



SALIDAT KAIRBEKOVA
NATIONAL RESEARCH CENTER
FOR HEALTH DEVELOPMENT

JOURNAL OF
**HEALTH
DEVELOPMENT**

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

Volume 1
Number (45), 2022

Nur-Sultan, 2022

Journal of Health Development

EDITORIAL

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

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

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

EDITORIAL BOARD

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

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

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

FOUNDING EDITORIAL BOARD

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

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

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

Подписано к печати 30 марта 2022 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
010000
Қазақстан, Нұр-Сұлтан қ.
Қабанбай батыр даңғ., 19/А
Тел.: +7 (7172) 700 950
E-mail: editor.journalhd@gmail.com
Веб-сайт: www.jhdzkz.org

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

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



JOURNAL
OF
HEALTH DEVELOPMENT
Scientific and practical journal

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

Нур-Султан, 2022

<https://doi.org/10.32921/2225-9929-2022-1-45-4-19>
УДК 614; 614.2; 614:33
МРНТИ 76.75.75

Оригинальная статья

5-летний анализ эффективности использования коечного фонда в системе здравоохранения Республики Казахстан

Турмаханбетов Б.М.¹, Керимбаева З.А.², Токмурзиева Г.Ж.³, Reeti Debnath⁴

¹ PhD-докторант Высшей школы общественного здравоохранения, Казахский медицинский университет, Алматы, Казахстан. E-mail: bmaratuly@gmail.com

² Профессор кафедры общественного здоровья и менеджмента, Медицинский университет Астана, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: zakira.k@mail.ru

³ Заместитель Генерального директора по науке и лабораторно-диагностической службе, Национальный научный центр особо опасных инфекций имени Масгута Айкимбаева, Алматы, Казахстан.

E-mail: tokmurziyeva@yandex.ru

⁴ Координатор программы «Общественное здравоохранение», Технологический университет Маулана Абул Калам Азад, Калькутта, Западная Бенгалия, Индия. E-mail: reeti.debnath@nshmc.com

Резюме

Цель исследования: оценить эффективность использования коечного фонда (в т.ч. онкологических коек) в системе здравоохранения Республики Казахстан за 2016-2020 годы.

Методы: балансовый метод, математико-статистические методы, способ сравнения.

Результаты. В Республике Казахстан отмечается тенденция к увеличению как абсолютного числа, так и обеспеченности койками на 10 тыс. населения. Так за анализируемый период, число коек по всем ведомствам, увеличилось с 87 172 коек в 2016 году до 107 595 коек в 2020 году (18,9%). Обеспеченность койками на 10 тыс. населения увеличилась по койкам всех ведомств с 2016 года на с 48,6 до 57,4 на 10 тыс. населения в 2020 году прирост составил 15,3%.

Обеспеченность койками всех форм собственности и ведомств на 2020 составила 55,4 койки на 10 тыс. населения. Вместе с тем обеспеченность койками на 10 тыс. населения в системе здравоохранения РК - 44,6, что соответствует среднему уровню обеспеченности коечным фондом в странах ОЭСР (43,9).

В динамике отмечается увеличение числа коек частной формы собственности, прирост составил 41,31%. В Казахстане за период с 2016 по 2020 гг, средняя занятость койки имеет тенденцию к снижению – 35,0%, со 311 дней в 2016 году до 202,3 в 2020 году, данный показатель соответствует уровню загрузки коек в 82,6% (при оптимальном уровне загрузки - 85%).

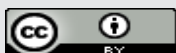
Наблюдается рост показателя оборота койки с 30,1 в 2016 году до 33,9 в 2020 году.

Выводы. Обеспеченность койками для оказания медицинской помощи в целом по Казахстану достаточная, при относительном дефиците определенных профилей (паллиативные, реабилитационные и др.) коек. В то же время потребность пациентов в стационарной помощи остается, о чем свидетельствуют очередность в портале бюро госпитализаций.

Ключевые слова: коечный фонд, обеспеченность койко-местами, оборот койки, среднегодовая занятость больничной койки, госпитализация.

Corresponding author: Bekzat Turmakhanbetov, PhD student of the Kazakhstan Medical University "Higher School of Public Health",
Almaty, Kazakhstan.
Postal code A15T6D9
Address: Kazakhstan, Almaty, Utepov street, 19a
Phone: +77055020207
E-mail: bmaratuly@gmail.com

J Health Dev 2022; 1 (45): 4-19
Received: 10-03-2022
Accepted: 18-03-2022



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

Введение

По данным OECD.STAT за период с 2015 по 2017 годы, средний показатель обеспеченности койками по отдельным странам Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) составлял от 45 до 44 койки на 10 тыс. населения. Самые высокие показатели обеспеченности по итогам 2017 года имеют: Япония – 131, Южная Корея – 123 и Германия – 80 коек на 10 тыс. населения [1,2].

В Казахстане за последние 30 лет общее количество больничных коек резко снизилось в 2,2 раза: в период с 1990 года по 2000 годы с 215 до 96,4 тысяч коек и в последующие 20 лет колебания составили $\pm 5\%$ [3]. Соответственно, показатель обеспеченности снизился с 130 на 10 тыс. населения до 65 в 2000 году с планомерным снижением до 44,6 в 2019 году, что фактически соответствует международным стандартам (ОЭСР – 43,9 койки на 10 тыс. населения) [2,4].

Эти показатели были достигнуты за счет оптимизации коечного фонда с дальнейшим перераспределением ресурсов для развития первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), развития ресурсосберегающих технологий управления, направленных на интенсификацию работы стационарной койки, в том числе за счет внедрения стационарозамещающих технологий на амбулаторно-поликлиническом уровне, и приведения основных показателей работы медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь (оборот койки, средняя продолжительность пребывания и другие), в соответствие с международными стандартами эффективности.

Материалы и методы

Анализировались данные Единой информационной системы здравоохранения Республики Казахстан: такие как «Системы управления ресурсами», «Системы управления качеством медицинских услуг», «Система управления медицинской техникой», а также данные OECD.STAT для сравнения [2].

Вместе с этим также в качестве источника данных использовались отчет «Об использовании коечного фонда медицинских организаций, оказывающих стационарную и стационарозамещающую помощь» (форма 21), годовая отчетная форма «Отчет о контингентах больных, выбывших из стационара» (форма 14) и статистические сборники «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» с 1999 по 2020 гг.

Данные были проанализированы на 10 тыс. населения страны. Работа была проведена на основе анализа деятельности коечного фонда системы здравоохранения Республики Казахстан за 2016-2020 годы. Был проведен анализ следующих показателей:

- общее количество коек;
- обеспеченность койками;
- структура коечного фонда;
- динамика коечного фонда с учетом коронавирусной инфекции;
- среднее число дней занятости койки в году;

Однако, в настоящее время наблюдается тенденция роста использования коечного фонда за счет инфекционных заболеваний, связаны распространением новых штаммов коронавируса, а также в результате неинфекционных заболеваний (кардиологические, онкологические, медицина катастроф и др.). Важным показателем общественного здоровья является обеспечения стационарными больничными койками, а также эффективность их использования.

Во нынешних обстоятельствах для дальнейшего развития здравоохранения необходимо комплексное методическое обоснование оптимального соотношения коечного фонда, медико-демографических показателей, оказывающих большое влияние на объемы и виды медицинской помощи, а также реструктуризации ресурсов в соответствии с технологическими уровнями больничных учреждений.

Таким образом, исследования по рациональному использованию коечного фонда и повышению эффективности его использования в условиях реструктуризации стационарных медицинских учреждений являются актуальными и значимыми.

Цель исследования: оценить эффективность использования коечного фонда в системе здравоохранения Республики Казахстан за 2016-2020 годы.

-среднее число дней занятости койки в году по профилям коек;

-среднее число дней занятости койки в году по типам организаций;

- число поступивших жителей в государственные больничные организации и др.

Для проведения сравнительного анализа были использованы общеустановленные статистические показатели, такие как «оборот койки», «Средняя длительность пребывания пациента», «Среднегодовая занятость койки».

В анализе не рассматривались Туркестанская область и г. Шымкент, в связи с реорганизацией региона в 2017 году.

В работе были использованы следующие методы научного исследования: балансовый метод, математико-статистические методы (экономический анализ, математическая статистика, математическое программирование и т.д.), способ сравнения (включает три метода: сравнение фактических данных с плановыми величинами; сравнение с прошлыми периодами; сравнение с лучшими методами работы и показателями, передовым опытом, новыми достижениями медицинской науки и техники).

Расчет нормативов коечного фонда в разрезе регионов Казахстана проведен с учетом на основе уровня госпитализации по данным 2020 года по данным отчета «Об использовании коечного фонда медицинских организаций, оказывающих

стационарную и стационарозамещающую помощь» (форма 21) [5].

Расчет необходимого количества коек по уровню госпитализации проводился по Годовой отчетной форме №14 «Отчет о контингентах больных, выбывших из стационара» [5].

Разделение коек по типу активные/неактивные проведено согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [6]. К неактивным койкам отнесены койки следующих профилей: восстановительного лечения и реабилитации, койки паллиативной помощи и сестринского ухода, наркологические и

психиатрические койки.

Также принимая во внимание специфику к неактивным койкам отнесены туберкулезные койки. Учтя тот факт, что в системе ВОЗ отсутствуют койки для больных туберкулезом, мы связи за основу российский опыт, где койки для больных туберкулезом относятся к неактивным койкам [6,7].

Данная работа была проведена в рамках диссертационной работы Турмаханбетова Б.М. на тему: «Методология основы обеспечения качества медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями».

Результаты

В системе Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) отмечается более значительное снижение коечного фонда, с 87 172 в 2016 году до 107 595 коек в 2020 году (18,9%),

обеспеченность койками в системе МЗ РК увеличилась с 48,6 в 2016 году до 57,4 на 10 тыс. населения в 2020 году (15,3%) (таблицы 1,2).

Таблица 1 – Динамика числа коек и показатели обеспеченности койками в системе Министерства здравоохранения Республики Казахстан за 2016-2020 гг.

Регион	Число коек					% прироста	обеспеченность населения койками на 10 тыс. населения					% прироста
	2016	2017	2018	2019	2020		2016	2017	2018	2019	2020	
Республика Казахстан	87 172	86 151	84 216	83 157	107 595	19,0	48,6	47,4	45,8	44,6	57,4	15,3
Акмолинская	4 632	4 480	4 420	4 158	5031	7,9	63,1	60,7	59,8	56,4	68,3	7,6
Актюбинская	3 553	3 477	3 475	3 427	4332	18,0	42	40,5	40	38,9	48,8	13,9
Алматинская	8 527	8 475	8 485	8 774	10893	21,7	43	42	41,6	42,7	52,7	18,4
Атырауская	2 771	2 401	2 376	2 293	4740	41,5	45,6	38,7	37,5	35,5	72,8	37,4
ЗКО	3 574	3 534	3 505	3 298	3792	5,7	55,7	54,6	53,7	50,2	57,5	3,1
Жамбылская	4 718	4 814	4 700	4 499	5261	10,3	42,3	43,1	41,8	39,8	46,4	8,8
Карагандинская	7 452	7 326	7 134	6 814	8758	14,9	53,9	53,1	51,8	49,5	63,6	15,3
Костанайская	4 504	4 425	4 320	4 419	5947	24,3	51,2	50,5	49,5	50,9	68,6	25,4
Кызылординская	4 445	4 378	4 085	4 065	4283	-3,8	57,5	55,9	51,4	50,6	52,9	-8,7
Мангистауская	2 539	2 504	2 449	2 291	2987	15,0	39,5	37,9	36,1	32,8	42,1	6,2
ЮКО/Туркестанская	11 271	11 538	8 537	8 465	9859	-14,3	39,2	39,4	43	41,9	48,6	19,3
Павлодарская	4 408	4 161	3 962	3 925	5459	19,3	58,2	55,1	52,6	52,2	72,6	19,8
СКО	3 723	3 546	3 439	3 229	4578	18,7	66,1	63,5	62	58,8	83,8	21,1
ВКО	7 609	7 518	7 289	7 069	10 938	30,4	54,8	54,3	52,9	51,6	80	31,5
г. Нур-Султан	5 456	5 448	5 351	5 124	6156	11,4	56,1	52,8	49,6	45,1	53,1	-5,6
г. Алматы	7 990	8 126	7 648	8 063	10 277	22,3	45,6	45,1	41,2	42,1	52,8	13,6
г. Шымкент		-	3 041	3 244	4304			0	30,1	31,3	40,7	

В разрезе регионов наибольшее снижение количества коек отмечается в Туркестанской (-14,3%), Кызылординской (-3,8,3%) областях. Наибольшее снижение обеспеченности койками на 10 тыс. населения произошло в Кызылординской (-8,7%) области и г. Нур-Султан (-5,6%).

Также нами выявлено, что в 8 областях обеспеченность койками превышает обще республиканский показатель. Наибольшая обеспеченность койками на 10 тыс. населения имеется в Алматинской (18,4), Атырауской (37,4), Костанайской (25,4), Туркестанской (19,3) Северо-Казахстанской (21,1), Восточно-Казахстанской (31,5) и Павлодарской (19,8) областях.

Структура коечного фонда в системе МЗ РК на 1 января 2021 года представлена следующим образом: терапевтические койки составляют 20,3%, хирургического профиля 18,0%, на долю

педиатрических коек приходится 11,8% коек, акушерско-гинекологические койки составляют 13,2%, онкологические койки составляют - 3,3%. В общем коечном фонде доля неактивных коек (койки по которым отмечается длительность пребывания более 30 койко-дней) составляет 26,5%.

Количество неактивных коек составило в 2020 году 15 846 коек (14,7%).

Остальные койки отнесены к активным койкам, количество их составило – 91 749 коек (85,3%).

Таблица 2 – Динамика числа коек и показатели обеспеченности койками в системе МЗ РК (бюджетные и хозрасчетные) и в частных клиниках за 2016-2020 гг.

Регион	бюджетные и хозрасчетные					% прироста	в частных клиниках					% прироста
	2016	2017	2018	2019	2020		2016	2017	2018	2019	2020	
Республика Казахстан	89 701	88 585	86 750	85 584	109 694	18,20%	7 473	7 731	8 523	9 810	12 735	41,31%

По состоянию на 1 мая 2020 года, проведено увеличение количества коек в абсолютном значении (рост в сравнении с 2019 годом 39,7%), наибольшее увеличение проведено в связи с эпидемиологической обстановкой по койкам инфекционного профиля, для лечения коронавирусной инфекции в рамках борьбы с COVID-19 – развернуто дополнительно 48 590 коек, в том числе инфекционных – 10 343 койки,

провизорных – 9 904, карантинных – 28 343 койки. Также увеличены неактивные койки рост на 15,5%, из них рост по койкам медицинской реабилитации 38,6%, паллиативной помощи 31,2%. Вместе с этим имеется снижение количества коек туберкулезного профиля (таблица 3).

Таблица 3 - Динамика коечного фонда по состоянию на 2020 года с учетом коронавирусной инфекции

Профиль койки	2019 год	Уд. вес от общего кол-ва коек	2020 год	Уд. вес от общего кол-ва коек	2020	Уд. вес от общего кол-ва коек (без учета коек КВИ)	% отклонения с 01.01.2020
Всего по РК	91 892		97 212		100 340 (148 930 с учетом КВИ)		3,1%
Активные койки	67 036	73,0%	69 311	71,3%	70 934	70,7%	2,3%
Онкологический	2 977	3,2%	3 213	3,3%	3 272	3,3%	1,8%
Педиатрический	12 490	13,6%	12 838	13,2%	13 391	13,3%	4,1%
Терапевтические	21 662	23,6%	22 177	22,8%	22 417	22,3%	1,1%
Хирургический	18 304	19,9%	18 643	19,2%	19 228	19,2%	3,0%
Акушерско-гинекологический	11 603	12,6%	12 440	12,8%	12 626	12,6%	1,5%
Неактивные, в том числе:	24 856	27,0%	27 901	28,7%	29 406	29,3%	5,1%
Медицинской реабилитации	6 024	6,6%	8 095	8,3%	9 815	9,8%	17,5%
Наркологические	3 732	4,1%	4 193	4,3%	4 677	4,7%	10,3%
Паллиативной помощи	1 450	1,6%	1 994	2,1%	2 108	2,1%	5,4%
Психиатрические (психоневрологические)	7 096	7,7%	7 955	8,2%	8 179	8,2%	2,7%
Туберкулезные	6 554	7,1%	5 664	5,8%	4 627	4,6%	-22,4%
КВИ					48 590	51,8%	100%

Среднее число дней занятости койки в году по профилям коек

Согласно расчетных норм, средние нормы работы койки составляют в городских стационарах на уровне 330-340 дней и в сельских - 310 дней в году, за исключением акушерских стационаров, по которым нормы занятости составляют 300-310 дней в году. Показатель среднего числа дней занятости койки в году (функция больничной койки, работа койки) как правило характеризует эффективность использования финансовых, материально-технических, кадровых и других ресурсов больничных организаций.

За период с 2016 по 2020 года, средняя занятость койки имеет тенденцию к снижению со 311 дней в 2016 году до 202,3 в 2020 году, % снижения составил 34,9%.

В разрезе регионов, наибольший уровень занятости койки в 2020 году сохраняется в гг. Нур-Султан (251,3 дня) и Алматы (282,3 дней) (таблица 4).

Таблица 4 – Среднее число дней занятости койки в году

Регион	Среднее число дней занятости койки в году					% прироста
	2016	2017	2018	2019	2020	
Республика Казахстан	311	309	306	301	202,3	-35,0
Акмолинская	299	297	285	284	225,5	-24,6
Актюбинская	316	315	300	297	196,4	-37,8
Алматинская	319	306	291	283	171,1	-46,4
Атырауская	268	278	295	285	130,8	-51,2
ЗКО	243	253	250	245	211,7	-12,9
Жамбылская	324	303	307	305	233,5	-27,9
Карагандинская	307	303	298	295	163,8	-46,6
Костанайская	312	307	294	285	181,4	-41,9
Кызылординская	309	317	321	306	199,3	-35,5
Мангистауская	290	286	281	305	191,9	-33,8
ЮКО /Туркестанская	320	315	323	312	192,2	-39,9
Павлодарская	310	321	310	315	235,9	-23,9
СКО	266	266	265	256	153,5	-42,3
ВКО	308	312	307	292	231,9	-24,7
г. а. Нур-Султан	358	352	351	353	251,1	-29,9
г. а. Алматы	340	334	335	330	282,3	-17,0
г. Шымкент		0	342	339	186,9	

Таблица 5 – Среднее число дней занятости койки в году по типам организаций

Среднее число дней занятости койки в году по типам организаций	Год	Республика Казахстан
Областные больницы для взрослых	2016	307
	2020	179
Областные (республиканские) больницы для детей	2016	304
	2020	224
Городские больницы (включая клинические)	2016	313
	2020	211
Центральные районные больницы - всего	2016	295
	2020	159
Туберкулезные больницы для взрослых	2016	265
	2020	109
Инфекционные больницы для взрослых	2016	288
	2020	97
Городские больницы скорой медицинской помощи	2016	355
	2020	273
Родильные дома	2016	281
	2020	290
Детские городские больницы	2016	345
	2020	273
Противотуберкулезные диспансеры	2016	293
	2020	195
Онкологические диспансеры	2016	303
	2020	278
Кожно-венерологические диспансеры	2016	316
	2020	185
Психоневрологические диспансеры	2016	353
	2020	265
Наркологические диспансеры	2016	336
	2020	246

В разрезе коек по типу организации наибольший уровень занятости койки отмечается по следующим типам организациям:

-городским больницам скорой медицинской помощи – 355 в 2016 году, 273 в 2020 году;

-детским городским больницам: 345 – 273;
-психоневрологические диспансеры: в 2016 год – 353 дня, 2020 год - 265 дней;
-наркологические диспансеры: 2016 год – 336 дней, 2020 год – 246 дня (таблица 6).

Таблица 6 – Среднее число дней занятости койки в году по профилю койки

Среднее число дней занятости койки в году по профилю койки		
Профиль коек	Год	Республика Казахстан
Всех коек	2016	311
	2020	202,3
Для больных туберкулезом (взрослых и детей)	2020	222,4
хирургических для детей	2016	326
	2020	300
отоларингологических для взрослых	2016	312
	2020	253
инфекционных для детей	2016	305
	2020	166
психиатрических для взрослых и детей	2016	344
	2020	282
офтальмологических для взрослых	2016	284
	2020	259
офтальмологических для детей	2016	283
	2020	190
дерматовенерологических для взрослых	2016	310
	2020	191
дерматовенерологических для детей	2016	369
	2020	274
педиатрических соматических	2016	297
	2020	193

В разрезе профилей коек наибольший уровень занятости койки сохраняется по республике:

-для психиатрических коек, для взрослых и детей - 282 дней;

-инфекционным койкам для детей рост до 166 дней;

-хирургических коек для детей – 300 дней.

Наименьшая занятость сохраняется по следующим профилям коек:

- офтальмологических для взрослых – в 2016 - 284 дня, в 2020 году – 259 дней;

- дерматовенерологических для взрослых – 191 дня;

- педиатрических соматических - 193 дней.

Таблица 7 - Число поступивших жителей в государственные больничные организации

Регион	Число поступивших жителей в государственные больничные организации, всего					% прироста
	2016	2017	2018	2019	2020	
Республика Казахстан, все жители	2 652 702	2 688 715	2 681 567	2 683 834	2 618 606	- 1,20%
городские жители	1 540 426	1 576 604	1 583 477	1 609 572	1 668 852	7,69%
сельские жители	1 112 276	1 112 111	1 098 090	1 074 262	949 754	-14,6%

За период с 2016 года по 2020 год имеется тенденция к росту числа поступивших на госпитализацию в государственные больничные организации в абсолютных цифрах с 2 652 702 случаев до 2 618 606 случаев (прирост -1,2%), при этом прирост большей частью за счет городских жителей – 7,69%, прирост числа госпитализаций у сельских жителей – -14,6%.

Уровень госпитализации в больничные организации на 100 жителей – 156,0.

В частные больничные организации поступило в 2016 году 197 902 случая, в 2020 году – 268 332 случая – прирост 26,8% (таблица 7).

Оборот койки и среднее число дней пребывания больного на койке

В связи с отсутствием норматива для медицинских организаций, оптимальным для медицинских организаций общего типа считается оборот 25-30 больных в год на 1 койке, для диспансеров 8-10 больных в год (таблица 8).

По РК в 2016 году оборот составил 30,1 больных на 1 койку в 2016 году, с увеличением в 2020 году до 33,9 больных на 1 койку в год.

Таблица 8 – Пропускная способность коечного фонда

Регион	Пропускная способность (330 дней в год)	Проведено койко-дней	Выбыло больных	Использование пропускной способности
Туркестанская область	265 705	278 487	33 110	104,8%
г. Шымкент	97 845	102 327	14 340	104,6%
Мангистауская область	75 680	77 995	10 297	103,1%
ВКО	212 108	204 295	20 719	96,3%
г. а. Алматы	300 273	282 277	31 901	94,0%
г. Нур-Султан	198 963	180 241	21 684	90,6%
Актюбинская область	112 723	102 014	11 906	90,5%
Атырауская область	69 520	62 538	8 136	90,0%
Павлодарская область	119 983	106 027	11 119	88,4%
Кызылординская область	142 450	125 613	12 805	88,2%
Жамбылская область	153 588	131 985	15 899	85,9%
Акмолинская область	123 680	100 450	9 735	81,2%
Карагандинская область	258 445	208 751	21 684	80,8%
Алматинская область	244 833	191 616	23 566	78,3%
СКО	91 245	68 891	7 672	75,5%
ЗКО	99 028	72 682	8 534	73,4%
Костанайская область	138 655	94 697	9 585	68,3%
Общий итог	2 708 585	2 390 886	272 692	88,3%

В разрезе профилей коек, сохраняются превышение средних нормативов оборота койки более чем в 1,5 раза по следующим профилям: инфекционные для детей – оборот в 2020 году 57, хирургические для детей – 53, для беременных и рожениц (кроме патологии беременности) – 69, токсикологические для взрослых – 59 и токсикологические для детей - 74 больных на 1 койку в год.

За анализируемый период наибольший рост оборота имеется по:

- эндокринологическим койкам для детей – с 26 в 2016 до 40 в 2020 году (прирост 52,6%);

- гинекологическим койкам для детей, включая для производства абортос с 17 в 2016 году до 26 в 2019 году (прирост 51,6%);

- токсикологическим койкам для детей с 56 в 2016 до 80 в 2020 году (прирост 42,1%);

По отдельным профилям коек имеется значительное снижение оборота:

- трансплантологии для взрослых с 18 в 2016 до 9 в 2020 году, процент снижения 49,1%;

- травматологические для взрослых с 30 в 2016 году до 18 в 2020 году, снижение на 40,2%;

- патологии беременности с 61 в 2016 году до 39 в 2020 году, снижение на 36,2%.

В разрезе регионов наибольший оборот койки (сверх нормативных) сохраняется в г. Нур-Султан (40,9) Шымкент (40,7) и Алматы (35,4), при этом по г. Нур-Султан за анализируемый период отмечается прирост оборота койки на 8,5%, что свидетельствует о значительной нагрузке при использовании коек за счет снижения абсолютного числа коек за последние 4 года на 6,1% по столице.

По РК средняя длительность пребывания больного на койке в сравнении с 2016 годом снизилась с 10,3 до 9,4 в 2020 году (процент снижения 8,7%), в том числе по койкам для детей с 9 к/дней до 8,7 в 2020 году (-3,4%).

По 7 регионам СДП превышает республиканские показатели от 4,3% до 14,9%, наименьший показатель СДП отмечается в Мангистауской и Атырауской областях – по 8,3 к/дня. В г. Нур-Султан – 8,6 к/дней.

В разрезе профилей коек, отмечается сохранение превышения СДП коек хирургического профиля (СДП – 9,5 к/дней) над койками терапевтического профиля (СДП – 8,2 к/дня).

Анализ пропускной способности коечного фонда по состоянию на 1 января 2020 года показывает недостаточно эффективное использование коечного фонда, использование пропускной способности по РК составляет 88,3%, наименее эффективное использование отмечается в Костанайской (68,3%), Западно-Казахстанской (73,4%) и Северо-Казахстанской (75,5%) областях. Наиболее эффективное использование пропускной способности отмечено в регионе с наиболее высокой плотностью населения – Туркестанской области и г. Шымкенте, по 104%.

Расчет нормативов коечного фонда. Проведен расчет нормативного количества коек в разрезе регионов на основе уровня госпитализации по данным 2020 года по данным формы 21.

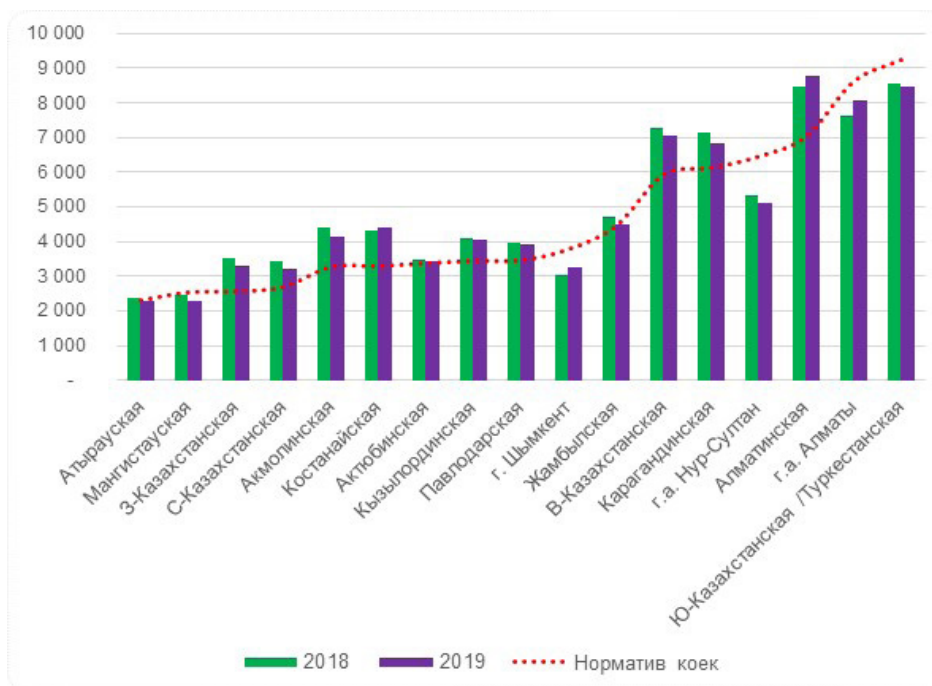


Рисунок 1 – Отклонение фактического числа коек от расчетного норматива в разрезе регионов

При сравнении фактического количества коек с нормативными отмечается избыток общего количества коек на 4 794 койки, наибольший избыток коек имеется в Алматинской (1 751 койка), Восточно-Казахстанской (1 146 коек) и Костанайской (1 143 койки) областях. В отдельных регионах имеется дефицит коек г. Нур-Султан (-1 323 койки), Туркестанской области (-779 коек) (рисунок 1).

Для проведения расчета норматива коечного фонда в разрезе профилей в работу взята информация в разрезе МО и профилей по РК за 12 месяцев 2018-2020 гг. по данным формы 21 (рисунок 2).

Принимая во внимание уровень госпитализации и среднюю длительность пребывания пациента на койке, по данным 2020 года, проведен расчет нормативных показателей, для оценки необходимого коечного фонда.

По результатам расчета, имеется избыток активных коек: всего на 2 852 койки.

В том числе по профилям: терапевтическим на 1 817 койки, по хирургическим на 2 876 коек.

По акушерско-гинекологическим, педиатрическим и онкологическим имеется дефицит коек, который составляет – 2 460 коек.

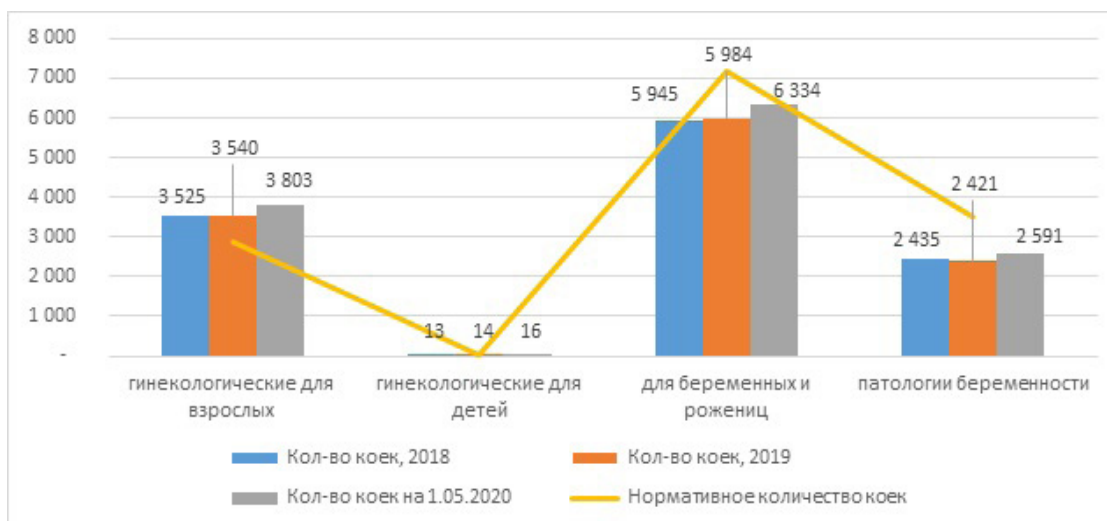


Рисунок 2 – Норматив по акушерско-гинекологическому профилю

В структуре акушерско-гинекологических коек имеется дефицит акушерских коек в 2 257 коек, при избытке гинекологических коек на 653 койки.

По итогам перепрофилирования коечного фонда в 2020 г., увеличено количество акушерских коек, однако на 2020 года сохраняется дефицит в 819 коек для беременных и рожениц и патологии беременных.

Таблица 9 - Расчет необходимого количества коек по уровню госпитализации (форма 14)

Профиль коек	Кол-во коек	Кол-во коек	Кол-во коек, 2020	СДП, 2018	СДП, 2019	Нормативное количество коек	Дельта по кол-ву коек с 2019 г.	Дельта по кол-ву коек на 2020 г.
гинекологические для взрослых, включая для производства абортов)	3 525	3 540	3 803	5,8	5,8	2 896	645	907
гинекологические для детей, включая для производства абортов	13	14	16	5,5	5,2	5	8	11
для беременных и рожениц (кроме патологии беременности)	5 945	5 984	6 334	4,7	4,7	7 162	-1 177	-828
патологии беременности	2 435	2 421	2 591	4,8	4,5	3 501	-1 080	-910
Всего	11 918	11 959	12 744	5,2	5,1	13 563,3	-1 604	-819

По онкологическим койкам по итогам 2019 года имелся дефицит коек для взрослых, общий дефицит составляет 127 коек (рисунок 3). дефицит онкологических коек для взрослых на 175 коек.

По состоянию на 1 мая 2020 года сохраняется

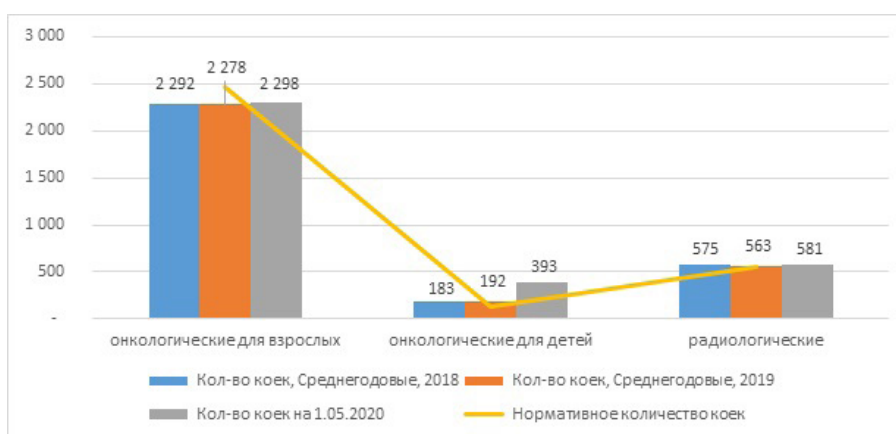


Рисунок 3 – Норматив койки онкологического профиля

Таблица 10 - Расчет необходимого количества койки по уровню госпитализации (форма 14)

Профиль койки	Кол-во койки, 2018	Кол-во койки, 2019	Кол-во койки, 2020	СДП, 2018	СДП, 2019	Нормативное количество койки	Дельта по кол-ву койки с 2019 г.	Дельта по кол-ву койки на 2020 г.
онкологические для взрослых	2 292	2 278	2 298	9,7	10,6	2 473,3	-196	-175
онкологические для детей	183	192	393	11,0	12,5	137,4	55	256
радиологические	575	563	581	25,1	27,8	548,6	14	32
Всего	3 050	3 033	3 272	14,8	15,3	3 159,3	-127	113

По педиатрическим койкам. По состоянию на 2020 года в результате расширения коечного фонда имеется переизбыток всех педиатрических койки на 37 койки, в основном за счет педиатрических койки (433 койки).

Вместе с этим сохраняется дефицит по койкам инфекционного (- 1 061 койка) и пульмонологического (- 49) профилей (рисунок 4, таблица 11).

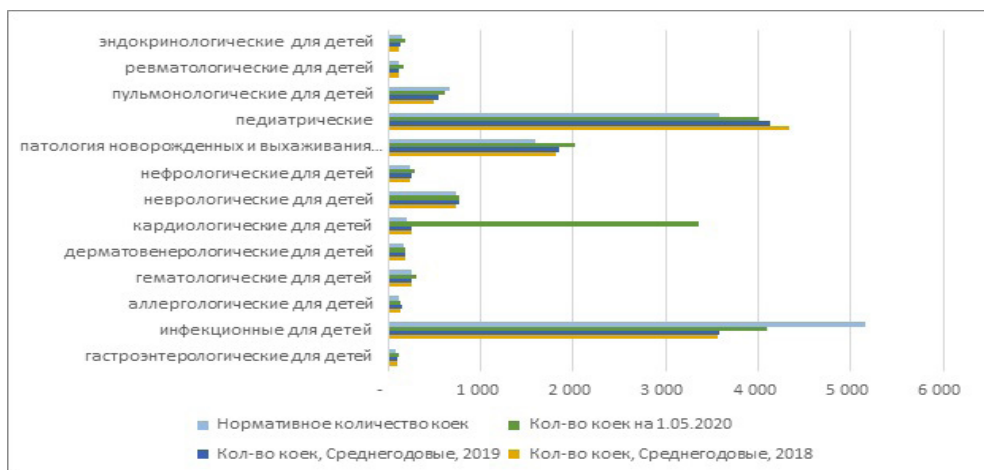


Рисунок 4 - Норматив коек педиатрического профиля

Таблица 11 - Расчет необходимого количества коек по уровню госпитализации (форма 14)

Профиль коек	Кол-во коек, 2018	Кол-во коек, 2019	Кол-во коек, 2020	СДП, 2018	СДП, 2019	Нормативное количество коек	Дельта по кол-ву коек с 2019 г.	Дельта по кол-ву коек на 2020 г.
гастроэнтерологические для детей	98	107	111	7,2	6,0	25	25	28
инфекционные для детей	3 560	3 573	4 096	6,0	6,0	- 1 585	- 1 585	- 1 061
аллергологические для детей	129	154	140	6,1	6,5	34	34	20
гематологические для детей	255	258	310	12,5	12,2	- 2	- 2	50
дерматовенерологические для детей	180	180	192	11,3	12,2	12	12	24
кардиологические для детей	254	249	223	9,4	8,2	42	42	16
неврологические для детей	740	763	771	9,0	8,0	37	37	45
нефрологические для детей	245	249	283	10,7	10,4	17	17	51
патология новорожденных и выхаживания недоношенных	1 815	1 856	2 018	8,8	8,6	256	256	418
педиатрические	4 342	4 131	4 016	7,6	7,5	547	547	433
пульмонологические для детей	489	549	615	13,1	8,1	- 115	- 115	- 49
ревматологические для детей	114	121	162	8,7	9,2	7	7	48
Токсикологические для детей	16	17	16	3,2	3,1	1	1	0
эндокринологические для детей	125	136	159	8,3	8,6	- 10	- 10	13
Всего	12 362	12 342	13112	8,1	7,7	13 075	- 732	37

Терапевтические койки. По терапевтическим койкам общий избыток составлял 1 817 койки, по состоянию на 2020 года общий профицит коек составил 3 472 коек, за счет увеличения коек

терапевтического профиля (профицит на 2020 года 1 259 коек). При этом сохраняется дефицит по койкам инфекционного (- 168 коек) профиля (рисунок 5).

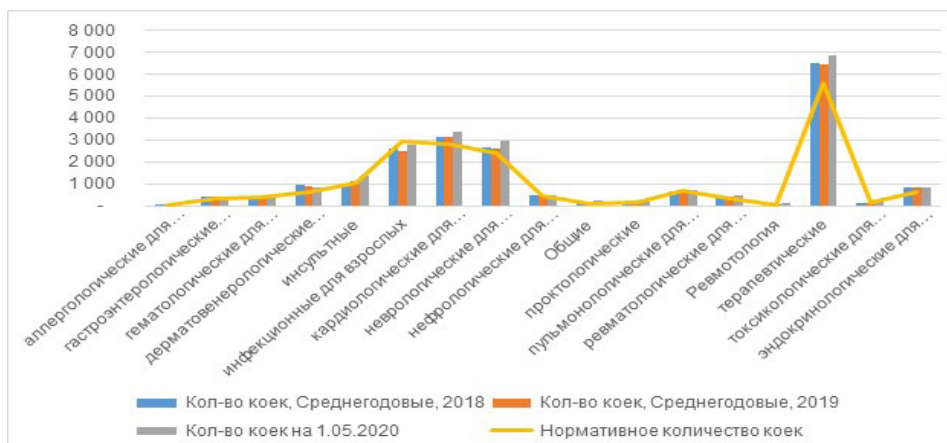


Рисунок 5 – Норматив коек терапевтического профиля

Таблица 12 - Расчет необходимого количества коек по уровню госпитализации (форма 14)

Профиль коек	Кол-во коек, 2018	Кол-во коек, 2019	Кол-во коек, 2020	СДП, 2018	СДП, 2019	Нормативное количество коек	Дельта по кол-ву коек с 2019 г.	Дельта по кол-ву коек на 2020 г.
аллергологические для взрослых	103	99	120	6,1	5,7	70	29	50
гастроэнтерологические для взрослых	436	416	403	8,0	7,7	327	89	76
гематологические для взрослых	435	423	438	11,1	11,6	374	49	64
дерматовенерологические для взрослых	944	918	836	11,4	11,2	626	292	210
инсультные	1 009	1 109	1 399	8,7	9,5	1072	37	327
инфекционные для взрослых	2 632	2 467	2 768	7,2	7,0	2936	- 469	- 168
кардиологические для взрослых	3 121	3 166	3 362	7,4	7,6	2838	328	524
неврологические для взрослых	2 664	2 619	2 972	7,8	7,8	2429	190	543
нефрологические для взрослых	489	503	504	9,0	8,9	440	64	64
Общие	213	170	224	8,4	9,0	127	43	97
проктологические	200	215	220	5,7	6,4	173	41	47
пульмонологические для взрослых	681	680	732	7,9	8,6	712	- 32	20
ревматологические для взрослых	462	459	506	8,5	8,1	342	117	164
терапевтические	6 500	6 438	6 845	7,6	7,8	5586	852	1 259
токсикологические для взрослых	159	155	166	5,1	4,1	155	- 0	11
эндокринологические для взрослых	823	838	836	7,3	7,9	652	186	184
Всего	20 871	20 676	22 331	8	8,1	18 859	1 817	3 472

Хирургические койки. По хирургическим койкам избыток составляет 2 852 коек, по состоянию на 2020 года общий профицит составляет 4 725 койки. Сохраняется наибольший избыток коек по

хирургическим (1 179 коек), травматологическим (585) и офтальмологическим (503) койкам для взрослых. Наряду с этим имеется дефицит коек гнойной хирургии для детей (- 5 коек) (рисунок 6).

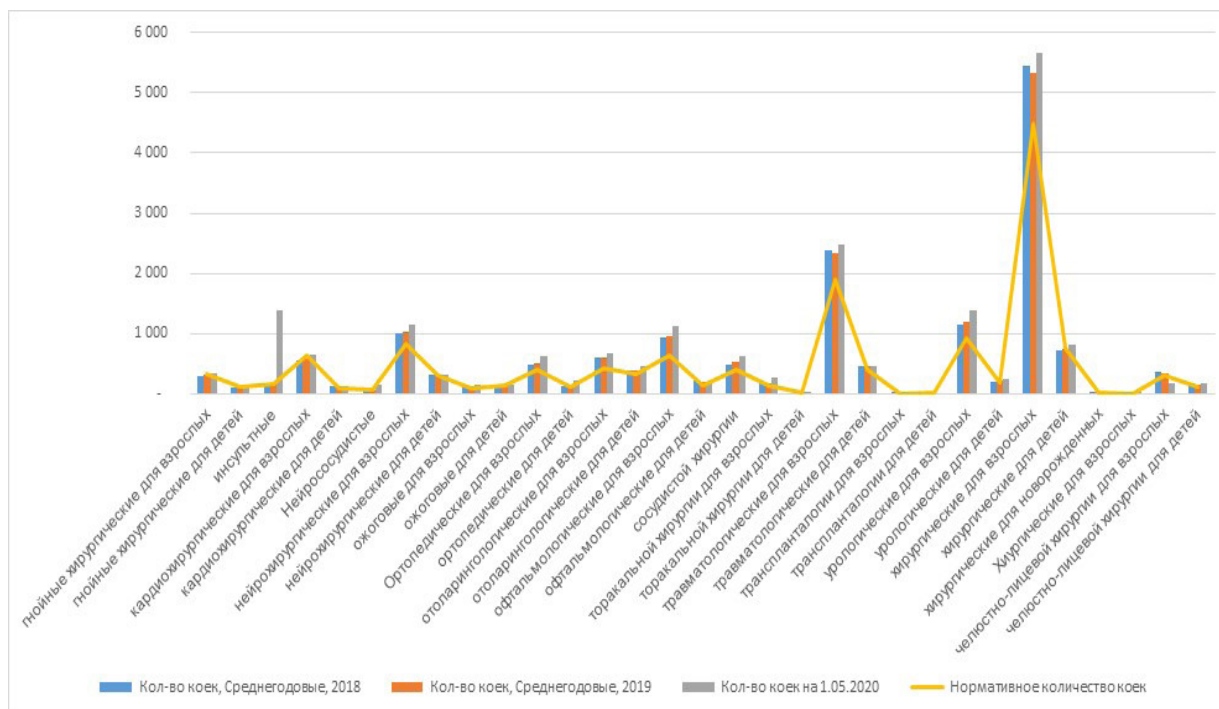


Рисунок 6 – Норматив коек хирургического профиля

По неактивным койкам имеется дефицит в 407 коек, за счет коек психиатрического профиля, по которым дефицит составляет 3 089 коек.

По итогам 1 квартала 2020 года, в связи с внесением изменений в нормативные правовые акты

по оказанию медицинской реабилитации увеличено количество коек медицинской реабилитации, рост составил 54%.

Таблица 13 - Расчет необходимого количества коек по уровню госпитализации (форма 14)

Профиль коек	Кол-во коек, 2018	Кол-во коек, 2019	Кол-во коек, 2020	СДП, 2018	СДП, 2019	Нормативное количество коек	Дельта по кол-ву коек с 2019 г.	Дельта по кол-ву коек на 2020 г.
гнойные хирургические для взрослых	288	316	338	10,6	11,1	327	- 12	11
гнойные хирургические для детей	116	117	110	8,7	9,1	115	2	- 5
кардиохирургические для взрослых	554	572	665	14,0	14,4	644	- 72	21
кардиохирургические для детей	136	139	138	9,6	10,8	98	41	40
Нейрососудистые	66	65	150	14,6	11,4	66	- 1	84
нейрохирургические для взрослых	1 000	1 022	1 144	8,7	8,4	842	180	302
нейрохирургические для детей	329	323	327	7,6	8,0	311	12	16
ожоговые для взрослых	158	138	150	15,7	14,5	99	39	51
ожоговые для детей	160	159	163	12,0	11,7	137	22	26
Ортопедические для взрослых	483	516	641	6,6	8,1	410	106	231
ортопедические для детей	127	157	235	6,6	8,2	129	27	106
отоларингологические для взрослых	612	613	671	5,4	5,4	438	175	233
отоларингологические для детей	394	383	455	5,7	5,6	330	53	125
офтальмологические для взрослых	941	964	1 135	4,7	5,1	632	332	503
офтальмологические для детей	228	204	207	5,6	6,0	150	54	57
сосудистой хирургии	498	528	626	6,2	7,2	404	124	222
торакальной хирургии для взрослых	180	182	272	12,7	13,2	145	37	127
торакальной хирургии для детей	26	27	35	9,1	9,3	23	4	12
травматологические для взрослых	2 397	2 346	2 475	8,2	8,1	1890	456	585
травматологические для детей	457	455	466	6,9	6,9	402	53	64
трансплантологии для взрослых	44	37	45	12,2	12,1	13	23	32
трансплантологии для детей	12	11	17	36,7	64,8	17	- 6	- 0
урологические для взрослых	1 152	1 189	1 380	6,5	6,7	925	263	455
урологические для детей	212	230	252	6,1	6,3	197	32	55
хирургические для взрослых	5 445	5 320	5 658	7,4	7,1	4479	841	1 179
хирургические для детей	734	738	824	6,1	6,1	772	- 34	52
хирургические для новорожденных	48	46	46	13,3	10,8	24	22	22
челюстно-лицевой хирургии для взрослых	358	342	349	6,1	6,7	298	43	51
челюстно-лицевой хирургии для детей	180	156	191	5,4	5,4	120	36	71
Всего	17 332	17 292	19 165	9,6	10,6	14 440	2 852	4 725



Рисунок 7 – Норматив неактивных коек по сравнению с количеством коек на 2020 год

Таблица 14 - Расчет необходимого количества коек по уровню госпитализации (форма 14)

Профиль коек	Кол-во коек, средне-годовые, 2018	Кол-во коек, средне-годовые, 2019	Кол-во коек, 2020	СДП, 2018	СДП, 2019	Нормативное количество коек	Дельта по кол-ву коек 2019	Дельта по кол-ву коек 2020
Восстановительного лечения и медицинской реабилитации, взрослые	2 913	3 193	5 889	8	15	2 509	684	3 380
Восстановительного лечения и медицинской реабилитации, для детей	1 644	2 311	3 972	9	15	1 689	622	2 283
наркологические для взрослых	1 936	1 895	2 320	19	16	1 267	627	1 053
наркологические для детей	20	29	58	6	6	0	29	58
наркологические для принудительного лечения	2 204	2 118	2 299	156	118	1 286	832	1 013
паллиативной помощи	616	804	1 076	12	22	938	- 134	138
психиатрические (психоневрологические) для взрослых	6 963	6 619	7 497	106	89	10 586	-3 967	- 3 089
психиатрические (психоневрологические) для детей	508	475	590	22	18	334	141	256
Психотерапевтические для взрослых	337	368	89	31	37	230	137	- 141
Психотерапевтические для детей	20	20	3	19	13	12	8	- 9
сестринского ухода	444	628	1 033	16	11	229	399	804

Обсуждение

Таким образом, по Республике Казахстан отмечается тенденция к увеличению как абсолютного числа, так и обеспеченности койками на 10 тыс. населения. Так за анализируемый период, число коек, по всем ведомствам, увеличилась с 87 172 коек в 2016 году до 107 595 коек в 2020 году (18,9%). Обеспеченность койками на 10 тыс. населения увеличилась по койкам всех ведомств с 2016 года на с 48,6 до 57,4 на 10 тыс. населения в 2020 году прирост составил 15,3%.

До 2020 года в динамике продолжался процесс снижения как абсолютного числа коек (-1,5% за последние 4 года), так и показателя обеспеченности койками на 10 тыс. населения, процент снижения составил 5,4%. При этом отмечается рост числа коек медицинских организаций негосударственной формы собственности за анализируемый период отмечается рост абсолютного числа коек (прирост на 1 января 2020 года составил 31,3%).

Обеспеченность койками всех форм собственности с и ведомств на 2020 составила 55,4 койки на 10 тыс. населения. Вместе с этим обеспеченность койками на 10 тыс. населения в системе МЗ РК - 44,6, что соответствует среднему уровню обеспеченности коечным фондом в странах ОЭСР (43,9) [2].

При сравнении фактического количества коек и нормативного количества коек по уровню госпитализации, имеется избыток количества коек по терапевтическому и хирургическому профилям на 1 873 и 2 876 коек соответственно. Наряду с этим дефицит коек акушерско-гинекологического, педиатрического и онкологического профиля составляет -1 603,9, 730 и 127 коек соответственно. При этом необходимо отметить, что существующая структура коечного фонда сложилась исторически.

За период с 2016 по 2020 год в динамике

отмечается увеличение числа коек частной формы собственности, прирост составил 41,31%. В Казахстане за период с 2016 по 2020 года, средняя занятость койки имеет тенденцию к снижению – 35,0%, со 311 дней в 2016 году до 202,3 в 2020 году, данный показатель соответствует уровню загрузки коек в 82,6% (при оптимальном уровне загрузки - 85%). В разрезе регионов, наибольший уровень занятости койки в 2020 году сохраняется в г. Нур-Султан (251,3 дня) и Алматы (282,3 дня). Рост работы койки по данным городам отмечается в основном по следующим профилям коек для детей: хирургических; офтальмологических и педиатрических соматических коек.

По типам организаций наибольшие показатели занятости койки имеются в городских детских больницах (273 дней) и городских больницах скорой медицинской помощи (273 дней), также отмечается высокие уровни работы койки психоневрологических (265), наркологических (246) диспансеров.

Наблюдается рост показателя оборота койки с 30,1 до 33,9 в 2020 году. Наибольший оборот койки (сверх нормативных) сохраняется в г. Нур-Султан (40,9) Шымкент (40,7) и Алматы (35,4), при этом по г. Нур-Султан за анализируемый период отмечается прирост оборота койки на 8,5%, что свидетельствует о значительной нагрузке при использовании койки, возможно за счет снижения абсолютного числа коек за последние 4 года на 6,1% по столице.

В разрезе профилей коек, отмечается превышение средних нормативов оборота койки более чем в 1,5 раза по следующим профилям: инфекционные для детей (56), хирургические для детей (52), для беременных и рожениц (кроме патологии беременности) – 67, токсикологические для взрослых – 67 и токсикологические для детей - 80 больных на 1 койку в год. Данные показатели могут

свидетельствовать о перегрузке коечных ресурсов, что может приводить к снижению качества оказания медицинской помощи.

Средняя длительность пребывания больного на койке (9,4 к/дня) превышает СДП по странам ОЭСР (7,6 к/дней), как по хирургическому профилю (9,5 к/дней), так и терапевтическому профилю (8,2 к/дня) [2].

Сохраняется различия по регионам Казахстана, при этом не объективно обусловленные, как по обеспеченности коечным фондом, так и по показателям деятельности коек. Данное обстоятельство сказывается на доступности стационарной помощи для населения и ее ресурсоемкости для плательщика.

Для сравнения, наиболее низкие показатели обеспеченности койками по развитым странам имеются в: США - 28, Канаде - 25, Великобритании - 25, Дании - 26 и Швеции - 22 койки на 10 тыс. населения [2]. За анализируемый период по странам ОЭСР отсутствует значительная динамика в изменении коечного фонда [2]. Среди стран, не входящих в ОЭСР, в России обеспеченность койками на 10 тыс. населения снизилась с 84 в 2015 году до 81 в 2017 году [2]. В Китае обеспеченность койками нарастает с 38 в 2015 году до 43 койки в 2017 году [2].

По данным OECD.STAT средняя длительность пребывания в стационаре (СДП) за период с 2015 по 2018 год находится на уровне 7,6 к/дней [2].

Наибольшие значения СДП имеет в Южной Корее - 18,5 к/дней, в развитых странах Европы (Великобритании, Германии и Швеции) СДП составляет 6,8; 8,9 и 5,6 к/дней соответственно [2], в странах бывшего социалистического лагеря (Латвия, Польша и Чехия) 7,8, 7,0 и 9,3 к/дня соответственно [2]. Наименьшие СДП отмечается в Мексике 3,7 к/дней [2] и Турции - 4,1 к/день [2].

Результаты анализа позволяют сделать вывод о необходимости структурно-функциональной оптимизации коечного фонда страны, в целях выполнения Государственной программы развития РК до 2025 года по обеспечению населения качественной стационарной помощью и повышению экономической эффективности коечного фонда.

С учетом внедрения Системы обязательного социально-медицинского страхования, основной задачей Фонда, в качестве стратегического закупщика, является оптимизация коечного фонда, с учетом структуры госпитализированной заболеваемости в разрезе регионов.

Выводы

В Республике Казахстан отмечается тенденция к увеличению как абсолютного числа, так и обеспеченности койками на 10 тыс. населения. При этом отмечается рост числа коек медицинских организаций негосударственной формы собственности за анализируемый период.

Принимая во внимание данные характеристики коечного фонда, можно утверждать, что обеспеченность койками для оказания медицинской помощи в целом по Казахстану достаточная, при относительном дефиците определенных (паллиативные, реабилитационные и др.) профилей коек. В то же время потребность пациентов в стационарной помощи остается, о

С этой целью определены два основных направления для повышения эффективности коечного фонда.

1. Совершенствование деятельности коечного фонда.

1) Внести предложение в уполномоченный орган по разработке и утверждению нормативов обеспеченности койками, в разрезе профилей коек с учетом госпитализированной заболеваемости.

2) Проводить анализ материально-технического оснащения и обучения медицинских кадров региональных медицинских организаций, для снижения нагрузки на республиканские медицинские организации г. Нур-Султан, Алматы.

3) С целью увеличения эффективности работы койки, в качестве стратегического закупщика Фондом проведен пересмотр тарифов и увеличен объем финансирования стационарозамещающей помощи, в 2020 году (рост на 122% в сравнении с 2019 годом).

4) Продолжить мониторинг необоснованных госпитализаций, со снижением ее удельного веса до 0%, особенно по заболеваниям, управляемым на амбулаторном уровне.

5) Совершенствовать систему амбулаторного лекарственного обеспечения - снижение потребления стационарной помощи.

2. Оптимизация структуры коечного фонда для обеспечения непрерывности и преемственности лечебно-диагностического процесса на всех этапах лечения.

1) Пересмотр структуры коечного фонда по степени интенсивности лечения и ухода в следующем соотношении:

- активные койки до 80% от всей мощности коечной сети территории (включая больницы скорой медицинской помощи, отделения (блоки) интенсивной терапии и реанимации);

- койки медицинской реабилитации до 20% коечного фонда территории (в том числе за счет перепрофилирования)

- по состоянию на 2020 г. - удельный вес от общего количества коек - 10,2%.

чем свидетельствуют очередность в портале бюро госпитализаций. С целью оптимизации коечного фонда системы здравоохранения Республики Казахстан, с учетом структуры госпитализированной заболеваемости в разрезе регионов необходимо усовершенствование деятельности и оптимизация структуры коечного фонда для обеспечения непрерывности и преемственности лечебно-диагностического процесса на всех этапах лечения.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Внешних источников данного исследования нет. Работа выполнена в рамках диссертационной работы первого автора.

Вклад авторов. Т.Б.М. - концептуализация, методология, написание черновой версии, написание чистой версии, сбор и анализ данных; К.З.А. - концептуализация, редактирование; Т.Г.Ж. - сбор и анализ данных; R.D. - редактирование.

Литература

1. Deng C., Li X., Pan J. Private hospital expansion in China: a global perspective. *Glob Health J* 2018; 2(2): 33-46. [CrossRef].
2. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health Care Utilisation. Website. [Cited 25 Nov 2021]. Available from URL: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=30144>.
3. Қацага А., Кульжанов М.К., Марина Караниколас, Бернд Режел. Казахстан: Обзор системы здравоохранения // Системы здравоохранения: время перемен. – 2012. – Т. 14. – №4. – С. 184. [Google Scholar] Katsaga A., Kul'zhanov M.K., Marina Karanikolos, Bernd Rechel. Kazakhstan: Obzor sistemy zdavookhraneniia (Kazakhstan: Health system overview) [in Russian]. *Sistemy zdavookhraneniia: vremia peremen*. 2012; 14(4): 184. [Google Scholar]
4. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения. Статистические сборники. Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каурбековой. Веб-сайт. [Дата обращения: 18 ноября 2021] Режим доступа: <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/statistika-zdavookhraneniya-2>.
Zdorov'e naseleniia Respubliki Kazakhstan i deiatel'nost' organizatsii zdavookhraneniia. Statisticheskie sborniki. Natsional'nyi nauchnyi tsentr razvitiia zdavookhraneniia imeni Salidat Kairbekovoi (Health of the population of the Republic of Kazakhstan and the activities of healthcare organizations. Statistical collections. National Scientific Center for Health Development named after Salidat Kairbekova). Veb-sait. [Data obrashcheniia: 18 noiabria 2021] Rezhim dostupa: <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/statistika-zdavookhraneniya-2>.
5. Об утверждении форм отчетной документации субъектов здравоохранения. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 сентября 2010 года № 742. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 18 октября 2010 года № 6586. Утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 сентября 2011 года № 616. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006586/links>.
Ob utverzhdenii form otchetnoi dokumentatsii sub"ektov zdavookhraneniia. Prikaz Ministra zdavookhraneniia Respubliki Kazakhstan (On approval of forms of reporting documentation of healthcare entities. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan) [in Russian] ot 22 sentiabria 2010 goda № 742. Zaregistrovan v Ministerstve iustitsii Respubliki Kazakhstan 18 oktiabria 2010 goda № 6586. Utratil silu prikazom i.o. Ministra zdavookhraneniia Respubliki Kazakhstan ot 12 sentiabria 2011 goda № 616. Rezhim dostupa: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006586/links>.
6. Handbook on Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health with special applications for low-and middle-income countries. World Health Organization. Website. [Cited 21 Nov 2021]. Available from URL: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/200009/Handbook-on-monitoring-and-evaluation-of-human-resources-Eng.pdf.
7. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение / Учебник. 2-е издание. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – С. 512. ISBN 978-5-9704-1403-3. [Google Scholar]
Lisitsyn Iu.P. Obshchestvennoe zdorov'e i zdavookhranenie (Public health and healthcare) [in Russian]. Uchebnik. 2-e izdanie. – M.: GEOTAR-Media. 2010; 512. ISBN 978-5-9704-1403-3. [Google Scholar]

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау жүйесінде төсек-орын қорын пайдаланудың тиімділігін 5 жылдық талдау

Тұрмаханбетов Б.М.¹, Керімбаева З.А.², Токмурзиева Г.Ж.³, Reeti Debnath ⁴

¹ Қоғамдық денсаулық сақтаудың жоғарғы мектебінің PhD докторанты, Қазақстандық медицина университеті, Алматы, Қазақстан. E-mail: bmaratuly@gmail.com

² Қоғамдық денсаулық және менеджмент кафедрасының профессоры, Астана медицина университеті, Нұр-сұлтан, Қазақстан. E-mail: zakira.k@mail.ru

³ Директордың ғылым және зертханалық-диагностикалық қызмет жөніндегі орынбасары, Масғұт Айқымбаев атындағы аса қауіпті инфекциялар ұлттық ғылыми орталығы, Алматы, Қазақстан. E-mail: tokmurziyeva@yandex.ru

⁴ «Қоғамдық денсаулық сақтау» бағдарламасының үйлестірушісі, Мәулан Абул Қалам Азад технологиялық университеті, Калькутта, Батыс Бенгалия, Үндістан. E-mail: reeti.debnath@nshn.com

Түйіндеме

Зерттеу мақсаты: 2016-2020 жылдары Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау жүйесінде төсек-орын қорын (оның ішінде онкологиялық төсек-орындарды) пайдалану тиімділігін бағалау.

Зерттеу әдістері: баланстық әдіс, математикалық-статистикалық әдістер, салыстыру әдісі.

Нәтижелері. Қазақстан Республикасында 10 мың тұрғынға шаққанда абсолюттік санның да, төсек-орынмен қамтамасыз етудің де ұлғаю үрдісі байқалады. Осылайша, талданып отырған кезеңде барлық ведомстволар бойынша төсек-орын саны 2016 жылғы 87 172 төсек-орынмен 2020 жылы 107 595 төсек-орынға дейін (18,9%) өсті. 10 мың тұрғынға шаққанда төсек-орынмен қамтамасыз ету барлық ведомстволардың төсек-орыны бойынша 2016 жылдан бастап 10 мың тұрғынға шаққанда 48,6-дан 57,4-ке дейін ұлғайды, 2020 жылы өсім 15,3%-ды құрады.

Барлық меншік нысандары мен ведомстволардың төсек-орынмен қамтамасыз етілуі 2020 жылға 10 мың тұрғынға шаққанда 55,4 төсек-орынды құрады. Сонымен қатар, ҚР ДСМ жүйесіндегі 10 мың тұрғынға шаққандағы төсек-орынмен қамтамасыз ету - 44,6, бұл ЭЫДҰ елдеріндегі төсек-орын қорымен қамтамасыз етудің орташа деңгейіне сәйкес келеді (43,9).

2016 жылдан бастап 2020 жылға дейінгі кезеңде серпінде жеке меншік нысанындағы төсек-орын санының ұлғаюы байқалады, өсім 41,31%-ды құрады. Қазақстанда 2016 жылдан бастап 2020 жылға дейінгі кезеңде төсек-орынның орташа жұмыспен қамтылуы – 35,0%, 2016 жылғы 311 күннен бастап 2020 жылы 202,3-ке дейін төмендеу үрдісіне ие, бұл көрсеткіш төсектердің жүктелу деңгейіне 82,6% (жүктелудің оңтайлы деңгейі кезінде - 85%) сәйкес келеді.

Төсек-орын айналымы көрсеткішінің 2020 жылы 30,1-ден 33,9-ға дейін өсуі байқалады.

Қорытынды. Жалпы Қазақстан бойынша медициналық көмек көрсету үшін төсек-орынмен қамтамасыз ету төсек-орынның белгілі бір бейіндерінің (паллиативтік, оңалту және т.б.) салыстырмалы тапшылығы кезінде жеткілікті. Сонымен қатар пациенттердің стационарлық көмекке қажеттілігі қалып отыр, бұл туралы емдеуге жатқызу бюросы порталындағы кезектілік куәландырады.

Түйінді сөздер: төсек-орын қоры, төсек-орындармен қамтамасыз ету, төсек-орын айналымы, аурухана төсек-орнының орташа жылдық жұмыспен қамтылуы, ауруханаға жатқызу.

5-year analysis of the effectiveness of the use of the bed fund in the healthcare system of the Republic of Kazakhstan

Bekzat Turmakhambetov ¹, Zakira Kerimbayeva ², Tokmurziyeva G.Zh.³, Reeti Debnath ⁴

¹ PhD student of the Kazakhstan Medical University "Higher School of Public Health", Almaty, Kazakhstan.

E-mail: bmaratuly@gmail.com

² Professor of the Department of Public Health and Management, Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan.

E-mail: zakira.k@mail.ru

³ Deputy Director General for Science and Laboratory Diagnostic Service, Masgut Aikimbayev National Scientific Center for Especially Dangerous Infections, Almaty, Kazakhstan. E-mail: tokmurziyeva@yandex.ru

⁴ Program Coordinator of the Public Health Program, Maulana Abul Kalam Azad University of Technology, Kolkata, West Bengal, India. E-mail: reeti.debnath@nshmc.com

Abstract

The purpose of the study: to evaluate the effectiveness of the use of the bed fund (including oncological beds) in the healthcare system of the Republic of Kazakhstan for 2016-2020.

Methods: balance method, mathematical and statistical methods, method of comparison.

Results. In the Republic of Kazakhstan, there is a tendency to increase both the absolute number and the provision of beds per 10 thousand population. So during the analyzed period, the number of beds, for all departments, increased from 87.172 beds in 2016 to 107.595 beds in 2020 (18.9%). The provision of beds per 10 thousand population has increased in beds of all departments since 2016 from 48.6 to 57.4 per 10 thousand population in 2020, the increase was 15.3%.

The provision of beds for all forms of ownership and departments in 2020 amounted to 55.4 beds per 10 thousand population. At the same time, the provision of beds per 10 thousand population in the system of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan is 44.6, which corresponds to the average level of bed provision in the OECD countries (43.9).

Over the period from 2016 to 2020, there has been an increase in the number of beds of private ownership, an increase of 41.31%. In Kazakhstan, for the period from 2016 to 2020, the average bed occupancy tends to decrease - 35.0%, from 311 days in 2016 to 202.3 in 2020, this indicator corresponds to the level of bed occupancy of 82.6% (with an optimal load level of 85%).

There is an increase in the bed turnover rate from 30.1 to 33.9 in 2020.

Conclusions. The provision of beds for medical care in Kazakhstan as a whole is sufficient, with a relative shortage of certain (palliative, rehabilitation, etc.) bed profiles. At the same time, the need of patients for inpatient care remains, as evidenced by the order in the portal of the bureau of hospitalizations.

Keywords: bed stock, bed availability, bed turnover, average annual hospital bed occupancy, hospitalization.

<https://doi.org/10.32921/2225-9929-2022-1-45-20-28>
УДК 614; 614.2; 614.33; 61:656.1/.7
МРНТИ 76.75.75; 76.33.41

Оригинальная статья

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

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

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

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

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

Резюме

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

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

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

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

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

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

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

Postal code: Z05H0B8

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

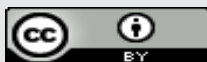
Phone: +77016199850

E-mail: imanova_zh@rcrz.kz

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

Received: 21-01-2022

Accepted: 15-02-2022



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International

Введение

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

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

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

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

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

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

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

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

Материалы и методы

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

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

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

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

определенный Правилами перечень обследований и манипуляций [18].

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

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

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

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

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

Результаты

Общие показатели

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

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

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

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

Статистические методы. В работе была использована описательная статистика.

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

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

Охват сельских жителей диагностическими и лабораторными исследованиями, консультациями профильных специалистов

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

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

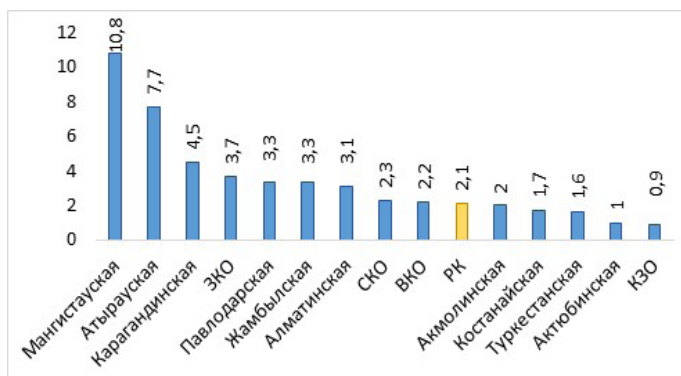


Рисунок 1 - Объем диагностических исследований на 1 сельского жителя

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

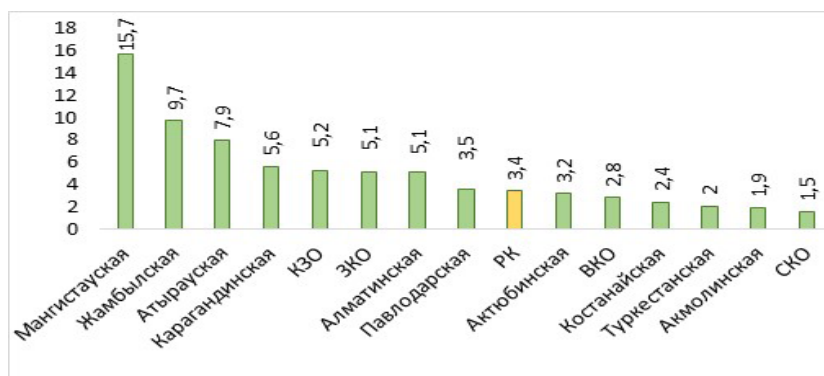


Рисунок 2 - Объем лабораторных исследований на 1 сельского жителя

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

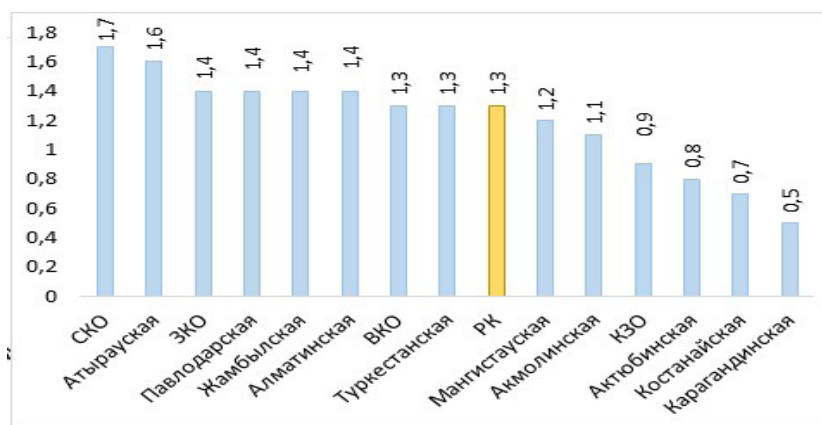


Рисунок 3 - Консультации профильных специалистов на 1 сельского жителя

Результаты сравнения общереспубликанскими показателями

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

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

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

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

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

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

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

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

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

По итогам 2021 года к регионам ниже среднереспубликанских значений относятся:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- доля выявленных больных сахарным

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Обсуждение

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Выводы

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

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

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

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

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

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

Финансирование. Нет.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Түйіндеме

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

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

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

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

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

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

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

Imanova Zhazira¹, Ramiz Kuliiev², Aldiyar Orynbasaruly³

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

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

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

Abstract

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

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

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

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

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

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

<https://doi.org/10.32921/2225-9929-2022-1-45-29-35>

УДК: 614.272-047.43(574)

МРНТИ 76.75.75

Оригинальная статья

Сравнительный анализ 21 перечня основных лекарственных средств Всемирной Организации Здравоохранения с Казахстанским Национальным лекарственным Формуляром

Шалабаева Д.С.¹, Оразова Ф.Ұ.², Жусупова Г.К.³

¹ Магистрант по специальности «Общественное здравоохранение», Медицинский университет Астана, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: d-samatovna@mail.ru

² Доцент кафедры общественного здоровья и гигиены, Медицинский университет Астана, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: galiyaorazova@gmail.com

³ Руководитель Центра рационального использования лекарственных средств, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каурбековой, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: gulzira-1970@mail.ru

Резюме

Цель работы: провести сравнительный анализ списка основных лекарственных средств Всемирной организации здравоохранения с Казахстанским Национальным лекарственным формуляром, для определения сходств и различий в их составе.

Методы. Проведен сравнительный анализ 21-го основного списка лекарственных средств Всемирной организации здравоохранения с Казахстанским национальным лекарственным формуляром, для поиска общих и отличительных признаков изучаемых списков лекарственных средств. Для удобства исследования были использованы электронные таблицы, также доступные на сайтах изучаемых списков лекарственных средств.

Результаты. Общее количество лекарств, перечисленных в 21 перечне основных лекарственных средств Всемирной организации здравоохранения – 567, из них вошли в Казахстанский национальный лекарственный формуляр – 385. Общее количество лекарств, перечисленных в Казахстанском национальном лекарственном формуляре – 2020 – 702. На основе общей идентификации аналогов из обоих списков, Казахстанский национальный лекарственный формуляр полностью выполнил с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения в отношении основных лекарственных средств в 4 из 29 стандартных терапевтических разделов.

Выводы. При исследовании нами не выявлено явных различий в выборе Основных лекарственных средств Казахстанского национального лекарственного формуляра. По итогам нашего исследования стало ясно, что в Казахстанском национальном лекарственном формуляре содержится 67,9% Основных лекарственных средств Всемирной организации здравоохранения, то есть больше половины лекарственных средств Казахстанского национального лекарственного формуляра соответствует 21 Примерному перечню основных лекарственных средств Всемирной организации здравоохранения.

Ключевые слова: лекарственные средства, лекарственный формуляр, основной список лекарственных средств, рациональное использование лекарственных средств, Казахстан.

Corresponding author: Dina Shalabayeva, Master's student of Astana Medical University, specialty "Public Health", Nur-Sultan, Kazakhstan

Postal code: 010007

Address: Kazakhstan, Nur-Sultan, Shortandinskaya str., 28

Phone: +77477806421

E-mail: d-samatovna@mail.ru

J Health Dev 2022; 1 (45): 29-35

Received: 10-01-2022

Accepted: 08-02-2022



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International

Введение

Национальный перечень основных лекарственных средств (ЛС) занимает центральное место в рациональном управлении здравоохранением и поставках основных ЛС в любом обществе.

Концепция рационального использования лекарств является старой, начиная с 300 года до н.э., когда греческий врач Герофил сказал, что «лекарства сами по себе ничто, но являются самыми руками бога, если они используются с разумом и благоразумием» [1]. На протяжении многих лет рациональное использование ЛС стало рассматриваться как один из ключевых принципов обеспечения эффективного и качественного здравоохранения [2].

Тщательный отбор ограниченного ряда основных ЛС способствует повышению качества медицинской помощи, улучшению управления лекарствами и ресурсами. Отбор ЛС производится после получения разрешения на продажу фармацевтического продукта, которое определяет его наличие в стране. Затем на основе распространенности заболеваний, фактических данных об эффективности и безопасности ЛС, а также их сравнительной эффективности по стоимости может быть разработан Перечень основных ЛС [3].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) является секретариатом для Комитета экспертов по отбору и использованию основных ЛС - группы экспертов, отвечающих за пересмотр и обновление Примерного перечня основных ЛС ВОЗ [4].

Примерный перечень ВОЗ основных ЛС, служащий руководством для разработки национальных и институциональных перечней основных ЛС, обновляется и пересматривается каждые два года Комитетом экспертов ВОЗ по отбору и использованию основных ЛС. 21-й примерный перечень ВОЗ основных ЛС и 7-й примерный перечень основных ЛС ВОЗ для детей были одобрены 21-м Комитетом экспертов ВОЗ по отбору и использованию основных ЛС в 2019 году [5].

Комитет экспертов ВОЗ по отбору и использованию основных ЛС собирается раз в два года для изучения последних научных данных об эффективности и безопасности ЛС и их эффективности по стоимости с целью пересмотра и обновления Примерного перечня ВОЗ основных ЛС для взрослых и для детей. Члены Комитета выбираются из списков экспертов-консультантов ВОЗ на основе справедливой географической представленности, гендерного баланса и профессиональной компетентности с тем, чтобы обеспечить представительство разных подходов и практического опыта из всех регионов мира [6].

Обеспечение стационаров страны эффективными и безопасными ЛС — основная задача. По данным ВОЗ ни одна страна в мире не имеет достаточных средств для реализации программ здравоохранения в полной мере. В этих условиях даже развитые страны вынуждены вырабатывать механизмы оптимизации использования бюджетов здравоохранения на закупки ЛС [7].

Казахстанский национальный лекарственный формуляр (КНФ) — это перечень ЛС с доказанной клинической безопасностью и эффективностью, а также орфанных (редких) лекарственных

препаратов, являющийся обязательной основой для разработки лекарственных формуляров медицинских организаций и формирования списков закупок ЛС в рамках Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе Обязательного социального медицинского страхования [8].

Структура КНФ построена по системе Анатомо-Терапевтической-Химической классификации ВОЗ. Все необходимые данные о препарате размещены на одной странице. КНФ доступен не только для врачей, но и для широких слоев населения в онлайн-режиме на сайте [9] на государственном и русском языках.

При разработке КНФ использовался передовой мировой опыт ведения фармакотерапии. КНФ способствует увеличению доступности эффективной лекарственной помощи для каждого гражданина независимо от его социального статуса и дохода, поскольку в нем указаны предельные уровни цен на медикаменты. Его регулярное обновление позволит получать медицинским работникам данные о препаратах, о практике их использования, постоянно повышать квалификацию и совершенствовать знания в области рациональной фармакотерапии. КНФ является бесплатным ресурсом. Приказом Министра здравоохранения РК от 21 апреля 2020 года № ҚР ДСМ-40/2020 утверждена новая редакция КНФ. КНФ разрабатывается на основе фармакотерапевтической и/или анатомо-терапевтической классификации лекарственных средств [9]. Для формирования КНФ используется Государственный реестр ЛС и медицинских изделий. В КНФ, в соответствии с правилами формирования, утвержденными Приказом Министра здравоохранения РК от 24 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-326/2020, включаются только те лекарственные средства, которые имеют доказанную клиническую эффективность [9].

В идеальных условиях список основных ЛС определяется на национальном уровне, в соответствии с распространенными на данной территории заболеваниями, условиями и уровнем жизни данного общества. Поскольку этот потенциал ограничен во многих развивающихся странах, ВОЗ определила подмножество ЛС для лечения наиболее распространенных заболеваний и состояний. Основные ЛС, перечисленные в EML-19 [4] должны быть основой любого национального перечня основных ЛС.

В связи с рекомендациями ВОЗ по разработке национальных и институциональных перечней основных ЛС [4], тщательный КНФ позволит улучшить процесс управления лекарствами и ресурсами в Казахстане.

Цель работы: провести сравнительный анализ списка основных ЛС ВОЗ с КНФ, для определения сходств и различий в их составе.

Материалы и методы

Материалами нашего исследования послужили 21-й Примерный перечень ЛС ВОЗ 2019 г. [4], а также КНФ 2020 года [8].

Основной метод исследования – сравнительный анализ, который позволит найти общие и отличительные признаки изучаемых списков ЛС. Для удобства исследования были использованы электронные таблицы, также доступные на сайтах изучаемых списков ЛС. Информация, относящаяся к

обоим спискам для наглядности, была сведена в одну общую таблицу, где были отражены все сходства и различия.

Данное исследование выполнено в рамках диссертационной работы Шалабаевой Д.С. на тему «Оценка эффективности внедрения Казахстанского Национального лекарственного формуляра» на соискание академической степени магистра общественного здравоохранения.

Результаты

Общее количество лекарств, перечисленных в 21 перечне основных ЛС ВОЗ – 567, из них вошли в КНФ 385. Общее количество лекарств, перечисленных в КНФ-2020 – 702. На основе общей идентификации аналогов из обоих списков, КНФ полностью выполнил с рекомендациями ВОЗ в

отношении основных ЛС в 4 из 29 стандартных терапевтических разделов (рисунок 1).

Подробная информация о количественном соответствии по терапевтическим разделам показаны в таблице 1.

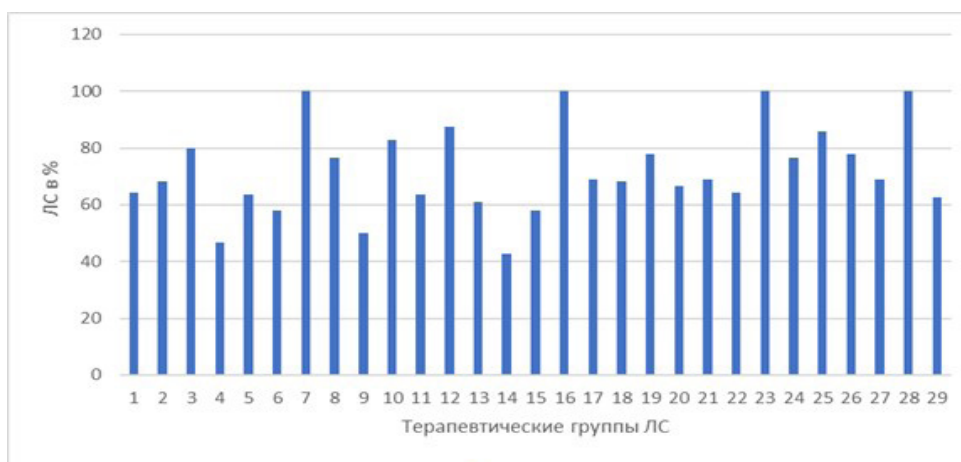


Рисунок 1 - Процентное содержание основных лекарственных средств ВОЗ 2019 в КНФ 2020 по терапевтическим группам

В 21 основном списке ЛС предложенных ВОЗ имеются препараты, имеющие символ «квадратик» (□) главным образом предназначенный для указания аналогичного клинического эффекта в рамках фармакологического класса. Такое ЛС, включенное в перечень, служит примером класса, в отношении которого имеются данные, наилучшим образом свидетельствующие об эффективности и безопасности. В ряде случаев препарат может быть первым ЛС, разрешенным к использованию; в иных случаях препараты, зарегистрированные позже, могут оказаться более безопасными или действенными. В основном списке ЛС ВОЗ препаратов с символом «квадратик» (□) всего 105, в КНФ из тех В КНФ, из 105 ЛС, отмеченных символом «квадратик» (□) в списке основных ЛС ВОЗ, выявлено 78 препаратов. Стоит отметить что, в КНФ символом «квадратик» (□) не используется, так как по рекомендациям ВОЗ в национальных перечнях не следует использовать этот символ, и окончательный выбор конкретных препаратов следует делать на основании данных о наличии препарата в стране и его цене.

В ходе исследования нами были выявлены ЛС из списка основных ЛС ВОЗ, отмеченные в КНФ как орфанные. К ним отнесены: «Пеницилламин» - раздел 4. Антидоты и другие вещества, используемые при отравлениях; «Хлорамбуцил», «Мелфалан», «Меркаптапурин» - раздел 8. Иммуномодуляторы и противоопухолевые ЛС. 8.2.1. Цитотоксические ЛС; «Талидомид» - раздел 8. Иммуномодуляторы и противоопухолевые ЛС. 8.2.2. Таргетные ЛС (противоопухолевые средства направленного действия).

Таблица 1 - Сравнительные данные списка основных лекарственных средств ВОЗ с Казахстанским Национальным Лекарственным Формуляром

№	Терапевтические разделы	Кол-во ОЛС ВОЗ	Кол-во ОЛС ВОЗ вошедших в список КНФ	Кол-во ОЛС ВОЗ не вошедшие в список КНФ	ОЛС ВОЗ в КНФ в %
1	Анестетики, предоперационные препараты и медицинские газы	14	9	5	64,2%
2	ЛС для боли и паллиативного ухода	22	15	7	68,2%
3	Антиаллергии и лекарства, используемые при анафилаксии	5	4	1	80%
4	Антидоты и другие вещества, используемые при отравлениях	15	7	8	46,6%
5	Противоопасные / противоэпилептические средства	11	7	4	63,6%
6	Противоинфекционные средства	164	95	69	58%
7	ЛС, применяемые при мигрени	1	1	-	100%
8	Иммуномодуляторы и противоопухолевые ЛС	64	49	15	76,6%
9	Противопаркинсонические ЛС	2	1	1	50%
10	ЛС, действующие на систему крови	18	15	3	83%
11	Препараты крови человека и заменители плазмы	11	7	4	63,6%
12	Сердечно-сосудистые ЛС	32	28	4	87,5
13	Дерматологические ЛС (для местного применения)	18	11	7	61%
14	Диагностические препараты	7	3	4	42,8%
15	Дезинфицирующие и антисептические средства	7	4	3	58%
16	Диуретики	8	8	-	100%
17	ЛС, действующие на желудочно-кишечный тракт	13	9	4	69%
18	ЛС, применяемые при нарушениях со стороны эндокринной системы	19	13	6	68,4%
19	Иммунологические препараты	27	21	6	77,7%
20	Миорелаксанты (периферического действия) и ингибиторы холинэстеразы	6	4	2	66,6%
21	Офтальмологические средства	16	11	5	68,8%
22	ЛС, применяемые для охраны репродуктивного здоровья и при оказании перинатальной помощи	28	18	10	64,3%
23	Раствор для перитонеального диализа	1	1	-	100%
24	ЛС, применяемые при психических расстройствах и расстройствах поведения	17	13	4	76,5%
25	ЛС, действующие на дыхательную систему	7	6	1	85,7%
26	Растворы, применяемые для коррекции нарушений водного, электролитного и кислотно-щелочного баланса	9	7	2	77,7%
27	Витамины и минеральные вещества	13	9	4	69%
28	ЛС для применения при заболеваниях уха, носа и горла	4	4	-	100%
29	ЛС, применяемые при заболеваниях суставов	8	5	3	62,5%
	Всего	567	385	182	67,9%

Наибольшее расхождение в идентичности состава ЛС, были зафиксированы в разделе 6. Противоинфекционные средства, а именно в пункте 6.5.3 Противомаларийные ЛС, которые практически отсутствуют в списке ЛС КНФ. Это объясняется тем, что малярия не имеет отношения к казахстанскому

национальному профилю заболеваний. Такое же расхождение выявлено в пункте 6.5.2 Противолейшманиозные ЛС. Это также объясняется тем, что это заболевание является эндемичным на всей территории африканского континента и не характерна на территории нашей страны.

Обсуждение

Отсутствие некоторых ЛС в формуляре объясняется тем, что КНФ был составлен и адаптирован непосредственно для населения проживающего на территории Казахстана, в связи с этим ЛС от заболеваний, которые не характерны на территории нашей страны не вошли в список КНФ. А также нужно учитывать тот факт, что при разработке КНФ использовался передовой мировой опыт ведения фармакотерапии и был сформирован

согласно Приказу и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 декабря 2020 года №ҚР ДСМ-326/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 25 декабря 2020 года № 21913. «Об утверждении правил формирования Казахстанского национального лекарственного формуляра, а также правил разработки лекарственных формуляров организаций здравоохранения [10].

Для включения ЛС в КНФ по МНН Формулярной комиссией в соответствии со статьей 263. Кодекса РК от 7 июля 2020 года №360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения» рассматриваются [7]:

1) наличие государственной регистрации, перерегистрации ЛС в РК по МНН, за исключением орфанных препаратов;

2) наличие доказанной клинической безопасности и эффективности, определяемое в соответствии со статьей 263. Кодекса;

3) наличие МНН в международных клинических руководствах;

4) наличие МНН в списке основных ЛС ВОЗ;

5) наличие МНН в Британском национальном лекарственном формуляре (BNF) [11] и/или Британском национальном формуляре для детей (BNF для детей) [11];

6) наличие одобрения Управления по контролю пищевых продуктов и ЛС США [12] и/или Европейского агентства по ЛС [13];

7) наличие в клинических протоколах РК.

Дальнейшее усовершенствование КНФ в нашей стране позволит:

-усилить качество экономического анализа, связанного с расходами на заболевания и с эффектом медицинских технологий;

-ликвидировать использование неэффективных и небезопасных ЛС, посредством использования методов доказательной медицины;

-снизить общие расходы на закупки ЛС;

-повысить уровень рационального использования ЛС с экономической точки зрения.

Выводы

Этот сравнительный анализ 21-го основного списка ЛС ВОЗ с КНФ позволил нам увидеть сходства и различия в их составе, что может положительно повлиять на дальнейшую модернизацию и усовершенствование системы лекарственного обеспечения Казахстана. При исследовании нами не выявлено явных различий в выборе Основных ЛС КНФ. По итогам нашего исследования стало ясно, что в КНФ содержится 67,9% Основных ЛС ВОЗ, то есть больше половины ЛС КНФ соответствует Примерному перечню основных ЛС ВОЗ-2019.

Благодарность. Авторы выражают благодарность коллективу Центра рационального использования лекарственных средств

Национального научного центра развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой за содействие в реализации данного исследования.

Вклад авторов. Ш.Д.С. – концептуализация, сбор и анализ данных, написание; О.Ф.Ұ. – концептуализация, редактирование; Ж.Г.К. – концептуализация.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Внешних источников финансирования данной работы не было.

Литература

1. Haque M. Optimisation of rational prescribing to maximise the health benefit in scarce resourced countries. *Advances in Human Biology*. 2018; 8(1): 1. [CrossRef].
2. Mahmood A., Einour A.A., Ali A.A., Hassan N.A. et al. Evaluation of rational use of medicines (RUM) in four government hospitals in UAE. *Saudi Pharmaceutical Journal*. 2015; 24(2): 189-196. [CrossRef].
3. Sisay M., Mengistu G., Molla B., Amare F. et al. Evaluation of rational drug use based on World Health Organization core drug use indicators in selected public hospitals of eastern Ethiopia: a cross sectional study. *BMC health services research*. 2017; 17: 1-9. [CrossRef].
4. 21-й примерный перечень основных лекарственных средств Всемирной организации здравоохранения. [Дата обращения 28 ноября 2021] Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331990/WHO-EURO-2020-476-40211-53802-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
5. 21-i primernyi perechen' osnovnykh lekarstvennykh sredstv Vsemirnoi organizacii zdavoohraneniya. [Data obrashheniya 28 nojabrja 2021] Rejim dostupa: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331990/WHO-EURO-2020-476-40211-53802-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
6. Cuomo R.E., Mackey T.K. The availability of essential cancer medication: An analysis of national formularies. *Journal of cancer policy*. 2017; 12: 49-54. [CrossRef].
7. Соленова Е.А., Иванова Е.В., Диверинский А.М., Антоновская Е.А. и др. Формулярная система как метод рационализации закупок лекарственных средств бюджетными учреждениями здравоохранения // *European Scientific Conference*. – 2018. – С. 11-13. [Google Scholar].
8. Solenova E.A., Ivanova E.V., Diverinskii A.M., Antonovskaia E.A. i dr. Formuljarnaja sistema kak metod ratsionalizatsii zakupki lekarstvennykh sredstv biudzhethnymi uchrezhdenijami zdavoohraneniia (The formulary system as a method of rationalizing the purchase of medicines by budgetary healthcare institutions) [in Russian]. *European Scientific Conference*. 2018; 11-13. [Google Scholar]
9. 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>.
10. О zdorov'e naroda i sisteme zdavoohraneniya. Kodeks Respubliki Kazahstan (About the health of the people 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 Казахстанского национального лекарственного формуляра. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 мая 2021 года № ҚР ДСМ - 41. Зарегистрирован в Министерстве

юстиции Республики Казахстан 22 мая 2021 года № 22782. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100022782>.

Ob utverjdenii Kazahstanskogo nacional'nogo lekarstvennogo formulyara. Prikaz Ministra zdavoohraneniya Respubliki Kazahstan (On approval of the Kazakhstan national medicinal formulary. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan) ot 18 maya 2021 goda № ҚР DSM - 41. Zaregistrirovan v Ministerstve yusticii Respubliki Kazahstan 22 maya 2021 goda № 22782. Rejim dostupa: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100022782>.

9. Казахстанский национальный лекарственный формуляр. [Дата обращения 28 ноября 2021] Режим доступа: www.knf.kz.

Kazahstanskii nacional'nyi lekarstvennyi formulyar. [Data obrashheniya 28 nojabrja 2021] Rejim dostupa: www.knf.kz.

10. Об утверждении правил формирования Казахстанского национального лекарственного формуляра, а также правил разработки лекарственных формуляров организаций здравоохранения. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-326/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 25 декабря 2020 года № 21913. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021913#z19>.

Ob utverjdenii pravil formirovaniya Kazahstanskogo nacional'nogo lekarstvennogo formulyara, a takje pravil razrabotki lekarstvennyh formulyarov organizacii zdavoohraneniya Prikaz i.o. Ministra zdavoohraneniya Respubliki Kazahstan (Acting order Minister of Health of the Republic of Kazakhstan on approval of the rules for the formation of the Kazakhstan national medicinal formulary, as well as the rules for the development of medicinal formularies of healthcare organizations) [in Russian] ot 24 dekabrya 2020 goda № ҚР DSM-326/2020. Zaregistrirovan v Ministerstve yusticii Respubliki Kazahstan 25 dekabrya 2020 goda № 21913. Rejim dostupa: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021913#z19>.

11. British national formulary Publications. Website. [Cited 29 Nov 2021]. Available from: <https://www.nice.org.uk/bnf-uk-only>.

12. U.S. Food and Drug Administration. Website. [Cited 29 Nov 2021]. Available <https://www.fda.gov/>.

13. European Medicines Agency. Website. [Cited 29 Nov 2021]. Available from: <https://www.ema.europa.eu/en>.

Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымының негізгі дәрілік заттарының 21 тізбесін Қазақстандық ұлттық дәрілік формулярмен салыстыра талдау

Шалабаева Д.С.¹, Оразова Ф.Ұ.², Жүсіпова Г.К.³

¹ Қоғамдық денсаулық сақтау мамандығы бойынша магистранты, Астана медициналық университеті, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: d-samatovna@mail.ru

² Қоғамдық денсаулық және гигиена кафедрасының доценті, Астана медициналық университеті, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: galiyaorazova@gmail.com

³ Дәрілік заттарды ұтымды пайдалану орталығының басшысы, Салидат Қайырбекова атындағы денсаулық сақтауды дамыту ұлттық ғылыми орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: [E-mail: gulzira-1970@mail.ru](mailto:gulzira-1970@mail.ru)

Түйіндеме

Зерттеудің мақсаты: құрамындағы ұқсастықтар мен айырмашылықтарды айқындау үшін Қазақстандық ұлттық дәрілік формуляры мен Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының негізгі дәрілік заттар 21 тізімінің салыстырмалы талдауын жүргізу.

Әдістері: Зерделенетін дәрілік заттар тізімдерінің жалпы және ерекше белгілерін іздеу үшін Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының дәрілік заттардың 21-ші негізгі тізіміне Қазақстандық ұлттық дәрілік формулярмен салыстырмалы талдау жүргізілді. Зерттеуге ыңғайлы болу үшін зерттелетін дәрі-дәрмектер тізімдерінің сайттарында қол жетімді электрондық кестелер қолданылды.

Нәтижесі: Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының негізгі дәрілік заттардың 21 тізбесінде санамаланған дәрілердің жалпы саны – 567, оның ішінде Қазақстандық Ұлттық дәрілік формулярға - 385 кірді. Қазақстандық ұлттық дәрілік формулярда санамаланған дәрілердің жалпы саны-2020-702. Екі тізімнің аналогтарын жалпы сәйкестендіру негізінде Қазақстандық ұлттық дәрілік формуляр 29 стандартты терапиялық бөлімнің 4-інде негізгі дәрілік заттарға қатысты дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ұсыныстарымен толық орындады.

Қорытынды: зерттеу барысында біз Қазақстандық ұлттық дәрілік формулярдың негізгі дәрілік заттарын таңдауда айқын айырмашылықтарды таппадық. Біздің зерттеуіміздің қорытындысы бойынша Қазақстандық ұлттық дәрілік формулярда Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының негізгі дәрілік заттарының 67,9%-ы қамтылғандығы, яғни Қазақстандық ұлттық дәрілік формулярдың дәрілік заттарының жартысынан көбі Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының негізгі дәрілік заттарының 21 болжамды тізбесіне сәйкес келетіні белгілі болды.

Түйін сөздер: дәрілік заттар, дәрілік формуляр, дәрілік заттардың негізгі тізімі, дәрілік заттарды ұтымды пайдалану, Қазақстан.

Comparative analysis of 21 lists of essential medicines of the World Health Organization with the Kazakhstan National Medicinal Formulary

Dina Shalabayeva¹, Galiya Orazova², Gulzira Zhussupova³

¹ Master's student of Astana Medical University, specialty "Public Health", Nur-Sultan, Kazakhstan.

E-mail: d-samatovna@mail.ru

² Associate Professor of the Department of Public Health and Hygiene, Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan.

E-mail: galiyaorazova@gmail.com

³ Head of the Center for the Rational Use of Medicines, Salidat Kairbekova National Scientific Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: gulzira-1970@mail.ru

Abstract

The purpose of the work: to conduct a comparative analysis of the list of essential medicines of the World Health Organization with the Kazakhstan National Medicinal Formulary to determine the similarities and differences in their composition.

Methods: a comparative analysis of the 21st main list of medicines of the World Health Organization with the Kazakhstan National Medicinal Formulary was carried out to search for common and distinctive features of the studied lists of medicines. For the convenience of the study, spreadsheets were used, also available on the websites of the studied lists of medicines.

Results: the total number of medicines listed in the 21 list of essential medicines of the World Health Organization is 567, of which 385 are included in the Kazakhstan National Drug Form. The total number of medicines listed in the Kazakhstan National Drug Formulary is 2020-702. Based on the common identification of analogues from both lists, the Kazakhstan National Drug Form has fully complied with the recommendations of the World Health Organization regarding essential medicines in 4 out of 29 standard therapeutic sections.

Conclusions: during the study, we did not reveal any obvious differences in the choice of the Main medicines of the Kazakh National Medicinal Formulary. According to the results of our research, it became clear that the Kazakh National Medicinal Formulary contains 67.9% of the Main Medicines of the World Health Organization, that is, more than half of the medicines of the Kazakh National Medicinal Formulary correspond to the 21 Approximate List of Essential Medicines of the World Health Organization.

Keywords: medicines, medicinal formulary, main list of medicines, rational use of medicines, Kazakhstan.

<https://doi.org/10.32921/2225-9929-2022-1-45-36-46>
УДК 614; 614.2; 614.33; 616-036.22
МРНТИ 76.75.75; 76.33.43

Оригинальная статья

Структура заболеваемости среди детей и подростков в Республике Казахстан

Муханова Г.Т. ¹, Оспаналиева М.С. ², Камалиева М.Р. ³, Дуйсенбаева Б.С. ⁴,
Кенжекулова Р.Н. ⁵, Саханова Л.Х. ⁶

¹ Руководитель Центра развития первичной медико-санитарной помощи, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: muhanova75@mail.ru

² Начальник отдела анализа и координации первичной медико-санитарной помощи, Центра развития первичной медико-санитарной помощи, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: madina4329@mail.ru

³ Ведущий специалист отдела анализа и координации первичной медико-санитарной помощи, Центра развития первичной медико-санитарной помощи, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: miss_kamalieva@mail.ru

⁴ Главный специалист отдела анализа и координации первичной медико-санитарной помощи, Центра развития первичной медико-санитарной помощи, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: bserzhankyzy@gmail.com

⁵ Главный специалист отдела анализа и координации первичной медико-санитарной помощи, Центра развития первичной медико-санитарной помощи, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: kenzhekulova_r@mail.ru

⁶ Главный специалист отдела развития первичной медико-санитарной помощи, Центра развития первичной медико-санитарной помощи, Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: laura2017astana@mail.ru

Резюме

Цель исследования: изучить динамику изменения структуры заболеваемости среди детского населения в Казахстане за 2018-2020 годы.

Методы. Проведен сравнительный анализ данных годовой формы «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания медицинской организации и контингентах больных, состоящих под диспансерным наблюдением» за 2018-2020 гг.

Результаты. По итогам 2020 года, согласно анализу данных, в Казахстане количество зарегистрированных заболеваний среди детей 0-14 лет и подростков 15-17 лет снизилось на 7% в сравнении с 2018 годом. На болезни органов дыхания в возрастной категории 0-14 лет приходится 51,8% из всех случаев зарегистрированных заболеваний. У подростков 15-17 лет болезни органов дыхания составили 33,81%. Второе место занимают болезни органов пищеварения в возрастной категории 0-14 лет, их доля составила 9,2%, а у подростков их доля равна 10,65%. Болезни нервной системы у детей от 0 до 14 лет составили 6% и по обращаемости на третьем месте. Среди подростков 15-17 лет третью позицию занимают болезни глаза и его придаточного аппарата, их доля составила 10,35%.

Выводы. Анализ полученных данных показал, что заболеваемость среди детей и подростков за 2018-2020 гг. имеет тенденцию к снижению. Наиболее распространенными заболеваниями среди детей являются болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения, болезни глаза и придаточного аппарата, болезни нервной системы. Вместе с тем, в динамике отмечен рост количества болезней нервной системы.

Ключевые слова: детская заболеваемость, структура заболеваемости, здоровье детей и подростков, болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения, болезни нервной системы.

Corresponding author: Gulzhan Mukhanova, Head of the Primary Health Care Development Center, Salidat Kairbekova National Research Center For Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan.

Postal code: 010017

Address: Kazakhstan, Nur-Sultan, Kabanbay batyr Str. 19A

Phone: +7(7172)700-950 (1048)

E-mail: muhanova75@mail.ru

J Health Dev 2022; 1 (45): 36-46

Received: 24-02-2022

Accepted: 10-03-2022



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International

Введение

Здоровье детей и подростков в Казахстане, так же, как и во многих странах остается актуальной проблемой и предметом первоочередной важности, так как это определяет будущее страны, ее геополитическую безопасность, генофонд нации, научный и экономический потенциал общества, и наряду с демографическими показателями, является чутким барометром социально-экономического развития страны.

Сегодняшние дети и есть то самое население, формирующее общество в завтрашнем дне. Даже незначительные упущения в отношении их физического и ментального благополучия могут привести к значительному росту интеллектуальных, демографических, экономических и социальных потерь общества и страны. Здоровье детей в каждом периоде его формирования осуществляется под множеством факторов, таких как интенсивная перестройка организма в виду физиологических изменений, активный период адаптации и становление личности [1].

В виду недостаточности финансирования в последние годы слабо организованы профилактические мероприятия по выявлению и дальнейшему наблюдению динамики здоровья детей, проводимые на уровне первичного звена. Однако организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), являются незаменимым и всемирно признанным звеном всеобщего охвата услугами здравоохранения и гарантом качественной комплексной медицинской помощи для всех, включая детей. Более того именно организациям ПМСП отводится ведущая роль в реализации мероприятий по охране детского здоровья, предупреждению заболеваний и мониторингу состояния здоровья детей и подростков [1].

В Казахстане за последнее десятилетие (2010-2020 гг.) отмечена положительная динамика по заболеваемости детей от 0 до 18 лет (2010 г. - 135 183,2; 2020 г. - 99 146,1). По итогам 2020 года заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет составила 76 592,7 на 100 тыс. населения, а у подростков 15-17 лет – 61 637,1 на 100 тыс. населения [2].

В структуре общей заболеваемости детей от 0 до 18 лет в Республике Казахстан по итогам 2020 года определены 3 заболевания, которые по обращаемости наиболее распространены среди детского населения – болезни органов дыхания, их доля составляет 49,6%, болезни органов пищеварения составляют 9,4% и болезни нервной системы составили 6,1% [2].

Здоровье детей и подростков, возможно, является одной из наиболее важных областей применения индексов и индикаторов в профилактике и укреплении здоровья [3].

Инвестиции в здоровье детей и подростков, и контроль неблагоприятных детерминант окажут долгосрочное влияние на все население, в том числе повлияют на здоровье следующего поколения [4].

Показатели заболеваемости и смертности среди детей растут в некоторых регионах мира, особенно в странах с низким уровнем дохода, где в этом отношении не достигаются цели по улучшению показателей здоровья детского населения [5].

Показатели здоровья, в частности здоровья детей используются в различных условиях для мониторинга здоровья [6].

К примеру, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала глобальный справочный список из 100 основных показателей здоровья и связанных со здоровьем целей устойчивого развития [7].

Измерение здоровья детей важно: во-первых, потому что дети являются самостоятельными гражданами, но в значительной степени не могут выступать в качестве самозащитных, особенно на уровне населения; во-вторых, потому что их здоровье определяет здоровье будущего населения. Показатели, основанные на измерениях здоровья детей, важны для определения прогресса, проблем и приоритетов, изменений с течением времени и новых возникающих проблем [5].

Несмотря на меняющиеся условия окружающей среды способность жить гармонично является основным условием для развития [8].

Ухудшение показателей здоровья детей и подростков могут стать одним из факторов риска формирования и развития хронических заболеваний. Сложившаяся ситуация неблагоприятно влияет на социальные и экономические процессы в стране [1].

Множество данных свидетельствуют о существовании неравенства в отношении здоровья на протяжении всей жизни. Однако было обнаружено, что раннее детство особенно важно для развития поведения в отношении здоровья и для здоровья в долгосрочной перспективе. Эта стадия жизни охватывает несколько возрастных групп, включая новорожденных (от рождения до 1 месяца), младенцев (от 1 месяца до 1 года), малышей (от 1 года до 2 лет) и дошкольников (от 2 лет до 6 лет) [9-12].

Главная проблема растущего организма – это его способность к адаптации. Здоровье новорожденных является серьезной глобальной проблемой, отражающей национальный и глобальный прогресс и проблемы систем здравоохранения [13]. За последние десятилетия был достигнут значительный прогресс в повышении выживаемости новорожденных [14].

По напряженности процессов, протекающих в организме, подростковый период занимает второе место в онтогенезе после новорожденности.

Всесторонний и своевременный анализ бремени болезней во всех возрастных группах, включая детей и подростков, необходим для улучшения здоровья населения [15].

Цель исследования: изучить динамику изменения структуры заболеваемости среди детского населения в Казахстане за 2018-2020 годы.

Материалы и методы

Это исследование направлено на оценку состояния здоровья различных групп детского населения и получение качественной характеристики структуры заболеваемости на основе данных по регистрации случаев заболеваний при обращении детей и подростков в медицинские организации.

Возрастные группы в исследовании включают охват детского населения от 0 до 18 лет. Нами проведено исследование двух сгруппированных возрастных групп: дети от 0 до 14 лет и подростки 15-17 лет за 2018-2020 гг. В Казахстане предусмотрено распределение населения по возрастным группам, в том числе суммарное население среди детей младше 15 лет (0-14 лет) и подростков от 15 до 18 лет (15-17 лет).

Нами рассмотрена структура и динамика первых трех ведущих нозологий, зарегистрированных в целом среди двух возрастных групп. У детей от 0 до 14 лет – это болезни органов дыхания, органов пищеварения и нервной системы. У подростков –

органы дыхания, пищеварения и третью позицию заняли болезни глаза и придаточного аппарата.

Источниками нашего исследования были годовые отчетные данные за 2018-2020 годы на основании информации, представленной РГП на ПХВ «Республиканский центр электронного здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан [www.ezdrav.kz]. Использовалась годовая форма отчетности «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания медицинской организации и контингентах больных, состоящих под диспансерным наблюдением», утвержденная приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 декабря 2020 года №ҚР ДСМ-313/2020 [16].

При анализе исследования была использована описательная статистика.

Результаты

Общая структура заболеваемости

По результатам статистических данных всего по стране за 2020 год зарегистрировано 5 389 944 обращений детей (от 0 до 14) с различными заболеваниями и в сравнении с 2018 годом (5 797 999 обращений) отмечается снижение количества обращений по заболеваниям на 7%. В возрасте 15-17 лет зарегистрировано по итогам 2020 года 759 810 обращений по заболеваемости, что в сравнении с 2018 (814 969) и 2019 (817 967) годом снизилось на 7%.

В структуре заболеваемости среди детей в возрасте до 14 лет болезни органов дыхания

встречаются наиболее чаще всех других нозологий, по итогам 2020 года их доля составила 51,8% среди всех зарегистрированных случаев заболеваний. В динамике удельный вес болезней органов дыхания с 2018 года снизился, с 53,5% до 51,8% в 2020 году. Далее в структуре заболеваемости по итогам 2020 года находятся болезни органов пищеварения (9,2%) и замыкают первую тройку ведущих нозологий в общей структуре заболеваемости среди детей 0-14 лет болезни нервной системы (6%) (рисунок 1).



Рисунок 1 - Структура заболеваний детского населения (0-14 лет) в Казахстане за 2018-2020 гг., %

В структуре заболеваемости среди подростков 15-17 лет аналогично возрастной категории 0-14 лет болезни органов дыхания встречаются наиболее чаще всех других нозологий, за 2020 год их доля составила 33,81% или 256 900 случаев.

На втором месте находятся болезни органов

пищеварения, их доля составила 10,65% или 80 953 случая за 2020 год. Прирост по обращаемости подростков с данной нозологией в сравнении с 2018 годом составил 5,2%.

Далее по частоте заболеваний у подростков выделены болезни глаза и его придаточного аппарата

– 10,35% или 78 668 случая за 2020 год. По сравнению с 2018 годом количество случаев по данной нозологии снизилось на 14%.

Вместе с тем, лидирующее положение в структуре общей заболеваемости среди детского 0-14

лет и подросткового 15-17 лет населения занимают болезни органов дыхания, при этом показатель у детей 0-14 лет в 1,5-2 раза выше, чем у подростков 15-17 лет (рисунок 1.1).



Рисунок 1.1 - Структура заболеваний детского населения (15-17 лет) в Казахстане за 2018-2020 гг., %

Структура болезней органов дыхания

Анализируя структуры болезней органов дыхания отмечено, что наиболее чаще дети обращаются с такими нозологиями, как пневмония, хронические болезни миндалин и аденоидов, бронхиальная астма, хронический бронхит, ринит, фарингит, назофарингит и прочее. Тенденция

обратного прироста наблюдается и внутри данного класса заболеваний. К примеру, в 2020 году количество обращений с пневмонией сократилось на 40,3% в сравнении с 2018 годом, обращения с хроническим синуситом сократились на 32,1%, с хроническими болезнями миндалин и аденоидов сократились на 27,3% и т.д. (рисунок 2).

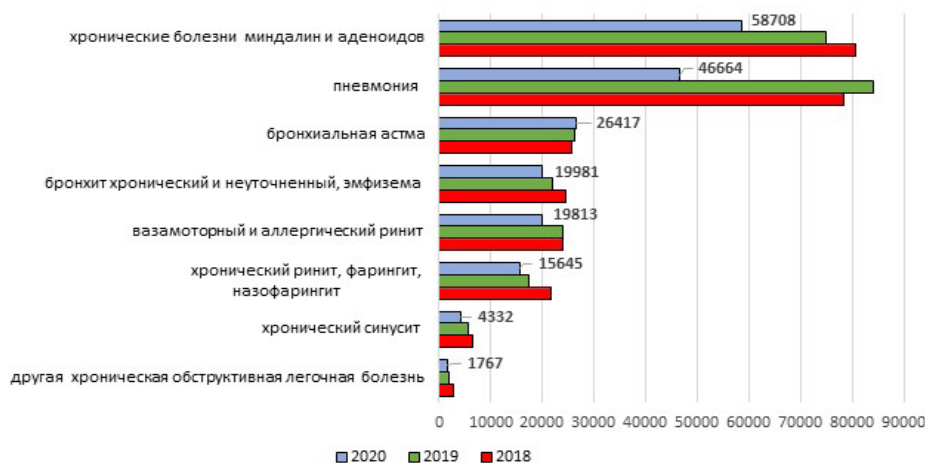


Рисунок 2 - Структура болезней органов дыхания детей 0-14 лет в Казахстане за 2018-2020 гг., %

Структура болезней органов дыхания у подростков аналогична детям в возрасте от 0 до 14. На первый план выходят хронические болезни миндалин и аденоидов с количеством случаев – 8 946, в сравнении с 2019 годом их доля снизилась на 18%. Количество случаев заболевания вазомоторным, аллергическим, хроническим ринитом и фарингитом, составило 4 470 и 4 419 за 2020 год. В структуре органов дыхания у детей от 0 до 14 преобладают заболевания пневмонией и бронхиальной астмой,

у подростков бронхиальная астма выходит вперед с количеством случаев 4 323 в 2020 году. В сравнении с 2018 годом по Республике Казахстан количество случаев с пневмонией у подростков увеличилось на 24,5%. Рост заболевания пневмонией характеризуется высокой инфекционной распространенностью и слабой иммунной системой у детей (рисунок 2.1).

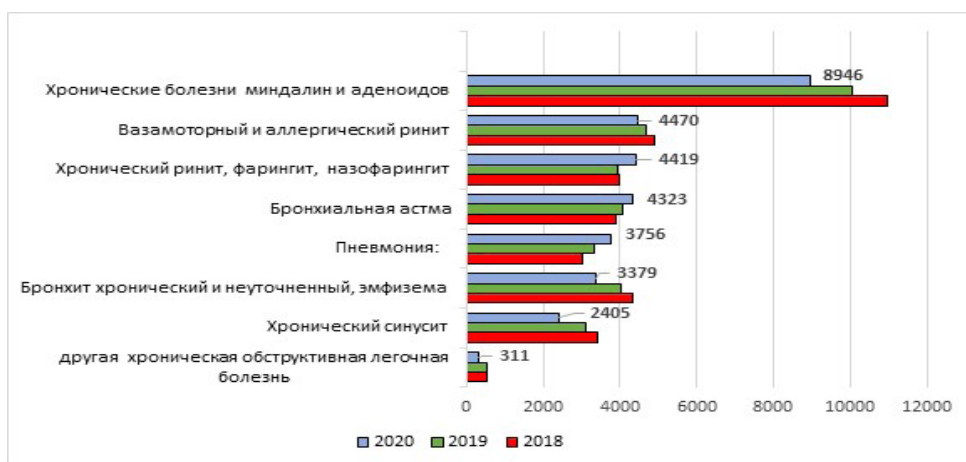


Рисунок 2.1 - Структура болезней органов дыхания детского населения (15 -17 лет) в Казахстане за 2018-2020 гг., %

Структура заболеваемости органов пищеварения

Второе место в общей структуре заболеваемости у детей 0-14 лет приходится на болезни органов пищеварения, их удельный вес за 2020 год составил 9,2%, за 2019 год данный показатель составил 8,7%, за 2018 – 8,4%. Количество обращений по данному заболеванию имеет тенденцию к росту, за 2020 год прирост составил 1,3% в сравнении с 2018 годом. Наиболее

часто встречаются гастриты и дуодениты, далее функциональные расстройства желудка, холециститы и холангиты, болезни поджелудочной железы, желчнокаменные болезни и прочее (рисунок 3). За анализируемый период доля болезней органов пищеварения структуре заболеваний растет, однако за счет снижения общего количества заболеваемости снизилось в том числе количество гастритов и дуоденитов на 23,2%, холециститов и холангитов на 15,1%, функциональные расстройства желудка на 6%.

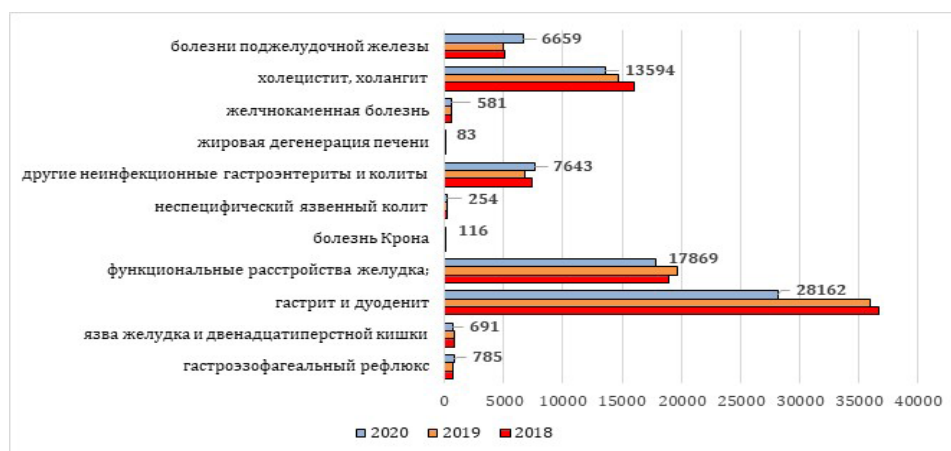


Рисунок 3 - Структура болезней органов пищеварения детей от 0-14 лет в Казахстане за 2018-2020 гг., %



Рисунок 3.1 - Структура болезней органов пищеварения детского населения (15-17 лет) в Казахстане за 2018-2020 гг., %

Распространенность и специфика заболеваний органов пищеварения у подростков идентичны детям от 0 до 14 лет. Их удельный вес за 2020 год составил 10,65%, что в сравнении с 2018 годом увеличилось на 4,9%. В 2019 удельный вес составил 9,7%. На первое место по болезням пищеварения выходят: гастрит и дуоденит, в общей сложности составляет 13 779 случая, 17% от всех заболеваний органов пищеварения. Второе место занимают холецистит и холангит, с количеством случаев 6 021 и удельным весом 7,43%. В сравнении с 2018 годом частота выявления снизилась на 21,3%. На третье место заболеваний органов пищеварения среди подросткового населения выявляются болезни поджелудочной железы. Они составляют 2,5% и имеют тенденцию снижения, как и язва желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменная болезнь и другие неинфекционные болезни гастроэнтерит и колит (рисунок 3.1.).

Структура болезней нервной системы

Болезни нервной системы среди детей от 0-14 лет занимают 3 место (6%) по удельному весу в общей структуре заболеваний. За 2018-2019 годы доля болезней нервной системы составила 5,5%. Однако, несмотря на снижение общего количества заболеваний, по болезням нервной системы отмечается наиболее высокий показатель прироста – 7,9%. При анализе структуры болезней по данному классу выявлено, что наиболее часто встречаются эпилепсии без психоза и слабоумия, детский церебральный паралич, болезни нервов, нервных корешков и сплетений и т.д. (рисунок 4). В целом за 2020 год количество эпилепсии без психоза и слабоумия выросло на 25,1%.

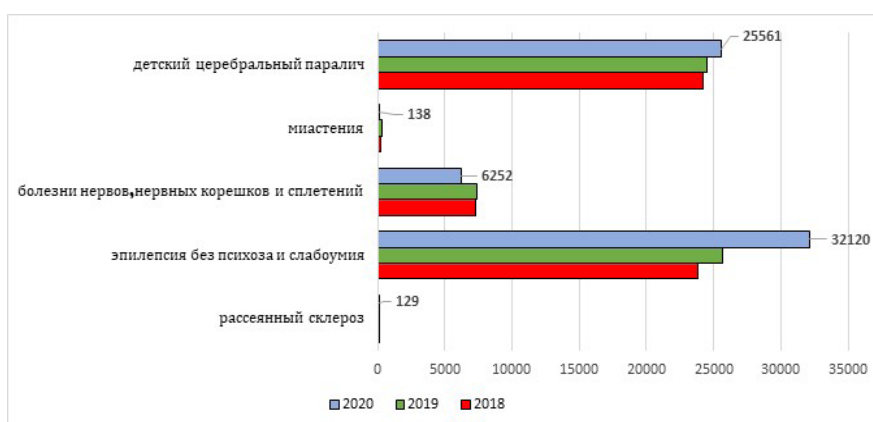


Рисунок 4 - Структура болезней органов нервной системы детей от 0-14 лет в Казахстане за 2018-2020 гг., %

Болезни органов нервной системы у подростков аналогичны детскому населению и предполагают идентичную картину. Характер направленности болезней за три года обладает повышением количества случаев эпилепсии без психоза и слабоумия (11,47%), детского

церебрального паралича (6,2%) и миастении (0,2%). Тенденцию к понижению имеют болезни нервов, нервных корешков и сплетений, в 2018 г. – 4,4% и в 2020 г. – 3,5% (рисунок 4.1).

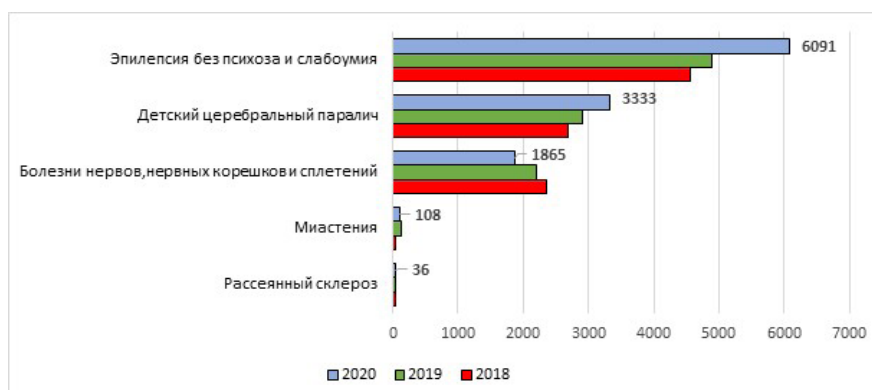


Рисунок 4.1 - Структура болезней органов нервной системы от 15 до 17 лет в Казахстане за 2018-2020 гг., %

Структура болезней глаза и придаточного аппарата

Третье место среди заболеваний у подростков занимают болезни глаза и придаточного аппарата. Среди них преобладают болезни мышц глаза, нарушения содружественного движения глаз и аккомодации, однако наибольший долевого вклад

имеется у миопии. Количество случаев миопии за 2020 год составило 40 522 или 51,5% в сравнении с 2018 года снизилось на 26,1%.

Для детей от 15 до 17 лет, также стоит конъюнктивита (1,4%) и аллергического дерматоза век (0,17%) (рисунок 5).

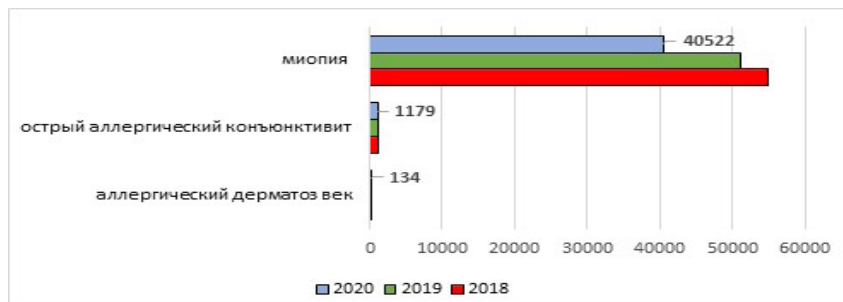


Рисунок 5 - Структура болезней глаза и его придаточного аппарата детского населения (15-17 лет) в Казахстане за 2018-2020 гг., %

Обсуждение

Таким образом, наибольший рост заболеваемости у детей от 0 до 14 лет по количеству зарегистрированных случаев заболеваний отмечен в 2019 году (5 807 049 обращений), что на 7,2% больше в сравнении с 2020 годом, однако в сравнении 2019 года с 2018 годом рост составил 1,5%. Среди детей с 15 до 17 лет отмечен незначительный рост (0,37%) количества зарегистрированных заболеваний в 2019 году (817 967) в сравнении с 2018 годом (814 969), а по итогам 2020 года наблюдается регресс (на 7%).

Резюмируя итоги анализа, можно констатировать, что заболеваемость среди детей и подростков за 2018-2020 гг. имеет тенденцию к снижению. По итогам 2020 года в Казахстане количество зарегистрированных заболеваний снизилось на 7%. Первую тройку наиболее распространенных заболеваний среди детей занимают болезни органов дыхания, органов пищеварения, нервной системы и болезней глаза и его придаточного аппарата у подростков. Вместе с тем, отмечается снижение общего количества болезней органов дыхания и болезней пищеварения за счет снижения общего количества заболеваний. Снижение количества зарегистрированных заболеваний может быть обусловлено введением чрезвычайного положения в стране в связи с пандемией короновирусной инфекции COVID-19, повлекшее за собой ограничения посещения организаций ПМСП.

Также, наблюдается увеличение количества заболеваний нервной системы. Количество эпилепсии без психоза и слабоумия выросло на 25,1%. Необходимо детально изучить данный вопрос в целях выявления причинно-следственной связи.

Высокая доля болезней органов дыхания могут быть обусловлены сезонностью и высокой контагиозностью инфекционных респираторных заболеваний, которые могут привести к осложнениям. В сезон инфекционных заболеваний предусмотреть дополнительные меры по недопущению распространения заболеваний.

Для борьбы и профилактики болезней органов пищеварения необходимо пересмотреть программы школьного питания, политику ценообразования акцизов на сахар содержащие продукты (такие как газированные напитки, соки, леденцы и т.д.) и на продукты с повышенным содержанием соли (такие как чипсы, соленые снеки, сыр, соленья, томатный

сок, пицца и пр.) Возможно, необходимо пересмотреть санитарно-гигиенические требования к ассортименту товаров в продуктовых магазинах, расположенных на территории и вблизи школ.

В виду положительной динамики болезней нервной системы, психических и психо-поведенческих заболеваний среди детей необходимо тщательно следить за эмоциональным и психологическим состоянием детей начиная с раннего детства.

Родители являются ключевыми посредниками здорового развития своего ребенка. Отношения между родителями и ребенком также имеют огромное значение для развития ребенка. Родительское поведение может оказывать как защитное, так и негативное влияние на траектории развития психического и физического здоровья ребенка, и воспитание играет ключевую роль в поддержании стойких проблем у уязвимых младенцев [17-18].

Психические расстройства неврологического происхождения, такие как умственная отсталость, расстройства аутистического спектра и расстройства гиперактивности и невнимательности характеризуются началом в раннем детстве и указывают на то, что проблемы моторного и языкового развития, невнимательности, контакта и общения в младенчества являются надежными предикторами этих нарушений в дошкольном и школьном возрасте [19].

В странах ближнего зарубежья, к примеру, в Республике Кыргызстан за 2019 год из всех выявленных случаев заболеваний населения 43% случаев приходится на детское население. В структуре заболеваний 34% составили болезни органов дыхания, 12% - болезни системы пищеварения, 7% - болезни мочеполовой системы, 6% - инфекционные и паразитарные болезни, 5% - травмы и отравления, 4% - болезни системы кровообращения. В 2019 году от общего числа заболевших пневмонией 83,7% обратившихся дети в возрасте 0-14 лет, 0,8% подростков в возрасте 15-17 лет. Из них от общего числа заболевших впервые в жизни установленный диагноз «пневмония» выявлен у 84,4% в возрасте 0-14 лет [20].

В странах южной Азии за 2017 год наиболее частой причиной детской заболеваемости была пневмония (1 115 случаев), затем следовали менингит (544 случая), острый гастроэнтерит (369 случаев), брюшной тиф (262 случая), сепсис

(232 случая), корь (212 случаев), фебрильные припадки, (208 случаев), малярия (206 случаев), белково-калорийная недостаточность (167 случаев), лихорадка денге (76 случаев) и задержка развития (51 случай) [21]. Основными провоцирующими факторами, вызывающие рост заболеваемости и смертности по данным заболеваниям, вероятнее всего был низкий охват вакцинацией представителей низкого социально-экономического класса в городах данной местности, а также циклические/сезонные закономерности, характерные для некоторых заболеваний [22]. Это подтверждает выводы, которые были сделаны по итогам исследований ВОЗ: в 2019 году 5,2 миллиона детей в возрасте до 5 лет умерли в основном от предотвратимых и излечимых причин.

В Российской Федерации в структуре заболеваемости детей до 14 лет на 100 тыс. детского населения соответствующего возраста, лидирующие позиции занимают следующие классы, имеющие 1-5 ранговые места: болезни органов дыхания (101 956,7), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (9 334,8), болезни кожи и подкожной клетчатки (5 638,2), некоторые инфекционные и паразитарные болезни (5 098,0), болезни органов пищеварения (4 672,8) и болезни глаза и его придаточного аппарата (3 902,1) [23].

Так, исследования в Соединенном Королевстве свидетельствуют о том, что почти 10% детей в возрасте 5-15 лет страдают психическими расстройствами. Из них у 5% наблюдаются

расстройства поведения, у 4% – эмоциональные расстройства и у 1% – расстройства, связанные с гиперактивностью. Поскольку психические расстройства в детском возрасте могут быть серьезным предвестником таких расстройств у взрослых, поддержка психического здоровья детей должна рассматриваться как стратегическая инвестиция со многими долгосрочными преимуществами для отдельных людей, систем здравоохранения и общества в целом [24].

Требуется пересмотреть и конкретизировать функциональные обязанности школьного психолога, разработать программу по помощи детям с психологическими трудностями для детей на основе международного опыта.

Выявленные особенности уровня и структуры заболеваемости позволяют усилить меры по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, лечению и предупреждению хронизации процесса.

Ограничения исследования. Нами не был проведен сравнительный анализ структуры заболеваемости по возрастно-половым и региональным особенностям, так как в данной отчетной форме данные по возрастам суммарные для детей 0-14 лет и 15-17 лет, обобщенные по республике, в связи с чем не проводился анализ, по количественной оценке, распределения заболеваемости по территории/региону.

Выводы

Проблемы со здоровьем детей и подростков в Республике Казахстан требуют внимания и совершенствования мероприятий социального характера в области здравоохранения с учетом особенностей развития функциональных отклонений, преимущественно часто встречающихся у детей школьного возраста. К решению вопроса здоровья и безопасности детей необходимо подойти комплексно, развивать работу не только сектора здравоохранения по профилактике и лечению инфекционных и неинфекционных заболеваний в раннем детстве, но и работу других государственных секторов, включая образование, транспорт и

дорожную инфраструктуру, правоохранительные органы и т.д. Необходимо взаимодействие всех областей политики и межсекторальных структур, для принятия совместных решений в целях сохранения, поддержания и улучшения здоровья детей.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: инициативная работа.

Вклад авторов: К.М.Р.; О.М.С.; М.Г.Т. – концептуализация; К.М.Р.; О.М.С.; М.Г.Т. – написание; М.Г.Т. – редактирование; О.М.С.; К.М.Р.; Д.Б.С.; К.Р.Н.; С.Л.Х. - сбор, обработка и анализ данных.

Литература

1. Конова С.Р. Состояние здоровья детей и совершенствование медицинской помощи в условиях первичного звена здравоохранения / Автореферат дис. докт. мед. наук. – Москва. – 2007. – С. 55. [\[Google Scholar\]](#).
2. Konova S.R. Sostoianie zdorov'ia detei i sovshehstvovanie meditsinskoi pomoshchi v usloviakh pervichnogo звена zdravookhraneniia (The state of health of children and the improvement of medical care in the conditions of primary health care) [in Russian]. Avtoferat dis. dokt. med. nauk. – Moskva. 2007; 55. [\[Google Scholar\]](#).
3. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2020 году. Статистический сборник. Электронный ресурс [Дата обращения: 09 Фев 2021]. Режим доступа: <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/statistika-zdravookhraneniya-2>.
4. Zdorov'e naseleniia Respubliki Kazakhstan i deiatel'nost' organizatsii zdravookhraneniia v 2020 godu. Statisticheskii sbornik (Health of the population of the Republic of Kazakhstan and the activities of healthcare organizations in 2020. Statistical collection) [in Russian]. Elektronnyi resurs [Data obrashcheniia: 09 Fev 2021]. Rezhim dostupa: <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/statistika-zdravookhraneniya-2>.
5. Selmani A., Coenen M., Voss, S., Jung-Sievers C. Health indices for the evaluation and monitoring of health in children and adolescents in prevention and health promotion: a scoping review. BMC Public Health. 2021; 21(1): 2309. [\[CrossRef\]](#).
6. Rigby M. Principles and challenges of child health and safety indicators. Int J Injury Control Safety Promot. 2005; 12(2): 71. [\[CrossRef\]](#).

5. Marmot M., Allen J.J. Social determinants of health equity. *Am J of Public Health*. 2014; 104(4): 517–9. [[CrossRef](#)].
6. Köhler L. Monitoring children's health and well-being by indicators and index: apples and oranges or fruit salad? *Child Care Health Dev*. 2016; 42(6): 798–808. [[CrossRef](#)].
7. 2018 Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs). World Health Organization. Website. [Cited 12 Feb 2022]. Available from URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259951>.
8. ВОЗ по-прежнему твердо придерживается принципов, изложенных в преамбуле Устава. Всемирная организация здравоохранения. Веб-сайт. [Дата обращения: 26 ноября 2021]. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/about/governance/constitution>.
VOZ po-prezhnemu tvrdo priderzhivaetsia printsipov, izlozhennykh v preambule Ustava. Vsemirnaia organizatsiia zdravookhraneniia (WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution. World Health Organization) [in Russian]. Veb-sait. [Data obrashcheniia: 26 noiabria 2021]. Rezhim dostupa: <https://www.who.int/ru/about/governance/constitution>.
9. Ben-Shlomo Y., Cooper R., Kuh D. The last two decades of life course epidemiology, and its relevance for research on ageing. *Int J Epidemiol*. 2016; 45(4): 973–88. [[CrossRef](#)].
10. Kail R.V., Cavanaugh J.C. *Human development: A life-span view*. 7th ed. Australia, Brazil, Mexico: Cengage Learning. 2016; 541. [[Google Scholar](#)].
11. Friel S., Marmot M.G. Action on the social determinants of health and health inequities goes global. *Annual review of public health*, 2011; 32: 225–236. [[CrossRef](#)].
12. Hoffmann S., Sander L., Wachtler B., Blume M. et al. Moderating or mediating effects of family characteristics on socioeconomic inequalities in child health in high-income countries – a scoping review. *BMC Public Health*. 2022; 22(1): 338. [[CrossRef](#)].
13. Wang H., Liddell C.A., Coates M.M., Mooney M.D. et al. Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014; 384(9947): 957–79. [[CrossRef](#)].
14. Ou Z., Yu D., Liang Y., He H. et al. Global trends in incidence and death of neonatal disorders and its specific causes in 204 countries/territories during 1990–2019. *BMC Public Health*. 2022; 22(1): 360. [[CrossRef](#)].
15. Kassebaum N., Q H.H., Zocclair L., Olsen H.E. et al. Child and adolescent health 1990 to 2015: Findings from the 2015 Global Burden of Disease, Injury and Risk Factors Survey. *YAMA Pediatrics*. 2017; 171(6): 573–92. [[CrossRef](#)].
16. Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021879#z4299>.
Ob utverzhdenii form otchetnoi dokumentatsii v oblasti zdravookhraneniia. Prikaz Ministra zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan (On approval of forms of reporting documentation in the field of healthcare. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan) [in Russian] of 22 dekabria 2020 goda № KR DSM-313/2020. Rezhim dostupa: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021879#z4299>.
17. Groh A.M., Fearon R.M.P., Ijzendoorn M.H., Bakermans-Kranenburg M.J. et al. Attachment in the early life course: Meta-analytic evidence for its role in socioemotional development. *Child Dev Perspect*. 2017; 11(1): 70–6. [[CrossRef](#)].
18. Bøe T., Sivertsen B., Heiervang E., Goodman R. et al. Socioeconomic status and child mental health: the role of parental emotional well-being and parenting practices. *J Abnorm Child Psychol*. 2014; 42(5): 705–15. [[CrossRef](#)].
19. Shephard E., Bedford R., Milosavljevic B., Gliga T. et al. Early developmental pathways to childhood symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder, anxiety and autism spectrum disorder. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019; 60(9): 963–74. [[CrossRef](#)].
20. Анализ заболеваемости и смертности населения за 2017-2019 годы и I полугодие 2020 года. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики. Веб-сайт. [Дата обращения: 26 ноября 2021]. Режим доступа: <http://stat.kg/ru/news/analiz-po-zabolevaniyam-i-smertnosti-naseleniya-za-2017-2019-gody-i-polugodie-2020-goda/>.
Analiz zaboлеваemosti i smertnosti naseleniia za 2017-2019 gody i I polugodie 2020 goda. Natsional'nyi statisticheskii komitet Kyrgyzskoi Respubliki (Analysis of morbidity and mortality of the population for 2017-2019 and the first half of 2020. National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic) [in Russian]. Veb-sait. [Data obrashcheniia: 26 noiabria 2021]. Rezhim dostupa: <http://stat.kg/ru/news/analiz-po-zabolevaniyam-i-smertnosti-naseleniya-za-2017-2019-gody-i-i-polugodie-2020-goda/>.
21. Глобальные риски для здоровья: смертность и бремя болезней, связанные с отдельными основными рисками. Всемирная организация здравоохранения. Веб-сайт. [Дата обращения: 29 ноября 2021]. Режим доступа: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789244563878_rus.pdf;jsessionid=...
Global'nye riski dlia zdorov'ia: smertnost' i bremia boleznei, sviazannye s otdel'nymi osnovnymi riskami. Vsemirnaia organizatsiia zdravookhraneniia (Global health risks: mortality and disease burden associated with selected major risks. World Health Organization) [in Russian]. Veb-sait. [Data obrashcheniia: 29 noiabria 2021]. Rezhim dostupa: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789244563878_rus.pdf;jsessionid=...
22. Девляшова О.Ф. Научное обоснование медико-организационных мероприятий по совершенствованию экспертизы качества медицинской помощи в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях / Автореферат дис. докт. мед. наук. – Волгоград. – 2019. – С. 24.
Devliashova O.F. Nauchnoe obosnovanie mediko-organizatsionnykh meropriatii po sovershenstvovaniiu ekspertizy kachestva meditsinskoj pomoshchi v detskikh ambulatorno-poliklinicheskikh uchrezhdeniakh (Scientific substantiation of medical and organizational measures to improve the examination of the quality of medical care in

children's outpatient clinics) [in Russian]. Avtoreferat dis. dokt. med. nauk. – Volgograd. 2019; 24.

23. Здравоохранение в России. Федеральная служба государственной статистики. Статистический сборник. Веб-сайт. [Дата обращения: 16 ноября 2021]. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooohran-2021.pdf>.

Zdravookhranenie v Rossii. Federal'naiia sluzhba gosudarstvennoi statistiki. Statisticheskii sbornik (Health care in Russia. Federal State Statistics Service. Statistical collection) [in Russian]. Veb-sait. [Data obrashcheniia: 16 noiabria 2021]. Rezhim dostupa: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravooohran-2021.pdf>.

24. Levels and Trends in Child Mortality Report 2017. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. UNICEF. Website. [Cited 05 Feb 2022]. Available from URL: <https://www.unicef.org/reports/levels-and-trends-child-mortality-report-2017/>.

Қазақстан Республикасында балалар мен жасөспірімдер арасындағы сырқаттанушылықтың құрылымы

Муханова Г.Т.¹, Оспанәлиева М.С.², Қамалиева М.Р.³, Дүйсенбаева Б.С.⁴, Кенжеқұлова Р.Н.⁵, Сақанова Л.Х.⁶

¹ Медициналық-санитарлық алғашқы көмекті дамыту орталығының басшысы, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: muhanova75@mail.ru

² Медициналық-санитарлық алғашқы көмекті дамыту орталығының Медициналық-санитарлық алғашқы көмекті талдау және үйлестіру бөлімінің басшысы, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: madina4329@mail.ru

³ Медициналық-санитарлық алғашқы көмекті дамыту орталығының Медициналық-санитарлық алғашқы көмекті талдау және үйлестіру бөлімінің жетекші маманы, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: miss_kamalieva@mail.ru

⁴ Медициналық-санитарлық алғашқы көмекті дамыту орталығының Медициналық-санитарлық алғашқы көмекті талдау және үйлестіру бөлімінің бас маманы, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: bserzhankyzy@gmail.com

⁵ Медициналық-санитарлық алғашқы көмекті дамыту орталығының Медициналық-санитарлық алғашқы көмекті талдау және үйлестіру бөлімінің бас маманы, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: kenzhukulova_r@mail.ru

⁶ Медициналық-санитарлық алғашқы көмекті дамыту орталығының Медициналық-санитарлық алғашқы көмекті дамыту бөлімінің бас маманы, Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: laura2017astana@mail.ru

Түйіндеме

Зерттеудің мақсаты: 2018-2020 жылдардағы Қазақстандағы балалар арасында аурушаңдық құрылымының өзгеру динамикасын зерттеу.

Әдістері: 2018-2020 жылдарға арналған «Медициналық ұйымға қызмет көрсету ауданында тұратын науқастарда тіркелген аурулар саны және диспансерлік бақылауда тұрған науқастар контингенті туралы есеп» жылдық нысанының деректеріне салыстырмалы талдау жүргізілді.

Нәтижелері. 2020 жылдың қорытындысы бойынша деректерді талдауға сәйкес Қазақстанда 0-14 жастағы балалар мен 15-17 жастағы жасөспірімдер арасында тіркелген аурулар саны 2018 жылмен салыстырғанда 7%-ға төмендеді. 0-14 жас аралығындағы тыныс алу органдарының ауруларына тіркелген аурулардың барлық жағдайларының 51,8%-ы келеді. 15-17 жастағы жасөспірімдерде тыныс алу жүйесінің аурулары 33,81% құрады. Екінші орынды 0-14 жас аралығындағы асқорыту жүйесінің аурулары алады, олардың үлесі 9,2%, ал жасөспірімдерде олардың үлесі 10,65% құрайды. 0-ден 14 жасқа дейінгі балалардағы жүйке жүйесінің аурулары 6% құрады. 15-17 жастағы жасөспірімдер арасында көздің және оның қосалқы аппаратының аурулары үшінші орынды алады, олардың үлесі 10,35% құрады.

Қорытынды. Алынған деректерді талдау 2018-2020 жж. балалар мен жасөспірімдер арасында сырқаттанушылықтың төмендеу үрдісін көрсетті. Балалар арасында жиі кездесетін аурулар - тыныс алу жүйесінің аурулары, ас қорыту жүйесінің аурулары, көз және қосалқы аппараттың аурулары, жүйке жүйесінің аурулары. Сонымен қатар, жүйке жүйесі аурулары санының өсуі динамикада байқалды.

Түйін сөздер: балалар ауруы, ауру құрылымы, балалар мен жасөспірімдердің денсаулығы, тыныс алу жүйесінің аурулары, асқорыту жүйесінің аурулары, жүйке жүйесінің аурулары.

Incidence of Morbidity Among Children and Adolescents in Kazakhstan

Gulzhan Mukhanova ¹, Madina Ospanaliyeva ², Madina Kamaliyeva ³, Balzhan Duisenbayeva ⁴, Rauza Kenzhekulova ⁵, Laura Sakhanova ⁶

¹ Head of the Primary Health Care Development Center, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: muhanova75@mail.ru

² Head of the Department primary health care for analysis and coordination, Primary Health Care Development Center, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: madina4329@mail.ru

³ Leading specialist of the Department primary health care for analysis and coordination, Primary Health Care Development Center, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan.

E-mail: miss_kamaliyeva@mail.ru

⁴ Chief specialist of the Department primary health care for analysis and coordination, Primary Health Care Development Center, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan.

E-mail: bserzhankyzy@gmail.com

⁵ Chief specialist of the Department primary health care for analysis and coordination, Primary Health Care Development Center, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan.

E-mail: kenzhekulova_r@mail.ru

⁶ Chief specialist of the Department primary health care for development, Primary Health Care Development Center, Salidat Kairbekova National Research Center for Health Development, Nur-Sultan, Kazakhstan. E-mail: laura2017astana@mail.ru

Abstract

Purpose of the research: To study the dynamics of changes in the structure of morbidity among children in Kazakhstan for 2018-2020.

Methods: The comparative analysis of the data of the annual form «Report on the number of diseases registered in patients living in the service area of a medical organization and patients' groups under the clinical supervision» for 2018-2020 has been conducted.

Results. According to the results of 2020 data analysis in Kazakhstan, the number of registered diseases among children aged 0-14 and adolescents aged 15-17 decreased by 7% compared to 2018. Respiratory diseases in the 0-14 age group accounted for 51,8 per cent of all reported cases. Among adolescents aged 15-17, respiratory illnesses accounted for 33,81 per cent. Digestive diseases are second in the 0-14 age group, accounting for 9,2 per cent and 10,65 per cent for adolescents. Nervous system diseases in children from 0 to 14 years of age accounted for 6 per cent and for the treatment in third place. Among 15-17-year-olds, the third place is occupied by eye disease and its appendage apparatus, which accounted for 10,35 per cent.

Conclusions. Analysis of the obtained data showed that the morbidity rate among children and adolescents for 2018-2020. has a tendency to decrease. The most common diseases among children are diseases of the respiratory system, diseases of the digestive system, diseases of the eye and appendage apparatus, diseases of the nervous system. At the same time, there has been an increase in the number of diseases of the nervous system.

Keywords: childhood morbidity, disease structure, health of children and adolescents, diseases of the respiratory system, diseases of the digestive system, diseases of the nervous system.

<https://doi.org/10.32921/2225-9929-2022-1-45-47-52>
UDC 614; 614.2; 614:33
IRSTI 76.75.75

Descriptive review

Implementation of Corporate Governance Principles and Instruments into the healthcare System of Kazakhstan

Serzhan Aidossov ¹, Arystan Moldazhanov ², Nadezhda Ryapolova ³

¹ Founder of the Republican Public Association "Kazakhstan Association of Healthcare Managers", Nur-Sultan, Kazakhstan.
E-mail: serzhan.aidossov@gmail.com

² Republican Public Association "Kazakhstan Association of Healthcare Managers", Nur-Sultan, Kazakhstan.
E-mail: a.moldazhanov@gmail.com

³ Republican Public Association "Kazakhstan Association of Healthcare Managers", Almaty, Kazakhstan.
E-mail: nadezhda.ryapolova@alumni.nu.edu.kz

Abstract

The Republic of Kazakhstan is constantly moving towards modernization of medical and healthcare services. The industry of healthcare, while being a top priority for the government and a socially sensitive industry, has processes and business operations of any other sector and therefore was a subject of reforms in terms of governing and control. Corporate governance has proven to be an effective tool for large-scale businesses and therefore is chosen as a path to efficient and productive healthcare delivery solutions. This is the first of a series of articles about corporate governance in healthcare in the Republic of Kazakhstan. It contains a brief overview of corporate governance as it is and in healthcare settings and the national healthcare system.

Keywords: Corporate Governance, healthcare reforms, Republic of Kazakhstan.

Corresponding author: Serzhan Aidossov, Founder of the Republican Public Association "Kazakhstan Association of Healthcare Managers", Nur-Sultan, Kazakhstan
E-mail: serzhan.aidossov@gmail.com

J Health Dev 2022; 1 (45): 47-52
Received: 08-03-2022
Accepted: 14-03-2022



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International

Introduction

Corporate Governance (CG) is usually referred to as the collection of mechanisms or the system of guiding principles according to which the companies, organizations, and corporations are controlled and operated. There might be various parties involved in the decision-making process when it comes to an organization's governance. While each party has its own interests and motivations, there is a high possibility of a conflict of interest between various entities in a system. According to Grant [1], corporate governance is related to the interplay between the key actors in a system—shareholders and managers. In other words, the conflict of interest might occur due to the differences in wants between the shareholders, commonly referred to as the «principle» and the upper management or the "agent". Likewise, the diverging views between shareholders are called "principal-agent problems". These conflicts of interest could be resolved through the application of corporate governance principles.

In essence, corporate governance principles set the rights and responsibilities of each legal entity or participant in a system to avoid conflict of interest and make consensual decisions. Consequently, by ensuring the rights of shareholders, reconciling the interests of managers, and maintaining a transparent environment, each entity within a system can contribute to the value creation and growth of the organization [2].

The principles of Corporate Governance

The current discussions of corporate governance usually revolve around the three significant documents released in 1990. These are the Principles of Corporate Governance by the OECD from 1990, 2004, and 2015, the Cadbury Report from the UK in 1992, and the Sarbanes-Oxley Act from the US in 2002. The first two documents, the OECD report and the Cadbury Report, describe the general core principles of which business should operate to be appropriately governed. Although within the scope of these documents, Corporate Governance is discussed extensively, there are four major and universal principles of Corporate Governance:

1. Accountability;
2. Fairness;
3. Transparency;
4. Responsibility.

The governance within the organization is performed through the Corporate Governance Code that holds the board of directors or the «principle» accountable to the organization's shareholders or the governing body.

Corporate Governance in the context of the Healthcare Sector

Before discussing corporate governance in the healthcare sector specifically, it is essential to point out the two types of organizations present in the healthcare industry: profit and non-profit. As described by Brickley et al. [3], the first distinction to be made is that non-profit organizations could be defined as those institutions whose governing entities or the «principal» do not get the residual profits. Because of that, while non-profit organizations might be subjected to the lower levels of conflict of interests between shareholders, the managerial control mechanism arises. It means that the managers or the «agent» might lack the discipline or the motivation to improve their performance due to the absence of financial

It is worth noting that the fundamental mechanisms of corporate governance apply to corporations and any organization where mitigation of conflicts of interests between various stakeholders is necessary.

Even though the healthcare sector did not receive much attention in the discussion of corporate governance, the latter seems to be crucial in meeting the ever-increasing demand for healthcare services and addressing the political and economic challenges. Within the scope of this report, the implications of corporate governance principles in Kazakhstan's healthcare sector will be discussed. The paper begins with a general overview of CG principles outside and within the healthcare sector, outlining the implications of CG integration into the healthcare sector of Kazakhstan. The purpose of this paper is to familiarize readers with some issues of corporate governance in Kazakhstani healthcare settings.

The search strategy included:

- Examination for national legislative documents.
- The Health code.
- State Laws.
- State Health Care Development Programs.
- Selected peer-reviewed publications found on Google scholar to examine the international experience on the matter.

Additionally, the Code defines the guiding principles for the board of directors into the decision-making process within the organization and into the monitoring of the management or the "agent". The following principle, fairness, refers to the idea that the interests and rights of all shareholders must be protected, and each shareholder must be treated equally in respect to others. In case the rights of shareholders are violated, the board of directors or the «principle» are obliged to compensate for the shareholders' losses or, in other words, to redress effectively. Along with the fairness component, Corporate Governance is based on transparency. The organization or the company must disclose all of the necessary information on financial, environmental, or social situations within it, including the evaluation of performance, the ownership structure, and the governance structure. This information must be accessible freely and on time to all stakeholders. The last principle, responsibility, refers to the idea that the organization that adopted the corporate governance seeks cooperation with the individuals or companies for its development and stability.

stimuli. In addition, it is suggested that due to the non-profit nature of the organization, the effectiveness of the donor and customer monitoring mechanisms might be limited.

Moreover, while for-profit boards or «principle» access the performance of their organization based on the quantitative measures as the profit they are making, the non-profit boards have other measures of effectiveness in terms of the quality of the patient care services, social equity, improved access towards health care and so on [4]. The significant difference between for-profit and non-profit organizations arises from ownership and control. The operation of non-profit organizations is

usually initiated by a wide range of stakeholders, such as the government. In contrast, the governance of for-profit organizations is conducted through the accountability of the boards of directors and upper management towards the shareholders.

In general, the governance of the healthcare sector is indeed an important subject that should not be underestimated. The nation's well-being depends upon the efficient governance of the healthcare sector and timely and orderly decision-making within a system, but the healthcare sector is also a substantial part of the current economy [5]. Likewise, according to Boscheck [6], the growth of up to 30% of GDP is expected by the healthcare sector in OECD countries by 2030. The challenges posed towards the healthcare sector in terms of the rising costs, technological changes, complex ethical issues, calls for sustainability, political and economic changes, and escalating service demands add up the burden to the management and operation of the system.

Along with these constraints, some healthcare systems are owned by the government, where the board of directors - "the principle" is appointed by the government itself. As Li and Harrison [7, 12] report, within

the governmentally owned and controlled healthcare systems that are expected to provide non-profit and patient-centered services to the population, it is expected that the board and the management are operating under the influence of "influential bureaucrats". On that occasion, the business objectives and the funding might be vague and unclear, posing another challenge for the boards and management.

Despite the fact that the number of challenges the healthcare sector faces is increasing more than ever, the concept of corporate governance in the healthcare industry did not receive much attention in the literature. Nonetheless, as Eeckloo et al. (2004) [8] suggest, corporate governance principles can serve as a solid frame of reference to which the particular organization can adjust its needs. To put it another way, corporate governance can help find a balance between the changing environmental and organizational factors and configurations of the healthcare organization itself, such as structure, the activity of the governing board, the composition of the organization, etc.

Healthcare system in Kazakhstan overview

Despite its efforts, Kazakhstan still ranks lower than the other CIS countries in the European Region on important health and economic indicators [9]. Kazakhstani healthcare system is represented by the Ministry of Health on the Republican level and through healthcare departments of local authorities in each region. Public healthcare facilities could be described as a network of primary, secondary, and tertiary care facilities owned and operated under the healthcare departments, except large-scale national institutions. Even though the Ministry of Health is at the top of the hierarchy, serving as a major stakeholder, the executive power is mainly performed by the regional healthcare departments that have more or less autonomy. Along with the centralized nature of healthcare in Kazakhstan, the system is facing challenges in terms of the corruption levels that are prevalent in healthcare and the whole country overall. By the Corruption Perception Index that Transparency International published, Kazakhstan occupies 102nd place in the world among the 180 countries covered in 2021 [10].

Almost all of the healthcare services are covered through two major governmental packages. Each citizen

in Kazakhstan can receive medical services through the statutory free-of-charge medical assistance (SFMA), and some services that are not included are covered through the Mandatory Social Health Insurance (MSHI), which was introduced in 2020 [11]. Healthcare in Kazakhstan is financed from several sources: public budget funds (including assets of the social health insurance fund), private financing (voluntary health insurance or VHI), and other sources.

Financing of the healthcare system is proportional to the country's gross-domestic-product (GPD) per capita: the higher the GPD of the country, the higher the spending on the healthcare system. In Kazakhstan, the GDP share indicator was significantly lower than that of developed countries and reached 4% of GPD in 2020, according to the data from the tables of the National health accounts of Kazakhstan [13]. In comparison, the USA spending on healthcare constituted 18% of GPD. This indicator generally shows that the limited expenditure for healthcare, coupled with the corruption crisis in a country and poor management, might create colossal losses for the system.

The Importance of Implementing Corporate Governance in the Healthcare Sector in Kazakhstan

The government of Kazakhstan recognized significant issues. Several attempts are being made to improve the healthcare services in the country through comprehensive reforms, including adaptation for corporate governance in the healthcare structures in Kazakhstan. These principles were not entirely new for the governments, as according to Law On state property [14], Section 1, Chapter 1, Article 6 "Principles of State property management", the management of State property is carried out following the principles quite similar to the corporate governance fundamentals:

- 1) legality;
- 2) accountability;
- 3) publicity;

4) effective use of state property for the benefit of society;

5) creating conditions for competitive environment development.

Moreover, Chapter 10, Article 142, "State-owned enterprises on the right of economic management [governing] bodies", states that the supervisory board and the head of the enterprise are the governing bodies of an organization. In addition, Article 148 says that an authorized body of the relevant industry (local executive body) has a right to initiate a supervisory board that provides general management of the company's activities.

Accordingly, the importance of corporate governance was highlighted in the National Plan of the Republic of Kazakhstan – "100 concrete steps", released

in May 2015 [15]. It was dedicated to the "treatment of systemic diseases", and not smoothing out their "external symptoms". Program formulated five institutional reforms to ensure the country's stable development. Corporate governance and the private sector development in medicine outlined as the solution to increasing the availability and quality of services in Step 81/100 under the 3rd institutional reform, "Industrialization and economic growth". In addition, the National Plan emphasized the introduction of mandatory social health insurance, and national priority for primary health care strengthening, for the prevention and early treatment of diseases in Step 80/100 [15].

These measures were outlined in several major national healthcare development programs, including the latest State Program for healthcare development for 2020 – 2025 [15]. According to the program, healthcare organizations established supervisory boards with independent directors. Additionally, medical organizations were evaluated through rating assessment based on the indicators of management, clinical and scientific activities, and the level of corporate governance introduction. These measures were adopted to increase the transparency of medical organizations' activities, including the remuneration system.

However, by the Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan dated 12 Oct 2021 No. 725, State Program for healthcare development for 2020 – 2025 was canceled [15]. The new National project "Healthy Nation" did not emphasize the support for corporate governance development in the healthcare sector, despite the fact that the Ministry of Healthcare coordinates and monitors activities on corporate governance issues in state legal entities in the field of healthcare, according to Article 7 of the National Health Code.

Considering the increasing demands for the Kazakhstani healthcare system, the healthcare sector's organization, governance, and management must be our greatest priority. As it was discussed above, the integration of Corporate Governance is a long-term solution for the challenges Kazakhstan's healthcare system is facing right now.

Literature suggests that incorporation of the Corporate Governance principles into the organizations increases the organization's appeal to the investors because of the transparency and accountability of the system, thus facilitating the organization's financing externally. In turn, an influx of investors to the healthcare system of Kazakhstan might create a more fulfilling

Conclusion

It seems evident that tackling the challenges healthcare systems currently face requires adequate and effective governance and management within the system. While having non-profit and centralized healthcare, Kazakhstan might benefit substantially from the implementation of corporate governance into the healthcare sector. While there might be several adaptations to the CG guidelines into the Kazakhstani

environment for improved management, more effective client service, and technological innovations. Likewise, the system's operational effectiveness increases as the resources are used in favor of the organization's sustainable development. Without a doubt, the implementation of Corporate Governance principles to the Kazakhstani Healthcare sector on the primary, secondary and tertiary care services will serve as a game-changer for the improvement of the quality of healthcare services, rush of investments into the system, increased transparency, and accountability of the system in general.

Clinical governance, one of the performance measures of broader Corporate Governance Practice, has shown tremendous effectiveness in countries like the UK, Canada, and Australia [16-20]. While clinical governance is mainly concerned with the processes occurring within the hospital setting, corporate governance is a broader term that applies to the whole healthcare system. Literature suggests that by adopting effective corporate governance principles within the clinical setting and outside of it, integrated health institutions experienced substantial accountability, transparency, and improvement [20]. Surprisingly, as research indicates, the implementation of corporate governance principles encouraged clinical specialists and patients to be more involved in the governance of the setting, thus facilitating continuous learning and feedback [21].

From the other perspective, the integration of corporate governance into the healthcare system of Kazakhstan might improve the workforce capacity to meet the population's needs. It is no wonder that the institutions that are properly governed have clearly defined responsibilities and roles for each entity in a system [22]. The segregation of duties will help achieve better performance in a workplace both from the perspective of the stakeholders and management.

Likewise, based on the four major principles discussed at the beginning of this report, incorporating corporate governance in the healthcare setting of Kazakhstan will inevitably lead to the implementation of audit, control, and risk management systems. This is based on the «responsibility» principle, meaning that the healthcare system must ensure the prevention and detection of undesired outcomes. In case those outcomes have happened, timely and orderly corrective and preventive actions will be performed regarding the audit and risk management systems.

In this context, the core principles of accountability, fairness, transparency, and responsibility must be sustained. In turn, this would allow the Kazakhstan healthcare system to improve the quality of healthcare services delivered to the population, encourage investments into the system, improve and calibrate the managerial processes within the healthcare setting and facilitate constant improvement and learning.

References

1. Law of the Republic of Kazakhstan "About State Property", with current changes and additions. 2022. Available from URL: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30947363&pos=3;-106#pos=3;-106.
2. State Healthcare Development Program for 2020-2025. 2019. Available from URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000982>
3. Grant G. The evolution of corporate governance and its impact on modern corporate America. *Management Decision*. 2003; 41(9): 923-34. [[CrossRef](#)].

4. Weil T.P. Governance in a period of strategic change in US healthcare. *International Journal of Health Planning and Management*. 2003; 18(3): 247-65. [[CrossRef](#)].
5. Stoicea N., Costa A., Periel L., Uribe A. et al. Current perspectives on the opioid crisis in the US healthcare system: a comprehensive literature review. *Medicine*, 2019; 98(20): e15425. [[CrossRef](#)].
6. Duckett S.J. A new approach to clinical governance in Queensland. *Australian Health Review*. 2007; 31(5): 16-19. [[CrossRef](#)].
7. Page J. Corporate governance and value creation. Research Foundation of CFA Institute. University of Sherbrooke. 2005. Website. [Cited 25 Feb 2022]. Available from URL: <https://www.cfainstitute.org/en/research/foundation/2005/corporate-governance-and-value-creation>.
8. Eeckloo K., Van Herck G., Van Hulle C., Vleugels A. From Corporate Governance To Hospital Governance.: Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. *Health Policy*, 2004; 68(1): 1-15. [[CrossRef](#)].
9. Aringazina A., Gulis G., Allegrante J. P. Public Health Challenges and Priorities for Kazakhstan. *Central Asian Journal of Global Health*, 2012; 1(1) [[CrossRef](#)].
10. Mandatory Social Health Insurance (MSHI). 2021. Website. [Cited 26 Feb 2022] Available from URL: https://egov.kz/cms/en/articles/health_care/osms
11. Plan of the Nation – 100 concrete steps. 2015. Available from URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K1500000100>.
12. Li J., Harrison J.R. Corporate governance and national culture: a multi-country study. *Corporate Governance*. 2008; 8(5): 607-621. [[CrossRef](#)].
13. Pointer D., Stillman D. The essentials of good governance. *Financial literacy, organizational skills and access to the right data are critical*. *Modern Healthcare*. 2004; 34(46): 24-25. [[Google Scholar](#)].
14. National Research Center for Healthcare development. 2020 National healthcare accounts report. 2021. Available from URL: <http://rcrz.kz/index.php/ru/2017-03-12-10-51-14/nats-scheta-zdravookhraneniya-nts>
15. State Healthcare Development Program for 2020-2025. 2019. Available from URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000982>
16. Park S.H., Zhang Y. Cultural entrepreneurship in corporate governance practice diffusion: Framing of "independent directors" by US-listed chinese companies. *Organization Science*, 2020; 31(6): 1359-1384. [[CrossRef](#)].
17. Kleffner A.E., Lee R.B., McGannon, B. The effect of corporate governance on the use of enterprise risk management: Evidence from Canada. *Risk Management and Insurance Review*, 2003;6(1): 53-73. [[CrossRef](#)].
18. Young L. How current trends in UK corporate governance might influence future higher education governance and policy. *Governing Higher Education Today: International Perspectives*, 2019: 153-172. [[Google Scholar](#)].
19. Ong, T. and Djajadikerta, H.G. (2020), "Corporate governance and sustainability reporting in the Australian resources industry: an empirical analysis", *Social Responsibility Journal*, 2020; 16(1): 1-14. [[CrossRef](#)].
20. Eeckloo K., Herck G., Hulle C., Vleugels A. From corporate governance to hospital governance: Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. *Health Policy*. 2004; 68: 1-15. [[CrossRef](#)].
21. Health care financing. 2021. Website. [Cited 26 Feb 2022] Available from URL: https://egov.kz/cms/en/articles/health_care/Health-care-financing
22. The Healthcare Governance & Transparency Association (HeGTA): Principles & Guidelines for Governance in Hospitals. Egypt. 2004. Website. [Cited 25 Feb 2022]. Available from: URL: <https://www.u4.no/principles-and-guidelines-for-governance-in-hospitals-in-egypt>.

Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесіне корпоративтік басқару қағидаттары мен құралдарын енгізу

Айдосов С.¹, Молдажанов А.², Ряполова Н.³

¹ «Қазақстандық денсаулық сақтау менеджерлерінің қауымдастығы» республикалық қоғамдық бірлестігінің құрылтайшысы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: serzhan.aidossov@gmail.com

² «Қазақстандық денсаулық сақтау менеджерлерінің қауымдастығы» Республикалық қоғамдық бірлестігі, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: a.moldazhanov@gmail.com

³ «Қазақстандық денсаулық сақтау менеджерлерінің қауымдастығы» Республикалық қоғамдық бірлестігі, Алматы, Қазақстан. E-mail: nadezhda.ryapolova@alumni.nu.edu.kz

Түйіндіме

Қазақстан Республикасы медициналық қызметтерді жаңғырту бағытында ілгері дамып келеді. Үкіметтің басты приоритеті әрі әлеуметтік сезімтал сала ретінде денсаулық сақтау жүйесінде кез-келген басқа сала секілді процестер мен бизнес-операциялар жүргізілуде. Бұл сала басқару және бақылау тұрғысынан түрлі реформалардан өтті. Корпоративтік басқару өзін ірі бизнес үшін тиімді құрал ретінде көрсеткендіктен, медициналық көмек көрсету үшін тиімді және нәтижелі шешім ретінде таңдалды. Бұл қолжазба - Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтау саласындағы корпоративтік басқаруға арналған жарияланымдар сериясындағы бірінші мақала. Қолжазбада қазіргі таңдағы денсаулық сақтау мекемелеріндегі корпоративтік басқарудың, сондай-ақ, ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің қысқаша шолуы ұсынылған.

Түйін сөздер: корпоративтік басқару, денсаулық сақтау реформалары, Қазақстан Республикасы.

Внедрение принципов и инструментов корпоративного управления в систему здравоохранения Казахстана

Айдосов С. ¹, Молдажанов А. ², Ряполова Н. ³

¹ Учредитель, Республиканское общественное объединение «Казахстанская ассоциация менеджеров здравоохранения», Нур-Султан, Казахстан. E-mail: serzhan.aidossov@gmail.com

² Республиканское общественное объединение «Казахстанская ассоциация менеджеров здравоохранения», Нур-Султан, Казахстан. E-mail: a.moldazhanov@gmail.com

³ Республиканское общественное объединение «Казахстанская ассоциация менеджеров здравоохранения», Алматы, Казахстан. E-mail: nadezhda.ryapolova@alumni.nu.edu.kz

Резюме

Республика Казахстан движется в направлении модернизации медицинских и медицинских услуг. Индустрия здравоохранения, будучи главным приоритетом для правительства и социально чувствительной отраслью, имеет процессы и бизнес-операции любой другой отрасли, и поэтому была предметом реформ с точки зрения управления и контроля. Корпоративное управление зарекомендовало себя как эффективный инструмент для крупного бизнеса, и ввиду этого оно выбрано в качестве пути к эффективному и продуктивному решению для оказания медицинской помощи населению. Это первая статья в серии публикаций, посвященных корпоративному управлению в сфере здравоохранения Республики Казахстан. В данной рукописи содержится краткий обзор корпоративного управления в его нынешнем виде и в учреждениях здравоохранения, а также национальной системы здравоохранения.

Ключевые слова: Корпоративное управление, реформы здравоохранения, Республика Казахстан.

<https://doi.org/10.32921/2225-9929-2022-1-45-53-58>
УДК 61:001.92; 61:331;61:001.12/18
МРНТИ 76.01.39; 76.01.79;76.01.11

Письмо редактору

К вопросу «О роли и значимости подготовки квалифицированных специалистов в области санитарно-эпидемиологической службы» в Республике Казахстан

Исмаилова А.А.

Профессор кафедры общественного здоровья и эпидемиологии, Медицинский университет Астана, Нур-Султан, Казахстан. E-mail: ism.aigul@mail.ru

Резюме

В условиях пандемии COVID-19 назрела необходимость корректировки образовательных программ в медицинских ВУЗах по углубленному изучению вопросов эпидемиологии и профилактики инфекции по таким дисциплинам, как «эпидемиологии» и «гигиена», которые необходимы для подготовки квалифицированных врачей профилактического профиля, и сегодня крайне востребованы в различных медицинских учреждениях и промышленных организациях Казахстана.

Ключевые слова: санитарно-эпидемиологическая служба, санитарный врач, гигиена и эпидемиология, медицинское образование, кадровая политика в здравоохранении.

Corresponding author: Aigul Ismailova, professor of the Department of Public Health and Epidemiology, Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan.
Postal code: 010000
Address: Kazakhstan, Nur-Sultan, Beibitshilik street, 49/A
Phone: +7702181 8291
E-mail: ism.aigul@mail.ru

J Health Dev 2022; 1 (45): 53-58
Recieved: 02-03-2022
Accepted: 18-03-2022



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

Введение

Современная медицина ориентирована сегодня на здорового человека, а охрана здоровья здоровых – ведущий принцип здравоохранения.

Особое место в системе здравоохранения занимает санитарно-эпидемиологическая служба, задачей которой и является практическая реализация принципов профилактической медицины.

Санитарный врач - специалист с высшим медицинским образованием санитарно-гигиенического профиля. Его работа направлена на создание здоровой среды обитания человека и борьбу с разнообразными неблагоприятными факторами, в том числе и вызывающими заболевания. В своей профессиональной деятельности санитарный врач занимается организаторской и воспитательной работой, принимает решение, от которых зависит здоровье населения страны [1].

Санитарно-эпидемиологическая служба является одним из важных государственных органов, которая представляет собой единую централизованную систему органов и учреждений, главной задачей которых является предупреждение, выявление и ликвидация вредного воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды на состояние здоровья населения, профилактика инфекционных и профессиональных заболеваний путем осуществления контроля за санитарно-эпидемиологической ситуацией и надзора за выполнением предприятиями, учреждениями, организациями, должностными лицами и гражданами санитарных правил и норм, гигиенических нормативов, санитарного законодательства и законов Республики Казахстан в честь охраны здоровья человека.

Развитие и современное состояние санитарно-эпидемиологической службы в любой стране имеют глубокие социально-экономические и политические корни.

В Казахстане санитарно-эпидемиологическая служба была создана более 90 лет назад. За период своего создания (1922 г.) структура и функции санитарно-эпидемиологической службы постоянно менялись параллельно с радикальными изменениями в социально-политической и экономической сферах нашего общества и перехода к рыночным отношениям [2]. Для постсоветского пространства нововведением явилось преобразование санэпидслужбы в государственную структуру с переводом ее специалистов в статус государственных служащих. Санитарно-эпидемиологическая служба активно взаимодействовала с другими государственными органами и организациями по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия здоровья населения страны.

На санитарно-гигиенических факультетах медицинских ВУЗов всегда уделялось большое внимание совершенствованию методов преподавания, интегрированию курсов обучения, определению модели специалиста по различным профилям гигиены: коммунальной гигиены, гигиены труда, гигиены детей и подростков, военной гигиены, радиационной гигиены, гигиены питания, а также эпидемиологии (микробиологии, бактериологии, паразитологии, иммунологии и др.).

Выпускники санитарно-гигиенического факультета были востребованы для работы в органах государственного санитарно-эпидемиологического надзора, экспертами в центрах гигиены и эпидемиологии, врачами дезинфекционных станциях, противочумных учреждениях, санитарно-карантинных пунктах, научно-исследовательских институтах, в различных секторах промышленности.

Научно-исследовательская работа по подготовке научных кадров профилактического профиля осуществлялась в таких научных организациях, как Научный центр гигиены и эпидемиологии, Национальный центр гигиены труда и профзаболеваний, Научный центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга и др., основанных выдающимися учеными: Б.А. Атчабаровым, Г.А. Кулкыбаевым, М.Н. Омаровой и др.

К сожалению, вышеуказанные научные центры в 2017 году закрыты и ликвидированы, как научные базы.

Постановлением Правительства Республики Казахстан №126 от 03.02.2003 года была изменена структура исполнительных органов и государственных учреждений, осуществляющих деятельность в области санитарно-эпидемиологического благополучия [3]. Создан Комитет государственного санитарного надзора и разделены службы на государственные органы санитарно-эпидемиологического надзора, осуществляющие контрольно-надзорные функции, и государственные организации, проводящие санитарно-эпидемиологическую экспертизу и лабораторные исследования. Были организованы управления госсанэпиднадзора (ГСЭН) всех уровней, лабораторная служба в соответствующие центры санитарно-эпидемиологической экспертизы (ЦСЭЭ).

Начиная с 2005 года во всех медицинских ВУЗах Казахстана также были закрыты санитарно-гигиенические факультеты, где готовили санитарных врачей по специальности «гигиена, санитария и эпидемиология». Вместо них открыли факультеты «Медико-профилактическое дело» и «Общественное здравоохранение».

Начиная с 2013 года деятельность «Санитарно-эпидемиологической службы», как государственного органа 5 раз подвергалась реформированию без научного обоснования и общественного слушания с участием неправительственных организаций:

- в 2013 году Указом Президента Республики Казахстан на базе Комитета создано Агентство Республики Казахстан по защите прав потребителей [4];

- в 2014 году Указом Президента Республики Казахстан данное агентство упразднено и Постановлением Правительства Республики Казахстан от 14.08.2014 года №933 образован Комитет по защите прав потребителей при Министерстве национальной экономики Республики Казахстан [5,6];

- в 2017 году Указом Президента Республики Казахстан образован Комитет охраны общественного здоровья с присоединением функций Комитета медицинского контроля и созданием Комитета фармацевтического контроля при Министерстве здравоохранения Республики Казахстан [7];

- в 2019 году Постановлением Правительства Республики Казахстан «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения Республики Казахстан» создан Комитет контроля качества безопасности товаров и услуг, путем слияния 3-х Комитетов Министерства здравоохранения Республики Казахстан [8];

- в 2020 году Министерство здравоохранения Республики Казахстан разработало проект реформирования Комитета санитарно-эпидемиологического надзора и медицинского контроля [9].

При реализации Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2016-2019 годы [10] произошла ошибочная переориентация деятельности органов санитарно-эпидемиологического контроля – на службу общественного здоровья, что в корне изменила основные цели, задачи и функции санитарно-эпидемиологической службы и в учреждениях санитарной службы образовался дефицит квалифицированных специалистов.

В результате частого реформирования санитарно-эпидемиологической службы в этих организациях на работу принимали непрофильных специалистов, таких как химики, физики, экологи, метрологи, медсестры, юристы, экономисты и др., которые не в состоянии были обеспечить должное санитарно-эпидемиологическое благополучие населению страны, что и привело уже сегодня к полной утрате былой деятельности Государственного санитарно-эпидемиологического контроля и надзора.

Сегодня вся деятельность санитарно-эпидемиологической службы направлена лишь на текущий надзор и окончательно потеряна основная функция по обеспечению предупредительного надзора, что отразилась на самой государственной санитарной службе, которая потеряла свою привлекательность и независимость.

Следует акцентировать внимание на то, что в настоящее время выпускники медицинских ВУЗов Казахстана факультета «Общественное здравоохранение» получают дипломы о высшем медицинском образовании с указанием в графе специальность «Специалист».

Выпускники этих факультетов, бакалавры с 4-летним сроком обучения, не пройдя полный курс гигиены труда, гигиены питания, коммунальной и радиационной гигиены, гигиены детей и подростков, гигиены окружающей среды, санитарии, эпидемиологии инфекционных заболеваний, вирусологии, паразитологии, внутрибольничных инфекций, дезинфектологии, в лучшем случае, могут работать лишь медицинскими статистами, и не могут проводить качественные санитарно-гигиенические обследования объектов и мероприятия в очагах инфекционных заболеваний.

Подготовка магистрантов и PhD-докторантов по специальности «санитария, гигиена и эпидемиология» во всех медицинских ВУЗах Казахстана снизилась до нуля.

В 2020 году в рамках среднесрочных мероприятий Министерства здравоохранения Республики Казахстан планировали профилизация студентов бакалавриата специальности «Общественное здравоохранение», начиная с

3-го курса по образовательным траекториям: эпидемиология и гигиена, планировалась подготовка в профильной магистратуре и PhD-докторантуре по специализациям эпидемиология и гигиена.

На сегодня в Медицинских университетах Караганды, Семей и Актобе не преподают профильные дисциплины как «Гигиена» и «Эпидемиология».

Направление «Профилактическая медицина» в условиях пандемии инфекции, вызванной новым коронавирусом COVID-19, приобрело как никогда большое значение в нашей стране.

В условиях пандемии потребовалось углубление изучения вопросов по клинике, эпидемиологии и профилактике новой коронавирусной инфекции COVID-19, что вызвало необходимость корректировки образовательных программ в медицинских ВУЗах.

В сложившихся условиях пандемии как никогда актуальным становится широкое применение и дальнейшее развитие научных и образовательных подходов, сформированных на медико-профилактических или санитарно-гигиенических факультетах медицинских ВУЗов [8].

Вопросы эпидемиологии и гигиены стали крайне актуальными не только для врачей медико-профилактического направления (эпидемиологов и гигиенистов), но и для врачей любого профиля.

Стратегической задачей является повышение авторитета специальности «Медико-профилактическое дело» и, при сохранении и преумножении отечественного опыта изучения дисциплин медико-профилактической направленности, гармонизация содержательной части образовательных программ по направлениям специальностей «Медико-профилактическое дело» с мировым сообществом.

При подготовке бакалавров медико-профилактического профиля по специальности «Гигиена, санитария и эпидемиология» необходима корректировка образовательных программ на всех уровнях подготовки, включая краткосрочные дополнительные профессиональные программы повышения квалификации, для формирования компетенций, направленных на предупреждение распространения не только COVID-19 и других актуальных острых респираторных вирусных инфекций.

В связи с этим профессиональные компетенции должны быть сформированы как для работы в органах и учреждениях не только санитарной службы, но и в медицинских организациях, эпидемиологических отделах, отделах иммунопрофилактики министерств и департаментов здравоохранения Республики Казахстан, научно-исследовательских институтах эпидемиологического профиля, эпидемиологических отделах и специализированных центрах, осуществляющих работу по профилактике неинфекционных болезней, центрах общественного здоровья и др.

Заключение

Для подготовки высококвалифицированных специалистов в области санитарно-эпидемиологической службы Министерству здравоохранения совместно с Министерством науки и образования Республики Казахстан уделить особое внимание на решение следующих актуальных вопросов:

- восстановление в медицинских университетах санитарно-гигиенического или медико-профилактического факультета с 6-ти летним обучением по выпуску врачей специальности «Гигиена, санитария и эпидемиология»;
- акцентировать внимание на выделение грантов для магистратуры и PhD-докторантуры по специальности «Гигиена, санитария и эпидемиология».

В дипломах выпускников медицинских ВУЗов факультета Общественное здравоохранения должна быть указана специальность по профилю «Гигиена, санитария и эпидемиология».

После окончания медицинского ВУЗа по специальности «Медико-профилактическое дело» выпускникам должна присваиваться квалификация «Врач по гигиене» и «Врач эпидемиологии».

Работа врачей по этим специальностям является в настоящее время крайне востребованным не только в центрах гигиены и эпидемиологии, но и в различных медицинских учреждениях и промышленных организациях.

Литература

1. Беляева Н.Н., Большаков А.М., Селюжицкий Г.В. и др. Задачи подготовки врача гигиениста на современном этапе // Гигиена и санитария. – 1992. – № 4. – С. 55-58.
Beliaeva N.N., Bol'shakov A.M., Seluzhitskii G.V. i dr. Zadachi podgotovki vracha gigienista na sovremennom etape (The tasks of training a hygienist at the present stage) [in Russian]. Gigena i sanitariia. 1992; 4: 55-58.
2. Шайсултанов К.Ш. Об актуальных мерах по усилению санэпидслужбы Казахстана в современных условиях // Санэпидаудит. – 2020. – №2. – С. 5-13.
Shaisultanov K.Sh. Ob aktual'nykh merakh po usileniiu sanepidsluzhby Kazakhstana v sovremennykh usloviakh (On topical measures to strengthen the sanitary and epidemiological service of Kazakhstan in modern conditions) [in Russian]. Sanepidaudit. 2020; 2: 5-13.
3. О некоторых мерах по реализации Закона Республики Казахстан «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Постановление Правительства Республики Казахстан от 3 февраля 2003 года №126. Режим доступа: https://adilet.zan.kz/rus/docs/P030000126_/history.
O nekotorykh merakh po realizatsii Zakona Respubliki Kazakhstan «O sanitarno-epidemiologicheskom blagopoluchii naseleniia». Postanovlenie Pravitel'stva Respubliki Kazakhstan (On some measures to implement the Law of the Republic of Kazakhstan "On the sanitary and epidemiological welfare of the population". Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan) [in Russian] ot 3 fevralia 2003 goda №126. Rezhim dostupa: https://adilet.zan.kz/rus/docs/P030000126_/history.
4. Об Агентстве Республики Казахстан по защите прав потребителей. Указ Президента Республики Казахстан от 13 ноября 2013 года № 691. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U1300000691>.
Ob Agentstve Respubliki Kazakhstan po zashchite prav potrebitel'ei. Ukaz Prezidenta Respubliki Kazakhstan (On the Agency of the Republic of Kazakhstan for the protection of consumer rights. Decree of the President of the Republic of Kazakhstan) [in Russian] ot 13 noiabria 2013 goda № 691. Rezhim dostupa: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U1300000691>.
5. О реформе системы государственного управления Республики Казахстан. Указ Президента Республики Казахстан от 6 августа 2014 года №875. Режим доступа: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31587233.
O reforme sistemy gosudarstvennogo upravleniia Respubliki Kazakhstan. Ukaz Prezidenta Respubliki Kazakhstan (On the reform of the public administration system of the Republic of Kazakhstan. Decree of the President of the Republic of Kazakhstan) [in Russian] ot 6 avgusta 2014 goda №875. Rezhim dostupa: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31587233.
6. О ведомствах центральных исполнительных органов Республики Казахстан. Постановление Правительства Республики Казахстан от 14 августа 2014 года № 933. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1400000933>.
O vedomstvakh tsentral'nykh ispolnitel'nykh organov Respubliki Kazakhstan. Postanovlenie Pravitel'stva Respubliki Kazakhstan (About departments of the central executive bodies of the Republic of Kazakhstan. Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan) [in Russian] ot 14 avgusta 2014 goda № 933. Rezhim dostupa: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1400000933>.
7. О дальнейшем совершенствовании системы государственного управления Республики Казахстан. Указ Президента Республики Казахстан от 25 января 2017 года №412. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U1700000412#z1>.
O dal'neishem sovershenstvovanii sistemy gosudarstvennogo upravleniia Respubliki Kazakhstan. Ukaz Prezidenta Respubliki Kazakhstan (On further improvement of the public administration system of the Republic of Kazakhstan. Decree of the President of the Republic of Kazakhstan) [in Russian] ot 25 ianvaria 2017 goda №412. Rezhim dostupa: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U1700000412#z1>.
8. О некоторых вопросах Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Постановление Правительства Республики Казахстан: от 10 апреля 2019 года №177. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000177>.
O nekotorykh voprosakh Ministerstva zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan. Postanovlenie Pravitel'stva

Respubliki Kazakhstan (On some issues of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan. Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan) [in Russian] of 10 April 2019 No 177. Rezhim dostupa: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000177>.

9. О некоторых вопросах оказания государственных услуг в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан: от 30 декабря 2020 года №ҚР ДСМ-336/2020. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000022004>.

O nekotorykh voprosakh okazaniia gosudarstvennykh uslug v sfere sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiiia naseleniia. Priказ Ministra zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan (On some issues of public services in the field of sanitary and epidemiological welfare of the population. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan) [in Russian] of 30 dekabria 2020 goda №ҚР DSM-336/2020. Rezhim dostupa: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000022004>.

10. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U1000001113>.

Ob utverzhdenii Gosudarstvennoj programmy razvitija zdravookhraneniia Respubliki Kazahstan «Salamatty Kazakstan» na 2011-2015 gody. Ukaz Prezidenta Respubliki Kazahstan (About approval of the State program of development of health of the Republic of Kazakhstan "Salamatty Kazakhstan" for 2011-2015. Decree of the President of the Republic of Kazakhstan) [in Russian] of 29 nojabrja 2010 goda №1113. Rezhim dostupa: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U1000001113>.

11. Брико Н.И., Миндлина А.Я., Полибин Р.В., Соколова Т.В. и др. Принцип единства науки и практики - необходимая составляющая подготовки компетентного эпидемиолога (к 85-летию кафедры эпидемиологии и доказательной медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова) // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2016. – №3. – С. 83-88. [Google Scholar].

Briko N.I., Mindlina A.Ia., Polibin R.V., Sokolova T.V. i dr. Printsip edinstva nauki i praktiki - neobkhodimaia sostavliaiushchaia podgotovki kompetentnogo epidemiologa (k 85-letiiu kafedry epidemiologii i dokazatel'noi meditsiny Pervogo Moskovskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta im. I.M. Sechenova) (The principle of the unity of science and practice is a necessary component of the training of a competent epidemiologist (on the occasion of the 85th anniversary of the Department of Epidemiology and Evidence-Based Medicine of the First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov)) [in Russian]. Epidemiologiia i infektsionnye bolezni. Aktual'nye voprosy. 2016; 3: 83-88. [Google Scholar].

12. Брико Н.И., Каменская Н.В., Королев А.А., Литвинова Т.М. и др. Индикатор достижения компетенций как средство управления качеством подготовки специалистов медико-профилактического дела // Медицинское образование и вузовская наука. – 2018. – Т. 2. – №12. – С. 6-13. [Google Scholar].

Briko N.I., Kamenskaia N.V., Korolev A.A., Litvinova T.M. i dr. Indikator dostizheniia kompetentsii kak sredstvo upravleniia kachestvom podgotovki spetsialistov mediko-profilakticheskogo dela (The Competence Achievement Indicator as a Means of Quality Management in the Training of Medical and Preventive Specialists) [in Russian]. Meditsinskoe obrazovanie i vuzovskaia nauka. 2018; 2(12): 6-13. [Google Scholar].

«Қазақстан Республикасында Санитарлық-эпидемиологиялық қызмет саласында білікті мамандар дайындаудың рөлі мен мәні туралы» сұраққа қатысты пікір

Исмаилова А.А.

Қоғамдық денсаулық және эпидемиология кафедрасының профессоры, Астана медицина университеті,
Нұр-сұлтан, Қазақстан. E-mail: ism.aigul@mail.ru

Түйіндеме

COVID-19 пандемиясы жағдайында медициналық жоғары оқу орындарында білікті профилактикалық мамандарды даярлау үшін қажетті «Эпидемиология және гигиена» сияқты пәндер бойынша эпидемиология мен инфекцияның алдын алуды тереңдетіп оқыту үшін білім беру бағдарламаларын түзету қажеттілігі туындады. Себебі бұл мамандар қазіргі таңда еліміздің әртүрлі медициналық мекемелері мен өндірістік ұйымдарында жоғары сұранысқа ие.

Түйін сөздер: санитарлық-эпидемиологиялық қызмет, санитарлық дәрігер, гигиена және эпидемиология, медициналық білім, денсаулық сақтаудағы кадрлық саясат.

To the Question "About the Role and Significance of Training of Qualified Specialists in the Field of Sanitary and Epidemiological Service" in the Republic of Kazakhstan

Aigul Ismailova

Professor of the Department of Public Health and Epidemiology, Astana Medical University, Nur-Sultan, Kazakhstan.

E-mail: ism.aigul@mail.ru

Abstract

In the context of the COVID-19 pandemic, there is a need to adjust educational programs at medical universities for in-depth study of epidemiology and infection prevention in such disciplines as "epidemiology and hygiene", which are necessary for the training of qualified preventive doctors, who are currently in high demand in various medical institutions and industrial

Key words: sanitary and epidemiological service, sanitary doctor, hygiene and epidemiology, medical education, HR policy in healthcare.

МАЗМҰНЫ

<i>Тұрмаханбетов Б.М., Керімбаева З.А., Токмурзиева Г.Ж., Reeti Debnath</i> Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау жүйесінде төсек-орын қорын пайдаланудың тиімділігін 5 жылдық талдау	4
<i>Иманова Ж.А., Кулиев Р.С., Орынбасарұлы А.</i> Қазақстан Республикасының ауыл халқын жылжымалы медициналық кешендерді тарту арқылы медициналық қызметтермен қамтамасыз ету	20
<i>Шалабаева Д.С., Оразова Ф.Ұ., Жүсіпова Г.К.</i> Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымының негізгі дәрілік заттарының 21 тізбесін Қазақстандық Ұлттық Дәрілік Формулярмен салыстыра талдау	29
<i>Муханова Г.Т., Оспанәлиева М.С., Қамалиева М.Р., Дүйсенбаева Б.С., Кенжеқұлова Р.Н., Сақанова Л.Х.</i> Қазақстан Республикасында балалар мен жасөспірімдер арасындағы сырқаттанушылықтың құрылымы	36
<i>Айдосов С., Молдажанов А., Ряполова Н.</i> Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесіне корпоративтік басқару қағидаттары мен құралдарын енгізу	47
<i>Исмаилова А.А.</i> «Қазақстан Республикасында Санитарлық-эпидемиологиялық қызмет саласында білікті мамандар дайындаудың рөлі мен мәні туралы» сұраққа қатысты пікір	52

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Турмаханбетов Б.М., Керимбаева З.А., Токмурзиева Г.Ж., Reeti Debnath</i> 5-летний анализ эффективности использования коечного фонда в системе здравоохранения Республики Казахстан	4
<i>Иманова Ж.А., Кулиев Р.С., Орынбасарулы А.</i> Обеспечение сельского населения Республики Казахстан медицинскими услугами с привлечением передвижных медицинских комплексов	20
<i>Шалабаева Д.С., Оразова Ф.Ұ., Жусупова Г.К.</i> Сравнительный анализ 21 перечня основных лекарственных средств Всемирной Организации Здравоохранения с Казахстанским Национальным лекарственным Формуляром	29
<i>Муханова Г.Т., Оспаналиева М.С., Камалиева М.Р., Дуйсенбаева Б.С., Кенжекулова Р.Н., Саханова Л.Х.</i> Структура заболеваемости среди детей и подростков в Республике Казахстан	36
<i>Айдосов С., Молдажанов А., Ряполова Н</i> Внедрение принципов и инструментов корпоративного управления в систему здравоохранения Казахстана	47
<i>Исмаилова А.А.</i> К вопросу «О роли и значимости подготовки квалифицированных специалистов в области санитарно-эпидемиологической службы» в Республике Казахстан	52

CONTENT

<i>Bekzat Turmakhanbetov, Zakira Kerimbayeva, Tokmurziyeva G.Zh., Reeti Debnath</i> 5-year analysis of the effectiveness of the use of the bed fund in the healthcare system of the Republic of Kazakhstan	4
<i>Imanova Zhazira, Ramiz Kuliyeu, Aldiyar Orynassaruly</i> Providing Rural Population of the Republic of Kazakhstan with Medical Services Involving Mobile Medical Complexes	20
<i>Dina Shalabayeva, Galiya Orazova, Gulzira Zhussupova</i> Comparative analysis of 21 lists of essential medicines of the World Health Organization with the Kazakhstan National Medicinal Formulary	29
<i>Gulzhan Mukhanova, Madina Ospanaliyeva, Madina Kamaliyeva, Balzhan Duisenbayeva, Rauza Kenzhekulova, Laura Sakhanova</i> Incidence of Morbidity Among Children and Adolescents in Kazakhstan	36
<i>Serzhan Aidossov, Arystan Moldazhanov, Nadezhda Ryapolova</i> Implementation of Corporate Governance Principles and Instruments into the healthcare System of Kazakhstan	47
<i>Aigul Ismailova</i> To the Question "About the Role and Significance of Training of Qualified Specialists in the Field of Sanitary and Epidemiological Service" in the Republic of Kazakhstan	52

