



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

# Заболевания, поддающиеся амбулаторному лечению, в Республике Казахстан

---

---

Программа  
«Предоставление услуг  
здравоохранения»

Отдел систем  
здравоохранения  
и охраны общественного  
здоровья





Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро



# Заболевания, поддающиеся амбулаторному лечению, в Республике Казахстан

---

Январь 2016 г.

---

Программа  
«Предоставление услуг  
здравоохранения»

Отдел систем  
здравоохранения  
и охраны общественного  
здоровья

# Аннотация

Цель данного исследования – выявить элементы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Республике Казахстан, нуждающиеся в укреплении, во избежание необоснованных госпитализаций при заболеваниях, поддающихся амбулаторному лечению (ЗПАЛ). ЗПАЛ – это заболевания, при которых можно избежать госпитализации или экстренной медицинской помощи при условии их эффективного лечения и профилактики на уровне ПМСП. Возможные варианты укрепления ПМСП отражены в ряде рекомендаций по выработке политики. Настоящая публикация подготовлена в рамках многостранового исследования по ЗПАЛ, проводимого Европейским региональным бюро ВОЗ.

## Ключевые слова

AMBULATORY CARE  
PRIMARY HEALTHCARE  
DELIVERY OF HEALTH CARE  
HOSPITALIZATION  
KAZAKHSTAN

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро:  
<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

## © Всемирная организация здравоохранения, 2016 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

# Содержание

Рисунки .....	vi
Таблицы .....	vi
Выражение благодарности .....	vii
Сокращения .....	viii
Резюме .....	ix
1. Введение .....	1
2. Методы .....	2
2.1 Анализ документации по услугам здравоохранения .....	2
2.2 Уровни госпитализации .....	2
2.3 Отбор ЗПАЛ: консультация с заинтересованными сторонами .....	2
2.4 Ограничения данного исследования .....	3
3. Сбор доказательной базы для анализа проблемы ЗПАЛ .....	4
3.1 Выбранные ЗПАЛ и предотвратимая госпитализация .....	6
3.2 Региональные различия .....	7
3.3 Краткая информация о ЗПАЛ .....	13
4. Предоставление услуг здравоохранения в связи со ЗПАЛ .....	15
4.1 Руководство и управление услугами здравоохранения .....	15
4.2 Модель медико-санитарной помощи .....	18
4.3 Организация поставщиков .....	21
4.4 Улучшение показателей работы и повышение качества .....	23
4.5 Краткое описание системы предоставления медицинских услуг для ЗПАЛ .....	28
5. Рекомендации по вопросам политики .....	31
5.1 Оптимизация модели предоставления услуг на уровне ПМСП .....	31
5.2 Продвижение использования клинических протоколов и руководств .....	32
5.3 Регулирование стимулов для улучшения ведения заболеваний в амбулаторных условиях .....	33
5.4 Усиление стратегии рационального использования антибиотиков и решение проблемы самолечения .....	33
5.5 Расширение прав и возможностей населения и вовлечение пациентов .....	34
Список литературы .....	35
Приложение 1. Обзор аналитической базы исследования по ЗПАЛ .....	38
Приложение 2. Опрос поставщиков по ЗПАЛ в Казахстане .....	40
Приложение 3. Участники консультативного совещания с работниками здравоохранения, 19 мая 2014 г. ....	44
Приложение 4. Участники консультативного совещания с заинтересованными сторонами в Казахстане, 20 мая 2015 г. ....	48

## Рисунки

Рисунок 1.	Результаты опроса поставщиков медицинских услуг по ранжированию важности ЗПАЛ и оценке уровня предотвратимой госпитализации . . . . .	4
Рисунок 2.	Уровень госпитализации при инфекциях почек и мочевыводящих путей среди мужчин и женщин, в разбивке по областям, 2014 г. . . . .	8
Рисунок 3.	Уровень госпитализации при инфекциях почек и мочевыводящих путей среди городского и сельского населения, в разбивке по областям, 2014 г. . . . .	9
Рисунок 4.	Уровень госпитализации при артериальной гипертензии среди мужчин и женщин, в разбивке по областям, 2014 г. . . . .	10
Рисунок 5.	Уровень госпитализации при артериальной гипертензии среди городского и сельского населения, в разбивке по областям, 2014 г. . . . .	10
Рисунок 6.	Уровень госпитализации при инфекционных заболеваниях (общее население), в разбивке по областям, 2014 г. . . . .	11
Рисунок 7.	Уровень госпитализации при инфекционных заболеваниях среди городского и сельского населения, в разбивке по областям, 2014 г. . . . .	12
Рисунок 8.	Уровень госпитализации при стенокардии среди взрослого населения (18 лет и старше), в разбивке по полу, 2014 г. . . . .	12
Рисунок 9.	Уровень госпитализации при стенокардии среди городского и сельского взрослого населения (18 лет и старше), в разбивке по областям, 2014 г. . . . .	13

## Таблицы

Таблица 1.	Уровни госпитализации при наиболее распространенных ЗПАЛ, все население, 2014 г., по данным МЗ . . . . .	5
Таблица 2.	Рекомендации по оптимизации модели предоставления услуг на уровне ПМСП . . . . .	31
Таблица 3.	Рекомендации по продвижению использования клинических протоколов и руководств . . . . .	32
Таблица 4.	Рекомендации по регулированию стимулов для улучшения ведения заболеваний в амбулаторных условиях . . . . .	33
Таблица 5.	Рекомендации по усилению стратегии рационального использования антибиотиков и решению проблемы самолечения . . . . .	33
Таблица 6.	Рекомендации по расширению прав и возможностей населения и вовлечению пациентов . . . . .	34

## Выражение благодарности

Данное исследование было запланировано и проведено силами программы «Предоставление услуг здравоохранения». Методическое руководство и управление осуществил Juan Tello (Европейское региональное бюро ВОЗ). Сбор, анализ и представление данных выполнили Marijke Bos, Paria Mosca, Wija Oortwijn и Matthijs Versteegh (научно-исследовательская и консалтинговая фирма Ecoгус в Нидерландах), а также Altynai Satylganova, Baktygul Akkazieva, Saltanat Yegeubayeva, Melita Vujnovic и Juan Tello (Европейское региональное бюро ВОЗ).

Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан оказало поддержку в сборе данных и логистике. Департамент предоставления медико-санитарных услуг содействовал в проведении двухдневного семинара в стране. Республиканский центр развития здравоохранения, а также Республиканский центр электронного здравоохранения предоставили необходимую информацию и статистические данные.

Технический анализ данного документа выполнили Melita Vujnovic, Juan Tello и Baktygul Akkazieva (Европейское региональное бюро ВОЗ).

Программа «Предоставление услуг здравоохранения» является частью Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ. Директор отдела – Hans Kluge.

Выражаем искреннюю благодарность лицам, предоставившим основную информацию, за время, которое они смогли выделить, чтобы поделиться своим опытом.

Редактирование английского документа выполнила Nancy Gravesen. Редактирование русского перевода – издательская компания ТАIS.

Данное исследование выполнено при совместной финансовой поддержке со стороны Министерства здравоохранения, социального обеспечения и спорта Нидерландов и Всемирной организации здравоохранения.

## Сокращения

ВОП	врач общей практики
ЗПАЛ	заболевания, поддающиеся амбулаторному лечению
ККМФД	Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности
КПиР	клинические протоколы и руководства
ЛС	лекарственные средства
МЗ	Министерство здравоохранения и социального развития
МКБ-10	Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-й пересмотр
НИЗ	неинфекционные заболевания
ОМС	обязательное медицинское страхование
ОУЗ	Областное управление здравоохранения
ПГГ	Программа государственных гарантий
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
ФАП	фельдшерско-акушерский пункт
ХОБЛ	хроническая обструктивная болезнь легких

## Резюме

Цель данного исследования – выявить, какие элементы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) нуждаются в укреплении, чтобы не допускать необоснованных госпитализаций при ЗПАЛ в Республике Казахстан (далее – Казахстан). ЗПАЛ – это заболевания, при которых можно избежать госпитализации или экстренной медицинской помощи путем их эффективного лечения на уровне ПМСП. В ряде практических рекомендаций по выработке политики содержится информация по возможным вариантам укрепления ПМСП. Настоящий аналитический отчет выполнен в рамках многостранового исследования по ЗПАЛ в Европейском регионе ВОЗ.

После обзора литературы, описывающей текущую ситуацию по предоставлению медико-санитарных услуг в Казахстане, был проведен анализ уровней госпитализации по ЗПАЛ. На основе этих данных было выполнено анкетирование 21 медработника: врачей общей практики (ВОП), терапевтов, узких специалистов и менеджеров – в целях выявления наиболее актуальных ЗПАЛ для Казахстана и оценки доли госпитализаций при ЗПАЛ, которых можно избежать. Результаты обследования и анализа данных использовались в качестве исходной информации для консультативного совещания заинтересованных сторон с представителями муниципальных поликлиник разных регионов, больниц, органов местного самоуправления, Республиканского центра развития здравоохранения и Министерства здравоохранения и социального развития (МЗ). В ходе совещания и в последующих консультациях с МЗ были отобраны четыре ЗПАЛ, а также определены препятствия и возможности для их эффективной профилактики, диагностики и лечения на уровне ПМСП. Самыми актуальными для Республики Казахстан были

названы такие состояния, как артериальная гипертензия, стенокардия, инфекции почек и мочевыводящих путей, а также грипп. Кроме того, для оценки региональных различий был проведен анализ данных по уровню госпитализации при таких заболеваниях.

Анализ данных показал, что из 448 216 случаев госпитализации в Казахстане (2014 г.) 90 737 случаев были связаны со стенокардией, 62 637 – с артериальной гипертензией, 39 636 – с инфекционными заболеваниями (включая грипп) и 33 613 – с инфекцией почек и мочевыводящих путей. Дальнейший анализ показал, что уровень госпитализации варьируется по областям Казахстана. Например, в Акмолинской области процент зарегистрированных госпитализированных больных при заболеваниях почек и мочевыводящих путей почти в восемь раз выше, чем в г. Алматы (23,3% по сравнению с 3% в 2014 г.). Наибольший разброс региональных показателей в Казахстане относится к госпитализации при стенокардии, инфекционных и паразитарных заболеваниях и болезни Крона.

По данным опроса, по крайней мере 61% из всех случаев госпитализации при гриппе, 44% – при инфекции почек и мочевыводящих путей, 75% – при артериальной гипертензии и 42% – при стенокардии можно было бы избежать путем принятия эффективных мер на уровне ПМСП.

Дальнейший анализ предоставления услуг по отдельным ЗПАЛ показал, что текущая система финансирования медико-санитарной помощи создает нежелательные стимулы к госпитализации. Низкий доступ к амбулаторной помощи в сельской местности ассоциируется с высоким уровнем госпитализации при артериальной гипертензии и отражает имеющееся неравенство в распределении кадровых ресурсов системы здравоохранения. Существующая система выписки и направле-

ния обратно на уровень ПМСП после лечения в стационаре приводит к серьезным задержкам последующего врачебного наблюдения. Необоснованные домашние посещения, которые могут занимать до 4 часов в день, создают большую нагрузку на ВОП. Функции сестринского персонала весьма ограничены, зачастую включают только выполнение административных функций. Результаты показывают, что пациенты часто прибегают к самолечению, плохо соблюдают назначенный режим лечения, что создает дополнительные сложности для ПМСП.

В целом, согласно данным, для снижения уровня госпитализаций требуется укрепление системы ПМСП. Во-первых, МЗ необходимо продолжать реализацию мер, направленных на снижение числа случаев необоснованной госпитализации. Это предусматривает укрепление потенциала на уровне первого контакта пациента с системой здравоохранения, а также повышение управленческой и координирующей роли ПМСП в распределении задач в мультидисциплинарной команде, состоящей из ВОП, терапевта, медсестры и узких специалистов.

Во-вторых, несмотря на значительный прогресс в улучшении доступа к услугам, достигнутый Министерством здравоохранения, требуется дальнейшее укрепление амбулаторного звена в сельской местности. Корень проблем, связанных с существующим неравенством в доступе к медицинскому обслуживанию и чрезмерным числом предотвратимых случаев госпитализации, лежит в нехватке врачей общей практики в сельской местности. Отсутствие общественного транспорта для обеспечения доступа к учреждениям ПМСП является дополнительным препятствием для доступа к амбулаторной помощи и приводит к задержкам в предоставлении медико-санитарных услуг.

В-третьих, текущая система финансирования стационаров стимулирует необоснованную госпитализацию. Этого можно частично избежать за счет повышения уровня возмещения затрат на лекарственные средства на амбулаторном уровне. Кроме того, расширение категории пациентов, имеющих право на бесплатную вакцинацию против гриппа, снизит уровень заболеваемости гриппом, что впоследствии приведет к снижению числа госпитализаций при данном заболевании.

Проблему большого числа внеплановых визитов пациентов и чрезмерной нагрузки на врачей ПМСП, связанной с посещениями пациентов на дому, следует решать путем изменения нормативных положений. Посещения больных на дому могут быть частично заменены телефонными консультациями и эффективным использованием телемедицины. Можно также снизить нагрузку на ВОП за счет расширения функций сестринского персонала, который потенциально может заняться первичной сортировкой пациентов, а также проводить сестринские консультации. Клинические протоколы и руководства (КПиР), разработанные в формате, удобном для пользователя, и привязанные к периодическим курсам повышения квалификации и непрерывного медицинского образования, могут улучшить качество медицинской помощи на амбулаторном уровне. Повышение качества должно также предусматривать рациональное использование антибиотиков.

Наконец, для профилактики и лечения некоторых ЗПАЛ большое значение имеет участие пациентов и расширение прав и возможностей населения. Наличие научно обоснованных клинических руководств по самопомощи для пациентов с хроническими заболеваниями и школ для пациентов даст возможность улучшить результаты лечения и снизить частоту осложнений, ведущих к госпитализации.

## 1. Введение

В данном исследовании представлены результаты и рекомендации по выработке политики в отношении заболеваний, которые можно эффективно предупреждать, диагностировать и лечить на уровне ПМСП в Республике Казахстан (далее по тексту «в Казахстане»).

Настоящий отчет посвящен анализу четырех ЗПАЛ – артериальной гипертензии, стенокардии, инфекции почек и мочевыводящих путей, а также гриппу, – которые выступают в роли маркеров для выявления возможностей и проблем в области укрепления ПМСП в Казахстане.

Данная оценка входит в мультистрановое исследование по ЗПАЛ в Европейском регионе ВОЗ. Этой инициативой были охвачены Германия, Латвия, Португалия и Республика Молдова. Цель многостранового исследования заключается в содействии укреплению ПМСП путем выявления возможностей и проблем эффективного предотвращения, диагностики и лечения ЗПАЛ, что ляжет в основу рекомендаций по выработке контекстуальной и действенной политики, направленной на изменение системы оказания медико-санитарной помощи. Краткое изложение аналитической базы исследования представлено в приложении 1.

Казахстан несет тяжелое бремя преждевременной смертности, причиной которой являются четыре группы неинфекционных заболеваний (НИЗ): сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, хронические респираторные и онкологические заболевания. На их долю в 2014 г. пришлось около 84% всех случаев смерти (1). Многие из

таких хронических заболеваний «чувствительны» к амбулаторной помощи, то есть их можно было бы избежать при эффективно функционирующей сети учреждений ПМСП, которая обеспечивает надлежащую и своевременную профилактику, диагностику, контроль заболеваний и их лечение. Исторически унаследованный излишний коечный фонд и стимулы к чрезмерному использованию стационарной помощи, обусловленные предложением со стороны поставщиков, а также неравномерное распределение ВОП по стране – все эти факторы отрицательно влияют на возможность контроля ЗПАЛ (2–4).

Снижение числа необоснованных госпитализаций является важным показателем качества амбулаторной помощи и эффективности системы здравоохранения. В 2014 г. из 448 216 случаев госпитализации в Казахстане 90 737 были связаны со стенокардией, 62 637 – с артериальной гипертензией, 39 636 – с инфекционными заболеваниями (включая грипп) и 33 613 – с инфекцией почек и мочевыводящих путей. Эти группы заболеваний в значительной степени предотвратимы, что подтверждается также и другими аналогичными исследованиями (5–9).

Данный отчет построен следующим образом. Использованная методология описана в разделе 2. Результаты анализа данных и консультации с заинтересованными сторонами, которые привели к выбору конкретных ЗПАЛ, представлены в разделе 3. Далее, в разделе 4, приведены элементы предоставления медико-санитарных услуг, нуждающиеся в укреплении для эффективного решения проблемы выбранных ЗПАЛ. И, наконец, в разделе 5 описываются рекомендации в области политики, позволяющие эффективно решать проблему отобранных ЗПАЛ на уровне ПМСП в Казахстане.

## 2. Методы

В контексте аналитической базы основные этапы исследования включали анализ соответствующей документации и данных по госпитализации, консультации с заинтересованными сторонами (то есть опросы и семинары) и подтверждение выводов, сделанных экспертами и МЗ. Эти этапы описаны ниже. Обзор аналитической базы, используемой в данной работе, представлен в приложении 1.

### 2.1 Анализ документации по услугам здравоохранения

Для описания текущей ситуации в Казахстане была использована аналитическая база, основанная на общедоступной и «серой» литературе, для того чтобы выявить потенциальные проблемы и возможности, которые препятствуют или, наоборот, способствуют профилактике, диагностике и лечению ЗПАЛ на амбулаторном уровне.

Для получения самой свежей информации о системе здравоохранения Казахстана использовалась стратегия структурированного поиска. Проанализированная информация включает: законодательно-нормативные документы; отчеты миссий и исследования, проведенные на национальном и региональном (областном) уровне; документы и обзоры, доступные для всеобщего ознакомления (*например, 2, 4*). Использовались также индексные базы данных медицинской литературы PubMed и Google Scholar с вводом поисковых терминов по различным элементам аналитической базы. Литература, использованная в данном отчете, охватывает период с 2004 по 2014 г. Поиск литературы ограничивался преимущественно англоязычными документами. Тем не менее

использовались также переводные отчеты, клинические руководства, статьи научных журналов и нормативные акты Министерства здравоохранения и социального развития (МЗ) на русском языке.

### 2.2 Уровни госпитализации

В соответствии с аналитической базой используемые данные по полному перечню ЗПАЛ в 2014 г. состояли из показателей распространенности (числа вставших на учет больных и случаев госпитализации). Данные, предоставленные Министерством здравоохранения, основывались на списках диспансерного учета больных в поликлиниках. Данные по уровням госпитализации были взяты из централизованной больничной базы данных. Была произведена разбивка данных по областям, городам и селам, а также по возрастным категориям (от 0 до 14; от 15 до 17; 18 лет и старше). Показатели госпитализации дали возможность определить самые распространенные ЗПАЛ, а также выявить региональные различия по некоторым ЗПАЛ (см. раздел 3.2). Показатели распространенности использовались в качестве исходных данных для анкетирования медработников.

### 2.3 Отбор ЗПАЛ: консультация с заинтересованными сторонами

Отбор ЗПАЛ был сделан на основе анкетирования медработников. Общее число участников составило 21 (4 ВОП, 10 терапевтов, 5 узких специалистов и 2 менеджера) (приложение 2). Анкета была распространена через профессиональные ассоциации. МЗ были предоставлены дополнительные материалы для получения окончательного перечня ЗПАЛ. Результаты анкетирования представлены в разделе 3.1.

В дополнение к анкетированию был проведен семинар и организован визит консультантов, оказавших помощь в выявлении текущих препятствий и возможностей для оптимального лечения выбранных ЗПАЛ.

В мае 2014 г. в Астане прошел двухдневный семинар. Первый день семинара, в котором участвовали медработники, был посвящен анализу алгоритмов лечения, наличию необходимых ресурсов для лечения и профилактики выбранных ЗПАЛ и определению проблем и возможностей для укрепления ПМСП. Список участников семинара представлен в приложении 3.

Во второй день работы семинара в нем приняли участие делегаты, представляющие системы здравоохранения и работающие в области политики здравоохранения. В фокусе обсуждения был анализ проблем и возможностей систем здравоохранения. Участникам, разделенным на три группы, было предложено проанализировать детерминанты госпитализации в Казахстане. В конце каждого заседания участникам предлагалось ранжировать предложения, сделанные другими группами, для того чтобы определить общие элементы, указанные всеми группами как наиболее важные. Список участников представлен в приложении 4.

Стенокардия изначально не была включена в перечень для анализа. Тем не менее МЗ было предложено включить это патологическое состояние в связи с большим числом связанных с ним госпитализаций. Посколь-

ку решение принималось после семинара, было проведено дополнительное анкетирование. При помощи специалистов Медицинского университета и Института кардиологии была разработана анкета с вопросами, относящимися к стенокардии, и распространена среди врачей в городах Актобе и Алматы. Всего было получено 14 заполненных анкет (7 анкет заполнили ВОП, 6 – кардиологи и 1 – кардиохирург).

На основе результатов анкетирования и двухдневного семинара были описаны ключевые характеристики ЗПАЛ для страны и сформулированы действенные рекомендации по разработке политики. Рекомендации ориентированы на краткосрочный и долгосрочный периоды для преодоления проблем и достижения прогресса в эффективном лечении и профилактике определенных ЗПАЛ на уровне амбулаторного звена в Казахстане.

## 2.4 Ограничения данного исследования

Анализ региональных различий показывает, как варьируется доля госпитализированных больных по регионам, однако понимание причин таких региональных различий потребует более глубокого и специального анализа частоты госпитализаций. Также необходимо исследовать, каковы различия между регионами в постановке больных на учет, поскольку разница в числе госпитализаций может на самом деле быть отражением этих различий.

### 3. Сбор доказательной базы для анализа проблемы ЗПАЛ

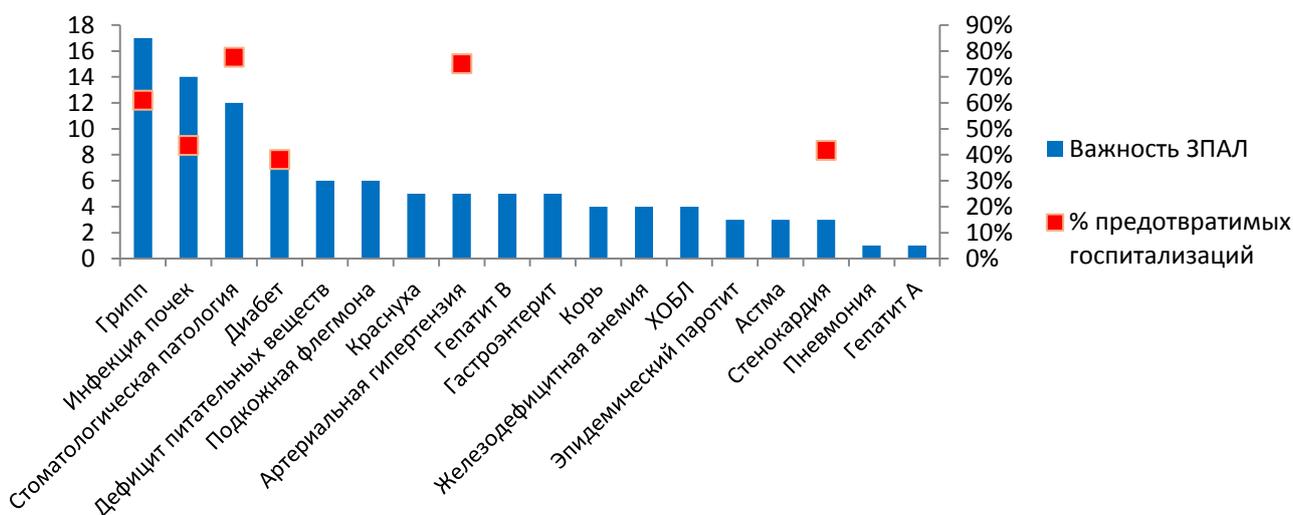
Аналогично исследованиям по ЗПАЛ, проведенным в рамках данной серии оценок в других странах (Латвии, Республике Молдова), использовалась матрица для выбора заболеваний в конкретной стране из перечня наиболее распространенных ЗПАЛ, по данным наблюдений за 10-летний период, содержащегося в исследовании Bardsley et al. (5). В таблице 1 на основании данных за 2014 г., полученных от МЗ, показано общее число больных с соответствующим диагнозом, состоявших на учете в поликлинике, и число случаев госпитализации по каждому диагнозу. Сведения о числе госпитализаций предоставлены стационарами на основании данных по выписке.

Как видно из таблицы 1, уровень госпитализаций превышает 40% при двух ЗПАЛ: пневмонии (85,3%) и инфекционных и па-

разитарных заболеваниях (74,5%). Уровень госпитализаций превышает 30% при двух других ЗПАЛ: эпилепсии (37,2%) и стенокардии (35,6%). Эти результаты послужили основой на следующем этапе анализа и разработки анкеты для опроса поставщиков. Цель опроса заключалась в составлении краткого перечня ЗПАЛ, наиболее актуальных для Казахстана.

Опрошенным специалистам было предложено указать, какие из ЗПАЛ, перечисленных в таблице 1, представляют самую большую проблему для Казахстана, и оценить, какой доли госпитализаций можно было бы избежать при правильном лечении этих заболеваний на амбулаторном уровне (приложение 2). Респондентам также предлагалось назвать какие-либо другие важные ЗПАЛ, не вошедшие в первоначальный список. Результаты опроса представлены на рисунке 1. Процент предотвратимых госпитализаций (обозначенных красными квадратами) был включен только в тех случаях, когда оценка была предоставлена по крайней мере 8 респондентами.

Рисунок 1. Результаты опроса поставщиков медицинских услуг по ранжированию важности ЗПАЛ и оценке уровня предотвратимой госпитализации



Примечание. Опрос 21 респондента был проведен на основе данных 2013 г. (см. также приложение 2).

Таблица 1. Уровни госпитализации при наиболее распространенных ЗПАЛ, все население, 2014 г.<sup>1</sup>

ЗПАЛ	Код по МКБ -10	Общее число случаев <sup>a</sup>	Случаи госпитализации	
			№ <sup>b</sup>	%
Артериальная гипертензия	I10.0–13.0	1 203 548	62 637	5,2
Болезнь Крона, неспецифический язвенный колит	K52.0–52.9	17 226	3 169	18,4
Бронхиальная астма	J45.0–45.9	80 787	14 153	17,5
Другие формы острой ишемической болезни сердца	I23-24	8 591	194	2,3
Железодефицитная анемия	D50	708 062	5 847	0,8
Инфекционные и паразитарные болезни	A15, A16, A19, A35–A37, A80, B05, B06, B161, B169, B180, B181, B26, G000, J10, J11, M014	53 184	39 636	74,5
Пневмония	J12–J16, J18	113 955	97 163	85,3
Почечная инфекция	N10–N12, N15	412 771	33 613	8,1
Сальпингит и оофорит	N70.0–70.9	63 258	17 217	27,2
Сахарный диабет 1-го типа	E10	23 842	6 941	29,1
Сахарный диабет 2-го типа	E11	284 643	15 179	5,3
Сердечная недостаточность	I50.0–50.9	55 479	3 932	7,1
Стенокардия	I20.0–I20.9	254 887	90 737	35,6
ХОБЛ	J44.0–44.9	89 249	22 190	24,9
Хронический бронхит и эмфизема неуточненная	J40–43	193 114	6 635	3,4
Эпилепсия (без психоза и деменции)	G40–41	46 234	17 184	37,2
Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	K25–27	87 986	11 789	13,4

<sup>a</sup> Число больных взято из страновых отчетов по всем случаям, поставленным на учет в поликлинике.

<sup>b</sup> Число пациентов, выписанных из стационара.

<sup>c</sup> % госпитализированных больных = (число госпитализированных больных \* 100) / число случаев.

<sup>1</sup> Численность населения Казахстана на 2014 г. составила около 17,5 млн человек (10).

Как показывает рисунок 1, респонденты чаще всего выбирали такие заболевания, как грипп, инфекции почек, стоматологическая патология и сахарный диабет. По оценкам, доля предотвратимой госпитализации варьировала в диапазоне от 78%

до 38% всех случаев. Респонденты чаще всего указывали на заболевания опорно-двигательного аппарата (артрит и остеоартрит) как на ЗПАЛ, хотя эти заболевания не входят в полный перечень ЗПАЛ (5).

Анализ данных по госпитализациям (количественный) и анкетирование (качественный) показывает, что респонденты по-разному оценивают приоритетность различных ЗПАЛ. Согласно результатам анкетирования (рис. 1) приоритетными считаются такие заболевания, как грипп, инфекции почек и стоматологические заболевания, тогда как при анализе частоты случаев госпитализации (табл. 1) обнаруживается, что заболевания, при которых легче всего предотвратить госпитализацию в Казахстане, – это пневмония, инфекционные и паразитарные болезни, эпилепсия и стенокардия. Согласно методологии данного исследования и исследования Sundmacher et al. (6) необходимо было выбрать по меньшей мере одно острое, одно хроническое и одно вакциноуправляемое заболевание. В Казахстане для дальнейшего анализа были выбраны следующие ЗПАЛ: артериальная гипертензия (хроническое заболевание), инфекция почек и мочевыводящих путей (острое заболевание), грипп (вакциноуправляемое заболевание) и стенокардия (острое заболевание). Хотя выбор заболеваний был в значительной степени обусловлен результатами анализа данных по госпитализации и анкетированию поставщиков медицинских услуг, включение в данный перечень острых и хронических заболеваний позволило учесть различные особенности медицинского обслуживания в Казахстане и предложить действенные рекомендации по выработке политики.

Артериальная гипертензия была выбрана респондентами, поскольку с ней ассоциируется высокое число госпитализаций и она отмечена в результатах анкетирования как одно из приоритетных заболеваний наравне с инфекцией почек и мочевыводящих путей. Грипп был выбран на основе результатов анкетирования медработников. Так как большое число госпитализаций было свя-

зано со стенокардией, после рабочего совещания, проведенного МЗ, было рекомендовано включить стенокардию в перечень для анализа.

### 3.1 Выбранные ЗПАЛ и предотвратимая госпитализация

По мнению респондентов, по крайней мере 75% всех случаев госпитализации при артериальной гипертензии можно было бы предотвратить. Это оценочное число случаев предотвратимой госпитализации ниже, чем подобный показатель в Германии (83%), однако находится в том же диапазоне значений, что и оценка по Соединенному Королевству (60–90%), и выше, чем оценка по Республике Молдова (60%), полученная в рамках аналогичных исследований (8–9, 11).

По оценкам респондентов, по крайней мере 44% случаев госпитализации при инфекции почек и мочевыводящих путей можно предотвратить. Эта цифра ниже по сравнению с результатами аналогичного исследования в Германии (86%) (6), но соответствует проценту предотвратимых случаев в Латвии (47%) (9) и Соединенном Королевстве (30–60%) (11).

Согласно мнению респондентов, как минимум 42% случаев госпитализации при стенокардии можно было бы избежать путем усиления работы на амбулаторном уровне, особенно при наличии действующих клинических протоколов для диагностики и лечения стенокардии на уровне ПМСП. Около 79% опрошенных медицинских работников сообщили, что ВОП имеют возможность диагностировать стабильную стенокардию без консультации кардиолога, и в настоящее время им разрешено выписывать необходимые лекарственные средства (нитроглицерин

и/или бета-блокаторы)<sup>2</sup>. По мнению респондентов, около одной трети от общего числа посещений больных на дому приходится на стенокардию (32,9%). Несмотря на хорошую доступность и охват услугами, направленными на лечение и профилактику этого заболевания на амбулаторном уровне, 86% респондентов указали, что каждый третий пациент со стенокардией не соблюдает стандартный режим лечения. В имеющихся клинических руководствах определены критерии госпитализации больных со стенокардией. Однако респонденты отметили, что 44,1% пациентов со стабильной стенокардией обращаются за медицинской помощью напрямую в стационары или по направлениям от ВОП. Анализ данных стационаров подтверждает, что пациенты со стенокардией зачастую направляются поликлиникой. Существенная доля экстренных госпитализаций приходится на больных со стенокардией, которые жалуются на острую боль в груди, страх смерти и симптомы, которые субъективно воспринимаются ими как тяжелые.

Грипп был отмечен как высокоприоритетное ЗПАЛ. По данным анкетирования, 61% случаев госпитализации при гриппе и его осложнениях можно было бы избежать. В самом деле, распространенную проблему сезонного гриппа можно легко решать на амбулаторном уровне путем эффективного охвата вакцинацией, профилактическими мероприятиями на предприятиях, симптоматической терапии и активного наблюдения за пациентами. По мнению респондентов, основными факторами, которые влияют на такой высокий уровень госпитализации по поводу осложнений гриппа, являются бесконтрольное использование антибиотиков при вирусных заболеваниях и низкий охват вакцинацией взрослого населения.

<sup>2</sup> МЗ были утверждены клинические протоколы и проведено разделение по уровням лечения (амбулаторно или в стационаре) по следующим заболеваниям: инфекции мочевыводительной системы у детей, респираторные инфекции и грипп у взрослых, респираторные инфекции и грипп у детей, пневмония у взрослых, и (не)стабильная стенокардия.

## 3.2 Региональные различия

Региональные различия в показателях рассчитывались как стандартное отклонение процента госпитализации в 14 областях и двух городах (Алматы и Астане)<sup>3</sup>. В 2014 г. самая большая разница в числе госпитализаций отмечалась при стенокардии, инфекционных и паразитарных заболеваниях, а также при болезни Крона. Эти данные не только указывают на различия в медицинской практике и организации медико-санитарных услуг, но также отражают региональные различия в структуре заболеваемости и в качестве сбора данных.

Средний процент госпитализаций по всем ЗПАЛ в 2014 г. был ниже в Алматинской и Мангистауской областях (19,9% и 21,3% соответственно) и выше в Акмолинской и Кызылординской областях (32% и 30,2% соответственно). Различия между уровнем госпитализации в городской и сельской местности по всем областям не имеют выраженных тенденций. Разница между уровнями госпитализации в городской и сельской местности в 2014 г. была выше в Атырауской и Западно-Казахстанской областях, составляя 11,6% и 11% соответственно.

Во всех областях, за исключением трех (Акмолинской, Кызылординской и Северо-Казахстанской), доля госпитализаций при всех ЗПАЛ среди мужчин выше, чем среди женщин. В 2014 г. было госпитализировано 20,8% мужчин и 12,3% женщин с ЗПАЛ. Хотя на разброс значений по уровням госпитализации в разбивке по полу могут влиять многие другие факторы, однако аспекты предоставления услуг, ведущие к таким различиям, требуют дальнейшего анализа для формулировки рекомендаций по выработке политики с учетом гендерных особенностей.

<sup>3</sup> Стандартное отклонение показывает, насколько значения наблюдаемых величин отличаются от среднего значения всех наблюдаемых величин, то есть всей выборки.

Уровень госпитализации по одним и тем же ЗПАЛ характеризуется разбросом значений по областям, что может предполагать различия в объеме, содержании и качестве медико-санитарных услуг, предоставляемых амбулаторным звеном в конкретных областях. Региональные различия по уровню госпитализации при определенных ЗПАЛ подробно проанализированы в следующих подразделах.

### 3.2.1 Инфекции почек и мочевыводящих путей

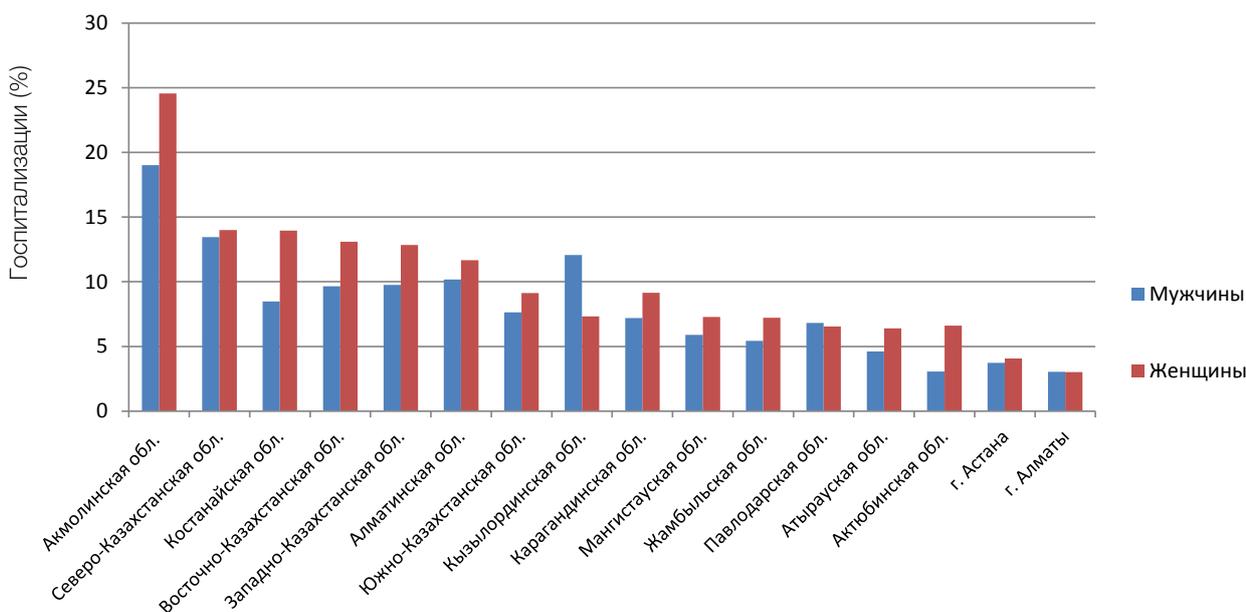
Самый большой разброс среди всех выбранных ЗПАЛ в числе госпитализаций по регионам отмечается в случаях инфекций почек и мочевыводящих путей. В Акмолинской области уровень госпитализации при инфекциях почек и мочевыводящих путей в 2014 г. был примерно в 4,5 раза выше, чем в Актюбинской области (23,3% и 5,2% соответственно).

Возрастная разбивка всех случаев госпитализации при инфекциях почек и мочевыводящих путей показывает, что 23,6% выписанных пациентов были в возрасте 0–14 лет, 4,5% – в возрасте 15–17 лет и 71,9% – взрослые в возрасте 18 лет и старше.

Гендерная разбивка показывает, что при инфекциях почек и мочевыводящих путей в большинстве территорий<sup>4</sup> (в 14 из 16) женщины были госпитализированы намного чаще, чем мужчины (рис. 2). Несмотря на то что в структуре заболеваний инфекции почек и мочевыводящих путей более распространены среди женщин (12), данные по Кызылординской области показывают обратную тенденцию: более высокий уровень госпитализации отмечается среди мужчин (12,1%), по сравнению с женщинами (7,3%).

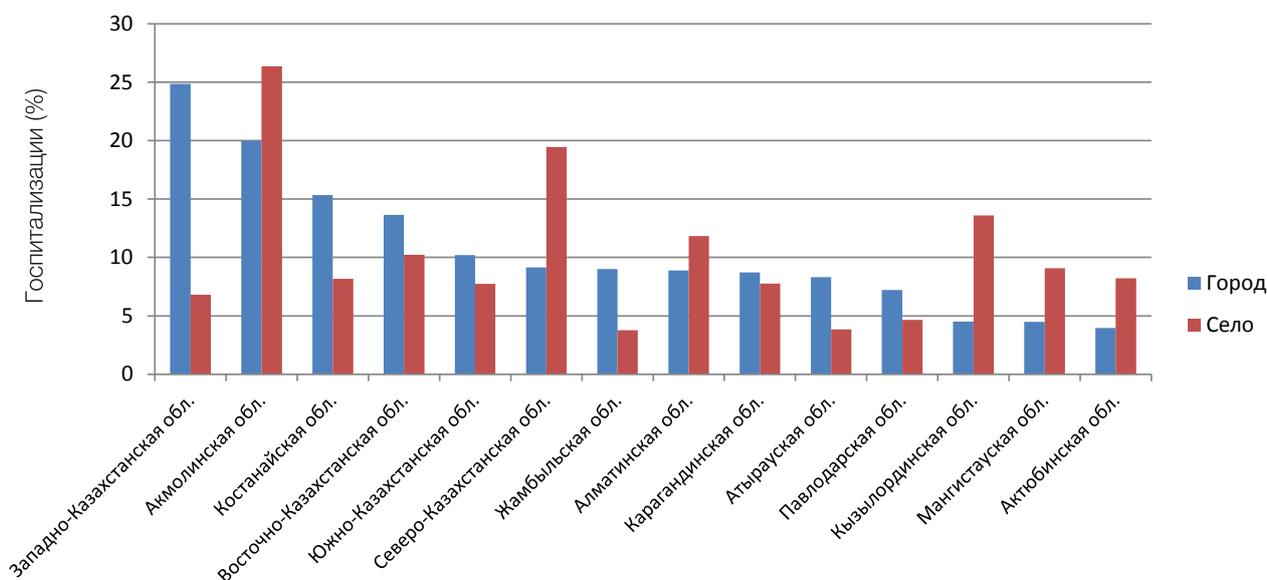
<sup>4</sup> Под территориями подразумеваются 14 областей и 2 города, которые были охвачены данным исследованием.

Рисунок 2. Уровень госпитализации при инфекциях почек и мочевыводящих путей среди мужчин и женщин, в разбивке по областям, 2014 г.



Разбивка данных по городской и сельской местности не дает выраженных различий. В 8 областях уровень госпитализации выше среди городского населения по сравнению с сельским, в то время как в остальных 6 областях уровень госпитализации выше среди сельского населения (рис. 3).

Рисунок 3. Уровень госпитализации при инфекциях почек и мочевыводящих путей среди городского и сельского населения, в разбивке по областям, 2014 г.

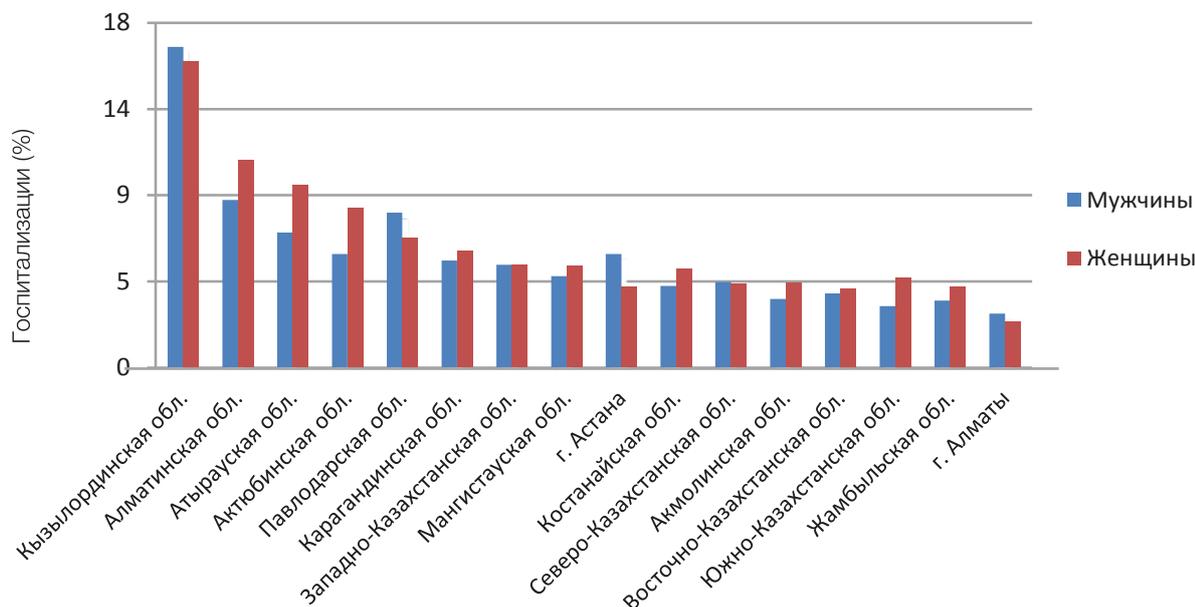


### 3.2.2 Артериальная гипертензия

Рисунок 4 показывает широкий разброс в уровне госпитализации при артериальной гипертензии по регионам. Самый высокий уровень госпитализации отмечен в Кызылординской области (16,3%), за ней следуют Алматинская область (10%) и Атырауская область (8,4%). Самый низкий уровень госпитализации зарегистрирован в г. Алматы (2,5%), Жамбылской, Южно-Казахстанской и Восточно-Казахстанской областях (во всех по 4%).

Разбивка по полу и по регионам показывает, что в 10 из 16 территорий основная часть пациентов, госпитализированных с артериальной гипертензией, это женщины. Наибольшая разница в уровне госпитализации между мужчинами и женщинами в 2014 г. была отмечена в Атырауской области и составляла 7,1% и 9,5% соответственно.

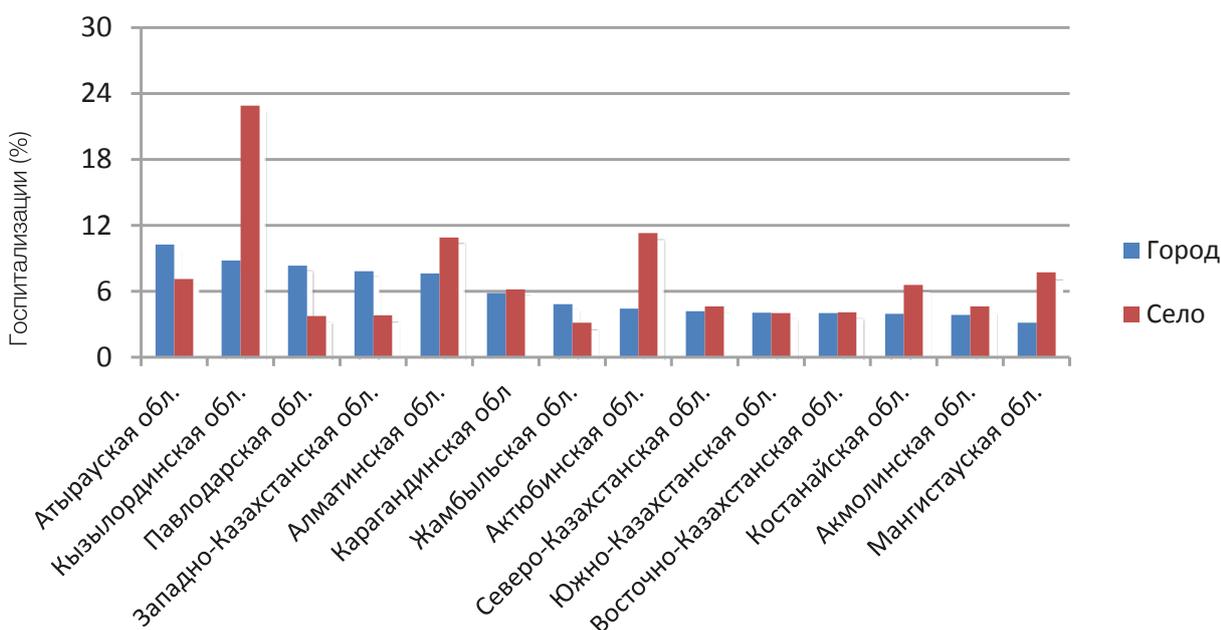
Рисунок 4. Уровень госпитализации при артериальной гипертензии среди мужчин и женщин, в разбивке по областям, 2014 г.



Существует явная прямая зависимость между частотой случаев госпитализации, связанных с артериальной гипертензией, и проживанием в сельских районах (рис. 5). В Кызылординской области за 2014 г., например, отмечается самый высокий уровень госпитализации при артериальной гипертензии (16,3%), который характеризуется большим разбросом зна-

чений по уровням госпитализации в сельской и городской местности (22,9% и 8,8% соответственно). В нескольких областях, где большее число госпитализаций при артериальной гипертензии приходится на городское население (Атырауская, Павлодарская, Западно-Казахстанская и Жамбылская области), различия не превысили 4,6%.

Рисунок 5. Уровень госпитализации при артериальной гипертензии среди городского и сельского населения, в разбивке по областям, 2014 г.



### 3.2.3 Инфекционные заболевания, включая грипп

На рисунке 6 показан процент госпитализаций в связи с инфекционными заболеваниями, включая грипп. Данные по инфекционным заболеваниям в разбивке по полу отсутствуют. В 15 из 16 территорий доля госпи-

тализаций превысила 50%. В Павлодарской и Южно-Казахстанской областях в 2014 г. 99,3% случаев инфекционных заболеваний, зарегистрированных на уровне ПМСП, привели к госпитализации. Самый низкий уровень госпитализации при инфекционных заболеваниях отмечается в Алматинской области (49,3%).

Рисунок 6. Уровень госпитализации при инфекционных заболеваниях (общее население), в разбивке по областям, 2014 г.

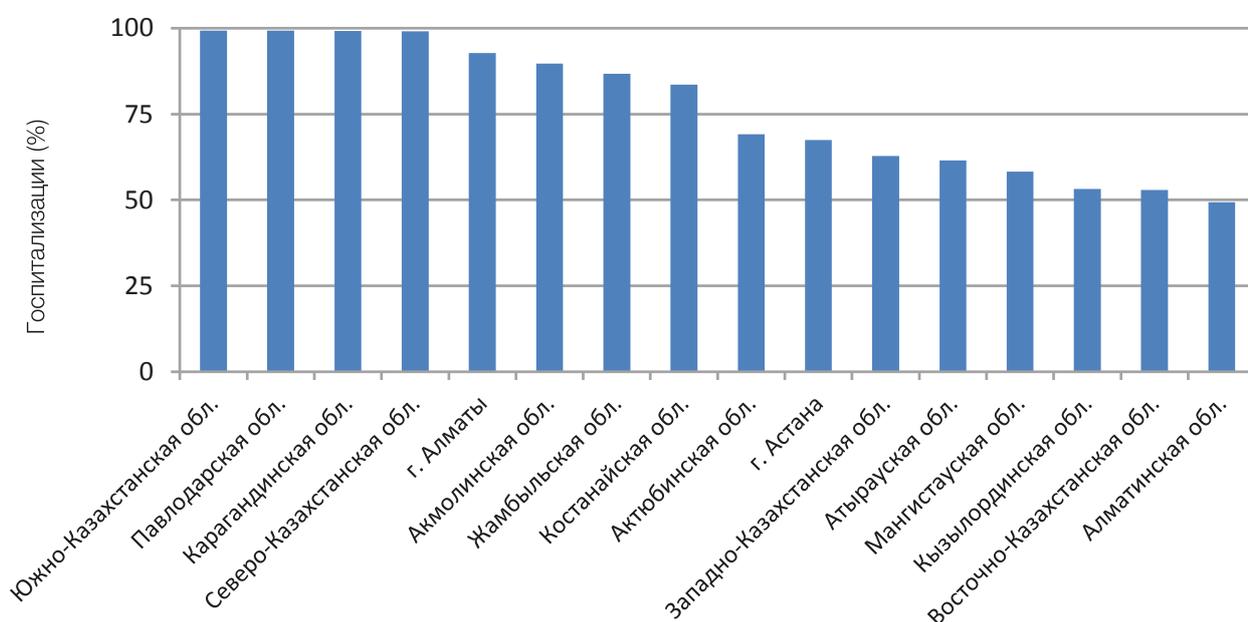
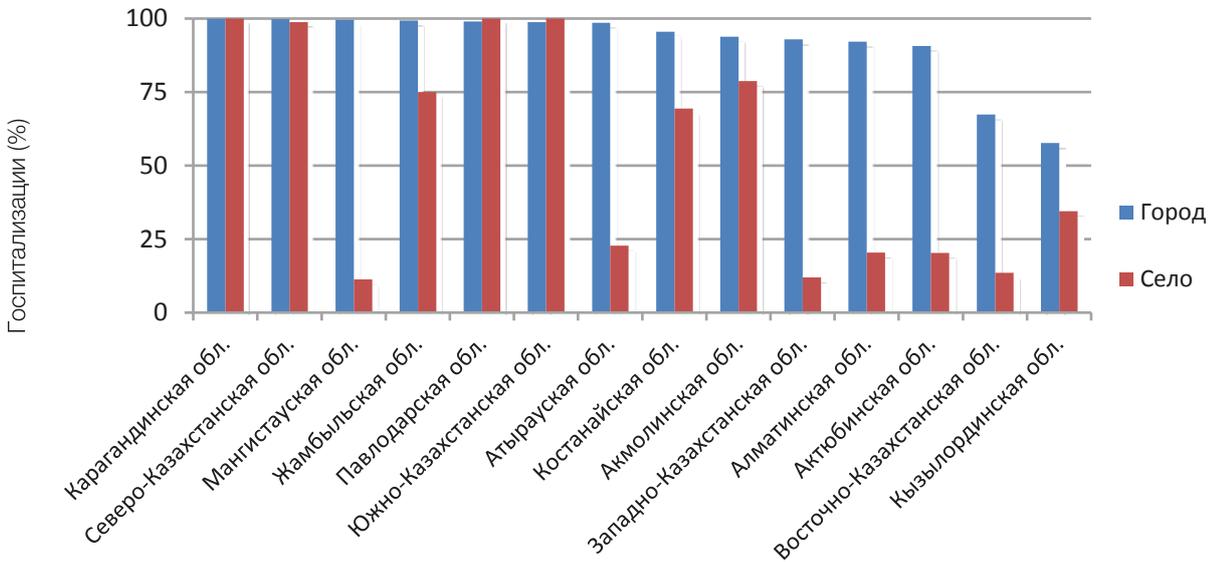


Рисунок 7 показывает, что большинство случаев госпитализации, связанных с инфекционными заболеваниями, приходится на городское население, причем самая большая разница отмечается в Мангистауской области (88,2% между числом госпитализированных случаев среди городского и сельского населения).

Следует отметить, что анализ данных включает в себя все инфекционные заболевания, в том числе и грипп. Следовательно, взаимосвязь между проживанием населения в городах и более высоким уровнем госпитализации следует рассматривать с осторожностью.

Рисунок 7. Уровень госпитализации при инфекционных заболеваниях среди городского и сельского населения, в разбивке по областям, 2014 г.

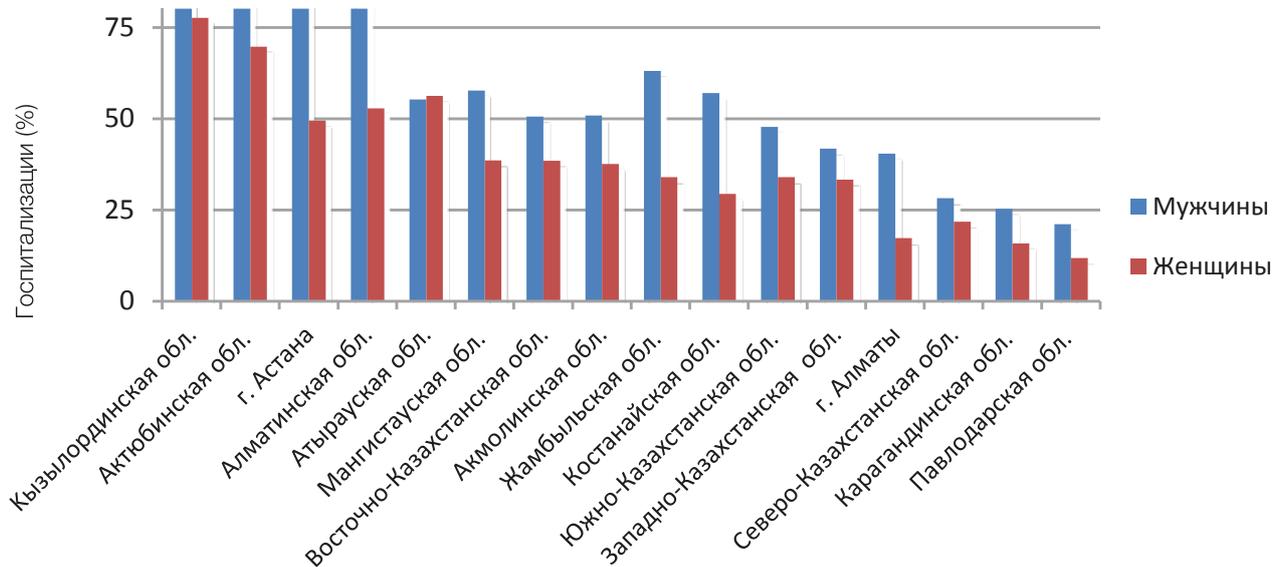


### 3.2.4 Стенокардия

В 2014 г. в 5 из 16 территорий уровень госпитализации при стенокардии превысил 50% (рис. 8). Самое большое число госпитализаций приходится на Кызылординскую область (85,4%), далее идут Актюбинская область и г. Астана (77% и 75,2% соответственно). Самый низкий уровень госпитализации отмечается в Павлодарской области (15,9%).

За исключением Атырауской области, основная часть пациентов, госпитализированных в связи со стенокардией, – мужчины. В г. Астана 98,7% госпитализированных в связи со стенокардией составили мужчины, в то время как в Павлодарской области данный показатель достиг только 21%.

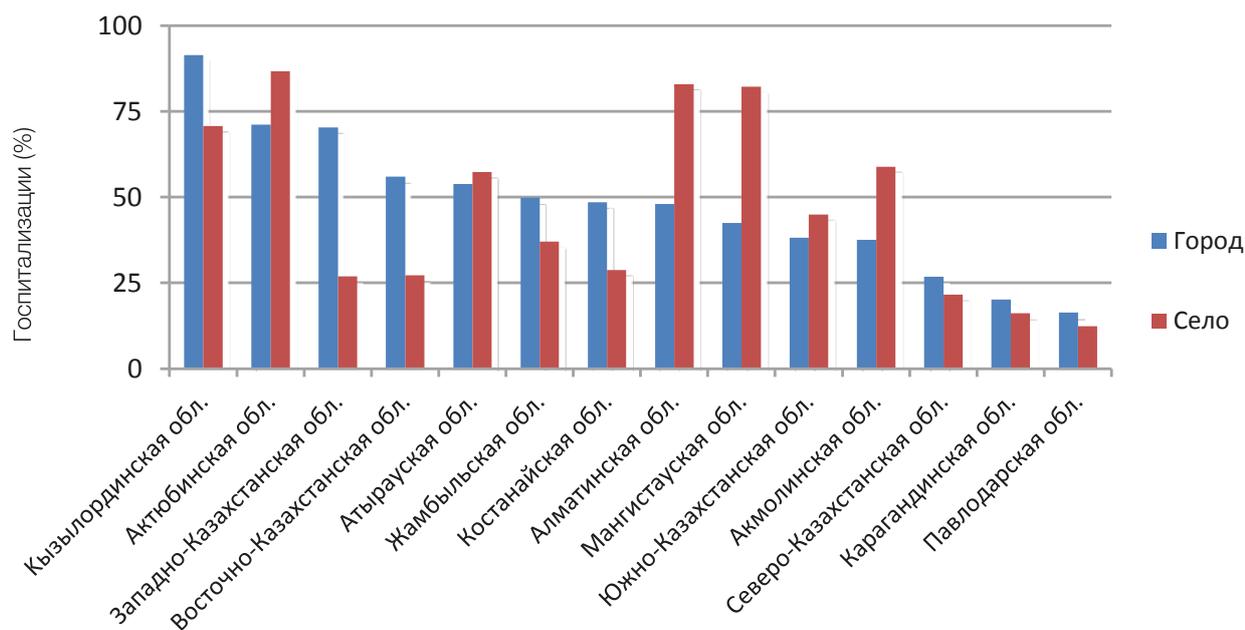
Рисунок 8. Уровень госпитализации при стенокардии среди взрослого населения (18 лет и старше), в разбивке по полу, 2014 г.



Соотношение числа госпитализаций при стенокардии среди городского и сельского населения (рис. 9) показывает, что в шести областях более высокие значения наблюдались среди сельского населения (Актюбин-

ская, Атырауская, Алматинская, Мангистауская, Южно-Казахстанская, Акмолинская области). Рисунки 8 и 9 показывают статистику среди взрослого населения (18 лет и старше).

Рисунок 9. Уровень госпитализации при стенокардии среди городского и сельского взрослого населения (18 лет и старше), в разбивке по областям, 2014 г.



### 3.2.5 Аспекты, которые следует учитывать при анализе региональных различий в статистических данных

Важно подчеркнуть, что без наличия дополнительной информации, помимо уровня госпитализации среди случаев, зарегистрированных на уровне ПМСП, можно вести речь только о том, что данные по областям отличаются друг от друга. Невозможно сделать какие-либо выводы о различиях в подходах к лечению больных между стационарами (например, недостаточное или чрезмерно интенсивное лечение) и/или в постановке пациентов на учет, ведении медицинской документации и кодировании диагнозов. Для понимания региональных (областных) различий необходимо провести специальный анализ структуры заболеваемости и качества

данных, что выходит за рамки задач данного исследования.

### 3.3 Краткая информация о ЗПАЛ

Четыре вида заболеваний, поддающихся амбулаторному лечению и обуславливающих высокий уровень госпитализации в Казахстане, могли бы быть предотвращены путем дальнейшего улучшения предоставления услуг на амбулаторном уровне. На основе описанной методологии были определены самые актуальные для Казахстана заболевания, поддающиеся амбулаторному лечению. Это инфекции почек и мочевыводящих путей, артериальная гипертензия, грипп и стенокардия.

В Казахстане в 2014 г. были госпитализированы 8,1% всех зарегистрированных больных с инфекциями почек и мочевыводящих путей. Примерно 44% этих случаев госпитализации могли быть предотвращены. Эти выводы соответствуют данным аналогичных исследований в Латвии (47%) и Соединенном Королевстве (30–60%) (9, 11), причем этот показатель в Казахстане ниже, чем в Германии (86%) (6). В 13 из 16 проанализированных территорий отмечается более высокий уровень госпитализации среди женщин. По данному заболеванию не было выявлено каких-либо закономерностей относительно случаев среди городского и сельского населения.

В 2014 г. были госпитализированы 5,2% больных артериальной гипертензией из всех зарегистрированных с этим диагнозом. Трех четвертей (75%) этих случаев госпитализации можно было избежать. Данный вывод соответствует данным аналогичных исследований в Республике Молдова (60%), Соединенном Королевстве (60–90%), и этот показатель ниже, чем в Германии (83%)

(6, 8, 11). Число госпитализаций при артериальной гипертензии на селе выше, чем в городе, среди женщин выше, чем среди мужчин.

По оценкам опрошенных медработников, 61% госпитализаций при гриппе можно было бы избежать при надлежащем медицинском обслуживании на амбулаторном уровне. Хотя и ведется учет данных по инфекционным заболеваниям, включая грипп, однако эти данные не позволяют сделать разбивку по полу.

В 2014 г. было госпитализировано 35,6% пациентов, состоявших на учете на уровне ПМСП в связи со стенокардией. Примерно 42% этих случаев госпитализации можно было избежать. Анализ данных показывает, что большинство госпитализированных составляют мужчины. В следующем разделе анализируются проблемы и возможности в системе предоставления лечебно-профилактических услуг по некоторым ЗПАЛ в Казахстане.

## 4. Предоставление услуг здравоохранения в связи со ЗПАЛ

В предыдущем разделе говорилось о том, что заболевания, поддающиеся амбулаторному лечению, приводят к высокому уровню госпитализации, но могут быть легко предотвращены на амбулаторном уровне. В данном разделе анализируются возможности и препятствия для снижения высокого уровня госпитализации в случае ЗПАЛ с позиций предоставления медицинских услуг, с упором на планирование услуг, организацию работы поставщиков, повышение эффективности и управление системой медицинского обслуживания, которые оказывают влияние на уровень госпитализации в случае отдельных ЗПАЛ.

В последние годы система здравоохранения Казахстана претерпела кардинальные перемены, которые выразились в децентрализации механизмов финансирования и предоставления услуг, с перспективой предоставления большей автономии учреждениям на областных и районных уровнях через областные управления здравоохранения (ОУЗ). В связи с этим МЗ стало в большей мере выполнять функции национального регулирующего органа, в частности осуществляющего надзор за деятельностью больниц и медицинских учреждений третичного уровня (2).

В последние годы Казахстаном поэтапно внедрялась Единая национальная система здравоохранения: с 2010 по 2012 год усилия были направлены на модернизацию организаций здравоохранения вторичного и третичного уровней, а с 2014 по 2016 год – на улучшение предоставления амбулаторных медицинских услуг.

### 4.1 Руководство и управление услугами здравоохранения

#### 4.1.1 Медицинское страхование и охват услугами здравоохранения

Система финансирования здравоохранения Казахстана основана на отчислениях из общего государственного бюджета. В рамках Концепции реформирования Единой национальной системы здравоохранения предусмотрено создание системы обязательного медицинского страхования (ОМС) к 2017 г. Закон об ОМС был принят парламентом Республики Казахстан в октябре 2015 г. В Казахстане уже имеются многие предпосылки для успешного реформирования ОМС, такие как пакет государственных гарантий (ПГГ), разделение между заказчиками и поставщиками медицинских услуг и свободный выбор поставщика медицинских услуг.

В Казахстане 64,6% расходов на здравоохранение несет государственный сектор. Доля частного медицинского страхования составляет всего 0,1% от общих расходов на здравоохранение. В настоящее время правительство прилагает усилия по увеличению числа лиц, охваченных добровольным/частным медицинским страхованием, и работодателей, предлагающих такое страхование для своих работников (2, 13). Несмотря на то что укрепление ПМСП является ключевым приоритетом для Казахстана (14), расходы стационаров составляют около 62% от государственного бюджета здравоохранения, а расходы на ПМСП составляют 34% от общих государственных расходов на здравоохранение (15).

ПГГ включает медицинские услуги, закрепленные в периодически обновляемых законодательных актах и финансируемые из государственного бюджета (2). Содержит

жание ПГГ пересматривается каждые два года; пакет включает экстренную медицинскую помощь и отдельный перечень амбулаторных и стационарных услуг (16), предоставляемых бесплатно. Существует также перечень гарантированных бесплатных лекарственных препаратов для амбулаторного лечения хронических больных, детей, подростков, женщин репродуктивного возраста и уязвимых групп населения (2). Стоматологическая помощь для взрослых не включена в ПГГ, за исключением экстренных случаев и услуг для беременных женщин и детей. Услуги, не включенные в ПГГ, покрываются за счет официальных платежей пользователей, отчислений добровольного медицинского страхования, работодателей и других источников.

В отношении ЗПАЛ, рассматриваемых в данном документе, ПГГ включает стационарные и амбулаторные услуги при артериальной гипертензии, стенокардии и инфекции почек и мочевыводящих путей. ПГГ не включает вакцинацию против сезонного гриппа, за исключением особых групп населения. Как правило, стационарные услуги для лечения всех отобранных ЗПАЛ, в том числе обеспечение лекарственными препаратами, предоставляются бесплатно, в то время как большинство лекарственных препаратов для амбулаторного лечения граждане приобретают за свой счет.

В целом уровень госпитализации является одним из показателей, используемых для выделения средств на амбулаторное лечение и применения финансовых санкций в случае необоснованных госпитализаций.

#### 4.1.2 Доступ к услугам и личные платежи граждан

По данным исследований, проведенных в 2008 г., доля финансирования стацио-

нарных услуг по-прежнему преобладает над долей финансирования амбулаторных услуг, при этом на финансирование первых выделяется в 2,6 раза больше средств (2). Более поздние исследования показывают, что, несмотря на усилия МЗ по укреплению ПМСП (2,17), на стационары приходится наибольшая доля государственных расходов на здравоохранение (61% в 2012 г.).

В 2013 г. частные расходы составили 32% от общих расходов на здравоохранение в Казахстане (18). Большинство личных платежей граждан, как правило, совершается в амбулаторных условиях (82,7% всех частных платежей в 2008 г.). Эти цифры можно объяснить тем, что пациенты должны платить за лекарственные препараты в амбулаторных условиях, в то время как препараты для госпитализированных пациентов предоставляются бесплатно. В результате такие нормативные положения стали нежелательным стимулом для необоснованного стационарного лечения в ущерб амбулаторной помощи (2). Доля неофициальных платежей считается высокой, однако точные данные по их размерам отсутствуют (2).

Исследование, проведенное в 2012 г., показывает, что всего 4,1% пациентов из числа заболевших в предыдущем году не обращались за помощью, поскольку не могли себе позволить этого по материальным соображениям (19), что свидетельствует о позитивных тенденциях финансовой защиты населения от непомерных расходов на здравоохранение. Это приобретает особое значение, поскольку неудовлетворенная потребность в медицинских услугах является важным фактором обострения ЗПАЛ, что в конечном итоге приводит к госпитализации из-за острых состояний.

#### 4.1.3 Доступ к услугам в нерабочие часы

Учреждения ПМСП официально работают с 8 до 20 часов с понедельника по пятницу (20). Врачи принимают пациентов в нерабочие часы один раз в неделю в вечернее время и один раз в месяц по выходным (обычно по субботам). Врачи общей практики также предоставляют телефонные консультации и экстренные медицинские услуги, доступные круглосуточно. При опросе в рамках обследования, проведенного в 2011 г., пациенты отметили, что ситуация с доступностью услуг в нерабочее время требует улучшения (13), и услуги горячей линии (Интернет/телефон) должны быть более удобными для пользователей.

#### 4.1.4 Наличие и распределение медицинских кадров

Нехватка ВОП остается серьезной проблемой для укрепления ПМСП в Казахстане. В 2014 г. насчитывалось 7806 врачей общей практики, примерно 4,5 врача общей практики на 100 000 населения – меньше, чем это предусмотрено нормативами (5,9 на 100 000). Несмотря на внедрение в начале 2000-х годов специальности семейного врача<sup>5</sup> на амбулаторном уровне, в 2013 г. в учреждениях ПМСП вакансии должностей семейных врачей были заполнены лишь на одну треть. Медицинские кадры в ПМСП<sup>6</sup> включают 2318 семейных врачей (30%), 2866 терапевтов (37%) и 2622 педиатров (33%) (21). Согласно постановлению правительства, семейный врач по норме должен обслуживать 2000 человек смешанного населения, терапевт – 2200 взрослых и пе-

диатр – 900 детей (22). На каждую должность семейного врача по штату предусмотрены 3 должности ассистирующих медсестер, на каждого терапевта или педиатра – 2 медсестры.

Существует определенный дисбаланс в распределении врачей по стране – с высокой концентрацией в городской местности (583 на 100 000 населения в 2009 г.) по сравнению с сельской местностью (141 на 100 000) (2, 21, 23–24). Дефицит особенно ощущается в Северо-Казахстанской, Костанайской и Мангистауской областях (23) (Европейское региональное бюро ВОЗ, неопубликованные данные, 2015 г.). Существует неравномерное распределение медицинских кадров между уровнями оказания медицинской помощи. Согласно постановлению правительства, изданному в 2012 г., 55% всех медицинских работников должны быть трудоустроены в учреждениях ПМСП, однако в 2014 г. в учреждениях ПМСП работали лишь 51,3% медицинских кадров (25).

В Казахстане предприняты меры для привлечения большего числа врачей общей практики в сельские регионы путем, например, выплаты более высокой зарплаты (более чем на 25% выше средней заработной платы в Казахстане), финансовой поддержки для переселения в сельскую местность и льготных жилищных кредитов (2, 4). Губернаторами областей (акимами) и МЗ было подписано соглашение о трудоустройстве выпускников медицинских вузов. Несмотря на эти меры и относительно большое число имеющихся врачей, в Казахстане наблюдается неравномерное географическое распределение медицинских кадров. Медицинские работники, как правило, трудоустраиваются в крупных городах, при этом ощущается нехватка медицинского персонала в сельских районах. Такие факторы, как ограниченная доступность государственного и частного

<sup>5</sup> Семейные врачи – это ВОП, прошедшие подготовку по семейной медицине и имеющие квалификацию для обслуживания смешанного населения.

<sup>6</sup> В контексте данного исследования все врачи ПМСП являются ВОП и включают семейных врачей, терапевтов и педиатров.

транспорта в сочетании с малонаселенностью сельских регионов и низким охватом услугами ПМСП, способствуют увеличению числа госпитализаций. Кроме того, в сельской местности заняты медработники предпенсионного возраста (2, 23), что может привести к сокращению трудовых ресурсов. По данным МЗ, в 2013 г. в сельской местности работали примерно 18% врачей и 30% медсестер. В целях исправления данной ситуации и внедрения эффективных мер управления кадровыми ресурсами здравоохранения МЗ утвердило комплексную программу развития кадровых ресурсов на период с 2013 по 2016 г. и создания национальной обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения. По мнению участников семинара, в Казахстане имеется достаточное число медсестер (в 2013 г. в общей сложности 154 912, или 903 на 100 000 населения).

В 2014 г. в штатное расписание учреждений ПМСП была добавлена должность социального работника (20).

#### 4.1.5 Стратегическое планирование в учреждениях ПМСП

Недавняя оценка потенциала учреждений ПМСП в сфере стратегического планирования, проведенная в Мангистауской области, показала, что в учреждениях ПМСП сохраняется недостаток управленческого потенциала, что приводит к нерациональному планированию и некачественным результатам работы (Европейское региональное бюро ВОЗ, неопубликованные данные, 2015 г.). В то же время в рамках оценочной миссии заинтересованные стороны отметили, что стратегические планы медицинских учреждений являются решающим фактором для областных управлений здравоохранения (ОУЗ) при определении реальных ресурсных потребностей учреждений и будут способствовать более точному планированию предоставления услуг, а также кадровых

и бюджетных ресурсов, в отличие от текущей ситуации, когда планирование бюджета основывается на показателях затрат в предыдущие годы.

## 4.2 Модель медико-санитарной помощи

### 4.2.1 Интегрированное управление медико-санитарной помощью

На втором этапе реализации концепции Единой национальной системы здравоохранения (2014–2016 гг.) уделяется большое внимание интеграции амбулаторных и стационарных услуг (21). Согласно концепции врачи общей практики (ВОП) выполняют роль «диспетчеров», определяющих маршруты пациентов в системе предоставления медицинских услуг и координаторов лечебного процесса.

Процесс направлений с уровня ПМСП на консультации к узким специалистам, диагностические процедуры и госпитализацию рационально организован и поддерживается электронной системой, что позволяет врачам отправлять запросы в соответствующие учреждения. Благодаря роли ВОП как диспетчера в системе предоставления медицинских услуг наблюдается высокий уровень приверженности пациентов лечению.

Несмотря на то что в состав работников учреждений ПМСП была включена штатная единица социального работника, это не способствовало активному взаимодействию врачей и социальных работников. Возможно, это происходит по причине недавнего вступления в силу законодательства, что требует дальнейшего улучшения для более адекватного предоставления услуг, особенно в отношении пожилого населения и пациентов, нуждающихся в долгосрочном уходе (20).

Критерии госпитализации изложены в КПиР, при этом соблюдение критериев является предметом строгого контроля со стороны групп внутренних и внешних аудиторов (26).

#### 4.2.2 Посещения пациентов на дому

Посещения пациентов на дому – это одна из обязательных функций врачей общей практики, которая занимает до 4 часов рабочего времени (20). Посещения на дому включают как острые, так и неострые случаи и призваны уменьшить потребность в экстренной госпитализации. Общее число посещений на дому увеличилось с 155 480 в 2005 г. до 158 758 в 2009 г. (на 2%) (2). По оценкам, сделанным в ходе семинара в рамках данного исследования, около 50% посещений взрослых пациентов на дому и до 80% посещений детей не вызваны реальной необходимостью в медицинской помощи на дому и, скорее всего, связаны с привычкой населения к подобным услугам (особенно актуально в случае детей с повышенной температурой тела). Телефонные консультации потенциально могут заменить необоснованные посещения на дому, однако горячие линии не всегда имеются, и даже когда они функционируют, пациенты ими не пользуются.

#### 4.2.3 Зависимость от специализированной помощи и госпитализаций

Врачи общей практики, работающие в городской местности, часто направляют больных на консультацию к узким специалистам, что является результатом наследия поликлиник (с большим числом узких специалистов в одном учреждении) (3). В 2011 г. исследование показало, что большое число направлений к специалистам отмечается среди городских ВОП и еще выше среди терапевтов (13). Клинические руководства и протоколы

также способствуют частому обращению к узким специалистам, так как широко распространенные клинические состояния (включая сердечно-сосудистые заболевания и сахарный диабет) требуют обследования специалистами для «подтверждения диагноза». Кроме того, в системе диспансеризации – наследии советской системы здравоохранения – предусмотрено, что пациенты с хроническими заболеваниями дважды в год проходят полное медицинское обследование, включая осмотр специалистами (Европейское региональное бюро ВОЗ, неопубликованные данные, 2015 г.).

Избыточное число стационаров с 671 больничными койками на 100 000 населения (в 2013 г. в Европейском регионе ВОЗ в среднем оно составляло 567 на 100 000) также создает спрос, спровоцированный предложением (27). Средняя продолжительность пребывания в стационаре снизилась с 14,4 дней в 2000 г. до 11,3 дней в 2013 г., что выше среднего показателя в Европейском регионе ВОЗ, составляющего 8,64 дней (27).

#### 4.2.4 Планирование выписки

Несмотря на то что в соответствии с действующими правилами в рамках ПГГ для госпитализации требуется направление от ВОП (что служит хорошим predisposing фактором для интеграции первичного уровня медико-санитарной помощи со вторичным звеном), дальнейшее врачебное наблюдение больного после госпитализации по-прежнему является проблемой. Выписной эпикриз, как правило, выдается на руки пациентам, после чего они должны передать этот документ своим ВОП. На практике именно на этом этапе преобладающая часть пациентов «выпадает» из дальнейшего врачебного наблюдения. Недавнее исследование, проведенное в Мангистауской области, показало, что получение

пациентами выписного эпикриза происходит с задержкой (до 10 дней после выписки), а постановка на учет у врача ПМСП и последующее врачебное наблюдение после выписки иногда задерживается на несколько месяцев (Европейское региональное бюро ВОЗ, неопубликованные данные, 2015 г.). Существующая электронная система позволяет вести учет случаев госпитализации и выписки из больницы, но эта информация недоступна для ВОП. В результате многие пациенты не придерживаются рекомендаций по лечению, содержащихся в выписном эпикризе, что может привести к повторной госпитализации.

#### 4.2.5 Обновление и доступность клинических протоколов и руководств

Последнее десятилетие ознаменовалось значительным прогрессом в области стандартизации клинической практики в Казахстане. Правительство способствует продвижению доказательной медицины (2) через адаптацию КПиР. В основном эта работа проводится рабочей группой при Республиканском центре развития здравоохранения, и на сегодняшний день разработано около 500 КПиР для различных заболеваний, включая отдельные ЗПАЛ.

КПиР доступны в виде карманных справочников и включают в себя информацию о доказательной силе каждой рекомендации. Согласно информации, предоставленной ВОП, они часто пользуются клиническими протоколами. Тем не менее эти КПиР неудобны в повседневном использовании. В ходе оценки медработниками было озвучено пожелание сделать протоколы более понятными: четко обозначить основные рекомендации и включить туда алгоритмы лечения, на основе которых принимаются клинические решения. Кроме того, использование доказательной медицины и пере-

довых технологий в лечении заболеваний, в том числе ЗПАЛ, должно сопровождаться соответствующим обучением и программами непрерывного медицинского образования.

#### 4.2.6 Невыполнение рекомендаций по лечению и практика самоназначения лекарств

По мнению медицинских работников, опрошенных в рамках данного исследования, большинство пациентов не выполняют рекомендации после выписки и прекращают медикаментозное лечение. Некоторые врачи также отметили, что существуют различия между КПиР, используемыми на уровне стационаров и на уровне ПМСП, что зачастую вводит пациентов в заблуждение. Пациенты часто не понимают важность регулярного приема назначенных лекарственных препаратов и изменения образа жизни, при этом у врачей не имеется достаточного времени для обсуждения этих вопросов во время планового посещения. Пациенты с ишемической болезнью сердца должны ежемесячно обращаться к ВОП за получением назначения на рецептурные препараты. Такие посещения не планируются заранее, поэтому пациенты приходят на прием к своим ВОП, когда у них заканчиваются лекарства или при ухудшении состояния здоровья. Население с неохотой прислушивается к клиническому мнению или рекомендациям ВОП, особенно в городской местности (13). Это, в свою очередь, приводит к слабому соблюдению рекомендаций ВОП, и пациенты либо просят направить их на консультацию к специалистам, либо занимаются самолечением.

Результаты оценки показывают, что от 25 до 50% пациентов занимаются самолечением, в том числе используют антибиотики (28). По данным опроса, проведенного Медицинским информационно-аналитическим центром в 2013 г., 50% населения принимает

антибиотики без назначения врача. Ситуация усугубляется низкой медицинской информированностью населения об антибиотиках и их безрецептурным отпуском в аптеках. Это приводит к злоупотреблению антибиотиками в случае вирусных инфекций, таких как грипп, или использованию неправильной группы антибиотиков в случае инфекции мочевыводящих путей, что приводит к обострению заболевания и госпитализации. По данным того же источника, 36% населения не получает от фармацевтов правильной информации о побочных эффектах (29).

#### 4.2.7 Вовлечение пациентов

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, который осуществляет свою деятельность с 2014 г., несет ответственность за санитарное просвещение населения и пропаганду здорового образа жизни. Центр имеет филиалы во всех областях, и они отвечают за распространение материалов по вопросам укрепления здоровья и профилактики заболеваний. Эти материалы распространяются среди населения в ходе различных кампаний по укреплению здоровья, проводимых на уровне ПМСП.

Удовлетворенность пациентов услугами медицинских учреждений первичного и вторичного уровней оценивается ежемесячно, для этого проводится опрос при выходе из учреждения. Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, после согласования с МЗ, разработал анкеты по оценке степени удовлетворенности пациентов для использования ОУЗ по всей стране. Медицинские учреждения собирают данные и передают их в ОУЗ для анализа. Руководители внимательно отслеживают результаты оценки удовлетворенности пациента, так как оплата труда частично привязана к степени удовлетворенности пациента. В случае наличия жалоб размер вознаграждения и премиальных уменьшается (Евро-

пейское региональное бюро ВОЗ, неопубликованные данные, 2015 г.). Несмотря на значимость удовлетворенности пациента для оплаты медицинских услуг, данные обследования удовлетворенности пациента не используются для целей стратегического планирования (Европейское региональное бюро ВОЗ, неопубликованные данные, 2015 г.).

Губернаторы (акимы) проводят регулярные встречи с жителями, чтобы обсудить волнующие их темы, такие как социальные услуги и здравоохранение. На встречах часто рассматриваются жалобы населения на медицинских работников, и, как правило, на этом основании принимаются дисциплинарные меры. Во время оценочной миссии ВОЗ медицинские работники отмечали, что такие меры зачастую ведут к демотивации медицинского персонала (Европейское региональное бюро ВОЗ, неопубликованные данные, 2015 г.).

### 4.3 Организация поставщиков

#### 4.3.1 Организация ПМСП

В 2014 г. амбулаторные услуги предоставлялись в общей сложности 434 учреждениями ПМСП, в том числе 228 городскими и 206 сельскими. Предоставление ПМСП в сельских и городских регионах существенно различается. В городах имеется 153 городские поликлиники со средней численностью обслуживаемого населения от 30 000 до 100 000 человек, 32 центра ПМСП и 7 амбулаторных клиник с обслуживаемым населением от 2000 до 10 000 человек, 36 отделений ПМСП при стационарах и клинических диагностических центрах (21). Городские амбулаторные учреждения предоставляют комплексную первичную и вторичную амбулаторную медико-санитарную помощь по 10–20 медицинским специальностям, а также диагностические и лабораторные услуги.

Сеть сельских учреждений амбулаторной помощи включает различные виды учреждений, созданных для обеспечения лучшего доступа к ПМСП, поскольку 45% населения Казахстана проживает в сельской местности с неравномерной плотностью населения. Таким образом, в сельской местности услуги амбулаторной помощи предоставляются медицинскими пунктами (3407 пунктов), фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАПы) (868 пунктов), сельскими врачебными амбулаториями (1487 амбулаторий) и районными поликлиниками и амбулаторными отделениями (182 отделения) (21). В среднем штатное расписание медицинских пунктов, ФАПов, сельских врачебных амбулаторий включает терапевта, педиатра, медсестру и акушерку, а иногда также хирурга и стоматолога (18). Различия в потенциале и качестве медицинской помощи между городскими поликлиниками и сельскими учреждениями ПМСП продолжают вызывать серьезную обеспокоенность в Казахстане.

В 2000 г. учреждения ПМСП были юридически и финансово отделены от больниц, тем самым им была предоставлена большая автономия в плане управления своими ресурсами и повышения эффективности (2). Тем не менее все сельские учреждения ПМСП административно входят в состав центральных районных больниц.

#### 4.3.2 Время ожидания

Постановление правительства № 253 от 20.03.2014 г. «Об утверждении стандартов государственных услуг в области здравоохранения» (20) определяет максимальное время ожидания для получения консультации в медицинском учреждении и на дому. Опрос, проведенный в 2011 г., выявил, что 73% всех пациентов ПМСП были приняты врачом в тот же или на следующий день после обращения (13). 18% респондентов

заявили, что они никогда не договариваются о времени следующего посещения и просто обращаются в учреждения ПМСП по мере необходимости. Несмотря на существующие положения о времени ожидания, поликлиники обременены большим числом незапланированных приемов и административной бумажной работой. Незапланированные посещения осложняют работу ВОП, поскольку врач не может заранее изучить историю болезни пациента, а медсестра не имеет возможности предварительно его осмотреть, в результате чего сокращается время приема больных и растет недовольство со стороны пациентов.

#### 4.3.3 Диспетчерская функция

В Казахстане врачи общей практики выполняют функцию «диспетчеров» в системе здравоохранения, однако самостоятельное обращение для консультации к узким специалистам или для стационарного лечения все еще имеет место, если пациент согласен полностью оплатить стоимость услуги (13). Медработники, принявшие участие в семинаре в рамках данного исследования, отметили, что текущий уровень самостоятельно обратившихся пациентов в случае отдельных ЗПАЛ составляет не более 1–3%.

#### 4.3.4 Объем и содержание практики

Концепция введения специальности «семейный врач» на уровень ПМСП предполагает, что семейные врачи будут обладать рядом компетенций, отвечающих требованиям современных международных стандартов по обслуживанию смешанного населения. Тем не менее в Казахстане сохраняется нехватка ВОП, в результате терапевты и педиатры предоставляют ПМСП наряду с семейными врачами (21). Результаты анкетирования за 2011 г. показывают, что частота направлений к узким специалистам выше среди те-

рапевтов, чем среди семейных врачей, что, возможно, объясняется различиями в их компетенции. Опрос также выявил, что по выбранному перечню 16 заболеваний семейные врачи более эффективно предоставляли медико-санитарную помощь, чем терапевты (13).

В сельских и отдаленных регионах ПМСП предоставляется фельдшерами, которые прошли подготовку по сестринскому делу, акушерству, первичной диагностике и имеют право выписывать лекарственные препараты. Клинические обязанности фельдшеров варьируют между обязанностями ВОП и медсестры, а в сельских регионах они являются единственными поставщиками услуг ПМСП. Фельдшеры подотчетны врачу, который находится в ближайшем учреждении ПМСП (2).

Врачи обязаны повышать квалификацию каждые пять лет. При разработке программ непрерывного медицинского образования очень важно обеспечить соответствие квалификации и знаний врачей требованиям эпидемиологической ситуации в стране. Надбавка к основной заработной плате служит стимулом для получения более высокой квалификационной категории.

#### 4.3.5 Использование технологий

В Национальной стратегической программе по развитию здравоохранения «Саламатты Казахстан 2011–2015 гг.» делается упор на развитие технологий, в том числе на лечение с использованием высоких технологий (21). В связи с этим учреждения ПМСП наряду с поставщиками услуг на вторичном и третичном уровнях были оснащены целым спектром базовых и передовых технологий (21).

Национальные и региональные информационные системы здравоохранения отвечают за сбор и анализ данных по показателям эф-

фективности на страновом и региональном уровнях (2, 13). Собранная информация используется для мониторинга и отслеживания тенденций в секторе здравоохранения, а также для возмещения расходов на услуги здравоохранения и повышения их качества.

Внедрена и функционирует электронная система, которая позволяет ВОП направлять пациентов на консультацию к специалистам, на диагностические процедуры и госпитализацию. После регистрации ВОП и автоматического присвоения направлению уникального кода прохождение пациентов по этапам оказания помощи можно отслеживать в режиме реального времени. Врачи и пациенты могут отслеживать график плановой госпитализации и сроки ожидания в режиме реального времени, однако вопросы конфиденциальности и защиты данных пациента требуют особого внимания (2). Внедренная система не предусматривает передачу выписного эпикриза пациента врачам общей практики. МЗ планирует внедрить электронные карточки здоровья граждан, которые будут содержать медицинские записи, доступные для всех поставщиков медицинских услуг (2).

## 4.4 Улучшение показателей работы и повышение качества

### 4.4.1 Механизм платы поставщикам медицинских услуг

За последнее десятилетие механизм платы за предоставляемые медицинские услуги на уровне ПМСП претерпел значительные изменения с переходом от постатейного бюджета к комбинированному двухкомпонентному подушевому финансированию. Компоненты подушевого финансирования включают оплату консультаций ВОП и специализированных амбулаторных ус-

луг (26). ВОП выступают в роли частичных держателей средств, что является сдерживающим фактором для необоснованного направления от ВОП к узким специалистам и на госпитализацию (21). Бюджет аккумулируется в общем фонде на республиканском уровне и затем распределяется по областям (регионам) в зависимости от модели минимального подушевого финансирования по обоим компонентам (30). ОУЗ могут подать заявку в акиматы – органы местного самоуправления, которые имеют право выделять дополнительные денежные средства.

В 2009 г. решением МЗ были введены выплаты по результатам деятельности и финансовые стимулы в целях повышения качества, которые выплачивались поставщикам ПМСП дополнительно к подушевому нормативу. Основанием для финансового стимулирования служит оценка 6 ключевых индикаторов (по состоянию на 2014 г.):

- 1) материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП;
- 2) детская смертность в возрасте от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП;
- 3) своевременная диагностика туберкулеза легких;
- 4) ранняя диагностика (на стадиях 1–2) злокачественных новообразований шейки матки, молочной железы, толстой и прямой кишки, кожи и ротоглотки;
- 5) доля госпитализированных больных с острыми осложнениями сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркт миокарда, инсульт) среди целевого населения;
- 6) отсутствие жалоб от населения.

Формулы расчета индикаторов нуждаются в пересмотре. Например, есть показатель эффективности, которым оценивается доля госпитализаций при осложнениях сердечно-сосудистых заболеваний (острый ин-

фаркт миокарда и инсульт) от общего числа госпитализаций при заболеваниях системы кровообращения согласно классификации МКБ-10. Это означает, что знаменатель не включает, к примеру, категорию пациентов с сахарным диабетом, так как это заболевание принадлежит к другой группе заболеваний в кодировке МКБ-10. Тем не менее сахарный диабет является весомой причиной, ведущей к возникновению сосудистых осложнений и впоследствии острого инфаркта миокарда и инсульта, поэтому сахарный диабет следовало бы включить в формулу расчета.

#### 4.4.2 Внутренний аудит и контроль качества

В Казахстане действует система обеспечения качества медицинских услуг. Она состоит из двух компонентов – внутренней и внешней системы обеспечения качества и контроля качества. За внешний контроль качества отвечает Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности при Министерстве здравоохранения и социального развития. Поскольку контроль качества также имеет отношение к финансовым стимулам, часть ответственности ложится на Комитет оплаты медицинских услуг (Европейское региональное бюро ВОЗ, неопубликованные данные, 2015 г.).

Механизмы внутреннего аудита были впервые представлены в Казахстане в 2009 г. и внедрены повсеместно в течение последующих 2 лет. Основными задачами внутреннего аудита являются контроль качества медицинских услуг с целью обеспечения соблюдения государственных нормативов и стандартов медицинской помощи; выявление основных причин снижения эффективности и, наконец, нахождение решений и способов повышения качества. Результаты внутреннего аудита также используются для контроля объемов, ассортимента и качества

медицинской помощи и служат основанием для утверждения основной оплаты труда (подушевого норматива и оплаты по пролеченному случаю) и финансового стимулирования поставщиков, основанного на ряде национальных индикаторов.

Внутренний аудит и контроль качества осуществляются в учреждениях ПМСП и стационарах. В каждом медицинском учреждении отделом внутреннего аудита заведует один из заместителей руководителя. Согласно Приказу МЗ № 923 от 2011 г. штат медицинских учреждений пополнился должностью специалиста по контролю качества (или врача-эксперта в контексте Казахстана) – 1 штатная единица на 200–400 койко-мест/месяц в стационаре и 1 штатная единица на 20 000 приписанного населения в учреждении ПМСП. В соответствии с данными нормативами в каждом из посещенных медицинских учреждений было от 1 до 3 специалистов по контролю качества. В небольших учреждениях нет отдельных штатных единиц для осуществления внутреннего аудита и повышения качества. В таких случаях данные функции выполняет руководитель группы ВОП или обученный главный врач.

Согласно установленным требованиям внутренний аудит необходимо проводить ежемесячно. Результаты аудита, включая рекомендации, докладываются и обсуждаются на Совете по контролю качества, где принимаются решения по конкретным вопросам. Совет по контролю качества создается в каждом медицинском учреждении и состоит из руководителей, заместителей руководителя (отвечающих за качество медицинских услуг), аудиторов и ведущих медицинских специалистов, составляя в общей сложности до 7 человек. Помимо этого, в каждом отделении имеется собственный механизм контроля качества, аналогичный системе внутреннего аудита. Ответствен-

ность за систему обеспечения качества в отделении несут главный врач и главная медсестра. С учетом выявленных пробелов и потребностей следует отметить, что командам внутреннего аудита необходимо разработать ежегодные планы по повышению качества.

Тренинги по внутреннему аудиту и контролю качества были организованы и проведены силами МЗ при внедрении данных механизмов. Однако повторного инструктажа и переподготовки не проводилось. Как следствие, подавляющая часть персонала, ответственного за обеспечение и повышение качества, остается необученной. По мнению руководства и специалистов внутреннего аудита, необходимо провести дополнительные тренинги по вопросам контроля качества для групп, занимающихся внутренним аудитом, и главных врачей медицинских учреждений с акцентом на анализ проблем, имеющих отношение к качеству, и разработку планов по повышению качества.

По утверждению некоторых аудиторов, их рекомендации не всегда влияют на процесс принятия решений по повышению качества и не учитываются в процессе принятия решений.

#### 4.4.3 Процесс повышения качества

Процесс внутреннего аудита и контроля качества в Казахстане представляет собой совокупность нескольких процедур, куда входят анализ жалоб пациентов, изучение медицинских карт пациентов на соответствие индикаторам качества и расследование критических случаев, таких как материнская, детская или иная смертность, недобросовестное выполнение обязанностей поставщиком медицинской помощи и т. п. Удовлетворенность пациента, тренинги по вопросам повышения качества и оценка мнения медицинских работников отно-

сительно повышения качества очень редко упоминаются в качестве механизмов.

На уровне медицинского учреждения изучение медицинских карт пациентов осуществляется регулярно на ежемесячной или ежеквартальной основе. Истории болезни отбираются по принципу случайной выборки специалистами по контролю качества; размер выборки зависит от размера и уровня медицинского учреждения. В ходе оценочной миссии было выявлено, что, например, в предшествующий проведению миссии квартал было проанализировано как минимум 30 случаев завершеного лечения на уровне ПМСП и не менее 5% случаев госпитализации (Европейское региональное бюро ВОЗ, неопубликованные данные, 2015 г.). При изучении медицинской карты больного к каждому разделу применяются специальные критерии, включая анамнез, проведенные диагностические и лабораторные анализы, диагноз, обоснованность лечения, профилактику и последующее наблюдение (объемы, причины и качество), лечение на первичном или вторичном уровне, направления, осложнения, результаты лечения и качество медицинских записей.

Кроме того, для изучения критических случаев используется система с применением специфических критериев. На уровне ПМСП такими критериями являются: материнская смертность, детская смертность до 5 лет на дому, смертность на дому среди трудоспособного населения, поздно выявленные случаи онкологических заболеваний и туберкулеза, первичное присвоение инвалидности среди населения трудоспособного возраста, осложнения во время беременности, потенциально устранимые на уровне ПМСП, последующая диспансеризация (после выписки из стационара) матерей/новорожденных после родов и при

сердечно-сосудистых заболеваниях (после инсульта и инфаркта миокарда).

На уровне стационара критерии следующие: смертность, внутрибольничные инфекции, осложнения, повторная госпитализация при одном заболевании, продление и сокращение сроков пребывания в больнице, несоответствия в диагнозе, необоснованная госпитализация.

На уровне службы экстренной медицинской помощи критериями являются: повторный вызов к одному и тому же пациенту в течение 24 часов, смертельный исход до или во время приезда бригады скорой помощи и расхождения в диагнозе, поставленном бригадой скорой помощи и врачами в стационаре.

Кроме того, имеется действующая система для рассмотрения жалоб пациентов. Жалобы могут подаваться разными способами: через веб-сайт медицинского учреждения, через почтовый ящик у главного входа в медицинское учреждение, их можно высказать в устной форме руководству медицинского учреждения или отправить напрямую в Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности (ККМФД) ОУЗ. Опрошенные поставщики медицинских услуг отметили незначительное число (1 или 2) или полное отсутствие зарегистрированных жалоб со стороны пациентов. Совет по контролю качества и ККМФД изучили данные жалобы и признали их необоснованными. Наряду с этим некоторые поставщики медицинских услуг сделали акцент на том, что за последние пару лет число положительных отзывов и выражений признательности заметно возросло.

Удовлетворенность пациентов качеством медицинских услуг оценивается с помощью периодических опросов сразу после

получения услуг касательно, в частности, доступности, предоставленной информации, качества помощи и соблюдения медицинской и врачебной этики. Результаты опросов анализируются эпизодически на уровне медицинского учреждения, но заполненные вопросники передаются на уровень ОУЗ для дальнейшего анализа.

Во время последней миссии в марте 2015 г., основной целью которой была оценка механизмов повышения качества в Мангистауской области Казахстана (Европейское региональное бюро ВОЗ, неопубликованные данные, 2015 г.), выяснилось, что существующие на уровне медицинского учреждения механизмы повышения качества были в большей степени ориентированы на оплату медицинских услуг и финансовые стимулы, чем на определение первопричин и выявление теоретически устранимых систематических проблем в предоставлении услуг.

#### 4.4.4 Практика поддерживающего стиля руководства и управления

Практика поддерживающего стиля руководства и управления описывается в разработанном МЗ положении о повышении качества. Это особенно важно после проведения внутреннего аудита, включая обсуждение с поставщиками медицинских услуг эпизодов несоблюдения клинических протоколов и руководств. Согласно данному положению, стиль поддерживающего управления предусматривает аудит медицинских карт, соблюдение поставщиками клинических протоколов и руководств, контрольные посещения учреждений за последние шесть месяцев, отчеты поставщиков о прохождении плановой начальной подготовки и обучения на рабочем месте, результаты обследований уровня удовлетворенности медицинских работников и пациентов, режимы лечения и/или консультаций.

Во время проведения оценочной миссии (Европейское региональное бюро ВОЗ, неопубликованные данные, 2015 г.) оформленных протоколов и контрольного перечня для проведения надзорных или последующих обсуждений в наличии не оказалось. Опрошенные поставщики медицинских услуг не были знакомы с данным механизмом, так как он был прописан только в обязанностях специалистов по вопросам обеспечения качества (врачей-экспертов) и руководителей медицинских учреждений.

#### 4.4.5 Индикаторы качества

На уровне МЗ был разработан перечень из 100 индикаторов качества. Это так называемое меню индикаторов, из которых медицинские учреждения выбирают около 10 для отслеживания при проведении внутреннего аудита. Индикаторы качества включают, помимо прочего, необоснованные направления к специалистам, среднюю продолжительность пребывания в стационаре, необоснованную госпитализацию, смертность и жалобы (Европейское региональное бюро ВОЗ, неопубликованные данные, 2015 г.).

Результаты внутреннего аудита направляются в Комитет контроля качества МЗ на рассмотрение и утверждение. Комитет контроля качества, в свою очередь, передает результаты в Комитет оплаты медицинских услуг, который возмещает расходы медицинских учреждений, исходя из основного механизма оплаты поставщика (подушевой норматив, глобальный бюджет или оплата по пролеченному случаю).

В одном из посещенных стационаров при проведении внутреннего аудита отслеживаются 10 индикаторов. Кроме того, в данном учреждении отслеживают еще ряд подробных промежуточных индикаторов с целью лучшего понимания результатов,

отраженных в 10 основных индикаторах. Медицинские учреждения применяют много разновидностей индикаторов качества. Например, на основании соглашения между ОУЗ и Тупкараганской центральной районной больницей для достижения общих целей здравоохранения и результатов используются 34 индикатора качества. В них входят 8 основных индикаторов для достижения результатов на районном уровне и 26 дополнительных индикаторов качества для разных видов медицинских учреждений района (стационары, учреждения амбулаторной помощи, учреждения экстренной медицинской помощи, учреждения охраны материнства и детства и инфекционные больницы). Большинство индикаторов совпадают с индикаторами качества МЗ.

По мнению поставщиков медицинской помощи и руководителей, индикаторы качества сконцентрированы на оценке общих показателей эффективности учреждения, а не личной эффективности каждого врача или медсестры в предоставлении услуг. Например, если в учреждении умирает ребенок, то сокращается сумма выплат для всего учреждения, что влияет на оплату всех поставщиков медицинских услуг в данном учреждении, хотя терапевтическое отделение не имеет отношения к профилактике детской смертности.

В целом используемые индикаторы качества и показатели эффективности скорее направлены на поиск виновных и санкции, чем на поддержку и мотивацию поставщиков медицинских услуг. Следовательно, изменение формата обоих видов индикаторов может отрегулировать реальную эффективность поставщиков медицинских услуг и финансовые стимулы.

## 4.5 Краткое описание системы предоставления медицинских услуг для ЗПАЛ

В данном разделе обобщаются перспективы и трудности в предоставлении медицинских услуг, направленных на надлежащее решение вопросов, связанных с ЗПАЛ, в Казахстане.

### 4.5.1 Руководство и управление медицинскими услугами

Действующая модель финансирования и возмещения затрат поставщиков стимулирует нежелательное и чрезмерное использование стационарных услуг. Несмотря на то что ПГТ покрывает определенные виды услуг на амбулаторном и стационарном уровнях, именно полное покрытие затрат на лекарственные препараты и диагностические процедуры при стационарном лечении способствует чрезмерному использованию стационарных услуг. На амбулаторном уровне противогипертензивные средства предоставляются на льготной основе пациентам с артериальной гипертензией 2-й степени<sup>7</sup> и выше. Вакцинация против гриппа проводится бесплатно для определенных групп населения, таких как дети, беременные женщины и уязвимые категории, тогда как остальным группам населения данная вакцинация проводится за определенную плату или потенциально покрывается работодателем. При инфекции почек и мочевыводящих путей медицинская помощь предоставляется бесплатно как на уровне ПМСП, так и в стационаре.

Еще одним важным фактором, способствующим высокому уровню госпитализации при ЗПАЛ, является неравномерное географическое распределение населения

<sup>7</sup> Систолическое артериальное давление >160 мм рт. ст. или диастолическое артериальное давление >100 мм рт. ст.

и нехватка ВОП в сельской местности. Недовлетворенная потребность в медицинском обслуживании ведет к ухудшению ситуации с ЗПАЛ и, как следствие, к росту числа госпитализаций.

И, наконец, в Казахстане нуждаются в улучшении стратегические и функциональные возможности ПМСП.

#### 4.5.2 Модель предоставления медико-санитарной помощи

Опрошенные в рамках данного исследования работники здравоохранения указали на то, что клинические протоколы и руководства нуждаются в доработке в части определяющих рекомендаций и алгоритмов лечения, которые служат основой для принятия клинических решений на ежедневной основе. ВОП могут поставить диагноз по всем вышеуказанным ЗПАЛ без поддержки со стороны специалистов узкого профиля. Несмотря на действующие нормативы и наличие КПиР, согласно которым основную роль играют ВОП, модель оказания медицинской помощи в большой степени зависит от обслуживания специалистами и устаревшей системы диспансеризации. Направление пациентов к специалистам для подтверждения диагноза является частой практикой. Более того, бремя посещений пациентов на дому без особых на то показаний является существенным препятствием к предоставлению более интегрированного и комплексного медицинского обслуживания.

Одной из ключевых проблем является несоблюдение пациентами режима лечения. По мнению опрошенных в рамках данного исследования работников здравоохранения, это вызвано как отсутствием доверия к ВОП, так и недостаточным санитарным просвещением пациентов относительно процесса лечения (в аптеках и на уровне ПМСП).

По оценкам, при инфекции почек и мочевыводящих путей 50% пациентов вне стадии обострения не соблюдают режим лечения. Около 40–50% пациентов с гриппом продолжают ходить на работу (учебу) и не принимают рекомендованных медикаментов, 25% – сами себе назначают антибиотики. По мнению большинства опрошенных медицинских работников, около 53–54% пациентов с артериальной гипертензией не соблюдают рекомендации по лечению, но этот показатель был оспорен другими сотрудниками, указавшими меньшее число.

Вовлечение пациентов организовано в форме школ и клубов для пациентов с определенными видами заболеваний, но, по оценке опрошенных медицинских работников, их посещает около 50% от общего числа пациентов. Общую информацию по заболеваниям, вопросам укрепления здоровья и профилактике пациенты получают в Национальном центре проблем формирования здорового образа жизни. Со слов опрошенных в рамках данного исследования работников здравоохранения, пациентам предоставляется достаточный объем информации о гриппе, тогда как информация о заболеваниях почек и инфекциях мочевыводящих путей нуждается в доработке. Что касается артериальной гипертензии, то охват целевого населения мероприятиями по укреплению здоровья и консультированием по вопросам изменения поведения остается крайне низким.

#### 4.5.3 Организация работы поставщиков медицинских услуг

Для получения консультации от специалистов и обслуживания на уровне стационара необходимо направление от ВОП, но больные могут попасть к специалисту напрямую (самообращение) после оплаты полной стоимости услуг. Согласно мнению опрошенных

в рамках данного исследования медицинских работников, без направления в стационары обращаются примерно 1–3% пациентов с указанными ЗПАЛ.

Число направлений к специалистам от семейных врачей ниже, чем от терапевтов. В сложившихся условиях нехватки ВОП и достаточного числа медицинских сестер у последних появляется возможность принять на себя более активную роль в предоставлении обслуживания.

Предоставление доступа врачам общей практики к медицинским картам выписанных пациентов может потенциально улучшить координацию медицинской помощи и ведение пациентов на уровне ПМСП, обеспечивая беспрепятственный переход от стационарного лечения обратно к амбулаторному.

Сохраняется проблема незапланированных посещений на уровне ПМСП, что ведет к снижению качества и сокращению продолжительности приема. Время ожидания в среднем непродолжительное, но оно зача-

стую ассоциируется с длинными очередями в медучреждении, что влияет на степень удовлетворенности пациентов. Более того, при инфекционных заболеваниях, таких как грипп, ожидание в очереди может стать причиной распространения инфекции.

#### 4.5.4 Улучшение показателей работы и качества

В Казахстане механизмы повышения качества на уровне медучреждений в большей степени ориентированы на оплату медицинских услуг и финансовые стимулы, чем на понимание первопричин и выявление теоретически устранимых систематических проблем в предоставлении услуг. Более того, индикаторы качества и показатели эффективности скорее направлены на «контроль» (поиск виновных и санкции), чем на поддержку и мотивацию поставщиков. Следовательно, изменение формата обоих видов индикаторов может помочь отрегулировать реальную эффективность поставщиков медицинских услуг и финансовые стимулы.

## 5. Рекомендации по вопросам политики

В данном разделе представлен обзор основных стратегий, необходимых для улучшения профилактики, диагностики и лечения указанных ЗПАЛ. Рекомендации, предусматривающие конкретные меры в отношении политики, дополняются ориентировочными сроками (кратко-, средне- или долгосрочные) и предложениями соответствующих заинтересованных сторон, которые задействованы в разработке и реализации политики.

### 5.1 Оптимизация модели предоставления услуг на уровне ПМСП

Пациенты в Казахстане имеют право свободного выбора ВОП в рамках территориального участка, к которому они прикреплены, где ВОП выполняет диспетчерскую функцию в системе оказания помощи. Стационарное лечение предоставляется бесплатно в случае, если пациент был направлен на лечение поставщиком ПМСП. Однако альтернативным вариантом остается самостоятельное обращение в стационар при полной оплате стоимости услуг. Несмотря на то что за последние годы в Казахстане были предприняты важные шаги по сокращению числа необоснованных и дорогостоящих госпитализаций, необходимо продолжать работу по усилению роли ВОП как звена перво-

го контакта, координации разных уровней медицинского обслуживания и ведения больных с ЗПАЛ. Такие обязанности ВОП будут способствовать обеспечению непрерывности и качества медицинской помощи на разных уровнях и повышению доверия к ПМСП со стороны пациентов.

ВОП и медучреждения Казахстана перегружены посещениями на дому, высоким числом незапланированных посещений и отсутствием должной сортировки пациентов. Планирование посещений пациентов является необходимым условием для своевременного и непрерывного оказания помощи хроническим больным. ВОП не всегда могут обеспечить соответствующее наблюдение после выписки больного из стационара, в том числе по причине ограниченности во времени. Это нарушает непрерывность лечения и создает условия для повторной госпитализации. Работники здравоохранения, опрошенные в рамках данного исследования, указали, что в 50% случаев посещения на дому не основаны на тяжести состояния или необходимости. Повышение доступности телемедицины и консультаций по телефону может помочь решить проблему высокой потребности в необоснованных посещениях на дому.

В условиях нехватки ВОП потенциал сестринского персонала ПМСП не используется в полной мере. Расширение круга обязанностей медсестер ПМСП и социальных работников в обслуживании хронических пациентов поможет снизить нагрузку на врачей (табл. 2).

Таблица 2. Рекомендации по оптимизации модели предоставления услуг на уровне ПМСП

Рекомендация	Сроки	Соответствующие структуры
1. Усиление роли ВОП в оказании первичной медицинской помощи при всех заболеваниях, не требующих срочного вмешательства, в том числе ЗПАЛ	Краткосрочная	Министерство здравоохранения и социального развития

Таблица 2. Рекомендации по оптимизации модели предоставления услуг на уровне ПМСП (продолжение)

Рекомендация	Сроки	Соответствующие структуры
2. Усиление роли ВОП в качестве координаторов лечебного процесса для пациентов с хроническими заболеваниями, в том числе ЗПАЛ, путем, например, расширения полномочий ВОП в заполнении и использовании данных регистров хронически больных	Краткосрочная	Ассоциация ВОП, Министерство здравоохранения и социального развития
3. Выделение специального времени для незапланированных посещений на уровне ПМСП; все остальные посещения должны заранее планироваться по телефонному звонку медсестрой приемного отделения, которая оценивает тяжесть состояния и необходимость в посещении врача	Среднесрочная	Министерство здравоохранения и социального развития
4. Ограничение посещений на дому до тяжелобольных и пациентов с ограниченными возможностями передвижения. Сюда входит изменение законодательства об обязательных посещениях на дому	Среднесрочная	Министерство здравоохранения и социального развития
5. Повышение возможности использования пациентами консультаций по телефону и телемедицины	Среднесрочная	Министерство здравоохранения и социального развития
6. Расширение круга обязанностей медсестер и социальных работников при оказании услуг хронически больным (прием под руководством медсестры, консультации по телефону и посещения на дому)	Среднесрочная	Министерство здравоохранения и социального развития, Ассоциация медицинских сестер

## 5.2 Продвижение использования клинических протоколов и руководств

КПиР обеспечивают предоставление пациентам соответствующих схем лечения. Они должны быть простыми, понятными, научно обоснованными и при этом исчерпывающими. Казахстан активно работает над тем, чтобы приблизить клинические протоколы

и руководства к международным стандартам. Настоятельно рекомендуется продолжать действовать в этом направлении и интегрировать КПиР и стандарты в единую информационную систему здравоохранения. Четкое наглядное представление ключевых рекомендаций по каждому КПиР и других инструментов поддержки принятия решений пойдет на пользу поставщикам услуг ПМСП (табл. 3).

Таблица 3. Рекомендации по продвижению использования клинических протоколов и руководств

Рекомендация	Сроки	Соответствующие структуры
7. Четкое изложение ключевых рекомендаций в КПиР, в том числе краткое обобщение рекомендованных схем лечения по каждому ЗПАЛ	Краткосрочная	Республиканский центр развития здравоохранения
8. Обучение поставщиков медицинских услуг практическому применению новых КПиР	Долгосрочная	Министерство здравоохранения и социального развития, Казахстанский университет непрерывного медицинского образования

### 5.3 Регулирование стимулов для улучшения ведения заболеваний в амбулаторных условиях

В Казахстане показатели эффективности лечения сердечно-сосудистых заболеваний связаны с финансовыми стимулами на уровне ПМСП. При этом другие ЗПАЛ с высоким

уровнем предотвратимых госпитализаций (инфекции почек и мочевыводящих путей, сахарный диабет 2-го типа и астма) не учитываются в качестве показателей эффективности ПМСП. Расширение перечня показателей эффективности и постоянный контроль могут стать важным шагом в решении проблемы ЗПАЛ в Казахстане (табл. 4).

Таблица 4. Рекомендации по регулированию стимулов для улучшения ведения заболеваний в амбулаторных условиях

Рекомендация	Сроки	Соответствующие структуры
9. Включить ведение заболеваний в основные показатели эффективности на уровне ПМСП и отрегулировать применение финансовых стимулов в соответствии с эффективностью ведения заболеваний на уровне ПМСП	Среднесрочная	Министерство здравоохранения и социального развития

### 5.4 Усиление стратегии рационального использования антибиотиков и решение проблемы самолечения

Ненадлежащее использование антибиотиков является серьезной проблемой в Казахстане. Половина населения принимает антибиотики без назначения врача и не соблюдает режим приема. В случае с двумя ЗПАЛ – грипп и инфекции почек и мочевыводящих путей, – отобранными для данного исследования, рациональное использование анти-

биотиков играет решающую роль. Низкая степень медицинской грамотности населения в отношении антибиотиков и их доступность в продаже без рецепта ведут к появлению бактерий, устойчивых к антибиотикам (36), а несоблюдение режима приема назначенных антибиотиков является причиной обострения инфекционных заболеваний, приводящих к госпитализации. Предоставляемые аптечными работниками объемы информации являются недостаточными, а каналы передачи информации нуждаются в улучшении (14) (табл. 5).

Таблица 5. Рекомендации по усилению стратегии рационального использования антибиотиков и решению проблемы самолечения

Рекомендация	Сроки	Соответствующие структуры
10. Внедрить методические рекомендации по назначению антибиотиков для ВОП	Среднесрочная	Министерство здравоохранения и социального развития
11. Ограничить безрецептурный отпуск антибиотиков путем принятия общенациональных правил продажи антибиотиков	Краткосрочная	Министерство здравоохранения и социального развития

Таблица 5. Рекомендации по усилению стратегии рационального использования антибиотиков и решению проблемы самолечения (продолжение)

Рекомендация	Сроки	Соответствующие структуры
12. Провести национальную кампанию по вопросам рационального использования антибиотиков и обучению населения принципам правильного использования антибиотиков (соблюдения режима лечения)	Долгосрочная	Министерство здравоохранения и социального развития
13. Доработать стандарты предоставления информации в аптеках с целью повышения степени приверженности лечению, понимания схемы приема лекарственного средства, уменьшения побочных эффектов и обеспечения рационального использования антибиотиков	Долгосрочная	Министерство здравоохранения и социального развития

## 5.5 Расширение прав и возможностей населения и вовлечение пациентов

Активное вовлечение пациентов в процесс лечения ведет к улучшению его результатов, повышению степени приверженности и удовлетворенности пациента (табл. 6).

Таблица 6. Рекомендации по расширению прав и возможностей населения и вовлечению пациентов

Рекомендация	Сроки	Соответствующие структуры
14. Повысить степень вовлеченности пациентов путем предоставления достоверной и доступной информации, санитарного просвещения, поддержки по принципу «от равного к равному», обмена механизмами принятия решений	Долгосрочная	Министерство здравоохранения и социального развития
15. Повысить привлекательность школ для пациентов путем перестройки программы и повышения доступности (в вечернее время и в выходные дни), а также путем использования современных технологий (веб-приложения, приложения для смартфонов и т. п.)	Краткосрочная	Министерство здравоохранения и социального развития, Областные управления здравоохранения
16. Оказать поддержку в развитии и расширении действий по повышению медицинской грамотности населения с использованием приемлемой в плане изложения и культуры информации о здоровье на местном уровне	Долгосрочная	Министерство здравоохранения и социального развития
17. Расширить распространение и освоение практики научно обоснованной самопомощи среди пациентов с хроническими заболеваниями (артериальная гипертензия, стенокардия, диабет и т. п.)	Среднесрочная	Министерство здравоохранения и социального развития
18. Повысить осведомленность населения, и в особенности работодателей, о профилактике сезонной заболеваемости гриппом на рабочих местах, важности оставаться дома в случае заболевания, а также увеличить объемы добровольной вакцинации	Краткосрочная	Министерство здравоохранения и социального развития Профсоюзы Частные страховые компании
19. Организовать целевую информационную кампанию, ориентированную на женщин, с четкими и понятными рекомендациями по профилактике инфекций почек и мочевыводящих путей	Краткосрочная	Министерство здравоохранения и социального развития, Областные управления здравоохранения, Местные сообщества

## Список литературы<sup>8</sup>

1. Noncommunicable diseases country profiles. Kazakhstan. Geneva: WHO; 2014 ([http://www.who.int/nmh/countries/kaz\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/countries/kaz_en.pdf?ua=1)).
2. Кацага А., Кульжанов М., Karanikolos M, Rechel B. Казахстан: обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения: время перемен, т. 14, № 7. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения; 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/181579/e96451-Rus.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/181579/e96451-Rus.pdf?ua=1)).
3. Almagambetova N. Kazakhstan's primary health care: where do the reforms lead us? Washington (DC): Irex; 2011.
4. Rechel B, Richardson E, McKee M. Trends in health systems in the former Soviet countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/trends-in-health-systems-in-the-former-soviet-countries>).
5. Bardsley M, Blunt I, Davies S, Dixon J. Is secondary preventive care improving? Observational study of 10-year trends in emergency admissions for conditions amenable to ambulatory care. *BMJ Open*. 2013;3.
6. Sundmacher L, Fischbach D, Schuettig W, Naumann C, Augustin U, Faisst C. Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy*. 2015.
7. Muenchberger H, Kendall E. Determinants of avoidable hospitalization in chronic disease: development of predictor matrix. Meadowbrook: Griffith University; 2008.
8. Ambulatory care sensitive conditions in the Republic of Moldova. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/countries/republic-of-moldova/publications2/ambulatory-care-sensitive-conditions-in-the-republic-of-moldova-2015>).
9. Ambulatory care sensitive conditions in Latvia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/countries/latvia/publications/ambulatory-care-sensitive-conditions-in-latvia>).
10. Socioeconomic development of the Republic of Kazakhstan. Astana: Ministry of National Economy of the Republic of Kazakhstan Committee on Statistics; 2015 (<http://stat.gov.kz/getImage?id=ESTAT101092>).
11. Directory of ambulatory emergency care for adults, second edition. London: National Health Service Institute for Innovation and Improvement; 2010.
12. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. *Dis Mon*. 2003; 49:53–70.

---

<sup>8</sup> Список литературы составлен в сентябре 2015 г.

13. Evaluation of the organization and provision of primary care in Kazakhstan: a survey-based project in the regions of Almaty and Zhambyl. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/137058/e94900.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/137058/e94900.pdf?ua=1)).
14. Казахстан 2050. Астана: Правительство Республики Казахстан; 2014 (<http://strategy2050.kz/ru>).
15. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулык» на 2016–2020 годы. Астана: Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан; 2015.
16. Постановление Правительства № 2136 от 15.12.2009 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи». Астана: Правительство Республики Казахстан; 2009.
17. Постановление Правительства № 461. Астана: Правительство Республики Казахстан; 2009.
18. Kulzhanov M, Lai T, Yegeubayeva S, Tanirbergenov S, Yermakhanova G. Health system and population health in Kazakhstan: short overview. Astana: Republican Centre for Healthcare Development; 2013.
19. Balabanova D, Roberts B, Richardson E, Haerpfer C, McKee M. Healthcare reform in the former Soviet Union: beyond the transition. *Health Serv Res*; 2012, 47(2):840–64.
20. Постановление Правительства № 253 от 20.03.2014 «Об утверждении стандартов государственных услуг в области здравоохранения». Астана: Правительство Республики Казахстан; 2014.
21. Республиканский центр развития здравоохранения при Министерстве здравоохранения (РЦРЗ). Проект концепции о модернизации системы первичного медико-санитарного обслуживания в Республике Казахстан до 2030. Астана: Министерство здравоохранения Республики Казахстан; 2015.
22. Постановление Правительства № 114 от 19.02.2014 «Об утверждении государственного норматива сети организаций здравоохранения Республики Казахстан». Астана: Правительство Республики Казахстан; 2014.
23. Akanov A. Financing, access, quality and outcomes in primary health care: the case of the Republic of Kazakhstan. Pittsburgh: University of Pittsburgh; 2003.
24. Syzdykova A, Yegeubayeva S, Koykov S, Kalieva M, Berezin S, Turumbetova T. Modern approaches to decision-making in health workforce provision. *Journal of Health Development*. 2013; No. 1–2:20–8 (<http://group-global.org/sites/default/files/publications/2e.pdf>).
25. Постановление Правительства № 461 от 13 апреля 2012 г. «О распределении средств на реализацию межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья граждан на 2012 год». Астана: Правительство Республики Казахстан; 2012.
26. Приказ Министерства здравоохранения № 97 от 17.02.2014 «Об утверждении Правил оплаты за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи». Астана: Министерство здравоохранения Республики Казахстан; 2014.

27. Европейская база данных «Здоровье для всех» [онлайновая база данных]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>).
28. Analgesics in Kazakhstan. Euromonitor International; 2015 (<http://www.euromonitor.com/analgesics-in-kazakhstan/report>).
29. Mannheimer A. Kashagan Today. Every second Kazakhstani relies on self-treatment: Ministry of Health. 28 July 2014 (<http://kashagan.today/?p=2979>).
30. Постановление Правительства № 1529 от 31.12.2013 «Об утверждении правил возмещения затрат организациям здравоохранения за счет бюджетных средств». Астана: Правительство Республики Казахстан; 2013.
31. Эпиднадзор за устойчивостью к противомикробным препаратам в Центральной Азии и Восточной Европе. Годовой отчет, 2014 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/antimicrobial-resistance/publications/2015/central-asian-and-eastern-european-surveillance-of-antimicrobial-resistance.-annual-report-2014>).

## Приложение 1. Обзор аналитической базы исследования по ЗПАЛ

Аналитическая база исследований по ЗПАЛ опирается на имеющиеся данные научной литературы и направлена на определение тех элементов системы здравоохранения, которые способствовали бы совершенствованию модели предоставления медицинских услуг с учетом проблем в диагностике и лечении ЗПАЛ. Аналитическая база задумана в качестве инструмента для оценки возможностей и проблем в обеспечении нужными услугами в нужном месте для пациентов с заболеваниями, которые поддаются лечению в амбулаторных условиях.

Согласно результатам обзора литературных источников, на госпитализацию пациентов с ЗПАЛ оказывают влияние четыре элемента системы здравоохранения. Этими элементами с позиций предоставления медицинских услуг являются: руководство и управление предоставлением услуг, модель оказания медико-санитарной помощи, организация поставщиков медицинских услуг и улучшение показателей работы.

**Управление предоставлением услуг** предполагает контроль процесса обслуживания – достижение желаемых результатов, обеспечение бесперебойной работы всех отделений в медицинском учреждении, правильное распределение сотрудников по должностям, обеспечение понимания сотрудниками ожидаемых от них результатов, эффективное использование ресурсов и совместную работу со всеми партнерами по производству услуг над достижением общей цели. Задачи управления включают тщательное планирование и выделение ресурсов (сюда входят все виды ресурсов: кадровый потенциал, финансирование, расходные материалы и технологии) для целенаправленного медицинского обслуживания, будь то областная больница третичного уровня, дом здоровья или поликлиника в сельской местности.

Второй элемент системы предоставления услуг, требующий внимания, – **модель оказания помощи** – относится в большей степени к тому, какие предоставляются услуги и как воспринимается предоставление услуг физическим лицом. При формировании протоколов для клинической и социальной помощи предоставляется информация по потокам пациентов и поясняются направления по всему континууму предоставления услуг; создается более скоординированная/интегрированная помощь, при которой во главу угла ставится человек, а не то или иное заболевание.

**Организация поставщиков** соотносится со структурой и схемой технической составляющей системы – кто и где предоставляет услуги, – с акцентом на виды поставщиков в секторе здравоохранения, сферу их практики и то, как они коллективно выполняют свои профессиональные обязанности в государственном и частном секторах. Организация поставщиков служит определяющим фактором для претворения в жизнь модели оказания помощи и, следовательно, повышения своевременности и правильности услуг, что позволяет получить оптимальные результаты лечения и положительный опыт пациента. Для полного удовлетворения потребностей пациента в медицинской помощи может понадобиться немалое число поставщиков медицинских услуг на различных уровнях предоставления помощи, та-

ких как первичный, вторичный и третичный, и для выполнения различных функций: консультирования и диагностики, разработки плана лечения, психологической помощи или реабилитации. Для оптимизации этого процесса можно воспользоваться организационными стратегиями, такими как создание многопрофильных бригад и групповой врачебной практики на уровне ПМСП, или расширить профиль поставщиков и согласовать обязанности по совместному оказанию помощи. Вне зависимости от методов планирования потоков услуг эти действия имеют общую цель, которая заключается в стимулировании разнообразия профессиональных компетенций, что тесно связано со способностью системы реагировать на потребности населения в медицинском обслуживании с возрастающей степенью сложности.

Под механизмами **непрерывного улучшения показателей работы** подразумеваются действия, направленные на обеспечение предоставления услуг, создание системы самообучения посредством стандартизированных моделей оказания помощи, регулярный мониторинг предоставления услуг, а также возможности и ресурсы (навыки, время, полномочия) для их оптимизации. Создание системы самообучения помогает внедрить принципы коллегиальности и автономии, которые стимулируются чувством ответственности, обязательствами перед коллективом и общим настроем на позитивные преобразования. Добиться этого можно, например, посредством стандартизации требований к подготовке и переподготовке медицинских кадров, а также внедрением схем (пере)аккредитации и сертификации специалистов здравоохранения с предоставлением систематических стимулов поставщикам за соблюдение определенных стандартов качества и совершенствование практики.

## Основные положения методики

Стандартные этапы в проведении исследования заболеваний, поддающихся амбулаторному лечению, включают:

1. Изучение документальных данных с целью получения информации об индикаторах аналитической основы и определения ключевых заинтересованных сторон в каждой стране для проведения онлайн-встреч или опроса участников.
2. Анализ данных по объему госпитализаций с целью выбора наиболее актуальных ЗПАЛ (важнейших 10) для каждой страны.
3. Проведение онлайн-встреч или опроса с целью ознакомления заинтересованных сторон с данным исследованием, а также обращение к ним с просьбой выбрать ограниченное число (2–4) ЗПАЛ для каждой страны.
4. Проведение встречи с местными заинтересованными сторонами в стране в форме семинара с целью определения проблем и возможностей для усиления ПМСП в привязке к отобранным ЗПАЛ. Возможно проведение повторных интервью с заинтересованными сторонами в случае, если во время встречи в форме семинара не было получено достаточного объема информации.
5. В зависимости от наличия данных: расчет потенциальной экономии по отобранным ЗПАЛ.
6. Извлечение соответствующих уроков и формирование рекомендаций для каждой выбранной страны.
7. Предоставление отчетов по странам, включая интерпретацию результатов и действенные рекомендации в отношении политики для соответствующей страны.

## Приложение 2. Опрос поставщиков по ЗПАЛ в Казахстане

### Общая информация

<b>Опрос выполнил(а):</b>	
ФИО / звание (проф., д-р, г-н, г-жа и т. п.)	
Функциональные обязанности / должность	
Организация/Управление	
Профессия	<ul style="list-style-type: none"><li>• Врач общей практики</li><li>• Врач-специалист. укажите специализацию: .....</li></ul>

### ЗПАЛ в Казахстане

В таблице приведены отобранные ЗПАЛ, используемые в международной литературе. По каждому ЗПАЛ указана степень распространенности и уровень госпитализации в Республике Казахстан.

Распространенность и уровень госпитализации при ЗПАЛ, 2013<sup>a</sup>

Наименование классов и отдельных болезней	МКБ-10	Госпитализированных	% госпитализаций
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	I10.0–I13.0	62 636	5,6
Болезнь Крона, неспецифический язвенный колит	K52.0–K52.9	6 490	40,9
Бронхиальная астма	J45.0–J45.9	14 802	20,2
Бронхит хронический и неуточненный, эмфизема	J40–J43	4941	2,6
Другие формы острой ишемической болезни сердца	I23–I24	134	1,6
Железодефицитная анемия	D50	7333	1,0
Из общего числа больных ишемической болезнью, больные со стенокардией	I20.0–I20.9	99 368	44,9

Распространенность и уровень госпитализации при ЗПАЛ, 2013 (продолжение)

Наименование классов и отдельных болезней	МКБ-10	Госпитализированных	% госпитализаций
Инфекционные и паразитарные болезни	J10, J11, A15, A16, A19, A35–A37, A80, B05, B06, B161, 169, 180, 181, B26, G000, 014	32 714	59,3
Пневмонии	J12–J16, J18	101 371	89,0
Почечные тубулоинтерстициальные болезни	N10–N12, N15	35 522	8,5
Сальпингит, оофорит	N70.0–70.9	18 100	27,0
Сахарный диабет 1-го типа	E10	10 496	52,0
Сахарный диабет 2-го типа	E11	21 646	8,5
Сердечная недостаточность	I50.0–50.9	3899	8,3
Хроническая обструктивная болезнь легких	J44.0–44.9	21 930	27,5
Эпилепсия без психоза и деменции	G40–41	16 899	38,4
Язва желудка и двенадцатиперстной кишки	K25–27	11 915	12,9

<sup>a</sup> Врачи были опрошены в 2014 г. с использованием данных по госпитализации за 2013 г. (табл. 1). При сравнении данных за 2013 и 2014 гг. существенной разницы обнаружено не было.

Вопрос 1. Следует ли внести в таблицу дополнительные ЗПАЛ, наиболее значимые для Республики Казахстан?

- Нет (перейдите к вопросу 2).
- Да. Следует добавить следующие заболевания, эффективное лечение которых на уровне ПМСП может предотвратить потребность в госпитализации в Республике Казахстан.

Заболевания, поддающиеся амбулаторному лечению, наиболее значимые для Республики Казахстан (дополнение)


Вопрос 2. Каким ЗПАЛ следует уделить особое внимание в Республике Казахстан?

Далее в таблице представлен перечень разных видов ЗПАЛ: обострения, хронические и предотвратимые заболевания. Укажите два наиболее важных ЗПАЛ каждого вида, поставив «х» в клетке напротив. Таким образом, у вас должно получиться всего 6 отобранных заболеваний. Если вы хотите добавить значимое заболевание/состояние, впишите его в соответствующую графу.

Обострение заболевания	Хронические заболевания	Заболевания, предупреждаемые иммунизацией
Флегмона	<input type="checkbox"/> Стенокардия	<input type="checkbox"/> Грипп
Стоматологические заболевания	<input type="checkbox"/> Астма	<input type="checkbox"/> Туберкулез
Гастроэнтерит	<input type="checkbox"/> ХОБЛ	<input type="checkbox"/> Корь
Инфекция почек / мочевыводящих путей	<input type="checkbox"/> Застойная сердечная недостаточность	<input type="checkbox"/> Краснуха
Воспалительные заболевания органов малого таза	<input type="checkbox"/> Судороги и эпилепсия	<input type="checkbox"/> Бактериальный менингит
Прободная или кровоточащая язва	<input type="checkbox"/> Диабет	<input type="checkbox"/> Гепатит
	<input type="checkbox"/> Осложнения, вызванные диабетом	<input type="checkbox"/> Эпидемический паротит
	<input type="checkbox"/> Артериальная гипертензия	<input type="checkbox"/> Коклюш
	Железодефицитная анемия	<input type="checkbox"/>
	Дефицит питательных веществ	<input type="checkbox"/>
	Пневмония	<input type="checkbox"/>

Поясните, почему выбранные вами ЗПАЛ являются наиболее значимыми в Республике Казахстан.

Вопрос 3. Какой процент госпитализаций можно предотвратить при условии эффективного лечения ЗПАЛ на уровне ПМСП?

По каждому из 6 ЗПАЛ, отобранных вами в вопросе 2, укажите следующее: какой процент (0–100%) от общего числа госпитализаций по данному заболеванию можно было предотвратить. Если не уверены в ответе, укажите приблизительное число.

Обострение заболеваний	% предотвратимых госпитализаций	Хронические заболевания	% предотвратимых госпитализаций	Заболевания, предупреждаемые иммунизацией	% предотвратимых госпитализаций
------------------------	---------------------------------	-------------------------	---------------------------------	---	---------------------------------

Вопрос 4. Что следует предпринять в Республике Казахстан, чтобы обеспечить эффективное ведение отобранных заболеваний на уровне ПМСП? Укажите свой ответ в представленной ниже таблице.

Что следует предпринять, чтобы обеспечить эффективное ведение 6 отобранных заболеваний на уровне ПМСП в Республике Казахстан?

1.

#### А. Комментарии

Воспользуйтесь приведенной ниже таблицей для дополнительных замечаний относительно вашего практического опыта с ЗПАЛ в вашей стране и/или относительно данного обследования.

## Приложение 3. Участники консультативного совещания с работниками здравоохранения, 19 мая 2014 г.

### г. Алматы

Камбарова Г.А.  
Главный врач, Городская поликлиника № 5

Мухамеджанова Г.Б  
Главный врач, Городская поликлиника № 6

Мусабаева А.М.  
Заместитель руководителя по ПМСП, Управление здравоохранения

### г. Астана

Табулдина А.Ж  
Главный врач, Городская поликлиника № 5

Касымова А.К.  
Главный врач, Городская поликлиника № 8

Руспекова Л.А.  
Главный врач, Городская поликлиника № 2

Жамукова С.Т.  
Заместитель главного врача, Городская детская больница № 2

Бейсенбаева К.Е.  
Заместитель главного врача по ККМУ, Городская поликлиника № 6

Бабажанова М.  
Заведующая педиатрическим отделением, Городская поликлиника № 5

Кушербаева Р.Т.  
Врач общей практики, Городская поликлиника № 5

Акиндыкова Ш.П.  
Педиатр, Городская поликлиника № 5

Жанабаева Б.Е.  
Медсестра, Городская поликлиника № 5

Баймулдина А.  
Старшая медсестра отделения ВОП, Городская поликлиника № 10

Павлова Н.П.  
Заместитель главного врача, Городская больница № 2

## Карагандинская область

Буранкулова С.Н.  
Главный врач, Городская поликлиника № 3

Шайдарова С.Ж.  
Главный врач, Городская поликлиника № 4

Тулупова А.Д.  
Участковый педиатр, Городская поликлиника № 3

Жанизакова Г.К.  
Участковая медсестра, Городская поликлиника № 3

Петлеван И.В.  
Врач общей практики, Городская поликлиника № 4

Череднякова О.П.  
Участковый терапевт, Городская поликлиника № 4

Канафина А.К.  
Главный специалист, отдел ПМСП, Управление здравоохранения

## Костанайская область

Игимбаева О.В.  
Главный врач, Городская поликлиника № 1

## Северо-Казахстанская область

Пакетова Н.П.  
Начальник ПМСП, Управление здравоохранения

Русанова С.В.  
Старшая медсестра, Городская поликлиника № 2

Дюсенова Р.А.  
Заведующая специализированным отделением, Городская поликлиника № 3

Ташетова А.Ж.

Главный врач, Городская поликлиника № 3, г. Петропавловск

Кравченко Е.А

Заместитель главного врача по поликлинике, координатор по ПУЗ, Областная больница

## Павлодарская область

Абдраманова С.Г.

Заведующая отделением ПМСП, Региональный кардиохирургический центр», г. Павлодар

Тулегенова С.Ч.

Руководитель лечебного отдела, УЗО, г. Павлодар

Андосов М.Т.

Главный врач, Городская поликлиника № 4, г. Павлодар

## Южно-Казахстанская область

Сейдалина Ж.М.

Главный врач, Городская поликлиника № 5, г. Шымкент

Кезимбаева Г.Ж.

Главный врач, Городская поликлиника № 6, г. Шымкент

## Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни

Мукашева С. Б.

Заместитель директора, Программы по профилактике

Иманалин А. Ф.

Начальник отдела ПМСП

## Другие организации

Уразова С.Н.

Зав. кафедрой общеврачебной практики № 2, Медицинский университет Астана, г. Астана

Нугманова Д.С.

Президент ассоциации семейных врачей, Казахский национальный медицинский университет им. С. Асфендиярова

Утеулиев Е.С.

Проректор по учебной работе, заведующий кафедрой ПМСП, Высшая школа общественного здравоохранения

Нурбекова Б.А.

Старшая медсестра, Учебный практический центр семейной медицины «Демеу»

## Республиканский центр развития здравоохранения

Цепке А.Б.

Руководитель центра стандартизации

Байменова Д.М.

Начальник отдела ПМСП

Абишева Ж.Т.

Ведущий специалист

Байтлеуова К.Ш.

Ведущий специалист

## Назарбаев Университет, г. Астана

Маликбаева С.

Алманиязова А.

Есбоссинова А.

Кабдуллин А.

Капышева А.

## Представители Европейского регионального бюро ВОЗ

Erica Barbazza

Juan Tello

Melita Vujnovic

## Ecorys, консультанты

Wija Oortwijn

Matthijs Versteegh

## Переводчик

Нигай А.

## Приложение 4. Участники консультативного совещания с заинтересованными сторонами в Казахстане, 20 мая 2015 г.

### г. Алматы

Камбарова Г.А.  
Главный врач, Городская поликлиника № 5

Мухамеджанова Г.Б  
Главный врач, Городская поликлиника № 6

Мусабаева А.М.  
Заместитель руководителя по ПМСП, Управление здравоохранения

### г. Астана

Табулдина А.Ж.  
Главный врач, Городская поликлиника № 5

Касымова А.К.  
Главный врач, Городская поликлиника № 8

Руспекова Л.А.  
Главный врач, Городская поликлиника № 2

Жамукова С.Т.  
Заместитель главного врача, Городская детская больница № 2

### Карагандинская область

Буранкулова С.Н.  
Главный врач, Городская поликлиника № 3

Шайдарова С.Ж.  
Главный врач, Городская поликлиника № 4

Канафина А.К.  
Главный специалист, отдел ПМСП, Управление здравоохранения

## Костанайская область

Игимбаева О.В.  
Главный врач, Городская поликлиника № 1

## Северо-Казахстанская область

Пакетова Н.П.  
Начальник ПМСП, Управление здравоохранения

Ташетова А.Ж.  
Главный врач, Городская поликлиника № 3, г. Петропавловск

Кравченко Е.А.  
Заместитель главного врача по поликлинике, координатор по ПУЗ, Областная больница

## Павлодарская область

Тулегенова С.Ч.  
Руководитель лечебного отдела, УЗО, г. Павлодар

## Южно-Казахстанская область

Сейдалина Ж.М.  
Главный врач, Городская поликлиника № 5, г. Шымкент

Кезимбаева Г.Ж.  
Главный врач, Городская поликлиника № 6, г. Шымкент

## Министерство здравоохранения и социального развития

Тулегалиева А.Г.  
Директор, Управление организации медицинской помощи

Мирзагалиева Н.Ж.  
Главный эксперт, Управление организации медицинской помощи

## Республиканский центр развития здравоохранения

Байменова Д.М.  
Начальник отдела ПМСП

Исатаева Н.М.  
Заместитель генерального директора

Пономарева С.В.  
Заместитель директора

## Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни

Мукашева С.Б.  
Заместитель директора, Программы по профилактике

## Другие организации

Нугманова Д.С.  
Президент ассоциации семейных врачей, Казахский национальный медицинский университет им. С. Асфендиярова

Утеулиев Е.С.  
Проректор по учебной работе, заведующий кафедрой ПМСП, Высшая школа общественного здравоохранения

## Назарбаев Университет, г. Астана

Маликбаева С.  
Алманиязова А.  
Есбоссинова А.  
Кабдуллин А.  
Капышева А.

## Представители Европейского регионального бюро ВОЗ

Erica Barbazza  
Juan Tello  
Melita Vujnovic

## Ecorys, консультанты

Wija Oortwijn  
Matthijs Versteegh

## Переводчики

Батырбаев Е.  
Бауэр И.







## Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

### Государства-члены

Австрия  
Азербайджан  
Албания  
Андорра  
Армения  
Беларусь  
Бельгия  
Болгария  
Босния и Герцеговина  
Бывшая югославская Республика Македония  
Венгрия  
Германия  
Греция  
Грузия  
Дания  
Израиль  
Ирландия  
Исландия  
Испания  
Италия  
Казахстан  
Кипр  
Кыргызстан  
Латвия  
Литва  
Люксембург  
Мальта  
Монако  
Нидерланды  
Норвегия  
Польша  
Португалия  
Республика Молдова  
Российская Федерация  
Румыния  
Сан-Марино  
Сербия  
Словакия  
Словения  
Соединенное Королевство  
Таджикистан  
Туркменистан  
Турция  
Узбекистан  
Украина  
Финляндия  
Франция  
Хорватия  
Черногория  
Чешская Республика  
Швейцария  
Швеция  
Эстония

## Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01

Эл. адрес: [contact@euro.who.int](mailto:contact@euro.who.int)

Веб-сайт: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)