в принятии решения об отказе от работы в сельской местности.

Следовательно, удержания кадров в сельской местности зависит не только от денежных вопросов, но и от других факторов тоже, меры по удержанию должны быть комплексными и включать в себя разносторонний подход.

В ответ на вопрос об их первоначальных предпочтениях относительно места будущей работы респонденты высказались следующим образом: 49% (150 человек), опрошенных предпочли бы работать в городе республиканского значения; 30% опрошенных (91 человек) предпочли бы работать

в городе областного значения; 17% опрошенных (52 человек) заявили, что у них нет конкретных предпочтений относительно места будущей работы (Рисунок 3).



ВАРИАНТЫ ОТВЕТА	ОТВЕТЫ	
Город республиканского значения	49.02%	150
Город областного значения	29.74%	91
Не имел/а определенных предпочтений	16.99%	52
Сельская местность	2.29%	7
Моногород	1.96%	6
ВСЕГО		306

Рисунок 3 - Предпочтения относительно места будущей работы

В целом, результаты опроса по предпочтениям относительно места будущей работы показывают, что наибольший интерес у опрошенных вызывают города областного и республиканского значения, в то время как моногорода и сельская местность имеют более низкий приоритет.



ВАРИАНТЫ ОТВЕТА	ОТВЕТЫ	
Уровень карьерного роста значительно ниже в сельской местности по сравнению с городами.	41.50%	127
Перспективы карьерного роста в сельских населенных пунктах ограничены отсутствием специализированных медицинских учреждений и возможностью для профессионального обучения	32.03%	98
Карьерный рост может зависеть от сотрудничества с городскими медицинскими центрами и участием в обменах опытом	13.73%	42
Перспективы карьеры в сельских населенных пунктах связаны с более широким спектром обязанностей и возможностью работать в разных областях медицины	12.75%	39
ВСЕГО		306

Рисунок 4- Оценка выпускниками перспективы карьерного роста в сельских населенных пунктах по сравнению с городами

Как респонденты оценивают свои перспективы карьерного роста в сельских населенных пунктах по сравнению с городами? 42% опрошенных (127 человек) и 32% опрошенных (95 человек) считают, что перспективы карьерного роста в сельских населенных пунктах ограничены отсутствием специализированных медицинских учреждений и возможностью для профессионального обучения. Это указывает на ограничения, с которыми сталкиваются медицинские специалисты, работающие в сельской местности. 14% опрошенных (42 человек) считают, что карьерный рост в сельских населенных пунктах может зависеть от сотрудничества с городскими медицинскими центрами и участием в обменах опытом.

Это указывает на важность сотрудничества между различными медицинскими учреждениями для развития профессиональных навыков (Рисунок 4).

Итак, на основе анализа результатов опроса можно сделать вывод, что большинство опрошенных считают, что уровень карьерного роста в сельской местности существенно ниже по сравнению с городами. Однако некоторые видят преимущества в многофункциональности работы и сотрудничестве с городскими медицинскими центрами.

Важные факторы для выпускников при принятии решения об отказе от работы в сельской местности: 33% опрошенных (100 человек) считают, что отсутствие доступной и качественной медицинской инфраструктуры и оборудования является одной из причин отказа от работы в сельской местности. Это указывает на важность медицинской поддержки для специалистов, работающих в отдаленных районах. 27% опрошенных (83 человека) считают, что неудовлетворительные условия проживания и ограниченные возможности для социокультурной адаптации в сельских населенных пунктах играют важную роль при принятии решения. Это свидетельствует о влиянии качества жизни на выбор работы. 18% опрошенных (54 человек) указали, что одной из причин отказа от работы в сельской местности является отдаленность от специализированных медицинских центров и ограниченные возможности для консультации с опытными специалистами. Это указывает на важность доступа к медицинской экспертизе (Рисунок 5).

Итак, результаты опроса показывают, что разнообразные факторы, включая условия труда, транспортные связи, доступ к специализированной медицине и качество жизни, играют роль в принятии решения об отказе от работы в сельской местности.



ВАРИАНТЫ ОТВЕТА	ОТВЕТЫ
Отсутствие доступной и качественной медицинской инфраструктуры, и оборудования	32.68% 100
Неудовлетворительные условия проживания и ограниченные возможности для социокультурной адаптации в сельских населенных пунктах.	27.12% 83
Отдаленность от специализированных медицинских центров и ограниченные возможности для консультации с опытными специалистами.	17.65% 54

Рисунок 5 - Важные факторы для выпускников при принятии решения об отказе от работы в сельской местности

Мнения выпускников относительно значения наличия развлекательных, культурных и спортивных мероприятий при выборе места работы: 43% опрошенных (132 человек) считают, что доступность развлекательных, культурных и спортивных мероприятий очень важна, и им хотелось бы иметь возможность проводить разнообразный досуг. Это указывает на то, что для этой группы людей качество свободного времени также играет значимую роль при выборе места работы. Другие 43% опрошенных (130 человек) считают, что доступность развлекательных, культурных и спортивных мероприятий важна, но не является главным критерием при выборе места работы. Это может означать, что они учитывают разнообразные факторы при выборе работы, включая и профессиональные аспекты. 14% опрошенных (42 человека) указали, что доступность развлекательных, культурных и спортивных мероприятий не имеет для них особого значения, и они больше заинтересованы в профессиональных аспектах работы. Это говорит о том, что для них профессиональная деятельность имеет более высокий приоритет (Рисунок 6).

Для значительной части опрошенных доступность развлекательных, культурных и спортивных мероприятий имеет важное значение при выборе места работы. Однако некоторые считают, что это не является основным критерием, а для других интересы в профессиональной сфере преобладают над развлекательными аспектами.



ВАРИАНТЫ ОТВЕТА	ОТВЕТЫ	
Очень важно, хочу иметь возможность разнообразного досуга.	43.14%	132
Важно, но не является главным критерием при выборе места работы.	42.48%	130
Не слишком важно, мне больше интересны профессиональные аспекты работы.	14.38%	44
ВСЕГО		306

Рисунок 6- Важность доступности развлекательных, культурных и спортивных мероприятий при выборе места работы

Как респонденты оценивают влияние уровня заработной платы и возможностей социальной поддержки на процесс принятия решения о выборе места работы?

58% (177 человека), считают, что уровень заработной платы и социальная поддержка являются ключевыми факторами при выборе места работы. Это указывает на важность экономических условий и социальных льгот. 32% опрошенных (99 человек) отметили, что заработная плата важна, но для них также важны другие аспекты, такие как профессиональное развитие и личный рост. Это указывает на комплексный подход к выбору места работы. 5% опрошенных (15 человек) считают, что заработная плата важна, но также учитывают стимулы для профессионального развития и повышения квалификации (рисунок 7). Это говорит о важности обучения и развития в принятии решения о работе.

Большинство опрошенных считают, что уровень заработной платы и возможности оказания мер социальной поддержки играют значительную роль при выборе места работы. Эти факторы влияют на привлекательность работы в сельской местности.



ВАРИАНТЫ ОТВЕТА	ОТВЕТЫ	
Уровень заработной платы и оказание мер социальной поддержки является одним из ключевых факторов при выборе места работы, и я стремлюсь работать там, где предлагается наилучший доход.	57.84%	177
Заработная плата важна, но я также учитываю другие аспекты, такие как профессиональное развитие и возможности для личного роста.	32.35%	99
Заработная плата играет важную роль, но готов(а) работать в сельской местности, если предоставляются стимулы для профессионального развития и повышения квалификации.	4.90%	15

Рисунок 7- Уровень влияния ЗП и возможности оказания мер социальной поддержки при принятии решения о месте работы

Какие преимущества и недостатки респонденты выделяют в рабочей среде сельских местностей в сравнении с городскими районами, согласно результатам анкетирования (Рисунок 8)?

Преимущества: широкий спектр обязанностей, что позволяет развивать разносторонние навыки. 66% опрошенных (201 человек) отметили, что медицинским работникам в

сельских районах часто предоставляется широкий спектр обязанностей, что позволяет развивать разносторонние навыки. 22% опрошенных (68 человек) считают, что медицинские работники в сельских местностях получают большую признательность от местного населения и становятся центральными фигурами в медицинской помощи. 7% опрошенных (22 человека) увидели преимущество в более спокойной обстановке, чистом воздухе и сниженном уровне стресса в сельских местностях.

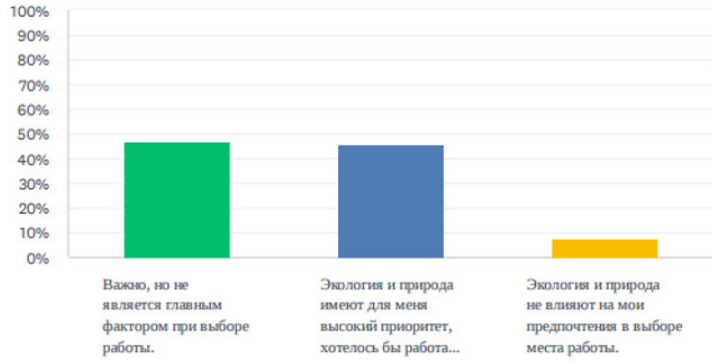
Недостатки: 66% опрошенных (201 человек) указали, что отсутствие доступа к высокотехнологичным и специализированным медицинским учреждениям является недостатком для медицинских работников в сельских населенных пунктах. 22% опрошенных (68 человек) считают, что уровень развития IT-технологий в сельских районах остается недостаточно высоким. 7% опрошенных (22 человека) увидели недостаток в ограниченных возможностях для развития как культурно, так и профессионально.



ВАРИАНТЫ ОТВЕТА	ОТВЕТЫ
Преимущества: в сельских населенных пунктах медицинским работникам часто предоставляется широкий спектр обязанностей и больше возможностей развивать разносторонние навыки.Недостатки: в сельских населённых пунктах отсутствует доступ к высокотехнологичным и специализированным медицинским учреждениям, что затрудняет лечение некоторых сложных случаев.	65.69% 201
Преимущества: более спокойная обстановка, чистый воздух, меньше стресса.Недостатки: ограниченные возможности для развития культурно и профессионально.	22.22% 68
Преимущества: Медицинские работники в сельских населенных пунктах становятся центральными фигурами в медицинской помощи и получают большую признательность от местного населения.Недостатки: Уровень развития IT-технологий в сельских районах недостаточно высок.	7.19% 22

Рисунок 8 - Преимущества и недостатки в рабочей среде сельских местностей по сравнению с городскими районами

Какова позиция респондентов по вопросам экологии и природы, а также насколько окружающая среда важна для них при выборе места работы, согласно результатам анкетирования?



ВАРИАНТЫ ОТВЕТА	ОТВЕТЫ
Важно, но не является главным фактором при выборе работы.	47.06% 144
Экология и природа имеют для меня высокий приоритет, хотелось бы работать в экологически чистом месте.	45.75% 140
Экология и природа не влияют на мои предпочтения в выборе места работы.	7.19% 22
ВСЕГО	306

Рисунок 9 – Позиция респондентов по вопросам экологии и природы

Всего 144 опрошенных (47%) считают, что экология и природа важны, но не являются главным фактором при выборе места работы. 140 опрошенных (46%) считают, что экология и природа имеют для

них высокий приоритет, и они бы хотели работать в месте, где экологическая ситуация благоприятна. Всего 22 опрошенный (7%) не считает, что экология и природа оказывают влияние на их предпочтения при выборе места работы (Рисунок 9).

Итак, мнение опрошенных разнообразно. Некоторые считают экологическую ситуацию и состояние природы важными критериями при выборе места работы, в то время как другие считают, что это не является основным фактором при принятии таких решений.



ВАРИАНТЫ ОТВЕТА	ОТВЕТЫ	
Близость к семье и друзьям очень важна, предпочитаю работу в моем родном регионе.	57.84%	177
Важно иметь возможность общения и поддержки от близких, но я готов(а) переехать за работой.	31.37%	96
Не влияет на мои решения, я готов(а) работать где угодно	10.78%	33
ВСЕГО		306

Рисунок 10 – Влияние социальных и культурных аспектов при принятии решения о месте работы

Как социальные и культурные аспекты, такие как семья, друзья и общение, влияют на решение о выборе места работы, согласно ответам респондентов в анкете?177 опрошенный (58%) считают, что близость к семье и друзьям является очень важным аспектом, и они предпочитают работу в своем родном регионе для поддержания социальных связей.



ВАРИАНТЫ ОТВЕТА	ОТВЕТЫ	
Готов(а) переехать, но требуется время на адаптацию к новой среде.	27.12%	83
Готов(а) полностью адаптироваться и переехать без проблем.	26.14%	80
Предпочитаю оставаться в знакомой местности и не готов(а) менять место проживания	23.53%	72
Готова к переезду в случае оказания дополнительных мер социальной поддержки, повышенной заработной платы.	23.20%	71
ВСЕГО		306

Рисунок 11 – Готовность выпускников к переезду и адаптации в новой среде

Всего 96 опрошенных (32%) считают важным иметь возможность общения и поддержки от близких, но они готовы переехать за работой, если это потребуется. А 33 опрошенных (11%) считают, что социальные и культурные аспекты не оказывают влияния на их решения, и они готовы работать в любом месте (Рисунок 10).

В итоге, социальные и культурные факторы оказывают значительное влияние на решения многих опрошенных при выборе места работы. Некоторые готовы перемещаться за работой, в то время как другие предпочитают оставаться ближе к семье и друзьям.

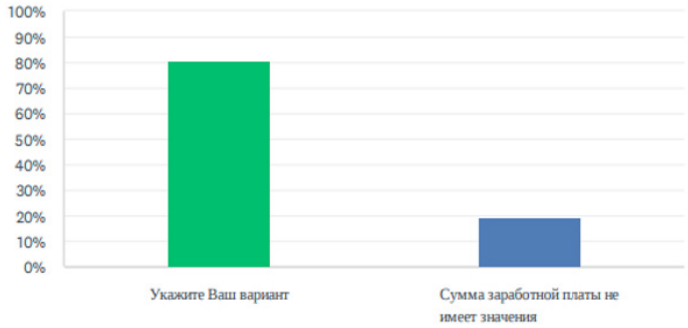
Респонденты высказали свою готовность к переезду и адаптации в новой среде в соответствии с результатами анкетирования: 83 опрошенный (27%) готовы переехать, но они считают, что им потребуется время на адаптацию к новому месту. 80 опрошенных (26%) готовы полностью адаптироваться и переехать без проблем. 72 опрошенных (24%) предпочитают оставаться в знакомой среде и не готовы менять место проживания (Рисунок 11).

Таким образом, отношение респондентов к переезду и адаптации в новой среде разнообразно: некоторые выразили готовность к моментальной адаптации и переезду, другие предпочли бы оставаться в знакомой обстановке, в то время как третьи готовы к переезду, но считают, что им потребуется некоторое время на приспособление.

Анализ данных, полученных в результате проведения опроса может предоставить ценную информацию о факторах, влияющих на решение молодых специалистов о выборе места трудоустройства в здравоохранении.

Анкета содержала вопросы, ответы на которые позволили собрать информацию по ключевым аспектам, которые наиболее часто влияют на выбор места работы выпускников. Для большинства респондентов оказалось очень важным и существенным наличие и количество мер социальной поддержки, а также уровень/размер заработной платы.

Так, 80% (246 человек) респондентов выразили свои предпочтения относительно конкретных сумм заработной платы, чаще всего указывая на желание получать не менее 500 000 тенге и наличия мер социальной поддержки, таких как подъемные пособия, предоставление льготного кредитования на покупку жилья либо предоставление служебного жилья (Рисунок 12).



ВАРИАНТЫ ОТВЕТА	ОТВЕТЫ	
Укажите Ваш вариант	80.39%	246
Сумма заработной платы не имеет значения	19.61%	60
ВСЕГО		306

Рисунок 12 – Ожидания социальной поддержки и потребности в дополнительной помощи среди респондентов

Решение о выборе места работы для выпускников зависит от множества факторов, причём важность этих аспектов может различаться для разных респондентов.

Изучение этих аспектов позволяет адаптировать существующие условия труда, предоставляемые меры социальной поддержки, уровень заработной платы, с тем чтобы привлекать и удерживать квалифицированных специалистов, готовых работать в сельских населенных пунктах.

Пути решения проблем дефицита врачей и СМР на уровне сельских населенных пунктов

1. Образовательные меры. Наиболее эффективным, малозатратным и доступным, с точки зрения проведенного исследования, блоком мероприятий являются образовательные меры. Образовательные меры могут включать:

-проведение производственной практики в сельских населенных пунктах с целью знакомства студентов выпускных курсов с особенностями работы в медицинских организациях, расположенных в сельских населенных пунктах;

-организацию децентрализованного обучения на базе медицинских организациях, находящихся в сельских населенных пунктах;

-усиление работы с абитуриентами, проживающими в сельских населенных пунктах в рамках приемной кампании, для последующего трудоустройства в село;

-разработку программ непрерывного профессионального развития медицинских работников, отвечающих потребностям медицинских работников, работающих в сельских населенных пунктах.

2.Финансовые меры. Вторым блоком мероприятий является финансовое стимулирование:

-стипендии для студентов, обучающихся в рамках целевых грантов;

-единоразовые выплаты при работе в сельских населенных пунктах;

-повышающий коэффициент к заработной платы.

Важное значение для медицинских работников имеет возможность выбора одного из описанных выше мер финансового стимулирования.

3. Организационные меры. Третьим блоком являются организационные меры, в числе которых:

-повышение удовлетворенности работой за счет улучшений условий труда в сельских населенных пунктах;

-внедрения гибкого графика работы;

-повышение статуса врача;

-создание возможности для развития карьеры;

-создание устойчивых горизонтальных коммуникаций между городскими и сельскими медицинскими организациями.

Выводы

Проведенное исследование позволяет выявить ключевые факторы, влияющие на интерес студентов-медиков к работе в сельской местности. Полученные результаты помогут политикам в сфере здравоохранения реализовать комплексную стратегию развития человеческих ресурсов, которая будет ориентирована на конкретные факторы, чтобы побудить студентов-медиков выбирать рабочие места в сельской местности. Однако, для достижения наилучших результатов необходимо комплексное осуществление всех трех вариантов.

Конфликт интересов отсутствует.

Литература

1. The health workforce crisis in Europe. World Health Organization. Website. [Cited 23 May 2023]. Available from URL: https://www.who.int/europe/news/item/22-03-2023-the-health-workforce-crisis-in-europe-is-no-longer-a-looming-threat---it-is-here-and-now.-the-bucharest-declaration-charts-a-way-forward

2. Концепция развития инфраструктуры здравоохранения на 2024 – 2030 годы. Электронный ресурс. [Дата обращения 18 июня 2023 г.]. Режим доступа: https://legalacts.egov.kz/npa/view?id=14745628

Koncepcija razvitija infrastruktury zdravoohranenija na 2024 – 2030 gody (Concept for the development of healthcare infrastructure for 2024 – 2030) [in Russian]. Jelektronnyj resurs. [Data obrashhenija 18 ijunja 2023 g.]. Rezhim dostupa: https://legalacts.egov.kz/npa/view?id=14745628

3. Об определении размеров предоставления мер социальной поддержки специалистам в области здравоохранения, образования, социального обеспечения, культуры, спорта и агропромышленного комплекса, государственным служащим аппаратов акимов сел, поселков, сельских округов, прибывшим для работы и проживания в сельские населенные пункты. Постановление Правительства Республики Казахстан от 18 февраля 2009 года № 183. Утратило силу постановлением Правительства Республики Казахстан от 17 июля 2023 года № 603. Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/P090000183

Ob opredelenii razmerov predostavlenija mer social'noj podderzhki specialistam v oblasti zdravoohranenija, obrazovanija, social'nogo obespechenija, kul'tury, sporta i agropromyshlennogo kompleksa, gosudarstvennym sluzhashhim apparatov akimov sel, poselkov, sel'skih okrugov, pribyvshim dlja raboty i prozhivanija v sel'skie naselennye punkty. Postanovlenie Pravitel'stva Respubliki Kazahstan (On determining the size of the provision of social support measures to specialists in the field of healthcare, education, social security, culture, sports and the agro-industrial complex, civil servants of the akims of villages, towns, rural districts who arrived to work and live in rural settlements. Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan) [in Russian] ot 18 fevralja 2009 goda № 183. Utratilo silu postanovleniem Pravitel'stva Respubliki Kazahstan ot 17 ijulja 2023 goda № 603. Rezhim dostupa: https://adilet.zan.kz/rus/docs/P090000183

4. Об утверждении Правил предоставления мер социальной поддержки специалистам в области здравоохранения, образования, социального обеспечения, культуры, спорта и агропромышленного комплекса, государственным служащим аппаратов акимов сел, поселков, сельских округов, прибывшим для работы и проживания в сельские населенные пункты. Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 6 ноября 2014 года №72. Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1400009946

Ob utverzhdenii Pravil predostavlenija mer social'noj podderzhki specialistam v oblasti zdravoohranenija, obrazovanija, social'nogo obespechenija, kul'tury, sporta i agropromyshlennogo kompleksa, gosudarstvennym sluzhashhim apparatov akimov sel, poselkov, sel'skih okrugov, pribyvshim dlja raboty i prozhivanija v sel'skie naselennye punkty. Prikaz Ministra nacional'noj jekonomiki Respubliki Kazahstan (On approval of the Rules for the provision of social support measures to specialists in the field of healthcare, education, social security, culture, sports and the agro-industrial complex, civil servants of the akims of villages, towns, rural districts who arrived to work and live in rural settlements. Order of the Minister of National Economy of the Republic of Kazakhstan) [in Russian] ot 6 nojabrja 2014 goda №72. Rezhim dostupa: https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1400009946

Жас мамандардың жұмысқа орналасу орнын таңдау туралы шешіміне әсер ететін негізгі факторларды зерттеуді талдау

Кулкаева Г.У. [1], Темекова З.М. [2], Демушкан О.Ю. [3], Өмірхан Ж.Б. [4], Бисагалиева А.Т. [5]

[1] Басқарма төрайымы, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: g.kulkayeva@nrchd.kz

[2] Басқарма төрайымының орынбасары, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: z. temekova@nrchd.kz

[3] Ұлттық денсаулық сақтау кадр ресурстары обсерваториясының басшысы, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: olga.demushkan@nrchd.kz

[4] Ұлттық денсаулық сақтау кадр ресурстары обсерваториясының бас маманы, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: zh.omyrkhan@nrchd.kz

[5] Ұлттық денсаулық сақтау кадр ресурстары обсерваториясының жетекші маманы, Салидат Қайырбекова атындағы ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: a.bissagaliyeva@nrchd.kz

Түйіндеме / Түйінді ойлар

Қазақстанның ауылдық аумақтары Денсаулық сақтау саласында медициналық кадрлардың тапшылығына тап болуда, бұл медициналық көмек көрсетудің қолжетімділігі мен сапасына әсер етеді. Қазіргі проблема медициналық мамандардың жоқтығымен ғана емес, сонымен қатар жас түлектердің ауылдық медициналық мекемелерге жұмысқа орналасуға құлықсыздығымен де күрделене түседі.

Көптеген зерттеушілердің пікірінше, ауылдық және медициналық инфрақұрылымның дамымауы, жұмысшыларға жүктеменің жоғарылауы, қолайсыз еңбек жағдайлары, демалу мүмкіндіктерінің болмауы және басқа аспектілер сияқты бірқатар факторлар бар. Әлемде кадрлар тапшылығы мәселесін шешу үшін ауылдық жерлерде мамандарды тартуға және ұстап қалуға бағытталған стратегиялар белсенді азірленуде және енгізілуде.

Медицина қызметкерлерінің уәждемесі өзара байланысты факторлар кешеніне байланысты екенін ескере отырып, медициналық кадрларды тиімді тарту және ұстап қалу үшін әртүрлі іс-шараларды дұрыс үйлестіру қажет.

Зерттеудің мақсаты. Бұл талдамалық жазба ғылыми негізделген және тиімді шешімдер қабылдау мақсатында денсаулық сақтаудың кадр ресурстары мәселелері бойынша саяси шешімдер қабылдайтын адамдарға, сондай-ақ білімді кеңейту мақсатында денсаулық сақтау саласындағы мүдделі мамандар мен халыққа арналған.

Бұл зерттеу медициналық білім беру және ғылым ұйымдарының түлектерінің жұмыс орнын таңдауға әсер ететін әртүрлі аспектілерді зерттеді, осы аспектілерді түсіну еңбек жағдайлары мен ұсынылған әлеуметтік қолдау шараларын дәлірек бейімдеуге мүмкіндік береді. Бұл әртүрлі өңірлерде, соның ішінде ауылдық елді мекендерде жұмыс істеуге дайын білікті мамандарды тарту және ұстап қалу үшін қажет.

Түйін сөздер: денсаулық сақтау жүйесі, медициналық персонал, жұмыспен қамту, Қазақстан.

Analysis of the Study of the Main Factors Influencing the Decision of Young Professionals to Choose a Place of Employment

Gulnara Kulkayeva[1], Zarina Temekova [2], Olga Demushkan [3], Zhansaya Omyrkhan [4], Aliya Bissagaliyeva [5]

[1] Chairman of the Board of the National research center for health development named after Salidat Kairbekova, Astana, Kazakhstan. E-mail: g.kulkayeva@nrchd.kz

[2] Deputy Chairman of the Board, National research center for health development named after Salidat Kairbekova, Astana, Kazakhstan. E-mail: z. temekova@nrchd.kz

[3] Head of the National observatory of human resources of healthcare, National research center for health development named after Salidat Kairbekova, Astana, Kazakhstan. E-mail: olga.demushkan@nrchd.kz

[4] Main specialist of the National observatory of human resources of healthcare, National research center for health development named after Salidat Kairbekova, Astana, Kazakhstan. E-mail: zh.omyrkhan@nrchd.kz

[5] Leading specialist of the National observatory of human resources of healthcare, National research center for health development named after Salidat Kairbekova, Astana, Kazakhstan. E-mail: a.bissagaliyeva@nrchd.kz

Abstract / Key messages

Rural areas of Kazakhstan face a shortage of medical personnel in the field of healthcare, which has an impact on the availability and quality of medical care. The existing problem is aggravated not only by the lack of medical specialists, but also by the reluctance of young graduates to find employment in rural medical institutions.

According to most researchers, there are a number of factors, such as the underdevelopment of rural and medical infrastructure, increased workload for workers, unfavorable working conditions, lack of recreation opportunities and other aspects. To solve the problem of staff shortages in the world, strategies aimed at attracting and retaining specialists in rural areas are being actively developed and implemented.

Given that the motivation of medical workers depends on a complex of interrelated factors, it is necessary to combine various measures correctly to effectively attract and retain medical personnel.

The purpose of this study. This analytical note is intended for policy makers on health human resources issues in order to make scientifically sound and effective decisions, as well as for interested healthcare professionals and the public in order to expand knowledge.

This study examines various aspects that influence the choice of employment for graduates of medical education and science organizations, understanding these aspects allows you to more accurately adapt working conditions and social support measures provided. This is necessary to attract and retain qualified specialists who are ready to work in various regions, including rural settlements.

Key words: healthcare system, medical personnel, employment, Kazakhstan.

https://doi.org/10.32921/2225-9929-2023-53-15-23
УДК 614; 614.2; 614:33
МРНТИ 76.75.75

Policy Brief

Применимость дистанционного взаимодействия для повышения эффективности оказания медицинских услуг в системе здравоохранения Республики Казахстан

Кулкаева Г.У.[1], Шайхиев С.С. [2], Карашутова Ж.Н. [3], Бейсембаева В.С. [4]

[1] *Председатель Правления, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: g.kulkayeva@nrchd.kz*

[2] *Заместитель Председателя Правления, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: s.shaikhiyev@nrchd.kz*

[3] *Директор Департамента медико-статистического анализа, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: zh.karashutova@nrchd.kz*

[4] *Главный специалист Департамента медико-статистического анализа, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: v.beisembayeva@nrchd.kz*

Резюме/Ключевые положения

Благодаря современным технологиям и различным каналам связи медицинские организации страны имеют возможность дистанционного обслуживания пациентов.

Дистанционный формат медицинской помощи используется для оказания следующих видов: скорая медицинская помощь, первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь, медицинская реабилитация.

Задачами дистанционного оказания медицинской помощи являются сбор, анализ жалоб пациента и данных анамнеза, оценка эффективности лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, медицинское наблюдение за состоянием здоровья пациента. Повсеместное внедрение дистанционного формата медицинских консультационных услуг позволит принимать решения о необходимости проведения очного приема врача, госпитализации или вызова бригады скорой помощи, а также принимать решения при назначении и корректировке плана лечебно-диагностических мероприятий и формирования соответствующих направлений, в том числе листа и справки временной нетрудоспособности, рецептов на лекарственные средства и медицинские изделия.

Оказание дистанционных медицинских услуг, в том числе в форме консультаций, осуществляется медицинскими организациями согласно определенному уполномоченным органом перечню.

В чем заключается проблема?

1. Отсутствие в утвержденных правилах организации, предоставления и оплаты дистанционных медицинских услуг, четкого определения средств связи для проведения дистанционного формата услуг и технических требований к ним;

2. Отсутствие агрегированных отчетных сведений для мониторинга объемов оказанных дистанционных медицинских услуг и оценки их результативности;

3. Отсутствие возможности оказания в медицинских организациях отдаленных сельских населенных пунктов дистанционного формата медицинских услуг в связи с неразвитой инфраструктурой, использованием устаревших моделей компьютерной техники и ограничением доступа к сети интернет.

Варианты политики

Вариант 1. Государственная поддержка по изменению соответствующих нормативных правовых актов в части регламентации применяемых средств связи при оказании дистанционных медицинских услуг.

Вариант 2. Утверждение уполномоченным органом целевого индикатора по доле оказанных населению страны дистанционных медицинских услуг. Реализация в действующих информационных системах возможности формирования сводных данных по структуре и объемам оказанных дистанционных услуг.

Вариант 3. Обеспечение финансирования местными исполнительными органами в целях развития и расширения доступности дистанционных медицинских услуг в отдаленных и малообслуживаемых районах, учитывая специфику местных условий в Республике Казахстан.

Видение по реализации вариантов политики

Каждый из этих вариантов политики может способствовать повышению доступности оказания дистанционной медицинской помощи населению. Учитывая различия вариантов в направленности действий, используемых ресурсах и методах, варианты политики могут дать существенное достижение цели при их сочетанной реализации.

Ключевые слова: *дистанционные медицинские услуги, дистанционное консультирование, дистанционный формат, дистанционный прием.*

Corresponding author: Venera Beisembayeva, Chief specialist of the Department of Medical and Statistical Analysis, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Astana, Kazakhstan.
Postal code: Z00T6E0
Address: Kazakhstan, Astana city, Imanov street, 11
Phone: +7 778 430 9503
E-mail: v.beisembayeva@nrchd.kz

J Health Dev 2023; SI (53): 15-23
Recieved: 17-06-2023
Accepted: 29-07-2023

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

Введение

Дистанционные медицинские услуги – предоставление медицинских услуг в целях диагностики, лечения, медицинской реабилитации и профилактики заболеваний и травм, проведения исследований и оценок посредством цифровых технологий, обеспечивающее дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с физическими лицами и (или) их законными представителями, идентификацию указанных лиц, а также документирование совершаемых ими действий [1].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала потенциал дистанционных услуг для улучшения глобального доступа к здравоохранению, особенно в районах с ограниченными ресурсами и изолированным населением. ВОЗ активно поддерживает использование дистанционных услуг с целью повышения качества и доступности медицинских услуг и обеспечения равного доступа к здравоохранению [2, 3].

В последние годы дистанционные медицинские услуги стали популярными. Согласно отчету American Hospital Association в Соединенных Штатах Америки (США) за 2017 год 76% больниц предоставляли дистанционный доступ к некоторым типам медицинского обслуживания, по сравнению с 35% в 2010 году [4].

По данным международной консалтинговой компаний McKinsey & Company в апреле 2020 года в США общее использование телемедицины для посещения офиса и амбулаторного лечения было в 78 раз выше, чем в феврале 2020 года. Это говорит о значительном росте популярности телемедицины во время пандемии COVID-19 [5].

В Казахстане дистанционные медицинские услуги представляют собой стратегическую долгосрочную инвестицию. В рамках концепции развития здравоохранения до 2026 года Правительство страны установило индикатор по уровню удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинских услуг, предоставляемых медицинскими организациями.

Одним из основных мероприятий по направлению совершенствования организации медицинской помощи является расширение применения дистанционных медицинских услуг на уровне оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) [6].

Описание проблемы

В настоящее время порядок оказания дистанционных медицинских услуг регламентируется рядом нормативных правовых актов уполномоченного органа.

Статьей 129 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения» предусмотрены особенности оказания дистанционных медицинских услуг [1].

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 1 февраля 2021 года №ҚР ДСМ-12 «Об утверждении правил организации, предоставления и оплаты дистанционных медицинских услуг» регламентирует в том числе порядок организации и предоставления дистанционных медицинских услуг [7]. Однако, в данных правилах отсутствуют перечень или отсылка на нормативный документ с перечнем доступных для оказания в дистанционном формате услуг и реестр средств связи, возможных к применению при оказании вышеуказанных услуг.

Согласно Приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года №ҚР ДСМ-90 «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи» при состояниях, не требующих экстренной госпитализации, дальнейшее наблюдение пациента осуществляется в амбулаторных условиях, в том числе путем дистанционного консультирования посредством информационно-коммуникационных технологий [8].

В приказе Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 апреля 2022 года № №ҚР ДСМ-37 «Об утверждении правил оказания специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях» предусмотрен раздел «Дистанционные услуги» с перечнем медицинских услуг специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования [9].

Вместе с тем, отсутствие утвержденного целевого индикатора по объемам дистанционных медицинских услуг и проработанной методики его расчета препятствует проведению качественного анализа и оценки ситуации с последующим формированием управленческого решения, необходимого для развития данной сферы услуг.

Так как электронное здравоохранение доказало свою состоятельность и эффективность при предоставлении медицинских услуг населению, живущему в отдаленных сельских населенных пунктах, отсутствие требуемых объемов медицинской помощи дистанционного формата на селе вызывает необходимость самообращения или транспортировки больного в ближайшую медицинскую организацию, находящуюся на расстоянии нескольких десятков километров.

Структура и объем дистанционных медицинских услуг

Медицинские услуги по месту оказания «дистанционное» применимы к услугам, оказываемым в рамках как комплексного подушевого норматива, так и вне комплексного подушевого норматива в амбулаторно-поликлинических условиях.

По данным отчета о реализации плана развития государственного органа на 2020-2024 годы, за 12 месяцев 2022 года число оказанных дистанционных медицинских услуг, в том числе телемедицинских консультаций населению, составил 5,7 миллионов услуг.

Значительный объем выполненных услуг связан с борьбой с пандемией коронавирусной инфекции, которая потребовала отвлечения больших кадровых и материально-технических ресурсов от оказания регулярных медицинских услуг и подчеркнула необходимость перехода на дистанционный вид медицинских услуг, особенно в отдаленных местностях. Так, во всех организациях ПМСП с целью своевременного оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19 в 2022 году было организовано 3 тысячи мобильных бригад по наблюдению за больными с COVID-19.

Согласно данным информационной системы «Единая платежная система» по итогам 1 полугодия 2023 года в Республике Казахстан выполнены с использованием дистанционных технологий 62 тысячи услуг, из которых консультаций – 60 тысяч услуг (96%). Вместе с тем, по месту оказания «дистанционное» из медицинских информационных систем интегрированы данные по блоку «Лаборатория» - 148 услуг, «Диагностические исследования» - 1 566 услуг, «Процедуры и манипуляции» - 269 услуг.

В связи с отсутствием ограничения в информационных системах по выборке подлежащих для оказания дистанционного консультирования услуг нижеследующий анализ проведен по количеству приемов, выполненных в рамках комплексного подушевого норматива по месту оказания «дистанционное».

Так, по данным информационной системы «Единая платежная система» основной объем приходится на такие услуги, как: «Прием: Медицинская сестра со средним образованием» - 23 тысячи услуг, «Актив: Медицинская сестра со средним образованием» - 13,6 тысяч услуг, «Прием: Семейный врач (Врач общей практики)» - 10,2 тысяч услуг. По прочим услугам объемы не превысили значения в 2 тысячи услуг (Рисунок 1).

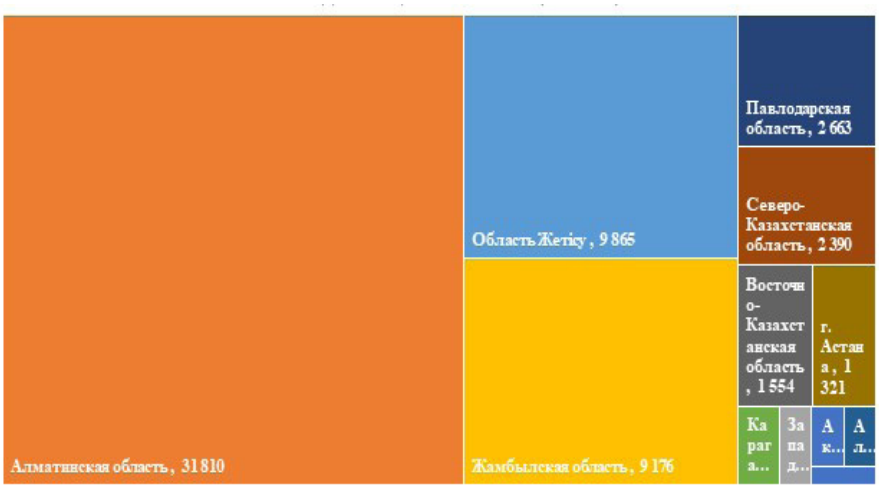


Рисунок 1 - Количество выполненных услуг по блоку «Приемы» в рамках комплексного подушевого норматива по итогам 1 полугодия 2023 года

Как видно из рисунка 1, основной объем дистанционных приемов выполнялось на уровне села (50 тысяч услуг, или 84%). Так, за 6 месяцев 2023 года на селе оказано 20,6 тысяч приемов медицинской сестрой (41% от общего числа дистанционных приемов на селе). При этом, согласно данным информационной системы «Единая платежная система», выполнено 12,1 тысяч активов медицинскими сестрами.

Вероятнее всего, на уровне медицинских организаций осуществляется некорректный выбор кода услуг, а именно: вместо «Прием: Медицинская сестра со средним образованием» выбор падает на «Актив: Медицинская сестра со средним образованием».

Таким образом, при отнесении активов к приемам, общий объем выполненных услуг за 6 месяцев на уровне села медицинскими сестрами составило 33 тысячи услуг.

Врачами общей практики за 1 полугодие 2023 года в сельской местности оказано 9,6 тысяч приемов (19% от общего числа дистанционных приемов на селе).

Стоит отметить, что среди приемов определенная доля услуг приходится на патронажные услуги (более 2 тысяч услуг), что вероятнее всего, также является следствием некорректного ввода данных.

Анализ в разрезе регионов показал, что в 15 из 20 регионов дистанционные услуги оказывались в рамках комплексного подушевого норматива.

По итогам 1 полугодия 2023 года наибольшее количество дистанционных приемов осуществлено в Алматинской области (32 тысячи услуг, 53% от общего объема по стране). На втором месте – область Жетису (9,9 тысячи услуг, 16%), на третьем - Жамбылская область (9,2 тысячи услуг, 15%).

Со значительным отрывом следуют Павлодарская и Северо-Казахстанская области (2,6 тысячи и 2,3 тысячи услуг соответственно) (Рисунок 2).

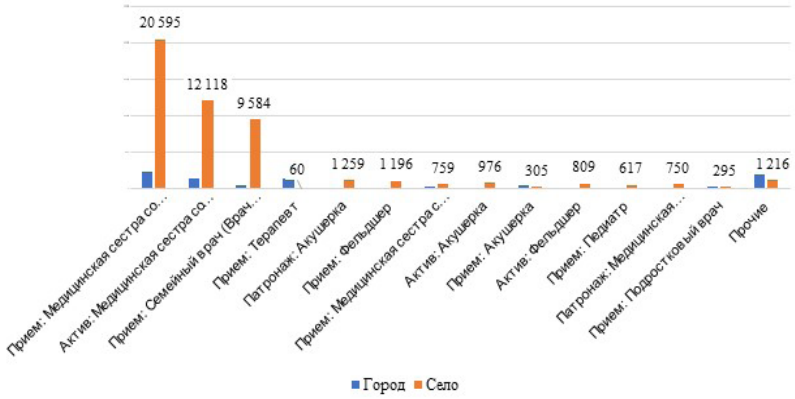


Рисунок 2 - Количество выполненных услуг по блоку «Приемы» в рамках комплексного подушевого норматива в разрезе регионов по итогам 1 полугодия 2023 года, абс

Стоит отметить, что в Атырауской, Восточно-Казахстанской, Западно-Казахстанской, Мангистауской и Туркестанской областях за отчетный период в рамках комплексного подушевого норматива не зарегистрированы дистанционные услуги.

Согласно утвержденному уполномоченным органом описанию сервиса «Отправка и получение информации о выполненных медицинских услугах и направлениях на консультативно-диагностические услуги (ExchangeBL)» модуля «Платежная система амбулаторно-поликлинической помощи» информационной системы «Единая платёжная система» действует форматно-логический контроль на интеграцию данных по оказанным услугам вне комплексного подушевого норматива по месту оказания «дистанционно» по 72 услугам, таким как: Прием подросткового врача (A01.012.000), Консультации: Терапевта (A02.001.000), Педиатра (A02.002.000), Хирурга (A02.013.000), Акушер-гинеколога (A02.004.000), Психолога (A02.005.000), Оториноларинголога (A02.014.000), Кардиолога (A02.015.000), Пульмонолога (A02.016.000), Ревматолога (A02.017.000), Невропатолога (A02.018.000), Инфекциониста (A02.019.000), Аллерголога (A02.020.000), Эндокринолога (A02.021.000), Гастроэнтеролога (A02.022.000), Офтальмолога (A02.023.000), Гематолога (A02.024.000), Нефролога (A02.025.000), Уролога (A02.026.000), Андролога (A02.027.000), Геронтолога (A02.028.000), Дерматовенеролога (A02.029.000), Иммунолога (A02.030.000), Сексопатолога (A02.031.000), Травматолог-ортопеда (A02.032.000), Нейрохирурга (A02.033.000), Кардиохирурга (A02.034.000), Сосудистого хирурга (A02.035.000), Торакального хирурга (A02.036.000), Челюстно-лицевого хирурга (A02.037.000), Трансплантолога (A02.038.000), Онколога (A02.039.000), Онколог-хирурга (A02.040.000), Онколог-гинеколога (A02.041.000), Проктолога (A02.042.000), Анестезиолог-реаниматолога (A02.043.000), Фтизиатра (A02.044.000), Психотерапевта (A02.045.000), Психиатра (A02.046.000), Профпатолога (A02.047.000), Нарколога (A02.048.000), Токсиколога (A02.049.000), Реабилитолога (A02.050.000), Неонатолога (A02.051.000), Маммолога (A02.052.000), Генетика (A02.053.000), Клинического фармаколога (A02.054.000), Стоматолог-терапевта (A02.055.000), Стоматолог-хирурга (A02.056.000), Стоматолог-ортопеда (A02.057.000), Стоматолог-ортодонта (A02.058.000), Протезиста/ ортезиста (A02.059.000), Трансфузиолога (A02.060.000), Врача гипербарической оксигенации (ГБО) (A02.061.000), Врача экстракорпоральной детоксикации (A02.062.000), Физиотерапевта (A02.063.000), Рефлексотерапевта (A02.066.000), Врача по лечебной физкультуре и спорту (A02.069.000), Логопеда (A02.071.000), Сурдолога (A02.072.000), Диетолога (A02.073.000), Рентгенолога (A02.074.000) и по дистанционной консультации врачом (стран СНГ) сканированных гистологических препаратов с помощью оборудования для телепатологии с интеграцией (A02.077.000), дистанционной консультации врачом (стран СНГ) сканированных гистологических препаратов с помощью оборудования для телепатологии без интеграции (A02.078.000), консультации врача посредством телемедицины (A02.079.000), расшифровки электрокардиограммы (C02.051.000), дистанционному консилиуму (A02.093.000), дистанционной дыхательной гимнастики (респираторная) (A02.088.000), дистанционная кинезотерапия индивидуальная (A02.089.000), дистанционному занятию по эрготерапии (A02.090.000), дистанционной психокоррекционной работе (A02.091.000), дистанционному занятию с логопедом (A02.092.000) [7].

Так, по данным информационной системы «Единая платежная система» в течение первого полугодия 2023 года в Республике Казахстан оказано в общей сложности вне комплексного подушевого норматива 443 тысячи дистанционных услуг, или 22 услуги на 1 000 человек населения.

Наибольший объем услуг оказан в Актюбинской области (147 тысяч услуг, или 158 услуг на 1 000 человек населения), что составляет 33% от общего объема услуг по стране. В Жамбылской области доля составила 23% (100 тысяч услуг, или 82 услуги на 1 000 человек населения), в городе Алматы – 17% (77 тысяч, или 36 услуг на 1 000 человек населения), в городе Астана – 14% (61 тысяч услуг, или 45 услуг на 1 000 человек населения) (Таблица 1).

Таблица 1 - Объем оказанных дистанционных медицинских услуг за 1 полугодие 2023 года

Наименование региона	Всего услуг	На 1 000 человек	Объем услуг
Республика Казахстан	443 781	22	100%
Актюбинская область	147 097	158	33%
Жамбылская область	100 373	82	23%
город Алматы	77 360	36	17%
город Астана	61 131	45	14%
Павлодарская область	25 193	33	6%
Акмолинская область	11 422	14	3%
Карагандинская область	10 949	10	2%
Костанайская область	2 638	3	1%
Западно-Казахстанская область	2 454	4	1%
Мангистауская область	1 848	2	0%
Улытауская область	1 426	6	0%
Восточно-Казахстанская область	785	1	0%
Кызылординская область	423	1	0%
Жетысуская область	252	0	0%
Алматинская область	150	0	0%
Абайская область	109	0	0%
город Шымкент	82	0	0%
Северо-Казахстанская область	80	0	0%
Атырауская область	8	0	0%
Туркестанская область	1	0	0%

Стоит отметить, что в целях увеличения доступности медицинской помощи для жителей сельских населенных пунктов уполномоченный орган расширил дистанционный формат оказания медицинских услуг.

В рамках реализации Национального проекта «Модернизация сельского здравоохранения» активно принимаются меры по его цифровизации.

К концу 2022 года были подключены к интернету 87,2% сельских объектов. 98,2% организаций внедрили в свою работу госпитальные информационные системы. 98,5% рабочих мест на объектах здравоохранения были оснащены компьютерами [10].

В целом по стране за первое полугодие 2023 года 72% дистанционных медицинских услуг приходились на городское население (318 тысяч услуг), на сельское – 28% (126 тысяч услуг). В Актюбинской области соотношение составило 60% на 40%, в Жамбылской области 48% на 52%.

Таблица 2 - Топ-10 дистанционных услуг вне комплексного подушевого норматива за первое полугодие 2023 года

Наименование диагноза	Всего услуг	Удельный вес
Итого	443 781	100%
Из них		
Консультация (2 читка рентгенограммы): Рентгенолог	91 127	21%
Консультация: Акушер-гинеколог	55 663	13%
Консультация: Эндокринолог	30 627	7%
Консультация: Невропатолог	29 101	7%
Консультация: Психолог	24 300	6%
Консультация: Хирург	23 598	5%
Консультация: Кардиолог	23 294	5%
Консультация: Офтальмолог	21 301	5%
Консультация: Оториноларинголог	19 908	5%
Консультация: Терапевт	16 111	4%

Анализ по структуре дистанционных медицинских услуг показал нижеследующее.

За первое полугодие 2023 года чаще всего по месту оказания «дистанционное» рентгенологом проводилась 2 читка рентгенограммы (91 тысяча услуг, или 21%). На втором месте – консультации акушер-гинекологов (56 тысяч услуг, 13%), на третьем – консультации эндокринологов (31 тысяча услуг, 7%). С небольшим отрывом спросом пользовались консультации невропатологов (29 тысяч услуг, 7%) (Таблица 2).

Реже обращались за консультацией к проктологам, сурдологам, генетикам, нейрохирургам, челюстно-лицевым хирургам, андрологам и профпатологам (от 1 до 23 раз за первое полугодие 2023 года).

Анализ по объемам оказанных дистанционных услуг вне КПН в разрезе поводов обращения показал нижеследующее.

Больше половины обращений за дистанционными консультациями составили посещения с острыми заболеваниями и обострениями хронического заболевания (277 тысячи услуг, 63%), на втором месте – услуги 2 читки рентгенограммы при скринингах (83 тысячи услуг, 19%). Из оказанных читок рентгенограмм 97% приходится на медицинские организации городского уровня оказания медицинской помощи (80 тысячи услуг).

На третьем месте расположился повод обращения «Прием при антенатальном наблюдении» - 37 тысячи услуг, или 8% (Таблица 3).

Таблица 3 - Структура дистанционных медицинских услуг в разрезе поводов обращения за 1 полугодие 2023 года

Повод обращения	Всего услуг	Удельный вес
По всем поводам обращения	443 781	100%
Острое заболевание (состояние)/Обострение хронического заболевания	277 153	63%
Скрининг (профосмотр)	82 861	19%
Прием при антенатальном наблюдении	36 852	8%
Динамическое наблюдение с хроническими заболеваниями (в том числе ПУЗ)	13 494	3%
Подозрение на социально-значимое заболевание	12 802	3%
Динамическое наблюдение с социально-значимыми заболеваниями	7 410	2%
Услуги по вопросам планирования семьи, безопасного прерывания беременности, охране репродуктивного здоровья	4 081	1%
Прием при постнатальном наблюдении	3 895	1%
Медицинская реабилитация (3 этап)	3 491	1%
Динамическое наблюдение с хроническими заболеваниями, подлежащих наблюдению профильными специалистами	1 700	0%
Обращение с профилактической целью (кроме скрининга)	33	0%
Последствия травмы (АПО)	9	0%

Следует отметить, что дистанционные консультации проводятся и в рамках оказания услуги по вопросам планирования семьи, безопасного прерывания беременности, охране репродуктивного здоровья. За 1 полугодие 2023 года было оказано свыше 4 тысячи услуг.

Охрана репродуктивного здоровья женщин Республики Казахстан находится под защитой государства и обеспечивается организациями здравоохранения. Для решения проблем охраны здоровья матери и ребенка в республике реализуется целый ряд проектов по совершенствованию службы родовспоможения и детства.

Пути решения

Вариант 1. Как отмечалось выше, одной из основных задач, утвержденных Концепцией развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года, в рамках повышения уровня удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинских услуг, предоставляемых медицинскими учреждениями, является расширение применения дистанционных медицинских услуг на уровне оказания ПМСП. В указанном документе обозначено, что системы оказания телемедицинских услуг будут приведены в соответствие с международными стандартами, включая расширение спектра диагностических услуг и использование современных цифровых решений. Также будут реализованы мероприятия по переводу на дистанционный формат медицинских услуг, позволяющих предоставлять дистанционные медицинские услуги в целях диагностики, лечения, медицинской реабилитации и профилактики заболеваний и травм, проведения исследований и оценок посредством цифровых технологий, обеспечивающих дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с физическими лицами, а также документирование совершаемых ими действий и внедрение дистанционного мониторинга здоровья граждан с использованием «умных браслетов».

В рамках указанных целей необходимо внесение изменений в соответствующие нормативные акты, в том числе в Правила организации, предоставления и оплаты дистанционных медицинских услуг, в части регламентации применяемых средств связи при оказании дистанционных медицинских услуг. Стоит учесть, что по носимым медицинским устройствам, предназначенным для сбора и передачи показателей состояния здоровья физического лица, необходима регламентация в части порядка осуществления сбора и обмена информацией мониторинга состояния здоровья пациента [7].

Вариант 2. Утверждение в плане развития уполномоченного органа целевого индикатора по доле оказанных населению страны дистанционных медицинских услуг позволит контролировать уровень доступности услуг в разрезе села и города и позволит своевременно обнаруживать слабые

места. Одновременная реализация в действующих информационных системах отчетов со сводными данными по структуре и объемам оказанных дистанционных услуг, позволит проводить своевременный мониторинг, с последующим формированием проблемных вопросов для принятия управленческого решения на уровне местных исполнительных органов.

Вариант 3. В целях повышения доступности медицинской помощи в дистанционном формате в организациях здравоохранения на селе необходимы развитие инфраструктуры, обновление моделей компьютерной техники в отдаленных сельских медицинских организациях, надежный доступ к сети интернет.

Вместе с тем, установка специализированного программного обеспечения для проведения консультаций и обмена медицинской информацией позволит проводить исследования и оценку посредством цифровых технологий, обеспечит дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой и сотрудничество медицинских организаций для обмена опытом и лучшими практиками, которые уже успешно внедрили дистанционные медицинские услуги.

Также со стороны местных исполнительных органов требуется организация информационной кампании для пациентов с перечислением преимуществ дистанционных медицинских услуг и возможностей их использования.

Литература

1. Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: от 7 июля 2020 года, № 360-VI ЗРК. Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360

Kodeks Respubliki Kazakhstan. O zdorov'e naroda i sisteme zdravookhraneniia (Code of the Republic of Kazakhstan. About people's health and the health care system) [in Russian]: ot 7 iiulia 2020 goda, № 360-VI ZRK. Rezhim dostupa: https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360

2. World Health Organization. Consolidated telemedicine implementation guide. Online resource. [Cited 17 August 2023]. Available from URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240059184

3. World Health Organization. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization. Online resource. [Cited 17 August 2023]. Available from URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311941/9789241550505-eng.pdf?ua=1/

4. American Hospital Association. Fact sheet: Telehealth. AHA. Website. Online resource. [Cited 18 August 2023]. Available from URL: https://www.aha.org/system/files/2019-02/fact-sheet-telehealth-2-4-19.pdf

5. Telehealth: A quarter-trillion-dollar post-COVID-19 reality? Online resource. [Cited 21 August 2023]. Available from URL: https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/telehealth-a-quarter-trillion-dollar-post-covid-19-reality

6. Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года: принят 24 ноября 2022 года, № 945. Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2200000945

Postanovlenie Pravitelstva Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhdenii Koncepcii razvitiya zdravoohraneniya Respubliki Kazakhstan do 2026 goda (Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan. On approval of the Concept for the development of healthcare of the Republic of Kazakhstan until 2026) [in Russian]: priniat 24 noyabrya 2022 goda, № 945. Rezhim dostupa: https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2200000945

7. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении правил организации, предоставления и оплаты дистанционных медицинских услуг: принят 1 февраля 2021 года № КР ДСМ-12. Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100022151

Prikaz Ministra zdravoohraneniya Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhdenii Pravil organizacii, predostavleniya i oplaty distancionnyh medicinskih uslug (On approval of the rules for the organization, provision and payment of remote medical services) [in Russian]: priniat 1 fevralya 2021 goda, № KR DSM-12. Rezhim dostupa: https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100022151

8. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи: принят 24 августа 2021 года № КР ДСМ-90, № 24094 (с изменениями и дополнениями по состоянию на 31.07.2023 г.). Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100024094

Prikaz Ministra zdravoohraneniya Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhdenii Pravil okazaniya pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshi № KR DSM-90 (Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On approval of the Rules for the provision of primary health care № RK HM-90) [in Russian]: priniat 24 avgusta 2021 goda, № 24094 (s izmeneniiami i dopolneniiami po sostoianiiu na 31.07.2023 g.). Rezhim dostupa: https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100024094

9. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении правил оказания специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях: принят 27 апреля 2022 года № КР ДСМ-37, № 27833 (с изменениями и дополнениями по состоянию на 30.11.2022 г.). Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2200027833

Prikaz Ministra zdravoohraneniya Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhdenii pravil okazaniya specializirovannoi medicinskoi pomoshi v ambulatornyh usloviyah (Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On approval of the rules for the provision of specialized medical care in outpatient settings) [in Russian]: priniat 27 aprelya 2022 goda №KR DSM-37, № 27833 (s izmeneniiami i dopolneniiami po sostoianiiu na 30.11.2022 g.). Rezhim dostupa: https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2200027833

10. Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении пилотного национального проекта «Модернизация сельского здравоохранения»: принят 30 ноября 2022 года, № 962. Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2200000962

Postanovlenie Pravitelstva Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhdenii pilotnogo nacionalnogo proekta «Modernizaciya selskogo zdravoohraneniya» (Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan. On approval of the pilot national project «Modernization of rural healthcare») [in Russian]: priniat 30 noyabrya 2022 goda, № 962. Rezhim dostupa: https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2200000962

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау жүйесінде медициналық қызмет көрсетудің тиімділігін арттыру үшін қашықтықтан өзара әрекеттесудің қолданылуы

Кулкаева Г. У.[1], Шайхиев С.С.[2], Карашутова Ж.Н. [3], Бейсембаева В.С.[4]

[1] Салидат Қайырбекова атындағы денсаулық сақтауды дамыту ұлттық ғылыми орталығының басқарма төрайымы, Астана, Қазақстан. E-mail: g.kulkayeva@nrchd.kz

[2] Салидат Қайырбекова атындағы денсаулық сақтауды дамыту ұлттық ғылыми орталығының басқарма төрайымының орынбасары, Астана, Қазақстан. E-mail: s.shaikhiyev@nrchd.kz

[3] Медициналық-статистикалық талдау Департаментінің директоры, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: zh.karashutova@nrchd.kz

[4] Медициналық-статистикалық талдау Департаментінің бас маманы, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: v.beisembayeva@nrchd.kz

Түйіндеме/Түйінді ойлар

Заманауи технологиялар мен түрлі байланыс арналарының арқасында елдің медициналық ұйымдары пациенттерге қашықтықтан қызмет көрсету мүмкіндігіне ие.

Медициналық көмектің қашықтықтан форматы келесі түрлерді көрсету үшін қолданылады: жедел медициналық көмек, алғашқы медициналық-санитарлық көмек, мамандандырылған медициналық көмек, медициналық оңалту.

Қашықтықтан медициналық көмек көрсетудің міндеттері пациенттің шағымдары мен анамнез деректерін жинау, талдау, емдеу-диагностикалық және оңалту іс-шараларының тиімділігін бағалау, пациенттің денсаулық жағдайын медициналық бақылау болып табылады. Медициналық консультациялық қызметтердің қашықтықтан форматын кеңінен енгізу дәрігерді бетпе-бет қабылдау, ауруханаға жатқызу немесе жедел жәрдем бригадасын шақыру қажеттілігі туралы шешімдер қабылдауға, сондай-ақ емдеу-диагностикалық іс-шаралар жоспарын тағайындау мен түзету және тиісті бағыттарды, оның ішінде еңбекке уақытша жарамсыздық парағы мен анықтамасын, дәрілік заттар мен медициналық бұйымдарға рецептілерді қалыптастыру кезінде шешімдер қабылдауға мүмкіндік береді.

Қашықтықтан медициналық қызметтер көрсетуді, оның ішінде консультациялар нысанында медициналық ұйымдар уәкілетті орган айқындаған тізбеге сәйкес жүзеге асырады.

Мәселе неде?

1. Бекітілген қағидаларда қашықтықтан медициналық қызметтерді ұйымдастыру, ұсыну және төлеу, қызметтердің қашықтықтан форматын жүргізу үшін байланыс құралдарын нақты айқындаудың және оларға қойылатын техникалық талаптардың болмауы;

2. Көрсетілген қашықтықтан медициналық қызметтер көлемінің мониторингі және олардың нәтижелілігін бағалау үшін жиынтықталған есептік мәліметтердің болмауы;

3. Шалғайдағы ауылдық елді мекендердің медициналық ұйымдарында инфрақұрылымның дамымауына, компьютерлік техниканың ескірген үлгілерін пайдалануға және интернет желісіне қолжетімділікті шектеуге байланысты медициналық қызметтердің қашықтықтан форматын көрсету мүмкіндігінің болмауы.

Саясат нұсқалары

1-нұсқа. Қашықтықтан медициналық қызметтер көрсету кезінде қолданылатын байланыс құралдарын регламенттеу бөлігінде тиісті нормативтік құқықтық актілерді өзгерту бойынша мемлекеттік қолдау.

2-нұсқа. Уәкілетті органның ел тұрғындарына көрсетілген қашықтықтан медициналық қызметтер үлесі бойынша нысаналы индикаторды бекітуі. Қолданыстағы ақпараттық жүйелерде көрсетілген қашықтықтан көрсетілетін қызметтердің құрылымы мен көлемі бойынша жиынтық деректерді қалыптастыру мүмкіндігін іске асыру.

3-нұсқа. Қазақстан Республикасындағы жергілікті жағдайлардың ерекшелігін ескере отырып, шалғай және аз қызмет көрсетілетін аудандарда қашықтықтан медициналық көрсетілетін қызметтердің қолжетімділігін дамыту және кеңейту мақсатында жергілікті атқарушы органдардың қаржыландыруды қамтамасыз ету.

Саясаттың нұсқаларын іске асыру жөніндегі пайым

Саясаттың осы нұсқаларының әрқайсысы халыққа қашықтықтан медициналық көмек көрсетудің қолжетімділігін арттыруға ықпал етуі мүмкін. Іс-әрекеттің бағыты, қолданылатын ресурстар мен әдістердегі нұсқалардың айырмашылықтарын ескере отырып, саясат нұсқалары мақсатқа біріктірілген іске асыруда айтарлықтай қол жеткізе алады.

Түйін сөздер: *қашықтықтан медициналық қызметтер, қашықтықтан кеңес беру, қашықтағы формат, қашықтықтан қабылдау.*

Applicability of Remote Interaction to Improve the Efficiency of Medical Services in the Healthcare System of the Republic of Kazakhstan

Gulnara Kulkayeva [1], Sain Shaikhiev [2], Zhadyra Karashutova [3], Venera Beisembayeva [4]

[1] Chairman of the Board of the Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Astana, Kazakhstan. E-mail: g.kulkayeva@nrchd.kz

[2] Deputy Chairman of the Board of the National Scientific Center for Health Development named after Salidat Kairbekova, Astana, Kazakhstan.E-mail: s.shaikhiyev@nrchd.kz

[3] Head of the Department of Medical and Statistical Analysis, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Astana, Kazakhstan. E-mail: zh.karashutova@nrchd.kz

[4] Chief specialist of the Department of Medical and Statistical Analysis, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Astana, Kazakhstan. E-mail: v.beisembayeva@nrchd.kz

Abstract / Key messages

Thanks to modern technologies and various communication channels, medical organizations in the country can provide remote patient care.

The remote format of medical care is used to provide the following types: emergency medical care, primary health care, specialized medical care and medical rehabilitation.

The tasks of remote medical care providers are to collect, and analyze patient complaints and medical history data, evaluate the effectiveness of medical diagnostic and rehabilitation measures, and monitor the patient's health status. The widespread adoption of the remote format of medical consultation services will allow making decisions about the need for a full-time doctor's appointment, hospitalization or calling an ambulance team, as well as making decisions when prescribing and adjusting the plan of medical and diagnostic measures and forming appropriate directions, including a temporary disability certificate and certificate, prescriptions for medicines and medical products.

The provision of remote medical services, including in the form of counseling, is carried out by medical organizations in accordance with the list determined by the authorized body.

What is the problem?

1. Absence in the approved rules of organization, provision and payment of remote medical services, a clear definition of the means of communication for remote service format and technical requirements for them;

2. Lack of aggregated reporting data for monitoring the volume of remote medical services provided and evaluating their effectiveness;

3. It is impossible to provide remote medical services in medical organizations in remote rural localities due to the underdeveloped infrastructure, the use of outdated computer equipment models and limited access to the Internet.

Policy options

Option 1. State support for changing the relevant regulatory legal acts in terms of regulating the means of communication used in the provision of remote medical services.

Option 2. Approval by the authorized body of the target indicator for the share of remote medical services provided to the population of the country. Implementation in existing information systems of the possibility of generating summary data on the structure and volume of remote services rendered.

Option 3. Provide funding by local executive bodies to develop and expand the availability of remote medical services in remote and low-service areas, taking into account the specifics of local conditions in the Republic of Kazakhstan.

The vision for the implementation of the policy options

Each of these policy options can contribute to improving the accessibility of remote health care to the population. By taking into account different options in the direction of actions, resources used, and methods, policy options can achieve a significant goal when implemented together.

Keywords: *remote medical services, remote consultation, remote format, remote reception.*

https://doi.org/10.32921/2225-9929-2023-53-24-32
УДК 614; 614.2; 614:33
МРНТИ 76.75.75

Policy Brief

Проблемные вопросы оказания специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования

Кулкаева Г. У.[1], Шайхиев С.С.[2], Карашутова Ж.Н. [3], Минаева Л.Е. [4], Магавина А.М. [5]

[1] *Председатель Правления, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: g.kulkayeva@nrchd.kz*

[2] *Заместитель Председателя Правления, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: s.shaikhiyev@nrchd.kz*

[3] *Директор Департамента медико-статистического анализа, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: zh.karashutova@nrchd.kz*

[4] *Заместитель директора Департамента медико-статистического анализа, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: l.minayeva@nrchd.kz*

[5] *Ведущий специалист Департамента медико-статистического анализа, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: a.magavina@nrchd.kz*

Резюме / Ключевые положения

Всемирная организация здравоохранения оказывает странам помощь в переориентации их систем здравоохранения на развитие первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) как одного из ключевых условий достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения и санитарно-эпидемиологической безопасности. Системы здравоохранения должны отвечать потребностям людей, соответствовать контексту и быть способными выполнять возлагаемые на них задачи.

Путь к укреплению систем здравоохранения, в частности, лежит через укрепление следующих компонентов: управление и финансирование в сфере здравоохранения; кадровые ресурсы здравоохранения; гендерное равенство и права; информационные системы; качество услуг и безопасность пациентов; здоровье матерей, новорожденных, детей и подростков, а также здоровое старение; охрана сексуального и репродуктивного здоровья; лекарственное обеспечение и снабжение медицинской продукцией; готовность к чрезвычайным ситуациям, реагирование на них и ликвидация их последствий; борьба с инфекционными и неинфекционными заболеваниями.

Финансирование ПМСП повсеместно приводит к повышению результативности медицинской помощи, укреплению подотчетности системы здравоохранения и улучшению показателей здоровья населения.

Согласно статьям 196 и 200 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения» специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях предоставляется населению в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

Модернизация системы обязательного социального медицинского страхования способствовала развитию конкурентной среды, что привело к либерализации рынка медицинских услуг за счет вовлечения частных поставщиков и внедрения принципа свободного выбора врача и медицинской организации.

Вместе с тем, для повышения доступности ПМСП, кроме увеличения числа врачей общей практики в отрасли, проведены работы по разукрупнению субъектов здравоохранения с привлечением частных инвесторов.

В чем заключается проблема?

1. Остро стоит вопрос по перевыполнению объемов лабораторных исследований в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования;

2. Низкий охват услугами по поводу обращения «динамическое наблюдение»;

3. Обследования при подготовке пациента к плановой госпитализации проводятся по поводу обращения «Острое заболевание (состояние)/Обострение хронического заболевания».

Варианты политики

Вариант 1. Государственная поддержка по изменению соответствующих нормативных правовых актов в части пересмотра поводов обращения, определения перечня услуг по ним, в том числе по обследованиям, проводимым при подготовке пациента к плановой госпитализации.

Вариант 2. Пересмотр перечня доступных для проведения услуг специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования.

Вариант 3. Определение информационной системы для формирования сводных отчетов по объемам и структуре выполненных консультативно-диагностических услуг и по заболеваемости населения.

Видение по реализации вариантов политики

Каждый из этих вариантов политики может способствовать повышению доступности специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях и регулированию объемов финансирования в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования. Учитывая различия вариантов в направленности действий, используемых ресурсах и методах, варианты политики могут дать существенное достижение цели при их сочетанной реализации.

***Ключевые слова**: специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях, консультативно-диагностические услуги.*

Corresponding author: Aizhan Magavina, leading specialist of the Department of Medical and Statistical Analysis, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Astana, Kazakhstan.
Postal code: Z00T6E0
Address: the Republic of Kazakhstan, Astana, Imanov street, 11
Phone: +7 702 386 7934
E-mail: a.magavina@nrchd.kz

J Health Dev 2023; SI (53): 24-32
Recieved: 08-09-2023
Accepted: 30-09-2023

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

Введение

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) оказывает странам помощь в переориентации их систем здравоохранения на развитие первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) как одного из ключевых условий достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения и санитарно-эпидемиологической безопасности [1]. Системы здравоохранения должны отвечать потребностям людей, соответствовать контексту и быть способными выполнять возлагаемые на них задачи. Путь к укреплению систем здравоохранения, в частности, лежит через укрепление следующих компонентов: управление и финансирование в сфере здравоохранения; кадровые ресурсы здравоохранения; гендерное равенство и права; информационные системы; качество услуг и безопасность пациентов; здоровье матерей, новорожденных, детей и подростков, а также здоровое старение; охрана сексуального и репродуктивного здоровья; лекарственное обеспечение и снабжение медицинской продукцией; готовность к чрезвычайным ситуациям, реагирование на них и ликвидация их последствий; борьба с инфекционными и неинфекционными заболеваниями.

Финансирование ПМСП повсеместно приводит к повышению результативности медицинской помощи, укреплению подотчетности системы здравоохранения и улучшению показателей здоровья населения.

Согласно статьям 196 и 200 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения», специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях предоставляется населению в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и в системе обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) [2].

Модернизация системы ОСМС способствовала развитию конкурентной среды, что привело к либерализации рынка медицинских услуг за счет вовлечения частных поставщиков и внедрения принципа свободного выбора врача и медицинской организации.

Вместе с тем, для повышения доступности ПМСП, кроме увеличения числа врачей общей практики в отрасли, проведены работы по разукрупнению субъектов здравоохранения с привлечением частных инвесторов.

В чем заключается проблема?

1. Остро стоит вопрос по перевыполнению объемов лабораторных исследований в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;

2. Низкий охват услугами по поводу обращения «динамическое наблюдение»;

3. Обследования при подготовке пациента к плановой госпитализации проводятся по поводу обращения «Острое заболевание (состояние)/ Обострение хронического заболевания».

По данным НАО «Фонд социального медицинского страхования» объем финансирования консультативно-диагностической помощи в рамках ГОБМП в 2020 году составил 22 млрд тенге, в 2021 году – 26 млрд тенге, в 2022 году – 36 млрд тенге, в системе ОСМС в 2020 году составил 109 млрд тенге, в 2021 году – 161 млрд тенге, в 2022 году – 241 млрд тенге [3].

С 2020 года пересмотрены тарифы на 2 187 медицинских услуг, в среднем рост тарифов составил 16%.

С 2022 года в комплекс клинико-диагностических услуг (КДУ) на 1 прикрепленного жителя для оплаты по факту их оказания лицам с хроническими заболеваниями и социально-значимыми заболеваниями выведены следующие услуги: эхокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, определение гликозилированного гемоглобина в крови на анализаторе, фиброэзофагогастродуоденоскопия [4].

Согласно Правилам оказания ПМСП перечень медицинских услуг включает всего 157 позиций: 118 услуг, оказываемых медицинскими работниками ПМСП (фельдшер, акушер, медицинская сестра со средним и (или) высшим медицинским образованием), 26 услуг, оказываемых врачами ПМСП, 13 услуг, оказываемых социальными работниками и психологами [5].

Правилами оказания специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях регламентирован перечень медицинских услуг в рамках ГОБМП, включающий 169 позиций: прием подросткового врача, патронаж акушер-гинеколога, консультацию (2 читка рентгенограммы) в рамках скрининговых и профилактических осмотров, 128 лабораторных услуг, 5 инструментальных методов исследования, 33 процедур и манипуляций [6].

Все услуги в вышеуказанных перечнях оплачиваются за счет комплексного подушевого норматива на оказание ПМСП.

Вместе с тем, вне комплексного подушевого норматива отнесены услуги, утвержденные Перечнем медицинских услуг специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках ГОБМП в системе ОСМС. В рамках указанного перечня пациентам в зависимости от повода обращения доступны более 1,8 тысяч услуг: 78 консультативных услуг профильных специалистов, включая дистанционные, 903 лабораторных услуг, 332 инструментальных методов исследования, 551 процедура и манипуляции [6].

Описание проблемы

В настоящее время правилами оказания специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях утверждены перечень медицинских услуг специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках ГОБМП в системе ОСМС, список поводов обращения с привязкой диагнозов по Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10).

Одной из причин перевыполнения специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях по поводу обращения «Острое заболевание (состояние)/Обострение хронического заболевания» вероятно является несоответствие проводимых консультативно-диагностических исследований клиническим протоколам по основному диагнозу.

Стоит отметить, что имеет место некорректный ввод данных в информационных системах, такие как: несоответствие поводов и выполненных в рамках обращения медицинских услуг по утвержденным перечням диагнозов, некорректная кодировка диагнозов по МКБ-10 в рамках одного обращения (изменение подрубрики кода после знака «точка»), перевыполнение услуг за счет ввода в медицинские информационные системы услуг, не оказанных по факту.

Вместе с тем, высокий уровень потребления услуг терапевтической стоматологической помощи обусловлен в том числе отсутствием в информационных системах результатов ежегодных профилактических осмотров с комплексным обследованием детей, в том числе в части определения стоматологической группы здоровья.

Для решения создавшихся проблем требуется детальный анализ ситуации по данным информационной системы с уточнением по диагнозам и числу пациентов. В настоящий момент отсутствие возможности формирования сводных отчетов по объемам и структуре выполненных КДУ и по заболеваемости населения не позволяет провести оценку масштабов перепотребления указанных услуг.

Объемы услуг, выполненных в ПМСП в рамках комплексного подушевого норматива

По итогам 6 месяцев 2023 года по данным выгрузки из информационной системы пациенты ПМСП получили 129 млн услуг, что на 11% больше, чем за аналогичный период 2022 года (116 млн услуг), из которых: приемы медицинских работников ПМСП - 66 млн (51%) (в 2022 г. 60 млн), в том числе по месту оказания: «поликлиника» - 52,6 млн услуг (в 2022 г. 48,5 млн.), «на дому» - 11,1 млн (в 2022 г. 8,3 млн).

Кроме того, согласно выгрузке, приемы осуществлялись по месту оказания «предприятие», «ПМК», «образовательные учреждения», «дистанционное» и так далее. Таким образом, половина из оказанных медицинских услуг в организациях ПМСП приходится на приемы (51%).

Вместе с тем, за 6 месяцев 2023 года выполнены: лабораторных услуг - 45,3 млн услуг (2 кв 2022 г. 37,8 млн услуг), услуг инструментальной диагностики – 4,4 млн услуг (2 кв 2022 г. 3,9 млн услуг), в частности 1,5 млн флюорографий и 2,8 электрокардиографических исследований, процедур и манипуляций - 13,3 млн услуг (2 кв 2022 г. 14,5 млн услуг).

Детальный анализ по процедурам и манипуляциям показал, что больше половины объема (6,7 млн услуг, 51%) приходится на случаи с поводом обращения «Острое заболевание (состояние)/ Обострение хронического заболевания».

Стоит отметить, что на втором месте среди поводов обращения «Обращение с профилактической целью (кроме скрининга)» (2,5 млн услуг).



Рисунок 1 – Удельный вес приемов по месту оказания

Согласно данным ЕПС, под последним поводом зафиксированы такие манипуляции, как: измерение внутриглазного давления по Маклакову (1 глаз), вакцинация без стоимости препарата, проведение пробы Манту, обучение в профилактических кабинетах, школах оздоровления, забор крови из вены и так далее.

Таблица 1 - Объем выполненных процедур и манипуляций при поводах обращения

Повод обращения	Количество услуг	Удельный вес от общего количества выполненных процедур
Острое заболевание (состояние)/Обострение хронического заболевания	6 752 015	50,9%
Обращение с профилактической целью (кроме скрининга)	2 506 892	18,9%
Скрининг (профосмотр)	1 750 449	13,2%
Иммунопрофилактика	907 083	6,8%
Прием при антенатальном наблюдении	475 765	3,6%
Острая травма (Травмпункт, АПО)	186 192	1,4%
Актив	159 811	1,2%
Динамическое наблюдение с хроническими заболеваниями (в том числе ПУЗ)	150 503	1,1%
Мероприятия по здоровому образу жизни	110 577	0,8%
Услуги по вопросам планирования семьи, безопасного прерывания беременности, охране репродуктивного здоровья	39 636	0,3%
Выписка рецептов	34 525	0,3%
Патронаж	33 838	0,3%
Подозрение на социально-значимое заболевание	33 360	0,3%
Динамическое наблюдение с хроническими заболеваниями, подлежащих наблюдению профильными специалистами	29 959	0,2%
Медико-социальная поддержка	29 565	0,2%
Динамическое наблюдение с социально-значимыми заболеваниями	19 469	0,1%

Таким образом, по итогам 6 месяцев 2023 года в рамках КПН объем медицинской помощи на 1 жителя составил 6,5 услуги, за аналогичный период 2022 года данный показатель составил 5,9 услуг. Соотношение лабораторных услуг к приемам показал, что на 1,5 посещения медицинских работников ПМСП (приемы) приходится 1 лабораторная услуга (Рисунок 1, Таблица 1).

Консультативно-диагностическая помощь (специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях вне комплексного подушевого норматива)

По данным информационной системы за 6 месяцев 2023 года выполнено 76,4 млн услуг, не входящих в комплексный подушевой норматив, и оплачиваемых по факту в рамках ГОБМП и системе ОСМС, а за 6 месяцев 2022 года было выполнено 71,6 млн услуг. Сумма, предъявленная к оплате медицинскими организациями за выполненные услуги по итогу 6 месяцев 2023 года, составила 200,6 млрд тенге (за 6 месяцев 2022 года – 174,1 млрд тенге). При экстраполяции на год сумма достигает свыше 401 млрд тенге, тогда как план финансирования по данным НАО «ФСМС» составляет чуть больше 316 млрд тенге (прогнозная сумма превышения плана 21,3%).

За 6 месяцев текущего года из 76,4 млн услуг вне КПН пациенты получили: консультаций профильных специалистов – 24,9 млн (6 месяцев 2022 24,09 млн услуг), лабораторных услуг – 26,2 млн (6 месяцев 2022 22,6 млн услуг), инструментальных диагностических исследований – 8,5 млн (6 месяцев 2022 7,3 млн услуг), процедур и манипуляций - 16,7 млн услуг (6 месяцев 2022 16,7 млн услуг).

Таким образом, на 1 консультацию профильного специалиста приходится практически 2,9 диагностические услуги, не считая манипуляций.

Детальный анализ по консультациям профильных специалистов показал, что чаще всего, то есть в 56,4% случаев (6 месяцев 2022 года - 38,5%),

посещения осуществляются с поводом обращения «Острое заболевание (состояние)/Обострение хронического заболевания», 14 млн. консультаций (6 месяцев 2022 года – 9,2 млн). На втором месте повод «Скрининг (профосмотр)», 4,2 млн, или 17,1%. А за 6 месяцев 2022 года на втором месте был повод «Обращение с профилактической целью (кроме скрининга)», 5,3 млн или 22,2% (Рисунок 2).



Рисунок 2 - Количество оказанных консультаций по поводам обращения по итогам 6 месяцев 2023 года

Согласно данным информационной системы чаще всего обращаются к акушер-гинекологам (за 6 месяцев 2023 года было 3,4 млн обращений, 13,8% от общего количества консультативных приемов профильных специалистов, а за 6 месяцев 2022 года – 3,2 млн обращений, 13,4%). При этом поводом обращения могут служить и активы, и динамическое наблюдение, неотложные состояния, острые заболевания и так далее.

На втором месте – приемы поликлинических хирургов (2,4 млн услуг) и на третьем месте приемы поликлинических невропатологов (2,2 млн услуг). По итогу 6 месяцев 2022 второе место так же занимали приемы поликлинических хирургов (2,4 млн услуг), третье место было занято приемами поликлинических невропатологов (2,1 млн услуг) (Рисунок 2, Таблица 2, Таблица 3).

Таблица 2 - Количество выполненных консультаций по профильным специалистам за 6 месяцев 2022 года и 6 месяцев 2023 года

Наименование услуги	6 месяцев 2022 года		6 месяцев 2023 года	
	Количество консультаций	% от общего количества консультаций	Количество консультаций	% от общего количества консультаций
Консультация: Акушер-гинеколог	3 222 091	13,4%	3 428 106	13,8%
Консультация: Хирург	2 405 755	10,0%	2 424 855	9,7%
Консультация: Невропатолог	2 141 638	8,9%	2 248 888	9,0%
Консультация: Офтальмолог	2 038 172	8,5%	2 160 233	8,7%
Консультация: Оториноларинголог	1 811 687	7,5%	1 934 720	7,8%
Консультация: Эндокринолог	1 340 289	5,6%	1 522 069	6,1%
Консультация: Стоматолог-терапевт	1 692 051	7,0%	1 423 179	5,7%
Консультация: Травматолог-ортопед	1 164 559	4,8%	1 312 909	5,3%
Консультация: Кардиолог	929 755	3,9%	1 077 486	4,3%

В настоящий момент остро стоит вопрос по перевыполнению объемов лабораторных исследований в рамках ГОБМП и ОСМС.

Как сказано выше, в рамках КДУ вне КПН оказаны 26,2 млн лабораторных услуг по 880 видам исследований. Анализ показал, что наиболее востребованы: иммунологические исследования - 8,9 млн услуг (34,2%), гематологические – 5,5 млн услуг (21,1%), клиническая химия (биохимия) – 4,8 млн услуг (18,4%), общеклинические методы – 4,3 млн услуг (16,4%), другие – 2,7 млн услуг.

Пути решения

Вариант 1. Как выяснилось, низкий охват услугами по поводу обращения «динамическое наблюдение» в том числе обусловлен некорректным выбором медицинскими работниками соответствующего повода. В связи с чем, разделение повода обращения «Острое заболевание (состояние)/ Обострение хронического заболевания» в Правилах оказания специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях на «Острое заболевание (состояние)» и «Обострение хронического

заболевания» позволит разграничить состояния и вести корректный учет по объемам услуг.

В стандарте оказания медицинской помощи в стационарных условиях необходимо утверждение минимального перечня обследований на плановую госпитализацию, с последующим включением в Правила оказания специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях повода обращения «Подготовка к плановой госпитализации» с указанием доступного перечня лабораторных услуг, выполняемых в рамках подготовки к плановой госпитализации.

Указанные изменения в нормативные акты позволят исключить искусственный рост показателя обращаемости по острым состояниям и определить границы по охвату населения динамическим наблюдением и подготовкой к плановой госпитализации.

Вместе с тем, по международным данным, 80% случаев должны завершаться на уровне участковых врачей [1]. Внесение дополнений в соответствующие нормативные акты в части определения сроков и периодов, когда случай с острым состоянием необходимо считать завершенным с учетом особенности течения заболевания, позволит вести адекватный учет показателя заболеваемости и, следовательно, обеспечит корректное планирование объемов финансирования по острым состояниям.

Таблица 3 - Топ 15 услуг, выполняемых в рамках КДУ вне КПН за 6 месяцев 2022 года и 6 месяцев 2023 года

Наименование услуг	6 месяцев 2022		6 месяцев 2023	
	Количество лабораторных услуг	Удельный вес	Количество лабораторных услуг	Удельный вес
Всего	22 681 844		26 234 855	
В том числе				
Общий анализ крови 6 параметров на анализаторе	2 031 629	9,0%	2 379 335	9,1%
Исследование мочи общеклиническое (общий анализ мочи) ручным методом	2 306 559	10,2%	2 365 827	9,0%
Измерение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) в крови ручным методом	1 483 904	6,5%	1 381 015	5,3%
Постановка реакции микропреципитации с кардиолипиновым антигеном в сыворотке крови ручным методом	1 229 222	5,4%	1 344 057	5,1%
Общий анализ крови 6 параметров ручным методом	1 086 137	4,8%	989 866	3,8%
Обнаружение скрытой крови в кале (гемокульт-тест) экспресс методом	647 728	2,9%	693 672	2,6%
Исследование кала на простейшие и гельминты ручными методами	701 508	3,1%	691 111	2,6%
Постановка реакции Вассермана в сыворотке крови ручным методом	615 774	2,7%	593 230	2,3%
Определение тиреотропного гормона (ТТГ) в сыворотке крови методом иммунохемилюминесценции	388 194	1,7%	437 168	1,7%
Определение HBsAg в сыворотке крови ИФА-методом	369 646	1,6%	420 916	1,6%
Определение суммарных антител к вирусу гепатита С в сыворотке крови ИФА-методом	370 924	1,6%	419 187	1,6%
Подсчет лейкоформулы в крови ручным методом	412 837	1,8%	395 848	1,5%
Определение свободного тироксина (Т4) в сыворотке крови методом иммунохемилюминесценции	340 344	1,5%	355 907	1,4%
Цитологическое исследование мазка из шейки матки ПАП-тест на аппарате жидкостной цитологии	329 925	1,5%	321 661	1,2%
Определение Витамина D в сыворотке крови ИФА-методом	322 603	1,4%	300 671	1,1%

Вариант 2. Стоит отметить, что в рамках проведенного анализа выявлено, что на исследования, проводимые ручным методом, затрачивается основной объем средств. Пересмотр перечня доступных для проведения услуг СМП в амбулаторных условиях в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, в том числе исследований, проводимых ручным методом, позволит исключить необоснованные затраты и произвести корректировку финансовых объемов на востребованные лабораторные услуги.

Вариант 3. Реализация в информационных системах сводных отчетов по объемам и структуре выполненных КДУ по заболеваемости населения расширит возможности аналитических центров при проведении необходимых исследований и позволит уполномоченному органу и подведомственным организациям формировать управленческие решения, в том числе в части распределения финансовых средств по соответствующим областям здравоохранения.

Видение по реализации вариантов политики

Каждый из этих вариантов политики может способствовать повышению доступности специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях и регулированию объемов финансирования в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС. Учитывая различия вариантов в направленности действий, используемых ресурсах и методах, варианты политики могут дать существенное достижение цели при их сочетанной реализации.

Литература

1. World Health Organization. Primary health care. Online resource. [Cited 15 November 2023]. Available from URL: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care

2. Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: от 7 июля 2020 года, № 360-VI ЗРК. Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360

Kodeks Respubliki Kazakhstan. O zdorov'e naroda i sisteme zdravookhraneniia (Code of the Republic of Kazakhstan. About people's health and the health care system) [in Russian]: ot 7 iiulia 2020 goda, № 360-VI ZRK. Rezhim dostupa: https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360

3. Умертаев А.К., Куренкеева Г.Т. Анализ текущей ситуации после внедрения системы обязательного социального медицинского страхования Республики Казахстан // Journal of Health Development – 2021. – №1(41). - С. 82-91. [Google Scholar]

Umertaev A.K., Kurenkeeva G.T. Analiz tekushej situacii posle vnedreniya sistemy obyazatelnogo socialnogo medicinskogo strahovaniya Respubliki Kazahstan (Analysis of the Current Situation after the Introduction of Compulsory Social Health Insurance System in Kazakhstan) [in Russian]. Journal of Health Development. 2021;1(41): 82-91. [Google Scholar]

4. Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года: принят 24 ноября 2022 года, № 945. Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2200000945

Postanovlenie Pravitelstva Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhdenii Koncepcii razvitiya zdravoohraneniya Respubliki Kazakhstan do 2026 goda (Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan. On approval of the Concept for the development of healthcare of the Republic of Kazakhstan until 2026) [in Russian]: priniat 24 noyabrya 2022 goda, № 945. Rezhim dostupa: https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2200000945

5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи: принят 24 августа 2021 года № КР ДСМ-90, № 24094 (с изменениями и дополнениями по состоянию на 31.07.2023 г.). Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100024094

Prikaz Ministra zdravoohraneniya Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhdenii Pravil okazaniya pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshi № KR DSM-90 (Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On approval of the Rules for the provision of primary health care № RK HM-90) [in Russian]: priniat 24 avgusta 2021 goda, № 24094 (s izmeneniiami i dopolneniiami po sostoianiiu na 31.07.2023 g.). Rezhim dostupa: https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100024094

6. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении правил оказания специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях: принят 27 апреля 2022 года № КР ДСМ-37, № 27833 (с изменениями и дополнениями по состоянию на 30.11.2022 г.). Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2200027833

Prikaz Ministra zdravoohraneniya Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhdenii pravil okazaniya specializirovannoi medicinskoi pomoshi v ambulatornyh usloviyah (Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On approval of the rules for the provision of specialized medical care in outpatient settings) [in Russian]: priniat 27 aprelya 2022 goda № KR DSM-37, № 27833 (s izmeneniiami i dopolneniiami po sostoianiiu na 30.11.2022 g.). Rezhim dostupa: https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2200027833

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде амбулаториялық жағдайларда мамандандырылған медициналық көмекті көрсетудегі проблемалық мәселелері

Кулкаева Г. У.[1], Шайхиев С.С.[2], Карашутова Ж.Н. [3], Минаева Л.Е. [4], Магавина А.М. [5]

[1] Салидат Қайырбекова атындағы денсаулық сақтауды дамыту ұлттық ғылыми орталығының басқарма төрайымы, Астана, Қазақстан. E-mail: g.kulkayeva@nrchd.kz

[2] Салидат Қайырбекова атындағы денсаулық сақтауды дамыту ұлттық ғылыми орталығының Басқарма төрайымының орынбасары, Астана, Қазақстан. E-mail: s.shaikhiyev@nrchd.kz

[3] Медициналық-статистикалық талдау Департаментінің директоры, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: zh.karashutova@nrchd.kz

[4] Медициналық-статистикалық талдау Департаментінің директорының орынбасары, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: l.minayeva@nrchd.kz

[5] Медициналық-статистикалық талдау Департаментінің жетекші маманы, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: a.magavina@nrchd.kz

Түйіндеме / Түйінді ойлар

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы, денсаулық сақтау және санитариялық-эпидемиологиялық қауіпсіздік қызметтерімен жалпыға бірдей қамтуға қол жеткізудің негізгі шарттарының бірі ретінде елдерге денсаулық сақтау жүйесіндегі бастапқы медициналық-санитариялық көмекті (МСАК) дамытуға қайта бағдарлауға көмек көрсетеді. Денсаулық сақтау жүйелері адамдардың қажеттіліктерін қанағаттандыруы, контекстке сәйкес келуі және оларға жүктелген міндеттерді орындай алуы керек.

Денсаулық сақтау жүйесін нығайтудың жолы, атап айтқанда, келесі компоненттерді нығайту арқылы жатыр: денсаулық сақтау саласындағы басқару және қаржыландыру; денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстары; гендерлік теңдік және құқықтар; ақпараттық жүйелер; қызмет сапасы және пациенттердің қауіпсіздігі; аналардың, жаңа туған нәрестелердің,

балалар мен жасөспірімдердің денсаулығы және сау қартаю; жыныстық және репродуктивті денсаулықты сақтау; дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету және медициналық өнімдермен қамтамасыз ету; төтенше жағдайларға дайындық, оларға ден қою және олардың салдарын жою; жұқпалы және жұқпалы емес аурулармен күресу.

МСАК-ты қаржыландыру барлық жерде медициналық көмектің нәтижелілігін арттыруға, денсаулық сақтау жүйесінің есептілігін нығайтуға және халық денсаулығының көрсеткіштерін жақсартуға әкеледі.

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI кодексінің 196 және 200-баптарына сәйкес амбулаториялық жағдайларда мамандандырылған медициналық көмек халыққа тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетіледі.

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесін жаңғырту бәсекелестік ортаның дамуына ықпал етті, бұл жеке жеткізушілерді тарту және дәрігер мен медициналық ұйымды еркін таңдау қағидатын енгізу арқылы медициналық қызметтер нарығын ырықтандыруға әкелді.

Сонымен қатар, МСАК қолжетімділігін арттыру үшін саладағы жалпы практика дәрігерлерінің санын арттырудан басқа, жеке инвесторларды тарта отырып, денсаулық сақтау субъектілерін іріландіру бойынша жұмыстар жүргізілді.

Мәселе неде?

1. Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде зертханалық зерттеулер көлемін асыра орындау мәселесі өткір тұр;

2. «Динамикалық бақылау» себебі бойынша қызметтермен қамтудың төмендігі;

3. Пациентті жоспарлы емдеуге жатқызуға дайындау кезінде тексерулердің бекітілген ең төменгі тізбесі жоқ.

Саясат нұсқалары

1-нұсқа. Өтініш беру себептерін қайта қарау, олар бойынша көрсетілетін қызметтер тізбесін айқындау бөлігінде, оның ішінде пациентті жоспарлы емдеуге жатқызуға дайындау кезінде жүргізілетін тексерулер бойынша тиісті нормативтік құқықтық актілерді өзгерту бойынша мемлекеттік қолдау.

2-нұсқа. Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде амбулаториялық жағдайларда мамандандырылған медициналық көмек көрсету үшін қолжетімді көрсетілетін қызметтер тізбесін қайта қарау.

3-нұсқа. Орындалған консультациялық-диагностикалық қызметтердің көлемі мен құрылымы және халықтың сырқаттануы бойынша жиынтық есептерді қалыптастыру үшін ақпараттық жүйені айқындау.

Саясаттың нұсқаларын іске асыру жөніндегі пайым

Саясаттың осы нұсқаларының әрқайсысы амбулаториялық жағдайда мамандандырылған медициналық көмектің қолжетімділігін арттыруға және тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде қаржыландыру көлемін реттеуге ықпал ете алады. Іс-әрекеттің бағыты, қолданылатын ресурстар мен әдістердегі нұсқалардың айырмашылықтарын ескере отырып, саясат нұсқалары мақсатқа біріктірілген іске асыруда айтарлықтай қол жеткізе алады.

Түйін сөздер: *амбулаториялық жағдайда мамандандырылған медициналық көмек, консультациялық-диагностикалық қызметтер.*

Problematic Issues in the Provision Specialized Medical Care in Outpatient Settings within the Guaranteed Volume of Free Medical Care and (or) in the System of Compulsory Social Health Insurance

Gulnara Kulkayeva [1], Sain Shaikhiev [2], Zhadyra Karashutova [3], Larisa Minayeva [4], Aizhan Magavina [5]

[1] *Chairman of the Board of the Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Astana, Kazakhstan. E-mail: g.kulkayeva@nrchd.kz*

[2] *Deputy Chairman of the Board of the National Scientific Center for Health Development named after Salidat Kairbekova, Astana, Kazakhstan.E-mail: s.shaikhiyev@nrchd.kz*

[3] *Head of the Department of Medical and Statistical Analysis, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Astana, Kazakhstan. E-mail: zh.karashutova@nrchd.kz*

[4] *Deputy Director of the Department of Medical and Statistical Analysis, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Astana, Kazakhstan. E-mail: l.minayeva@nrchd.kz*

[5] *The leading specialist of the Department of Medical and Statistical Analysis, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Astana, Kazakhstan. E-mail: a.magavina@nrchd.kz*

Key messages

The World Health Organization is helping countries to reorient their health systems towards the development of primary health care (PHC) as one of the key conditions for achieving universal health coverage and sanitary and epidemiological safety. Health systems must respond to people's needs, fit the context, and be able to carry out the tasks assigned to them. The way to strengthen health systems, in particular, lies through strengthening the following components: health management and financing; human resources of healthcare; gender equality and rights; information systems; quality of services and patient safety; maternal, newborn, child and adolescent health, as well as healthy aging; protection of sexual and reproductive health; drug provision and supply of medical products; emergency preparedness, response and elimination of their consequences; combating infectious and non-communicable diseases.

PHC funding everywhere leads to improved health care performance, strengthened accountability of the health system and improved public health indicators.

According to Articles 196 and 200 of the Codex of the Republic of Kazakhstan dated July 7, 2020 №360-VI of the LRK «On the Health of the people and the healthcare system», specialized medical care in outpatient settings is provided to the population within the guaranteed volume of free medical care and in the system of compulsory social health insurance.

The modernization of the compulsory social health insurance system contributed to the development of a competitive environment, which led to the liberalization of the medical services market through the involvement of private providers and the introduction of the principle of free choice of a doctor and a medical organization.

At the same time, in order to increase the availability of primary health care, in addition to increasing the number of general practitioners in the industry, work has been carried out to unbundle healthcare entities with the involvement of private investors.

What is the problem?

1. There is an urgent issue of over-fulfillment of laboratory research volumes within the guaranteed volume of free medical care and in the system of compulsory social health insurance;

2. Low coverage of services regarding the treatment of «dynamic surveillance»;

3. There is no approved minimum list of examinations when preparing a patient for planned hospitalization.

Policy options

Option 1. State support for changing the relevant regulatory legal acts in terms of reviewing the reasons for treatment, determining the list of services for them, including examinations conducted in preparing the patient for planned hospitalization.

Option 2. Revision of the list of services available for specialized medical care in outpatient settings within the guaranteed volume of free medical care and (or) in the system of compulsory social health insurance.

Option 3. Definition of an information system for the formation of summary reports on the volume and structure of performed consulting and diagnostic services and on the morbidity of the population.

The vision for the implementation of the policy options

Each of these policy options can help to increase the availability of specialized medical care in outpatient settings and regulate the amount of funding within the guaranteed volume of free medical care and (or) in the system of compulsory social health insurance. Given the differences in the options in the direction of action, resources used and methods, policy options can significantly achieve the goal when implemented in combination.

Keywords: *specialized medical care in outpatient settings, consulting and diagnostic services.*

https://doi.org/10.32921/2225-9929-2023-53-33-50
УДК 614; 614.2; 614:33
МРНТИ 76.75.75

Policy Brief

Анализ расходов на здравоохранение по регионам Республики Казахстан для эффективного планирования ресурсов

Кулькаева Г.У. [1], Темекова З.М. [2], Омирбаева Б.С.[3], Серикбаев Н.С.[4]

[1] *Председатель правления, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: g.kulkayeva@nrchd.kz*

[2] *Заместитель Председателя правления, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан.E-mail: z. temekova@nrchd.kz*

[3] *Заведующая сектором макроэкономических исследований, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: b.omirbayeva@nrchd.kz*

[4] *Заведующий сектором совершенствования финансирования и прогнозирования, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: n.serikbayev @nrchd.kz*

Резюме/Ключевые положения

Настоящая аналитическая справка включает в себя анализ расходов на услуги здравоохранения в Республике Казахстан в разрезе регионов страны с целью выработки рекомендаций по эффективному планированию ресурсов. Наряду с национальными счетами здравоохранения на республиканском уровне, в Казахстане также были разработаны региональные счета здравоохранения в целях анализа регионального распределения расходов на здравоохранение. В этой связи, на региональном уровне были построены таблицы национальных счетов здравоохранения для каждого региона и городов республиканского значения.

Так, был проведен сравнительный анализ расходов на здравоохранение по регионам Казахстана и странах Организа́ции экономи́ческого сотру́дничества и разви́тия. Анализ проводился на основе данных таблиц национальных счетов здравоохранения Казахстана за 2022 год. Были сопоставлены различия в расходах на здравоохранение по регионам Республики Казахстан. Кроме того, проанализирована структура расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь, стационарную помощь, реабилитационное лечение, фармацевтические препараты по схемам финансирования в разрезе регионов. А также на основе потоков денежных средств была сформирована диаграмма движения денежных средств в системе здравоохранения Казахстана. В результате исследования были предложены возможные варианты по улучшению эффективности планирования ресурсов.

Проблематика вопроса

Анализ бюджета здравоохранения на республиканском уровне показывает средние страновые значения. Однако развитие регионов в стране различно. А, поскольку, здравоохранение является социальной сферой и должно быть доступно всем граждан без исключения несмотря на территориальную отдаленность и финансовое состояние, то необходимо также анализ расходов на здравоохранение в разрезе регионов для определения слабых сторон в целях дальнейшего развития и совершенствования в соответствии с приоритетами социально-экономической политики.

Пути решения

Расходы на здравоохранение в каждом отдельном регионе разнятся, и для эффективного планирования ресурсов наряду с анализом расходов на здравоохранение на республиканском уровне необходимо проводить анализ расходов в каждом регионе.

Ключевые слова: *система здравоохранения, бюджет здравоохранения, ресурсы здравоохранения, планирование ресурсов, Казахстан.*

Corresponding author: Bibigul Omirbayeva, Head of the Macroeconomic Research Unit, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Astana, Kazakhstan
Postal code: Z01C1E7
Address: Kazakhstan, Astana, Imanova Str. 11
Phone: +7 771 834 10 33
E-mail: bibigulomirbayeva@gmail.com

J Health Dev 2023; SI (53): 33-50
Recieved: 11-08-2023
Accepted: 28-09-2023

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

Введение

Система здравоохранения обеспечивает здоровое население, а, следовательно, и качество трудовых ресурсов, которые, в свою очередь, являются фундаментом для экономического развития страны. Поэтому инвестиции в здоровье создают не только экономические, но и социальные выгоды, так как здоровье нации определяет эффективность социальной политики государства.

Цель политики финансирования здравоохранения заключается в улучшении уровня здоровья граждан путем обеспечения доступной и качественной медицинской помощи. Рациональное финансирование, несомненно, позволит решить множество проблем населения и значительно улучшить качество жизни людей.

Анализ бюджета здравоохранения на республиканском уровне показывает средние страновые значения. Однако развитие регионов в стране различно. А, поскольку, здравоохранение является социальной сферой и должно быть доступно всем граждан без исключения несмотря на территориальную отдаленность и финансовое состояние, то необходимо также анализ расходов на здравоохранение в разрезе регионов для определения слабых сторон в целях дальнейшего развития и совершенствования в соответствии с приоритетами социально-экономической политики.

ВВП – это главный показатель уровня экономического развития страны, который рассчитывается как сумма стоимости произведенных в стране товаров и услуг за определенный промежуток времени, и показывает уровень развития страны. В свою очередь, валовый региональный продукт (ВРП) – это аналогичный показатель, только рассчитанный для определенного региона, и показывает экономическое состояние данного региона.

В сравнении с ВВП, ВРП учитывает специфику региона и социально-экономические различия между регионами. Одной из мер по повышению ВРП является развитие инфраструктуры, туризма, сельского хозяйства, здравоохранения и образования. Так, ВРП может помочь правительствам и инвесторам проводить сравнения между различными регионами для принятия стратегических решений о приоритетах инвестирования и экономической политики.

Таким образом, ВВП и ВРП играют важную роль в экономике страны, помогают определить возможности и потенциал развития, способствуют принятию управленческих и финансовых решений на разных уровнях.

Именно поэтому, если общие страновые показатели расходов на здравоохранение рассматриваются с точки зрения сравнения с ВВП, то региональные расходы на здравоохранение необходимо рассматривать в контексте сравнения с ВРП, как основного показателя уровня благосостояния и развития региона.

Функции здравоохранения рассматриваются как категории потребляемых товаров и услуг и включают стационарное обслуживание, амбулаторное обслуживание, меры по охране здоровья граждан, реабилитационные услуги, скорую медицинскую помощь, предоставление медицинских товаров, расходы на администрирование системы здравоохранения и т.д.

Согласно данным национальных счетов здравоохранения РК общие расходы на здравоохранение (ОРЗ) по сравнению с 2021 годом, в 2022 году увеличились на 17% и составили 4 трлн. 26 млрд. тенге, или 3,9% от ВВП [1].

Рисунок 1 иллюстрирует потоки и движение денежных средств в системе здравоохранения от финансовых агентов до функции здравоохранения.

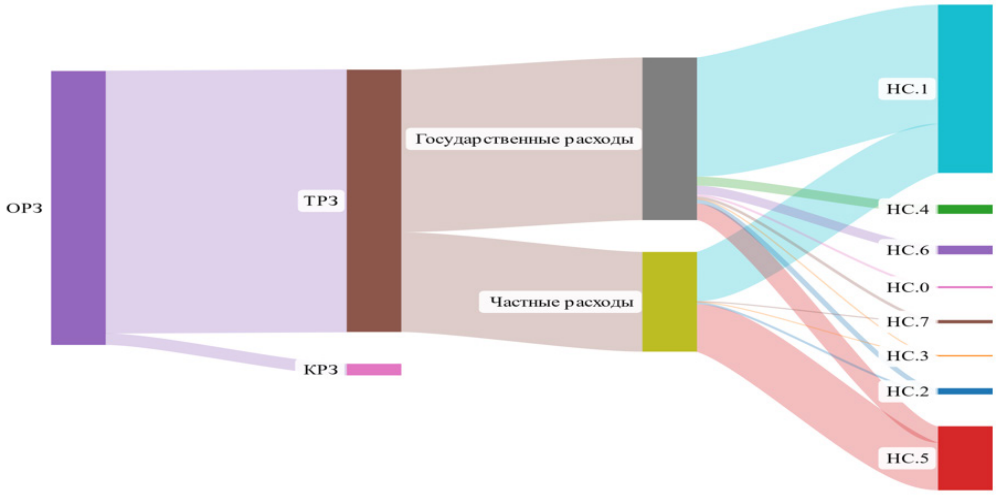


Рисунок 1 - Структура расходов на здравоохранение [1]

Расходы здравоохранения в 2022 году

Текущие расходы на здравоохранение (ТРЗ) в 2022 году составили 3 трлн. 855 млрд. тенге, или 3,7% от ВВП. Капитальные расходы – 171 млрд. тенге, или 0,2% от ВВП. По сравнению с прошлым 2021 годом текущие расходы увеличились на 17%, а капитальные расходы увеличились на 10%.

Для сравнения, в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) средний показатель по уровню текущих расходов на здравоохранение (ТРЗ) составляет 9,3% от ВВП. Вместе с тем, для поддержания финансовой устойчивости систем здравоохранения и эффективного функционирования медицины для стран с развивающейся экономикой Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) рекомендует поддерживать уровень расходов на здравоохранение не менее 5% от ВВП [1,2].

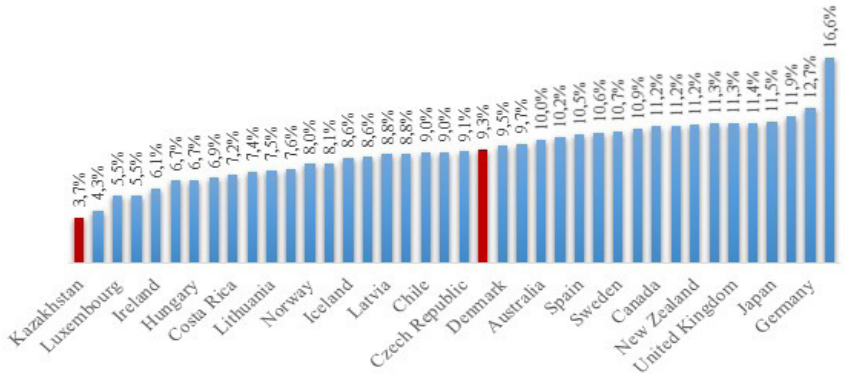


Рисунок 2 – Текущие расходы на здравоохранение в Казахстане и в странах ОЭСР в 2022 г. (в % к ВВП) [1, 2]

Подушевые расходы на здравоохранение в 2022 году Казахстане составили 203 920 тенге или 442,8 долл. США. Для корректной сопоставимости значений показателей расходов на здравоохранение с остальным миром необходимо перевести их в долл. по ППС.

Уровень подушевых текущих расходов в Казахстане составил 1 267,79 долл. по ППС. Значение этого показателя ниже уровня подушевых расходов в странах-членах ОЭСР более чем в 4 раза (5 009,5 долл. США по ППС) [1,2] (Рисунки 1-3).

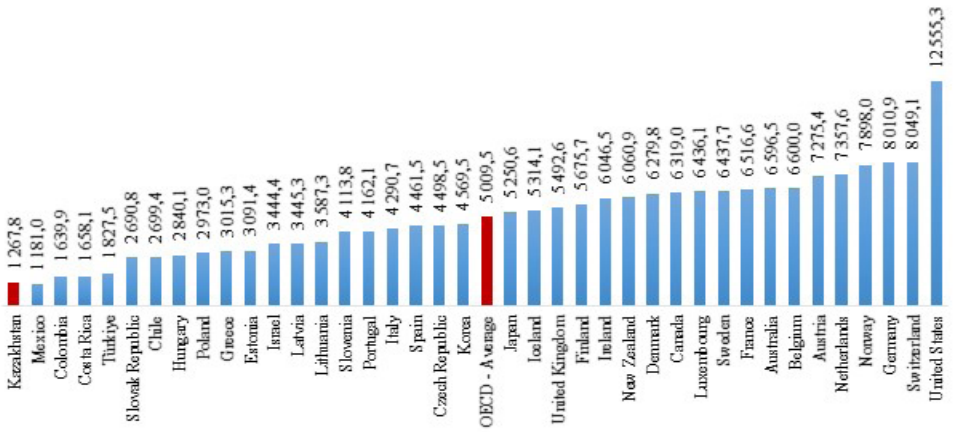


Рисунок 3 – Уровень текущих расходов на здравоохранение на душу населения в 2022 г. в Казахстане и в странах ОЭСР, долл. по ППС [1, 2]

Обязательные схемы финансирования здравоохранения составили 2,39 трлн. тенге, или 2,3% от ВВП в 2022 году. Из них расходы в системе обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) – 835 млрд. тенге, 0,8% от ВВП.

Частные расходы в 2022 году составили 1 466 млрд. тенге или 1,4 % от ВВП или 38% от ТРЗ.

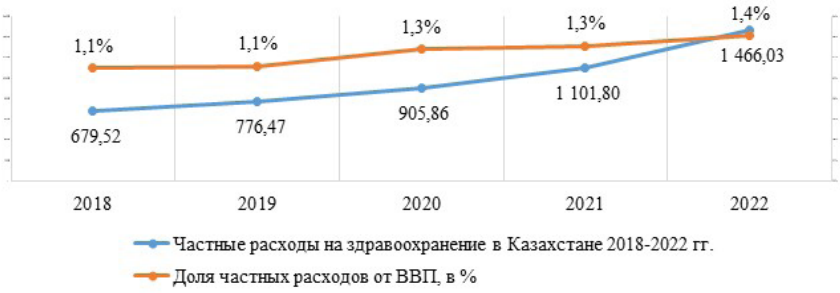


Рисунок 4 – Частные расходы на здравоохранение в Казахстане, 2018-2022 гг., тыс. тенге, % от ВВП [1]

Как показывает Рисунок 4, частные расходы на здравоохранение начиная с 2018 года постоянно росли.

В 2022 году объем частных расходов достиг высокого уровня 38% от ТРЗ, по сравнению со странами ОЭСР (Рисунок 5), где средний показатель составляет 18,6%.

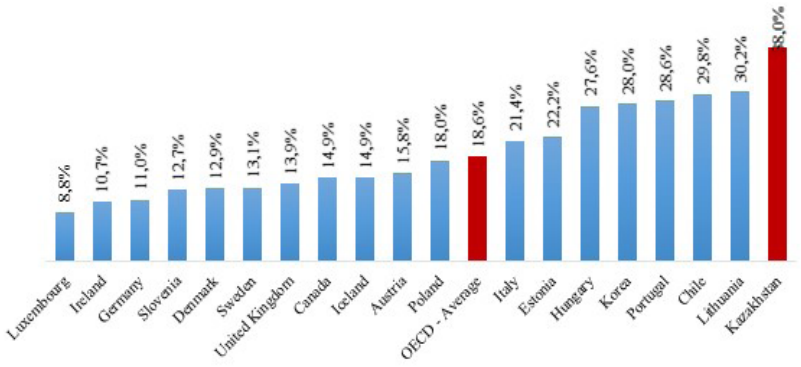


Рисунок 5 – Частные расходы на здравоохранение в Казахстане и странах ОЭСР в 2022 году, в % от ТРЗ [1,2]

В 2022 году отмечается значительный рост карманных расходов, которые с 2021 года выросли на 45% и составили 1 198,25 млрд. тенге или 31,1% от ТРЗ (Рисунок 6).

Высокий рост частных расходов свидетельствует о том, что уровень государственного финансирования используется неэффективно и не обеспечивает достаточный объем спроса, что приводит к увеличению объемов платежей из кармана населения.

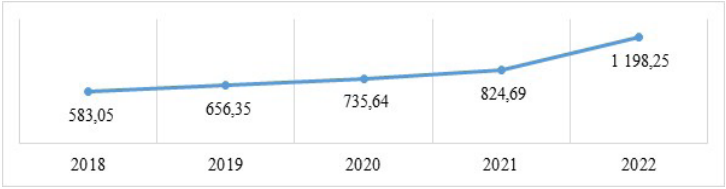


Рисунок 6 – «Карманные» расходы населения на здравоохранение за период 2018 – 2022 гг. (млрд. тенге) [1]

Структура расходов на здравоохранение в 2022 году

Распределение на здравоохранение по функциям в разрезе схем финансирования показывает следующее. Наибольший удельный вес государственных расходов на здравоохранение приходится на услуги лечения – 73,2%, которые в свою очередь включают в себя:

- стационар – 52%;
- амбулаторная помощь – 44%;
- стационарзамещающая помощь – 4%;
- домашний лечебный уход (КВИ) – 0,01%.

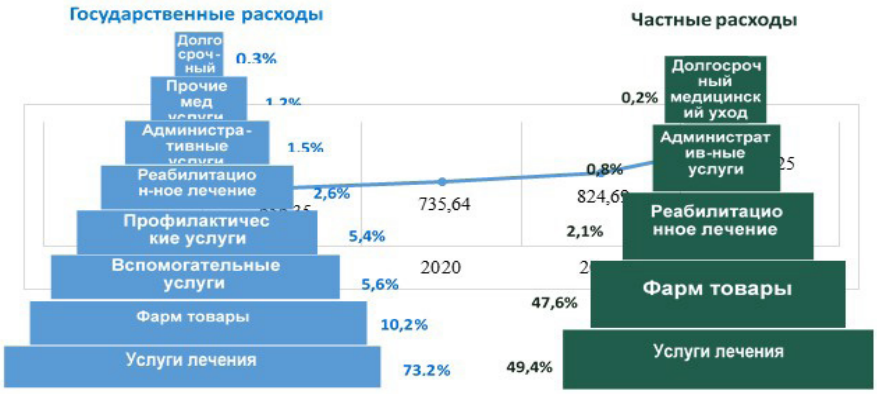


Рисунок 7 – Структура расходов на здравоохранение по функциям и схемам финансирования [1]

В свою очередь, государственные расходы на амбулаторное лечение включают:

- ПМСП – 61%;
-клинико-диагностическая помощь (КДП) – 34%;
-стоматология – 5%;
-прочее – 0,3%.

Далее государственные расходы распределились следующим образом:

-обеспечение фармацевтическими препаратами – 10% (из них – АЛО – 93%, АРВ препараты – 4%, противотуберкулезные препараты – 3%),

-впомогательные услуги – 5,6% (скорая медицинская помощь – 67%, диагностика туберколеза, онкологии, КВИ – 32%, патологоанатомическая диагностика 1%),

-профилактика – 5,4% (вакцинация – 44%, санитарно-эпидемиологическое благополучие – 40%, скрининговые обследования – 11%, услуги по охране материнства и детства – 8%, профилактика ВИЧ – 4%, ликвидация чрезвычайных ситуаций – 1%),

-реабилитационное лечение – 2,6% (в стационаре – 74%, в амбулаторных условиях – 14%, в дневном стационаре – 14%),

-администрирование – 1,5%,

-прочие медицинские услуги – 1,2%,

-долгосрочный медицинский уход – 0,3%.

Частные расходы также преимущественно направлены на услуги лечения – 49,4%.

Услуги лечения в свою очередь включают:

-амбулаторное лечение – 77%,

-стационарное лечение – 23%.

Амбулаторная помощь состоит из:

-общей врачебной практики – 21%,

-специализированной врачебной практики – 12%,

-стоматологии – 27%,

-прочих услуг – 40%.

Далее совсем с небольшим отрывом идет приобретение фармацевтических препаратов, на которые приходится 47,6% всех частных расходов, из них – терапевтические приборы – 35%, фармацевтические препараты – 65% (Рисунок 7).

Расходы здравоохранения в 2022 году в разрезе регионов

Анализ региональных счетов здравоохранения по итогам 2022 года показал, что наибольший объем ТРЗ наблюдается в городе Алматы, где затраты на здравоохранение составили 647,3 млрд. тенге. Далее идут город Астана – 514,8 млрд. тенге, и Карагандинская область – 282,6 млрд. тенге (Таблица 1).

Таблица 1 – Текущие расходы на здравоохранение, ВРП и численность населения Казахстана в разрезе регионов в 2022 году [3]

Регион	ТРЗ	ВРП	Население
Всего	**3 855 044 948**	**103 765 518 200**	**19 765 004**
Алматинская область	248 069 066	5 694 547 500	2 204 659
город Алматы	647 347 595	19 154 536 700	2 161 695
Туркестанская область	235 850 566	3 517 281 100	2 119 063
Карагандинская область	282 613 537	8 887 799 000	1 356 148
город Астана	514 813 836	10 672 480 500	1 354 435
Восточно-Казахстанская область	260 950 826	6 300 571 500	1 340 361
Жамбылская область	153 998 523	2 685 459 600	1 217 955
город Шымкент	168 726 412	3 294 392 300	1 191 877
Актюбинская область	151 476 039	4 416 899 400	928 185
Кызылординская область	136 434 182	2 417 399 000	833 531
Костанайская область	137 924 528	4 182 077 800	832 110
Акмолинская область	107 080 663	3 484 572 500	787 971
Мангистауская область	119 778 575	4 401 192 900	766 956
Павлодарская область	132 525 141	4 296 923 700	754 903
Атырауская область	111 536 215	13 725 399 800	693 040
Западно-Казахстанская область	117 695 711	4 435 130 600	688 091
Северо-Казахстанская область	101 240 063	2 198 854 300	534 024

По показателям ВРП с высоким уровнем благосостояния отмечаются следующие регионы:

- г. Алматы – 19,2 трлн. тенге,

- Атырауская область – 13,7 трлн. тенге,

- г. Астана – 10,7 трлн. тенге.

Самый низкий уровень ВРП наблюдается в Северо-Казахстанской области – 2,2 трлн. тенге.

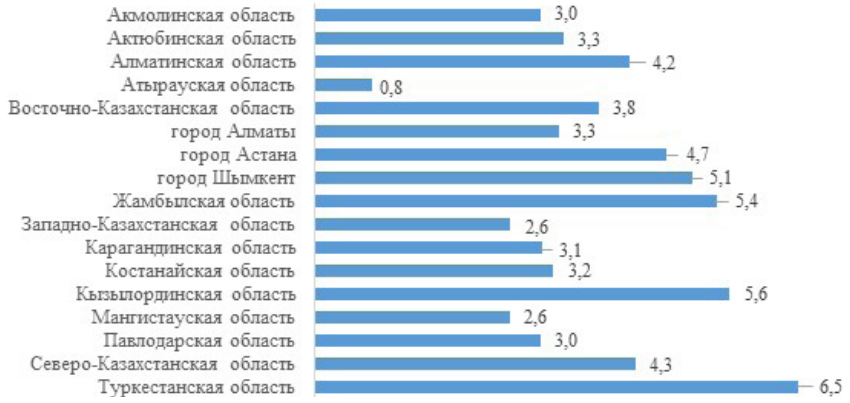


Рисунок 8 – Текущие расходы на здравоохранение в % от ВРП по регионам Казахстана в 2022 году [3]

Так, в процентном соотношении по итогам 2022 года ТРЗ в разрезе регионов РК распределились следующим образом: в Туркестанской области затраты на здравоохранение составили 6,5% от ВРП, в Кызылординской области – 5,6% от ВРП, в Жамбылской 5,4% от ВРП (Рисунок 8).

Среднее страновое значение ТРЗ от ВВП составляет 3,7%. Отметим регионы, которые имеют показатели ниже среднего:

Атырауская область – 0,8% от ВРП, далее с большим отрывом идут Западно-Казахстанская и Мангыстауская области – по 2,6% от ВРП.

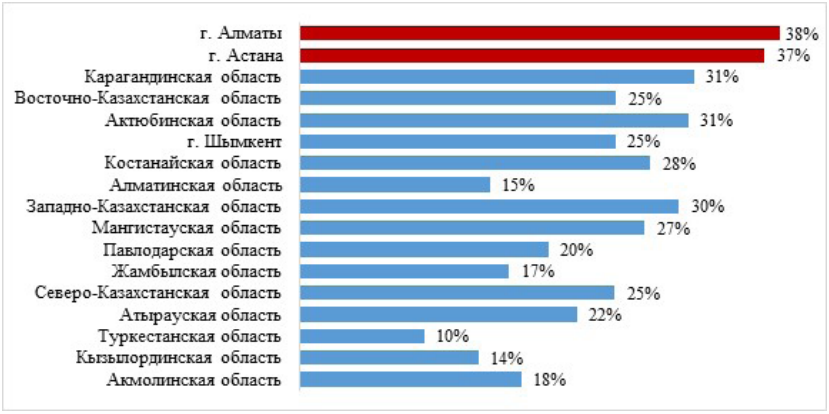


Рисунок 9 – Доля «карманных» расходов от ТРЗ регионов Казахстана на здравоохранение за 2022 гг. [3]

Еще один важный показатель расходов на здравоохранение – доля карманных расходоы, который показывает уровень трат домохозяйств на услуги здравоохранения и во многом характеризует эффективность государственного финансирования.

Так, по доле карманных расходов по регионам лидируют гг. Астана и Алматы – 37% и 38% от ТРЗ региона. Наименьший уровень карманных расходов на здравоохранение отмечается в Туркестанской области – 10% от ТРЗ (Рисунок 9).

Высокая доля карманных расходов в приграничных регионах, таких как Севе-ро-Казахстанская область, Западно-Казахстанская область, Костанайская область, может быть обусловлена ввиду притока большого количества мигрантов, связанного с геополитической обстановкой в 2022 году.

Вместе с тем показатели абсолютных и относительных значений расходов по регионам являются мало информативными и зависят от многих факторов, в том числе от численности населения в том или ином регионе. В этой связи используется показатель на душу населения. Этот показатель часто используется для сравнительного анализа между регионами с разной численностью населения. Так, например, ВВП на душу населения показывает уровень экономической активности и качество жизни людей. Чем выше этот показатель, тем больше и продуктивнее работают граждане и, соответственно, выше их уровень благосостояния. Информация на душу населения является срединной информацией, которая дает более четкую картину при принятии решений.

Так, самый высокий показатель ТРЗ на душу населения наблюдается в городах Астана и Алматы 371 тыс тенге и 290 тыс. тенге соответственно. Наименьший уровень расходов на душу населения отмечается в Туркестанской и Алматинской областях – 107 тыс. тенге и 106 тыс.тенге соответственно.

Отметим, что средний показатель расходов на здравоохранение по республике составил 195 тыс. тенге на каждого жителя.

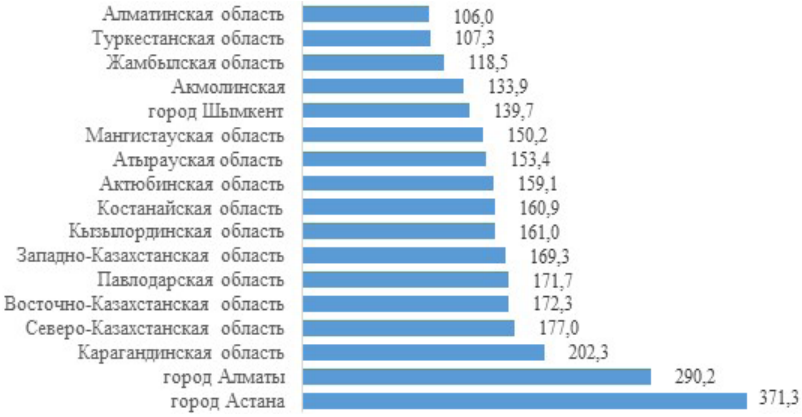


Рисунок 10 – Текущие расходы на здравоохранение в разрезе регионов Казахстана в 2022 году, на 1 жителя, тыс. тенге [3]

Таким образом, как видно из Рисунка 10, можно отметить лишь 3 региона в Республике, где показатели текущих расходов на здравоохранение выше среднего показателя по стране – это

Карагандинская область и города Астана и Алматы.

Остальные регионы значительно отстают от среднего странового значения.

Для более детального анализа рассмотрим структуру текущих расходов здравоохранения на душу населения, которые включают в себя государственные и частные расходы на здравоохранение.

Отметим, что средние значения по стране государственных и частных расходов составляют – 121 тыс.тенге и 74 тыс. тенге соответственно.

Так, наиболее высокий уровень государственных расходов на душу населения отмечается в следующих регионах (Рисунок 11):

-г. Астана – 185 тыс.тенге;

-г. Алматы – 143 тыс.тенге;

-Карагандинская область – 126 тыс.тенге;

-Павлодарская и Северо-Казахстанская области – по 125 тыс.тенге,

-Восточно-Казахстанская область – 124 тыс. тенге;

-Кызылординская область – 122 тыс.тенге.

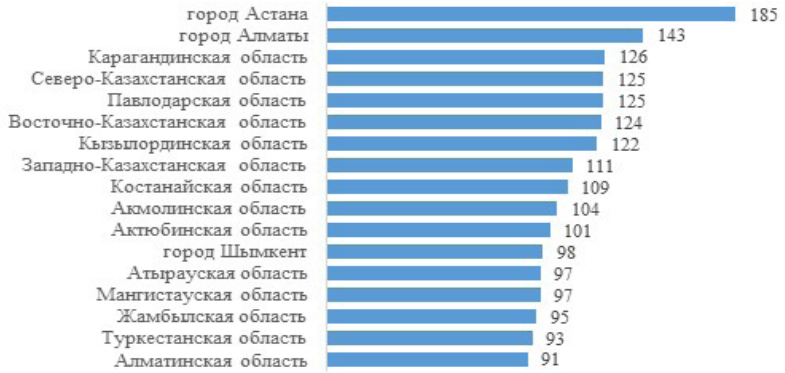


Рисунок 11 – Государственные расходы на здравоохранение в разрезе регионов Казахстана в 2022 году, на 1 жителя, тыс. тенге. [3]

В остальных регионах государственные расходы на душу населения оказались ниже среднего странового значения. Так, самый низкий уровень государственных расходов на здравоохранение отмечается в Алматинской области – 91 тыс.тенге на душу населения. По частным расходам на душу населения лидирует город Астана – 186 тыс.тенге и Алматы – 148 тыс.тенге на одного жителя. Отметим, что это выше среднего значения по стране (74 тыс. тенге) более чем в 2 раза. Также, размер подушевых государственных расходов на здравоохранение в указанных регионах равен частным подушевым расходам. Это может быть связано с высоким уровнем расходов на добровольное медицинское страхование, которое сильно развито в гг.Астана и Алматы (Рисунок 12).

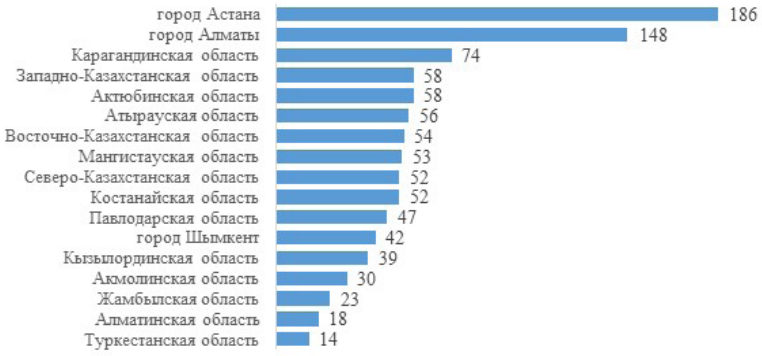


Рисунок 12 – Частные расходы на здравоохранение в разрезе регионов Казахстана в 2022 году, на 1 жителя, тыс. тенге [3]

Структура расходов по схемам финансирования

Анализ структуры расходов по схемам финансирования покажет нам, от каких схем зависит финансирование здравоохранения того или иного региона.

Структура расходов по схемам финансирования в разрезе регионов выглядит следующим образом: наибольший удельный вес обязательных схем финансирования отмечается в Туркестанской области – 86,7% от ТРЗ (в том числе государственный – 51,6%, ОСМС – 35,1%).

Далее следуют Алматинская область – 86% от ТРЗ (в том числе государственный – 57,8%, ОСМС – 28,2%), Жамбылская область – 80,4% от ТРЗ (в том числе государственный – 51,6%, ОСМС - 28,8%).

Среднее страновое значение по доле обязательных схем финансирования составляет 62%.

Отмечаются 2 региона, где доля обязательных схем финансирования ниже среднего республиканского уровня – это гг. Астана и Алматы – 49,8% и 49,1% соответственно.

Анализ расходов по регионам также показывает, что города Астана и Алматы являются лидерами по уровню частных расходов, как в абсолютных, так и относительных значениях.

В г. Астана частные расходы на здравоохранение составили 252,6 млрд. тенге (или 50,2% от ТРЗ), в г.Алматы – 319,2 млрд. тенге (или 50,9% от ТРЗ).

Совокупный уровень частных расходов по республике составил 1 466 034 118 тыс. тенге, или 38% от ТРЗ. В остальных регионах показатель частных расходов зафиксирован ниже среднего республиканского значения и колеблется от 13,3% в Туркестанской области до 36,8% в Атырауской области.

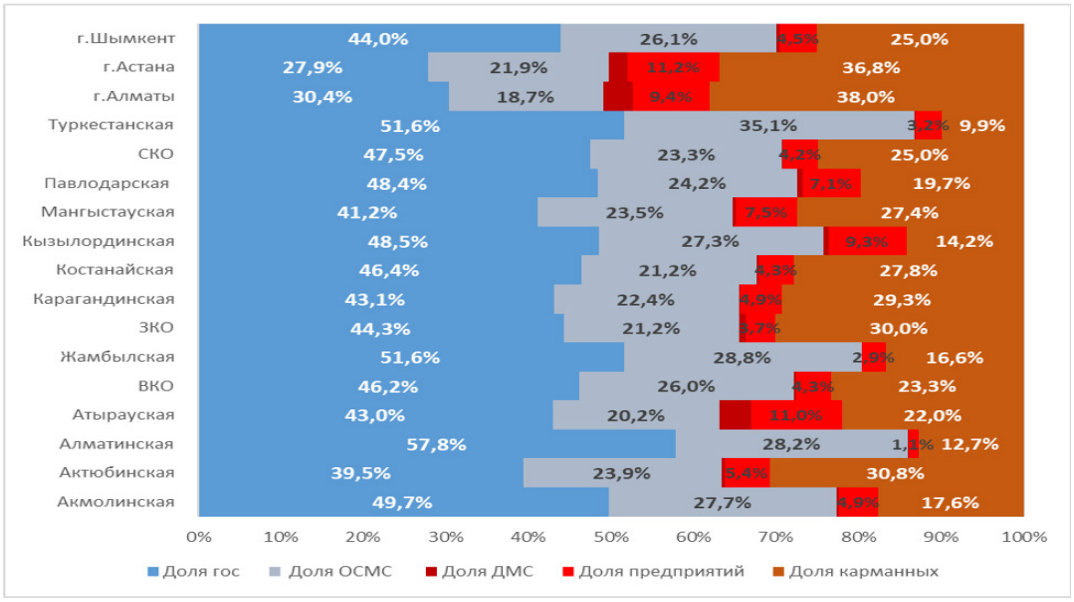


Рисунок 13 - Структура расходов на здравоохранение по регионам в разрезе схем финансирования [3]

Напомним, что частные расходы являются суммой расходов на ДМС, расходов предприятий и карманных расходов.

Так, самый высокий уровень карманных расходов зафиксирован в г.Алматы и составил 38% от ТРЗ. В г. Астана доля карманных расходов составила 36,8% от ТРЗ. Самый низкий показатель по карманным расходам демонстрирует Туркестанская область – 9,9% (Рисунок 13).

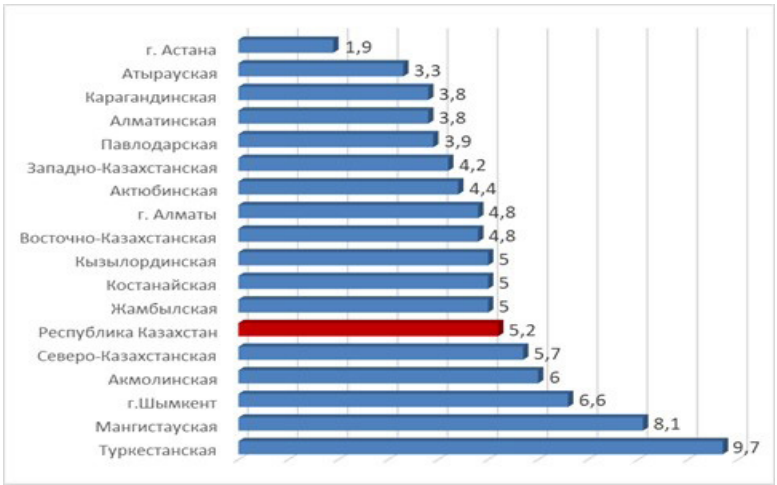


Рисунок 14 – Доля населения РК, имеющего доходы ниже величины прожиточного минимума [4]

Прежде чем делать выводы об уровне финансирования здравоохранения и карманных расходах населения, проведем анализ уровней доходов регионов, также рассмотрим половозрастную структуру населения для определения основных потребителей медицинских услуг. Ввиду отсутствия единого обобщающего показателя, характеризующего уровень жизни населения, для его анализа используются несколько показателей. Так, например, в Казахстане для официальной оценки уровня бедности принята концепция абсолютной бедности, которая основана на соответствии уровня дохода (или потребления) установленному минимуму средств существования.

Критерием оценки выступает величина прожиточного минимума (ВПМ).

Уровень бедности (доля населения с доходами, использованными на потребление, ниже прожиточного минимума) определяется отношением численности населения, имеющего доходы, ниже ВПМ к общей численности населения в процентах.

Так, по данным обследования домашних хозяйств (Бюро национальной статистики) доля населения, имеющего доходы ниже величины прожиточного минимума в 2022 году, составила 5,2% в Казахстане. Наиболее высокие значения уровня бедности в разрезе регионов в 2022 году зафиксированы в Туркестанской (9,7%) и Мангистауской (8,1%) областях, наименьшее – в г. Астана (1,9%) (Рисунок 14).

Также рассмотрим показатель среднедушевых номинальных денежных доходов. Номинальные денежные доходы населения – это денежные средства, направляемые населением на текущее потребление, производственную деятельность и накопление.

Самый высокий показатель среднедушевых номинальных доходов населения в 2022 году отмечается в Атырауской области – 308 848 тенге. В г. Алматы – 211 270 тенге, г. Астана – 207 666 тенге. (Рисунок 15).

Самые низкие среднедушевые номинальные доходы зафиксированы в Туркестанской области – 79 987 тенге, г. Шымкент – 90 660 тенге, Жамбылской области – 79 987 тенге.

Таким образом, относительно низкий показатель карманных расходов в Туркестанской области не означает достаточный уровень государственного финансирования. Показатели среднедушевых номинальных расходов и уровня бедности подчеркивают, что в Туркестанской области население не располагает дополнительными средствами для оплаты медицинских услуг.

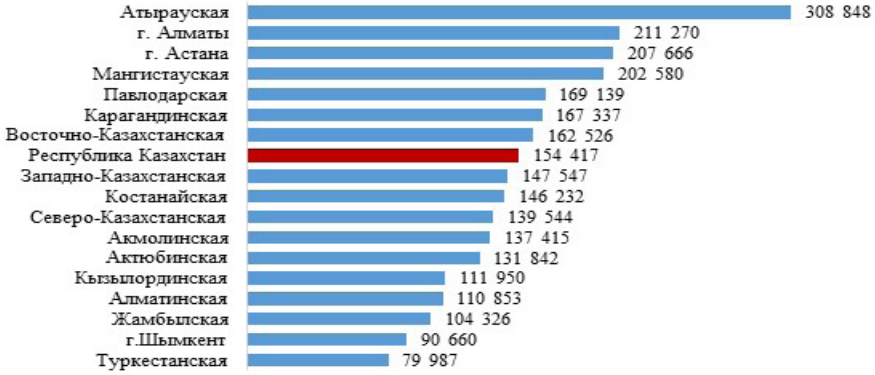


Рисунок 15 – Среднедушевые номинальные доходы населения [4]

Кроме того, анализ половозрастной структуры по регионам показал, что наибольшее количество нетрудоспособного населения (в возрасте до 18 лет и старше 63 лет) отмечается в Туркестанской области – 50% от всего населения области [4]. Поскольку основными потребителями медицинских услуг являются дети и пенсионеры, то это объясняет относительно высокий уровень государственных расходов.

В регионах с высоким уровнем карманных расходов – гг. Астана и Алматы – высокие показатели ВРП и среднедушевые номинальные доходы, а также низкий уровень бедности. Таким образом, в этих регионах население склонно приобретать медицинские услуги за счет собственных средств не потому, что государственное финансирование отрасли низкое, а потому, что они в состоянии оплатить услуги, получить дополнительный сервис и не тратить время на ожидание (получение услуги день в день).

Вместе с тем это может говорить о недоступности государственных медицинских услуг. А значит правительству необходимо повышать доступность медицинской помощи путем расширения сети медицинских организаций, улучшения инфраструктуры, совершенствования материально-технического оснащения, увеличения количества врачей и показателя обеспеченности врачами путем поднятия статуса врача, увеличения количества образовательных грантов, роста заработной платы и т.д.

Структура расходов по услугам здравоохранения в разрезе регионов

Согласно структуре расходов в разрезе услуг здравоохранения на медицинские услуги на стационарном уровне направляются от 22,8% до 34,7% всех расходов на медицинские услуги. Основным потребителем услуг лечения на стационарном уровне в 2022 г. являлся г. Астана (34,7%). Наименьший удельный вес расходов на стационарном уровне наблюдается в Карагандинской области (22,8%).

На услуги, оказываемые на амбулаторном уровне, в 2022 г. было направлено от 32,0% до 52,8% всех расходов на медицинские услуги. Наибольший объем расходов на услуги, оказанные на амбулаторном уровне, наблюдается в Мангистауской области (52,8%). Меньше всех потребляют услуги амбулаторного лечения в Северо-Казахстанской области (32,0%).

На лечение в дневном стационаре в 2022г. было направлено от 0,8% до 2,9% всех расходов на медицинские услуги. Так, 0,8% расходов услуг лечения было направлено на лечение в дневном стационаре в Алматинской области, 2,9% - Карагандинской области.

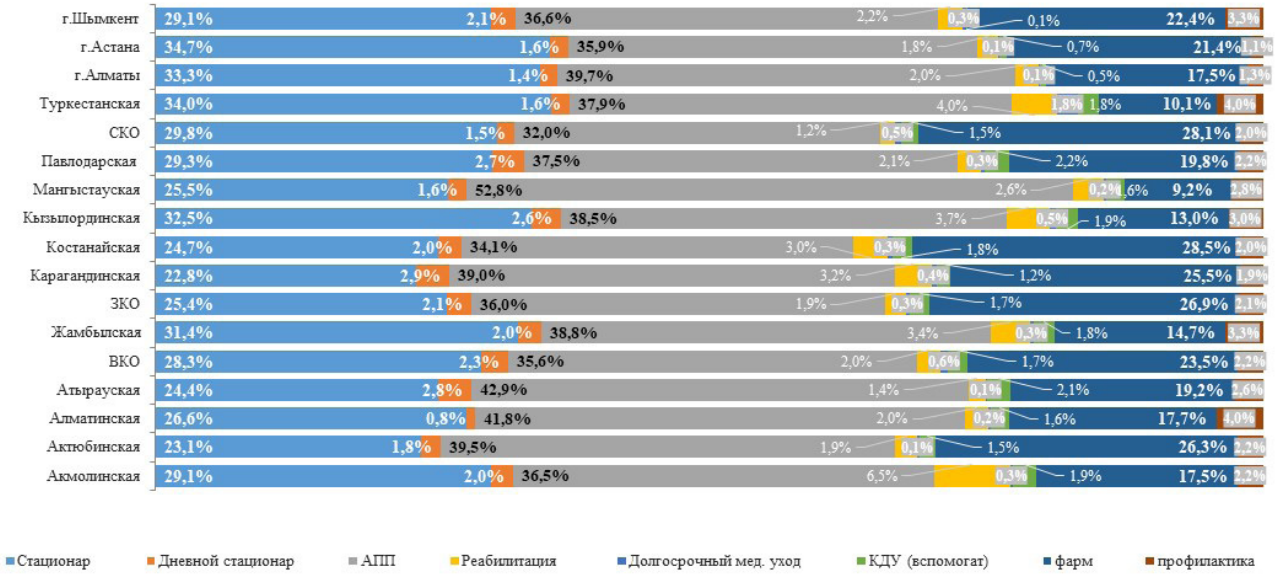


Рисунок 16 – Структура расходов в разрезе услуг здравоохранения по регионам Казахстана в 2022 году, в % к сумме [3]

Реабилитационное лечение также занимает очень маленькую долю структуре расходов на медицинские услуги – от 1,2% до 6,5% всех расходов на медицинские услуги. Вместе с тем, отмечаются регионы, в которых приличная доля расходов приходится на реабилитацию: Акмолинская область – 6,5%, Туркестанская об-ласть – 6,0%, Кызылординская область – 3,7% (Рисунок 16).

Расходы на КДУ (вспомогательные услуги) колеблются от 0,1% до 2,2% от всех расходов, направленных на медицинские услуги. Так, например в городе Шымкент на КДУ было израсходовано 0,1%, а в Павлодарской области – 2,2%.

В абсолютном выражении распределение расходов на стационарную помощь выглядит следующим образом:

По государственным расходам на СМП на душу населения лидирует г. Астана – 110 тыс.тенге. (Рисунок 17) Минимальная сумма государственных расходов на оказание стационарной помощи на 1 жителя составила 16 тыс.тенге в Атырауской области.

По частным расходам на СМП на 1 жителя в лидерах также города республиканского значения:

-г. Алматы – 28 тыс. тенге;

-г. Астана – 33 тыс. тенге.

Далее частные расходы на СМП распределились равномерно по регионам – от 1 до 7 тыс.тенге на одного жителя.

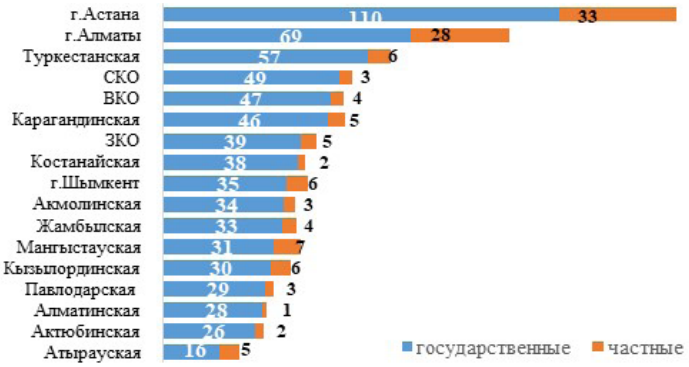


Рисунок 17 – Расходы на медицинские услуги на стационарном уровне на 1 жителя в разрезе схем финансирования, тыс. тенге [3]

Что касается структуры расходов на оказание стационарной помощи в разрезе схем финансирования, то здесь не отмечается сильных колебаний и различий между регионами, за исключением г. Алматы, Атырауской области, г. Астана, где частные расходы на стационарную помощь составили – 28%, 25% и 23% соответственно. Это регионы с наиболее высоким ВРП, соответственно уровень жизни населения выше, и они являются в состоянии получать стационарную помощь за счет собственных средств (Рисунок 18).

Амбулаторное лечение включает в себя основные медицинские услуги на амбулаторном уровне (КПН, СКПН), специализированное амбулаторное лечение (КДУ вне КПН), иные виды амбулаторных лечебных услуг (расходы местного бюджета – 039БП – услуги call-центров).

Так, наиболее высокий показатель государственных расходов на амбулаторное лечение на 1 жителя отмечается в следующих регионах по убыванию (Рисунок 19):

-Туркестанская область – 64,3 тыс.тенге;

-Карагандинская область – 50,1 тыс.тенге;

-г.Астана – 49,1 тыс.тенге.

Наименьший уровень государственных расходов на амбулаторную помощь показывает Атырауская область – 21,3 тыс.тенге.

Наибольший уровень частных расходов на оказание амбулаторной помощи в расчете на 1 жителя отмечается в городах Алматы и Астана - 77,9 тыс.тенге и 99,2 тыс.тенге соответственно.

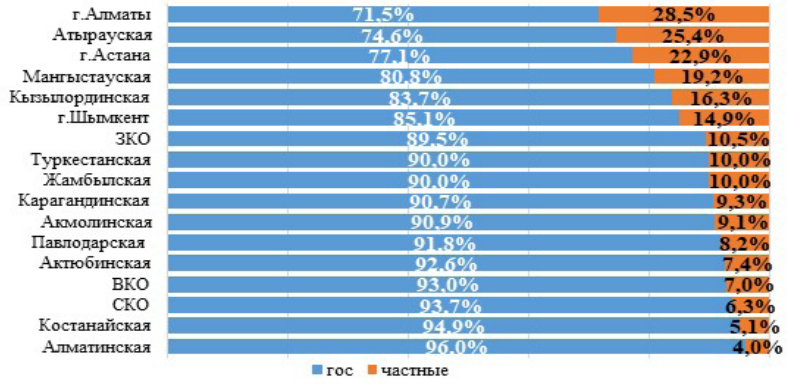


Рисунок 18 - Структура расходов на стационарную помощь в разрезе схем финансирования [3]

Наименьший показатель по частным расходам на амбулаторную помощь на душу населения наблюдается в Алматинской и Туркестанской областях – 6,3 тыс.тенге и 6,4 тыс. тенге соответственно.

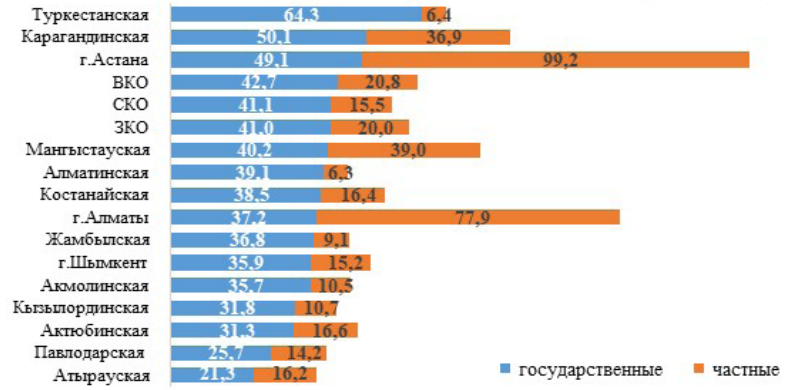


Рисунок 19 – Расходы на медицинские услуги на амбулаторном уровне на 1 жителя в разрезе схем финансирования, тыс. тенге [3]

Согласно структуре расходов на амбулаторную помощь, наибольшую зависимость от частных источников показывают гг. Астана и Алматы – 67% и 68% соответственно, Мангыстауская область – 49%, Атырауская область – 43%. Однако, это не связано с высоким уровнем развития ДМС (Рисунок 20).

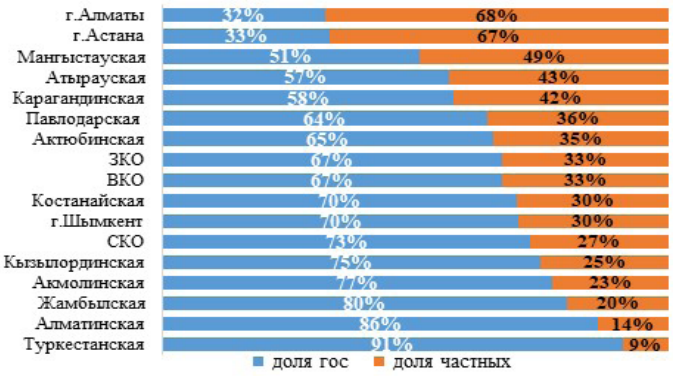


Рисунок 20 - Структура расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь в разрезе схем финансирования [3]

Наибольший удельный вес расходов на ДМС приходится на Атыраускую область и составляет 11%. В гг. Астана и Алматы – 10%, Мангыстауская область – 6%. Соответственно, в этих регионах отмечается высокий уровень именно карманных расходов населения.



Рисунок 21 – Расходы на предоставление медицинских товаров на 1 жителя в разрезе схем финансирования, тыс. тенге [3]

Государственные расходы на фармацевтические препараты включают в себя расходы по предоставлению лекарств в рамках АЛО, а также АРВ-препараты и противотуберкулезные лекарства.

Самый высокий показатель подушевых государственных расходов на лекарства составляет 18,8 тыс.тенге и приходится на Карагандинскую область (Рисунок 20).

В СКО и г.Алматы подушевые государственные расходы на лекарства составили 17,3 тыс тенге. Самый низкий уровень расходов по этому показателю отмечен в Актюбинской области и составил 6,5 тыс.тенге.

Наибольший объем частных расходов на приобретение фармапевтических препаратов приходится на г. Астана – 71,5 тыс.тенге. Это может говорить о том, что розничные цены на приобретение фармацевтических товаров в г. Астана выше (Рисунок 22).

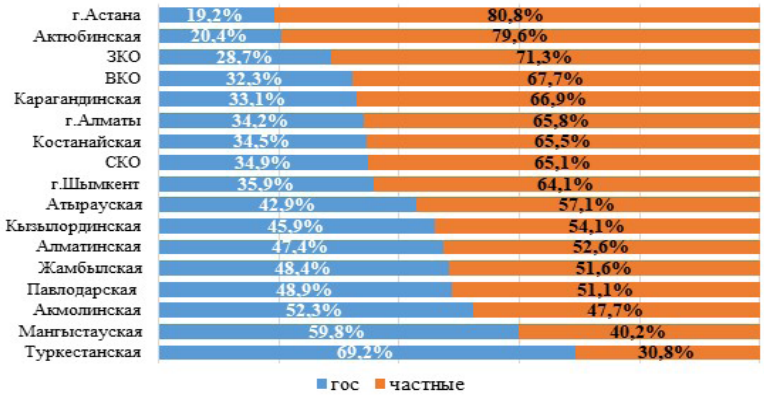


Рисунок 22 - Структура расходов на фармацевтические препараты в разрезе схем финансирования [3]

Следующим по значению стоит Карагандинская область – 38,1 тыс. тенге, что почти в 2 раза ниже, чем в г. Астане.

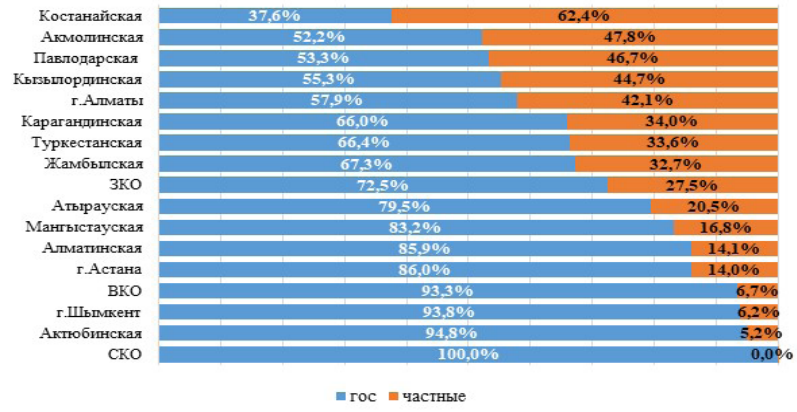


Рисунок 23 - Структура расходов на реабилитационную помощь в разрезе схем финансирования [3]

Как мы видим, в структуре расходов на приобретение фармапевтических препаратов преобладают частные схемы финансирования, в особенности в г.Астана – 80,8%, Актюбинской области – 79,6%.

Меньше всего лекарства за счет частных средств приобретаются в Туркестанской области – 30,8%. Самый высокий уровень государственных расходов на реаблитационную помощь наблюдается в г. Астана – 7,7 млрд.тенге, г. Алматы – 7,2 млрд. тенге.

Самый низкий уровень государственных расходов на реабилитацию отмечается в Северо-Казахстанской области – 1,1 млрд.тенге.

Наибольший уровень частных расходов на реабилитацию отмечается в г. Алматы – 5,2 млрд. тг., и в Акмолинской области – 3,3 млрд. тг. Такой высокий уровень частных расходов на реабилитацию в этих регионах можно объяснить большим количеством реабилитационных центров. Меньше всего на реабилитацию население тратит в Северо-Казахстанской области – 116 тыс. тг.

В структуре расходов на реабилитационную помощь на государственные схемы финансирования приходится более 50%, за исключением Костанайской области, где частные расходы на реабилитацию составляют 62,4%. Это означает, что в данном регионе мед.реабилитация во многом зависит от частных источников финансирования, а значит необходимо увеличивать государственное финансирование.

Отметим, что вся медицинская реабилитация в Казахстане покрывается за счет средств ОСМС. Долгосрочный медицинский уход включает в себя услуги сестринского и персонального ухода, как правило, для пациентов со средней и высокой степенью зависимости, такие как уход за пациентами с параличом четырех конечностей или за пожилыми и неизлечимо больными людьми, которые предоставляются в ряде домов престарелых и других специализированных лечебных учреждениях для хронических больных.

Наибольший объем частных расходов на долгосрочную помощь показала Восточно-Казахстанская область – 860,6 млн. тенге, далее Карагандинская область – 252,3 млн. тенге. Наименьший показатель отмечен в Туркестанской области – 2 260 тысяч. тенге.

В структуре расходов на долгосрочную помощь регионы разнятся с сильными колебаниями государственных и частных расходов. Так, наибольший удельный вес частных расходов отмечается в Восточно-Казахстанской области – 61%. Далее с большим отрывом идет Северо-Казахстанская область – 41%. Наименьший удельный вес частных расходов долгосрочную медицинскую помощь показывают Атырауская, Жамбылская, Западно-Казахстанская области – около 0%.

Административные услуги концентрируются на системе здравоохранения, а не на самой медицинской помощи и считаются коллективными, так как они не предоставляются отдельным лицам, а приносят выгоду всем пользователям системы здравоохранения. Они контролируют и поддерживают функционирование системы здравоохранения. Расходы, связанные с данными услугами, по большей части, но не исключительно, несет государство. Они включают разработку и администрирование государственной политики; определение стандартов; регулиро-вание, лицензирование или надзор за производителями; управление сбором средств; администрирование, мониторинг и оценку этих ресурсов и т.п. Частные схемы финансирования на администрирование включают частное медицинское страхование.

Наибольший показатель государственных расходов на администрирование зафиксирован в г. Алматы и 1,1 млрд. тенге. Наименьший уровень показывает г. Шымкент, где государственные расходы на администрирование составили – 201 млн. тенге. Показатель на душу населения по регионам в среднем колеблется от 0,2 до 0,5 тыс. тенге.

По частным расходам на администрирование системы здравоохранения наибольший объем расходов можем увидеть по г. Алматы – 13,7 млрд. тенге. После лидирует г. Астана – 3,3 млрд. тенге. Наименьший показатель по частным расходам на административные услуги составил 78,6 млн.тг. в Северо-Казахстанской области.

Структура расходов на администрирование в разрезе схем финансирования показывает, что в гг. Астана и Алматы преобладают частные расходы на администрирование – 84% и 95% соответственно. Также можно выделить Атыраускую область – 80%. Это означает, что в этих регионах наибольшая концентрация страховых компаний.

Далее рассмотрим услуги здравоохранения, которые предоставляются за счет средств государства, без участия частных схем финансирования.

Вспомогательные услуги КДУ включают в себя диагностические и лабораторные услуги патологоанатомического бюро, прижизненная пат диагностика, обследование на туберкулез, компьютерная томография. Так, самый высокий показатель расходов на диагностические услуги приходится на Павлодарскую область – 3,81 тыс. тенге на одного жителя.

Наименьший показатель отмечается в городе Шымкент – 0,14 тыс.тенге на одного жителя. Это объясняется тем, что Шымкент и Туркестанская область делят один фтизиопульмонологический центр, который находится в Туркестанской об-ласти. В остальных регионах подушевые расходы на вспомогательные услуги со-ставляют от 1,34 тыс. тенге до 3,22 тыс.тенге на одного жителя.

Оказание скорой медицинской помощи включает в себя расходы на предоставление скорая медицинской помощи, связанная с транспортировкой квалифицированных специалистов и (или) больного санитарным транспортом. Так, самый высокий показатель государственных расходов на скорую медицинскую помощь отмечается в городе Алматы – 10 млрд.тенге в 2022 году. Самый низкий в Северо-Казахстанской области – 1,9 млрд.тенге.

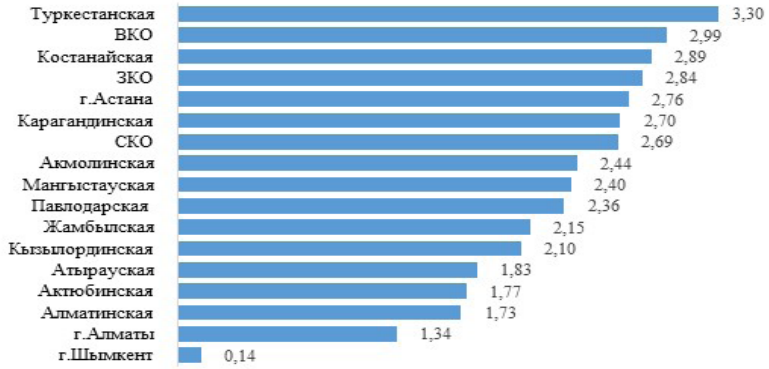


Рисунок 24 – Расходы на диагностические и лабораторные услуги на 1 жителя, государственные схемы финансирования, тыс. тенге [3]

Вместе с тем, подушевые расходы по регионам представлены следующим образом: наибольший показатель отмечается в Туркестанской области – 6 тыс.тенге на 1 жителя в 2022 году. Самый низкий в Атырауской области – 2,1 тыс.тенге на душу населения (Рисунок 24).

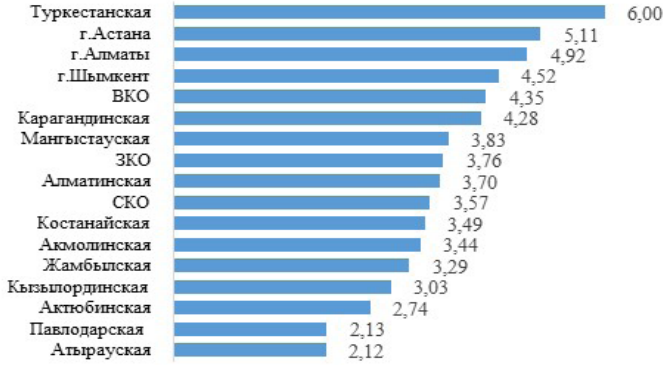


Рисунок 25 – Расходы на оказание скорой медицинской помощи на 1 жителя, государственные схемы финансирования, тыс. тенге [3]

Оказание профилактических услуг включает в себя следующее:

-информационная, образовательная и консультационная программы;

-программы иммунизации;

-программы по обнаружению заболеваний на ранних стадиях/скрининг;

-программа мониторинга состояния здоровья;

-программы надзора над инфекционными и не инфекционными заболева-ниями, травмами и воздействием на среду здоровья;

-программы подготовки к стихийным бедствиям и реагированию на чрезвы-чайные ситуации.

Так, государственные расходы на профилактические услуги распределились следующим образом:

-Туркестанская область 9 028 441 тыс. тг.;

-Алматинская область 9 673 341 тыс. тг.

Наименьший размер государственных расходов на профилактические услуги отмечается в Северно-Казахстанской области и составляют 1 908 318 тыс. тг.

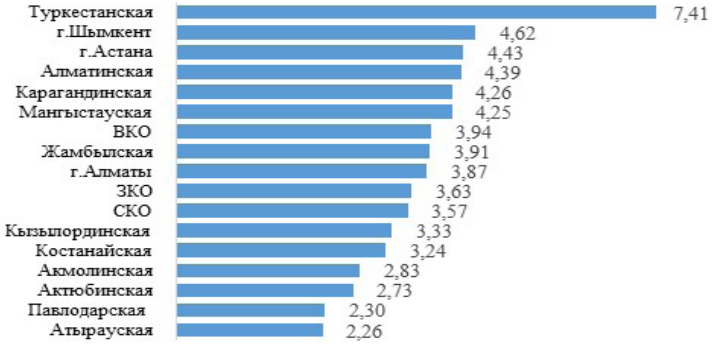


Рисунок 26 – Расходы на профилактику на 1 жителя, государственные схемы финансирования, тыс. тенге [3]

Вместе с тем, показатель подушевых расходов на профилактические услуги между регионами колеблется между 2,2 тыс. тенге до 7,4 тыс. тенге на 1 жителя. Так, государственные расходы на профилактические услуги на душу населения распределились следующим образом (Рисунок 25):

-Туркестанская область 7,41 тыс. тг.;

-г.Шымкент – 4,62 тыс. тг.

Наименьший размер государственных расходов на профилактические услуги отмечается в Атырауской области и составляют 2,26 тыс. тг. на одного жителя.

Расходы на прочие медицинские услуги включают в себя все прочие медицинские услуги, не вошедшие ни в одну из категорий, а именно реализация программ республиканского и местного бюджетов, таких как Целевой вклад в АОО «Назарбаева Университет», Социальная поддержка, расходы на неотложенные затраты, лизинговые платежи, погашение КЗ, бюджетные инвестиционные проекты и т.д.

Первая тройка по уровню государственных расходов на прочие медицинские услуги включает:

-г. Астана – 3 508 826 тыс.тг.,

-Алматинская область – 3 184 084 тыс. тг.,

-г. Алматы – 3 152 871 тыс. тг.

Наименьшие гос.расходы по прочим мед. услугам составляют 887 727 тыс.тг. в Мангистауской области.

По государственным расходам на стационарозамещающую помощь в первой тройке лидеров г. Алматы - 8 902 733 тыс. тг., г. Астана - 8 260 061 тыс. тг. и Карагандинская область - 7 987 828 тыс. тг. На самом последнем месте Северо-Казахстанская область – 1 447 463 тыс. тг. (Рисунок 27).

По государственным расходам на стационарозамещающую помощь на 1 жителя в первой тройке лидеров г. Астана – 6,78 тыс.тенге, Карагандинская область – 6,56 тыс.тенге, ВКО – 4,17 тыс.тенге. На самом последнем месте Алматинская область – 0,84 тыс.тенге на душу населения.

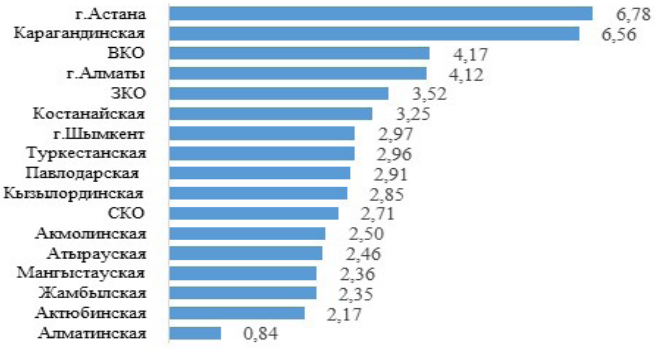


Рисунок 27 – Расходы на медицинские услуги в условиях дневного стационара на 1 жителя, государственные схемы финансирования, тыс. тенге [3]

Варианты политики

Таким образом, проведенный анализ показал рост расходов на здравоохранение в 2022 году. Текущие расходы на здравоохранение в 2022 году составили 3 трлн. 855 млрд. тенге, или 3,7% от ВВП. Капитальные расходы – 171 млрд. тенге, или 0,2% от ВВП.

Для сравнения, в странах ОЭСР средний показатель по уровню текущих расходов на здравоохранение составляет 9,3% от ВВП. Вместе с тем, для поддержания финансовой устойчивости систем здравоохранения и эффективного функционирования медицины для стран с развивающейся экономикой ВОЗ рекомендует поддерживать уровень расходов на здравоохранение не менее 5% от ВВП.

Обязательные схемы финансирования здравоохранения составили 2,39 трлн. тенге, или 2,3% от ВВП в 2022 году. Из них расходы в системе ОСМС – 835 млрд. тенге, 0,8% от ВВП.

Добровольные схемы финансирования составили 1,46 трлн. тенге, или 1,4% от ВВП. Из них: расходы ДМС – 38,7 млрд. тенге, расходы предприятий – 229 млрд. тенге, выплаты из кармана – 1,19 трлн. тенге.

Вместе с тем, в структуре текущих расходов на здравоохранение на обязательные схемы финансирования приходится 62% от ТРЗ. Частные расходы составляют 38% от ТРЗ, в том числе выплаты из кармана – 31%. Отметим, что в странах ОЭСР обязательные схемы финансирования составляет 77,2% от ТРЗ, а выплат из кармана – 16,9% от ТРЗ.

Однако, на уровень карманных расходов влияет множество факторов, и их высокий уровень не всегда означает недостаточное государственное финансирование. Так же, как и относительно низкий уровень карманных расходов не всегда свидетельствует о достаточном уровне государственного финансирования и удовлетворению потребностей населения в медицинской помощи.

Также, проведенный анализ показывает, что расходы на здравоохранение в каждом отдельном регионе разнятся, и для эффективного планирования ресурсов наряду с анализом расходов на здравоохранение на республиканском уровне необходимо проводить анализ расходов в каждом регионе.

В этой связи рекомендуем следующее:

1. Ежегодно формировать национальные счета здравоохранения в разрезе регионов с постоянным совершенствованием подходов к методике формирования НСЗ.

2. В целях корректного сопоставления расходов на здравоохранение необходимо изучение особенностей регионов. Прежде чем формировать стратегию развития здравоохранения региона, необходимо проводить анализ каждого региона по отдельности с учетом его специфики, в том числе поло-возрастного состава, уровня экономического благосостояния, развития промышленности, уровня доходов населения и т.д. Так будут определены слабые стороны, а также возможности для роста [8].

3. Определить от каких схем зависит финансирование здравоохранения определенного региона. На основе этих данных определить потребности (медицинские услуги, медицинские товары, инфраструктура, медицинский персонал и т.д.) в системе здравоохранения.

4. Повышать самостоятельность и ответственность регионов. На основе формирования НСЗ в разрезе регионов будет обеспечен регулярный мониторинг распределения ресурсов. Ориентируясь на экономическую особенность региона можно точечно определить факторы (численность населения, показатели социально-экономического развития, доступность медицинских услуг, уровень жизни населения, развитие инфраструктуры и т.д.), влияющие на здравоохранение региона и степень зависимости региона от частных источников финансирования. Мониторинг распределения ресурсов на региональном уровне будет вести к самостоятельности регионов, поскольку каждый регион будет отслеживать свои показатели и сможет влиять на эффективность финансирования.

5. Проводить мониторинг распределения ресурсов на региональном уровне.

Для повышения эффективности планирования ресурсов нужно проводить мониторинг распределения расходов по регионам. Как говорилось выше, учитывая особенности региона будет возможность выявлять приоритетные направления развития здравоохранения и принимать меры. Например:

1) повышение доступности и качества медицинских услуг в государственных медицинских учреждениях регионов с высоким уровнем ВРП и среднедушевых номинальных доходов возможно путем увеличения количества участков ПМСП и снижение нагрузки на ВОП.

2) уменьшение зависимости от частных источников финансирования путем увеличения государственных потоков финансирования. Так, например, по результатам анализа расходов в 2022 году на реабилитационную помощь Костанайская область показала высокий уровень частных расходов (62,4%), что указывает на необходимость увеличения государственных расходов именно в реабилитационной помощи по Костанайской области.

3) способствовать повышению финансовой защиты населения. Уровни защиты от финансовых рисков явно связаны с тем, как финансируется система здравоохранения. Чем больше стран полагаются на предоплату, а не на внеплановые платежи, тем выше защита от финансовых рисков [9].

6. На основе анализа карманных расходов регионов принимать меры по снижению прямых платежей (сдерживать карманные расходы на здравоохранение, развивать ДМС и т.д.). Развивать ДМС в регионах, чтобы поддержать государство в разделении бремени расходов. Это сократит карманные расходы, повысит уровень финансовой защиты и способствует увеличению текущих расходов на душу населения в данном регионе.

7. На региональном и республиканском уровне регулярно измерять частоту финансовых катастроф, обнищания и связанного с ними неравенства, чтобы понять, улучшается ли ситуация. Там, где это возможно, также измерьте катастрофическое превышение и разницу в показателях бедности для получения дополнительной информации. Там, где это возможно, стандартизируйте инструменты обследования и данные об использовании медицинских услуг [9-11].

Таким образом, мониторинг расходов на здравоохранения по регионам позволяет более детально выявить в каком регионе по какому виду медицинской помощи возникают проблемы с финансированием от государства, насколько эффективно распределяются ресурсы и где и по каким видам помощи отмечается зависимость от частных источников финансирования.

Литература

1. Данные национальных счетов здравоохранения РК по регионам за 2018-2022 гг. Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан. Веб-сайт [Дата обращения: 18 май 2023 год]. Режим доступа: https://stat.gov.kz/ru/publication/collections/

Dannye nacional'nyh schetov zdravoohranenija RK po regionam za 2018-2022 gg. Bjuro nacional'noj statistiki Agentstva po strategicheskomu planirovaniju i reformam Respubliki Kazahstan (Data from national health accounts of the Republic of Kazakhstan by region for 2018-2022. Bureau of National Statistics Agency for Strategic Planning and Reforms of the Republic of Kazakhstan.) [in Russian]. Veb-sajt [Data obrashhenija: 18 maj 2023 god]. Rezhim dostupa: https://stat.gov.kz/ru/publication/collections/

2. OECD Statistics.Website. [Cited 23 May 2023]. Available from URL: https://stats.oecd.org/

3. Региональные счета здравоохранения Республики Казахстан за 2022 год. Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан. Веб-сайт [Дата обращения: 18 май 2023 год]. Режим доступа: https://stat.gov.kz/ru/publication/collections/

Regional'nye scheta zdravoohranenija Respubliki Kazahstan za 2022 god. Bjuro nacional'noj statistiki Agentstva po strategicheskomu planirovaniju i reformam Respubliki Kazahstan (Regional health accounts of the Republic of Kazakhstan for 2022. Bureau of National Statistics Agency for Strategic Planning and Reforms of the Republic of Kazakhstan.) [in Russian]. Veb-sajt [Data obrashhenija: 18 maj 2023 god]. Rezhim dostupa: https://stat.gov.kz/ru/publication/collections/

4. Статистика. Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан. Веб-сайт [Дата обращения: 18 май 2023 год]. Режим доступа: https://stat.gov.kz/ru/
Statistika. Bjuro nacional'noj statistiki Agentstva po strategicheskomu planirovaniju i reformam Respubliki Kazahstan (Statistics. Bureau of National Statistics Agency for Strategic Planning and Reforms of the Republic of Kazakhstan.) [in Russian]. Veb-sajt [Data obrashhenija: 18 maj 2023 god]. Rezhim dostupa: https://stat.gov.kz/ru/
5. О здоровье народа и системе здравоохранения. Кодекс Республики Казахстан; от 7 июля 2020 года, №360-VI ЗРК. Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360
O zdorov'e naroda i sisteme zdravoohranenija. Kodeks Respubliki Kazahstan (About public health and the healthcare system. Code of the Republic of Kazakhstan) [in Russian]; ot 7 ijulja 2020 goda, №360-VI ZRK. Rezhim dostupa: https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360
6. Об утверждении правил формирования и использования данных национальных счетов здравоохранения. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан: от 30 ок-тября 2020 года, №КРДСМ-173/2020. Режим доступа: https://old.prg.kz/jurist_info/documents_week_jur/4647-osnovnye-npa-rk-prinyatye-opublikovannye-i-vvedennye-v-deystvie-za-period-s-02112020-g-po-08112020-g-oflayn.html
Ob utverzhdenii pravil formirovanija i ispol'zovanija dannyh nacional'nyh schetov zdravoohranenija.Prikaz i.o. Ministra zdravoohranenija Respubliki Kazahstan (On approval of the rules for the formation and use of national health accounts data. Acting Order. Minister of Health of the Republic of Kazakhstan) [in Russian]: ot 30 ok-tjabrja 2020 goda, №KRDSM-173/2020. Rezhim dostupa: https://old.prg.kz/jurist_info/documents_week_jur/4647-osnovnye-npa-rk-prinyatye-opublikovannye-i-vvedennye-v-deystvie-za-period-s-02112020-g-po-08112020-g-oflayn.html
7. A system of health accounts / 2011 Edition. Website. [Cited 23 May 2023]. Available from URL: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts_9789264116016-en.
8. A system of health accounts 2011 (concise version). World Health Organization. Website. [Cited 23 May 2023]. Available from URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240049239
9. Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing. OECD/European Union. Website. [Cited 23 May 2023]. Available from URL: https://doi.org/10.1787/507433b0-en
10. Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing. OECD. Website. [Cited 23 May 2023]. Available from URL: https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en
11. Healthcare Quality Improvement Tips. Harvard School of Public Health. Website. [Cited 23 May 2023]. Available from URL: https://www.hsph.harvard.edu/ecpe/8-healthcare-quality-improvement-tips/

Ресурстарды тиімді жоспарлау үшін Қазақстан Республикасының өңірлері бойынша денсаулық сақтауға арналған шығындарды талдау

Кулькаева Г.У. [1], Темекова З.М. [2], Омирбаева Б.С. [3], Серикбаев Н.С. [4]

[1] Басқарма төрайымы, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: g.kulkayeva@nrchd.kz

[2] Басқарма төрайымының орынбасары, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: z. temekova@nrchd.kz

[3] Макроэкономикалық зерттеулер секторының меңгерушісі, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы Астана, Қазақстан. E-mail: b.omirbayeva@nrchd.kz

[4] Қаржыландыру жетілдіру мен болжауды секторының меңгерушісі, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: n.serikbayev @nrchd.kz

Түйіндеме / Түйінді ойлар

Осы талдамалық анықтама ресурстарды тиімді жоспарлау бойынша ұсынымдар әзірлеу мақсатында ел өңірлері бөлінісінде Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау қызметтеріне арналған шығыстарды талдауды қамтиды. Республикалық деңгейдегі ұлттық денсаулық сақтау шоттарымен қатар, Қазақстанда денсаулық сақтау шығындарын өңірлік бөлуді талдау мақсатында өңірлік денсаулық сақтау шоттары да әзірленді. Осыған байланысты, Республикалық маңызы бар әрбір өңір мен қалалар үшін ұлттық денсаулық сақтау шоттары (ҰДСШ) кестелері өңірлік деңгейде салынды.

Осылайша, Қазақстан Республикалары мен ЭЫДҰ елдері бойынша денсаулық сақтау шығындарына салыстырмалы талдау жүргізілді. Талдау Қазақстанның 2022 жылғы ұлттық денсаулық сақтау шоттарының деректері негізінде жүргізілді, Қазақстан Республикасының өңірлері бойынша денсаулық сақтау шығындарындағы айырмашылықтар салыстырылды. Бұдан басқа, өңірлер бөлінісінде қаржыландыру схемалары бойынша амбулаториялық-емханалық көмекке, стационарлық көмекке, оңалту еміне, фармацевтикалық препараттарға арналған шығыстардың құрылымы талданды. Сондай-ақ, ақшалай қаражат ағындары негізінде Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесінде ақшалай қаражат қозғалысының диаграммасы қалыптастырылды. Зерттеу нәтижесінде ресурстарды жоспарлау тиімділігін жақсартудың мүмкін нұсқалары ұсынылды.

Сұрақтың проблематикасы

Республикалық деңгейде денсаулық сақтау бюджетін талдау орташа елдік мәндерді көрсетеді. Алайда, елдегі аймақтардың дамуы әртүрлі. Денсаулық сақтау әлеуметтік сала болып табылатындықтан және аумақтық алыстығына және қаржылық жағдайына қарамастан, барлық азаматтарға қолжетімді болуы тиіс болғандықтан, әлеуметтік-экономикалық саясаттың басымдықтарына сәйкес одан әрі дамыту және жетілдіру мақсатында әлсіз жақтарын айқындау үшін өңірлер бөлінісінде денсаулық сақтауға арналған шығыстарды талдау да қажет.

Шешу жолдары

Әрбір жекелеген өңірде денсаулық сақтау шығындары әр түрлі болады және ресурстарды тиімді жоспарлау үшін республикалық деңгейде денсаулық сақтау шығындарын талдаумен қатар әрбір өңірде шығыстар анализін жүргізу қажет.

Түйін сөздер: *денсаулық сақтау жүйесі, денсаулық сақтау бюджеті, денсаулық сақтау ресурстары, ресурстарды жоспарлау, Қазақстан.*

Analysis of Healthcare Expenditures by Regions of the Republic of Kazakhstan for Effective Resource Planning

Gulnara Kulkayeva[1], Zarina Temekova [2], Bibigul Omirbayeva [3], Nursultan Serikbayev [4]

[1] Chairman of the Board, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Astana, Kazakhstan

[2] Deputy Chairman of the Board, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Astana, Kazakhstan

[3] Head of the Macroeconomic Research Unit, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Astana, Kazakhstan. E-mail: b.omirbayeva@nrchd.kz

[4] Head of the Unit for improving financing and forecasting, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Astana, Kazakhstan. E-mail: n.serikbayev @nrchd.kz

Abstract / Key messages

This analytical report includes an analysis of the costs of health services in the Republic of Kazakhstan by regions of the country in order to develop recommendations for effective resource planning. Along with national health accounts at the national level, Kazakhstan has also developed regional health accounts in order to analyze the regional distribution of health care costs. In this regard, tables of national health accounts (hereinafter referred to as NHS) for each region and cities of national importance were built at the regional level.

Thus, a comparative analysis of health care costs was carried out in the regions of Kazakhstan and the OECD countries. The analysis was carried out on the basis of data from the tables of the national health accounts of Kazakhstan for 2022. Differences in health care costs by regions of the Republic of Kazakhstan were compared. In addition, the structure of expenditures on outpatient care, inpatient care, rehabilitation treatment, pharmaceuticals according to financing schemes by region was analyzed. And also, based on cash flows, a diagram of the movement of funds in the healthcare system of Kazakhstan was formed. As a result of the study, possible options for improving the efficiency of resource planning were proposed.

Problematic issue

The analysis of the health budget at the republican level shows the average country values. However, the development of the regions in the country varies. And, since health care is a social sphere and should be accessible to all citizens without exception, despite the territorial remoteness and financial condition, it is also necessary to analyze health care costs by region in order to identify weaknesses in order to further develop and improve in accordance with the priorities of social and economic policy.

Solutions

Healthcare costs vary in each individual region, and for effective resource plan-ning, along with an analysis of healthcare costs at the national level, it is necessary to analyze expenditures in each region.

Key words: *healthcare system, healthcare budget, healthcare resources, resource planning, Kazakhstan.*

https://doi.org/10.32921/2225-9929-2023-53-51-61
УДК 614; 614.2; 614:33
МРНТИ 76.75.75

Policy Brief

Подходы к оценке эффективности амбулаторного лекарственного обеспечения

Кулькаева Г.У. [1], Табаров А.Б. [2], Есбатырова Л.М. [3], Жалдыбаева С.С. [4], Скакова А.А. [5], Биназарова А.Т. [6]

[1] *Председатель правления, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: g.kulkayeva@nrchd.kz*

[2] *Заместитель Председателя правления, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: a.tabarov@nrchd.kz*

[3] *Директор Департамента совершенствования лекарственной политики, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: l.esbatyrova@nrchd.kz,*

[4] *Начальник Управления рационального использования и оценки рекламы лекарственных средств и медицинских изделий, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан.*

E-mail: s.zhaldybaeva@nrchd.kz

[5] *Главный специалист Департамента совершенствования лекарственной политики, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: a.skakova@nrchd.kz*

[6] *Главный специалист Департамента совершенствования лекарственной политики, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Астана, Казахстан. E-mail: a.binazarova@nrchd.kz*

Резюме/Ключевые положения

Цель обзора: *оценка эффективности лекарственного обеспечения пациентов с артериальной гипертензией, сахарным диабетом и ювенильным артритом в амбулаторных условиях, разработка стандартизированных подходов к оценке эффективности амбулаторного лекарственного обеспечения (АЛО).*

Проблематика вопроса

Недостаточная эффективность АЛО может быть вызвана различными факторами. Некоторыми из них являются: недостаточное финансирование и ограниченные ресурсы для АЛО; несвоевременное обеспечение лекарственными средствами и медицинскими изделиями пациентов в рамках АЛО; несовершенство в части интеграции информационных систем между собой; отсутствие контроля и мониторинга за эффективностью лекарственного обеспечения, недостаточное вовлечение пациентов в процесс учета и контроля принимаемых лекарственных средств.

В данном аналитическом обзоре представлены некоторые подходы, позволяющие оценить эффективность АЛО. Оценка эффективности АЛО играет важную роль в политике здравоохранения, поскольку влияет на качество и доступность медицинской помощи и эффективное использование ресурсов государства. Подходы к оценке эффективности АЛО могут различаться в зависимости от целей и задач конкретного исследования или мониторинга.

В представленном обзоре оценка эффективности АЛО проводилась на основе существующих фактических данных Республики Казахстан по распространенности, заболеваемости, инвалидности, частоте госпитализаций и смертности среди взрослых пациентов с артериальной гипертензией, сахарным диабетом и детей с ювенильным ревматоидным артритом, а также данных, полученных в результате анкетирования пациентов и медицинских работников. Краткое изложение вариантов политики направлено на совершенствование системы АЛО. Настоящий аналитический обзор послужит базовым документом для проведения последующих анализов эффективности АЛО с целью оценки текущей ситуации по лекарственному обеспечению и дальнейшего его совершенствования на республиканском уровне.

Ключевые слова*: амбулаторное лекарственное обеспечение, артериальная гипертензия, сахарный диабет, ювенильный артрит, заболеваемость, удовлетворенность, анкетирование.*

Corresponding author: Akbota Binazarova, Chief Specialist of the Department of Medical Policy Improvement, National Research Center for Health Development named after Salidat Kairbekova, Astana, Kazakhstan.
Postal code: Z01C1E7
Address: Kazakhstan, Astana, Imanova Str. 11
Phone: +7 (7172) 570-950 (1082)
E-mail: a.binazarova@nrchd.kz

J Health Dev 2023; SI (53): 51-61
Recieved: 23-11-2023
Accepted: 18-12-2023

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

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) каждый год от неинфекционных заболеваний умирает 41 миллион человек, что составляет 74% всех случаев смерти в мире. При этом, в структуре смертности от неинфекционных заболеваний наибольшая доля приходится на сердечно-сосудистые заболевания, от которых каждый год умирают 17,9 миллиона человек, далее следуют раковые заболевания (9,3 миллиона случаев), хронические респираторные заболевания (4,1 миллиона) и диабет (2,0 миллиона, включая обусловленные диабетом заболевания почек). В этой связи ВОЗ призывает провести масштабную работу на национальном уровне, с тем чтобы к 2030 г. уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний посредством их профилактики и лечения [1,2].

В Республике Казахстан (РК) также, как и во всем мире отмечается высокая смертность от неинфекционных заболеваний, при этом основная доля приходится на сердечно-сосудистые заболевания, онкологические заболевания и сахарный диабет.

Так, по данным статистического сборника показателей здравоохранения РК за 2022 год установлено, что показатель смертности на 100 тыс. населения от болезней системы кровообращения составил 154,39, что выше показателей других причин смерти в 2-3 раза [3]. Вместе с тем, согласно статистическим данным, заболеваемость сахарным диабетом (СД) в РК неуклонно растет, если в 1990 году количество заболевших составляло 10 169 человек, то в 2022 году зарегистрировано уже 512 745 случаев заболеваний. Наряду с заболеваемостью растет и смертность от осложнений СД. При этом, расходы здравоохранения на лекарственное обеспечение пациентов с артериальной гипертензией (АГ), СД ежегодно увеличиваются и занимают наибольшую долю затрат как в стационаре, так и в рамках амбулаторного лекарственного обеспечения (АЛО) [3,4].

В целях снижения смертности и увеличения продолжительности и качества жизни пациентов, одними из приоритетных задач здравоохранения являются повышение эффективности системы АЛО, в том числе уровня удовлетворенности лекарственным обеспечением, а также снижение госпитализации пациентов с осложнениями хронических неинфекционных заболеваний.

Вместе с тем, на сегодняшний день наблюдается рост орфанных (редких) заболеваний, лечение которых зачастую требует специализированного лекарственного обеспечения.

К примеру, в настоящее время в Казахстане наблюдается тенденция к увеличению уровня распространенности и первичной заболеваемости ювенильныым ревматоидным артритом (ЮРА). По данным официальной статистики РК на 2016 год зарегистрировано 1739 детей с ЮРА, в том числе 1305 детей в возрасте до 14 лет и 434 – в возрасте 15-17 лет [5]. При этом исследования показывают, что до 60% пациентов, своевременно получавших базисную терапию, достигают ремиссию заболевания.

В настоящее время нозологии «Артериальная гипертензия», «Сахарный диабет», «Ювенильный артрит» включены в Перечень лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения в РК. Учитывая, что данные заболевания являются социально-значимыми как для взрослых, так и для детей, весьма актуальным является проведение анализа статистических данных для оценки эффективности лекарственной терапии в амбулаторных условиях. Кроме того, анкетирование среди медицинских работников, в том числе первых руководителей организаций здравоохранения позволило получить обратную связь от практических специалистов и организаторов здравоохранения и определить барьеры, препятствующие совершенствованию системы АЛО в РК.

Варианты политики

С целью определения эффективности АЛО должен проводится анализ статистических данных информационных систем Министерства здравоохранения РК, анализ охвата/обеспеченности пациентов АЛО, сравнительный анализ нормативно-правовых актов с фактическим обеспечением ЛС, клинико-экономический анализ затрат на лекарственное обеспечение в рамках АЛО, социологический опрос по приверженности пациентов лекарственной терапии и удовлетворенности пациентов и медицинских работников АЛО. Выборка производится из электронных регистров диспансерных и стационарных больных (ЭРДБ, ЭРСБ) и информационной системы «лекарственное обеспечение» (ИСЛО).

1. Анализ статистических данных по заболеваемости в рамках определенных нозологий

Для проведения анализа структуры заболеваемости населения в одной медицинской организации либо по региону в целом целесообразно иметь доступ к статистическим данным по следующим параметрам:

1.Общая болезненность/заболеваемость (частота распространения);

2. Первичная заболеваемость (заболевания, установленные впервые в жизни);

3. Заболеваемость острыми инфекционными болезнями;

4. Заболеваемость важнейшими хроническими неинфекционными заболеваниями;

5. Заболеваемость по данным медицинских осмотров (профилактических, скрининговых);

6. Заболеваемость лиц, состоящих на динамическом наблюдении на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Справочно:

Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-212/2020 утверждена методика формирования (расчета) показателей в области здравоохранения, согласно которого объектами расчета являются показатели деятельности организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

2. Анализ статистических данных по инвалидности и частоте госпитализации в рамках определённых нозологий

Анализ по инвалидности пациентов в РК в рамках определенных приоритетных нозологий проводится на основании данных Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан. Анализ по частоте госпитализаций и смертности среди пациентов определенных приоритетных нозологий проводится на основании данных статистического сборника «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» [3,4] и утвержденных Министерством здравоохранения РК форм отчетной документации в области здравоохранения (Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22.12.2020 года № КР ДСМ-313/2020) [6].

3. Анализ охвата/обеспеченности пациентов амбулаторным лекарственным обеспечением

Анализ охвата/обеспеченности пациентов лекарственными средствами (ЛС) и медицинским изделием (МИ) на амбулаторном уровне за определенный период проводится на основе данных ТОО«СК-Фармация», РГП на ПХВ«Республиканский центр электронного здравоохранения» на основании выгрузки ИСЛО. Доля обеспеченности пациентов ЛС в амбулаторных условиях рассчитывается на основе методики расчетов целевых индикаторов и показателей результатов, включенных в План развития МЗ РК на 2020-2024 годы, утвержденный приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 февраля 2022 года № 72 по следующей формуле [7]:

$$Dls = Kls \times 100 / Ols$$

где Dls - доля обеспеченности пациентов лекарственными препаратами при АЛО от общего количества пациентов;

Kls - общее количество пациентов (уникальных), обеспеченных лекарственными средствами согласно Перечня АЛО за отчетный период (данные информационной системы «Лекарственное обеспечение»);

Ols - общее количество пациентов, подлежащих бесплатному АЛО за отчетный период

Пациентам, подлежащих динамическому наблюдению, назначение и выписывание бесплатных амбулаторных лекарственных препаратов осуществляется в соответствии с Перечнем лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями).

4. Анализ соответствия обеспеченных пациентов лекарственными средствами (ЛС) и медицинскими изделиями (МИ) Перечню АЛО

Для определения обеспеченности пациентов ЛС и МИ в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) проводится сравнительный анализ выписанных / не выписанных ЛС в ИСЛО в соответствии с Перечнем АЛО, Перечнем Единого дистрибьютора (ЕД) и клиническими протоколами (КП). При необходимости проводится анализ не закупленных ЛС и МИ в соответствии с перечнем АЛО в разрезе определенных приоритетных нозологий за отчетный период.

5. Клинико-экономический анализ затрат на лекарственное обеспечение в рамках АЛО

Цель клинико-экономического анализа заключается в изучении эффективности расходования бюджетных средств на ЛС/МИ, включенные в перечень АЛО.

Анализ проводится на основании данных по закупу, отгрузке ЛС/МИ в рамках стационарной помощи и обеспечения в рамках АЛО по перечню ЕД за анализируемый период. Вместе с тем, определяется доля финансирования АЛО в общем объеме финансирования лекарственного обеспечения в рамках ГОБМП и ОСМС.

6. Социологическое исследование удовлетворенности системой АЛО пациентов и медицинских работников

С целью изучения удовлетворенности лекарственным обеспечением и приверженности к лекарственной терапии пациентов, состоящих на динамическом наблюдении в рамках анализируемых приоритетных заболеваний, а также получения обратной связи от медицинских работников, в том числе первых руководителей по вопросам лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне проводится анкетирование/ социологический опрос с дальнейшей выработкой предложений по совершенствованию АЛО.

Задачи анкетирования:

- Дать характеристику потребителя услуги по бесплатному лекарственному обеспечению на амбулаторном уровне.
- Изучить текущую ситуацию в области бесплатного лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне, в том числе по показателям доступность/приверженность/удовлетворенность.
- Получить сводные данные по РК и в разрезе регионов по удовлетворенности системой АЛО.
- Получить обратную связь от населения и медицинских работников касательно улучшения системы бесплатного лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне.

По результатам анкетирования предстоит резюмировать информацию о доступности АЛО, приверженности и удовлетворенности пациентов текущей ситуацией АЛО в рамках определенных приоритетных нозологий.

Таким образом, результаты проведения анализа эффективности АЛО в 2023 году за период 2018-2022 годы, где структура выборки включала пациентов с АГ (взрослые), СД 1 и 2 типов (взрослые и дети), ЮРА (дети) показали следующее.

Результаты анализа статистических данных РК по распространенности, заболеваемости, инвалидности, частоте госпитализаций и смертности среди пациентов с АГ, СД, ЮРА

Результаты проведенного анализа статистических данных РК по распространенности, заболеваемости, инвалидности, частоте госпитализаций и смертности среди взрослых пациентов с АГ и СД, и детей с ЮРА, получающих ЛС в рамках АЛО показали, что в РК из года в год растет количество пациентов с СД, АГ и ЮРА.

Если в 2018 году было зарегистрировано 394 923 случаев заболевания СД, то в 2022 году в результате роста отмечается 512 745 случаев заболевания (Рисунок 1).

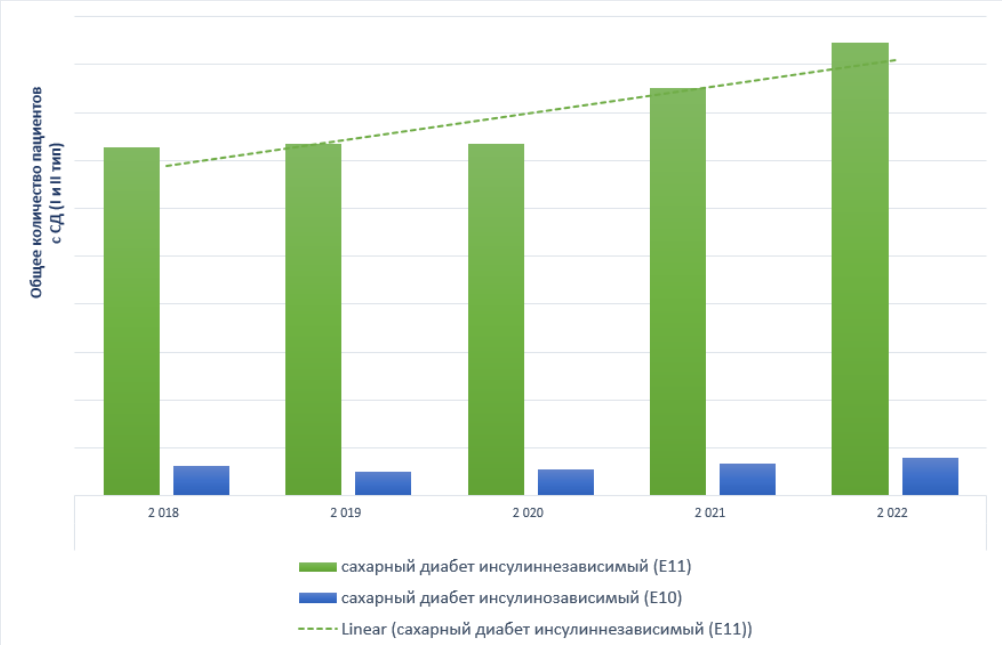


Рисунок 1 - Общее количество зарегистрированных заболеваний СД за 2018-2022 годы по РК

Стоит отметить, что большее количество пациентов зарегистрировано с диагнозом «СД II типа/ Инсулиннезависимый». Так, в 2018 году установлено 363 728 случаев с инсулиннезависимой формой СД и 31 195 инсулинозависимых пациентов, что составляет 92% и 7,9 % соответственно от общего количества пациентов с данным заболеванием. За период с 2018 года по 2022 год прирост пациентов с СД I типа составил 8 289 пациента (26,57%), а по СД II типа за 5 лет зарегистрировано увеличение количества пациентов на 109 533 случаев (30,11%). Вместе с тем, по данным IDF в 2022 году в мире зарегистрировано 530 000 новых случаев СД I типа [8], что составляет 6,4% прироста от общего количества пациентов (Таблица 1).

Таблица 1 - Сводные данные по СД в РК за 2022 год.

Всего пациентов с СД	Состоит на Д-наблюдении	Обеспечены АЛО	Имеют инвалидность	Госпитализировались	Умерло
512 745	425 437 (82,9%)	505 644 (118,8%)	24 342 (4,7%)	82 316 (16%)	791 (1,6%)

Оценка количества случаев АГ также позволяет понять масштаб проблемы в РК и видеть заметный прирост показателя распространенности за последние 5 лет. Так, на 2018 год количество зарегистрированных пациентов составило 1 663 838, а в 2022 году эта цифра увеличилась до 1 747 127 человек (Рисунок 2). Регионы с наибольшей заболеваемостью – Туркестанская, Алматинская и Карагандинская области. Наиболее высокий показатель болезненности/заболеваемости на 100 тысяч человек в разрезе регионов установлен в Абайской, Северо-Казахстанской и Восточно-Казахстанской областях. При этом, количество госпитализаций в 2022 году уменьшилось по сравнению с 2018 годом на 19,72%, а инвалидность на 26,44%.

Вместе с тем, проблема воспалительных заболеваний суставов у детей — одна из самых обсуждаемых в педиатрии. Именно ювенильные хронические артриты нередко приводят к инвалидности детей. Число детей, зарегистрированных с диагнозом ЮРА растет с каждым годом. Так, в 2022 году количество зарегистрированных пациентов с ЮРА увеличилось на 25% по сравнению с 2018 годом и составило 3 964 детей, тогда как в 2018 году в РК было зарегистрировано 3 171 случаев. Ежегодный прирост составил 5,4% в 2019 году, 14,5% в 2020 году, 2,1% в 2021 году, 1,4% в 2022 году. Показатель среднего темпа прироста равен 5,85%. В целом, по РК доля пациентов, состоящих на динамическом наблюдении по ЮРА в 2022 году составила 59%.

При этом, 41% пациентов с ЮРА не состоит на динамическом наблюдении. Наиболее высокий показатель диспансеризации в 2022 году отмечен в Улытауской области – 83%, наименьший показатель – Мангистауской области (40%).

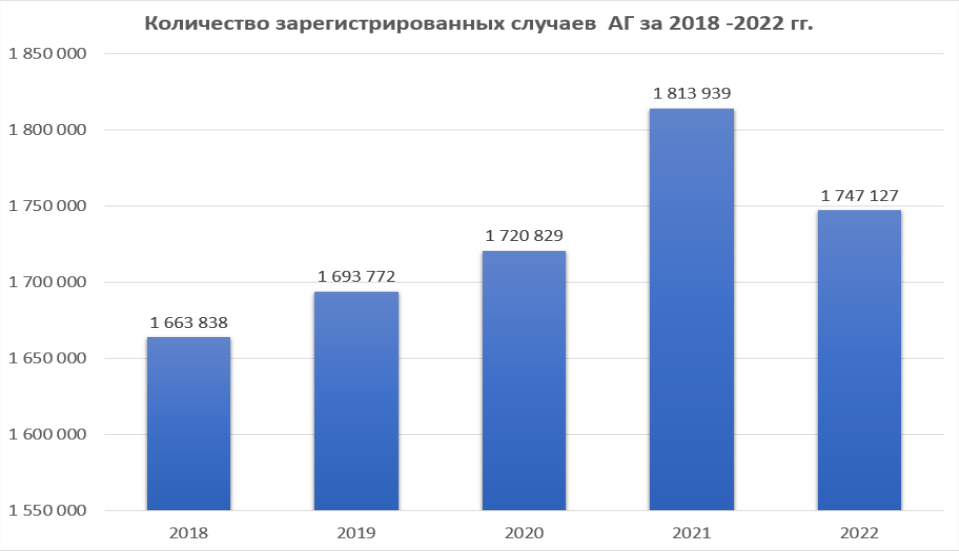


Рисунок 2 - Общее количество зарегистрированных случаев за 2018-2022 годы по РК

Результаты анализа охвата пациентов АЛО за 2018- 2022 гг.

Анализ охвата АЛО пациентов, состоящих на динамическом наблюдении в РК за 2018-2022 гг. показал, что по СД обеспечение составило от 61% до 118 %, по АГ охват обеспечения повысился от 51% до 98%, по ЮРА от 40% до 57%. При этом, касательно охвата выше 100 % предполагаем следующие причины: в систему ЭРДБ внесены не все пациенты, состоящие на динамическом наблюдении или периодически не обновлены данные, различия в закрытиях периодов в системах ИСЛО и ЭРДБ, а именно «на определённую дату» и «за определенный период». Также могут влиять такие факторы как, миграция пациентов по регионам, стране, смерть и др., которые могут дать отличия в общем количестве пациентов. Но в данном случае не должно быть очень значительного отклонения. Вместе с тем отмечаем, что в результате анализа установлены нозологии с низким охватом, предполагаем, что не все пациенты на динамическом наблюдении нуждались в лекарственном обеспечении. Необходимо учесть, что есть нозологии, которые требуют длительного лекарственного обеспечения, где соответственно требуется дополнительный анализ для выявления конкретных причин по каждой нозологии.

Анализ соответствия обеспеченных ЛС и МИ Перечню АЛО за 2018-2022 гг.

В результате анализа установлено, что в рамках нозологий СД,АГ,ЮРА за 2018-2022 годы в ИСЛО выписывались пациентам, состоящим на динамическом наблюдении все необходимые ЛС в соответствии с Перечнями АЛО, ЕД и КП. Для определения обеспеченности пациентов лекарственными средствами в рамках ГОБМП и ОСМС проведен анализ выписанных /не выписанных ЛС в ИСЛО согласно Перечня АЛО за 2018-2022 годы. Данный анализ дает возможность планировать затраты на ЛС для лечения пациентов, состоящих на динамическом наблюдении. Для анализа были использованы нормативные правовые акты с учетом внесенных изменений в период с 2018 по 2022 годы.

Так, в 2022 году не выписаны в ИСЛО 61 наименований ЛС по 39 нозологиям (Таблица 2).

Таблица 2 – Данные ИСЛО за 2022 г. по невыписанным ЛС

Не выписаны в ИСЛО	2018	2019	2020	2021	2022
Нозологии	15	13	50	55	39
Количество позиций ЛС	21	14	71	83	61

Результаты клинико-экономического анализа затрат на лекарственное обеспечение в рамках АЛО за 2022 г.

В ходе анализа установлено, что ЛС для лечения СД являются наиболее затратными. В период с 2018 по 2022 годы доля расходов на эти препараты составляла от 11,59% до 19% от общей суммы затрат на лекарства, представленных в Перечне АЛО. Доля расходов на препараты для лечения АГ и ЮРА за 2022 год - 6% и 2% соответственно. Наиболее затратными ЛС в 2022 году были следующие: «Лираглутид, раствор для подкожного введения», «Амлодипин, таблетка», «Метотрексат, таблетка, раствор для инъекций», «Инсулин гларгин, раствор для инъекций», «Эмпаглифлозин, таблетка», «Дулаглутид, раствор для подкожного введения», «Канаглифлозин, таблетка», «Инсулин детемир, раствор для инъекций», «Моксонидин, таблетка».

Результаты социологического исследования удовлетворенности системой АЛО пациентов с АГ,СД,ЮРА и медицинских работников за 2023 г.

В результате анкетирования пациентов и медицинских работников получены следующие данные. Всего, в 2023 году проанкетировано 27 730 респондентов: 12 816 участников – медицинские работники, 14 914 участников – пациенты. Из них:

- 12 453 медицинских работников составляют врачи, фармацевты, медицинские сестра;
- 363 первых руководителей медицинских организаций;
- 7 947 пациентов с АГ (взрослые);
- 4 922 пациентов с СД (взрослые);
- 1 397 респондентов с СД (дети);
- 648 пациентов с ЮРА (дети).

По результатам анкетирования 86% взрослых пациентов с СД в целом удовлетворены действующей системой АЛО. При этом, 35,8 % респондентов оценили текущую систему АЛО как «Хорошо», 25,35% – «Отлично», 24,86 % – «Удовлетворительно». Вместе с тем, около 44,8% опрошенных респондентов отмечают, что в течение года они поступали в стационар для лечения СД. 20,52% респондентов отметили, что приходилось покупать за счет своих средств лекарственные препараты из-за отсутствия их в аптеке.

82% респондентов с СД у детей, в целом удовлетворены АЛО. Однако, также, как и у взрослых пациентов, 68,72% опрошенных респондентов отметили, что их дети в течение года поступали в стационар для лечения СД. Возможно, пациенты госпитализировались в стационар для лечения с профилактической целью.

85% респондентов с АГ удовлетворены действующей системой АЛО. При этом, 34,04% респондентов оценили, как «Хорошо», 27,53% - «Удовлетворительно» и 23,1% - «Отлично». При этом, практически 42,46% опрошенных респондентов также отметили, что в течение года они поступали в стационар для лечения АГ.

92% респондентов с ЮРА у детей удовлетворены действующей системой АЛО. В целом, процент удовлетворенности варьируется от 82% до 92%, что является достаточно высоким показателем.

Кроме того, 96% первых руководителей медицинских организаций и 93% медицинских работников удовлетворены действующей системой бесплатного лекарственного обеспечения в Казахстане.

Факторы, лежащие в основе проблемы

Недостаточная эффективность АЛО может быть вызвана различными факторами. Некоторыми из них являются: недостаточное финансирование и ограниченные ресурсы для АЛО; несвоевременное обеспечение ЛС и МИ пациентов в рамках АЛО; несовершенство в части интеграции информационных систем между собой; отсутствие контроля и мониторинга за эффективностью лекарственного обеспечения, недостаточное вовлечение пациентов в процесс учета и контроля принимаемых ЛС и МИ.

Факторы, лежащие в основе проблемы роста заболеваемости, смертности, госпитализации пациентов с СД, АГ и ЮРА могут включать в себя следующие аспекты: сидячий образ жизни и недостаток физической активности могут приводить к повышению риска развития СД; неправильное питание; генетическая предрасположенность; ожирение.

Пути решения для повышения эффективности амбулаторного лекарственного обеспечения

Совершенствование Перечня АЛО на основе результатов оценки эффективности лекарственного обеспечения пациентов в разрезе определенных приоритетных нозологий

Для совершенствования АЛО необходимы скоординированные мероприятия на всех уровнях оказания медицинской помощи, в том числе организация работы в части контроля назначений и обеспечения пациентов, состоящих на динамическом наблюдении и нуждающихся в ЛС/МИ, контроля осложнений, сопровождающихся госпитализацией в стационар, мониторинга эпидемиологических показателей МО.

Вместе с тем, необходимо проводить на системной основе оценку эффективности лекарственного обеспечения пациентов на амбулаторном уровне в разрезе определенных приоритетных нозологий. К примеру, по данным анкетирования около 50% из опрошенных респондентов отметили, что поступают в стационар для лечения СД, АГ несмотря на удовлетворенность пациентов АЛО. Кроме того, следует отметить, что при АГ пациенты обеспечиваются монопрепаратами, тогда как, с целью повышения эффективности и приверженности к лечению требуется терапия фиксированными/комбинированными препаратами.

Таким образом, по результатам оценки необходимо ежегодно пересматривать Перечень АЛО с точки зрения эффективности ЛС при определенной нозологии с расширением доступа к инновационным и комбинированным препаратам. Также, необходимо обратить внимание на те нозологии и соответствующие ЛС, к примеру, острые заболевания (состояния) не влияющие на показатели заболеваемости (социально-значимые заболевания) и в целом здоровья, с целью пересмотра их для оптимизации Перечня АЛО.

Вместе с тем, необходимо рассмотреть распространенность орфанных (редких) заболеваний в соответствии с международной практикой, определить истинно орфанные (редкие) препараты.

В связи с существующим дефицитом бюджета необходимо определить и внедрить «порог готовности платить» на ЛС для включения их в перечень ЛС в рамках ГОБМП и ОСМС, в том числе Перечень АЛО.

Необходимо разработать и внедрить механизм по сооплате согласно приказу Министра здравоохранения РК от 16 июля 2021 года №КР ДСМ-61 «Об утверждении правил осуществления сооплаты», а также провести анализ готовности обеспечения ЛС за счет карманных средств пациентов [9].

Этот анализ может включать в себя:

•Оценку готовности пациентов к самостоятельному приобретению ЛС: Проведение исследования или опроса среди пациентов для выявления их готовности и возможности самостоятельного приобретения затратных лекарств без методов возмещения средств.

• Оценку финансового бремени на пациентов: Анализ того, насколько стоимость лекарств создает финансовое бремя для пациентов, и оценка их готовности к финансовому участию в лечении.

•Поиск альтернативных вариантов: Рассмотрение возможности предоставления альтернативных, более доступных вариантов лекарственных средств или программ поддержки пациентов.

•Разработку информационных ресурсов: Подготовка информационных ресурсов для пациентов, содержащих данные о стоимости и возможных методах снижения затрат на лекарства.

Этот анализ может помочь лучше понять финансовые аспекты доступности лекарств и определить возможные меры поддержки для пациентов, особенно тех, кто закупает лекарства за свой счет.

Социологический опрос пациентов как инструмент для определения проблемных аспектов, препятствующих повышению доступности ЛС И МИ в амбулаторных условиях.

Удовлетворение потребности пациентов в ЛС и МИ — одна из основных целей АЛО. Степень удовлетворенности пациентов, хоть и не является единственным показателем, характеризующим качество АЛО, представляет собой наиболее значимый критерий. Система показателей качества практически по каждой услуге, оказываемой населению, включает показатели удовлетворенности потребителей. В ходе социологического опроса выясняется прежде всего субъективная характеристика качества услуги — уровень удовлетворенности населения, определяются недостатки, которые в наибольшей степени не устраивают пациентов, оценивается работа персонала медицинской организации, а также уровень организации процесса оказания услуги. Выявление слабых мест в системе АЛО позволяет оценить, спланировать и реализовать необходимые изменения в процессе лекарственного обеспечения и оказания медицинской помощи. Кроме того, пациенты, принимающие участие в опросе, получают возможность повлиять на качество оказания услуги, что повышает их доверие.

Совершенствование АЛО путем интеграции ИС Министерства здравоохранения РК

В современном мире важность цифровизации процессов в любой отрасли неоспорима. Так и в системе здравоохранения для качественной работы необходима полноценная цифровизация, которая включает в себя интеграцию баз данных, создание системы мониторинга за пациентами, получающими лекарственную терапию и др. Учитывая результаты анализа, в том числе тот факт, при котором по данным ИСЛО обеспечивалось пациентов (уникальные) больше, чем состояло на динамическом наблюдении по данным ЭРДБ, очевидно, что данный вопрос требует управленческих решений.

Основной целью интеграции информационных систем должна быть прозрачность процесса обеспечения пациента ЛС и МИ на амбулаторном уровне. Вместе с тем, данная интеграция с учетом проработки в ИСЛО опции по выписыванию рецепта на ЛС только такому пациенту, который состоит в ЭРДБ с пометкой «нуждается в ЛС» и с учетом степени, стадии и тяжести течения заболевания позволит избежать системных ошибок в выписывании рецептов пациентам не по показаниям, что в свою очередь, будет способствовать оптимизации расходов и повышению эффективности лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях. Определение числа нуждающихся пациентов является ключевым в формировании потребности ЛС и МИ и рациональном использовании бюджетных средств.

В настоящее время отсутствует система, позволяющая получить агрегированные данные по числу лиц, обратившихся за медицинской помощью в амбулаторных условиях с острым состоянием, в связи с чем не представляется возможным определить обеспечение ЛС и МИ пациентов с такими состояниями.

Кроме того, для учета и мониторинга эффективности лечения пациентов с орфанными (редкими) заболеваниями необходимо создание регистра данных пациентов с последующей интеграцией с информационными системами Министерства здравоохранения РК.

Возможности и барьеры

В настоящее время в нашей стране приняты нормативные правовые акты, регулирующие обращение ЛС и МИ, в том числе лекарственное обеспечение населения, что несет огромный вклад в развитии здравоохранения и совершенствовании применения ЛС.

В соответствии со статьей 264 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения» [10] - рациональное использование лекарственных средств проводится для улучшения качества медицинской помощи и результатов лечения путем развития формулярной системы.

Для обеспечения лекарственными средствами и медицинскими изделиями в рамках ГОБМП, дополнительного объема медицинской помощи лицам, содержащимся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы, за счет бюджетных средств и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования определен Порядок, утвержденный приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 августа 2021 года №КР ДСМ-89 «Правила обеспечения лекарственными средствами и медицинскими изделиями в рамках ГОБМП, дополнительного объема медицинской помощи лицам, содержащимся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы, за счет бюджетных средств и (или) в системе ОСМС» [11].

Приказом Министра здравоохранения РК от 5 августа 2021 года №КР ДСМ-75 утвержден Перечень лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями), который рассматривается при необходимости и при выделении бюджетных средств [12].

Барьером для реализации политики «Совершенствование Перечня АЛО на основе результатов оценки эффективности лекарственного обеспечения пациентов в разрезе определенных нозологий» может стать отсутствие поддержки со стороны уполномоченного органа в области здравоохранения в вопросах финансирования проектов по проведению на системной основе оценки эффективности АЛО в рамках определенных приоритетных нозологий. Кроме того, одним из барьеров может послужить отсутствие полных статистических данных для оценки эпидемиологической ситуации, а также отсутствие поддержки организаций здравоохранения и управлений здравоохранений областей и городов в вопросах организации проведения аналитики данных прошедших лет с целью определения динамики заболеваемости, частоты госпитализаций, инвалидизации и смертности пациентов по определенным нозологиям.

Барьером для реализации политики «Социологический опрос пациентов как инструмент для определения проблемных аспектов, препятствующих повышению доступности ЛС И МИ в амбулаторных условиях» может стать недостаточное понимание со стороны руководителей организаций здравоохранения и управлений здравоохранения областей и городов в части необходимости проведения социологического опроса/анкетирования ввиду того, что данный процесс требует временных и трудовых затрат для проведения с их стороны. Вместе с тем, барьером также может послужить не заинтересованность пациентов в участии в опросе, что может привести к формальным ответам и недостоверности оценки текущей ситуации в области лекарственного обеспечения. Кроме того, барьером может стать и недобросовестное отношение врачей к качеству проведения социологического опроса и недостоверная интерпретация данных.

Барьером для реализации политики «Совершенствование АЛО путем интеграции информационных систем Министерства здравоохранения РК» может стать отсутствие поддержки со стороны уполномоченного органа в области здравоохранения в вопросах финансирования затрат, необходимых для интеграции имеющихся информационных систем Министерства здравоохранения РК и медицинской организации. Еще одним барьером может послужить некорректность данных, вносимых медицинскими работниками в информационные системы Министерства здравоохранения РК и медицинской организации, отсутствие квалифицированных статистов в медицинской организации.

Выводы

Таким образом, в целях достижения эффективности системы АЛО необходимо сочетанное внедрение каждого варианта политики, при этом данный вопрос требует системного подхода. Реализация всех пунктов мероприятий будет способствовать обеспечению эффективного и рационального использования ЛС и МИ по строгим клиническим показаниям в соответствии с Перечнем АЛО, что в свою очередь повысит качество оказания медицинской помощи и лекарственной терапии в амбулаторных условиях.

Вместе с тем, для эффективности и безопасности лекарственной терапии с учетом процента вероятности назначения/ применения ЛС считаем необходимым проведение фармакоэпидемиологического исследования в реальной клинической практике на уровне популяции или больших групп пациентов.

Конфликт интересов. РГП на ПХВ «Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой» настоящим подтверждает, что у авторов нет профессиональных или коммерческих интересов, имеющих отношение к данной Аналитической справке для формирования политики в области здравоохранения и при выполнении Policy brief конфликта интересов не возникало.

Литература

1. Неинфекционные заболевания. Всемирная организация здравоохранения. Веб сайт [Дата обращения: 18 сентября 2023 года]. Режим доступа: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

Neinfekcionnye zabolevanija. Vsemirnaja organizacija zdravoohranenija (Non-communicable diseases. World Health Organization) [in Russian]. Veb sajt [Data obrashhenija: 18 sentjabrja 2023 goda]. Rezhim dostupa: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

2. Первый глобальный доклад ВОЗ по проблеме сахарного диабета. Всемирная организация здравоохранения. Веб сайт [Дата обращения: 18 сентября 2023 года]. Режим доступа: https://www.who.int/ru/news-room/commentaries/detail/world-health-day-2016-let-s-beat-diabetes

Pervyj global'nyj doklad VOZ po probleme saharnogo diabeta. Vsemirnaja organizacija zdravoohranenija (First WHO global report on diabetes. World Health Organization) [in Russian]. Veb sajt [Data obrashhenija: 18 sentjabrja 2023 goda]. Rezhim dostupa: https://www.who.int/ru/news-room/commentaries/detail/world-health-day-2016-let-s-beat-diabetes

3. Здоровье населения республики казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2022 году / Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Статистический сборник, Астана. - 2023. – 340 с. Электронный ресурс. [Дата обращения: 18 сентября 2023 года]. Режим доступа: https://nrchd.kz/index.php/ru/?option=com_content&view=article&id=973

Zdorov'e naselenija respubliki kazahstan i dejatel'nost' organizacij zdravoohranenija v 2022 godu. Ministerstva zdravoohranenija Respubliki Kazahstan (Health of the population of the Republic of Kazakhstan and the activities of healthcare organizations in 2022 / Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. Statisticheskij sbornik, Astana. - 2023. – 340 p. Jelektronnyj resurs. [Data obrashhenija: 18 sentjabrja 2023 goda]. Rezhim dostupa: https://nrchd.kz/

index.php/ru/?option=com_content&view=article&id=973

4. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2020 году / Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Статистический сборник, Астана. - 2020. – 324 с. Электронный ресурс. [Дата обращения: 18 сентября 2023 года]. Режим доступа: https://www.gov.kz/memleket/entities/dsm/documents/details/246287?lang=ru

Zdorov'e naselenija Respubliki Kazahstan i dejatel'nost' organizacij zdravoohranenija v 2020 godu. Ministerstva zdravoohranenija Respubliki Kazahstan (Health of the population of the Republic of Kazakhstan and the activities of healthcare organizations in 2020 / Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan) [in Russian], Statisticheskij sbornik, Astana. - 2020. – 324 p. Jelektronnyj resurs. [Data obrashhenija: 18 sentjabrja 2023 goda]. Rezhim dostupa: https://www.gov.kz/memleket/entities/dsm/documents/details/246287?lang=ru

5. Mukusheva Z., Asylbekova M., Albekova Z., Sadibekova L.10-year experience in the application of biological therapy to patients with juvenile idiopathic arthritis. Journal of Clinical Medicine of Kazakhstan, 2017; 3(45 special issue): 159-162. [Crossref]

6. Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан: 22 декабря 2020 года, № КР ДСМ-313/2020. Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021879/history

Ob utverzhdenii form otchetnoj dokumentacii v oblasti zdravoohranenija. Prikaz Ministra zdravoohranenija Respubliki Kazahstan (On approval of reporting documentation forms in the field of healthcare. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan) [in Russian]: 22 dekabrja 2020 goda, № KR DSM-313/2020. Rezhim dostupa: https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021879/history

7. Об утверждении Методики расчета целевых индикаторов и показателей результатов, включенных в План развития Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2024 годы. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан: от 8 февраля 2022 года, №72 (с изменениями от 31.10.2022 г.). Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=34561372

Ob utverzhdenii Metodiki rascheta celevyh indikatorov i pokazatelej rezul'tatov, vkljuchennyh v Plan razvitija Ministerstva zdravoohranenija Respubliki Kazahstan na 2020-2024 gody. Prikaz Ministra zdravoohranenija Respubliki Kazahstan (On approval of the Methodology for calculating target indicators and outcome indicators included in the Development Plan of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan for 2020-2024. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan) [in Russian]: ot 8 fevralja 2022 goda, №72 (s izmenenijami ot 31.10.2022 g.). Rezhim dostupa: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=34561372

8. Type 1 diabetes numbers in children and adults. Atlas Report. International Diabetes Federation, 2022. Website. [Cited 23 May 2023]. Available from URL: http://www.diabetesatlas.org

9. Об утверждении правил осуществления сооплаты. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан; от 16 июля 2021 года, №КР ДСМ-61. Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100023589/history

Ob utverzhdenii pravil osushhestvlenija sooplaty. Prikaz Ministra zdravoohranenija Respubliki Kazahstan (On approval of the rules for making co-payments. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan) [in Russian]; ot 16 ijulja 2021 goda, №KR DSM-61. Rezhim dostupa: https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100023589/history

10. О здоровье народа и системе здравоохранения. Кодекс Республики Казахстан; от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК. Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360

O zdorov'e naroda i sisteme zdravoohranenija. Kodeks Respubliki Kazahstan (About public health and the healthcare system. Code of the Republic of Kazakhstan) [in russian]; ot 7 ijulja 2020 goda №360-VI ZRK. Rezhim dostupa: https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360

11. Об утверждении правил обеспечения лекарственными средствами и медицинскими изделиями в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, дополнительного объема медицинской помощи лицам, содержащимся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы, за счет бюджетных средств и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, а также правил и методики формирования потребности в лекарственных средствах и медицинских изделиях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, дополнительного объема медицинской помощи лицам, содержащимся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы, за счет бюджетных средств и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 августа 2021 года № КР ДСМ-89. Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100024069

Ob utverzhdenii pravil obespechenija lekarstvennymi sredstvami i medicinskimi izdelijami v ramkah garantirovannogo ob#ema besplatnoj medicinskoj pomoshhi, dopolnitel'nogo ob#ema medicinskoj pomoshhi licam, soderzhashhimsja v sledstvennyh izoljatorah i uchrezhdenijah ugolovno-ispolnitel'noj (penitenciarnoj) sistemy, za schet bjudzhetnyh sredstv i (ili) v sisteme objazatel'nogo social'nogo medicinskogo strahovanija, a takzhe pravil i metodiki formirovanija potrebnosti v lekarstvennyh sredstvah i medicinskih izdelijah v ramkah garantirovannogo ob#ema besplatnoj medicinskoj pomoshhi, dopolnitel'nogo ob#ema medicinskoj pomoshhi licam, soderzhashhimsja v sledstvennyh izoljatorah i uchrezhdenijah ugolovno-ispolnitel'noj (penitenciarnoj) sistemy, za schet bjudzhetnyh sredstv i (ili) v sisteme objazatel'nogo social'nogo medicinskogo strahovanija. Prikaz Ministra zdravoohranenija Respubliki Kazahstan(On approval of the rules for the provision of medicines and medical devices within the guaranteed volume of free medical care and (or) in the system of compulsory social health insurance, as well as the rules and methods for generating the need for medicines and medical devices within the guaranteed volume of free medical care and (or)) in the system of compulsory social health insurance. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan) [in Russian]; ot 20 avgusta 2021 goda № KR DSM-89. Rezhim dostupa: https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100024069

12. Об утверждении Перечня лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями). Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан; от 5 августа 2021 года, № КР ДСМ - 75. Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100023885

Ob utverzhdenii Perechnja lekarstvennyh sredstv i medicinskih izdelij dlja besplatnogo i (ili) l'gotnogo ambulatornogo obespechenija otdel'nyh kategorij grazhdan Respubliki Kazahstan s opredelennymi zabolevanijami (sostojanijami). Prikaz Ministra zdravoohranenija Respubliki Kazahstan (On approval of the List of medicines and medical products for free and (or) preferential outpatient provision for certain categories of citizens of the Republic of Kazakhstan with certain diseases (conditions). Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan) [in Russian]; ot 5 avgusta 2021 goda, № KR DSM - 75. Rezhim dostupa: https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100023885

Амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің тиімділігін бағалау тәсілдері

Кулькаева Г.У. [1],Табаров А.Б. [2], Есбатырова Л.М. [3], Жалдыбаева С.С.[4],
Скакова А.А.[5], Биназарова А.Т. [6]

[1] Басқарма төрайымы, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: g.kulkayeva@nrchd.kz

[2] Басқарма төрайымының орынбасары, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана Қазақстан. E-mail: a.tabarov@nrchd.kz

[3] Дәрілік саясатты жетілдіру департаментінің директоры, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: l.esbatyrova@nrchd.kz

[4] Дәрілік заттар мен медициналық бұйымдардың жарнамасын ұтымды пайдалану және бағалау басқармасының басшысы, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан.
E-mail: s.zhaldybaeva@nrchd.kz

[5] Дәрілік саясатты жетілдіру департаментінің бас маманы, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: a.skakova@nrchd.kz

[6] Дәрілік саясатты жетілдіру департаментінің бас маманы, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Астана, Қазақстан. E-mail: a.binazarova@nrchd.kz

Түйіндеме

Шолудың мақсаты: *амбулаториялық жағдайда артериялық гипертензиясы, қант диабеті және ювенильді ревматоидты артриті бар науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің тиімділігін бағалау, амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің (АДҚ) тиімділігін бағалаудың стандартталған тәсілдерін әзірлеу.*

Проблематика вопроса

АДҚ тиімділігінің жеткіліксіздігі әртүрлі факторларға байланысты болуы мүмкін. Олардың кейбіреулері: АДҚ үшін жеткіліксіз қаржыландыру және шектеулі ресурстар; АДҚ шеңберінде науқастарды дәрілік заттар және медициналық бұйымдармен уақтылы қамтамасыз етпеу; ақпараттық жүйелердің өзара интеграциясының жетілмегендігі; дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің тиімділігін бақылаудың жоқтығы, қабылданған дәрілік заттарды есепке алу және бақылау процесіне науқастарды тартудың жеткіліксіздігі.

Бұл аналитикалық шолуда АДҚ тиімділігін бағалауға мүмкіндік беретін кейбір тәсілдер келтірілген. АДҚ тиімділігін бағалау денсаулық сақтау саясатында маңызды рөл атқарады, өйткені ол медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігіне және мемлекет ресурстарын тиімді пайдалануға әсер етеді. АДҚ тиімділігін бағалау тәсілдері белгілі бір зерттеудің немесе бақылаудың мақсаттары мен міндеттеріне байланысты өзгеруі мүмкін.

Ұсынылған шолуда АДҚ тиімділігін бағалау артериялық гипертензиямен, қант диабетімен және ювенильді ревматоидты артритпен ауыратын ересек науқастар арасында таралуы, сырқаттанушылығы, мүгедектігі, ауруханаға жатқызу жиілігі және өлім-жітім бойынша Қазақстан Республикасыныңқолданыстағы нақты деректері, сондай-ақ пациенттер мен медициналық қызметкерлерге сауалнама жүргізу нәтижесінде алынған деректер негізінде жүргізілді. Саясат нұсқаларының қысқаша мазмұны АДҚ жүйесін жетілдіруге бағытталған. Шолу дәрілік қамтамасыз ету бойынша ағымдағы жағдайды бағалау және оны республикалық деңгейде одан әрі жетілдіру мақсатында АДҚ тиімділігіне кейінгі талдаулар жүргізу үшін базалық құжат болады.

Түйін сөздер*: амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету, артериялық гипертензия, қант диабеті, ювенильді артрит, ауру, қанағаттану, сауалнама.*

Approaches to Evaluating the Effectiveness of Outpatient Drug Provision

Gulnara Kulkayeva[1], Adlet Tabarov [2], Lazzat Yesbatyrova [3], Saule Zhaldybayeva [4],
Aiym Skakova [5], Akbota Binazarova [6]

[1] Chairman of the Board, National Research Center for Health Development named after Salidat Kairbekova, Astana, Kazakhstan. E-mail: g.kulkayeva@nrchd.kz

[2] Deputy Chairman of the Board, National Research Center for Health Development named after Salidat Kairbekova, Astana, Kazakhstan. E-mail: a.tabarov@nrchd.kz,

[3] Director of the Department of Medical Policy Improvement, National Research Center for Health Development named after Salidat Kairbekova, Astana, Kazakhstan. E-mail: l.esbatyrova@nrchd.kz,

[4] Head of the Department of Rational Use and Evaluation of Advertising of Medicines and Medical Products, National Research Center for Health Development named after Salidat Kairbekova, Astana, Kazakhstan. E-mail: s.zhaldybaeva@nrchd.kz

[5] Chief Specialist of the Department of Medical Policy Improvement, National Research Center for Health Development named after Salidat Kairbekova, Astana, Kazakhstan. E-mail: a.skakova@nrchd.kz

[6] Chief Specialist of the Department of Medical Policy Improvement, National Research Center for Health Development named after Salidat Kairbekova, Astana, Kazakhstan. E-mail: a.binazarova@nrchd.kz

Abstract / Key messages

Purpose of the review: *to evaluate the effectiveness of outpatient drug provision (ODP) for patients with arterial hypertension, diabetes mellitus, juvenile rheumatoid arthritis in outpatient settings, to develop standardized approaches to evaluating the effectiveness of outpatient drug provision.*

Problematic issue

Insufficient efficiency of ODP can be caused by various factors. Some of them are: insufficient funding and limited resources for ODP; untimely provision of medicines and medical devices to patients within the framework of ODP; imperfection in the integration of information systems among themselves; lack of control and monitoring of the effectiveness of ODP, insufficient involvement of patients in the process of accounting and control of the drugs taken.

This analytical review presents some approaches to assess the effectiveness of ODP. Evaluation of the effectiveness of outpatient medicinal provision plays an important role in health policy, as it affects the quality and accessibility of medical care and the effective use of state resources. Approaches to evaluating the effectiveness of ODP may vary depending on the goals and objectives of a particular study or monitoring. In the presented review, the evaluation of the effectiveness of ODP was assessed based on existing evidence of the Republic of Kazakhstan on the prevalence, incidence, disability, frequency of hospitalizations and mortality among adult patients with arterial hypertension, diabetes mellitus and children with juvenile rheumatoid arthritis, as well as data obtained from a survey of patients and medical workers.

The summary of policy options is aimed at improving the ODP system. This analytical review will serve as a basic document for subsequent analyzes of the effectiveness of ODP in order to assess the current situation on medicinal provision and it's further improvement at the republican level.

***Keywords**: outpatient medicinal provision, arterial hypertension, diabetes mellitus, juvenile arthritis, incidence, satisfaction, questionnaire.*

МАЗМҰНЫ

Кулкаева Г.У., Темекова З.М., Демушкан О.Ю., Өмірхан Ж.Б., Бисагалиева А.Т.
Жас мамандардың жұмысқа орналасу орнын таңдау туралы шешіміне әсер ететін негізгі факторларды зерттеуді талдау **4**

Кулкаева Г. У., Шайхиев С.С., Карашутова Ж.Н., Бейсембаева В.С.
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау жүйесінде медициналық қызмет көрсетудің тиімділігін арттыру үшін қашықтықтан өзара әрекеттесудің қолданылуы **15**

Кулкаева Г. У., Шайхиев С.С., Карашутова Ж.Н., Минаева Л.Е., Магавина А.М.
Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде амбулаториялық жағдайларда мамандандырылған медициналық көмекті көрсетудегі проблемалық мәселелері **24**

Кулкаева Г.У., Темекова З.М., Омирбаева Б.С., Серикбаев Н.С.
Ресурстарды тиімді жоспарлау үшін Қазақстан Республикасының өңірлері бойынша денсаулық сақтауға арналған шығындарды талдау **33**

Кулкаева Г.У.,Табаров А.Б., Есбатырова Л.М., Жалдыбаева С.С., Скакова А.А., Биназарова А.Т.
Амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің тиімділігін бағалау тәсілдері **51**

СОДЕРЖАНИЕ

Кулкаева Г.У., Темекова З.М., Демушкан О.Ю., Өмірхан Ж.Б., Бисагалиева А.Т.
Анализ исследования основных факторов, влияющих на решение молодых специалистов о выборе места трудоустройства **4**

Кулкаева Г.У., Шайхиев С.С., Карашутова Ж.Н., Бейсембаева В.С.
Применимость дистанционного взаимодействия для повышения эффективности оказания медицинских услуг в системе здравоохранения Республики Казахстан **15**

Кулкаева Г. У., Шайхиев С.С., Карашутова Ж.Н., Минаева Л.Е., Магавина А.М.
Проблемные вопросы оказания специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования **24**

Кулкаева Г.У., Темекова З.М., Омирбаева Б.С., Серикбаев Н.С.
Анализ расходов на здравоохранение по регионам Республики Казахстан для эффективного планирования ресурсов **33**

Кулкаева Г.У.,Табаров А.Б., Есбатырова Л.М., Жалдыбаева С.С., Скакова А.А., Биназарова А.Т.
Подходы к оценке эффективности амбулаторного лекарственного обеспечения **51**

CONTENT

Gulnara Kulkayeva, Zarina Temekova, Olga Demushkan, Omyrkhan Zhansaya, Aliya Bissagaliyeva
Analysis of the Study of the Main Factors Influencing the Decision of Young Professionals to Choose a Place of Employment **4**

Gulnara Kulkayeva, Sain Shaikhiev, Zhadyra Karashutova, Venera Beisembayeva
Applicability of remote interaction to improve the efficiency of medical services in the healthcare system of the Republic of Kazakhstan **15**

Gulnara Kulkayeva, Sain Shaikhiev, Zhadyra Karashutova, Larisa Minayeva, Aizhan Magavina
Problematic Issues in the Provision Specialized Medical Care in Outpatient Settings within the Guaranteed Volume of Free Medical Care and (or) in the System of Compulsory Social Health Insurance 24

Gulnara Kulkayeva, Zarina Temekova, Bibigul Omirbayeva, Nursultan Serikbayev
Analysis of Healthcare Expenditures by Regions of the Republic of Kazakhstan for Effective Resource Planning..... 33

Gulnara Kulkayeva, Adlet Tabarov, Lazzat Yesbatyrova, Saule Zhaldybayeva, Aiym Skakova, Akbota Binazarova
Approaches to Evaluating the Effectiveness of Outpatient Drug Provision 51