

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

ОМАРОВА ДИНАРА СЕЙСЕНБАЕВНА

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

3.2.3 Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,
медико-социальная экспертиза

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент

Бегун Дмитрий Николаевич

Оренбург – 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
Глава 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ	13
1.1. Исторические аспекты формирования современных представлений об общественном здоровье и методах его оценки	13
1.2. Методики оценки уровня общественного здоровья	21
1.3. Характеристики состояния здоровья населения и здравоохранения в Республике Казахстан	31
1.4. Интегральная оценка общественного здоровья населения Республики Казахстан	38
Глава 2. ПРОГРАММА МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	43
Глава 3. ОЦЕНКА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН И ФАКТОРОВ ЕГО ФОРМИРУЮЩИХ	50
3.1. Медико-демографические показатели	51
3.2. Медико-социальные показатели	66
3.3. Социально-экономические показатели	72
Глава 4. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ И ДОСТУПНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЕМ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН	85
4.1. Результаты самооценки состояния здоровья населением	85
4.2. Удовлетворенность населения доступностью медицинской помощи ..	91
4.3. Удовлетворенность качеством медицинской помощи	103
Глава 5. МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН	111
5.1. Разработка методики интегральной комплексной оценки общественного здоровья	111
5.2. Комплексная оценка общественного здоровья в Республике Казахстан	117
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	134
ВЫВОДЫ	138
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	140
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	142
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	143
ПРИЛОЖЕНИЯ	167

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

После развала СССР перед Республикой Казахстан, как и перед Россией стоял трудный выбор модернизации системы здравоохранения в условиях резкой нехватки ресурсов. Конституционно была закреплена гарантия оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. До 2018 года система здравоохранения Казахстана представляла собой чистую Бевереджискую систему с концентрацией финансовых средств на уровне отдельных областей. С 2018 года произошел поворот в сторону реализации прав граждан за счет введения обязательного социального страхования здоровья. Развитие системы здравоохранения осуществлялось планомерно через разработку и внедрение четырех главных государственных программ: «Здоровье народа» (1996-2004 гг.); Госпрограмма реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы; Госпрограмма развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы; программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулык» на 2016-2020 годы. (Аканов А.А., Камалиев М.А., 2010; Ахетов АЛ., 2013; Жакенова С.Р., Гучияев А.М., 2016).

В результате проводимых мер государственной политике состояние здоровья казахстанцев существенно улучшилось. Так согласно отчету Глобального индекса конкурентоспособности за 2014-2015 годы по индикатору «Здоровье и начальное образование» Казахстан занял 96 место из 144 стран (отчет 2014-2015 гг.). По Индексу человеческого развития в 2014 году республика вошла в группу стран с высоким уровнем развития, заняв 70 место из 187 стран.

Однако несмотря на предпринятые меры, имеющиеся в системе здравоохранения проблемы, прежде всего, связаны с тем, что управление и финансирование ориентировано на поддержание мощности сети, а не на ее эффективность. В стране ощущается дефицит врачебных кадров, особенно в сельском здравоохранении. Сохраняется неравный доступ к медицинским услугам и низкое качество медицинских услуг. Ситуация усугубляется

неравномерным распределением ресурсов между регионами страны и существенными различиями в здоровье населения, проживающих на разных территориях. Данные проблемы сохраняются на протяжении длительного времени (Кайдакова Н.Н., 2008; Туменова Б.Н., 2008; Аканов А.А., Камалиев М.А., 2010, Исатаева Н.М. с соавт., 2012; Ахетов АЛ., 2013; Калмакова Ж.А. с соавт., 2014; Абдыкерова М.Т., Куракбаев К.К., 2019; Биртанов Е., 2019; Жусупова Г. с соавт. 2019.).

В рамках реализации устойчивого социально-экономического развития страны, совершенствования системы охраны здоровья, преодоления указанных проблем представляется значимым осуществление регулярной комплексной оценки состояния здоровья населения (Стародубов В.И. с соавт., 2014). Более 100 лет для таковой оценки используются медико-демографические показатели, оценка заболеваемости населения, инвалидности и физического развития. Для оценки общественного здоровья в Республике Казахстан в рамках системы государственного статистического учета используются преимущественно показатели воспроизводства населения и заболеваемости. Однако такой методологический подход не позволяет проводить комплексную количественную оценку потерь здоровья (Косаговская И.И., 2017), а также имеет очевидный недостаток в изолированности оценок конкретных показателей от других.

На современный момент времени существует два основных подхода к формированию комплексных оценок состояния здоровья. К первому подходу относится определение «Глобального Бремена Болезней» (Рамонов А.В., 2013; Косаговская И.И., 2017). Существенным недостатком данного подхода является ненормируемость интегрального показателя, что затрудняет сравнение оценок здоровья населения различных территориальных единиц; не учитывается такой важный для оценки общественного здоровья фактор как воспроизводство населения (рождаемость); отсутствие (или сложность) получения необходимых для расчетов статистических данных (Бачманов А.А., 2004).

Второй подход включает в себя расчет индекса здоровья населения и/или уровня общественного здоровья. Для интегрированной оценки общественного здоровья в России был разработан комплексный показатель, включающий семь параметров, широко используемых в официальных публикациях Росстата: продолжительность жизни, суммарная рождаемость, браки, разводы, убийства, самоубийства и несчастные случаи, грабежи и разбои (Гундаров И.А., 2010). Также в российской социально-гигиенической школе разработаны и апробированы сходные по методологии интегральные методики оценки, с включением различных, имеющихся в официальной статистике, показателей (Евсюков А.А., 2009; Целоусова С.А. с соавт., 2012; Борщук Е.Л. с соавт., 2013; Баянова Н.А. с соавт. 2019; Бегун Д.Н., 2019). Данная группа методов также не лишена недостатков. Сложно установить весовые коэффициенты отдельных характеристик и возможность наличия математических некорректностей. Однако такой подход имеет существенное преимущество, поскольку исходными данными является информация из официальных отчетов. Кроме того, с помощью полученного показателя удобно сравнивать по качеству здоровья территориальные единицы с разной численностью и составом населения (Бачманов А.А., 2004). Для здравоохранения Республики Казахстан выполнение настоящего исследования представляется актуальным. Обладает безусловной новизной и практической значимостью.

Степень разработанности темы исследования

В научной литературе имеется достаточно данных, позволяющих определить исторические аспекты формирования и трансформации подходов к оценке общественного здоровья (Гордон Л. с соавт., 1998; Стреликов С.А. с соавт., 2001; Чубенко Д.С., 2007; Орлов В.И., Сабгайда Т.П., Антонюк В.В., 2009; Гордеева С.С., 2011; Егорышева И.В., 2016; Кириленко О.Н., 2019; Sanders B.S., 1964; Sullivan D.F., 1971; Zeekhauser R., Shtepard D., 1976). Особое внимание в последние годы уделялось разработке методов интегральной оценки общественного здоровья населения (Балашов С.А., Нахатакян Е.О.,

2017; Самородская И.В., Ваталина М.А., Бойцов С.А., 2017; Молчанова Е.В., 2020). Ряд опубликованных исследования определили перечень проблем оценки общественного здоровья (Найговзина Н.Б. с соавт., 2006; Макарова И.Л., 2013; Нацун Л.Н., 2019; Leonardi F., 2018; van Druten V.P. et al., 2022), как и необходимость учета ряда биологических, социальных, медицинских и экономических факторов (Haverkamp B., Bovenkerk B., Verweij M.F., 2018; van Druten V.P. et al., 2022). Существует определенная научная полемика по методологии оценки общественного здоровья и активный научный поиск эффективных и унифицированных критериев его оценки. Научным обоснованием критериев оценки общественного здоровья занимались Б.Ф. Кирьянов, В.А. Медик, М.С. Токмачёв (2004), Ю.И. Мусийчук с соавт. (2009), И.А. Гундаров (2010), Г.Л. Апанасенко (2015), Б.М. Султанбекова с соавт. (2015), В.А. Шакуров, И.А. Бобровский, В.В. Дмитриев (2017), В.А. Шакуров с соавт. (2017), О.П. Ломов (2018), З.А. Семенова (2019), Л.В. Коновалова с соавт. (2020), И.Д. Ситдикова с соавт. (2020), О.В. Медведева с соавт. (2021), И.В. Самородская, с соавт. (2021), А.Н. Огурцов, В.В. Дмитриев (2022), Т.П. Васильева с соавт. (2022), А.И. Чистобаев с соавт. (2022), С.В. Русских, А.Е.Васюнина, В.М. Ротов, 2023). Особую роль в формировании интегральной оценки общественного здоровья отводили в своих исследования региональному компоненту Е.Л. Борщук, Д.Н. Бегун (2015-2024), И.В. Самородская, В.И. Перхов, А.А. Третьяков, (2021). Для расчета интегральных показателей общественного здоровья предлагается метод ранжирования (Шакуров В.А., Бобровский И.А., Дмитриев В.В., 2017; Коновалова Л.В., Зыкова Н.В., Ушакова Т.Н., 2020); а также преобразование показателей в единую безмерную шкалу (Кирьянов Б.Ф., Медик В.А., Токмачёв М.С., 2004; Султанбекова Б.М., Аканов А.А., Кошербаева Л.К., Карсакбаева Л.Ж., 2015; Чистобаев А.И., Дмитриев В.В., Семенова З.А., Грудцын Н.А., Огурцов А.Н., 2022; Васильева Т.П., Ларионов А.В., Русских С.В., Зудин А.Б., Васюнина А.Е., Васильев М.Д., 2022), определение вектора и весового коэффициента

каждого показателя (Султанбекова Б.М., Аканов А.А., Кошербаева Л.К., Карсакбаева Л.Ж., 2015).

В основном опубликованные работы, связанные с оценкой состояния здоровья граждан РК (Шегирбаева, К. Б., 2009; Есимов Д.С., Есимов Н.Б., Измаилова Н.Т., 2018; Aringazina A., Macdonald G., 2006; Zhakhina G., 2022), были посвящены оценке отдельных показателей, таких как заболеваемость, смертность, качество жизни (Vinnikov, D. et al., 2021; Shaltynov A., Rocha J., Jamedinova U., Myssayev A., 2022), влияние экологических факторов на здоровье (Gulis G. et al., 2021). Комплексный мониторинг уровня общественного здоровья на государственном уровне Республики Казахстан не проводится (Kalel Z.S., Gulis G., Aringazina A.M., 2023). Оценка состояния здоровья населения в основном производилась при помощи анализа самооценки здоровья и ожидаемой продолжительности жизни (Аканов, А.А., 2015; Султанбекова Б.М., Аканов А.А., Кошербаева Л.К., Карсакбаева Л.Ж., 2015). Работ, посвященных интегральной оценке здоровья в РК достаточно мало (Корчевский А.А., 2007; Казангапов Д.М., 2007; Аканов А. А., Сейдуманов С.Т., 2010; Сраубаева Е.С. с соавт., 2013; Сакиев К.З. с соавт. 2016; Турганова М. К., Абдулдаева А. А. 2017; Королева Е.Г. с соавт., 2019; Аскарлов Д.М с соавт., 2022). Представленные методики не лишены недостатков и в условиях развития информационных технологий требуют новых методов к оценке и поиске информации для осуществления анализа состояния здоровья граждан Республики Казахстан.

Цель исследования – научное обоснование формирования интегральных показателей и методики комплексной оценки общественного здоровья в Республике Казахстан.

Задачи исследования:

1. Оценить состояние и динамику медико-демографических и медико-социальных показателей в Республике Казахстан; выявить региональные особенности.

2. Определить уровни и динамику социально-экономических показателей, влияющих на здоровье населения.

3. Изучить мнение населения о доступности и качестве организации медицинской помощи.

4. Разработать методику определения интегральных показателей общественного здоровья и провести с ее помощью комплексную оценку общественного здоровья в Республике Казахстан.

Научная новизна исследования

- Получены новые знания о медико-демографической и медико-социальной ситуации в Республике Казахстан.
- Доказано, что комплексная оценка общественного здоровья в Республике Казахстан с использованием классического подхода является затруднительной ввиду существенных различий между регионами и наличии разнонаправленных тенденций.
- Получены новые данные о состоянии и тенденциях социально-экономических показателей, влияющих на здоровье населения.
- Выделены региональные кластеры, существенно отличающиеся по социально-экономическим условиям.
- Получены новые данные о субъективной оценке населением Республики Казахстан собственного здоровья, различной степени удовлетворенности доступностью и качеством организации медицинской помощи в зависимости от региона проживания.
- Разработана методика определения интегральных показателей общественного здоровья.
- Проведена комплексная оценка общественного здоровья в Республике Казахстан на основе интегральных показателей, отражающих многолетние уровни включенных коэффициентов, скорость изменения и обобщенный результат.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Полученные результаты расширяют теоретические представления об особенностях состояния и динамики показателей, характеризующих состояние общественного здоровья в Республике Казахстан. Разработан и научно обоснован методологический подход комплексной оценки общественного здоровья в Республики Казахстан на основе интегральных показателей здоровья.

Полученные данные представляют возможность использования в стратегическом планировании развития системы здравоохранения на государственном и региональном уровнях. Разработана, апробирована и внедрена в практику программа для ЭВМ «РОЗа – 1.0» для автоматизированного определения интегральных показателей здоровья.

Методология и методы исследования

Для решения поставленных задач применён комплекс методов исследования: аналитический метод, статистический метод (описательная статистика, анализ динамических рядов, прогнозирование, кластерный анализ), социологический метод. Основные принципы, лежащие в основе исследования, базировались на фундаментальных положениях российских и зарубежных специалистов в области общественного здоровья и здравоохранения. В исследовании широко использовались концепции современной науки об общественном здоровье. Аналитическая оценка полученных результатов проводилась на основании существующей законодательной базы, действующих нормативов, опубликованных данных государственной статистики.

Личное участие автора в получении результатов

Автор самостоятельно провел аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, составил программу исследования (личное участие – 100%). Диссертант организовал сбор и анализ первичной документации с использованием статистических программ (доля личного участия – 95%). Автор проводил анкетирование (доля личного

участия 100 %). Для разработки информации автором лично сформированы базы данных по показателям, включенным в исследование здоровья населения; базы данных с информацией по социологическому опросу населения РК по удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи (1500 единиц наблюдения). Статистические расчеты и анализ данных проводились лично автором. Лично автором разработан алгоритм программы для ЭВМ. Автором осуществлен анализ и интерпретация результатов исследования, сформулированы выводы и практические рекомендации, оформлена диссертация. В целом, вклад автора в проведение исследования превысил 97%.

Внедрение результатов исследования в практику

В рамках выполнения работы получено свидетельство на объекты интеллектуальной собственности: свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ «РОЗА-V.1.0» № 2022660316 от 06.06.2022; свидетельство о государственной регистрации на базу данных для ЭВМ «Удовлетворенность населения качеством медицинской помощи» № 2024621069 от 11.03.2024; основные положения и выводы диссертационной работы используются в учебном процессе кафедр общественного здоровья и здравоохранения №1 (акт внедрения от 05.02.2024) и кафедре сестринского дела (акт внедрения от 05.02.2024) ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России; кафедре Менеджмента здравоохранения Казахстанского медицинского университета «ВШОЗ» (Республика Казахстан), в работе КГП на ПВХ Центра перинатологии и детской кардиохирургии Республики Казахстан (акт о внедрении от 23.05.2023); в работе Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова (акт о внедрении от 5.09.2024); в работе кафедры менеджмента здравоохранения Казахстанского медицинского университета «ВШОЗ» (акт о внедрении 10.01.2025).

Степень достоверности полученных результатов

Достоверность результатов работы определяется достаточным объемом исследования и применением современных методов статистического анализа.

Апробация результатов исследования

Материалы исследования были представлены и обсуждены на 71-й научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (71-й годичной) «Инновации в медицине: от науки к практике» с международным участием (Республика Таджикистан, г. Душанбе, 2023 г.), международной конференции «Научные и практические аспекты развития педиатрии и неонатологии», (Республика Казахстан, Астана, 2022), на IV Всероссийском конгрессе с международным участием «Инновации в медицине сегодня – здоровое поколение завтра» (Россия, Москва, 2023); VI Всероссийской научно-педагогической конференции с международным участием «Медицинское образование. Пути повышения качества», приуроченной к празднованию 80-летнего юбилея Оренбургского государственного медицинского университета (Россия, Оренбург, 2024) Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Высшее образование как точка роста профессионализма медицинской сестры: прошлое, настоящее, будущее», посвященная 30-летию факультета высшего сестринского образования и кафедры сестринского дела» (Россия, Оренбург, 2023); III международной молодежной-научно-практической конференции «Наука. Медицина. Транспорт. Инновации: Сохраняя прошлое - создаем будущее» (Россия, Оренбург, 2024).

Публикации по теме диссертационной работы

Основные положения и выводы исследования отражены в 14 работах, опубликованных в центральной и региональной печати, из них 6 публикаций в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК РФ, и 2 свидетельства Роспатента о регистрации программы для ЭВМ и базу данных.

Связь выполненного исследования с научными программами

Диссертация выполнена в соответствии с планом научных исследований федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Оренбургский государственный медицинский

университет» Министерства здравоохранения РФ (№ государственной регистрации темы АААА-А20-120120790004-2).

Основные положения, выносимые на защиту

1. Установлены существенные различия и разнонаправленность тенденций медико-демографических и медико-социальных показателей между регионами страны.

2. Регионы Республики Казахстан являются значимо неоднородными по уровням и динамике социально-экономических показателей.

3. Удовлетворенность населения доступностью и качеством организацией медицинской помощи указывает на наличие проблем и имеет существенные региональные отличия.

4. Использование интегральных показателей и разработанной методики обеспечивает возможность сравнительного анализа общественного здоровья и ранжирования регионов в целях совершенствования программно-целевого планирования здравоохранения.

Научная специальность, которой соответствует диссертация

Научные положения соответствуют паспорту специальности 3.2.3 «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза», в частности, пунктам 1-5, 10, 16, 17, 20.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 184 страницах машинописного текста, состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, приложений. Работа включает в себя 8 таблиц, 72 рисунка. Библиографический указатель содержит 191 источник, из них 129 работ отечественных и 62 зарубежных авторов.

Глава 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

1.1. Исторические аспекты формирования современных представлений об общественном здоровье и методах его оценки

Согласно целям устойчивого социально-экономического развития ООН на 2016-2030 гг. стратегически важным приоритетом является улучшение общественного здоровья населения (Цой А.В., 2021). Для оценки общественного здоровья населения в настоящее время традиционно используются демографические показатели, включая рождаемость, смертность, ожидаемую продолжительность предстоящей жизни, также показатели заболеваемости, инвалидности и уровня физического развития населения (Ситдикова И.Д. с соавт., 2020). Ученые многие годы находятся в поиске инструмента для измерения понятия «здоровья», которые приобрели систематический характер в процессе исторического становления общества и отношения к здоровью.

История развития оценки состояния здоровья в России населения берет начало с аналитических трудов Е.А. Осипова 1883-1897 гг. (Егорышева И.В., 2016). В трудах П.И. Куркина за 1883-1902 гг. описана статистика заболеваемости жителей и статистической деятельности лечебных учреждений Московской губернии.

В эпоху революционных изменений впервые заболеваемость анализировалась по отдельным нозологическим группам, по разным регионам. Впервые ученые разделяют причины смерти и факторы риска развития заболеваний. В 1920-1930 гг. в России происходило более углубленное изучение заболеваемости и смертности, отдельно изучалась структура причин смерти и заболеваемости. Ученые Л.Е. Поляков, А.М. Петровский впервые давали комплексную оценку состоянию здоровья по всем факторам здоровья и за рубежом Т. Аллисон, Дж.Торренс (Гордеева С. С., 2011; Егорышева И.В., 2016; Кириленко О.Н., 2019).

В 1930 гг. создано впервые «научно-методические бюро санитарной статистики», которые взяли на себя функцию по составлению сводных отчетов о состоянии здоровья и деятельности учреждений здравоохранения. Анализ включал в себя показатели заболеваемости, демографии, физическом развитии и деятельности учреждений здравоохранения. После проведения Всесоюзной переписи учреждений здравоохранения система сбора и анализа информации имела унифицированный и систематический характер. Впервые появляются данные о таком показателе общественного здоровья, как ожидаемая продолжительность предстоящей жизни. В это же время начиная с 1970 года появляются научные работы, посвященные интегральной оценке состояния здоровья, основанные на выборочном изучении заболеваемости по материалам обращаемости (1969-1971 гг.) и смертности в городских и сельских населенных пунктах, характеризующие влияние социально-экономического фактора. В частности, некоторые работы таких ученых как А.А. Роменский, В.К. Овчаров, Г.С. Жуковский и др., были укрупнены за счет внедрения результатов медицинских осмотров граждан. Так, в 1964 г. Б. Сандерс, при изучении уровней заболеваемости в округе Кит-Карсон (штат Колорадо, США), предложил использовать в расчетах данные таблиц смертности, справедливо отмечая, что здоровье является одним из атрибутов, для которых невозможно установить верхнюю границу (Sanders B.S., 1964). Даниэль Ф. Салливан на основе таблиц смертности рассчитал ожидаемую продолжительность жизни населения США, рожденного в 60-е годы «с ограничением в дееспособности» и «без ограничения в дееспособности», дифференцировав ее при этом по полу и двум возрастным категориям (при рождении и старше 65 лет). Благодаря ученому введен термин «ожидаемая продолжительность здоровой жизни» (ОПЗЖ) и жизни, прожитой с ограничениями активности и недожитые годы (Sanders B.S., 1964; Sullivan D.F., 1971).

В 1971 году ВОЗ были сформулированы требования к определению показателям, описывающим индекс общественного здоровья (Bok S., 2004).

Применение единых требований к оценке здоровья стандартизирует подход и дает возможность для сравнения уровня общественного здоровья в различных странах и при сравнении внутри страны, кроме того единые требования упрощают оценку эффективности проводимых мероприятий в различных анализируемых территориях. К основным критериям оценки общественного здоровья ВОЗ отнесла: доступность анализируемых данных, полнота охвата, качество, универсальность анализируемых факторов, вычислимость, интерпретируемость, воспроизводимость, специфичность, чувствительность и валидность данных (World Health Organization, 2007).

В 1980 году ученым С.П. Ермаковым данные требования были уточнены, и по сей день являются актуальными для интегральной оценки общественного здоровья (Бачманов А.А., 2004). Были добавлены такие положения как, репрезентативность выборки, иерархичность уровней изучаемой совокупности и целевая состоятельность к сохранению и развитию общественного здоровья.

В это же время появляются работы, которые описывающие влияние социальных факторов помимо традиционно используемых в виде уровня заболеваемости и смертности, отражающие отношение к собственному здоровью, понимая необходимости лечения, поведенческих факторов риска здоровья. Таким образом, формировался более обширный взгляд на состояние здоровья общества с учетом факторов окружающей среды (Гордон Л. с соавт., 1998; Чубенко Д.С., 2007). После принятия в 1981 г. Алма-Атинской декларации в 1978 году ВОЗ разработаны показатели для оценки состояния здоровья, которые позволили стандартизировать анализируемые параметры здоровья населения в странах. Оценка общественного здоровья включала в себя показатели, характеризующие воспроизводство населения, ожидаемую продолжительность жизни, и продолжительность трудоспособности жизни. Для оценки систем здравоохранения ВОЗ предложила использовать следующие критерии: доля ВВП на здравоохранение, доступность первичной помощи, охват медицинской помощью, уровень иммунизации от

инфекционных заболеваний, уровень скрининга беременных, детская смертность, состояние питания детей, средняя продолжительность жизни, медицинская грамотность населения и др.

Еще в начале 1976 г. широкое использование оценки состояния здоровья привело к введению показателей «человеко-годы жизни, скорректированные по качеству здоровья» - QALY (quality adjusted life years). Этот термин впервые использовали для определения единиц измерения состояния здоровья исследователями R.Zeckhauser и D.S.Shepar (Zeckhauser R., Shepard D., 1976). Использование данного индикатора для экономического ущерба здоровью связано с ученым Дж.Торранс. Показатель QALY используется для оценки продолжительности человеко-лет жизни с поправкой на качество жизни в каждый год жизни человека. Показатель рассчитывается без учета возраста, один прожитый год имеет равную ценность во всех возрастах (Орлов В.И., Сабгайда Т.П., Антонюк В.В., 2009). Оценка QALY носит достаточно субъективный характер, так как связано с оценкой качества жизни определяемого для каждого года жизни (Стерликов С.А. с соавт, 2011).

В 1990 году группой исследователей предложен показатель индекс человеческого развития – это обобщающий показатель средних достижений по ключевым направлениям человеческого развития: долгая и здоровая жизнь, уровень знаний и достойный уровень жизни. Показатель представляет собой среднее геометрическое нормализованных индексов для каждого из трех измерений (<https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index>). Аспект здоровья оценивается ожидаемой продолжительностью жизни при рождении, аспект образования измеряется средним значением количества лет обучения в школе для взрослых в возрасте 25 лет и старше и ожидаемых лет обучения в школе для детей, достигших школьного возраста. Уровень жизни измеряется валовым национальным доходом на душу населения. Затем баллы по трем индексам измерений индекса объединяются в составной индекс с использованием среднего геометрического значения (Горбунова О.Н., Гегамян М.А., 2013).

Методом интегральной оценки состояния здоровья и качества жизни является индекс благосостояния, который строится на основе базовых индикаторов объективную и субъективную сторону здоровья населения (Балашова С.А., Нахатакян Е.О., 2017).

Принципиально новым показателем, в основу которого лег принцип комплексной оценки болезней и травм с дифференцированным подходом по оценке влияния на здоровье отдельных заболеваний и травм был опубликован Отчете о мировом развитии в 1992 году ВОЗ по заказу Всемирного банка при проведении первого международного сравнительного исследования Глобального бремени болезней (ГББ). Был предложен индикатор, состоящих из нескольких компонентов – потерянные годы потенциальной жизни в результате смерти и лет, прожитых с инвалидностью - Disability Adjusted Life Year (DALY) (Самородская И.В., Ватолина М.А., Бойцов С.А., 2017). Данный показатель был призван в условиях дефицита данных дать критическую оценку состоянию здоровья населения на изучаемой территории с возможностью сравнения данного показателя в разных странах.

Показатель DALY состоит из потерянных лет потенциальной жизни (ПППЖ), который вычисляется как произведения числа недожитых лет на абсолютное число умерших в каждой возрастной группе (Бойцов С.А. с соавт., 2015). В отличие от индекса DALY расчет ПППЖ производится достаточно легко, без применения весовых коэффициентов, носящих субъективных характер. Однако, применение показателя ПППЖ имеет ограничения в виде принятия авторами разного возраста дожития. Например, в отчете о глобально бремени болезней используется возраст дожития равный 86 годам – это средняя продолжительность жизни женщин в Японии, среди российских ученых, применяется ожидаемая продолжительность жизни, которая также варьирует в разные периоды времени. Данный факт затрудняет применение ПППЖ для сравнения между регионами внутри страны, так и между странами.

Основное предназначение данного показателя заключается в количественной оценке здоровья с учетом влияния социальных факторов

разных возрастных группах. В статье А.А. Бачманова (2004), описаны недостатки данного метода, которые, по мнению автора, заключаются в сложном математическом подсчете данных, отсутствием необходимой информации для расчета, не учитывается рождаемость населения, также отсутствует нормируемость данного показателя, что затрудняет сравнение территорий.

При оценке лет жизни, прожитых с инвалидностью («нетрудоспособностью», «нездоровье») для конкретного заболевания в течение определенного времени умноженную на среднюю продолжительность жизни и весовой коэффициент, который отражает тяжесть заболевания. Данная методика встретила ряд критики, особенно это касалось вопроса оценки весовых коэффициентов и их расчета, которая была определена в результате опроса репрезентативных выборок в разных странах.

В рамках оценки глобального бремени болезней создан Институт по измерению показателей здоровья и оценке состояния здоровья (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)) в составе Университетского штата Вашингтон (Сиетл), который проводит независимую оценку глобального бремени (Тимонин С.А., Папанова Е.К., 2017). Методика DALY заключается в количественной оценке уровня здоровья с учетом возраста и изменения социальных факторов во времени. Результаты оценки глобального бремени болезни ежегодно публикуются в журнале The Lancet. На сайте IHME опубликованы, результаты оценки ГББ начиная с 1990 года по 160 странам и территориям по различным возрастным группам, полу, месту жительства (Молчанова Е. В., 2020). Однако, к недостаткам данной методики, можно отнести ненормируемость оценок для здоровья, в частности вычисление весового коэффициента болезней и состояний, не взят в учет такой показатель как – воспроизводство население, и отсутствие доступа или сложность в получении статистических данных для расчета данного показателя.

В 2014 году ВОЗ был разработан индекс общественного здоровья, который обеспечивает гибкий подход к отбору, объединению и

представлению медицинских данных. Его цель состоит в том, чтобы предоставить визуальное, графическое и статистическое представление о различных показателях здоровья и детерминантах здоровья в пределах конкретных географических границ и различий в состоянии здоровья с акцентом на учет внутригородских различий в состоянии здоровья. Индекс общественного здоровья может быть использован работниками общественного здравоохранения, специалистами по оценке, статистиками, руководителями программ, академическими исследователями и лицами, принимающими решения, для изучения текущего состояния городских районов, для оценки изменений и эффекта программных мероприятий, а также для планирования городских улучшений. Индекс здоровья был разработан на основе ряда документов и консультаций по заказу Центра развития здравоохранения Всемирной организации здравоохранения (Kobe J. et al., 2014). Первоначальный мотивирующий вопрос заключался в том, является ли единая городская метрика осуществимой и может ли она фиксировать критически важную информацию о городской территории. В результате этих обсуждений было принято решение о том, что одна метрика – по умолчанию составная статистика – не будет служить многим целям, которые от нее требуются, и многоцелевой инструмент, вероятно, будет более выгодным. Центр ВОЗ в Кобе и его консультанты представляют себе метод, который можно было бы применять к показателям здоровья и детерминантам здоровья, который предусматривал бы встроенные меры для учета различий и поддавался бы географической визуализации. Появившийся инструмент не был основан на новых методах, а был построен на методологии, которая разрабатывалась в течение многих лет. Обзор существующих баз данных показателей и современных подходов к формированию индексов выявил разнообразие терминологии, но значительное соответствие типов используемых показателей. Было предложено множество индексов, большинство из которых основаны на включении конкретных показателей, а многие из них используют произвольные схемы взвешивания. Методология

расчета основана на значительной корреляции между показателями одного и того же типа (например, общая смертность и ее подмножества) и избегает взвешивания в пользу различных комбинаций показателей. Метод расчета индекса здоровья основан на подходе, который стандартизирует показатели путем их преобразования в долю их диапазона и комбинирует их, используя среднее геометрическое. Для расчета индекса здоровья проводится изучение широкого спектра показателей из широкого спектра социальных, географических, экономических и экологических детерминант здоровья. Такой набор индикаторов позволит получить составной индекс, на который не сильно влияет одна конкретная область. Например, в исследовании ВОЗ «Сердце городов» представлена система показателей по таким областям, как показатели здоровья, физическая окружающая среда и инфраструктура, социальное и человеческое развитие, стратегическое руководство и экономика. Одна из проблем, связанных с этим подходом, заключается в том, что, когда индикаторы выбираются из множества различных областей, при объединении эти индикаторы могут скрыть различия в результате взаимодействия различных индикаторов. Данная методика не получила широкого распространения в РФ.

Таким образом, методы оценки общественного здоровья в историческом аспекте претерпевали изменения, совершенствовались вместе с развитием науки и техники. Ученые периодически расширяли понятие «общественное здоровье», изучали влияние окружающей среды на формирование общественного здоровья. На современном этапе отсутствуют унифицированные методики интегральной оценки общественного здоровья, в связи с этим поиск новых комплексных показателей является актуальной задачей, стоящей перед наукой в сфере общественного здоровья.

1.2. Методики оценки уровня общественного здоровья

В научной литературе описаны проблемы оценки состояния как индивидуального, так и общественного здоровья (Найговзина Н.Б., Филатов В.Б., 2006; Макарова И.Л., 2013; Нацун Л.Н., 2019). Определение понятие «здоровье», установленное ВОЗ в середине прошлого столетия, не претерпевало изменений (Щербук Ю.А., Булатова Е.М., 2010). Определение этого включает «...полное физическое, психическое и социальное благополучие ...», больше не соответствует современным общественным взглядам. Это связано с тем, что данное ВОЗ определение здоровья подразумевает, что многие люди с хроническими заболеваниями или особенностями развития будут считаться нездоровыми, а полное благополучие для них будет утопией и неосуществимым. Это больше не является общепринятым (Leonardi F., 2018; van Druten V.P. et al., 2022). Взгляды на людей с ограниченными физическими возможностями меняются; они больше не рассматриваются как «нездоровые». С другой стороны, акцент сместился на тот факт, что людям, страдающим хроническим заболеванием или инвалидностью, действительно необходимо адаптироваться к своей новой ситуации; способность делать это является частью недавно разработанной парадигмы «позитивного здоровья» (Huber M. et al., 2011).

За последние десятилетия обсуждалось множество альтернативных концепций здоровья, таких как «позитивное здоровье», которое фокусируется на чьих-либо способностях, а не на неспособностях. Однако остается открытым вопрос, может ли общая концепция здоровья служить руководством для всех видов медицинской практики. В зарубежной литературе признается необходимость конкретизации концепции здоровья для профессий или условий (van Druten V.P. et al., 2022).

За последние десятилетия в научной полемике о здоровье и медицине обсуждалось множество альтернативных концепций здоровья, переходящих от здоровья как состояния, свободного от болезней, к здоровью как

возможностям человека. При этом, отечественными учеными предложены и другие определения, так как проблема оценки индивидуального здоровья кроется в отсутствии четких критериев определения нормы и патологии (Валеев Э.Р. Камашева А.В., 2016). Так, Лызиной И.А. с соавторами (2011) предложена адаптированная интегральная оценка индивидуального здоровья, основанная на преобразовании разноименных параметров в единую интегральную функцию. Другие авторы предлагают в качестве критерия индивидуального здоровья принимать жизнеспособность, которая позволяет дать количественную оценку для управления здоровьем, определить границу нормы и патологии (Белоусова С.В., 2016).

В мировой практике известны также множество концепций о здоровье. Так, биостатистическая теория здоровья Бурса - это чисто описательное свойство организма (Boorse С., 1977), которое фокусируется на функционировании частей тела и физиологических систем, свободных от болезней (Haverkamp B., Bovenkerk B., Verweij M.F., 2018). L. Nordenfelt (1993) опроверг биостатистическую теорию Бурса и сосредоточился на «способности второго порядка достигать жизненно важных целей», при которой действия ориентированы на достижение минимального счастья, являющегося условием, которое предпочитает человек (van Druten V.P. et al., 2022). Как и у L. Nordenfelt, подход М.С. Nussbaum (2000) к развитию способностей также направлен на достижение набора способностей в вещах, которые важны в жизни человека. Однако L. Nordenfelt фокусируется на здоровье человека, связанном с процветанием человека и достижением жизненно важных целей, в то время как М.С. Nussbaum фокусируется на определении компонентов жизни человека, которые в равной степени отражают человеческое достоинство, а также способность быть и делать определенные вещи (Bickenbach J., 2014). Совсем недавно Международная классификация функционирования, инвалидности и здоровья сосредоточилась на работоспособности, а также способностях, принимая во внимание более

широкий набор аспектов: функции организма, активность и участие, факторы окружающей среды и личности, а также структуры тела (Huber M. et al., 2016).

Эти более широкие взгляды на здоровье получили дальнейшее распространение с тех пор, как концепция позитивного здоровья была постулирована М. Huber с соавт. Позитивное здоровье фокусируется на чьих-либо способностях, а не на неспособностях, что означает, что люди с хроническими заболеваниями или ограниченными возможностями больше не считаются автоматически "нездоровыми". Кроме того, особое внимание уделяется устойчивости и самоуправлению при решении социальных, физических и эмоциональных проблем (Huber M. et al., 2016). Для дальнейшей практической реализации концепции позитивного здоровья М. Huber с соавт. провели опрос нескольких заинтересованных сторон, выяснив, какие аспекты здоровья они считают важными. Это привело к выявлению 32 аспектов, разделенных на шесть измерений: 1) функции организма, 2) психические функции и восприятие, 3) духовное / экзистенциальное измерение, 4) качество жизни, 5) социальное участие и 6) повседневное функционирование (Huber M. et al., 2016).

Реакция на концепцию позитивного здоровья в литературе неоднозначна. Измерения рассматриваются как значимые, однако термины «адаптация» и «самоуправление» подвергаются сомнению. В научной литературе обсуждалось, что несколько групп людей, таких как немощные пожилые люди или люди с психическими расстройствами, могут не обладать способностью адаптироваться или управлять собственным здоровьем. Более того, возложение на людей ответственности за их собственное управление здоровьем может вызвать у людей чувство вины при возникновении проблем со здоровьем (Jambroes M., et al., 2016). Были предприняты попытки разработать инструмент для измерения положительного состояния здоровья. Результаты показали, что аспекты концепции «положительного состояния здоровья» еще не были четко проработаны. Привлеченные эксперты задались вопросом, является ли операционализация концептуальной модели

отражением здоровья или аспектов жизни, которые влияют на здоровье (т.е. являются детерминантами здоровья) (Prinsen C.A.C., Terwee C.B., 2019). Кроме того, Hafen M. (2016) рассматривает «способность адаптироваться и управлять собой» как определяющий фактор, а не как часть самой концепции «здоровья». Мотивы включения аспектов в шесть измерений были неясны, и не всегда было ясно, к какому измерению относятся те или иные аспекты. Наблюдалось совпадение аспектов внутри измерений (Sturmberg J.P, Martin C.M., Moes M.M., 2010).

В отечественной научной литературе отмечается, что в зависимости от исторического периода имеет место различный объём информации о медицине, включая сведения о болезнях и концепцию «Здоровье». В историческом аспекте больше данных о концепции «Болезни», чем о концепции «Здоровье». Очень часто эти понятия даются в контексте противопоставления. Это связано и с тем, что, говоря о концепции «Здоровье», учёные больше анализируют социально-экономические аспекты и формирование здорового образа жизни в обществе. Концепция «Здоровье», используемая в клинической практике, связана с жизненно важными целями, а не только с выживанием. С этой точки зрения, даже историческая концепция здоровья ВОЗ стала объектом научных и биоэтических дискуссий (Орлова Н. В. с соавт., 2022).

Важно отметить, что общая концепция здоровья не может подходить ко всем группам населения с учётом их возраста, пола, профессиональной принадлежности и региона проживания (van Druten V.P. et al., 2022). Представляется более вероятным, что для разных профессий или условий необходимы конкретные концепции здоровья. Так, потребители медицинских услуг руководствуются иными концепциями здоровья при обращении за медицинской помощью, чем медицинские работники при ее предоставлении. Это может означать несоответствие целей потребителей медицинских услуг по сравнению с медицинскими работниками. Примечательно, что медицинские работники упоминают полное благополучие или

функционирование, в то время как потребители медицинских услуг едва упоминают эту биомедицинскую точку зрения. Потребители медицинских услуг ценят самоуправление, в то время как медицинские работники не делают акцент на самоуправлении в своих концепциях здравоохранения. Кроме того, индивидуальный опыт в области здравоохранения может меняться в течение жизни из-за различных жизненных обстоятельств и событий (Bauer G.F. et al., 2020). Было замечено, что пациенты в целом, как правило, сосредоточены на повседневном функционировании, в то время как пожилые люди особенно сосредоточены на участии. Это показывает, что одна концепция здоровья не подходит автоматически для всех возрастных групп. С другой стороны, были обнаружены интересные сходства в отношении концепций здоровья. В большинстве статей здоровье концептуализировалось как многогранное и субъективное явление, а не просто как полное благополучие или функционирование, как предлагается в биомедицинской модели. Кроме того, в большинстве контекстов другими предпосылками для здоровья были адаптация к изменениям и удовлетворение жизнью. Действительно, невозможно достичь консенсуса по одной общей концепции здравоохранения; все концепции здравоохранения охватывают аспекты, которые кажутся актуальными (Haverkamp B., Bovenkerk B., Verweij M.F., 2018). Тем не менее, важно четко представлять, какая концепция здоровья используется в качестве основы для разработки и внедрения в управление здравоохранением, для (пере) разработки политики здравоохранения и для научных исследований. Концепции здравоохранения, разработанные в одном контексте, не действуют автоматически в других контекстах. В результате ожидания потребителей медицинских услуг и медицинских работников могут не совпадать при оказании медицинской помощи (van Druten V.P. et al., 2022).

Учитывая вышеизложенное становится очевидным, что четкой альтернативной концепции здоровья, которая заменила бы определение ВОЗ, пока не найдено. Тем не менее, для практического здравоохранения важно иметь четкую и понятную общую концепцию здоровья для управления им,

разработки и пересмотра здоровьесберегающей государственной политики, определения основных трендов научных исследований и практикоориентированных мероприятий по сохранению и укреплению здоровья населения (Huber M. et al., 2011). Это может помочь директивным органам разработать и реализовать эффективную политику в области здравоохранения для улучшения состояния здоровья, качества жизни, заболеваемости и смертности. Четкое понимание значения здоровья медицинскими работниками и пациентами должно способствовать активному участию и расширит возможности пациентов. Однако сомнительно, что общая концепция здоровья может определять все виды практики. Более вероятно, концепции здоровья необходимо конкретизировать для конкретных профессий или условий (van Druten V.P. et al., 2022).

Очевидно, что многоуровневость и сложность проявления здоровья, а также актуальность его критериев в различных условиях определяет и трудности в унификации методов его определения для общественного здравоохранения. Что является крайне важным моментом, поскольку оценка общественного здоровья определяет стратегию и тактику его управления.

Анализ научных публикаций по исследованию методов оценки состояния здоровья показал, что и как в случаях с термином «здоровье» существует определенная научная полемика по методологии его оценки и активный научный поиск эффективных и универсальных критериев его оценки.

В случае оценки индивидуального здоровья существуют убедительные доказательства того, что оно формируется в условиях воздействия неблагоприятных факторов среды обитания, в связи с чем, при оценке как собственно здоровья, так и риска его ухудшения необходимо учитывать в том числе и комплекс действия факторов окружающей среды, а также социальный компонент здоровья (Землянова М.А., Зайцева Н.В., Кирьянов Д.А., Устинова О.Ю., 2017). Так, к примеру, предлагается система оценки здоровья человека на основе данных о естественном движении населения, наличии вредных

привычек, данных об условиях проживания, социально-экономических условиях, состоянии окружающей среды, развитии инфраструктуры, наличии социальных неравенств, реализации государственной политики в сфере общественного здоровья (Горшкова Л.В., 2023).

Важной проблемой перед научным сообществом стоит определение критериев общественного здоровья, при этом в научной литературе большинство исследователей признает необходимость интегральной его оценки (Кириянов Б.Ф., Медик В.А., Токмачёв М.С., 2004; Мусийчук Ю.И. с соавт., 2009; Гундаров И.А., 2010; Апанасенко Г.Л., 2015; Султанбекова Б.М. с соавт., 2015; Шакуров В.А., Бобровский И.А., Дмитриев В.В., 2017; Шакуров В.А. с соавт., 2017; Ломов О.П., 2018; Семенова З.А., 2019; Коновалова Л.В., Зыкова Н.В., Ушакова Т.Н., 2020; Ситдикова И.Д. с соавт., 2020; Медведева О.В. с соавт., 2021; Самородская И.В., Перхов В.И., Третьяков А.А., 2021; Огурцов А.Н., Дмитриев В.В., 2022; Васильева Т.П. с соавт., 2022; Чистобаев А.И. с соавт., 2022; Русских С.В. Васюнина А.Е., Ротов В.М., 2023). Однако стоит учитывать, что формирование интегральной оценки общественного здоровья должно производиться из множества критериев, в том числе одним из ключевых поправочных коэффициентов могут служить региональные компоненты (Самородская И.В., Перхов В.И., Третьяков А.А., 2021).

Как показал анализ опубликованных работ, универсальных показателей, которые могут быть использованы для интегральной оценки общественного здоровья не существует, каждый исследователь осуществляет самостоятельно выбор исследуемых индикаторов (Boorse С., 1977). Одни исследователи при расчете интегрального показателя общественного здоровья используют показатели продолжительность жизни, суммарной рождаемости, браки, разводы, убийства, самоубийства и несчастные случаи, грабежи и разбои; исходя из их доступности и активном использовании в официальной статистике Росстат (Гундаров И. А., 2010; Апанасенко Г.Л., 2015; Шакуров В.А., Бобровский И.А., Дмитриев В.В., 2017; Русских С.В. Васюнина А.Е., Ротов В.М., 2023) и дополнением других показателей, таких как уровень

социальной дееспособности населения. Другие исследователи включают в расчеты интегрального общественного здоровья такие индикаторы, как социальные, экономические, медико-экологические, жилищно-бытовые (Коновалова Л.В., Зыкова Н.В., Ушакова Т.Н., 2020). Другие исследователи предлагают включать в интегральную оценку состояния общественного здоровья населения уровень безработицы, охват детей дошкольным образованием, числом минимального набора продуктовой корзины, удельный вес семей, нуждающихся в улучшении жилищных условий, доля лиц, получающих социальную помощь, уровень преступности, открытость и доступность информации о медицинских услугах и удовлетворённость пациентов оказанием медицинских услуг (Огурцов А.Н., Дмитриев В.В., 2022). Так же предлагается, как и в случае с оценкой индивидуального здоровья, в интегральную оценку общественного здоровья проводить с учетом состояния окружающей среды (информация о состоянии окружающей среды может быть получена из официальных источников), к примеру из ежегодных докладов главных государственных санитарных врачей Роспотребнадзора, размещенных на официальных сайтах службы), уровня медицинской грамотности населения и отношения к здоровому образу жизни (Семенова З.А., 2019). Сравнительно новым направлением в определении общественного здоровья стал подход оценки риска здоровью населения, который в последние десятилетия активно внедряется в практику. Это обусловлено тем, что приоритетом в сохранении здоровья в безопасных условиях среды обитания является методология управления рисками (Ломов О.П., 2018; Ситдикова И.Д., Мингазова Э.Н., Мешков А.В., Гуреев С.А., 2020). Имеются и более неочевидные критерии, которые предлагают использовать в интегральной оценке общественного здоровья, такие как кадровое обеспечение, так как были найдены положительные корреляционные связи с общественным здоровьем. Однако существуют факты, доказывающие дискуссионность данного явления (Медведева О.В., Меньшикова Л.И., Чвырева Н.В., Гажева А.В., Большов И.Н., 2021).

Становится очевидным, что разнообразие в предлагаемых критериях интегральной оценки общественного здоровья обусловлено одним общепризнанным фактом о том, что его формирование происходит в условиях действия множества факторов и это требует включения в анализ социально-экономические и экологические параметры при интегральной оценке общественного здоровья. Кроме того, на примере ряда исследований оценки общественного здоровья показаны региональные особенности его формирования и различный вес значимости одних и этих же показателей, включенных в интегральную оценку общественного здоровья населения, с учётом его территориальной принадлежности (Кириянов Б.Ф., Медик В.А., Токмачёв М.С., 2004; Шакуров В.А., Бобровский И.А., Дмитриев В.В., 2017; Васильева Т.П., Ларионов А.В., Русских С.В., Зудин А.Б., Васюнина А.Е., Васильев М.Д., 2022). Так, проведенная оценка значимости групп показателей: медико-демографических, экологических, социальных, экономических и показателей заболеваемости; используемых для интегральной оценки общественного здоровья экспертным методом, показала их различный вес (Мусийчук Ю.И., Ломов О.П., Кудрявцев В.М., 2009).

Как известно, для принятия управленческих решений важным является не только статическое его измерение, но и оценка динамичности для определения основных трендов его либо стабилизации, либо улучшения, либо ухудшения. В связи с этим ряд исследователей предложили модели интегральной оценки динамики общественного здоровья (Чистобаев А.И., Дмитриев В.В., Семенова З.А., Грудцын Н.А., Огурцов А.Н., 2022), которые включали в себя определение индикаторов и построение оценочной шкалы, построение вектора изменения значения показателя и установление целевого значения, агрегирование показателей в единый комплект и выявление и оценка приоритетных весовых коэффициентов состояния общественного здоровья (Омарова Д.С., Бегун Д.Н., Борщук Е.Л., Булычева Е.В., 2023).

В связи с тем, что унифицированных показателей, которые служат для интегральной оценки общественного здоровья не существует, предполагается

ориентироваться на национальные цели устойчивого развития с учетом Указа Президента РФ. Кроме проблемы адекватного и научно обоснованного выбора критериев для включения в интегральную оценку общественного здоровья существует проблема использования адекватных методологических приемов по его расчету. Для расчета интегральных показателей общественного здоровья предлагается метод ранжирования (Шакуров В.А., Бобровский И.А., Дмитриев В.В., 2017; Коновалова Л.В., Зыкова Н.В., Ушакова Т.Н., 2020); а также преобразование показателей в единую безмерную шкалу (Кириянов Б.Ф., Медик В.А., Токмачёв М.С., 2004; Султанбекова Б.М., Аканов А.А., Кошербаева Л.К., Карсакбаева Л.Ж., 2015; Чистобаев А.И., Дмитриев В.В., Семенова З.А., Грудцын Н.А., Огурцов А.Н., 2022; Васильева Т.П., Ларионов А.В., Русских С.В., Зудин А.Б., Васюнина А.Е., Васильев М.Д., 2022), определение вектора и весового коэффициента каждого показателя (Султанбекова Б.М., Аканов А.А., Кошербаева Л.К., Карсакбаева Л.Ж., 2015). Как было указано ранее одним из распространенных факторов, который исследователи включают в интегральную оценку общественного здоровья, является социальный, измеримость которого имеет свои особенности. В связи с этим, предлагается использовать АСПИД-методологию при интегральной оценке социальных детерминант здоровья. Метод включает в себя несколько этапов, на первом этапе все исходные характеристики преобразовываются в единую оценочную шкалу. Следующим этапом является синтез всех критериев в единый композитный показатель, который равен сумме произведений каждого показателя на весовой коэффициент. Значения весовых коэффициентов определяется методом рандомизированных траекторий, основанной на модели байесовской неопределённости (Кириянов Б.Ф., Медик В.А., Токмачёв М.С., 2004).

Становится очевидным, что существующие трудности при интегральной оценке общественного здоровья связаны с отсутствием инструмента для оценки здоровья (Соломонов А.Д., Калоев А.Д., 2017), отсутствием четкого определения шкалы в которой производится измерение

показателей (Cherkasov S. N., Kamaev Y. O., Fedyaeva A., 2023), а также необходимости учета региональных факторов, влияющих на состояние здоровья (Кожевников А.А., 2017).

1.3. Характеристики состояния здоровья населения и здравоохранения в Республике Казахстан

После распада СССР в Республике Казахстан назрел вопрос реформы системы здравоохранения в сложившихся экономических условиях. Перед образовавшейся независимой республикой в ситуации преобразования всей государственной системы стояли амбициозные задачи (Baizhiyepova, K., 2022). Первым законодательным актом в сфере здравоохранения стал закон, принятый в 1992 году «Об охране здоровья народа в Республике Казахстан».

Данный закон регулировал права и обязанности граждан в сфере здравоохранения, которые не соответствовали современным международным стандартам в сфере правового регулирования охраны здоровья. На тот момент отсутствовали механизмы юридического и финансового обеспечения прав граждан в сфере охраны здоровья (Даулетханова, А. А., 2022).

Принятые законодательные акты, касающиеся регулирования отношений в сфере обязательного медицинского страхования всех граждан в условиях экономического кризиса не дали должного эффекта.

Следующим этапом стал переход на бюджетно-страховую систему здравоохранения. Впервые была принята государственная программа «Здоровье народа» в 1998 году. В условиях нехватки финансовых ресурсов это привело к тому, что произошло сокращению числа медицинских организаций, к износу материально-технической базы. В целях улучшения состояния здоровья Указом Президента РК 2002 г. был объявлен Годом здоровья.

В 2003 году был принят Закон РК «О системе здравоохранения». В условиях тяжелого экономического кризиса принятый нормативный акт не привел к улучшению медико-демографической ситуации, уровень смертности

также оставался на высоком уровне, не снижалась заболеваемость от социально-значимых заболеваний (Тайторина Б.А., Богатырева Л.Б., Байсалова Г.Т., 2020).

На период 2005-2010 гг. была принята «Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан». Задачами данной программы было определение ответственности за здоровье государства и граждан, модернизация системы оказания первичной медико-санитарной помощи населению, оптимизация информационной системы здравоохранения, укрепление здоровья граждан и снижение уровня социально-значимых заболеваний. Были решены важнейшие вопросы по установлению минимальных стандартов гарантированного объема оказания бесплатной медицинской помощи, модернизация первичного звена медицинской помощи, формирование условий для здоровой конкуренции для оказания медицинских услуг (Аканов А.А., Камалиев М.А., 2010; Тайторина Б.А., Дощанова Р.С., Гогаладзе К.Л., 2020).

Однако, в системе здравоохранения на момент реализации данной программы оставались нерешенные проблемы. Доступность медицинской помощи в городских и сельских территориях была различной, отсутствовала система планирования финансовых ресурсов (Тайторина Б.А., Богатырева Л.Б., Байсалова Г.Т., 2020). За период 2009-2012 гг. отмечалось незначительное снижение уровня общей заболеваемости среди взрослого населения, рост заболеваемости злокачественными новообразованиями, незначительное снижение распространенности туберкулеза (Анамбаева А. И. , 2014; Katsaga A, Kulzhanov M, Karanikolos M, Rechel B., 2012).

Очередной программой развития здравоохранения была программа «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы. Основной задачей программы стало: снижение уровня социально-значимых заболеваний и оптимизация информационной среды в сфере здравоохранения. Результатом реализации программы стало улучшение демографической ситуации в стране, система

здравоохранения была значительно модернизирована (Абдуов М.К., Дубицкий А.А., 2019).

По результатам анализа демографических показателей на период с 2005-2015 гг. в РК отмечается рост ожидаемой продолжительности жизни, увеличение рождаемости на 23%, снижение смертности населения на 28%, и снижение материнской смертности на рекордные 68% (Акылбеков, М. Ж., 2017). С 2010-2014 гг. снизилась смертность от болезней системы кровообращения, снизился почти на 40% показатель заболеваемости туберкулезом, уменьшился удельный вес злокачественных новообразований (Жакенова С.Р., Гучияев А.М., 2016; Кадесова, Е. Б., 2019; Chanturidze T. et al., 2015).

Система здравоохранения в рамках инновационной деятельности РК находилась на этапе становления. Низкий уровень медицинской грамотности, социальное положение граждан, сложное экономическое положение - решение данных проблем напрямую зависели от государства, от развития системы менеджмента в системе здравоохранения (Кусмолдаева Ж.Н., Баракова А.Ш., 2017).

По результатам социологического исследования в г. Алматы и Алматинской области выявлена неудовлетворенность оказанием медицинской помощи, а именно графиком работы врачей, недоступностью получения специализированной помощи, длительностью ожидания приема к врачу, высокой стоимостью лекарственных препаратов и платных медицинских услуг (Турдалиева Б.С. с соавт., 2016).

В работе Л. С. Спанкуловой, М. А. Каневой (2018), выполненной в рамках оценки качества жизни населения в некоторых районах РК, при опросе почти 4000 человек на основе эконометрического моделирования выявлено наличие влияния экономического неравенства, уровня образования и условий жизни на здоровье граждан и качество жизни в целом. Наличие неравенства в условиях оказания первичной медико-санитарной помощи в некоторых районах РК описывается и другими авторами (Shakarishvili G. et al., 2010).

По данным на 2013 год на систему здравоохранения выделялось 4% от внутреннего валового продукта, в отличие, от развитых стран, где объем финансирования системы здравоохранения варьирован в пределах 6-12%. Недостаточное финансирование привело к дальнейшему реформированию здравоохранения РК (Ахетов А.Л., 2013; Шувалов В.А., 2015).

На 2016-2019 гг. в РК была принята программа «Денсаулык», направленная на укрепление института общественного здоровья, оптимизацию системы эффективного управления здравоохранением, принятие превентивных государственных мероприятий в борьбе с заболеваниями. В обосновании программы были выделены слабые стороны здравоохранения, которые заключались в неэффективном использовании ресурсов, отсутствии преемственности между амбулаторным и стационарным звеном, низкий уровень ресурсной обеспеченности стационарного звена, высокой нагрузкой на первичное звено, отсутствие единого медицинского информационного пространства (Апанасенко Г. Л., 2015; Жыланбаева Б.К., Жамашев Ж., Авазханов С., Райханов С., 2018).

Реализация программы «Денсаулык» привела к тому, что в стране стали существовать единые системы мониторинга за состоянием здоровья населения, наблюдался рост ожидаемой продолжительности жизни граждан РК, создаются условия для развития государственно-частного партнерства (Абилкайыр Н.А., 2019).

По литературным данным на период реализации программы с 2016-2019 гг. в структуре смертности РК первое место занимали болезни системы кровообращения (БСК), второе место-злокачественные новообразования, а третье место-смерти от несчастных случаев и травм. В структуре инвалидности и заболеваемости лидирующие позиции занимают БСК, новообразования, туберкулез (Душкова Д.О., Тикунов В.С., Черешня О.Ю., 2019).

Из литературных источников известно, что уровень детской смертности за период 2008-2018 гг. снизился в 2,6 раз. Модернизация системы оказания

медицинской помощи позволила снизить детскую смертность в РК. В структуре младенческой смертности в динамике возросла доля мертворожденных, но в почти в 2 раза снизилась доля ранней неонатальной смертности (Кизатова С.Т., Дюсембаева Н.И., 2020). Благодаря реализации государственной политики в области оказания медицинской помощи беременным женщинам удалось снизить уровень младенческой смертности, но остается проблема кадрового дефицита акушеров-гинекологов и низкий уровень приверженности к диспансерному наблюдению среди беременных женщин.

В эпоху мировой цифровизации перед системой здравоохранения РК появились задачи в виде перехода на электронный документооборот, применение искусственного интеллекта в сфере здравоохранения, и реализация иных проектов, касающихся цифровизации здравоохранения (Шувалов В.А., 2015). По данным на 2017 год 45% медицинских организаций РК перешли на медицинские информационные системы, а 75% имеют для этого материально-техническую базу (Жаппарова А.С., 2021). Так для системы здравоохранения стоит актуальная задача – оснащение информационно-компьютерной базы всех медицинских организаций РК, также подготовка нормативных актов, регулирующих вопросы внедрение новых технологий для оказания медицинской помощи.

В работе A.S. Omir, N.A. Abilkaiyr (2021), дана оценка показателей общественного здоровья среди населения РК за период 2013-2020 гг. Анализ показал, что наблюдалось улучшение показателей общественного здоровья РК с незначительными темпами прироста, низкий уровень финансирования системы здравоохранения по сравнению с развитыми странами, наличие достоверной корреляционной связи между ожидаемой продолжительностью жизни и уровнем информационной грамотности, и уровнем финансирования в сфере здравоохранения. По данным из статьи Л. С. Спанкуловой, М. А. Каневой (2018), в которой проведен анализ заболеваемости среди промышленных регионов выявлено, что болезни органов дыхания за период

2000-2007 гг. во всех промышленных регионах занимают лидирующие позиции, тенденцию к росту имели болезни органов кроветворения, несмотря на проводимую политику в области охраны здоровья граждан, неблагоприятные экологические условия оказывает негативное влияние на состояние здоровья граждан РК.

Система здравоохранения в РК представляла собой Бевереджискую систему, в которой финансирование здравоохранения реализовано полностью посредством государства. С 2018 года внедрена программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, которая предусматривала четкое разделение обязательств государства с ведение обязательного медицинского страхования. Итогом реализации программы стало повышение доступности медицинской помощи, снижением затрат населения на медицинскую помощь и повышению конкуренции на рынке труда медицинских услуг (Ланская И.А., 2018).

По данным литературных источников наиболее значимыми проблемами системы здравоохранения являлся низкий уровень финансирования системы здравоохранения, вследствие этого низкий уровень материально-технического оснащения медицинских организаций, кадровый дефицит, снижение качества предоставляемой медицинской помощи (Сейткалык Е., Мукашев С., Бидайбеков М., Асыкбаева Л., 2019; Sakko Y. et al., 2022).

По результатам сравнительного анализа за 2011-2015 гг. Г.К. Жусуповой с соавт. (2019) отмечается достаточно низкий уровень охвата льготным лекарственным обеспечением пациентов в амбулаторном звене. Достаточно низкий уровень охвата льготным обеспечением усугублялся по результатам социологического опроса большинство респондентов не имели финансовой возможности для оплаты медицинских услуг из собственных средств (Калмакова Ж.А., Аскарлова Г.Ш., 2014). Особо остро стоит проблема кадрового дефицита в системе здравоохранения РК. Во многих областях страны увеличивается доля врачей пенсионного возраста, сохраняется разрыв между обеспеченностью кадрами в сельских территориях и в городе (Тулбаев

К.А. с соавт., 2017; Наурызбаева А.А., Кырыкбаева С.С., Кауышева А.А., Мещанов Г.Т., 2020).

В настоящее время принята программа развития системы здравоохранения на 2020-2025 гг. Основные задачи современной программы направлены на устойчивое развитие системы здравоохранения РК, повышение качества медицинской помощи, увеличение продолжительности жизни граждан РК и применение эффективных механизмов управления системой здравоохранения. В рамках программы был принят в 2021 году национальный проект «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация». Данный проект направлен на увеличение продолжительности жизни граждан РК до 75 лет до 2025 года, также на создание условий для оказания доступной и качественной медицинской помощи гражданам РК (Muratov S. et al., 2014). В 2020 году был принят Кодекс о здоровье, который регламентировал права граждан на добровольное информированное согласие при проведении медицинских процедур (Жаппарова А. С., 2021).

Анализ литературы показал, что в литературных источниках большое внимание учеными уделяется вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия населения различных регионов страны. Активное развитие промышленности приводит к загрязнению окружающей среды и непосредственно сказывается на здоровье граждан РК (Нацун Л.Н., 2019). Отмечается высокий уровень распространенности заболеваний органов дыхания среди детей, рост в структуре заболеваемости доли бронхиальной астмы, увеличение удельного веса новообразований среди детского населения (Сраубаев Е.Н., 2014 с соавт.).

Однако несмотря на предпринятые меры, имеющиеся в системе здравоохранения проблемы, прежде всего, связаны с тем, что управление и финансирование ориентировано на поддержание мощности сети, а не на ее эффективность. В стране ощущается дефицит врачебных кадров, особенно в

сельском здравоохранении. Сохраняется неравный доступ к медицинским услугам и низкое качество медицинских услуг.

1.4. Интегральная оценка общественного здоровья населения Республики Казахстан

В результате поиска научной литературы с описанием применения методик интегральной оценки общественного здоровья удалось найти небольшое количество работ. В основном опубликованные работы, связанные с оценкой состояния здоровья граждан РК (Шегирбаева, К. Б., 2009; Есимов Д.С., Есимов Н.Б, Измаилова Н.Т., 2018; Aringazina A., Macdonald G., 2006; Zhakhina G., 2022), были посвящены оценке отдельных показателей, таких как заболеваемость, смертность, качество жизни (Vinnikov, D. et al., 2021; Shaltynov A., Rocha J., Jamedinova U., Myssayev A., 2022), влияние экологических факторов на здоровье (Gulis G. et al., 2021).

Комплексный мониторинг уровня общественного здоровья на государственном уровне ни в РК, ни в РФ не проводится, это обусловлено тем, что статистическая база данных не содержит достаточной информации, отсутствуют на регулярной основе выборочные исследования состояния здоровья (Kalel Z.S., Gulis G., Aringazina A.M., 2023). Оценка состояния здоровья населения в основном производилась при помощи анализа самооценки здоровья и ожидаемой продолжительности жизни, однако в условиях нехватки статистической информации и проблемы ее достоверности, необходимо говорить о необходимости решения данных проблем для дальнейшего изучения состояния здоровья с помощью интегральных показателей (Аканов, А.А., 2015; Султанбекова Б.М., Аканов А.А., Кошербаева Л.К., Карсакбаева Л.Ж., 2015).

Работ, посвященных интегральной оценке здоровья в РК достаточно мало, рассмотрим каждую из них. Основным инструментом для оценки состояния здоровья является масштабный социологический опрос (Аканов А.

А., Сейдуманов С.Т., 2010), который устанавливает особенности образа жизни, региональные отличия, половозрастные различия в регионах страны, но эти данные носят субъективный характер и не могут быть достоверным источником информации о состоянии общественного здоровья.

М. К. Тургановой, А. А. Абдулдаевой (2017) рассчитан индекс здоровья людей репродуктивного возраста, который показал относительно стабильный уровень индекса здоровья в динамике среди мужчин и женщин, однако показатель среди мужчин выше, чем среди женщин почти в 2 раза. Однако, применение данной методики оценки индекса здоровья вызывает сомнение, по мнению авторов индекс - отражает долю не болевших граждан, таким образом, граждан, которые не обращались за медицинской помощью в медицинские организации.

В работе Королева Е.Г. с соавторами (2019) дана интегральную характеристику и оценку заболеваемости населения РК. В качестве анализируемых данных выступили показатели популяционного здоровья и факторы окружающей среды. В результате дана оценка по 15 классам болезней и отдельно оценка экологически обусловленных заболеваний. По каждому рассматриваемому классу болезней дана балльная оценка, а затем производилось суммирование баллов по каждому региону. Значение суммарного балла ранжировалось с присвоением лучшего и худшего значения. Данная методика интегральной характеристики и оценки заболеваемости учитывает влияние окружающей среды на здоровье граждан, но не принимает в учет демографическую ситуацию в регионах.

В работе Сраубаева Е.С. с соавторами (2013), рассматривается необходимость интегральной оценки состояния здоровья с учетом влияния факторов окружающей среды. В качестве показателей для выбора анализируемых регионов авторы предлагают использовать: показатели общей смертности, рождаемости и ожидаемой продолжительности жизни. Для анализа предлагается проведение комплексного скрининга состояния здоровья, комплексного анализа экологической обстановки региона, изучить

модели взаимодействия экологических факторов на здоровье граждан, дать прогноз ожидаемой продолжительности жизни и на основе анализа разработать модель управления модифицируемыми факторами риска, влияющие на состояние здоровья в настоящем времени и в будущем. Предложенная модель имеет достаточно глубокий подход к оценке здоровья и предполагает высокие экономические затраты для исследователей в области оценки состояния здоровья.

В работе Белихиной Т.И. с соавторами (2017) описан методологический подход к разработке методов улучшения состояния здоровья граждан с учетом неблагоприятной экологической обстановки на территории проживания. Работа предполагает несколько этапов: комплексная оценка состояния здоровья населения, гигиеническая оценка региона, оценка психологического здоровья населения, анализ социально-экономических факторов, и разработка мероприятий по улучшению состояния здоровья. Предлагаемая методика включает в себя экологический условий проживания, предполагает анализ психического состояния граждан, но интегральную оценку состоянию здоровья населения не несет.

В диссертационной работе Корчевского А.А. (2007), посвященной оценке влияния на интегральные демографические показатели факторов окружающей среды, разработан комплект оценки влияния факторов окружающей среды на медико-демографические показатели. Работа направлена изучение неблагоприятных факторов среды, нежели на организацию комплексной оценки состояния здоровья.

В статье Сакиева К.З. с соавторами (2016) дана интегральная оценка состояния здоровья населения республики путем расчет потерянных лет потенциальной жизни, ожидаемой продолжительности жизни и доли медико-социальных потерь различных возрастных групп. Анализ показал наличие статистически значимых различий среди изучаемых регионов РК, и наличие различий между половозрастными изучаемыми группами. Авторами была

выделена потенциальная группа риска путем оценки бремени болезней и обозначен приоритет превентивных мероприятий для данных территорий.

В работе Аскарова Д.М с соавт. (2022) описана методика оценки интегральной оценки качества жизни на основе скринингового исследования жителей одного из регионов РК. Анкета по изучению качества жизни была использована в соответствии с методическими рекомендациями ВОЗ. Интегральную оценку рассчитывали, как среднее значение между изучаемыми компонентами качества жизни.

В научной работе Казангапова Д.М. (2007) дана оценка уровня общественного здоровья населения на примере Павлодарской области путем применения методов средней оценки и глобального бремени болезней. Для оценки уровня общественного здоровья автор использован показатели заболеваемости, смертности, средней продолжительности жизни и уровень младенческой смертности, затем путем преобразования в многомерную среднюю величину получен интегрированный показатель состояния здоровья. Также средняя была рассчитана для анализа социально-значимых заболеваний, и для анализа системы оказания помощи в изучаемом регионе. В работе представлен анализ глобального бремени болезней – индекс DALY по регионам РК. Доказана корреляционная взаимосвязь между уровнем общественного здоровья и уровнем финансирования систем здравоохранения. Таким образом, в работе дана интегральная оценка общественного здоровья, но в качестве показателей состояния здоровья не учитываются социально-экономические факторы, а работе изучено их влияние на состояние здоровья, но в комплексном анализе состояния общественного здоровья автором не используются. Расчет глобального бремени болезней достаточно емкий и затратный процесс, для сравнения уровня потерь по регионам страны потребуется, во-первых, источник данных для расчета показателя, во-вторых, для оперативного принятия управленческих решений в сфере здравоохранения данный индикатор использовать затруднительно.

Комплексная оценка общественного здоровья в Республике Казахстан на основе интегральных показателей здоровья является актуальной. Представленные методики не лишены недостатков и в условиях развития информационных технологий требуют новых методов к оценке и поиске информации для осуществления анализа состояния здоровья граждан РК.

Таким образом, существуют различные подходы к интегральной оценке общественного здоровья. В большинстве работ в качестве индикаторов принято считать медико-демографические и социальные-экономические показатели общественного здоровья. Существуют работы, предполагающие выборочный подход к проведению оценки состояния здоровья в виде изучения медицинской грамотности и отношения к здоровому образу жизни. Применение отдельных показателей не дает возможности комплексной оценки общественного здоровья, кроме того, отсутствие мониторинга интегральной оценки общественного здоровья затрудняет применять оперативные управленческие решения в сфере здравоохранения.

Глава 2. ПРОГРАММА МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучаемые явления: состояние и динамика общественного здоровья.

Программа и дизайн исследования представлены в таблице 1. Объектом настоящего исследования было население РК, а также система здравоохранения РК. Проведено сплошное статистическое исследование медико-демографической и социально-экономической ситуации, заболеваемости населения по обращаемости, основных показателей, характеризующих сеть медицинских организаций и кадры. В исследование были включены данные за период с 2010 по 2022 гг. Источником информации были официальные данные Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан (<https://stat.gov.kz>), статистические сборники Министерства здравоохранения Республики Казахстан «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения», «Регионы Казахстана».

С позиции концепции обусловленности здоровья населения (Лисицын Ю.П., 1982; Стародубов В.И. с соавт. 2014), а также концепции устойчивого развития (Коптюга В.А. с соавт., 2000, Корниенко В.И., 2002; Акимова Т.А., 2009) в разработку и анализ включены показатели по блокам:

1. Медико-демографические показатели:
 - общие показатели рождаемости (на 1000 населения),
 - общие показатели смертности (на 1000 населения),
 - показатели младенческой смертности (на 1000 рожденных живыми),
 - показатели материнской смертности (на 100 тыс. рожденных живыми),
 - показатели ожидаемой продолжительности жизни при рождении (лет).

Таблица 1. – Программа и дизайн исследования

Методы наблюдения и сбора информации	Источник получения сведений	Предмет анализа	Основная цель анализа
Предварительный этап. Анализ современных подходов к оценке общественного здоровья. Аналитический обзор отечественных и зарубежных источников литературы			
1 этап. Оценка состояния и динамики медико-демографических и медико-социальных показателей в Республике Казахстан; выявление региональных особенностей			
Аналитический, статистический	Данные Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан (https://stat.gov.kz), статистические сборники Министерства здравоохранения Республики Казахстан «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения».	Медико-демографические показатели: общие показатели рождаемости, общие показатели смертности, показатели младенческой смертности, показатели материнской смертности, показатели ожидаемой продолжительности жизни при рождении (лет). Медико-социальные показатели: показатели первичной заболеваемости, обеспеченность населения врачами, обеспеченность населения койками.	Оценка состояния и тенденций медико-демографических и медико-социальных показателей за период 2010 – 2022 гг. Выявление региональных особенностей.
2 этап. Определить уровни и динамику социально-экономических показателей, влияющих на здоровье населения			
Аналитический, статистический	Данные Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан (https://stat.gov.kz), статистические сборники «Регионы Казахстана».	Социально-экономические показатели: численность занятых в экономике, безработица, средняя номинальная начисленная заработная плата, жилищный фонд, валовый региональный продукт, выбросы загрязняющих веществ в атмосферный воздух.	Получение новых данные о состоянии и тенденциях социально-экономических показателей, влияющих на здоровье населения за период 2010 – 2022 гг. Выделение региональных особенностей.
3 этап. Изучение удовлетворенности населения организацией медицинской помощи			
Социологический, аналитический, статистический	Анкеты для изучения мнения населения по доступности и удовлетворенности качеством медицинской помощи	Субъективная оценка населением собственного здоровья, оценка мнения пациентов о доступности медицинской помощи, удовлетворенности организацией медицинской помощи.	Получение новых данных о субъективной оценке населением Республики Казахстан собственного здоровья, различной степени удовлетворенности организацией медицинской помощи в зависимости от региона проживания.
4 этап. Разработка методики определения интегральных показателей общественного здоровья и проведение с ее помощью комплексной оценки общественного здоровья в Республике Казахстан			
Математический, аналитический	Данные 1 и 2 этапов исследования.	Общественное здоровье и факторы его формирующие	Разработка методики комплексной интегральной оценки общественного здоровья. Проведение комплексной оценки общественного здоровья в Республике Казахстан на основе интегральных показателей с ранжированием регионов по состоянию здоровья, интенсивности развития положительных изменений и обобщенному рейтингу.

2. Медико-социальные показатели:

- заболеваемость населения: показатели первичной заболеваемости (на 1000 населения).
- обеспеченность населения врачами (на 10000 населения)
- обеспеченность населения койками (на 10000 населения).

3. Социально-экономические показатели:

- численность занятых в экономике (человек),
- безработица (в % к рабочей силе),
- средняя номинальная начисленная заработная плата (тенге),
- жилищный фонд (кв. м. на душу населения),
- валовый региональный продукт (на душу населения).
- выбросы загрязняющих веществ в атмосферный воздух (тыс. тонн).

Выбор данных показателей также обусловлен тем, что первичные данные и их расчеты в показатели осуществляются в системе сплошного государственного статистического наблюдения, что обеспечивает их максимальную точность и не требует дополнительных затрат при проведении исследований. Они публикуются в официальных источниках информации и являются доступными для анализа, повторения результатов исследования, сравнения со статистическими данными других стран, что делает их универсальными входами для разработки интегральных показателей.

Выкопированные из статистические сборников данные по показателям вводились в электронные таблицы MS Excel для последующего статистического анализа, который заключался в построении временных рядов с применением традиционной методики анализа (Куприенко Н.В., 2009). Также на основании уровней, анализируемых показателей, их многолетней динамики (с 2010 по 2022 гг.) проводилось объединение регионов РК посредством иерархического кластерного анализа с определением различий между выделенными кластерами (Боев В.М. с соавт., 2000).

Для реализации третьей задачи. Было проведено социологическое исследование. Доступность и качество медицинской помощи оценивалось по 5 группам показателей, характеризующих удовлетворенность населения медицинскими услугами: удовлетворенность от условий оказания медицинской помощи; удовлетворенность работой специалистов медицинских организаций (врачами, медицинскими сестрами, младшим медицинским персоналом); удовлетворенность санитарно-гигиеническими условиями; а также по причинам обращения в частные медицинские организации и по случаям, подлежащим проверке контролирующими органами. Для этого было проанкетировано 1500 жителей Республики Казахстан по опроснику Н.В. Юргеля (Погорелов А.Р., 2022) в нашей модификации (приложение 1). Опрос был сплошным и проведен в строгом соответствии с правилами, основанными на стандартных социологических практиках, и с требованиями к выборке по табличному способу К.А. Отдельновой (Наркевич А.Н., Виноградов К.А., 2019). В соответствии с этим методом минимальный объём выборки повышенной точности при планируемом уровне статистической значимости $p=0,05$ должна составлять 400 человек. С учетом рекомендуемого объема выборки на следующем этапе проведен детальный анализ заполненных анкет на предмет их корректности и полноты заполнения и распределения по трем группам, численность опрошенных в которых составляла по 500 человек. В 1-ую группу включены результаты анкетирования респондентов, проживающих в северных регионах Республики Казахстан; 2-ую группу – респонденты, проживающие в западных регионах; в 3-ю группу – респонденты, проживающие центральных регионах. Распределение всех опрошенных в три группы с учётом региона проживания обусловлено многочисленными доказательствами в научной литературе о значимости регионального компонента в субъективных оценках населения по вопросам здравоохранения (Кириянов Б.Ф., Медик В.А., Токмачёв М.С., 2004; Шакуров В.А., Бобровский И.А., Дмитриев В.В., 2017; Васильева Т.П. с соавт., 2022; Калашников К.Н., 2023). В связи с тем, что республика Казахстан

располагается на достаточно протяжённой территории, имеются существенные отличия в демографических, социально-экономических и других аспектах в различных регионах (Тулегалиева А.Г., Бермагамбетова Г.Н., Ким С.В., 2012).

Вся необходимая информация внесена в специально разработанную базу данных (свидетельство о государственной регистрации не базу данных для ЭВМ «Удовлетворенность населения качеством медицинской помощи» № 2024621069 от 11.03.2024, приложение 2). База данных (БД) обобщает результаты научных исследований изучения мнения населения по доступности и удовлетворенности качеством медицинской помощи, проведенных по результатам гнездового выборочного исследования при помощи анкетирования населения трех регионов Республики Казахстан. БД содержит 1500 единиц наблюдений, предметно систематизированных по блокам информации: общие положения (данные об обращаемости за медицинской помощью и самооценке здоровья), данные о доступности медицинской помощи, данные о удовлетворенности качеством медицинской помощи, данные об информированности населения о медицинской помощи, паспортные данные (Рисунок 1-4).

БД использовалась для хранения и обработки результатов исследований, которая выполняет запросы по любым полям данных с последующим экспортом в программы для статистической обработки (Statistica 10.0).

The screenshot displays a software interface for a database. At the top, there is a menu bar with options like 'Файл', 'Правка', 'Вид', 'Сервис', 'Справка'. Below the menu is a toolbar with various icons for file operations, editing, and viewing. The main area shows a table with many columns and rows of data. The columns are labeled with various identifiers and names, and the rows contain numerical and text data. The interface is typical of a database management system from the early 2000s.

Рисунок 1 – Интерфейс разработанной базы данных вкладка. Просмотр сводной таблицы.

[illegible]

The screenshot shows the Microsoft Access 2010 interface. The ribbon is set to 'Создание' (Creation). The 'Удовлетворенность КМТ: база данных' (CMT Satisfaction: database) window is open, displaying a table with columns: Регион поле, оценка здоровья поле, and Повторы. The table contains 10 rows of data. The 'Удовлетворенность' (Satisfaction) table is highlighted in the left pane.

Регион поле	оценка здоровья поле	Повторы
Нур Султан	затрудчилось ответить	24
Нур Султан	плохое	33
Нур Султан	удовлетворительное	177
Нур Султан	хорошее	266
Тараз	затрудчилось ответить	208
Тараз	плохое	143
Тараз	удовлетворительное	148
Уральск	затрудчилось ответить	55
Уральск	плохое	52
Уральск	удовлетворительное	227
уральск	хорошее	166

**Рисунок 4 – Интерфейс
разработанной базы данных, форма
«Удовлетворенность медицинской
помощью»**

На основании методики интегральной оценки регионов по комплексу показателей для поддержки принятия управленческих решений в сфере общественного здравоохранения, разработанной Бегуном Д.Н., Борщуком Е.Л. (2013) и модифицированной авторским коллективом Дуйсембаевой А.Н., Омаровой Д.С., Бегуном Д.Н., Борщуком Е.Л., была разработана программа для ЭВМ «РОЗа – 1.0», направленный на автоматизацию данной оценки. С помощью компьютерной программы производился автоматический расчёт трех интегральных показателей на основании объединения ряда одномерных коэффициентов: рейтинг по состоянию здоровья, рейтинг по развитию и интегральный рейтинг. Для этого в компьютерную программу были загружены данные об уровнях и динамике показателей смертности в Республике Казахстан из демографического ежегодника Казахстана. Оценка проведена на основании массива данных за 13 лет.

Статистический анализ включал методы описательной статистики и определения статистической значимости различий между сравниваемыми параметрами при помощи параметрических и непараметрических методик в зависимости от конкретных полученных результатов, анализ временных рядов, кластерный анализ. Определение уровня статистической значимости различий между исследуемыми группами проведен с помощью критерия χ^2 Пирсона. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$. Использовано лицензионное программное обеспечение «Statistica 10.0» и «MS Excel».

Глава 3. ОЦЕНКА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН И ФАКТОРОВ ЕГО ФОРМИРУЮЩИХ

Согласно итогам, опубликованным в 2023 году, в Республике Казахстан отмечены положительные результаты в развитии медицины. В своем Послании народу Глава государства Касым-Жомарт Токаев поручил правительству пересмотреть подходы к финансированию здравоохранения и социальной сферы в целом. Учитывая тот факт, что в будущем планируется особое внимание уделить комплексному улучшению медицинской инфраструктуры, становится очевидным необходимость внедрения в практику научно обоснованных подходов управления здоровьем населения. На примере ряда исследований в области общественного здоровья и здравоохранения показаны региональные особенности его формирования и различный вес значимости одних и этих же показателей с учётом его территориальной принадлежности (Кириянов Б.Ф., Медик В.А., Токмачёв М.С., 2004; Шакуров В.А., Бобровский И.А., Дмитриев В.В., 2017; Васильева Т.П., Ларионов А.В., Русских С.В. и др., 2022). В этой связи в государствах с высокой территориальной протяженностью важно проводить анализ состояния здоровья населения путем группировки близких по географическому расположению территорий, поскольку различные регионы могут отличаться по экологическим, социально-экономическим и медико-демографическим показателям.

В настоящее время актуальными научными исследованиями в области общественного здоровья и здравоохранения является поиск эффективных методов оценки доступности и улучшения качества медицинской помощи, обеспечивающих удовлетворенность населения медицинскими услугами (Аксенова Е.И., Бессчетнова О.В., 2021). Качество медицинской помощи, включающее укрепление здоровья, профилактику, лечение, реабилитацию и паллиативную помощь, может измеряться и постоянно повышаться благодаря постоянному мониторингу, основанному на научных и статистических

данных, с обязательным учётом потребностей и предпочтений пользователей – пациентов (Омарова Д.С., Бегун Д.Н., Булычева Е.В., 2024).

3.1. Медико-демографические показатели

Итоги и результаты исследования региональных и национальных особенностей воспроизводства населения имеют большое научно-практическое значение при формировании социальной политики государства и политики народонаселения, в частности. На протяжении всего периода исследования имелся прирост численности населения в Республике Казахстан. Так уровень 2022 г. по отношению к базисному 2010 составил 120%. Однако такой существенный рост населения был характерен не для всех регионов.

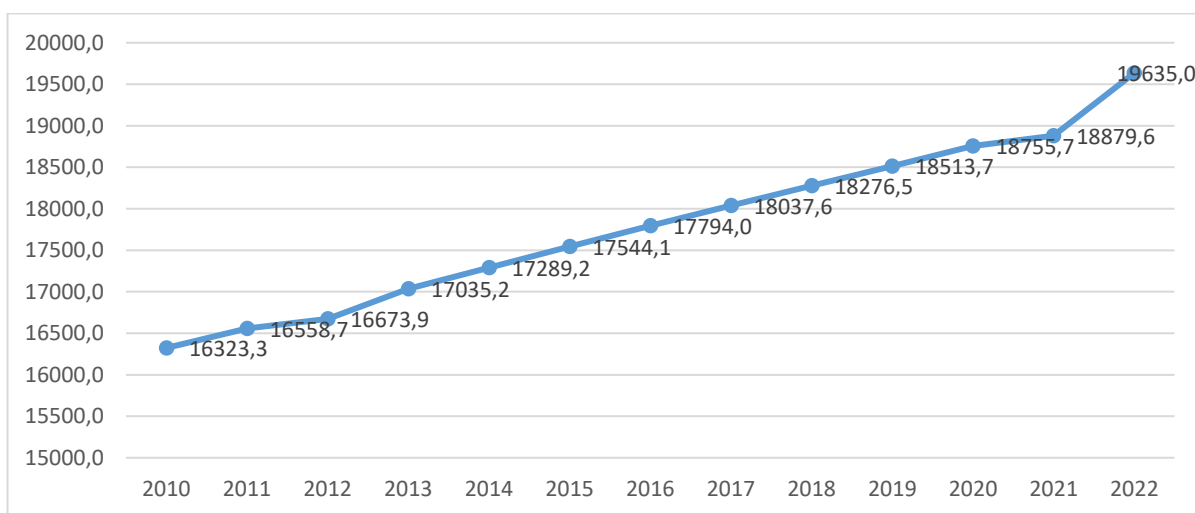


Рисунок 5 – Динамика численности населения Республики Казахстан

Учитывая тот факт, что Республика Казахстан является достаточно протяженной территорией и характеризуется разнообразием в уровнях выраженности различных показателей, влияющих на численность населения, дополнительно проведен кластерный анализ для уточнения территорий с положительной и отрицательной тенденцией (Рисунок 6). Из рисунка 6 видно, что все регионы могут быть разделены на четыре кластера. Первый кластер представляет собой: г. Шымкент, Туркестанскую и Мангыстаунскую области, который имел наибольшую численность населения, которая росла на протяжении практически всего периода исследования на 27,3% (Рисунок 7).

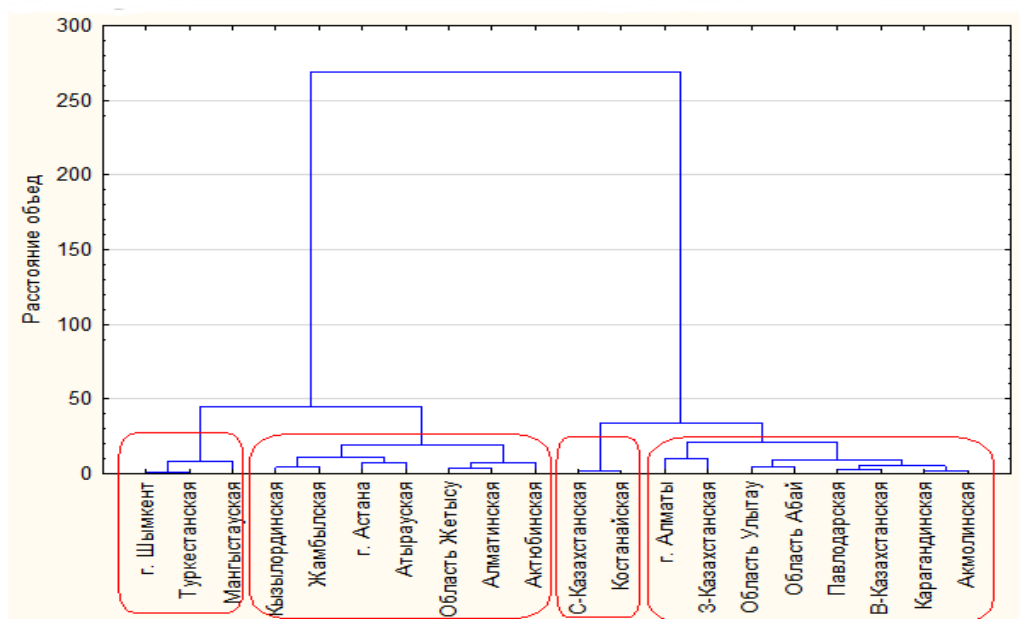


Рисунок 6 – Результаты кластерного анализа динамики численности населения в регионах

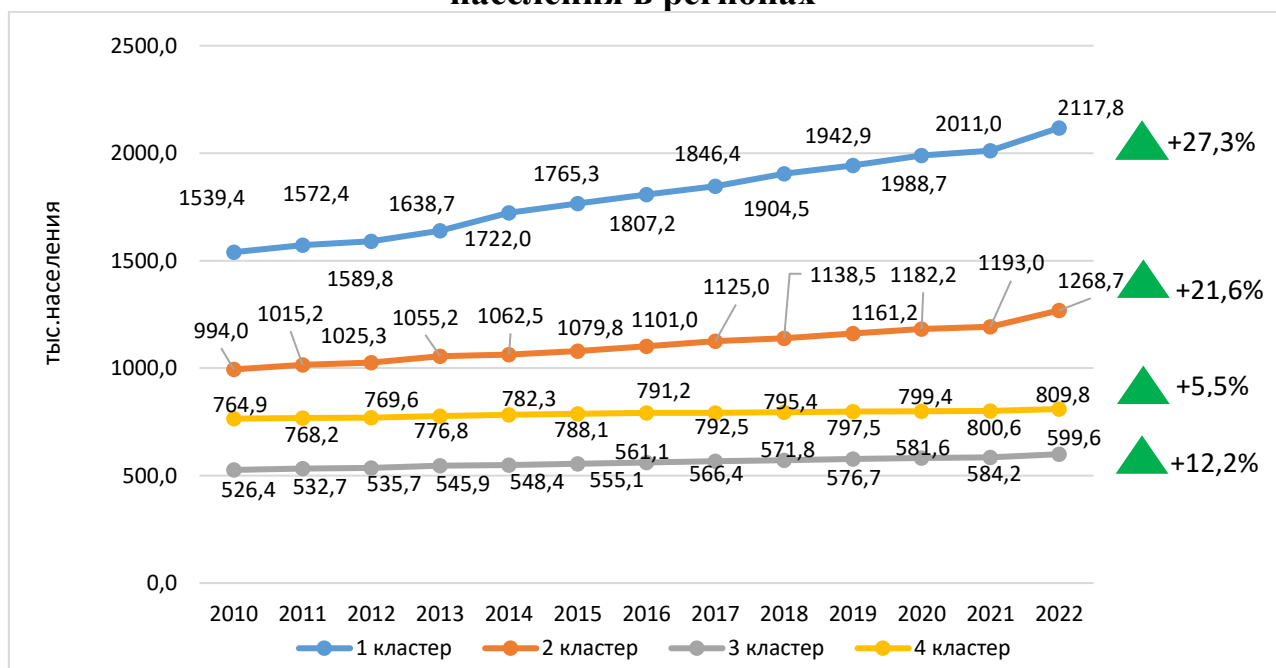


Рисунок 7 – Динамика численности населения в региональных кластерах Республики Казахстан

Аналогичная тенденция численности населения за исследуемых период выявлена и во втором кластере регионах Республики Казахстан (Кызылординская, Жамбылская, Атырауская, Алматинская, Актюбинская области и г. Астана), где прирост численности населения составил 21,6%, а его уровень статистически не отличался от данных регионах первого кластера. В то время, как по темпам прироста (5,5% и 12,2%), так и по уровню численности

населения (560,4 тыс. населения и 787,4 тыс. населения) за исследуемый период практически одинаковыми были данные третьего (Северо-Казахстанская, Костанайская области) и четвертого кластеров (г. Алматы, Западно-, Восточно-Казахстанская, Павлодарская, Акмолинская, Карагандинская области, область Улытау и Абай). Учитывая это факт, был проведен дополнительный кластерный анализ с выделением двух кластеров, вместо четырех, где в первый кластер вошли г. Шымкент, Туркестанскую и Мангыстаунскую области, Кызылгординская, Жамбылская, Атырауская, Алматинская, Актюбинская области и г. Астана), а во второй кластер, соответственно, Северо-Казахстанская, Костанайская области, г. Алматы, Западно-, Восточно-Казахстанская, Павлодарская, Акмолинская, Карагандинская области, область Улытау и Абай.

Показано, что согласно многолетней динамики и рассчитанного 5-летнего прогноза, в обоих кластерах ожидается увеличение численности населения к 2027 году, однако уровень численности населения на протяжении всех лет наблюдения во втором кластере в 1,8-2,2 раза ниже, чем в первом кластере (Рисунок 8). Это факт свидетельствует о необходимости мониторинга ситуации в первом кластере, направленного на сохранение прогнозируемой динамики увеличения численности населения, а в муниципальных образованиях второго кластера – на интенсификацию роста численности населения для сокращения разрыва между уровнем численности населения второго кластера в сравнении с первым кластером.

Рождаемость как социально-биологическое явление является важным вопросом, изучаемым как демографией, так и медициной. Учитывая тот факт, что на рождаемость влияет ряд социально-экономических условий жизни населения, становится очевидным, что в районах с низким уровнем рождаемости именно в этом аспекте необходима управленческая работа со стороны государства. Показано, что динамика рождаемости населения Республики Казахстан имела два периода незначительного подъёма: с 2011 по 2014 г.г. на 2,6% и с 2017 по 2021 г.г. на 8,1%; и спада рождаемости: с 2014 по

2017 г.г. на 6,9% и с 2021 по 2022 г.г. на 12,3%. В целом, уровень рождаемости в Республике Казахстан согласно критериям ВОЗ был средним (Рисунок 9).

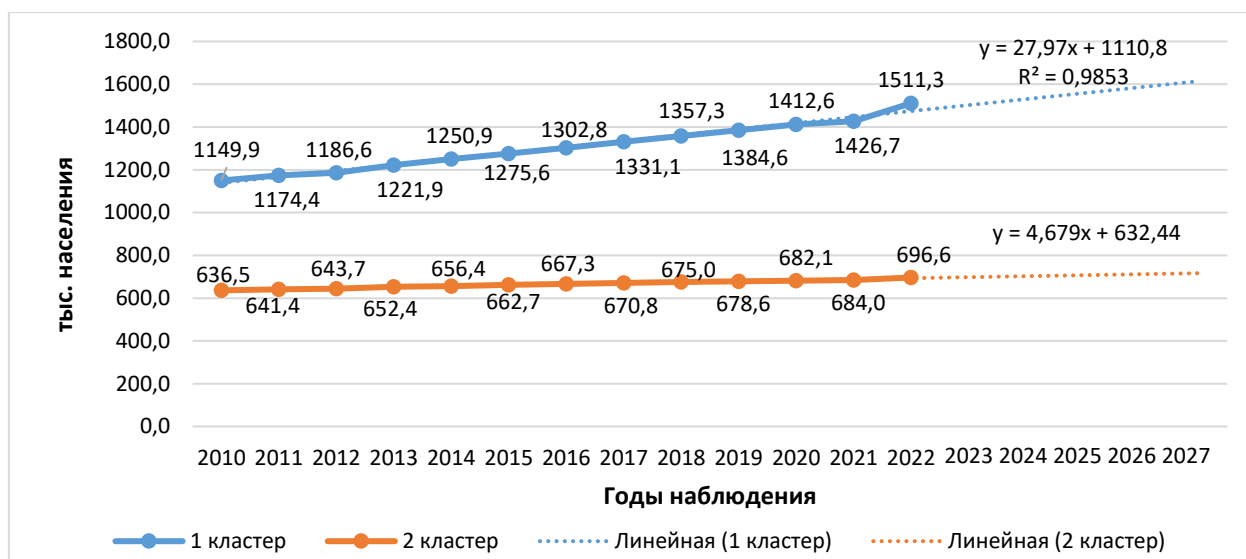


Рисунок 8 – Динамика численности населения первого и второго регионального кластера Республики Казахстан

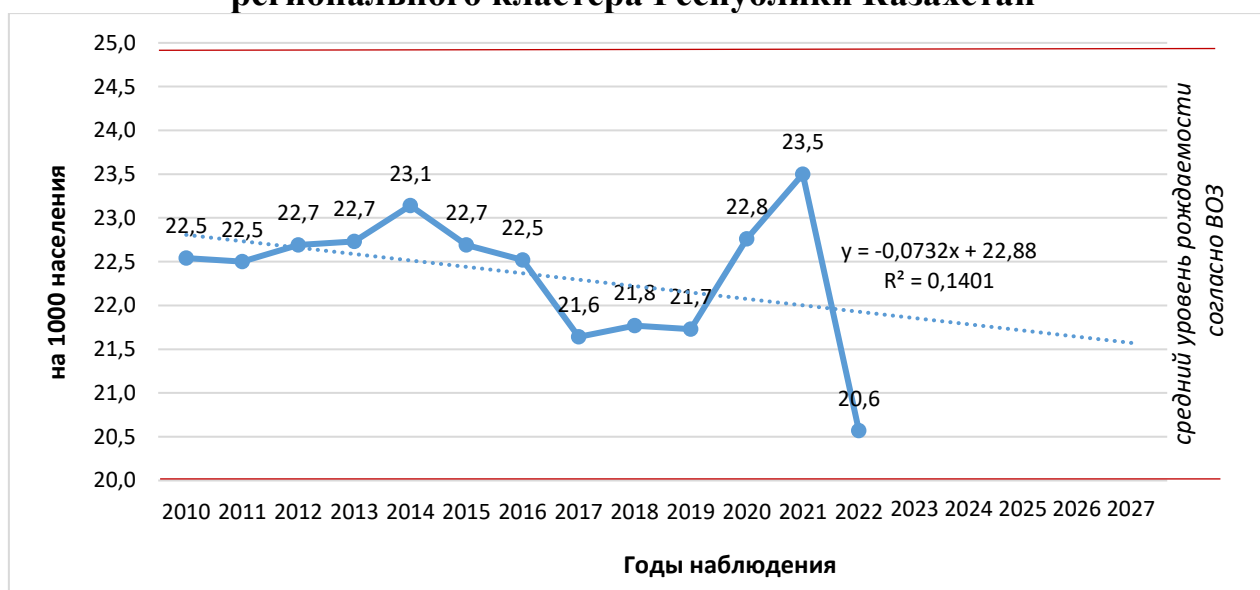


Рисунок 9 – Динамика общего показателя рождаемости в Республике Казахстан (на 1000 населения)

Общая тенденция уровня рождаемости согласно критериям ВОЗ на уровне среднего за весь период наблюдения определена за счет регионов второго кластера (Северо-, Западно, Восточно-Казахстанской, Костанайской, Павлодарской, Карагандинской, Акмолинской областях, области Акбай и г. Алматы), где этот показатель согласно критериям ВОЗ расценивался как ниже среднего: 15,4 до 17,4 на 1000 населения. В то же время уровень рождаемости

в первом кластере (г. Шымкент, г. Астана, Туркестанской, Мангустауской, Кузылординской, Жамбылской, Атырауской, Алматинской, Актюбиснской областях, области Жетысу) был на уровне среднего и выше среднего: от 24,3 до 28,2 на 1000 населения. Снижение на 14,1% уровня рождаемости в Республике Казахстан за 2021-2022 г.г. определено за счет данных регионах первого кластера, где снижение исследуемого показателя составило 16,0% при данных снижения во втором кластере всего лишь на 8,4% (Рисунок 10-11).

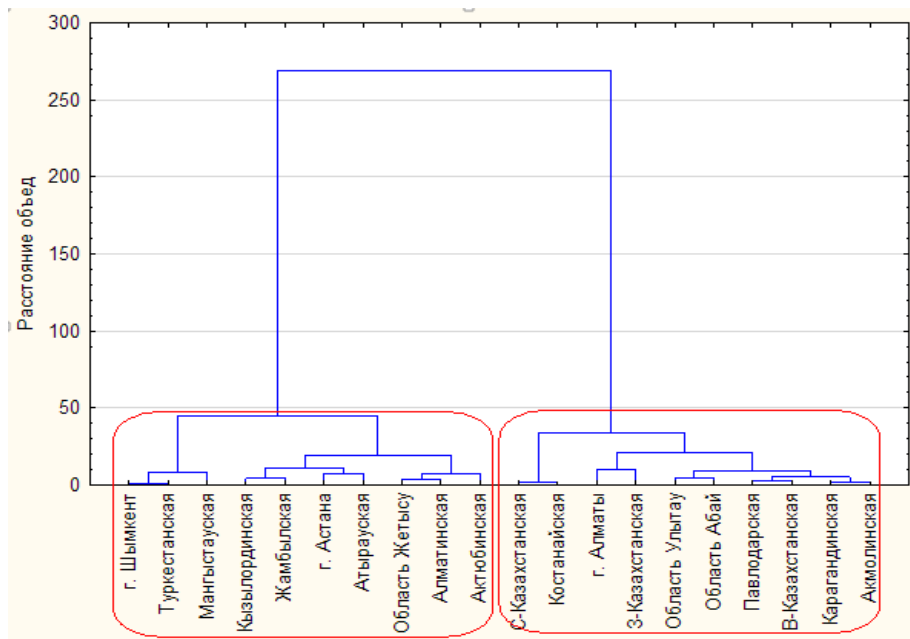


Рисунок 10 – Результаты кластерного анализа динамики рождаемости населения в регионах Республики Казахстан

Согласно кластерному анализу, приведенному на Рисунке 12, и уровню рождаемости с учётом сформированных кластеров (Рисунок 13), становится очевидным, что самый низкий уровень рождаемости во все периоды наблюдения отмечался в третьем кластере: Северо-Казахстанской и Костанайской областях, средний многолетний уровень рождаемости которой составил всего лишь 13,6 на 1000 населения и соответствовал согласно критериям ВОЗ низкому уровню. Становится очевидным, что именно в этих областях в первую очередь необходимо разработка и внедрение государственных программ по повышению уровня рождаемости, анализу факторов, которые препятствуют росту её уровня и положительной динамики. Вторым кластером по приоритетности разработки управленческих решений по

повышению рождаемости являлись регионы, которые вошли в четвертый кластер, где уровень рождаемости был ниже среднего и составил в среднем за многолетний период наблюдения 17,5 на 1000 населения.

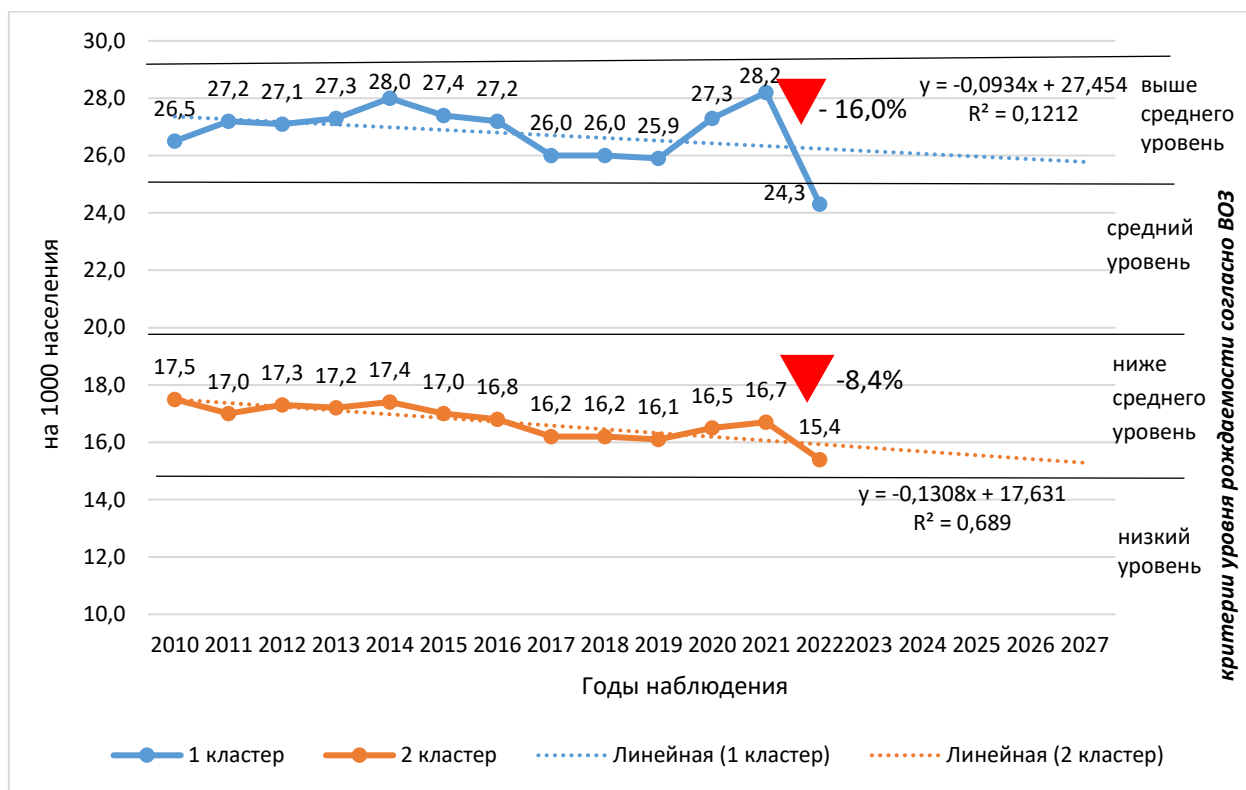


Рисунок 11 – Динамика общего показателя рождаемости первого и второго регионального кластера Республики Казахстан (на 1000 населения)

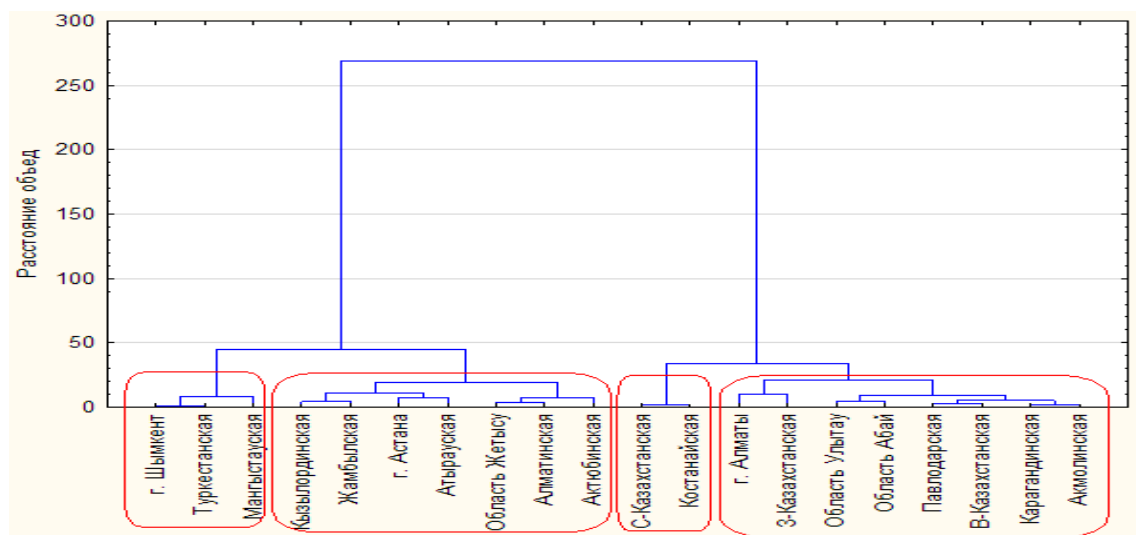


Рисунок 12 – Результаты кластерного анализа динамики рождаемости населения в регионах Республики Казахстан

В первом и во втором кластере регионах, несмотря на благоприятную картину среднего, выше среднего уровня рождаемости настораживает факт

резкого снижения этого показателя в период с 2021 по 2022 гг., соответственно, на 13,1% и 17,1% (Рисунок 13).

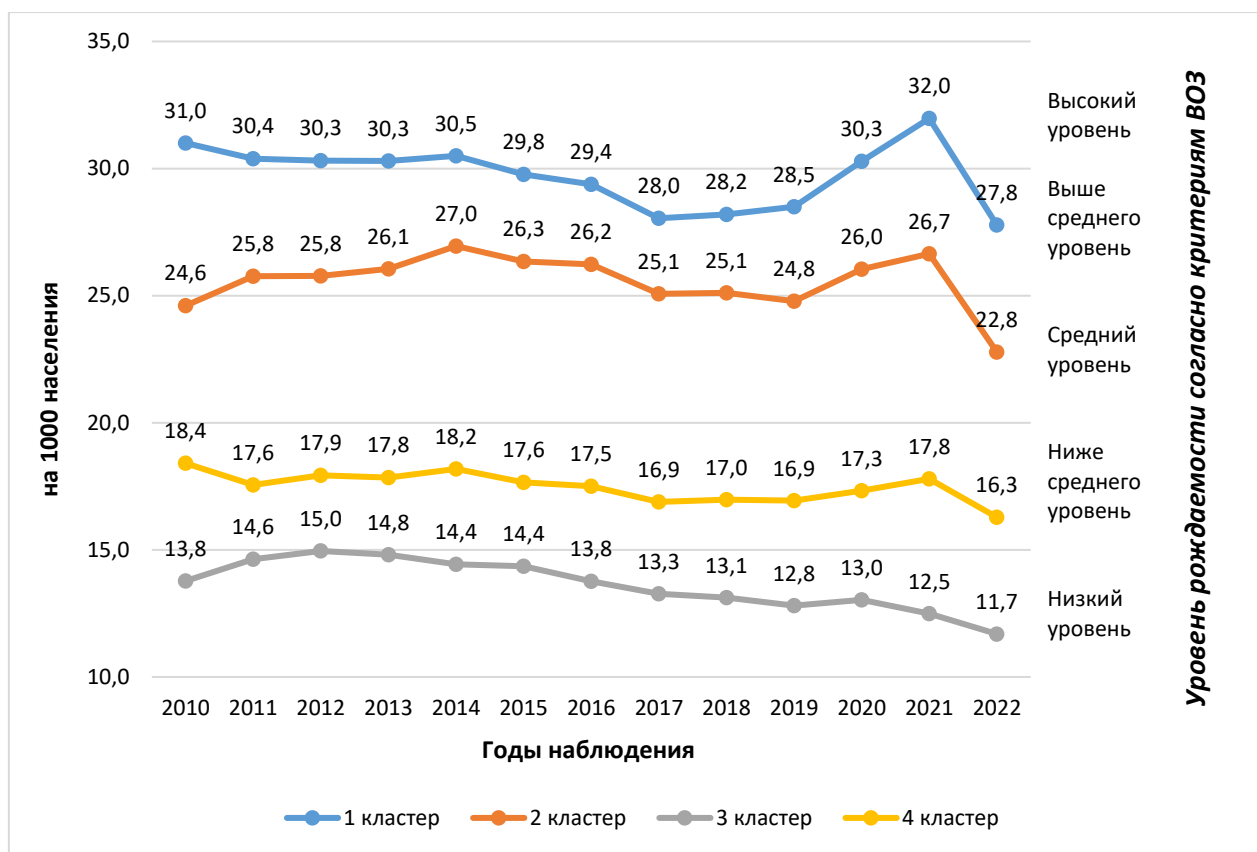


Рисунок 13 – Динамика общего показателя рождаемости первого и второго регионального кластера Республики Казахстан (на 1000 населения)

Этот установленный факт настораживает и требует незамедлительного анализа факторов, способствующих снижению рождаемости, и их нивелирование. Поскольку за два года из высокого уровня (32,0 на 1000 населения) показатели рождаемости в муниципальных образованиях первого кластера опустились до выше среднего уровня (27,8 на 1000 населения); а в муниципальных образованиях второго кластера – с выше среднего до среднего уровня (26,7 до 22,8 на 1000 населения).

При обсуждении демографических проблем в современных государствах обычно речь заходит о низкой рождаемости населения и о мерах, принимаемых правительством страны для исправления ситуации. Менее активно затрагивается вопрос о смертности населения, в связи с комплексностью сочетания различных факторов, формирующий данный

показатель. Однако, смертность — это ключевой показатель, определяющий «демографическую флюктуацию», численность населения в целом. Как видно из данных Рисунка 14, в Республике Казахстан резкий прирост смертности пришелся на период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 на 2020 (прирост относительно средней многолетней динамики 9,2%) и 2021 годы (прирост относительно средней многолетней динамики 17,8%).

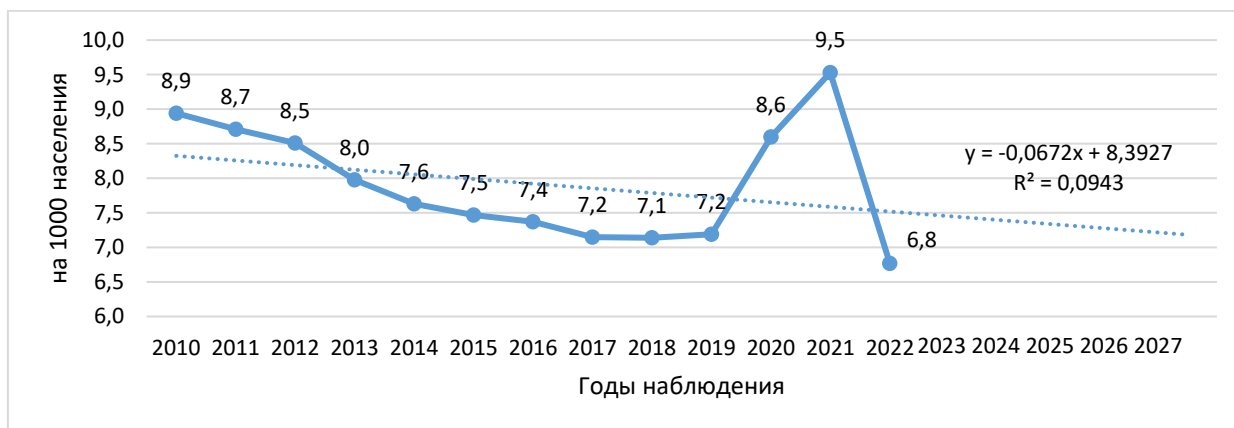


Рисунок 14 – Динамика общего показателя смертности населения Республики Казахстан (на 1000 населения)

Анализируя динамику общей смертности в регионах, объединенных в кластеры (Рисунок 15), видно, что есть существенные отличия в них (Рисунок 16).

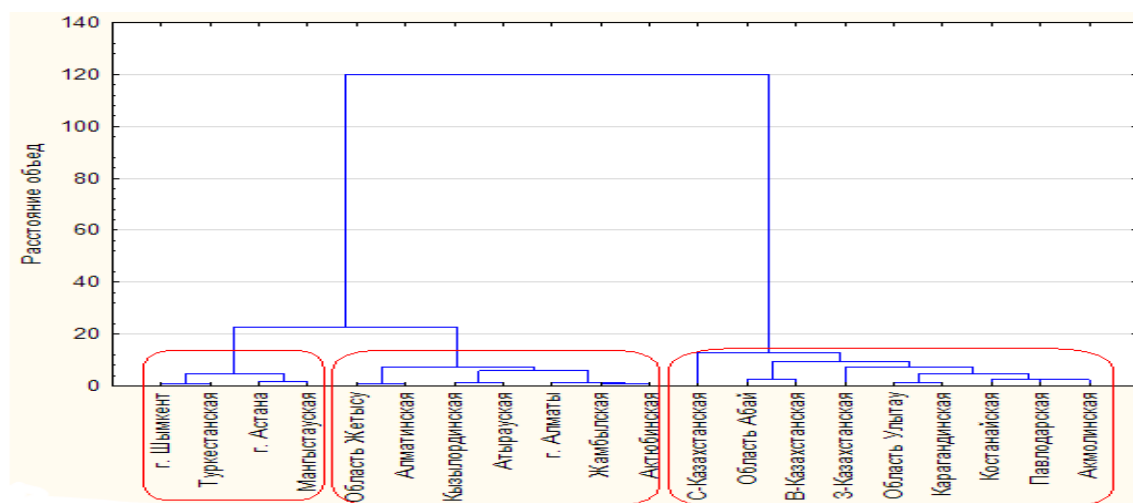


Рисунок 15 – Результаты кластерного анализа динамики общей смертности населения в регионах Республики Казахстан

Так, очень низкий уровень смертности выявлен в регионах первого кластера (г. Шымкент, г. Астана, Туркестанская, Мангыстауская области): от

4,2 до 6,2 на 1000 населения, тогда как самый максимальный, соответствующий среднему уровню согласно критерию ВОЗ, это в регионах третьего кластера (Северо-, Восточно-, Западно-Казахстанская, Карагандинская, Костанайская, Павлодарская, Акомлинская области, область Абай и Улытау): от 9,9 до 11,9 на 1000 населения.

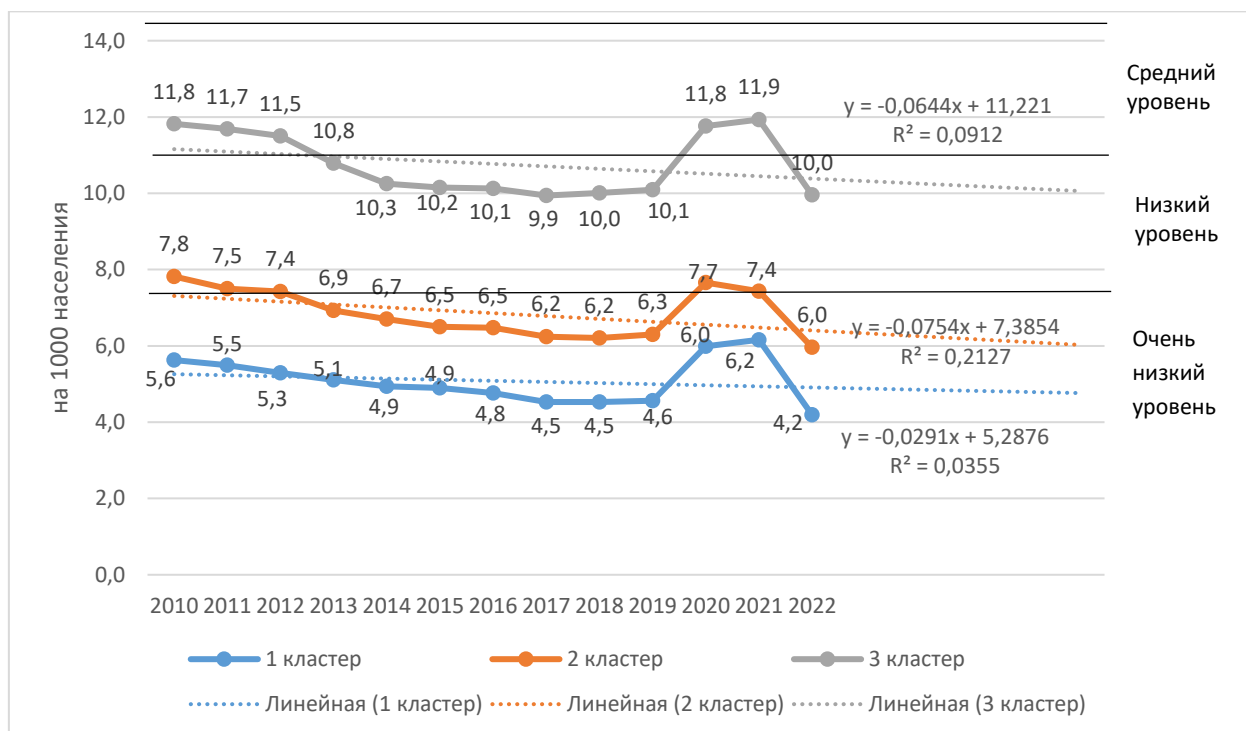


Рисунок 16 – Динамика общего показателя смертности населения трех региональных кластеров Республики Казахстан (на 1000 населения)

В научной литературе описано, что резкий прирост смертности в период пандемии был обусловлен гибелью населения из группы риска, имеющих хронические заболевания, в совокупности со старческим и пожилым возрастом. И в этом случае существует ряд объективных причин гибели этой когорты пациентов. С другой стороны, несмотря на все эпидемиологические, социальные и политические аспекты, важным и приоритетными индикаторами остается буфер ресурсности во времена максимального истощения здравоохранения, особенно для населения из групп риска, которое можно оценить по показателям младенческой и материнской смертности. Показано, что в период с 2010 по 2021 гг. наблюдалось снижение младенческой смертности на 96,4%: с 16,5 до 8,4 на 100 населения и прогнозируется на

ближайшие 5 лет продолжения динамики снижения этого показателя (Рисунок 17). При этом, показатель материнской смертности имел резкий рост на 69,4% в период с 2019 по 2021 годы и резкое снижение к 2022 году на 61,9% до 17,0 на 100 тыс. рожденных живыми (Рисунок 17).

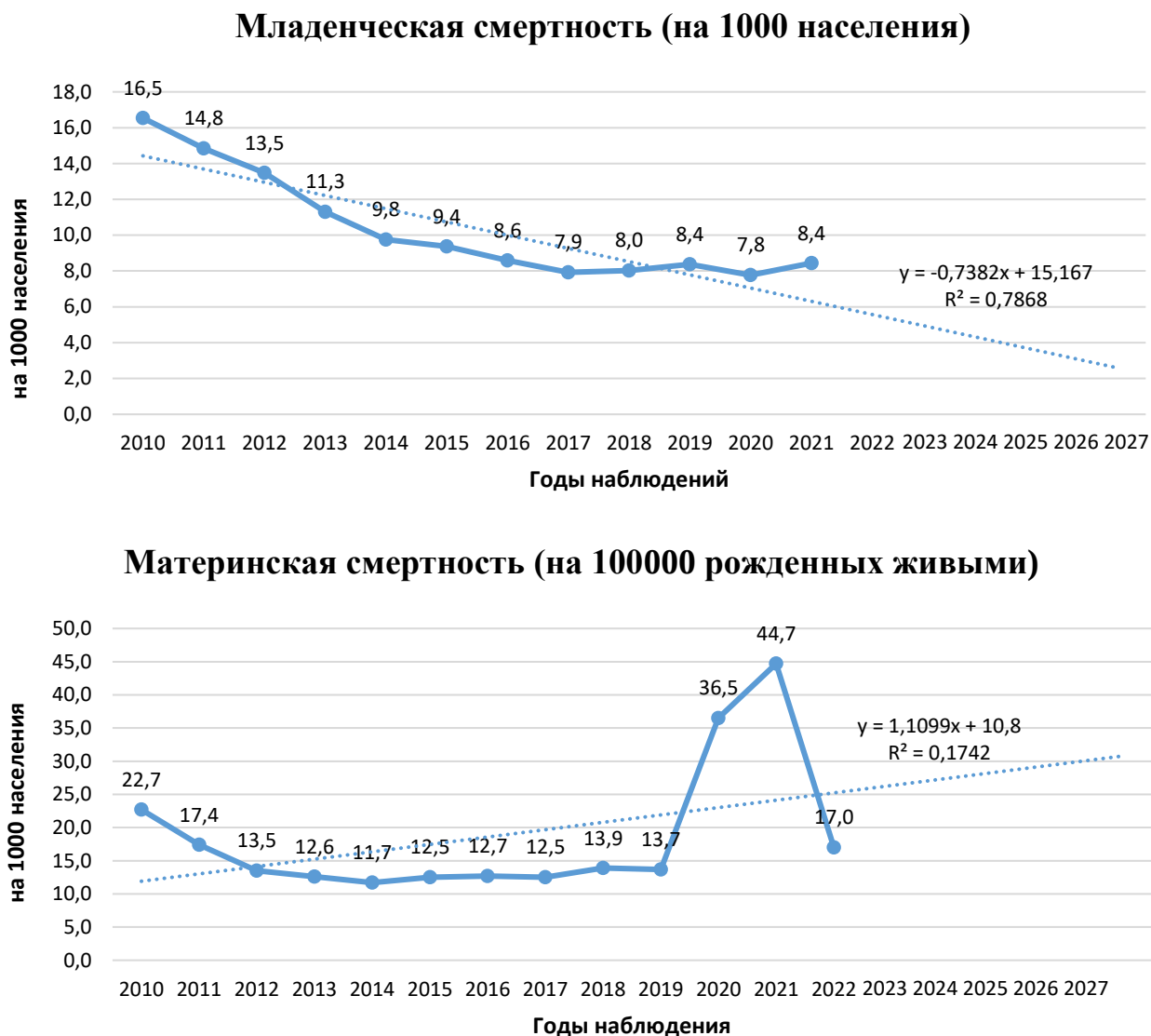


Рисунок 17 – Динамика показателя младенческой и материнской смертности населения Республики Казахстан

Очевидно, что прогнозируемый прирост материнской смертности на следующие 5 лет не может отражать реальной ситуации в связи с тем, что в период с 2020 по 2022 годы резкий подъем материнской смертности был обусловлен форс-мажорными ситуациями - пандемией, которая согласно эпидемиологическим канонам уже может существенно исказить математические прогнозы. В этой связи работа в «слепом» режиме является

крайне опасным путем для здравоохранения и важно понимать в этом случае два важных аспекта - где уровень материнской смертности был максимальным на протяжении всех годов обследования, и где прирост её был наиболее существенным. Аналогичный подход в управлении общественным здоровьем должен использоваться и при принятии управленческих решений в здравоохранении относительно показателей по младенческой смертности. По результатам кластерного анализа (Рисунок 18) видно, что до 2017 года наблюдалось различие в уровнях младенческой смертности между регионами первого кластера (г. Шымкент, Кызылординская, Туркестанская, Восточно-Казахстанская области, область Абай) и второго кластера (г. Алматы, г. Астана, Мангыстауская, Атырауская, Северо-, Западно-Казахстанская, Костанайская, Карагандинская, Жамбылская, Актюбинская, Павлодарская, Алматинская, Акмолинская области, область Улытау), средние многолетние значения которых составили, соответственно 12,9 на 1000 населения и 11,0 на 1000 населения.

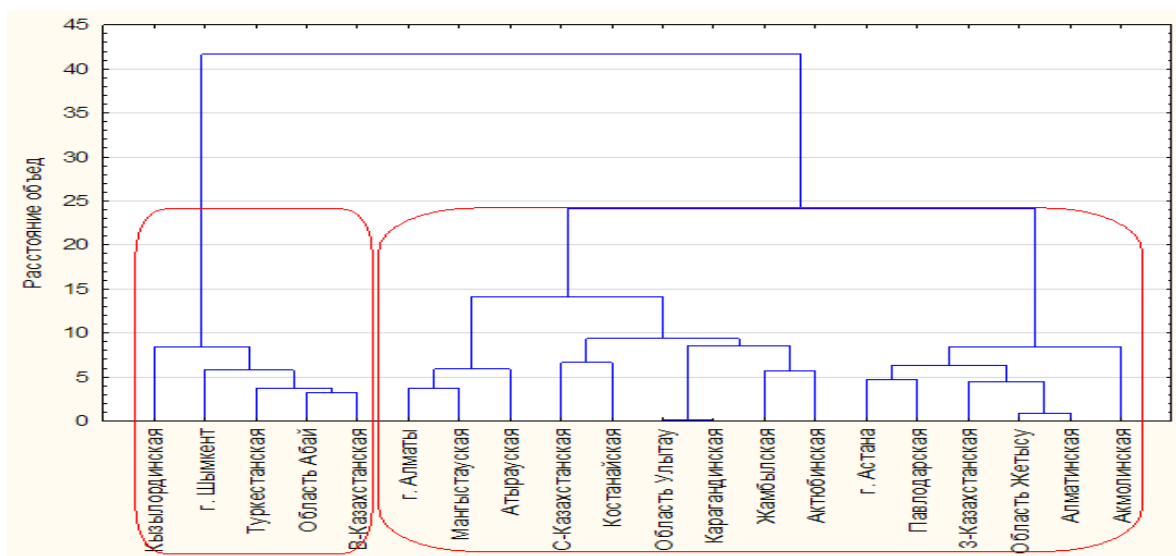


Рисунок 18 – Результаты кластерного анализа динамики младенческой смертности населения в муниципальных образованиях Республики Казахстан

Начиная с 2017 года и на протяжении последующих лет уровень младенческой смертности был практически одинаковым от 7,7 до 8,4 на 1000 населения в муниципальных образованиях первого кластера и от 7,8 до 8,4 на 1000 населения в регионах второго кластера (Рисунок 19).

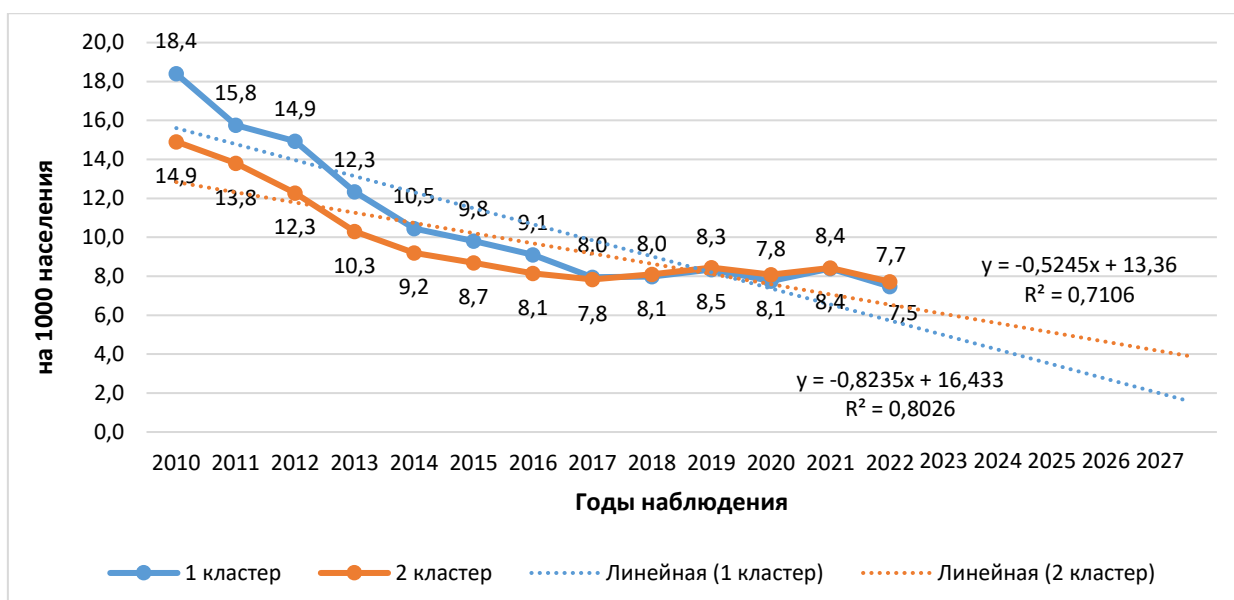


Рисунок 19 – Динамика показателя младенческой смертности населения первого и второго кластера регионах Республики Казахстан (на 1000 населения)

Статистический анализ материнской смертности позволил выделить три кластера (Рисунок 20).

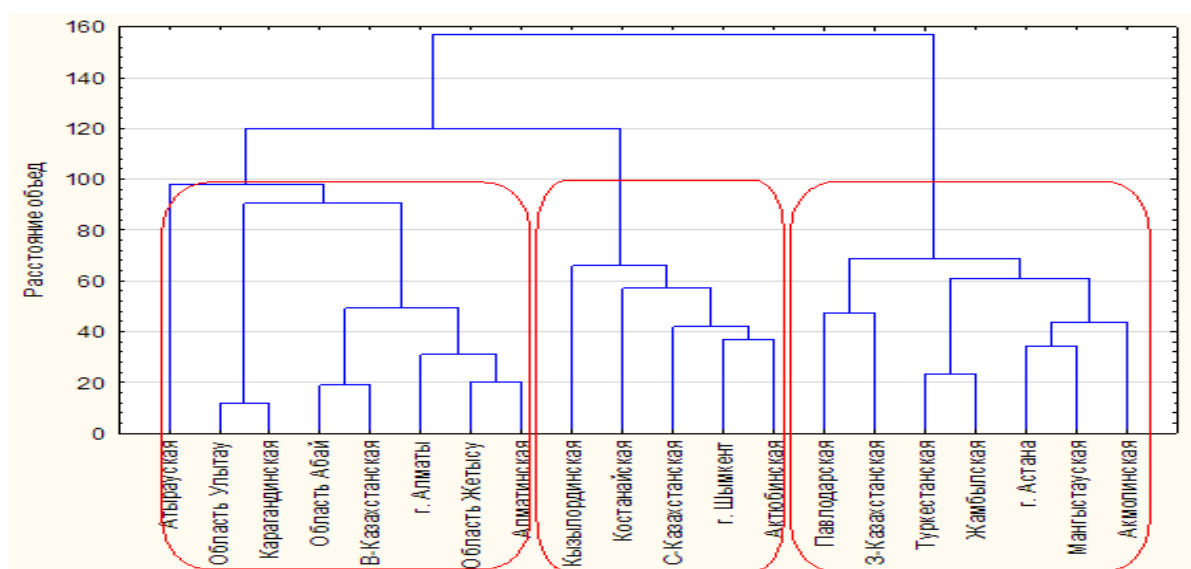


Рисунок 20 – Результаты кластерного анализа динамики материнской смертности населения в регионах Республики Казахстан

До периода начала пандемии 2020-2021 гг. уровень материнской смертности был практически на одном уровне во всех трех кластерах, однако максимальный ее прирост в период пандемии наблюдался во втором кластере на 88,7%, и в третьем кластере на 76,4%, в первом кластере также отмечено

резки прирост, но он относительно в двух других кластеров составил 58,9% (Рисунок 21).

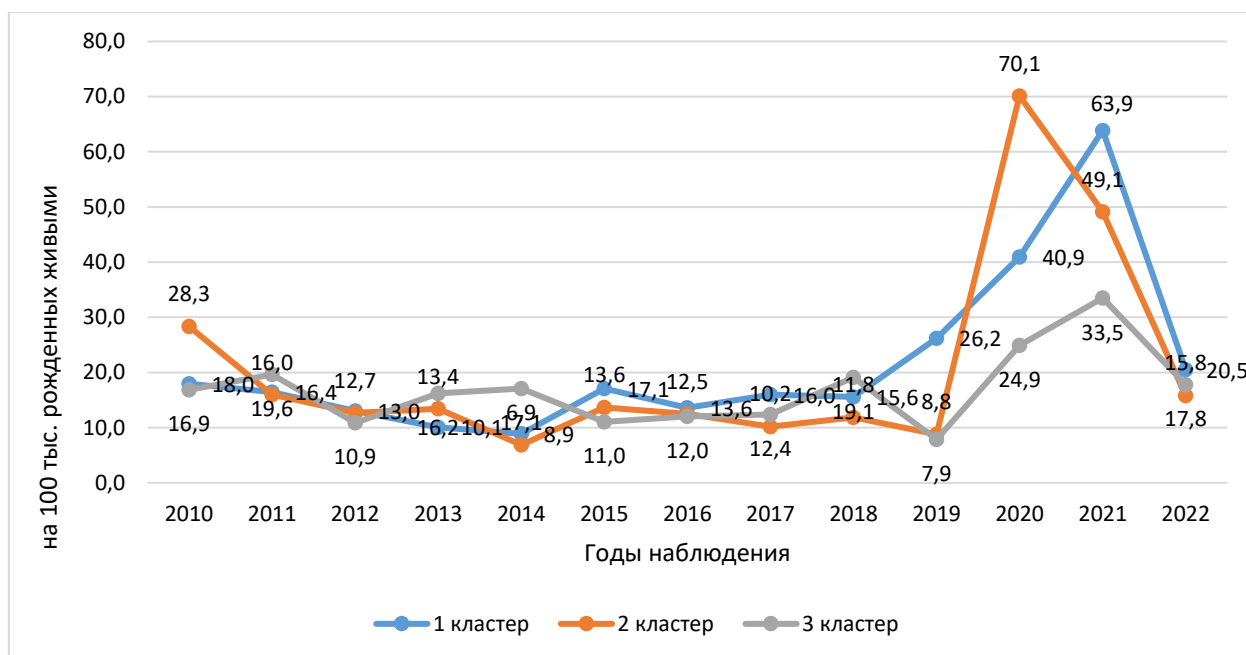


Рисунок 21 – Динамика показателя материнской смертности населения в региональных кластерах Республики Казахстан (на 100000 рожденных живыми)

В любых масштабных исследованиях, главным является не углубление в детали, их слишком много, и они рассредоточивают на понимании общей картины для управленческих решений на государственном уровне. И только после понимания основных векторов необходима их детализация на муниципальном уровне и адаптация к реальным и практически исполнимым мероприятиям. Система здравоохранения — важный социальный институт, который является совокупностью организаций, ресурсов и учреждений, направленных на оказание медицинской помощи. Для качественного выполнения функций системы здравоохранения, необходима слаженная работа всех ее компонентов: финансового, компетентных работников, руководства, а также аппарата всеобщего управления. В настоящее время идет активное внедрение информационных технологий в медицинских учреждениях. Они обладают массивными базами данных, в которых хранится много информации. Ее анализ мог бы помочь во многих процессах принятия решений. Примерами таких процессов являются: прогнозирование. В этой

связи важным является прогнозирование ожидаемой продолжительности жизни. Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) при рождении является общепризнанным показателем здоровья населения как на уровне государства, так и на уровне региона, входящим в число главных факторов качества человеческих ресурсов (Marmot, 2005; Alam et al., 2015; Wilson et al., 2020). Также она выступает широким социальным показателем, который охватывает ряд фундаментальных аспектов социального благополучия (Wilkins, Adams, 1983). ОПЖ активно используется и в расчетах интегральных индикаторов развития: индекса развития человеческого потенциала (HDI – Human Development Index) (Stanton, 2007), индекса гендерного развития (GDI – Genderrelated Development Index) (Klasen, Schüler, 2011), индекса физического качества жизни (PQLI – Physical Quality of Life Index). Показано, что согласно статистическим данным для населения Республики Казахстан намечается благоприятная тенденция резкого увеличения продолжительности жизни (Рисунок 22).

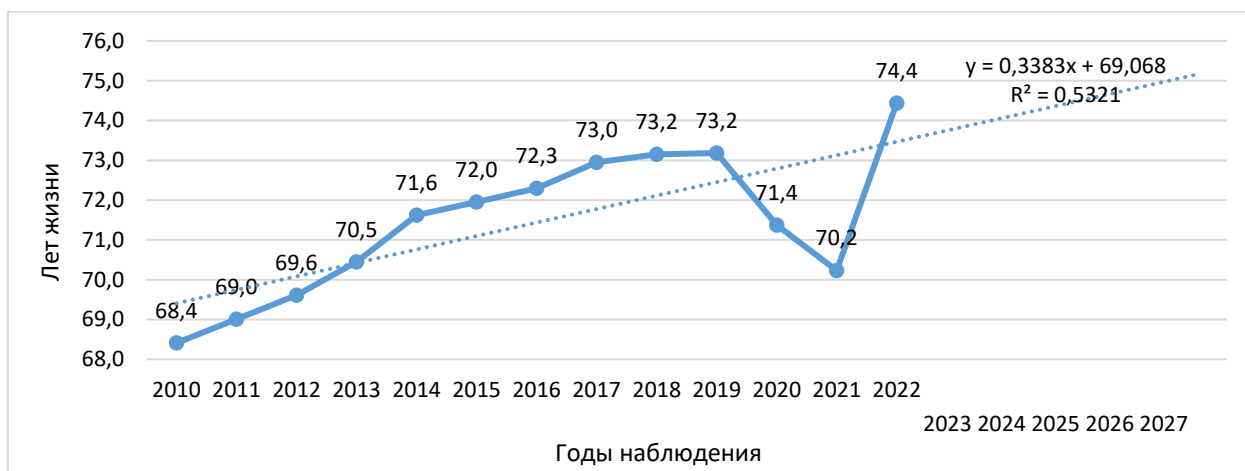


Рисунок 22 – Динамика показателя ожидаемой продолжительности жизни населения Республики Казахстан

Важно отметить, что строить прогнозы из-за данных резкого ее изменения в период пандемии достаточно сложно. Тем не менее, согласно линии тренда, общий пятилетний прогноз ожидаемой продолжительности жизни населения Республики Казахстана имеет положительную динамику и достигнет 75-летнего рубежа в 2027 году. В сложившихся условиях становится

очевидным дифференцированный подход к областям для того чтобы в тех регионах, где данная тенденция будет слабой - принимать и внедрять мероприятия, позволяющие достичь прогнозируемых задач.

В результате статистического анализа было выделено три кластера (Рисунок 23). В первый кластер вошли два города Астана и Алматы. В второй кластер – Кызылординская, Жамбылская, Туркестанская, Атырауская, Мангыстауская, Алматичнская и Актюбинская области и область Жетысу. В третий кластер – Западно-, Восточно-, Севре-Казахстанская, Павлодарская, Костанайская, Карагандинская, Акмолинская, область Улытау и Акбай.

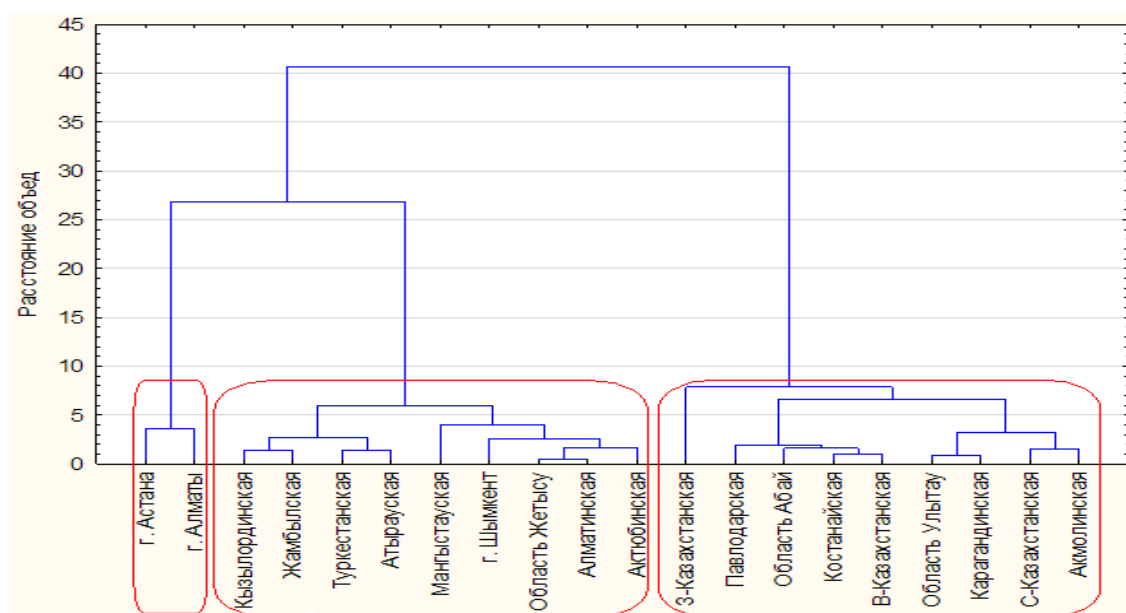


Рисунок 23 – Результаты кластерного анализа динамики ожидаемой продолжительности жизни населения в регионах Республики Казахстан

Динамика показателей, представленных на Рисунке 24, демонстрирует то факт, что показатель ожидаемой продолжительности жизни на протяжении всего периода наблюдения был ниже в регионах третьего кластера, а 75-летний рубеж будет достигнут гораздо позже, чем в других кластерах, в 2030 году, тогда как к примеру во втором кластере - в 2028 году.

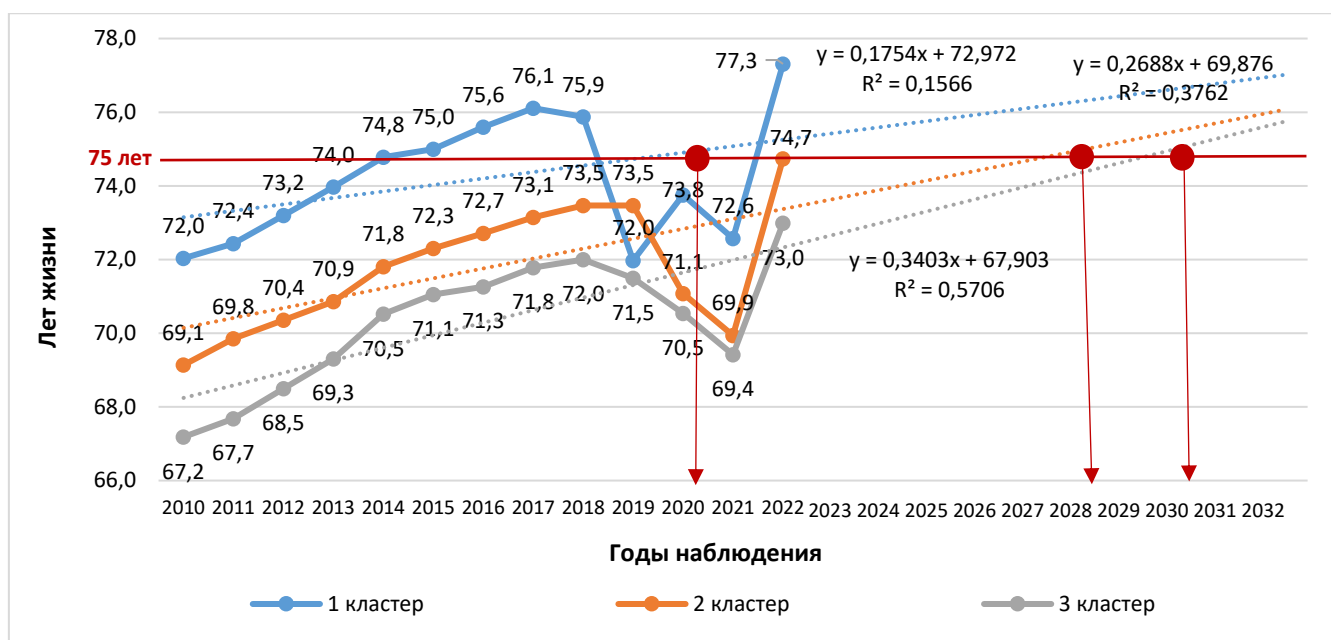


Рисунок 24 – Динамика показателей ожидаемой продолжительности жизни населения в региональных кластерах Республики Казахстан

Таким образом, выделение кластеров регионов Республики Казахстан по темпам прироста ожидаемой продолжительности жизни, выявило сильную межрегиональную дифференциацию, отражающих региональную специфичность формирования исследуемого показателя. Результаты исследования, приведённые в данном разделе, доказали необходимость проведения, эффективной демографической политики, направленной на стабилизацию процессов рождаемости с учетом междисциплинарного подхода в ряде монопольных образований Республики Казахстан.

3.2. Медико-социальные показатели

Первичная заболеваемость по обращаемости представляет собой совокупность новых случаев заболеваний, которые ранее не были зарегистрированы и впервые выявлены в данном году при обращении населения за медицинской помощью (Леонов С.А., Сон И.М., Вайсман Д.Ш., 2014; Сабаев А.В., 2017). Первичная заболеваемость как объект научного исследования и практической деятельности медицинских организаций представляет собой сложную систему взаимосвязанных понятий и

показателей (Медик В.А., Токмачев М.С., 2006). Показатели заболеваемости являются одним из ключевых критериев оценки качества работы медицинского персонала, медицинских организаций и системы здравоохранения в целом.

Показано, что на протяжении 13 лет наблюдения уровень первичной заболеваемости населения Республики Казахстан снизился на 15,4% и по рассчитанному прогнозу будет иметь тенденцию к снижению (Рисунок 25).

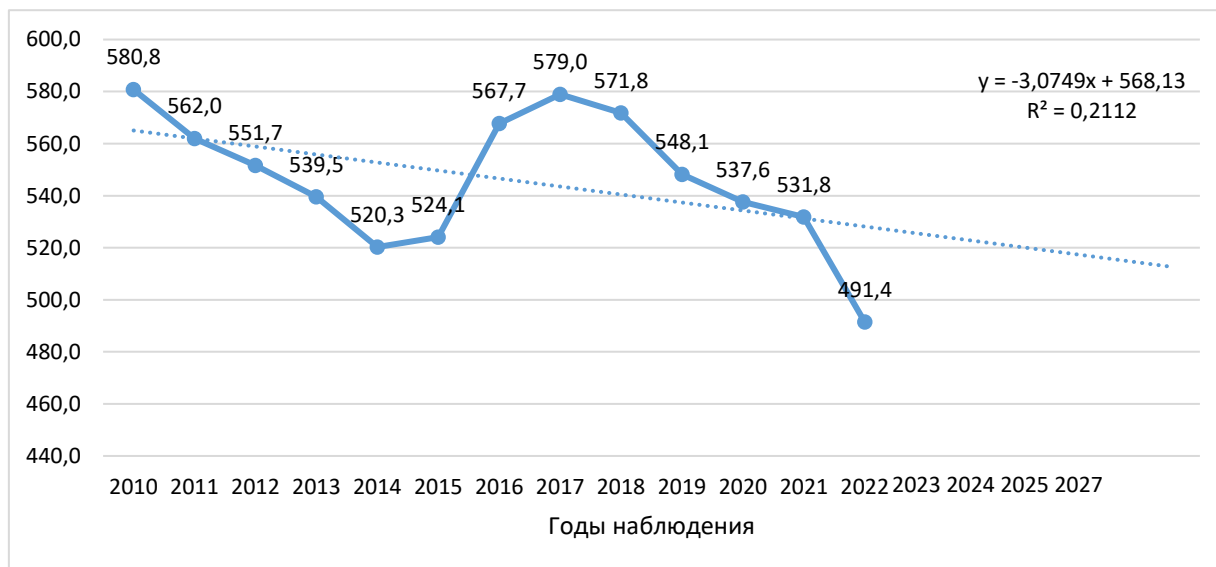


Рисунок 25 – Динамика показателя первичной заболеваемости населения Республики Казахстан

Однако, согласно кластерному анализу (Рисунок 26) уровень первичной заболеваемости на протяжении всего анализируемого периода был выше в регионах первого кластера: г. Астана, г. Алматы, Павлодарская, Жамбылская, Алматинская, Восточно-Казахстанская области, область Абай, чем в регионах второго кластера: г. Шымкент, Атырауская, Мангыстауская, Карагандинская, Туркестанская, Западно-, Северо-Казахстанская, Актюбинская, Кызылординская, Костанайская, акмолинская области, область Улытау (Рисунок 27). Но в обоих кластерах прогнозируется снижение первичной заболеваемости.

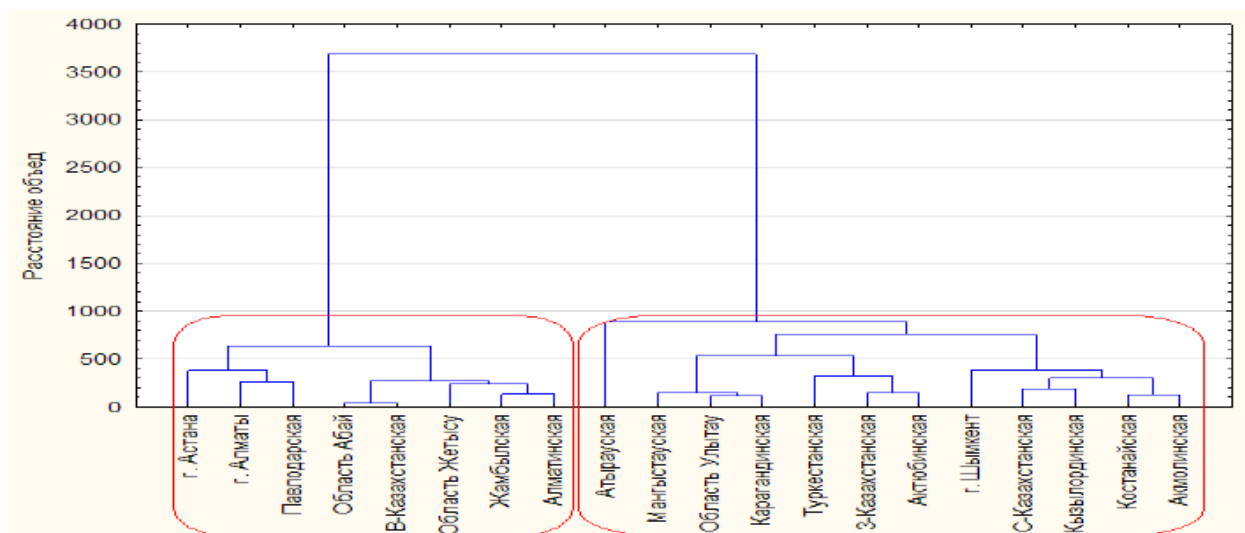


Рисунок 26 – Результаты кластерного анализа динамики первичной заболеваемости населения в регионах Республики Казахстан

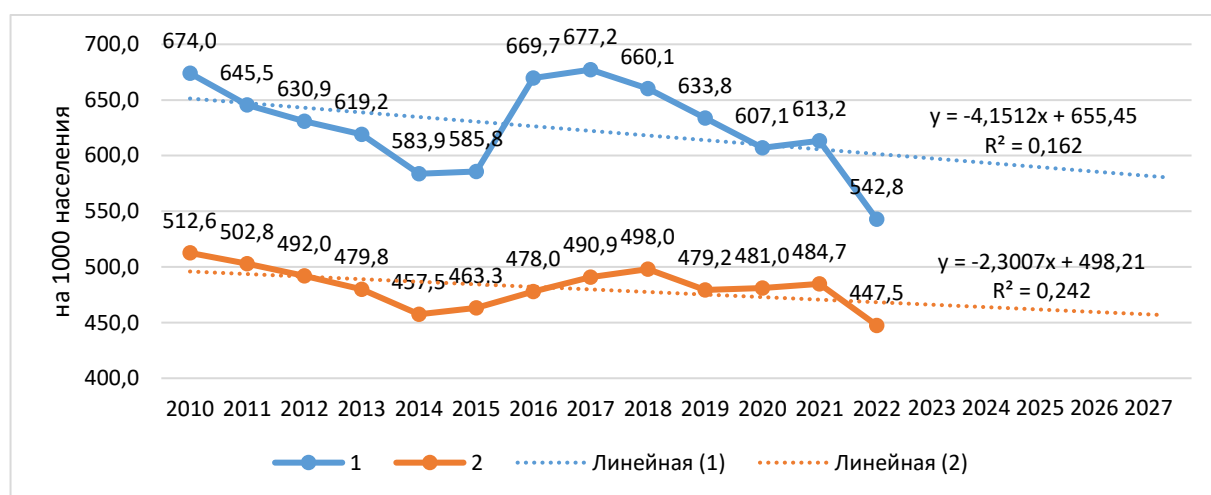


Рисунок 27 – Динамика показателей первичной заболеваемости населения в региональных кластерах Республики Казахстан

Таким образом, показано, что данные об уровне первичной заболеваемости населения Республики Казахстан, также как и другие показатели, имеют региональные особенности, что позволит обосновать управленческие решения на различных уровнях системы здравоохранения с учетом региональной специфики, так как только на основе анализа текущей ситуации с первичной заболеваемостью населения и прогнозирования её изменений в будущем можно разработать адекватные планы по развитию сети медицинских организаций и определить потребности в других ресурсах здравоохранения.

Здравоохранение представляет собой ключевой элемент социальной сферы, обеспечивающий функционирование общества и выступающий в качестве неотъемлемой составляющей социальной инфраструктуры. Его основная задача заключается в организации и обеспечении доступного медицинского обслуживания населения, а также в сохранении и повышении уровня его здоровья. Недостаточное количество врачей, среднего медицинского персонала и больничных коек оказывает негативное влияние на состояние здоровья населения и демографическую ситуацию (Агилбаева, А. А. с соавт., 2022).

Установлено, что обеспеченность больничными койками населения республики Казахстан в динамике наблюдения имела тенденцию к снижению на 25,1% и будет продолжать снижаться согласно рассчитанному пятилетнему прогнозу (Рисунок 28).

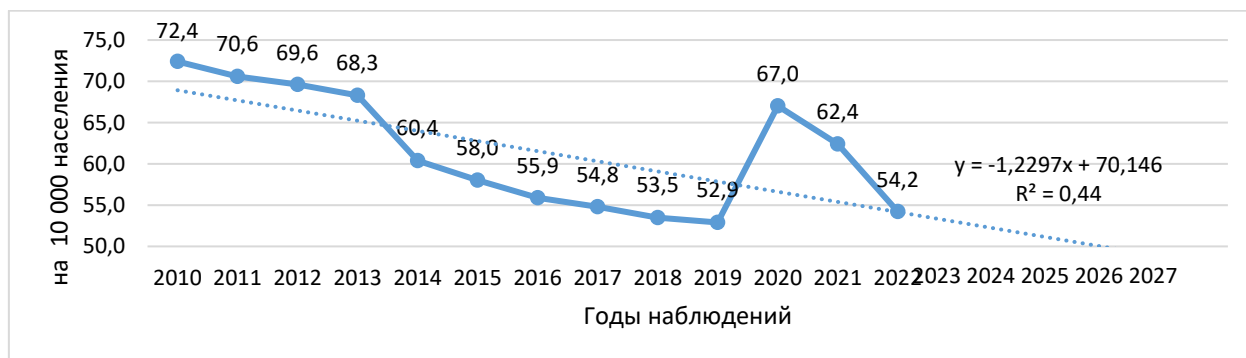


Рисунок 28 – Динамика обеспеченности больничными койками населения Республики Казахстан

При этом, согласно кластерному анализу (Рисунок 29) на протяжении 13 лет уровень обеспеченности больничными койками был максимальным в Северо-, Восточно-Казахстанской, Карагандинской, Акмолинской областях, областях Улытау и Абай на уровне от 62,7 до 83,9 на 10 000 населения (третий кластер), а минимальным в регионах первого кластера: г. Шымкент, Мангыстауская, Алматинская, Туркестанская, Атырауская, Жамбылская, Актюбинская области, область Жетысу (Рисунок 30). Согласно построенным линиям тренда, а также рассчитанным пятилетним прогнозам установленная ситуация по данному показателю в кластерных регионах будет сохраняться.

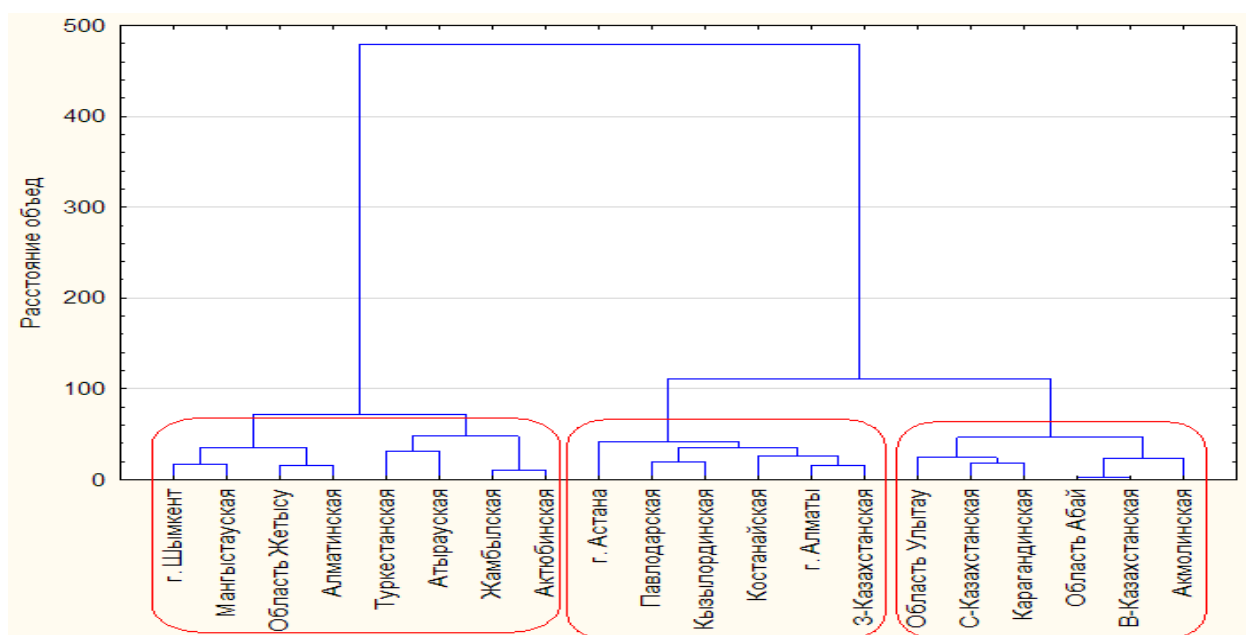


Рисунок 29 – Результаты кластерного анализа динамики обеспеченности больничными койками населения в регионах Республики Казахстан

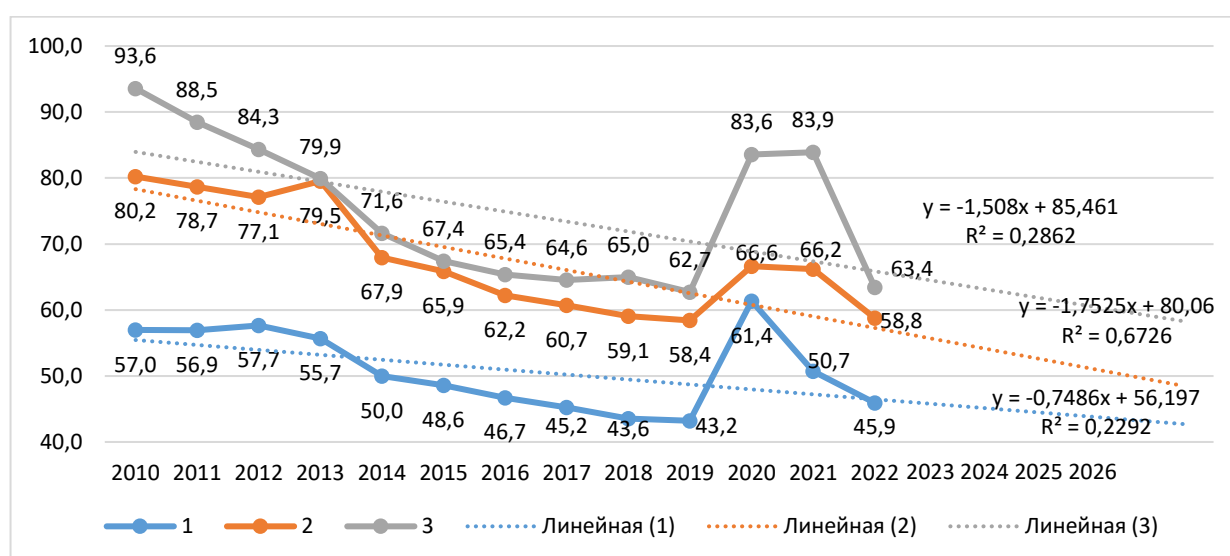


Рисунок 30 – Динамика показателей обеспеченности больничными койками населения в региональных кластерах Республики Казахстан

В отличие от ситуации с обеспеченностью населения больничными койками в динамике обеспеченности населения врачами наблюдается положительная тенденция. Прирост этого показателя за исследуемый период составил 3,6% (Рисунок 31).

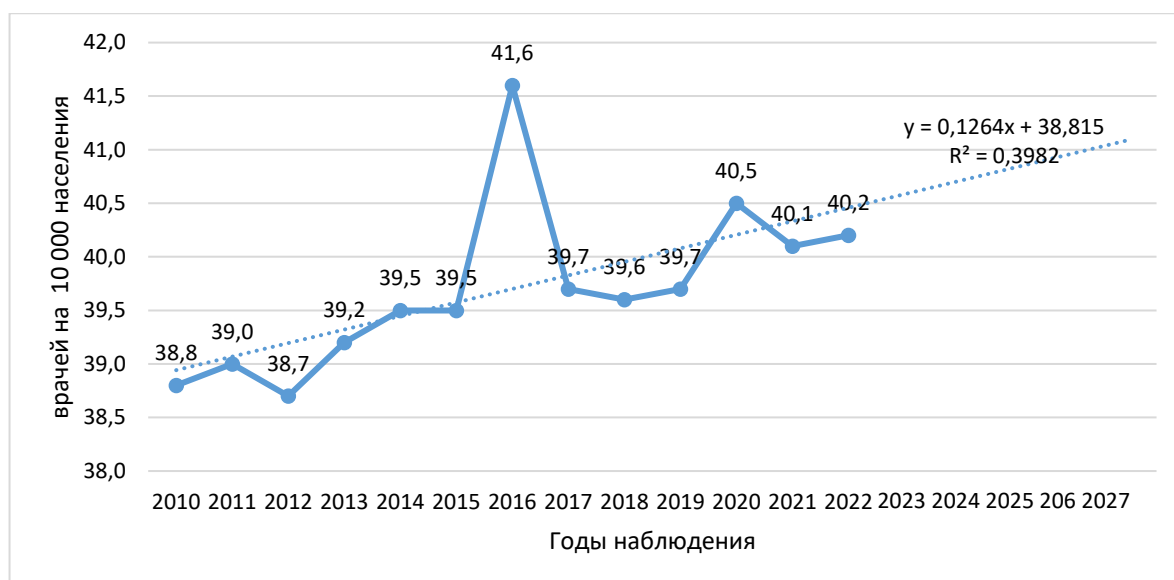


Рисунок 31 – Динамика обеспеченности врачами населения Республики Казахстан

В то же время, ситуация с медицинским обеспечением населения на региональном уровне довольно неоднозначная (Рисунок 32-33).

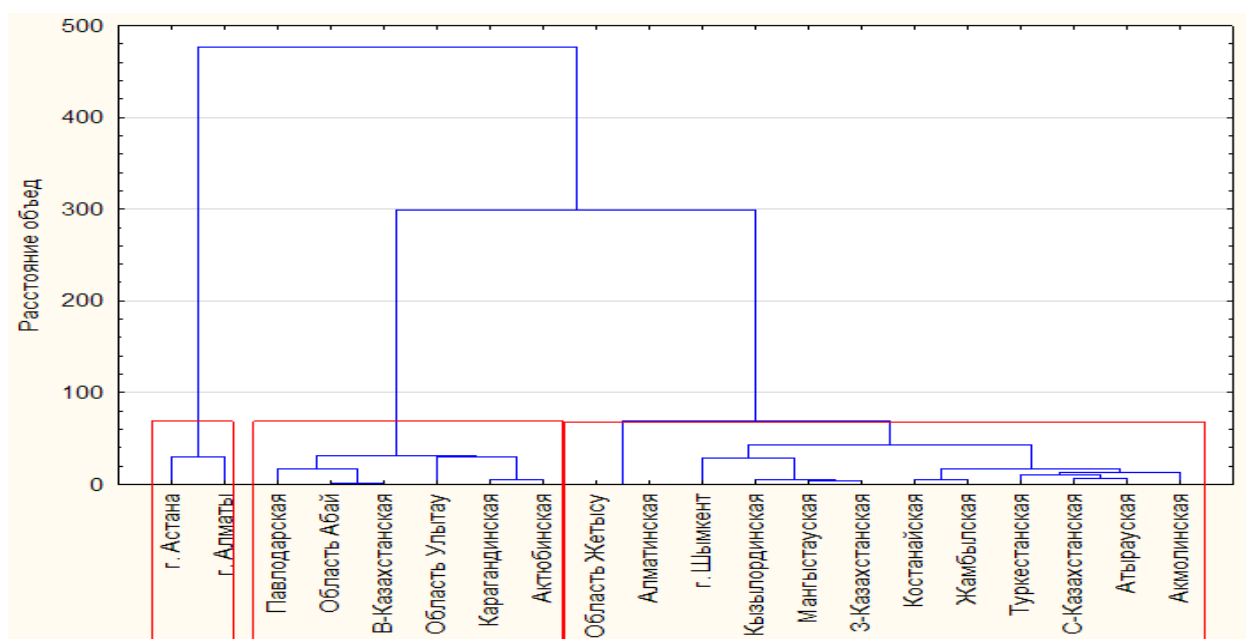


Рисунок 32 – Результаты кластерного анализа динамики обеспеченности врачами населения в регионах Республики Казахстан

Так, если в регионах первого кластера (г. Астана, г. Алматы) фиксируется высокий уровень обеспеченности врачами населения на уровне 68,8-86,7 врачей на 10 000 населения, но он снижается, то в регионах третьего кластера

(г. Шымкент, Алматинская, Кызылординская, Мангыстауская, Западно-, Севре-Казахстанская, Костанайская, Жамбылская, Туркестанская, Атырауская, Акмолинская области, область Жетысу) зафиксирован минимальный уровень этого показателя и слабая тенденция его роста (Рисунок 33).

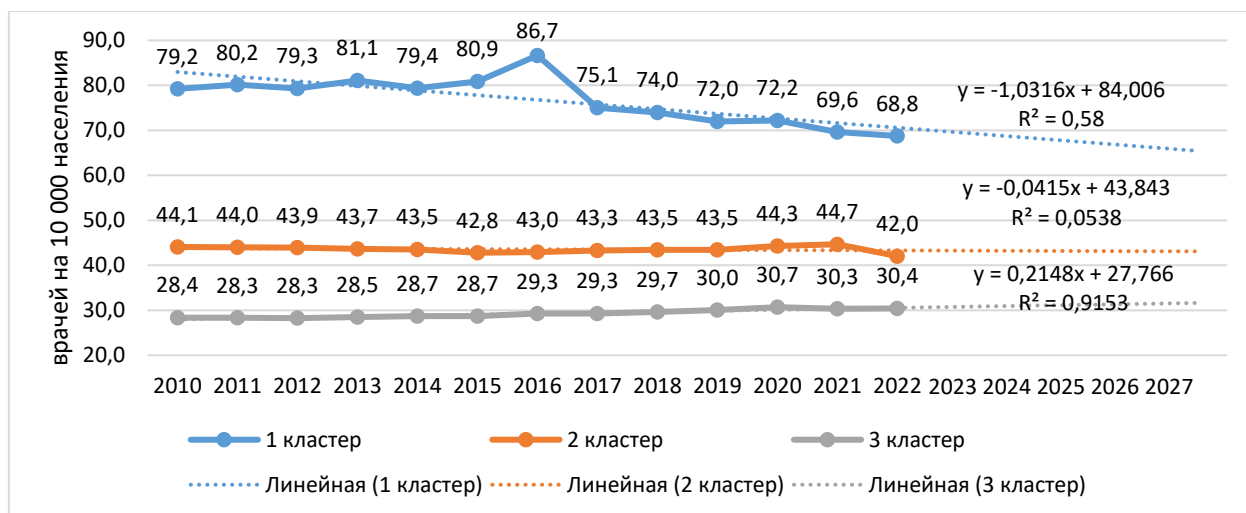


Рисунок 33 – Динамика показателей обеспеченности врачами населения в региональных кластерах Республики Казахстан

Таким образом, в целом по Республике Казахстан установлено снижение обеспеченности населения больничными койками на фоне роста обеспеченностью населения врачами. В то же время, выявлены региональные особенности уровня изучаемых показателей, тогда как общая тенденция динамики сохранялась и в сформированных региональных кластерах.

3.3. Социально-экономические показатели

Система здравоохранения находится в состоянии постоянного развития, и крайне важно понимать тенденции этого развития, анализировать их и предпринимать шаги для осознанного воздействия на них. Именно в этом заключается цель управления экономикой здравоохранения, направленная на сохранение здоровья населения страны. Эффективность системы здравоохранения в государстве зависит от согласованности действий и

определения параметров каждого компонента подсистем системы здравоохранения. Сочетание внешних и внутренних факторов позволяет создать ещё одну систему — систему управления эффективностью здравоохранения на основе показателей эффективности. Среди ведущих внешних показателей, влияющих на общественное здоровье населения, выделяют социально-экономические факторы, изучение которых на уровне регионов и территорий могут позволить адаптировать деятельность организаций здравоохранения (Гайфуллин, А.Н., 2021). Известно, что демографическая политика в отношении улучшения здоровья населения и сокращения смертности подразумевает повышение уровня и качества жизни посредством борьбы с безработицей и оптимизации трудовой занятости населения (Шабалина Ю.Н., 2014).

В настоящем исследовании показано, что численность населения Республики Казахстан, занятых в экономике за исследуемый период растет, где прирост составил 10,6% и, по рассчитанным прогнозам, будет продолжать увеличиваться (Рисунок 34).

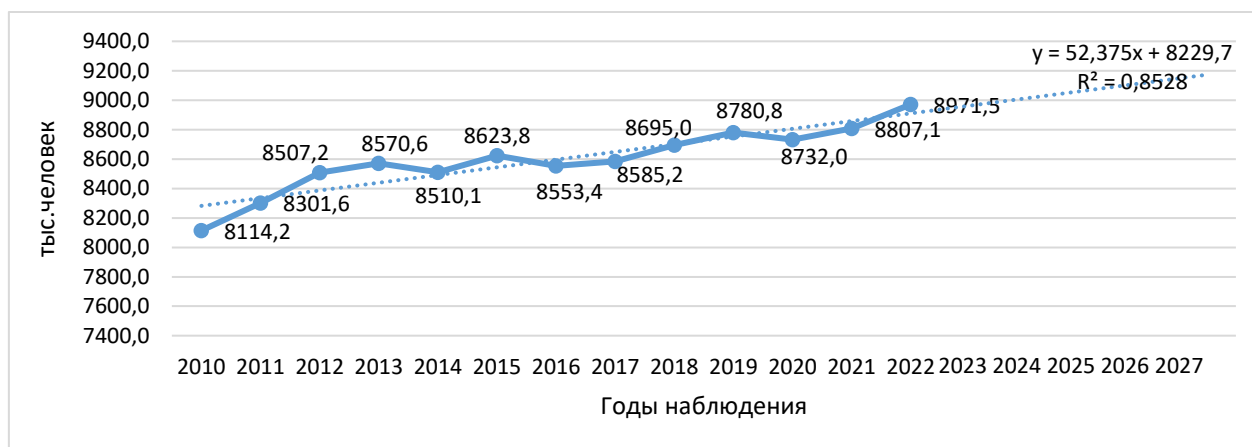


Рисунок 34 – Динамика численности занятости в экономике населения Республики Казахстан

Однако, в разрезе регионов ситуация достаточно неоднозначная, о чем свидетельствует сравнительный анализ исследуемого показателя в сформированных кластерных регионах (Рисунок 35-36). Так, уровень занятости населения в экономике был максимальным в регионах первого кластера (г. Алматы, Карагандинская, Восточно-Казахстанская,

Туркестанская, Алматинская области) на уровне от 677,8 до 809,0 тысяч человек, а минимальный – в регионах второго кластера (Северо-, Западно-Казахстанская, Кызылординская, Мангыстауская, Атыраурская области, область Улытау, Абай) на уровне 266,2-288,4 тысяч человек. Однако, несмотря на высокий уровень занятости населения в регионах первого кластера, в период с 2021 по 2022 год в регионах первого кластера зафиксировано резкое снижение этого показателя на 16,1%, тогда как в регионах двух других кластеров таких резких изменений не зафиксировано. В третьем кластере, напротив, установлено незначительное повышение занятости населения на 3,2%.

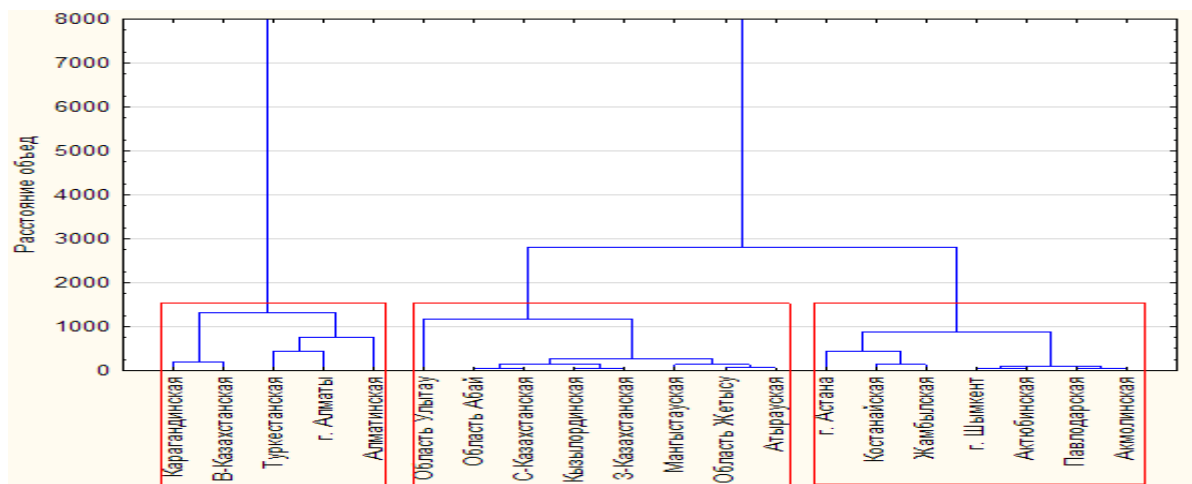


Рисунок 35 – Результаты кластерного анализа динамики численности занятости в экономике населения в регионах Республики Казахстан

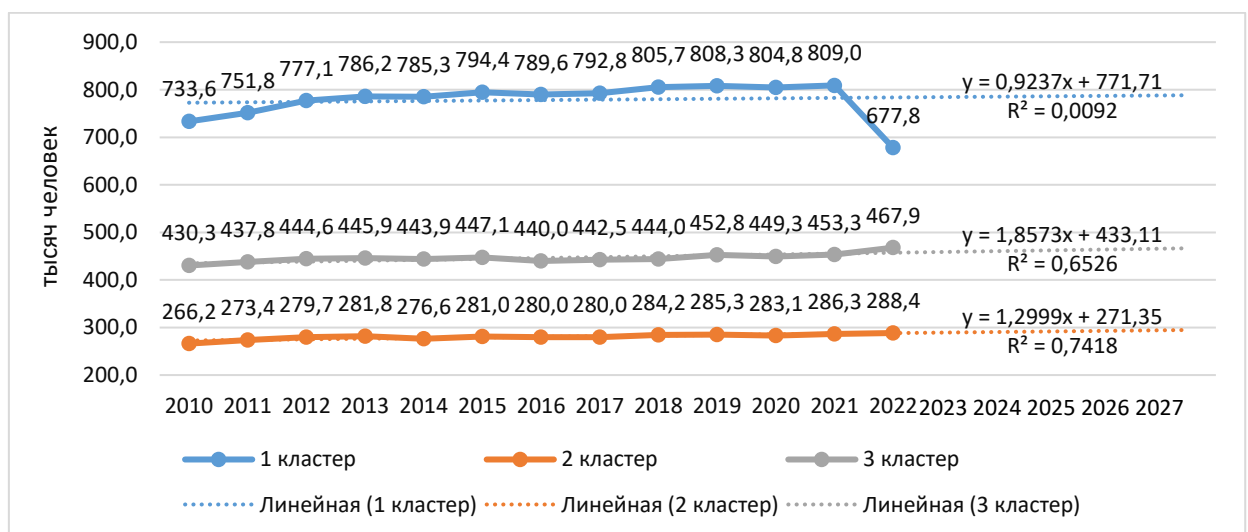


Рисунок 36 – Динамика показателей численности занятости в экономике населения в региональных кластерах Республики Казахстан

На фоне установленного общенационального роста численности населения, занятого в экономике, ожидаемо получение нами результатов о снижении среди населения Республики Казахстан удельного веса безработного населения относительно общего числа работающих с 5,8 до 4,9 % (Рисунок 37). В регионах сформированных кластеров (Рисунок 38) сохранялась аналогичная динамика (Рисунок 39), однако удельный вес безработных лиц был выше в регионах первого кластера: г. Астана, г. Алматы, г. Шымкент, Туркестанская, Мангыстауская области).

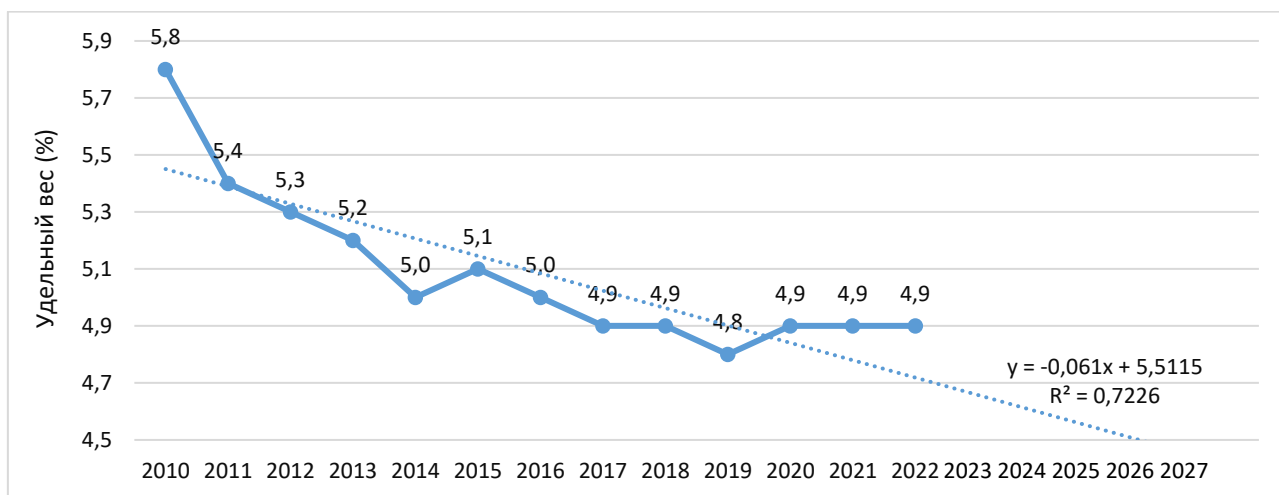


Рисунок 37 – Динамика удельного веса безработных в Республике Казахстан

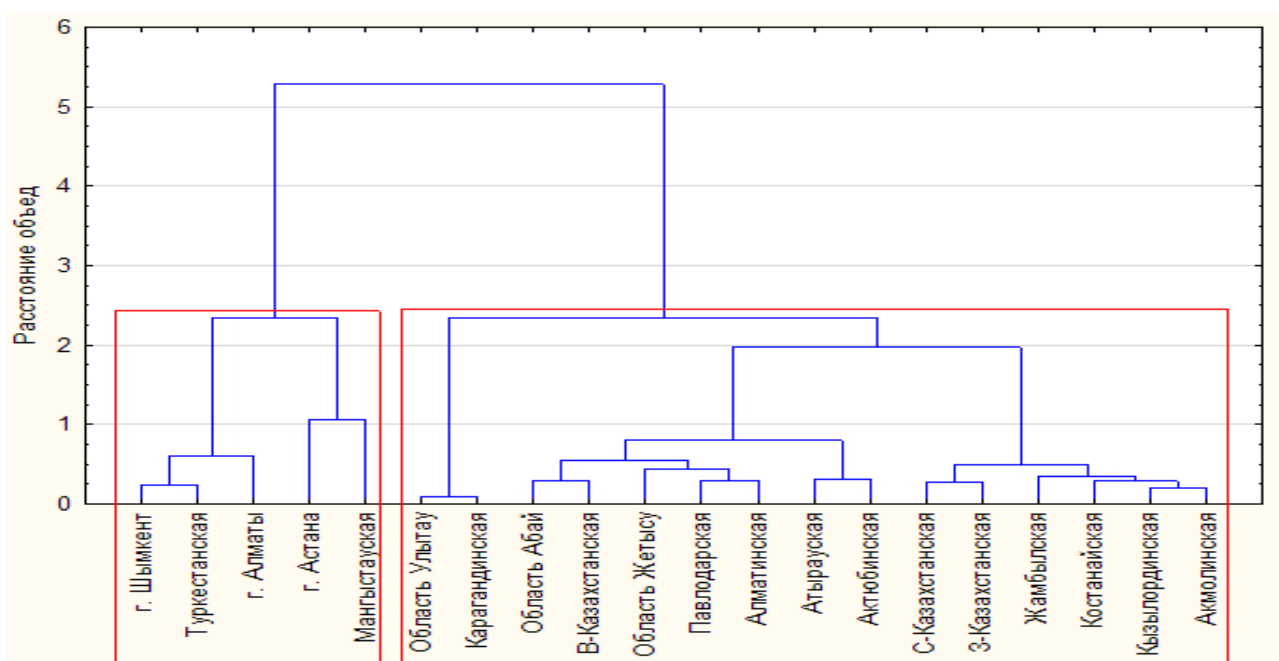


Рисунок 38 – Результаты кластерного анализа динамики удельного веса безработных в регионах Республики Казахстан

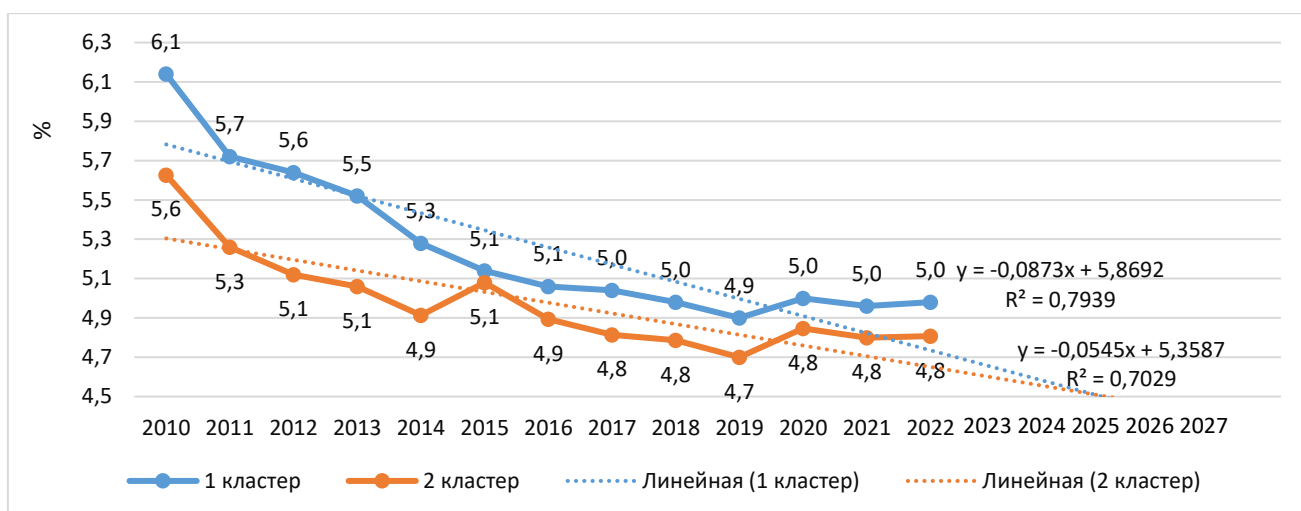


Рисунок 39 – Динамика удельного веса безработных в региональных кластерах Республики Казахстан

Уровень заработной платы у населения Республики Казахстан за 13-летний период наблюдения вырос в 3,9 раз (Рисунок 40).

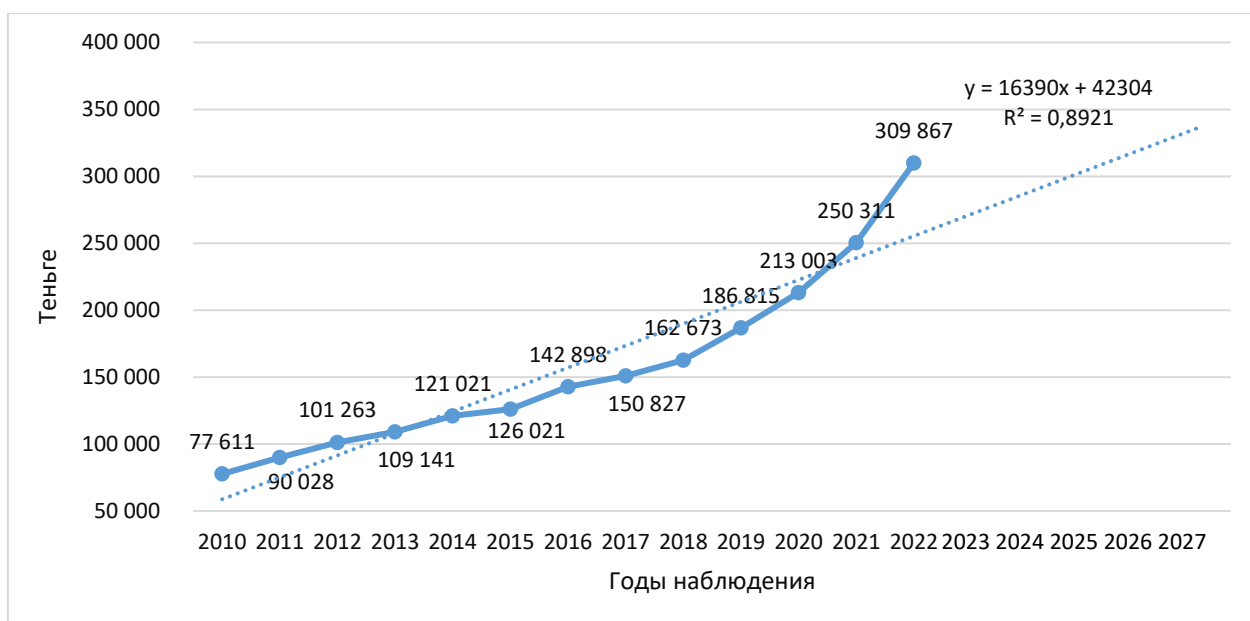


Рисунок 40 – Уровень заработной платы населения Республики Казахстан

При этом, установлены региональные особенности в уровне заработной платы населения. Так, максимальные показатели установлены в регионах первого кластера (г. Астана, Мангыстауская, Атыраурская области), а минимальные – в регионах третьего кластера: г. Шымкент, Северо-Казахстанская, Туркестанская, Жамбылская, Алматинская, Костанайская, Акмолинская области, область Жетысу (Рисунок 41-42).

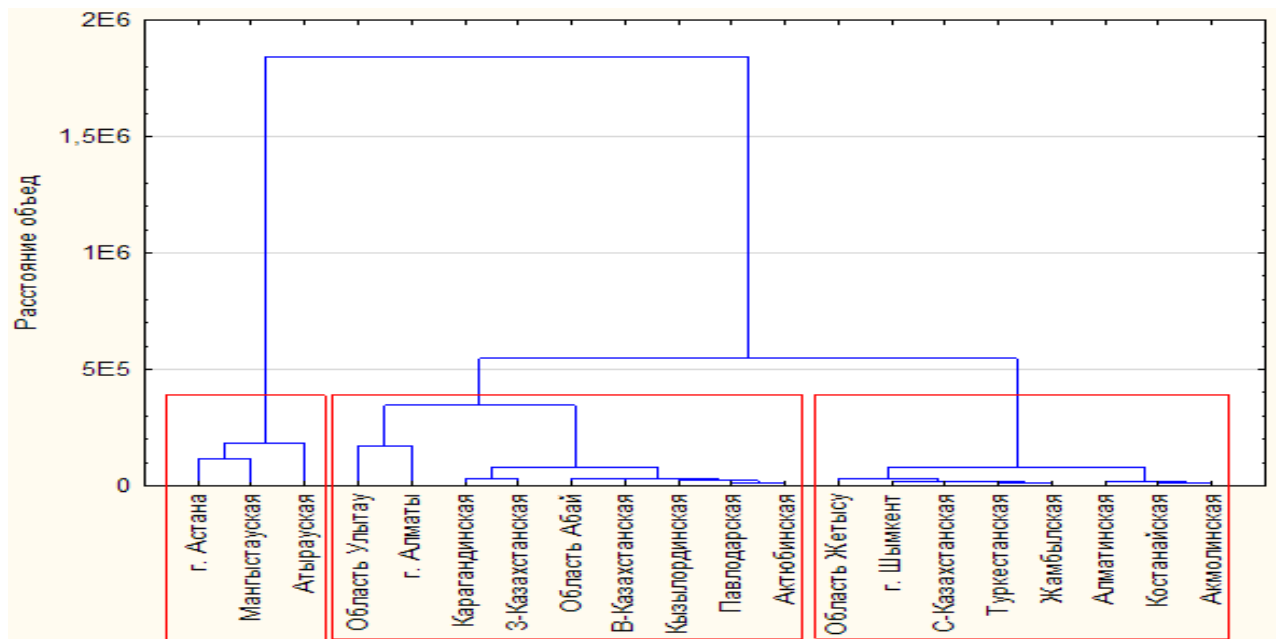


Рисунок 41 – Результаты кластерного анализа уровня заработной платы населения в регионах Республики Казахстан

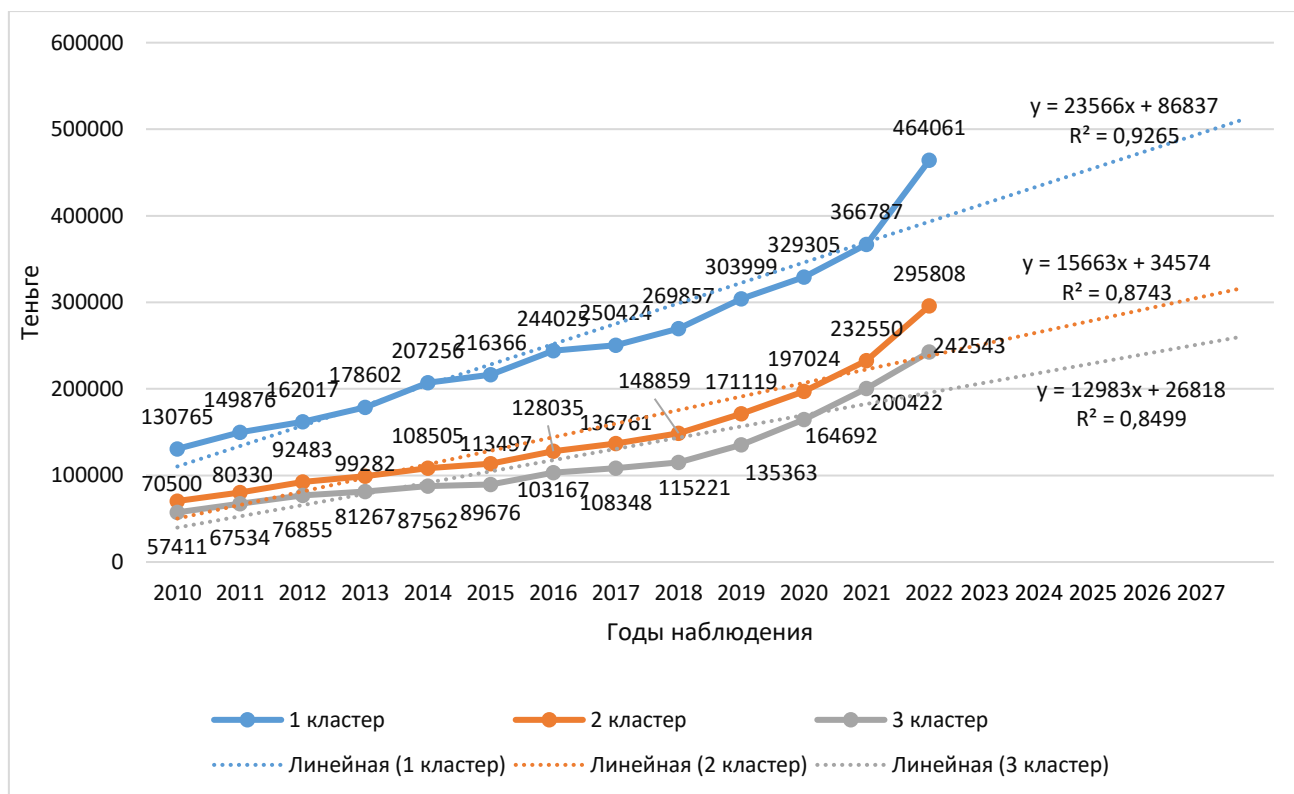


Рисунок 42 – Динамика уровня заработной платы населения в регионах Республики Казахстан

В настоящее время бесспорной является актуальность рассмотрения проблем комфортности и безопасности жизнедеятельности населения во взаимосвязи с формированием общественного здоровья. Известно, что на

84,0% изменение индекса человеческого развития зависит от изменения валового регионального продукта на душу населения (Орловская Т.Н., 2022). Показано, что уровень валового регионального продукта в Республике Казахстан за исследуемый период наблюдения вырос в 3,9 раза (Рисунок 43).

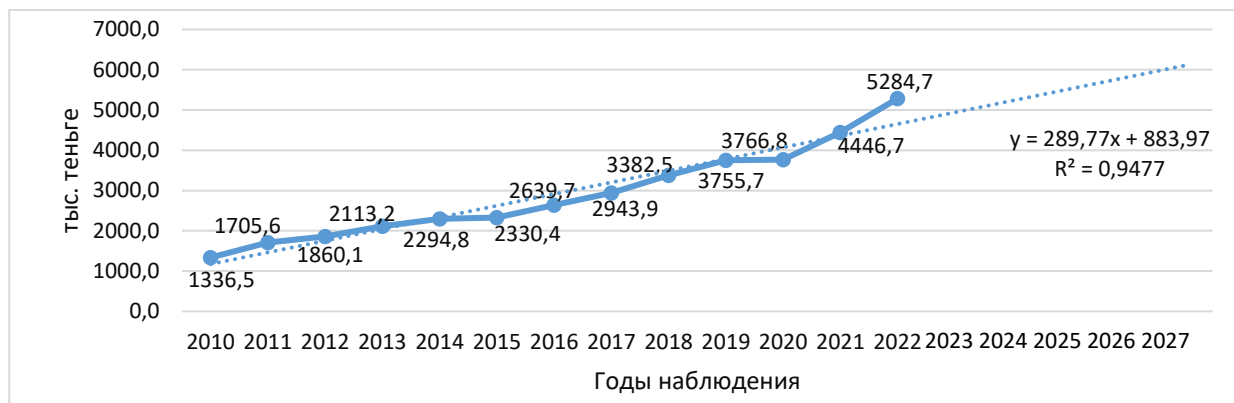


Рисунок 43 – Валовой региональный продукт на душу населения Республики Казахстан

При этом на общем фоне резко выделяются данные Атырауской области, которая единственная вошла во второй кластер (Рисунок 44), а уровень валового регионального продукта на душу населения в этой области был существенно выше относительно данных регионов первого и третьего кластеров (Рисунок 45). Общей тенденцией для сформированных региональных кластеров является динамика повышения исследуемого показателя, а также продолжение его увеличения по проведенным прогностическим расчетам (Рисунок 45).

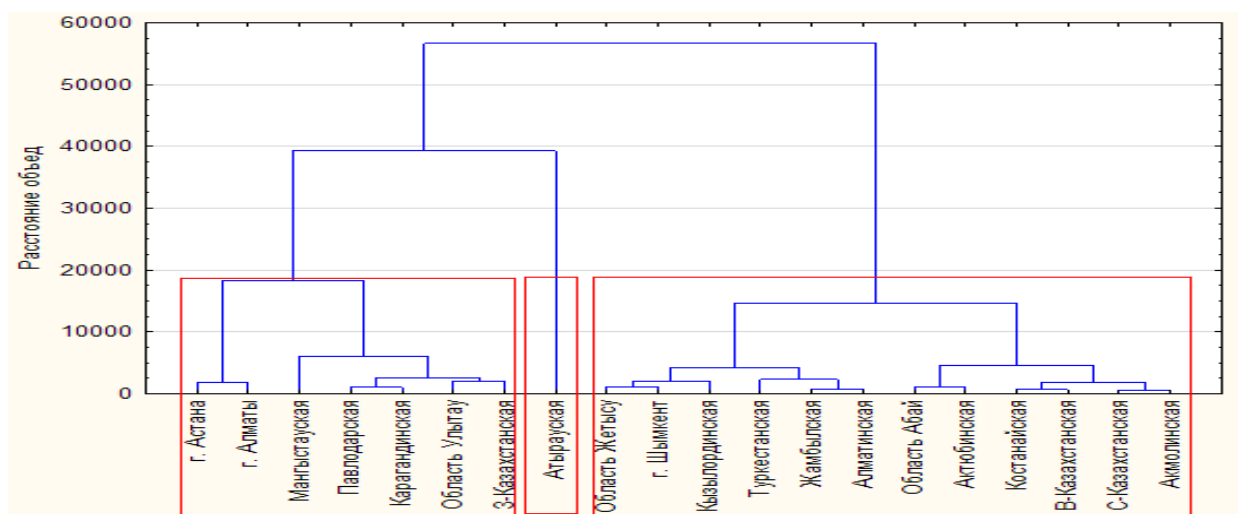


Рисунок 44 – Результаты кластерного анализа уровня регионального валового продукта на душу населения в регионах Республики Казахстан

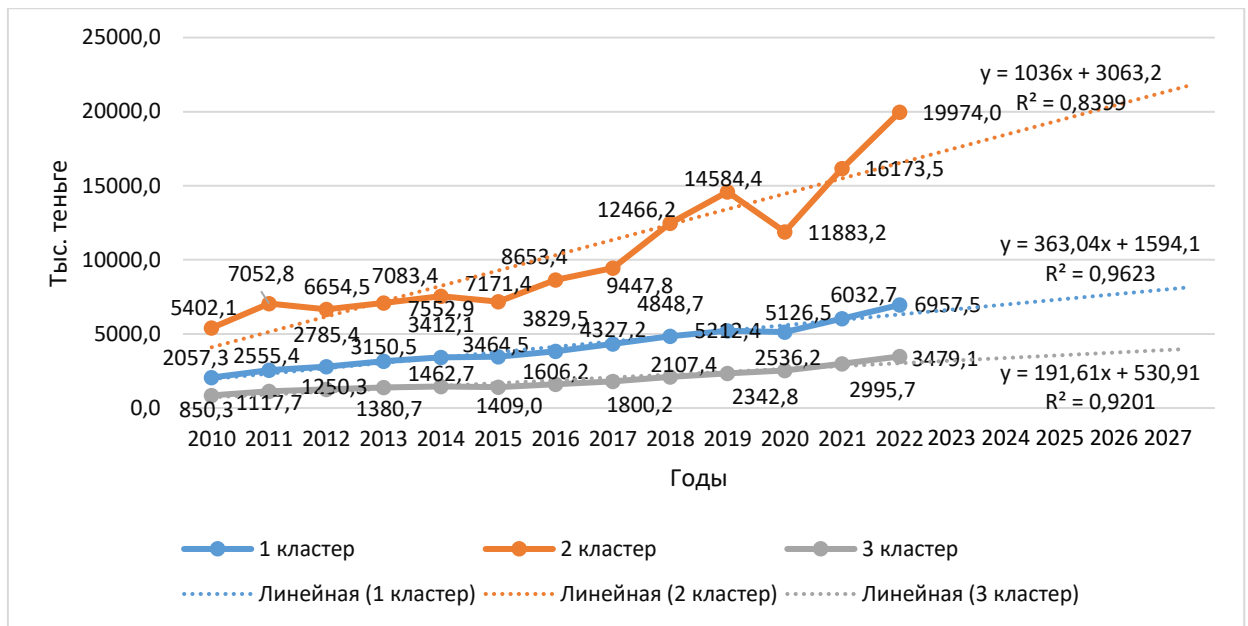


Рисунок 45 – Динамика уровня регионального валового продукта на душу населения в регионах Республики Казахстан

В настоящее время задача выравнивания региональных различий по социально-экономическим показателям остается актуальной (Окрепилов В.В., с соавт., 2019). Уровень жизни – одна из наиболее значимых категорий, описывающих социально-экономические факторы. Благосостояние населения оценивается в том числе и по жилищной обеспеченности, являющиеся важными показателями уровня качества жизни населения (Коломейцева М. А., 2010). Согласно полученным в настоящем исследовании данным, установлен рост обеспеченности населения Республики Казахстан жилищным фондом (Рисунок 46), в том числе и на душу населения на 24,1% (Рисунок 47).

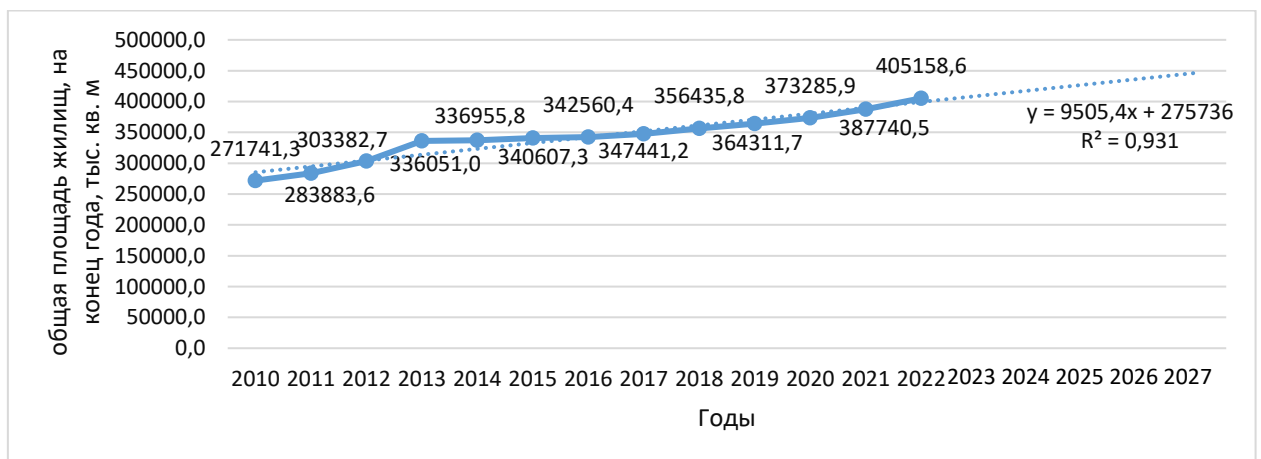


Рисунок 46 – Обеспеченность населения Республики Казахстан жилищным фондом

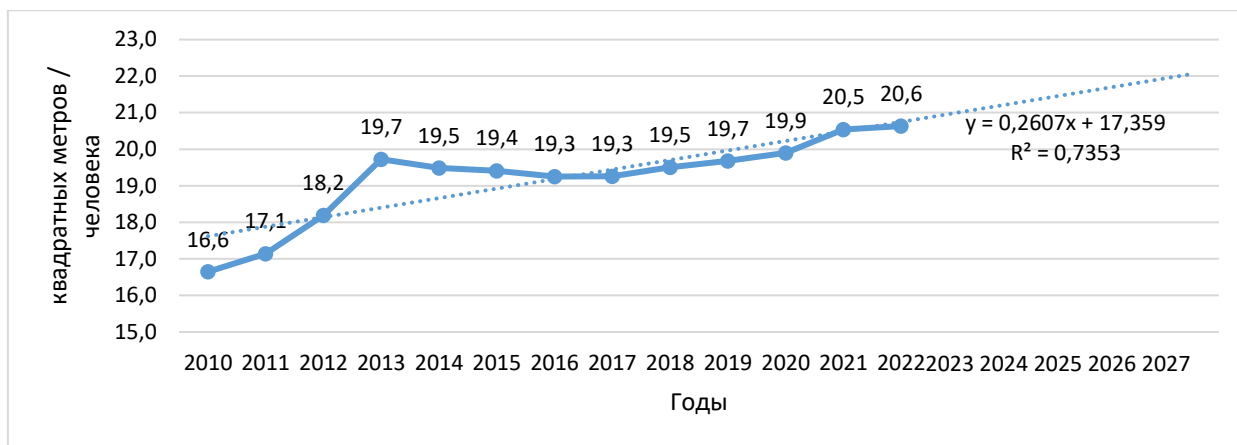


Рисунок 47 – Обеспеченность жилыми квадратными метрами населения Республики Казахстан

Установлены региональные особенности обеспеченности населения Республики Казахстан жилыми квадратными метрами на 1 человека. Так, согласно сформированным кластерам (Рисунок 48), максимальный уровень обеспеченности жилыми квадратными метрами на одного человека установлен в населения, проживающего в третьем кластере: г. Алматы, г. Астана, Атырауская, Костанайская, Северо-Казахстанская, Павлодарская, Карагандинская и Акмолинская области и уровень обеспеченности согласно рассчитанному прогнозу до 2027 года будет продолжать расти (Рисунок 49). В то же время, минимальный уровень обеспеченности жилыми квадратными метрами по Республике Казахстан установлен в регионах первого кластера: Туркестанская, Жамбылская, Алматинская области, область Жетысу, однако согласно рассчитанным прогнозам ожидается рост этого показателя.

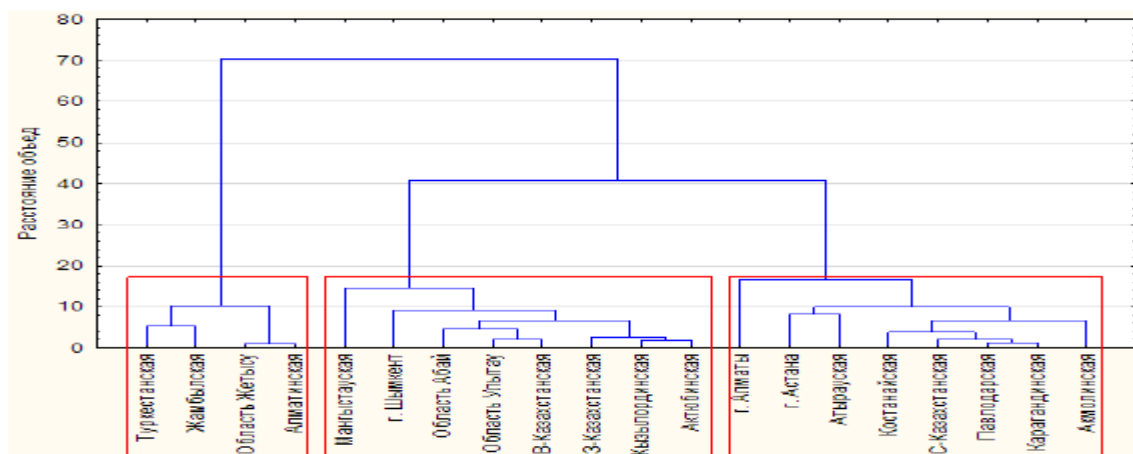


Рисунок 48 – Результаты кластерного анализа уровня обеспеченности жилыми квадратными метрами населения в регионах Республики Казахстан

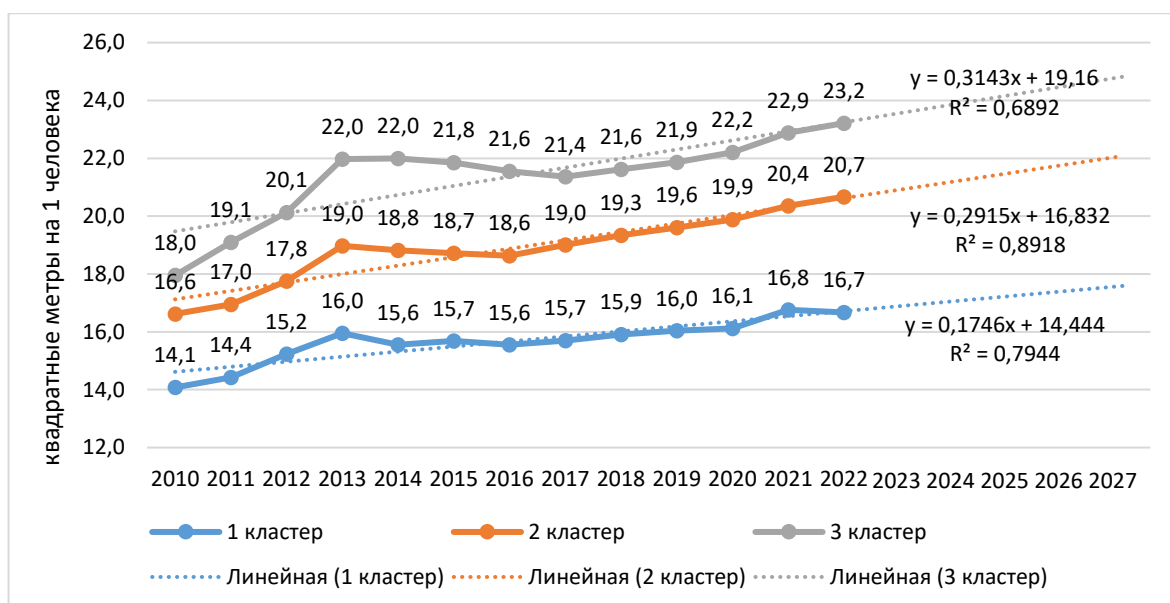


Рисунок 49 – Динамика уровня обеспеченности жилыми квадратными метрами населения в региональных кластерах Республики Казахстан

Таким образом, анализ социально-экономических факторов, формирующих общественное здоровье населения Республики Казахстан показал, что численность населения, занятого в экономике, растет на 10,6% и, по прогнозам, будет увеличиваться. Однако, в регионах ситуация неоднородна: в первом кластере уровень занятости достигает 677,8-809,0 тысяч человек, а во втором – 266,2-288,4 тысяч человек. В первом кластере в 2021-2022 годах произошло снижение занятости на 16,1%, тогда как в двух других кластерах изменений не наблюдалось. В третьем кластере, напротив, отмечено незначительное повышение занятости на 3,2%. При общем росте занятости населения в Казахстане наблюдается снижение безработицы с 5,8 до 4,9%. В регионах первого кластера безработица была выше. За 13-летний период уровень заработной платы вырос в 3,9 раза. Максимальные показатели установлены в регионах первого кластера, минимальные — в регионах третьего кластера. Уровень валового регионального продукта вырос в 3,9 раза. Выделяется Атырауская область, где этот показатель выше. Обеспеченность населения жилищным фондом и жилыми квадратными метрами на 1 человека выросла на 24,1%. В регионах третьего кластера обеспеченность максимальная, в регионах первого кластера – минимальная, но прогнозируется рост.

3.5. Экологические факторы

Известно, что экологические факторы оказывают значительное влияние на ухудшение состояния здоровья, поскольку могут воздействовать на другие факторы, представляющие угрозу для общественного здоровья, как напрямую, так и опосредованно. В научных исследованиях постоянно освещается проблема влияния окружающей среды на общественное здоровье и оценки экономического ущерба вследствие экологически обусловленных заболеваний (Гильмундинов В. М. с соавт., 2013). Согласно анализу государственным статистическим данным Республики Казахстан, начиная с 2019 года количество выбросов в атмосферный воздух снижается с 2483,1 тыс. в год до 2314,8 тыс. в год (Рисунок 50). Однако согласно рассчитанным прогнозам, отмечается тренд увеличения выбросов.

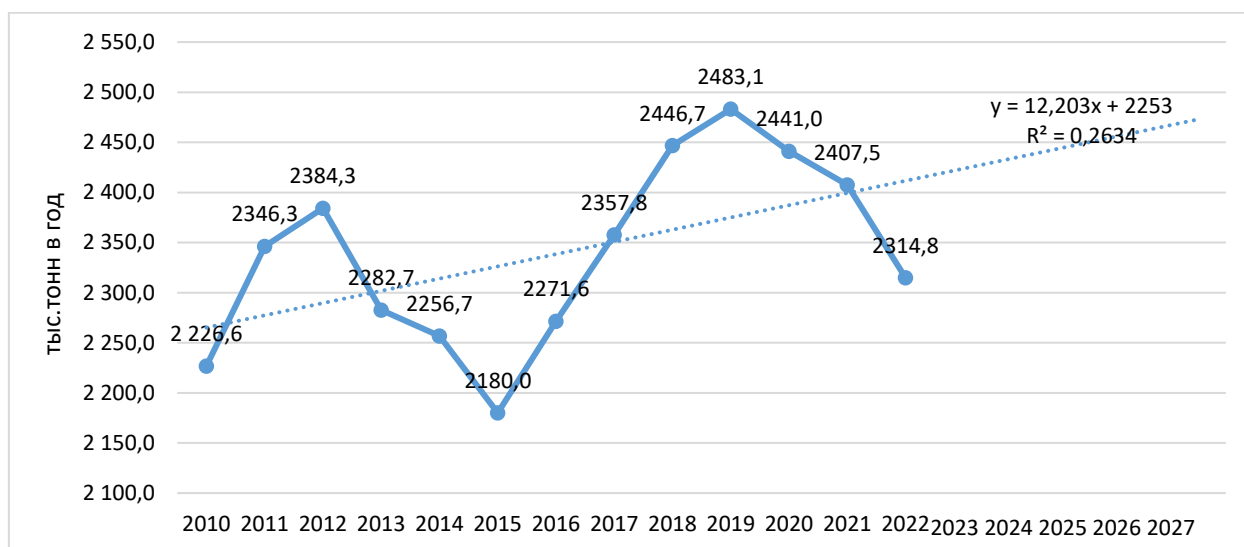


Рисунок 50 – Количество промышленных выбросов в атмосферный воздух на территории Республики Казахстан

Согласно кластерному анализу установлено, что самая высокая антропогенная нагрузка была в регионах первого кластера - это Павлодарская и Карагандинская области, среднее многолетнее значение которой в 5-19,9 раз выше, чем в регионах других кластеров (Рисунок 51-52). И согласно рассчитанным прогнозам по каждому кластеру, уровень выбросов в атмосферный воздух увеличиваться не будет только в регионах четвертого

кластера, тогда как в регионах первого, второго и третьего кластера фиксируется незначительное его увеличение.

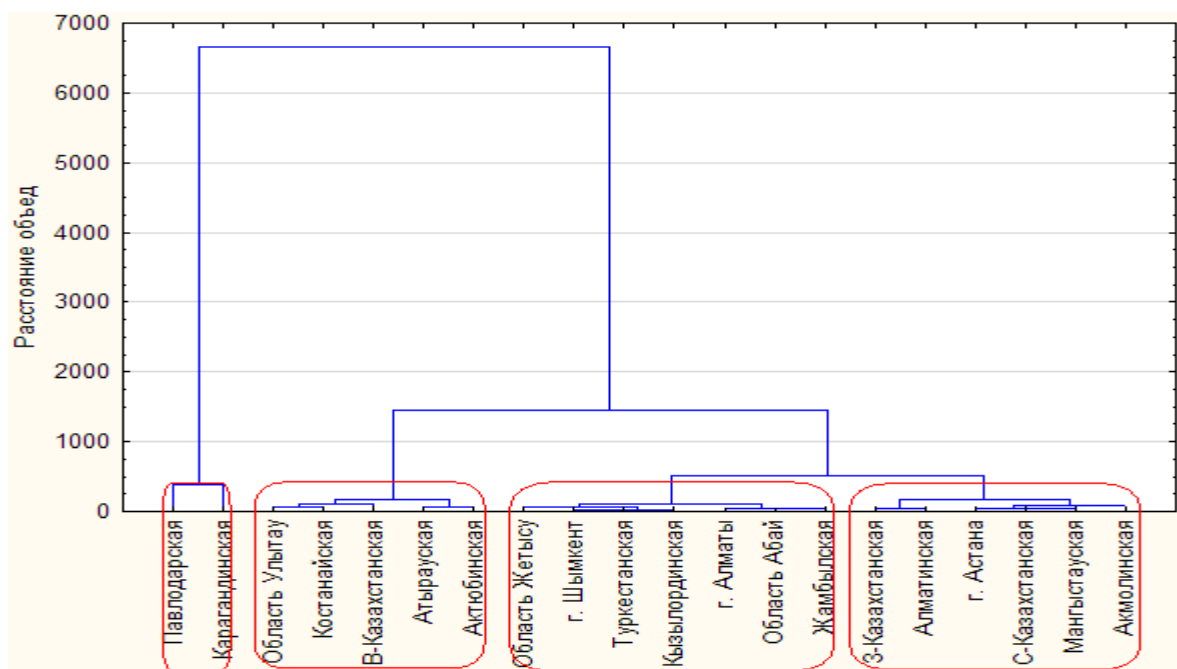


Рисунок 51 – Результаты кластерного анализа уровня промышленных выбросов в регионах Республики Казахстан

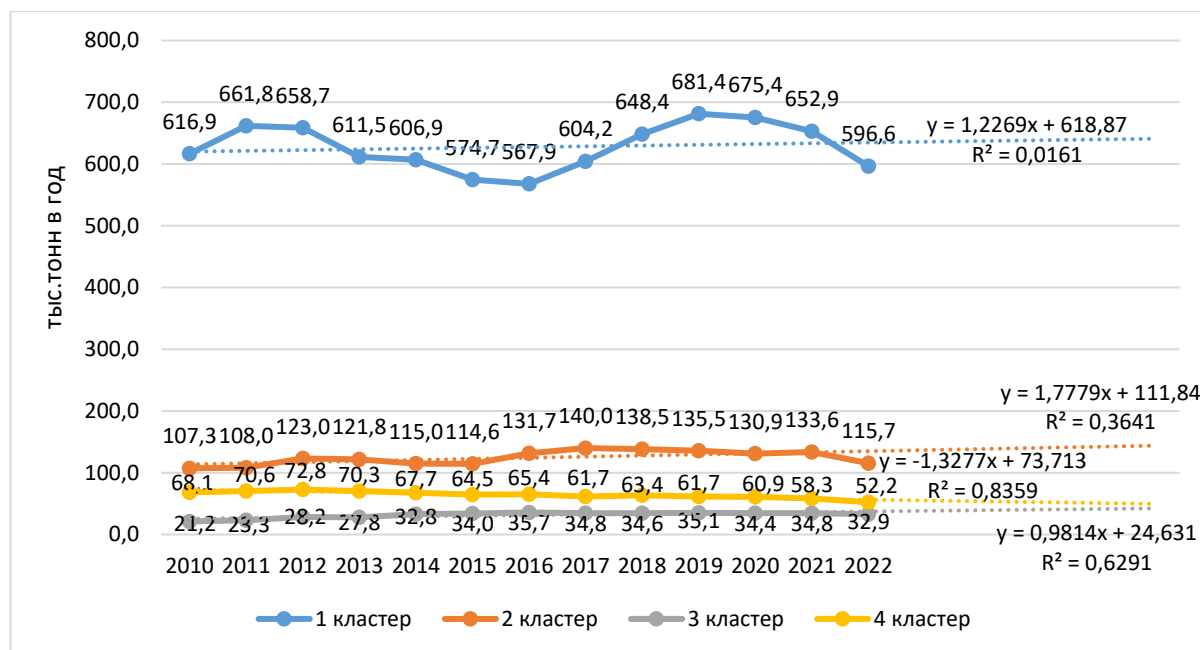


Рисунок 52 – Динамика уровня промышленных выбросов в региональных кластерах Республики Казахстан

Таким образом, формирование и развитие системы здравоохранения для сохранения и укрепления общественного здоровья Республики Казахстан должно осуществляться по нескольким направлениям с учётом региональных

особенностей. Необходимо применять системный и комплексный подходы по каждому региону отдельно, основанные на анализе медико-демографических показателей, заболеваемости, региональных особенностей организации системы здравоохранения, социально-экономических и экологических показателей, вклад в развитие общественного здоровья для каждого региона может быть разным.

Глава 4. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ И ДОСТУПНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЕМ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

4.1. Результаты самооценки состояния здоровья населением

Одним из главных факторов жизни общества является состояние охраны здоровья в государстве и, в частности, восприятие системы здравоохранения как базиса доступности и качества оказания медицинской помощи глазами населения (Бузин В.Н. с соавт., 2020).

Учитывая общепризнанное определение термина «здоровье» как «состояния полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов», становится очевидным необходимость учёта субъективной оценки здоровья собственно самим человеком. Среди основных индикаторов здоровья особое положение занимает его субъективная оценка населением (Каргаполова, Е.В., Арясова А.Ю., Миронова Ю.Г., 2017). Самооценка здоровья в большинстве случаев отражает реальное состояние здоровья людей. Самооценка выполняет двойную функцию – показателя и регулятора поведения. Существуют устойчивые корреляционные связи между самооценкой здоровья и ведущими факторами заботы о нем (Корчагина, П.С., Калачикова О.Н., 2013). В этой связи, наряду с данными официальной медицинской статистики актуален анализ социологической информации, что позволяет получить дополнительные данные о проблемах здоровья и образа жизни населения различных регионов страны получить дополнительные данные о проблемах здоровья и образа жизни населения различных регионов страны (Погорелов, А.Р., 2022).

Установлено, что большинство опрошенных (36,8%) оценили свое здоровье как удовлетворительное; 28,9% человек – как хорошее; 15,2% человек – как плохое; 19,1% человек затруднились ответить (Рисунок 53).

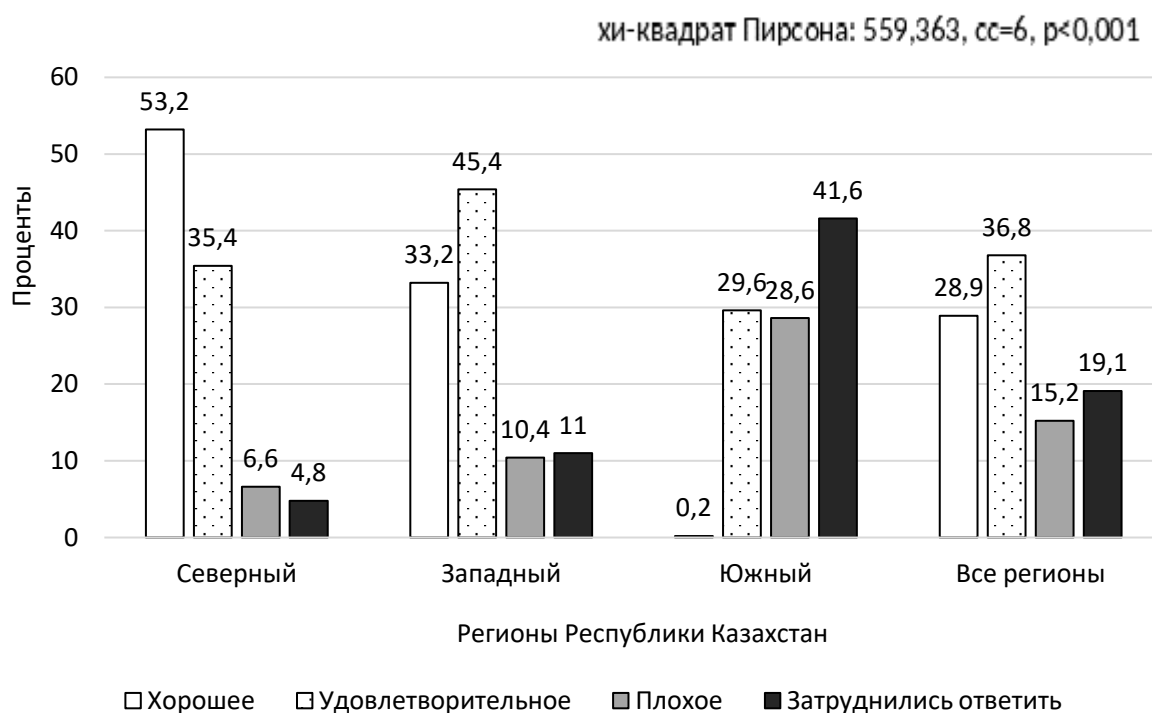


Рисунок 53 - Распределение опрошенных лиц с учётом субъективной оценки собственного здоровья и территории проживания (%)

Максимальное число опрошенных, которые оценили свое здоровье, как хорошее установлено в Северном районе Республики Казахстан – 53,2%; в этом же районе выявлено и минимальное количество человек, которые оценили свое здоровье как плохое (6,6%). Самый высокий удельный вес лиц, которые оценили свое здоровье как плохое, определено в Южном регионе Республики Казахстан - у 28,6% опрошенных, что больше в 2,7 раз, чем в Западном регионе, и в 4,3 раза, чем в Северном регионе.

При учёте возраста опрошенных установлено, что большинство оценивают свое здоровье удовлетворительным как в возрастной группе 18-39 лет (40%), так и в возрастной группе 40-64 лет (31,5%). Лишь каждый третий опрошенный в возрасте 18-39 лет (31,3%) и каждый пятый респондент в возрасте 40-64 лет (24,2%) оценивал свое здоровье хорошо (Рисунок 54). Настораживает тот факт, что среди лиц в возрасте 40-64 лет до 25,7% респондентов затруднялись в своей оценке здоровья и не могли определить его в предложенной градации.

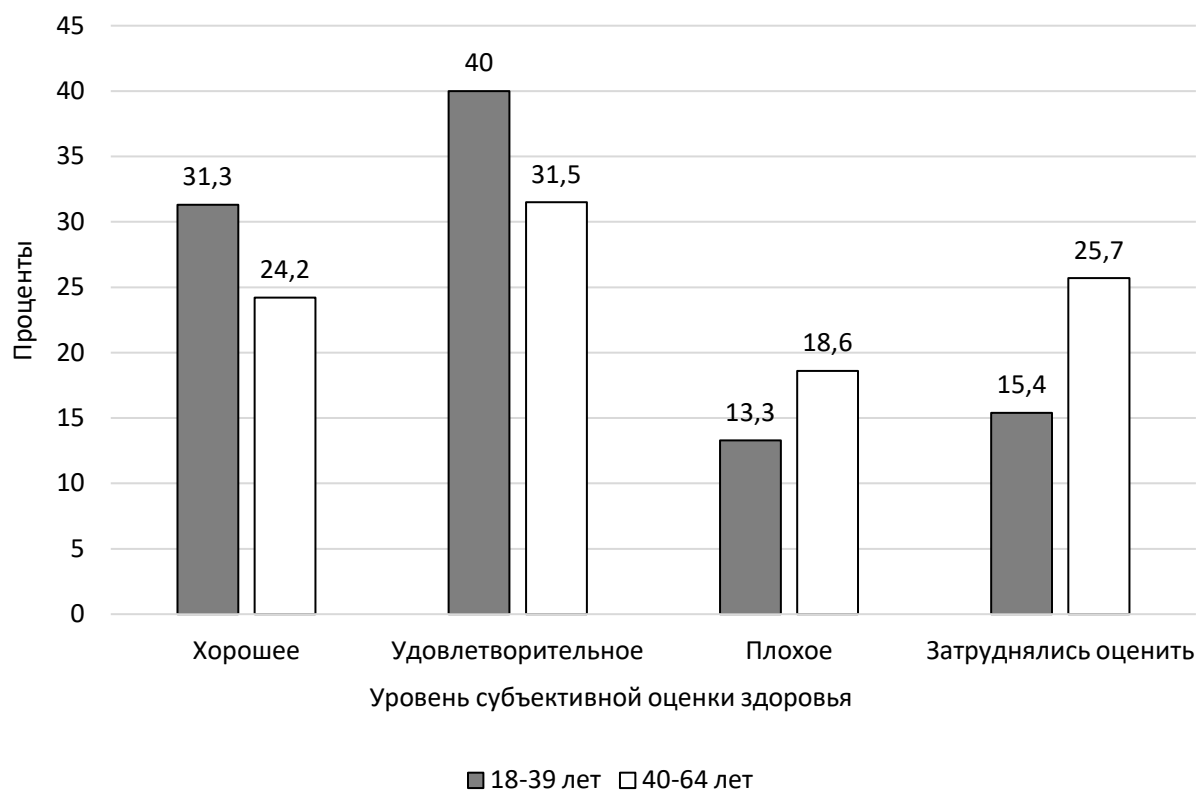


Рисунок 54 - Распределение опрошенных лиц с учётом субъективной оценки собственного здоровья и возраста (%)

Анализ данных распределения населения по результатам субъективной оценки здоровья с учётом возраста и региона проживания обращает внимание на большой удельный вес лиц в исследуемых группах, проживающих в южном регионе, которые затруднялись ответить об оценке собственного здоровья (34,9% лиц в возрасте 18-39 лет и 46,8% лиц в возрасте 40-64 лет). В то же время в других исследуемых регионах число лиц с аналогичной субъективной оценкой собственного здоровья было в 3,9-14,2 раза меньше в возрасте 40-64 лет и в 3,3-5,7 раза меньше в возрасте 18-39 лет (Таблица 2). Среди лиц в возрасте как 18-39 лет, так и в 40-64 лет, максимальное число респондентов с хорошей субъективной оценкой собственного здоровья выявлено в Северном регионе Республики Казахстан (49,5% и 55,8%); а максимальное число респондентов с плохой субъективной оценкой собственного здоровья выявлено в Южном регионе (28,4% лиц в возрасте 18-39 лет и 28,9% лиц в возрасте 40-64 лет).

Таблица 2 - Распределения населения по результатам субъективной оценки здоровья с учётом возраста и региона проживания (%)

Регион	Возрастная группа	Субъективная оценка здоровья			
		Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	Затруднительно оценить
Северный	18-39 лет	49,5	38,6	5,8	6,1
	40-64 лет	55,8	33,2	7,7	3,3
Западный	18-39 лет	35,3	43,9	10,1	10,7
	40-64 лет	32,4	43,7	12,0	12,0
Южный	18-39 лет	0,5	36,3	28,4	34,9
	40-64 лет	0	24,3	28,9	46,8

Собранные социологические данные позволили представить общую картину субъективной оценки собственного здоровья населения в Республике Казахстан с учетом региона проживания и возраста. Настораживает тот факт, что до 19,1% респондентов затруднялись оценить свое здоровье. Опасение связано с тем, что, если человек не может дать субъективную оценку собственному здоровью, то настороженность на его ухудшение снижается и, следовательно, возрастает риск позднего обращения за медицинской помощью в случае развития какого-либо заболевания.

Самооценка здоровья является одним из наиболее важных показателей здоровья в социальных науках (Bollen K.A., Gutin I., Halpern C.T., Harris K.M., 2021). Важность надежных и точных объективных или физиологических показателей здоровья в исследованиях самоочевидна; возможно, менее очевидной является заметная и центральная роль, которую субъективные показатели здоровья играют в социальных исследованиях, исследованиях поведения и здоровья. Действительно, десятилетия исследований показывают, что важность субъективных показателей проистекает из нескольких ключевых источников. Во-первых, субъективные данные, такие как самооценка

здоровья, тесно связаны как с физическим, так и с психическим и даже когнитивным здоровьем (Schnittker J., 2005; Singh-Manoux A. et al., 2007; Latham K., Peek C.W., 2013; Mavaddat N. et al., 2014) и демонстрируют дифференцированную взаимосвязь со многими клинически значимыми биомаркерами - даже на «субклинических» уровнях, которые напрямую не связаны с повышенным риском для здоровья (Jylhä M., Volpato S., Guralnik J.M., 2006; Goldman N., Gleib D.A., Chang M.C., 2004). В то время как точная природа сознательных и бессознательных процессов, формирующих ощущения индивидов об их субъективном общем состоянии здоровья, остается неизвестной (Jylhä M., 2009), многие исследователи оправдывают свое использование субъективной оценки состояния здоровья, ссылаясь на его высокую прогностическую достоверность в отношении плохого состояния здоровья и ранней смертности во многих обследованиях, в группах населения и в социально-демографических группах, и часто демонстрирующих более реальную картину состояния здоровья в сравнении с «объективными» показателями здоровья (Franks P., Gold M.R., Fiscella K., 2003; Singh-Manoux A. et al., 2007; Dowd J.B., Zajacova A., 2007; Idler E., Cartwright K., 2018).

Учитывая его сильную связь с текущими и будущими состояниями здоровья, субъективное здоровье часто рассматривается как результат для здоровья само по себе. Это особенно часто встречается в исследованиях молодых групп населения, где более объективные показатели плохого состояния здоровья недоступны или имеют низкую распространенность (Boardman J.D. , 2006; Breidablik H.J., Meland E., Lydersen S., 2008; Bauldry S., Shanahan M.J., Boardman J.D., Miech R.A., Macmillan R., 2012; Sokol R., Ennett S., Gottfredson N., Halpern C., 2017). Таким образом, субъективное ощущение обеспечивает единственную значимую оценку состояния здоровья. Преимущества изучения субъективного здоровья заключается в его гипотетической способности выявлять «глобальное состояние здоровья» людей, предоставляя «сжатую сводку состояний организма», включающую переживания и ощущения по множеству измерений здоровья и благополучия,

которые могут измеряться, неизмеримы и потенциально неизмеримы (Jylhä M., 2009). Субъективные показатели здоровья могут быть особенно важны для изучения более расплывчатых конструкций, связанных со «здоровьем», и степени, в которой субъективное благополучие людей представляет собой нечто большее, чем просто «отсутствие болезней или физических дефектов» (согласно определению Всемирной организации здравоохранения). Большая часть наших знаний о социальных процессах и факторах, таких как лежащие в основе здоровье и благополучие, почерпнута из исследований субъективного здоровья; только в исследованиях в области социальных наук мы выявили многочисленные статьи, в которых использовалась самооценка здоровья для изучения важности фундаментальных атрибутов, таких как пол, раса и этническая принадлежность, а также сексуальная идентичность в их связи с общим состоянием здоровья (Zheng H., Land K.C., 2012; Reczek C., Liu H., Spiker R., 2017; Yang T.C., Zhao Y., Song Q., 2017; Booth J.M., Teixeira S., Zuberi A., Wallace J.M., 2018).

Учитывая полученные результаты и анализ научной литературы по теме субъективной оценки здоровья населения, становится очевидным, что проведенное исследование имеет перспективное развитие и продолжение. Так, реперными точками для его дальнейшего развития является сопоставление субъективных данных, полученных в ходе социологических исследований, с объективными статистическими данными, что является главным направлением в изучении качества жизни (Шелехова, Т.Н., 2006) и даёт более полную картину при оценке деятельности системы здравоохранения (Цыганова О.А., Шульгина С.В., 2016).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о различном уровне субъективной оценки собственного здоровья населения, проживающего на различных территориях Республики Казахстан. Развитие исследования может быть направлено на создание региональных моделей, интегрирующих объективные (медико-статистические) и субъективные (медико-социологические) данные. Полученные результаты опроса требуют

дальнейшего анализа и специализированной интерпретации. Они полезны в проведении социально-гигиенического мониторинга, планировании мероприятий по повышению самоохрнительного поведения и развитию системы мотивации различных групп населения к здоровому образу жизни.

4.2. Удовлетворенность населения доступностью медицинской помощи

В настоящее время актуальными научными исследованиями в области общественного здоровья и здравоохранения является поиск эффективных методов оценки доступности и улучшения качества медицинской помощи, обеспечивающих удовлетворенность населения медицинскими услугами (Аксенова Е.И., Бессчетнова О.В., 2021). Качество медицинской помощи, включающее укрепление здоровья, профилактику, лечение, реабилитацию и паллиативную помощь, может измеряться и постоянно повышаться благодаря постоянному мониторингу, основанному на научных и статистических данных, с обязательным учётом потребностей и предпочтений пользователей – пациентов (Омарова Д.С., Бегун Д.Н., Булычева Е.В., 2024). В связи с этим, является актуальным мониторинг удовлетворенности населения медицинской помощью для оценки доступности и качества медицинской помощи.

Анализ проведенного исследования показал, что в 60,6% случаях жители Республики Казахстан обращались за медицинской помощью в поликлиники. Имелись статистически значимые различия ($p < 0,001$) в обращаемости в зависимости от места проживания. Так, максимально часто за медицинской помощью в поликлиники обращались жители южных регионов (99,8%), причем практически такое же количество респондентов этого же региона (98%) обращались и в частные медицинские организации. Данный факт, вероятно, может быть связан с тем, что, не получив своевременной медицинской помощи в государственных медицинских организациях, население южных регионов было вынуждено обращаться за медицинской помощью в частные медицинские организации. При этом, обращаемость населения в частные медицинские организации в западных и северных

регионах Республики Казахстан составляла всего лишь 10,4-15,4%. В южных регионах также фиксировалось максимальное количество человек, которые занимались самолечением (19,8%), что в 9,9-14,2 раза выше, чем в северных и западных регионах (Рисунок 55)

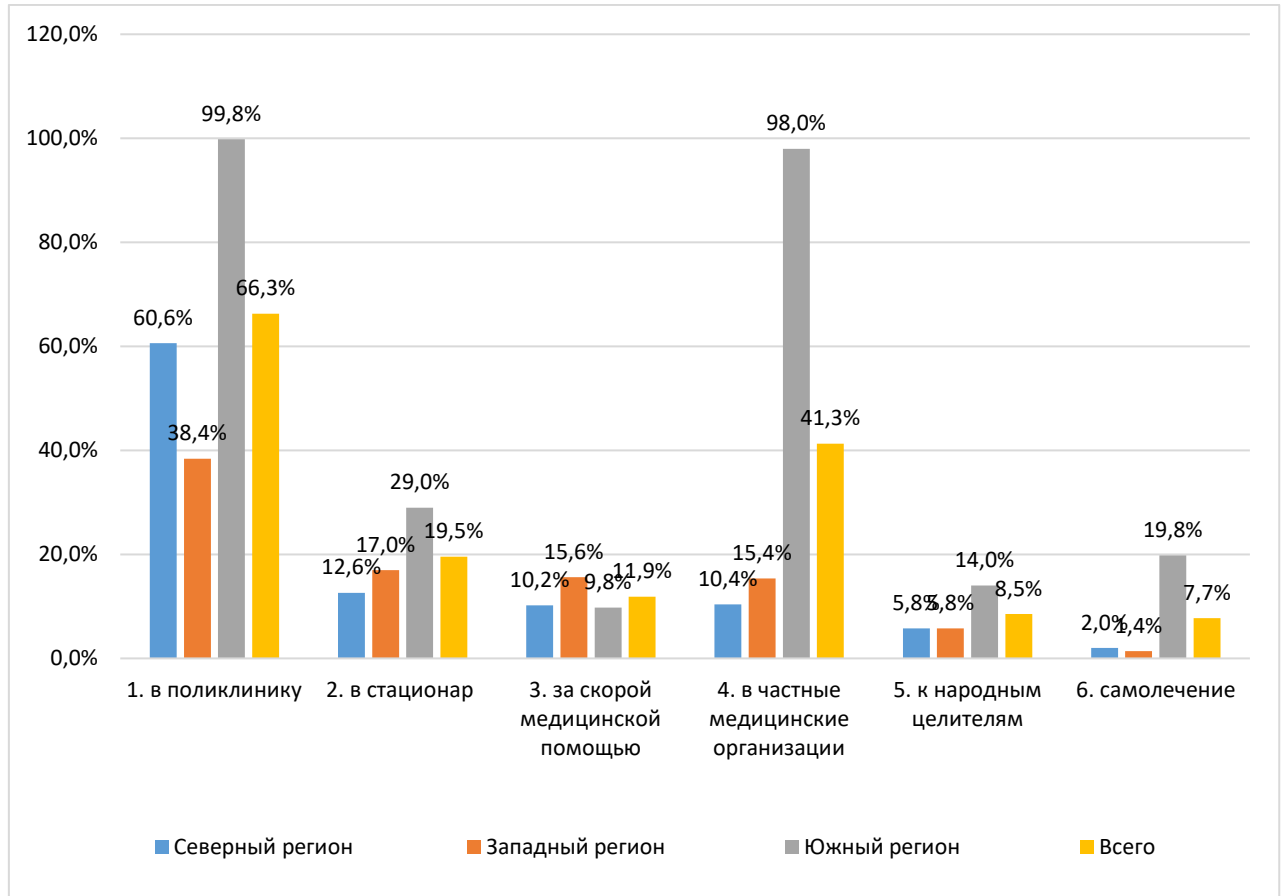


Рисунок 55 - Распределение респондентов у учетом обращаемости за медицинской помощью

Примечание: 1 - χ^2 Пирсона: 432,395, $ss=2$, $p=0,00000$; 2 - χ^2 Пирсона: 45,8418, $ss=2$, $p=,0000$; 3 - χ^2 Пирсона: 10,0333, $ss=2$, $p=,0066$; 4 - χ^2 Пирсона: 998,566, $ss=2$, $p=0,00000$; 5 - χ^2 Пирсона: 28,7161, $ss=2$, $p=,00000$; 6 - χ^2 Пирсона: 153,173, $ss=2$, $p=0,000$

Каждый третий житель Республики Казахстан нуждался в консультативной (39,5%) и лечебно-диагностической (35,5%) медицинской помощи. При этом, максимальное количество населения, нуждающихся в консультативной помощи, выявлено в южных регионах (58,8%). Здесь же и дополнительно в западных регионах 41% населения так же нуждались в лечебно-диагностической медицинской помощи. Обращает на себя внимание

тот факт, что в южных регионах лишь 0,2% населения нуждались в профилактической помощи, тогда как в северных и западных регионах число жителей с таким запросом на медицинскую помощь составляло 42,8% и 31,8%, соответственно (Таблица 3). Выявленные различия статистически значимы (хи-квадрат Пирсона = 293,6, $ss=4$, $p<0,001$).

Таблица 3 - Распределение населения с учётом цели обращаемости за медицинской помощью (%)

Контингент населения	Цель обращения		
	профилактическая	консультативная	лечебно-диагностическая
Все регионы	24,9	39,5	35,5
Северные регионы	42,8	32,6	24,6
Западные регионы	31,8	27,2	41,0
Южные регионы	0,2	58,8	41,0

Примечание: χ^2 Пирсона: 293,6, $ss=4$, $p<0,001$

В частоте причин обращений населения Республики Казахстан на первом месте были болезни эндокринной системы (15,3%), а на последнем месте – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (6,6%) и болезни нервной системы (6,6%) (Таблица 4). При этом, частота причин обращений населения с учетом региона проживания отличалась ($p<0,05$). Так, в северных регионах Республики Казахстан на первом месте была обращаемость по поводу болезней эндокринной системы, а на последнем месте по поводу болезней глаза (3,4%). В южных регионах на первом месте была обращаемость по поводу болезней глаза (19,8%), а на последнем месте болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (0,2%). Исходя из особенностей частоты обращаемости населения, становится очевидным, в

каком регионе требуется усиление медицинской помощи по необходимому профилю.

Таблица 4 - Частота обращаемости населения за медицинской помощью с учетом причин обращения (%)

Причина обращения	Регионы			
	Все	Северный	Западный	Южный
Болезни органов кровообращения	8,5	10,6	10	4,8
Болезни органов дыхания	8,8	13,6	11	1,8
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	6,6	5,8	13,8	0,2
Болезни мочеполовой системы	7,3	8,4	8,6	4,8
Болезни эндокринной системы	15,3	17,6	10,4	18,0
Болезни нервной системы	6,6	8,0	9,8	2,0
Болезни глаза	10,5	3,4	8,4	19,8

Дополнением к картине доступности медицинской помощи населению, наряду с представленной выше частотой причин обращаемости населения, являются данные опроса об отсутствии специалистов в регионах (Рисунок 56). Так, по мнению жителей Республики Казахстан меньше всего имеется дефицит в оториноларингологах (5,7%), а больше всего не хватает офтальмологов. Чаще всего жители отмечали дефицит офтальмологов (21,6%) и участковых терапевтов (22,2%) в северных регионах; эндокринологов (20,4%) в западных регионах и дефицит стоматологов (29,8%) и эндокринологов (28,8%) в южных регионах. Интересным стали результаты

анализа сопоставления внутри одного региона частоты причин обращаемости и дефицит специалистов. Так, при максимальной обращаемости по причине болезней эндокринной системы в северном регионе (17,6%) выявлен минимальный удельный вес ответов населения о том, что в регионе наблюдается дефицит эндокринологов (4,8%), что косвенно может свидетельствовать о достаточном кадровом обеспечении по этому профилю в данном регионе.

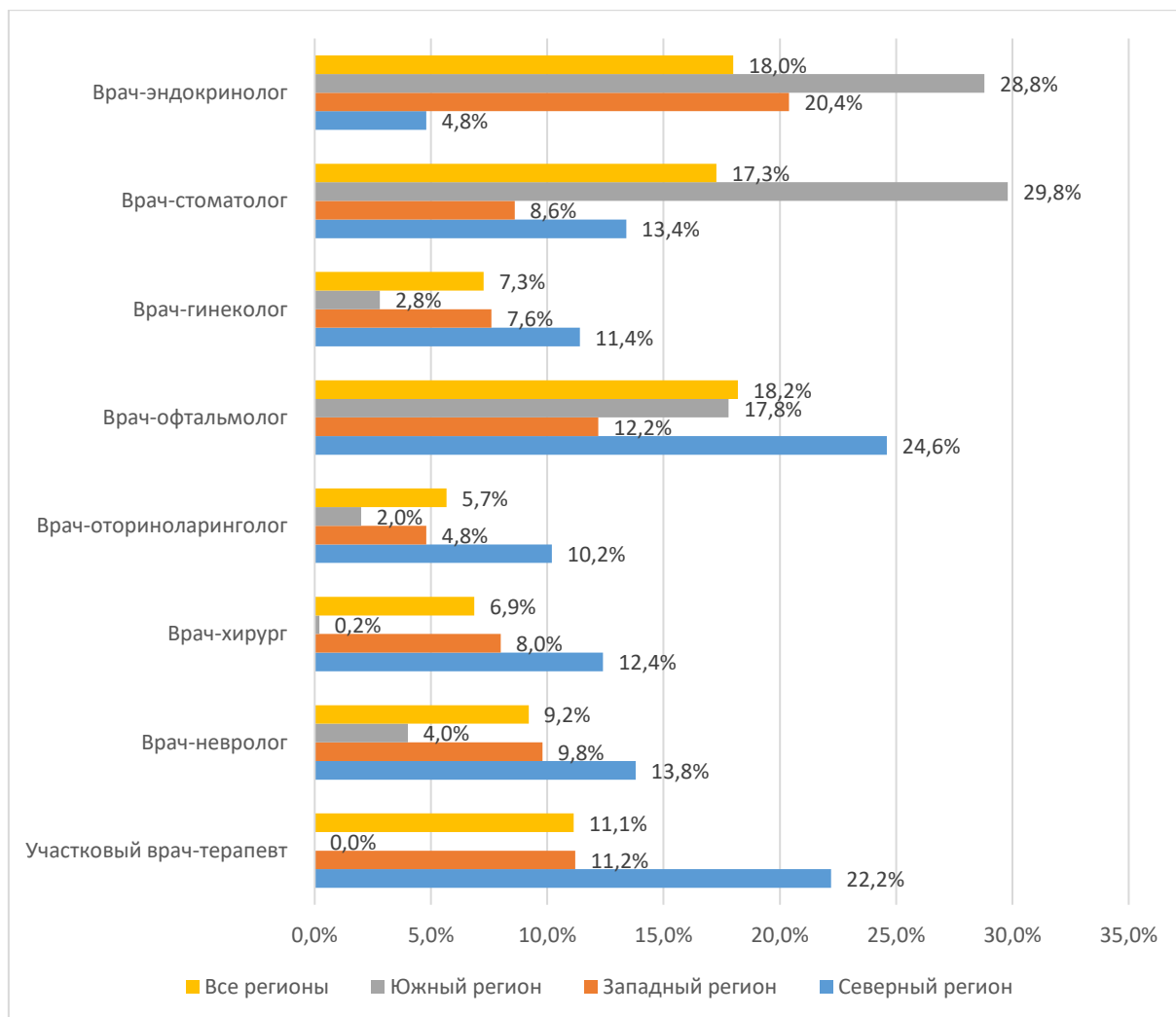


Рисунок 56 - Данные опроса о факте отсутствия профильных специалистов в медицинских организациях

Другая ситуация выявлена там же при сопоставлении частоты причин обращения по поводу болезней глаза, которая была минимальной (3,4%), при этом каждый пятый житель северных регионов отметил дефицит офтальмологов. Становится очевидным, что низкая обращаемость за

медицинской помощью к офтальмологу обусловлена, вероятно, не отсутствием жалоб по этой нозологии у населения, а отсутствие специалиста, к которому можно с этими жалобами обратиться. Это предположение также может быть подтверждено тем, что в этом же регионе до 72,4% опрошенных отметили, что получали отказ в обследовании и лечении, что вероятно может быть связано с дефицитом специалистов или необходимого оборудования для обследования. В западных регионах до 59,8% опрошенных также получали отказы в обследовании и лечении и только в южных регионах отказано было лишь в 9,2% случаях.

Отказ в обследовании населению может быть связан с разными причинами (Рисунок 57). Так, чаще всего населению исследуемых регионов отказывали в эндоскопических исследованиях (17,6%), а реже всего в диспансерном наблюдении. При этом, частота отказов в медицинской помощи была максимальна высокой среди населения северных регионов Республики Казахстан, а минимальная – среди населения южных регионов.

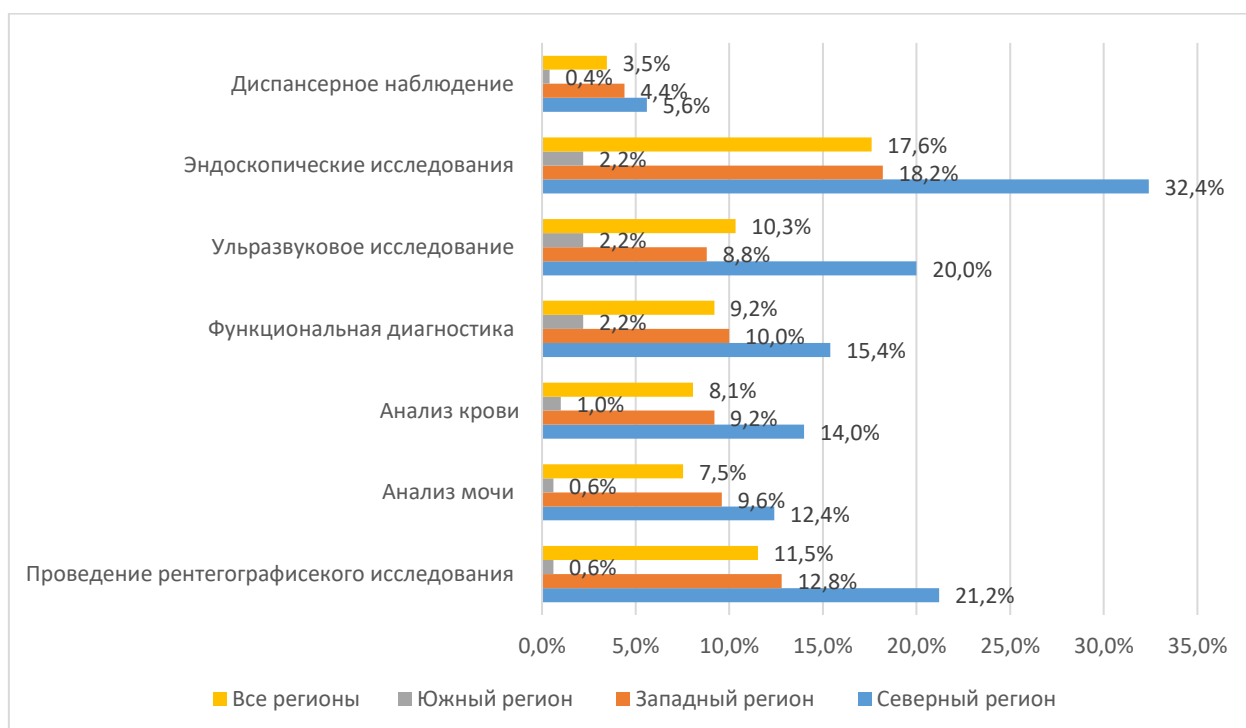


Рисунок 57 - Отказы населению в различных видах медицинской помощи

Анализируя данные опроса о сроках плановой госпитализации установлено, что лишь 26,5% опрошенных жителей Республики Казахстан отметили отсутствие очереди, в то же время сроки плановой госпитализации превышающие 7 и более дней, отмечено от 0,6% до 10,0% случаев. Минимальная частота сроков ожидания от 7 дней и более отмечена населением южных регионов, тогда как, к примеру, в западных регионах частота ожидания плановой госпитализации от 7 до 14 дней составила 14,5%, до 4 недель – 10,0%. В северных регионах частота плановой госпитализации в эти сроки была ниже, соответственно в 1,8 раза и 3,3 раза.

Учитывая рекомендуемую длительность приёма одного пациента для разных специалистов, которая находится в пределах от 10 до 22 минут, время ожидания приема врача в очереди также должно находиться в этих пределах. Однако установлено, что не всегда эта хронологическая регламентация соблюдается (Таблица 5).

Таблица 5 - Время ожидания в очереди врача-специалиста населением (%)

Врач и контингент респондентов	Время ожидания в очереди				
	до 15 мин.	до 30 мин.	до 1 ч.	до 2 ч.	более 2 ч.
<i>1. Участковый врач-терапевт</i>					
Все регионы	55,2	26,0	14,6	3,8	0,5
Северный регион	55,2	22,0	15,2	7,0	0,6
Западный регион	61,4	21,8	11,6	4,4	0,8
Южный регион	48,9	34,1	17,0	0,0	0,0
<i>2. Врач-невролог</i>					
Все регионы	25,8	52,4	19,2	2,3	0,2
Северный регион	25,7	51,2	20,6	2,1	0,4
Западный регион	25,1	58,4	13,4	3,0	3,0

Продолжение таблицы 5.

Врач и контингент респондентов	Время ожидания в очереди				
	до 15 мин.	до 30 мин.	до 1 ч.	до 2 ч.	более 2 ч.
Южный регион	29,9	29,9	40,2	0,0	0,0
<i>3. Врач-хирург</i>					
Все регионы	28,0	42,5	27,0	2,3	0,3
Северный регион	24,8	45,4	25,9	3,2	0,6
Западный регион	32,8	39,4	26,1	1,7	0,0
Южный регион	14,3	42,9	42,9	0,0	0,3
<i>4. Врач-оториноларинголог</i>					
Все регионы	30,7	42,6	23,4	3,2	0,2
Северный регион	28,3	42,7	25,9	2,8	0,2
Западный регион	32,2	42,2	21,2	4,2	0,2
Южный регион	34,7	43,9	21,4	0,0	0,0
<i>5. Врач-офтальмолог</i>					
Все регионы	31,9	43,6	20,5	2,2	1,7
Северный регион	24,5	45,5	26,2	1,7	2,2
Западный регион	36,7	39,0	19,1	3,4	1,8
Южный регион	42,5	52,8	4,7	0,0	0,0
<i>6. Врач-гинеколог</i>					
Все регионы	26,8	43,0	27,2	1,8	1,3
Северный регион	21,6	45,1	29,9	2,2	1,3
Западный регион	37,2	39,7	19,9	1,8	1,4
Южный регион	8,5	46,6	44,1	0,0	0,9
<i>7. Врач-стоматолог</i>					
Все регионы	41,9	37,7	17,5	2,8	0,1
Северный регион	26,5	47,3	23,2	3,0	0,0
Западный регион	45,6	32,3	18,5	3,4	0,2
Южный регион	73,2	25,7	0,6	0,6	0,0

Частота ответов об ожидании участкового терапевта до 15 минут, выявлялась лишь у каждого второго респондента. При этом, каждый пятый житель Республики Казахстан ожидал приём у врача от 15 до 30 минут. Существенных различий с учетом региона проживания не выявлено.

Врачу-неврологу согласно рекомендуемым нормам в рамках приёма одного пациента отводиться до 22 минут. При этом, от 30 минут до 1 часа ожидали прием каждый пятый житель. Максимальное число жителей (40,2%),

ожидавшие приема врача более 30 минут, проживали в южных регионах, тогда как в остальных регионах процент жителей с такими проблемами был на уровне 13,4-20,6%.

Учитывая, что на прием хирургом одного пациента рекомендуется тратить 26 минут, лишь 42,5% населения Республики Казахстан отметили, что удалось попасть на приеме к этому специалисту в течение 30 минут. 27% опрошенных отмечали, что время ожидания было от 30 минут до 1 часа. Больше всего жителей, ожидающих приема врача более 30 минут, также выявлено в южных регионах.

Во всех регионах установлено практически одинаковое количество респондентов (от 21,1% до 25,9%), которые отметили, что ожидали прием оториноларинголога от 30 минут и дольше, тогда как рекомендуемый норматив составляет всего лишь 16 минут.

При ожидании приема врача-гинеколога каждый третий опрошенный ожидал от 30 минут и дольше при рекомендуемой норме приема в 22 минуты. Причем, максимальное число населения, которое отметило такую длительность ожидания приёма, было в южных регионах, что в 1,5-2,2 раза выше, чем в западных и северных регионах.

Продолжительность ожидания врача-стоматолога до 15 минут и до 30 минут отмечало большинство опрошенных от 37,7% до 41,9%. При этом в ответах респондентов с учётом их места жительства существенных различий не выявлено.

Указанное сопоставление в рекомендуемых нормах приема и времени ожидания приема к различным специалистам, выявило направления, среди каких врачей и в каких регионах требуется урегулировать этот процесс.

Помимо того, что доступность медицинской помощи может ограничиваться длительным ожиданием приема, еще одним существенным фактором снижения доступности может являться удобство графика приёма для трудоспособного населения. Здесь же, каждый третий опрошенный отмечал в своих ответах неудобство в графиках приема врачей, причем

максимальное число респондентов этот факт указывали в западных (47,6%) и северных (47,0%) регионах.

Причинами неудобства графиков приема врачей для жителей Республики Казахстан в 36,4% случаях – это отсутствие возможности попасть на прием до 15:00; в 33,4% случаях – отсутствие возможности попасть на прием к врачу в выходной день; и в 30,2% случаях – несоответствие графика приема врача с рабочим временем. При этом главной и единственной причиной неудобства графика приема врача в южных регионах, население считало несоответствие графика врача с рабочим временем (100%); в северных регионах ведущей причиной – отсутствие возможности попасть на приём до 15:00 (45,2%); в западных регионах – отсутствие возможности попасть на прием к врачу в выходные дни (41,4%).

В целом, анализируя данные отрицательных явлений по мнению респондентов о снижении доступности медицинской помощи свидетельствует высокая частота ответов респондентов (39,4%) об увеличении объема платной медицинской помощи. В представленной иллюстрации о негативных явлениях особенно выделяются данные ответов населения южных регионов, среди которых зафиксирована максимальная частота по таким критериям, как увеличение объема платных медицинских услуг (47,6%), высокая стоимость лекарств (44,0%), большие очереди на приём (29,8%), снижение качества медицинского обслуживания (22,6%) и плохое оснащение (20,6%) (Рисунок 58).

Приведенный анализ по некоторым критериям доступности медицинской помощи населению Республики Казахстан показал, что требуется дифференцированный подход в определении стратегических приоритетов обеспечения населения услугами здравоохранения (Кодзоков Р.Л., 2024). Это становится крайне актуальным, поскольку Министерством здравоохранения Республики Казахстан непрерывно и систематически проводится работа по совершенствованию доступности и качества

оказываемой медицинской помощи населению для снижения жалоб населения на медицинский персонал (Рахимова Л.Ж., Есполова Г.Д., 2014).

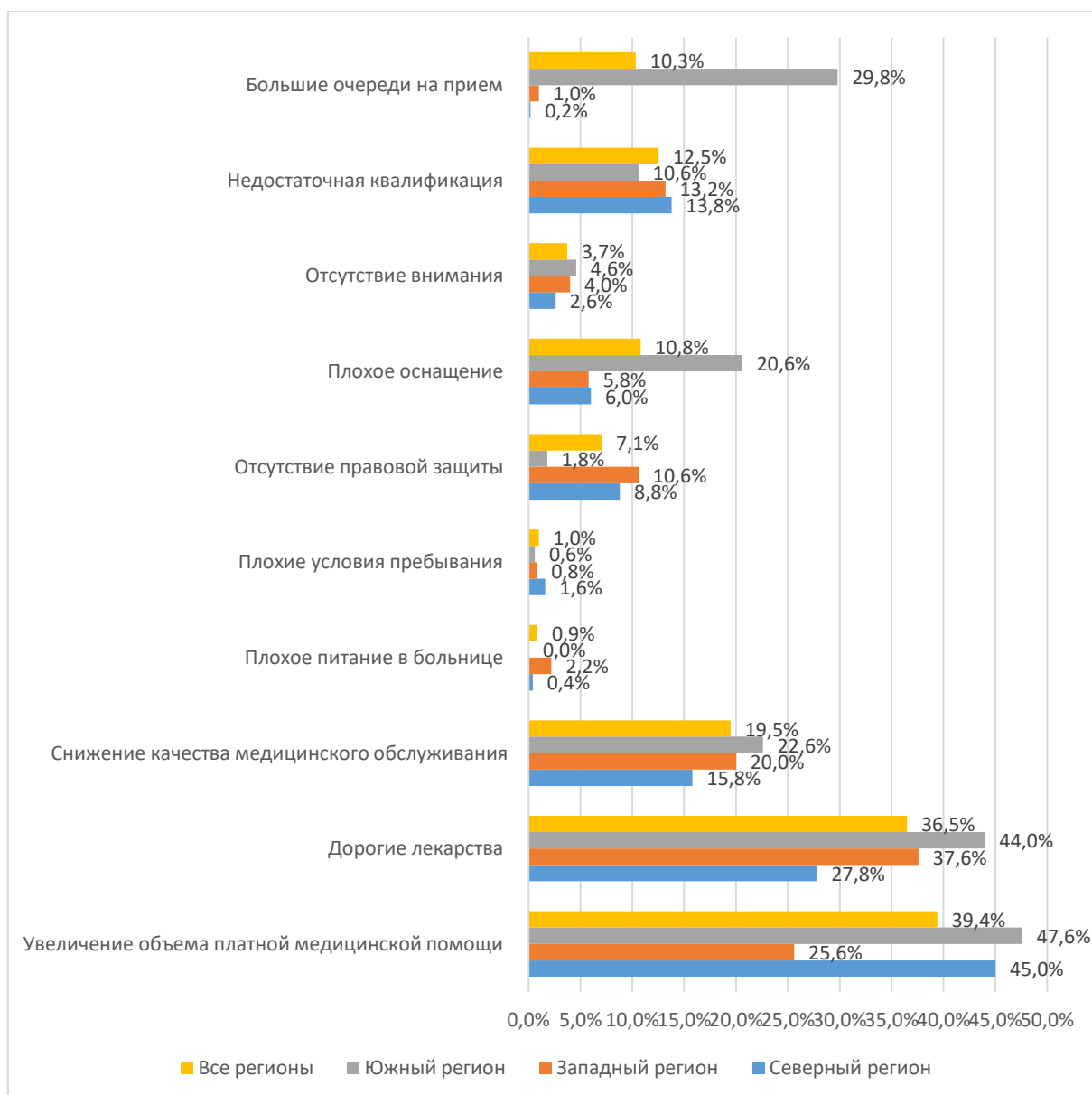


Рисунок 58 - Частота негативных явлений, снижающих доступность медицинской помощи

Установленные факты высокой частоты ответов опрошенного населения с учетом региона проживания об увеличении объема платных медицинских услуг, дефицита специалистов, увеличенных сроков ожидания приема, отказов в оказании медицинской помощи, недостаточном оснащении сопоставляются и с другими исследованиями и опытом совершенствования доступности медицинской помощи в других странах. Так, в Российской Федерации, в статье 10 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ законодателем

представлены критерии доступности медицинской помощи. Как отмечает С.Н. Шелепов (2022) указанный перечень критериев можно экстраполировать и на услуги здравоохранения в целом, но со следующими дополнениями: достаточный объем лекарственного обеспечения граждан; проведение медицинских вмешательств и манипуляций с использованием медицинских технологий в медицинских организациях в соответствии с требованиями безопасности; предоставление услуг здравоохранения медицинскими специалистами. В ходе предоставления услуг здравоохранения специфика заключается в том, что граждане, обращающиеся в соответствующие организации за их получением, зачастую не могут ждать, не в состоянии отстаивать свои права на получение того или иного объема указанных услуг, не могут оплачивать дорогостоящие услуги, но, тем не менее, рассчитывают на необходимый (не минимальный) объем и диапазон услуг. Во многих странах значимыми проблемами, компрометирующими равный и справедливый доступ граждан к услугам здравоохранения, следует признать прогрессирующий процесс замещения бесплатного медицинского обслуживания платными услугами (Шелепов С.Н., 2022). Вместе с тем сложно игнорировать рост удельного веса респондентов, обращающихся в частные клиники и медицинские центры, при этом доля тех, кто в своем выборе ограничивается исключительно коммерческими организациями, незначительна – жителям региона скорее свойственно ситуативное варьирование между организациями обоих видов собственности (Калашников К.Н., 2023).

Доступность медицинской помощи напрямую зависит от наличия в регионе медицинских кадров и обеспеченности ими населения. Среди проблем регионального здравоохранения особенно остро стоит дефицит врачей, усугубляемый отсутствием собственного регионального медицинского вуза как источника пополнения кадрового состава медицинских организаций.

4.3. Удовлетворенность качеством медицинской помощи

Установлено, что каждый второй житель Республики Казахстан был удовлетворён условиями оказания медицинской помощи (57,9%). При этом, меньше всего удовлетворены были респонденты оказанием медицинской помощи в поликлинике (47,7%), что на 6% меньше, чем в стационаре, и на 24,7% меньше, чем в частных медицинских организациях. По регионам ситуация с удовлетворенностью условиями оказания медицинской помощи в поликлинике, стационаре и частных медицинских организациях была практически одинаковой (Рисунок 59).

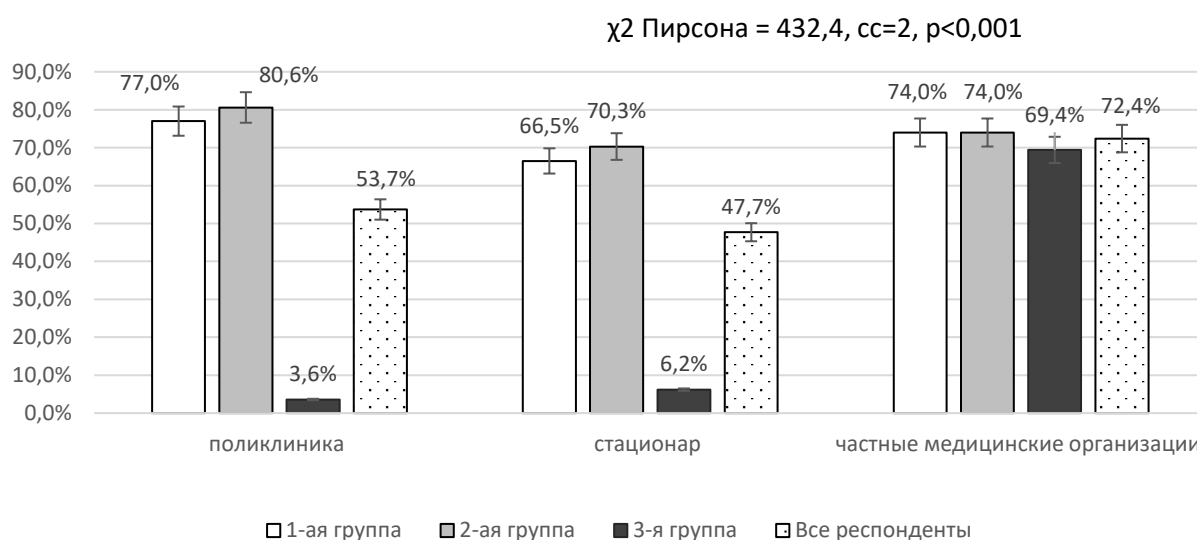


Рисунок 59 - Удельный вес респондентов, удовлетворенных условиями оказания медицинской помощи

В то же время, если число удовлетворенных условиями оказания медицинской помощью в частных медицинских организациях во всех регионах составляло от 69,4% до 74%, то число удовлетворённых условиями оказания медицинской помощью в поликлиниках и стационарах респондентами 3-ей группы (южные регионы) составляло всего лишь, соответственно, 3,6% и 6,2%. В других же регионах удовлетворенность условиями оказания медицинской помощи в поликлиниках и стационарах было от 66,5% до 80,6%.

Важно отметить, что неудовлетворённость условиями оказания медицинской помощи в том числе для каждого пятого респондента (24,1%) была обусловлена санитарно-гигиеническими условиями. При этом, максимальное число респондентов, которые были не удовлетворены санитарно-гигиеническими условиями в поликлинике и стационаре выявлено также в 3-ей группе (52,4% и 48,4% соответственно), тогда как в этой же группе число респондентов, не удовлетворенных санитарно-гигиеническими условиями в частных медицинских организациях составило лишь 0,8% (Рисунок 60).

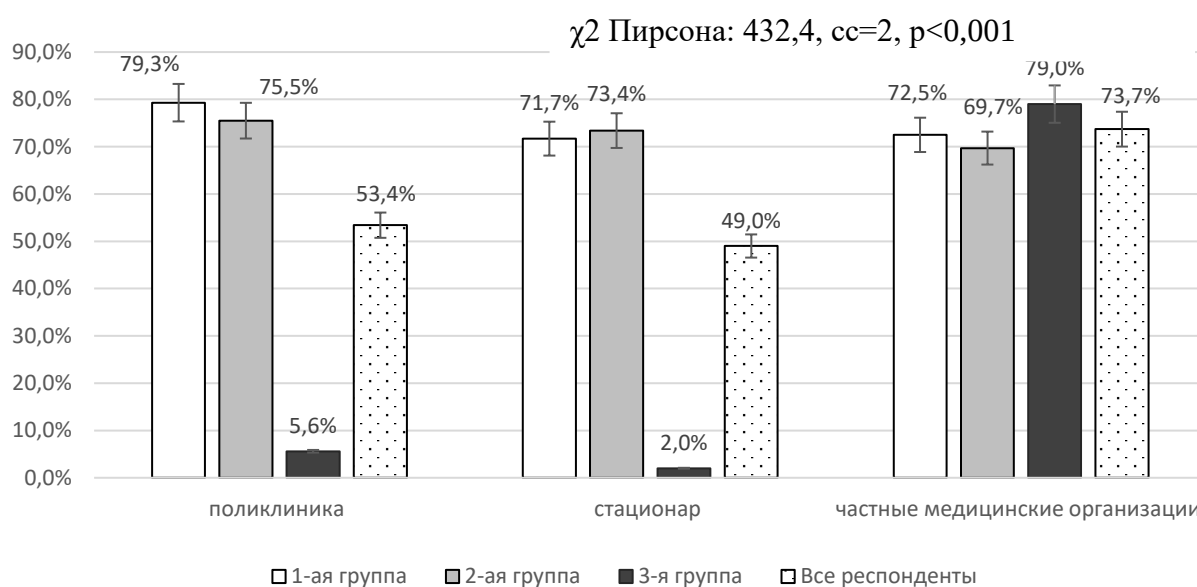


Рисунок 60 - Удельный вес респондентов, удовлетворенных санитарно-гигиеническими условиями оказания медицинской помощи

Кроме условий оказания медицинской помощи важным показателем, формирующим удовлетворенность населения медицинскими услугами, безусловно, является субъективная оценка пациентами профессиональной деятельности медицинских работников. Показано, что врачами удовлетворен лишь каждый второй респондент (58,5%), тогда как профессиональной деятельностью медицинских сестер – 64,9% респондентов; а работой младшего персонала – 76,0% респондентов (Рисунок 61).

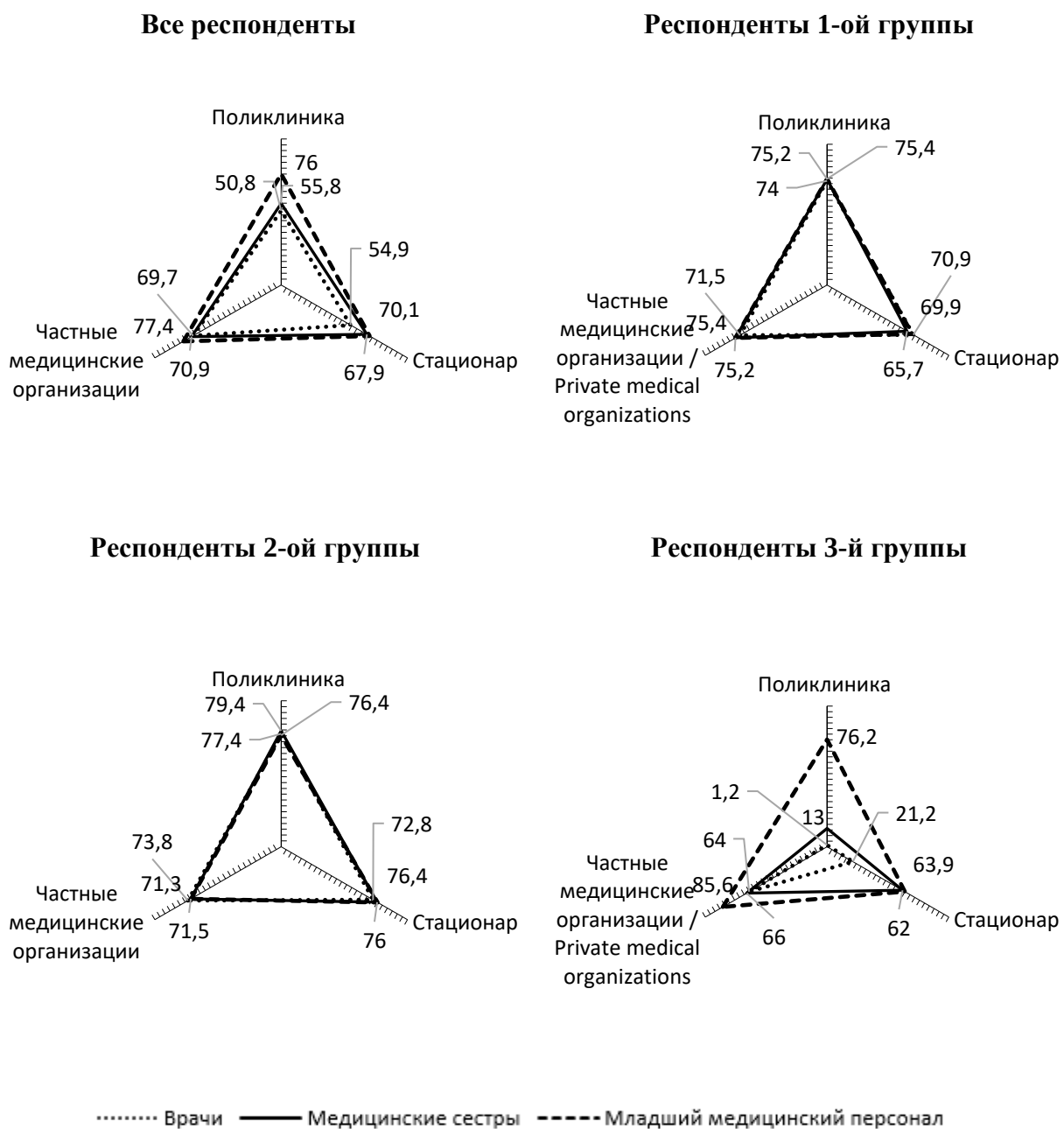


Рисунок 61 - Удельный вес респондентов, удовлетворенных оказанием медицинской помощи медицинскими работниками

Обращает на себя внимание тот факт, что практически большинство респондентов 1-ой и 2-ой группы удовлетворены работой врачей, медицинских сестер и младшего медицинского персонала как в поликлинике, стационаре, так и в частных медицинских организациях (от 65,7% до 79,4%).

В то же время, большинство респондентов 3-ей группы, которые были удовлетворены работой медицинских работников выявлено только в частных медицинских организациях, тогда как удельный вес респондентов с такой оценкой работы врачей и медицинских сестер в поликлинике был очень низким (1,2% и 13,0%). Лишь 21,2% респондентов также 3-ей группы были удовлетворены работой врачей в стационарах, тогда как медсестрами в стационарах было удовлетворено в 2,9 раз больше (62,0%).

Установленные различия в ответах респондентов по удовлетворенности условиями и работой сотрудниками в государственных и частных медицинских организациях определил интерес к результатам опроса респондентов о причинах обращения в частные медицинские организации (Таблица 6) Каждый третий опрошенный обращался в частную медицинскую организацию из-за отсутствия в государственных необходимых врачей (31,5%) и по причине высокого профессионализма специалистов в частных медицинских организациях (36,8%).

Причем, среди респондентов, проживающих в южных регионах (3-я группа), число лиц, указывающих эти причины было максимальным и составляло, соответственно, 64,4% и 79,0%. Среди респондентов этой же 3-ей группы установлено, что каждый третий обращался за медицинской помощью в частные медицинские организации по причине низкого уровня оснащенности в государственных медицинских организациях (27,6%), комплексности обслуживания (26,0%), лучшей организации работы (27,4%), более широкого спектра медицинских услуг (37,2%), высокого качества медицинских услуг (38,2%) и современного оборудования (29,0%).

Практически такое же количество респондентов 1-ой группы (северные регионы) обращались в частные медицинские организации по причине желания получать медицинскую помощь на высоком уровне (28%).

Таблица 6 - Распределение ответов респондентов о причинах обращения за медицинской помощью в частные медицинские организации (%)

Причины обращения в частные медицинские организации	Все респонденты	Группы респондентов		
		1-ая группа	2-ая группа	3-я группа
Отказ врача в направлении	13,0	20,2	11,0	9,0
Желание обслуживаться на высоком уровне	23,1	28,0	22,4	19,0
Районная поликлиника находится далеко	9,6	10,0	14,8	4,0
Низкий уровень оснащённости	19,2	16,2	13,8	27,6
Отсутствие необходимых врачей	31,5	15,2	14,8	64,4
Комплексность обслуживания	16,7	12,0	12,0	26,0
Высокий профессионализм	36,8	14,4	17,0	79,0
Лучшая организация работы	13,7	3,8	9,8	27,4
Более широкий спектр услуг	17,5	8,8	6,6	37,2
Высокое качество медицинских услуг	17,9	4,6	10,8	38,2
Современное оборудование	17,5	9,0	14,6	29,0

Примечание: χ^2 Пирсона = 432,4, $ss=2$, $p<0,001$

Проблема качества оказания медицинской помощи и ощущения пациентов при ее получении – в фокусе внимания исследователей, т. к. выявление "проблемных точек" должно служить основанием для проведения изменений в системе здравоохранения (Глезер М.Г. с соавт., 2023). Показано, что до 40% респондентов отмечают низкую доступность помощи, длительные сроки ожидания, низкую квалификацию врачей и считают, что за последние 5

лет качество и доступность помощи ухудшилось. Социологические опросы населения, направленные на выявления уровня удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи является важнейшим элементом обратной связи для функционирования, саморегуляции и развития всей системы здравоохранения (Гаврилов Э.Л., Хоманов К.Э., Шевченко Е.А., 2016). Оценки качества и доступности медицинской помощи для жителей территории, опирающиеся на социологические опросы, имеют одно существенное ограничение интерпретации – субъективность. Получатели медицинской помощи, не обладая достаточным уровнем экспертизы, не могут подойти к ее оценке, во-первых, с беспристрастностью, во-вторых, с учетом требований медицинской и экономической целесообразности. В то же время на популяционном, территориальном уровне именно субъективные оценки приобретают особое значение и аналитическую ценность, поскольку позволяют получить обратную связь от населения и о реализации законодательно гарантируемых прав, и о верности выбранного вектора развития отрасли (Калашников К.Н., 2023).

Удовлетворение потребностей пациентов является одним из четырех критериев качества медпомощи, рекомендованных ВОЗ для оценки системы здравоохранения в рамках страны, при этом система управления качества должна включать обязательный компонент – «оценку», что позволяет организаторам здравоохранения оценить результаты своих действий, сопоставить полученные результаты с поставленными целями, своевременно скорректировать негативное влияние проводимых мероприятий (Перхов В.И., 2020). В настоящем исследовании общественного мнения на большой когорте респондентов (n=1500) проведена оценка доступности и качества медицинской помощи и основных проблем при ее получении.

Оценка удовлетворенности пациентов оказанием помощи признана важным моментом в организации здравоохранения. В связи с этим во всех странах разрабатываются подходы к правильности выявления факторов, определяющих удовлетворенность, и к методам коррекции этих факторов

(Hwang J, Vu GT, Tran BX et al., 2020; Li Y, Gong W, Kong X, et al., 2020). Результаты настоящего исследования четко указывают на то, что многие причины, которые обуславливают негативные ответы респондентов, устранимы за счет правильной организации помощи, коррекции расписания работы врачей, упрощения процедуры направления на консультацию к другим специалистам, более широкого использования телемедицинских консультаций, увеличения доступности инструментальных методов исследований. Подобные подходы хорошо зарекомендовали себя в других странах, и позволяют не только ускорить и улучшить диагностику, но и повысить удовлетворенность населения качеством оказания помощи (Mohammadzadeh N, Rezayi S, Tanhapour M, et al., 2021).

На примере ряда исследований в области общественного здоровья и здравоохранения показаны региональные особенности его формирования и различный вес значимости одних и этих же показателей с учётом его территориальной принадлежности (Кириянов Б.Ф., Медик В.А., Токмачёв М.С., 2004; Шакуров В.А., Бобровский И.А., Дмитриев В.В., 2017; Васильева Т.П. с соавт., 2022). В этой связи в государствах с высокой территориальной протяженностью важно проводить анализ удовлетворенности качеством и доступностью медицинской помощью путем группировки близких по географическому расположению территорий, поскольку различные регионы могут отличаться по экологическим, социально-экономическим и медико-демографическим показателям. На наш взгляд важно, что при определении географии настоящего исследования особое внимание было уделено не мегаполисам, а регионам в целом, т.к. уровень оказания помощи и достигаемые результаты могут значительно отличаться в регионах в зависимости от размеров медицинских организаций и числа практикующих врачей, оказывающих помощь (Marino M, Solberg L, Springer R, et al., 2021; Studziński K, Tomasik T, Windak A, et al., 2021). В настоящем исследовании показано, что население, проживающее в южных регионах Республики Казахстан, имеет существенно отличную оценку удовлетворенности качеством и доступностью

медицинской помощью в сравнении с оценками населения, проживающего в западных и центральных регионах.

Таким образом, сложившаяся в сфере здравоохранения Республики Казахстан ситуация наглядно демонстрирует снижение качества медицинской помощи для населения, проживающего в южных регионах, что может способствовать формированию неустойчивого характера развития территориальных систем здравоохранения.

Глава 5. МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

5.1. Разработка методики интегральной комплексной оценки общественного здоровья

Продекларированное Республикой Казахстан обязательство оказания одинаковой для всех медицинской помощи, географические и демографические особенности страны привели к необходимости регулирующих действий и мероприятий в систему здравоохранения с учетом региональных особенностей. Возникла необходимость планомерного и постепенного объединения отдельных инициатив и начинаний на местах, выработки общей платформы, отбора и поддержки лучших управленческих решений.

Результаты исследования, представленные в главе 3, могут дать определенное представление о состоянии, динамике и тенденциях основных показателей общественного здоровья Республики Казахстан и факторов его формирующих. Однако выявлена высокая вариабельность по регионам, затрудняющая комплексную оценку и процесс синтеза обобщающего вывода для страны. Проведение кластерного анализа, включающего все взятые в исследование показатели не дало ясного результата ввиду сложной интерпретации полученной схемы объединения и взаимодействия показателей. В рамках концепции устойчивого развития значимо иметь заключение о состоянии показателей на текущий момент, временных тенденциях, а также на основании их осуществить интегральную оценку с ранжированием регионов.

Для этого применена методика, разработанная Бегуном Д.Н., Борщуком Е.Л. (2013) и модифицированной авторским коллективом Дуйсембаевой А.Н., Омаровой Д.С., Бегуном Д.Н., Борщуком Е.Л. (2022) в рамках данной работы. Суть методики заключается в расчете средних многолетних значений показателей по регионам на основании динамических рядов. Полученным средним многолетним значениям показателей присваивается рейтинг по

каждому региону. Для явлений, рост которых является негативным (общая смертность, младенческая смертность, материнская смертность и др.) большему значению показателя присваивается рейтинг «1», а меньшему – максимальный рейтинг. Для позитивных (рождаемость, ожидаемая продолжительность предстоящей жизни, обеспеченность врачами и др.) самому меньшему значению показателя присваивается рейтинг «1» а большему – максимальный рейтинг. Дискутабельным является ранжирование показателей заболеваемости. В настоящей работе наименьшему показателю заболеваемости присваивался наименьший рейтинг. Это обосновано тем, что первичная заболеваемость по обращаемости в большей степени отражает выявляемость заболеваний, нежели состояние профилактики. Это подтверждают ее большие уровни в городах с максимально развитой системой здравоохранения страны. Таким образом формируются рейтинги регионов по состоянию показателей.

Однако важна оценка не только показателей, но и их динамики, поскольку даже в условно негативном регионе, могут происходить быстрые положительные изменения, но по своему состоянию, он может находиться в негативной зоне поскольку просто необходимо определенное время для выявления положительного эффекта от проводимых мероприятий при помощи статистических показателей. Также наоборот. Регион условно успешный, может находиться в положительной зоне, но иметь негативные тенденции, которые на данный момент не являются очевидными. Для этого нужна оценка интенсивности развития регионов. Для этого проводилось определение средних темпов роста показателей для них за анализируемый период. Средний темп роста рассчитывался как отношение уровня данного года к предыдущему, выраженному в процентах. Далее темпы роста ранжировались в рейтинги, где самому малому значению присваивается значение «1» – получение «ТР рейтингов».

В заключении рассчитывается интегральный рейтинг, сочетающий рейтинг по состоянию и рейтинг по развитию, как среднее арифметическое

между соответствующими рейтингом состояния и рейтингом интенсивности развития.

Для стандартизации рейтингов и возможности сравнения регионов, территорий, которые в последующем могут быть проанализированы с помощью данной методики осуществляется перерасчет полученных рейтингов в 100 бальную шкалу, где максимальному значению рейтинговой оценки присваивается 100 баллов.

Для интерпретации результатов ранжирования важно иметь возможность выбрать типичные регионы, регионы – лидеры и регионы – аутсайдеры. С математической точки зрения для этого целесообразно использовать межквартильные интервалы, которые не требуют наличия распределения соответствующего закону нормального распределения и могут корректно распределить ранжируемые объекты. В интервал от первого до второго квартиля таким образом поместиться регионы отстающие, между 25% и 75% - типичные регионы. Регионы с оценкой выше 75% квартиля можно выделить в качестве лидеров. Схема оценки представлена на Рисунке 62.

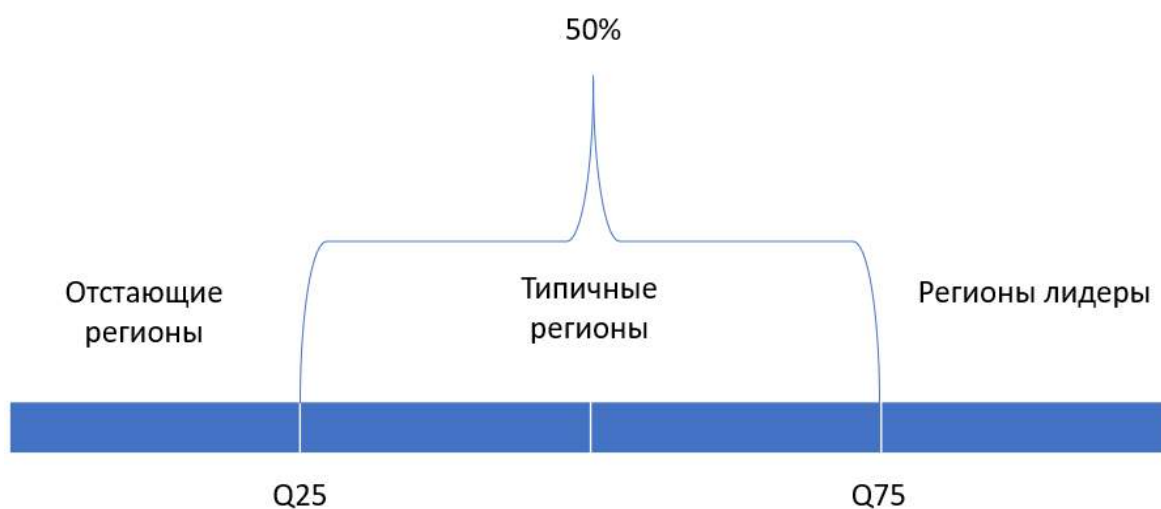


Рисунок 62 – Схема оценки регионов при помощи межквартильных интервалов

Таким образом архитектура расчетов показателей предусматривает 7 последовательных этапов с последующей балльной оценкой изучаемых территорий (Рисунок 63).

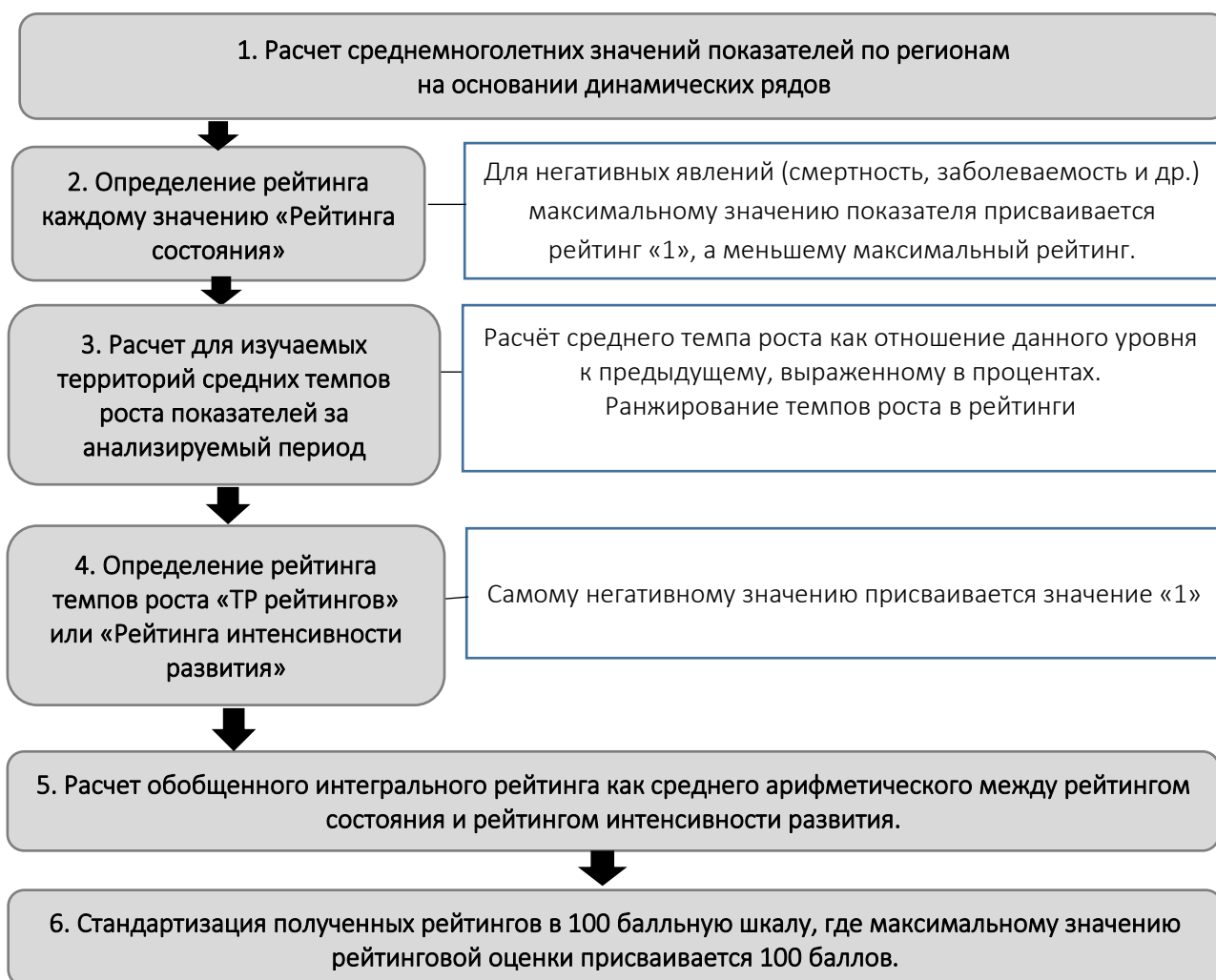


Рисунок 63 - Архитектура расчётов

Для упрощения применения методики в практике была разработана программа «РОЗА-V.1.0» (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ «РОЗА-V.1.0» № 2022660316 от 06.06.2022; приложение 3), которая для апробации была внедрена в Центр перинатологии и детской кардиохирургии Республики Казахстан. Методика была использована для комплексной оценки регионов в РК показателям младенческой, перинатальной и детской смертности. Было показано, что в Республике Казахстан к благоприятным территориям относилось 4 региона; к средним типичным – 10 регионов, к неблагоприятным – 3 области (Рисунок 64). Лучшими регионами с позиции комплексной оценки младенческой, перинатальной и детской смертности являлись г. Нурсултан, Павлодарская и Акмолинская области и г. Алматы (рейтинг по состоянию составил от 77,9 до

100 баллов). Именно тут наблюдались минимальные для страны уровни показателей смертности. Проблемными территориями являлись: Туркестанская, Кызылординская и Костанайская области (рейтинги от 7,9 до 23,9 баллов).

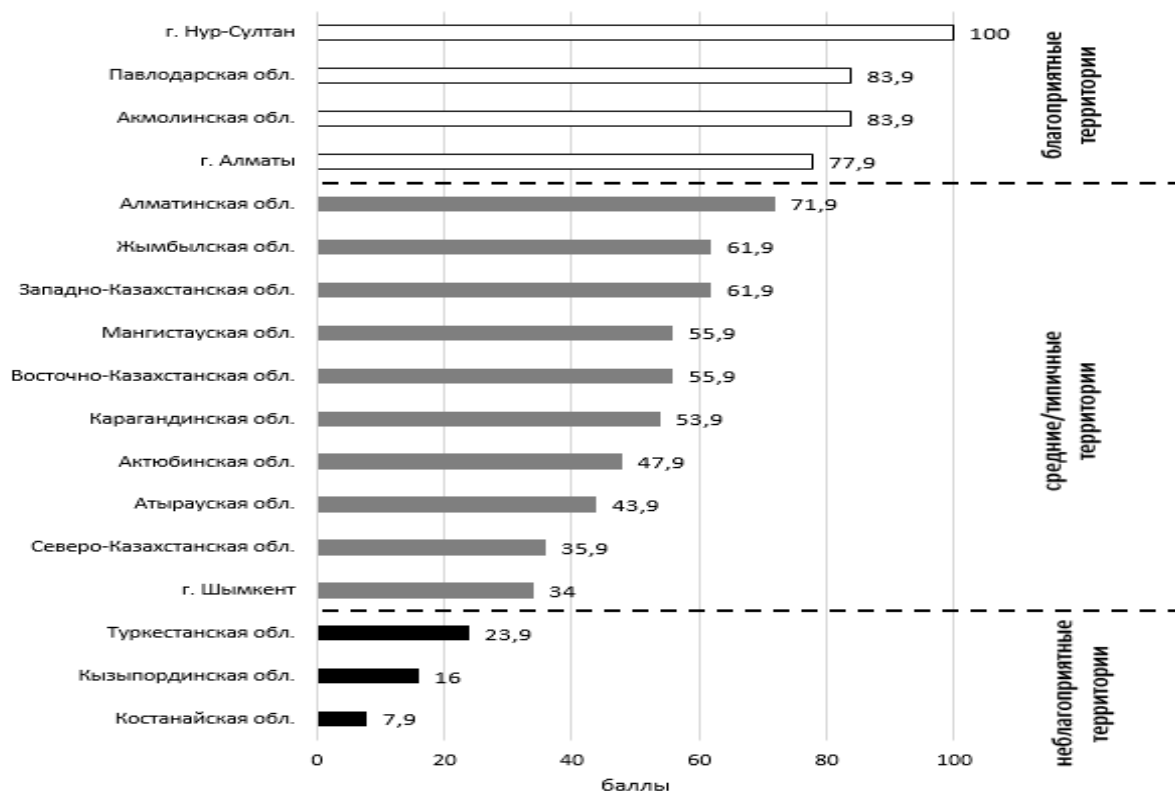


Рисунок 64 - Комплексная оценка младенческой, перинатальной и детской смертности регионов Республики Казахстан (баллы)

По интенсивности происходящих положительных изменений (скорости снижения смертности) лучшими регионами являлись Туркестанская область, г. Нур-Султан, Восточно-Казахстанская, Мангистауская, Акмолинская, Павлодарская и Жамбылская области, рейтинги по интенсивности развития которых были в пределах 80,4-100 баллов (Рисунок 65). Проблемными регионами, имеющими незначительную убыль или даже рост смертности, являлись Костанайская, Западно-Казахстанская и Северо-Казахстанская области (рейтинги по интенсивности развития составили 1,33-23,9 баллов).

По значениям интегральных рейтингов, включающих как средние многолетние уровни показателей, так и интенсивность положительных изменений лучшими территориями являлись г. Нур-Султан, Павлодарская и

Акмолинская области, у которых значения интегрального рейтинга были в пределах 86,9-100 баллов (Рисунок 66). К проблемным территориям были отнесены 3 области - Кызылординская, Северо-Казахстанская и Костанайская области (значения интегрального рейтинга составили 16,2-25,0 баллов).

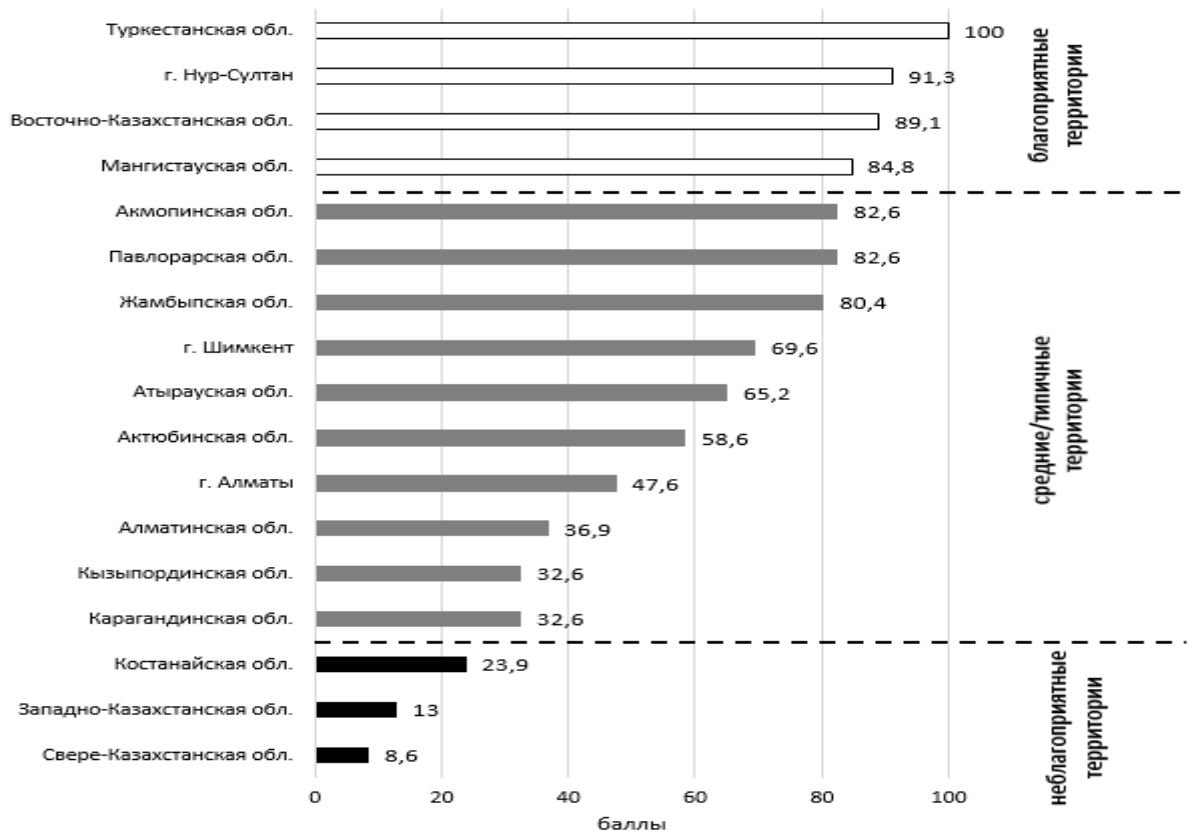


Рисунок 65 - Рейтинги интенсивности развития в регионах Республики Казахстан (баллы)

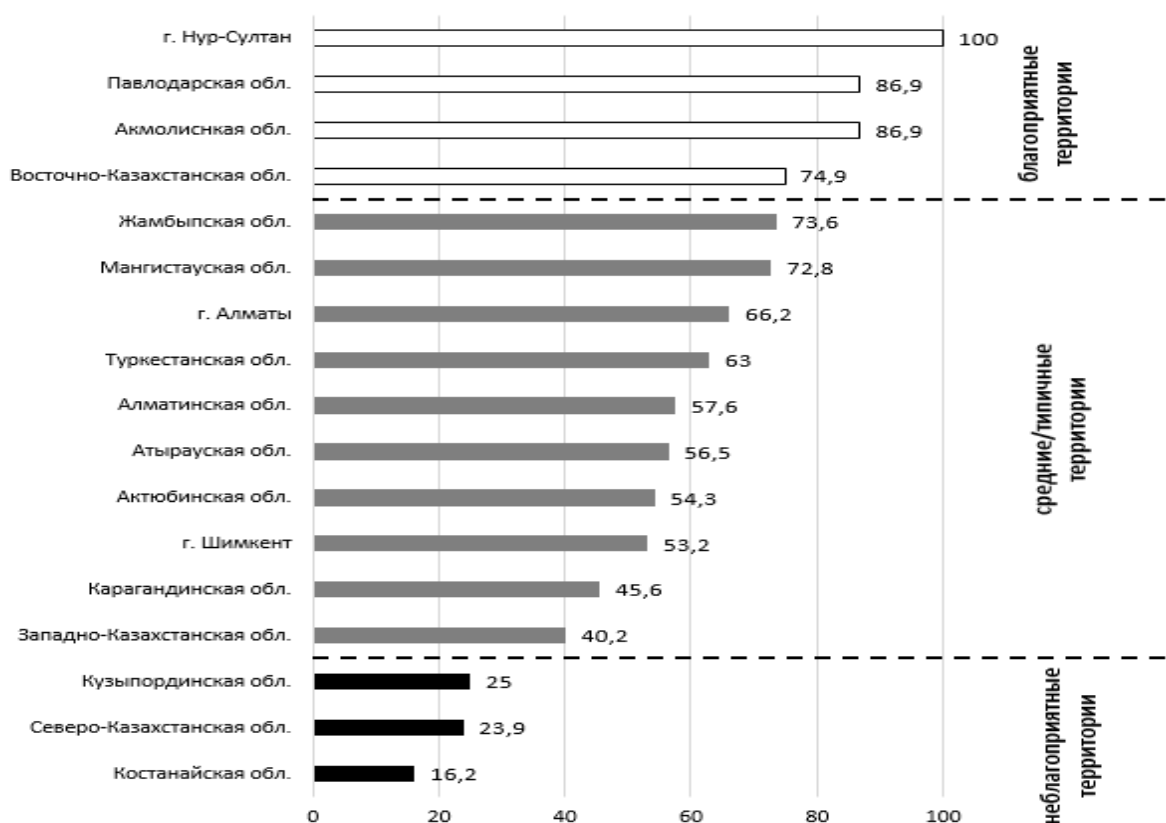


Рисунок 66 - Интегральные рейтинги регионов Республики Казахстан (баллы)

5.2. Комплексная оценка общественного здоровья в Республике Казахстан

В Таблице 7 представлены регионы Республики Казахстан, ранжированные согласно разработанной методики. Первый столбец содержит собственно наименование регионов РК. В таблице выделены строки с наименованием показателей. Так первый анализируемый показатель – общий показатель рождаемости; второй – общий показатель смертности и т.д. Во втором столбце приведены среднегодовые значения показателя по регионам за изучаемый период (1 этап расчета). В третьем столбце «Рейтинг» приведен рейтинг средних уровней показателей по возрастанию от худшего к лучшему значению в не стандартизированном виде (от 1 до 20 в соответствии с количеством анализируемых регионов; второй этап расчета). В четвертом

столбце «Темп роста» приведены значения средние значения темпов роста показателей за изучаемый период (3 этап расчета). В пятом столбце «ТР рейтинг» расставлены ранги соответствующим средним значениям темпов роста от 1 до 20 по возрастанию (4 этап расчета).

Таблица 7 – Средние уровни, средние темпы роста и ранговые оценки регионов Республики Казахстан по основным показателям здоровья населения с 2010 по 2022 гг.

Регионы	Общие показатели рождаемости (‰)			
	Средний уровень	Рейтинг	Темп роста	ТР рейтинг
1	2	3	4	5
Акмолинская	17,03	6	84,18	5
Актюбинская	23,24	11	90,60	12
Алматинская	24,85	13	107,13	19
Атырауская	27,57	17	90,14	11
В-Казахстанская	16,18	3	77,33	2
Жамбылская	25,48	14	84,33	6
З-Казахстанская	20,12	10	96,46	17
Карагандинская	17,24	7	85,71	7
Костанайская	13,84	2	88,52	9
Кызылординская	26,36	15	91,93	14
Мангыстауская	30,74	20	87,38	8
Павлодарская	16,29	4	84,13	4
С-Казахстанская	13,41	1	81,07	3
г, Алматы	18,76	9	65,13	1
г, Астана	26,76	16	93,92	16
Туркестанская	29,20	18	91,68	13
г, Шымкент	29,23	19	89,89	10
Область Абай	16,54	5	105,79	18
Область Улытау	17,70	8	120,02	20
Область Жетысу	24,60	12	92,28	15
Регионы	Общие показатели смертности (‰)			
	Средний уровень	Рейтинг	Темп роста	ТР рейтинг
Акмолинская	10,81	4	76,19	13
Актюбинская	7,04	14	77,96	10
Алматинская	7,05	12	77,45	11
Атырауская	6,41	15	68,21	19
В-Казахстанская	10,84	3	96,06	1
Жамбылская	7,16	10	75,28	15
З-Казахстанская	9,22	9	80,82	8
Карагандинская	10,45	7	87,69	5
Костанайская	11,24	2	90,32	2
Кызылординская	6,17	16	79,53	9
Мангыстауская	4,89	19	71,38	17
Павлодарская	10,53	6	90,02	3
С-Казахстанская	12,87	1	86,49	6
г, Алматы	7,05	13	67,50	20

Продолжение таблицы 7

Регионы	Общие показатели смертности (‰)			
	Средний уровень	Рейтинг	Темп роста	ТР рейтинг
1	2	3	4	5
г, Астана	4,46	20	82,17	7
Туркестанская	5,53	17	75,41	14
г, Шымкент	5,46	18	70,66	18
Область Абай	10,62	5	73,58	16
Область Улытау	10,35	8	76,42	12
Область Жетысу	7,12	11	88,23	4
Регионы	Младенческая смертность (на 1000 рожденных живыми)			
	Средний уровень	Рейтинг	Темп роста	ТР рейтинг
Акмолинская	8,74	17	30,80	19
Актюбинская	10,30	9	49,10	11
Алматинская	8,78	16	57,39	5
Атырауская	10,71	7	46,17	13
В-Казахстанская	11,07	5	38,69	17
Жамбылская	10,29	10	41,55	15
З-Казахстанская	8,87	15	59,14	4
Карагандинская	9,38	14	52,36	8
Костанайская	11,32	3	78,71	1
Кызылординская	12,64	1	39,30	16
Мангыстауская	10,60	8	42,91	14
Павлодарская	8,22	19	53,44	6
С-Казахстанская	9,94	12	72,69	2
г, Алматы	10,10	11	46,64	12
г, Астана	7,86	20	60,65	3
Туркестанская	11,20	4	32,83	18
г, Шымкент	11,70	2	49,20	10
Область Абай	10,82	6	22,62	20
Область Улытау	9,39	13	52,97	7
Область Жетысу	8,71	18	50,16	9
Регионы	Материнская смертность (на 100 тыс. рожденных живыми)			
	Средний уровень	Рейтинг	Темп роста	ТР рейтинг
Акмолинская	21,54	8	215,85	6
Актюбинская	19,33	11	43,36	16
Алматинская	18,24	12	38,04	17
Атырауская	28,85	1	201,48	7
В-Казахстанская	21,82	7	46,76	15
Жамбылская	17,45	14	35,54	18
З-Казахстанская	14,93	19	286,75	2
Карагандинская	23,19	3	528,57	1
Костанайская	23,01	4	123,87	9
Кызылординская	21,42	9	83,19	12
Мангыстауская	17,09	16	106,11	11
Павлодарская	16,66	17	228,83	5
С-Казахстанская	17,57	13	0,00	20
г, Алматы	14,98	18	60,24	13
г, Астана	13,32	20	245,90	4

Продолжение таблицы 7

Регионы	Материнская смертность (на 100 тыс. рожденных живыми)			
	Средний уровень	Рейтинг	Темп роста	ТР рейтинг
1	2	3	4	5
Туркестанская	17,16	15	15,76	19
г, Шымкент	22,28	6	48,79	14
Область Абай	23,28	2	134,26	8
Область Улытау	22,29	5	250,00	3
Область Жетысу	19,79	10	111,23	10
Регионы	ОППЖ (лет)			
	Средний уровень	Рейтинг	Темп роста	ТР рейтинг
Акмолинская	69,73	2	110,76	20
Актюбинская	71,99	17	108,04	10
Алматинская	71,69	14	106,76	2
Атырауская	71,55	12	109,15	17
В-Казахстанская	70,35	5	108,05	11
Жамбылская	71,10	10	109,86	18
З-Казахстанская	70,68	8	107,77	7
Карагандинская	69,99	4	108,51	12
Костанайская	70,43	6	107,56	6
Кызылординская	71,13	11	108,54	13
Мангыстауская	72,42	18	108,97	14
Павлодарская	70,70	9	107,52	5
С-Казахстанская	69,49	1	109,00	15
г, Алматы	73,97	19	109,04	16
г, Астана	74,43	20	105,67	1
Туркестанская	71,61	13	107,92	8
г, Шымкент	71,93	16	107,92	9
Область Абай	70,46	7	110,18	19
Область Улытау	69,92	3	107,22	3
Область Жетысу	71,73	15	107,50	4
Регионы	Первичная заболеваемость (‰)			
	Средний уровень	Рейтинг	Темп роста	ТР рейтинг
Акмолинская	488,52	7	85,47	11
Актюбинская	443,06	4	79,50	9
Алматинская	623,39	17	91,01	14
Атырауская	323,07	1	107,60	18
В-Казахстанская	617,65	15	69,97	4
Жамбылская	609,79	14	94,51	15
З-Казахстанская	438,74	3	88,68	13
Карагандинская	498,24	9	88,17	12
Костанайская	502,37	10	100,51	16
Кызылординская	544,65	11	80,16	10
Мангыстауская	488,09	6	71,53	6
Павлодарская	711,04	20	76,03	8
С-Казахстанская	548,85	12	113,12	19
г, Алматы	678,10	19	70,28	5
г, Астана	674,05	18	117,56	20
Туркестанская	401,05	2	67,45	2

Продолжение таблицы 7

Регионы	Первичная заболеваемость (‰)			
	Средний уровень	Рейтинг	Темп роста	ТР рейтинг
1	2	3	4	5
г, Шымкент	487,70	5	103,03	17
Область Абай	620,90	16	75,96	7
Область Улытау	489,55	8	68,61	3
Область Жетысу	607,59	13	59,73	1
Регионы	Обеспеченность койками (на 10000 населения)			
	Средний уровень	Рейтинг	Темп роста	ТР рейтинг
Акмолинская	72,38	14	66,52	3
Актюбинская	55,24	7	68,82	6
Алматинская	47,52	2	87,79	18
Атырауская	55,07	6	58,79	2
В-Казахстанская	73,58	17	69,90	8
Жамбылская	55,69	8	76,15	13
З-Казахстанская	67,62	12	70,72	9
Карагандинская	78,16	20	74,06	12
Костанайская	65,39	9	76,63	14
Кызылординская	65,65	10	69,88	7
Мангыстауская	48,43	3	83,33	17
Павлодарская	69,30	13	68,26	5
С-Казахстанская	75,40	18	77,92	15
г, Алматы	66,41	11	82,17	16
г, Астана	72,38	15	73,50	11
Туркестанская	51,69	5	92,35	19
г, Шымкент	45,25	1	71,89	10
Область Абай	73,42	16	67,72	4
Область Улытау	76,48	19	51,98	1
Область Жетысу	48,76	4	121,68	20
Регионы	Обеспеченность врачами (на 10000 населения)			
	Средний уровень	Рейтинг	Темп роста	ТР рейтинг
Акмолинская	28,22	5	81,36	3
Актюбинская	45,61	17	105,86	11
Алматинская	23,18	1	115,38	18
Атырауская	29,48	6	97,05	6
В-Казахстанская	42,58	14	103,13	9
Жамбылская	27,94	4	108,68	14
З-Казахстанская	31,56	9	104,82	10
Карагандинская	46,50	18	106,12	12
Костанайская	27,15	3	110,90	16
Кызылординская	32,32	11	110,16	15
Мангыстауская	31,65	10	99,69	8
Павлодарская	39,31	13	99,00	7
С-Казахстанская	30,15	7	112,68	17
г, Алматы	74,05	19	80,43	2
г, Астана	79,52	20	93,27	4
Туркестанская	30,50	8	93,93	5
г, Шымкент	35,87	12	139,94	20

Продолжение таблицы 7

Регионы	Обеспеченность врачами (на 10000 населения)			
	Средний уровень	Рейтинг	Темп роста	ТР рейтинг
1	2	3	4	5
Область Абай	42,68	15	106,49	13
Область Улытау	44,64	16	55,06	1
Область Жетысу	23,21	2	116,83	19
Регионы	Численность занятых в экономике (тыс. человек)			
	Средний уровень	Рейтинг	Темп роста	ТР рейтинг
Акмолинская	413,13	12	101,96	10
Актюбинская	410,78	11	112,21	14
Алматинская	946,65	20	82,76	4
Атырауская	295,40	3	127,57	17
В-Казахстанская	669,31	17	50,48	1
Жамбылская	525,25	15	97,86	9
З-Казахстанская	319,66	7	104,85	11
Карагандинская	663,04	16	75,93	2
Костанайская	490,96	14	88,53	5
Кызылординская	324,25	8	110,51	13
Мангыстауская	277,92	2	162,13	19
Павлодарская	403,45	10	92,38	8
С-Казахстанская	311,00	6	77,94	3
г, Алматы	846,09	19	147,44	18
г, Астана	479,83	13	170,58	20
Туркестанская	765,82	18	110,40	12
г, Шымкент	399,36	9	113,89	15
Область Абай	303,70	4	90,02	6
Область Улытау	106,47	1	90,26	7
Область Жетысу	305,19	5	120,69	16
Регионы	Безработица (в % к рабочей силе)			
	Средний уровень	Рейтинг	Темп роста	ТР рейтинг
Акмолинская	5,05	8	82,76	14
Актюбинская	4,90	17	90,57	2
Алматинская	4,89	18	83,93	12
Атырауская	4,96	13	88,89	4
В-Казахстанская	4,97	14	82,46	15
Жамбылская	5,08	7	87,72	6
З-Казахстанская	5,05	9	89,29	3
Карагандинская	4,88	19	80,00	16
Костанайская	5,03	10	85,96	8
Кызылординская	5,08	5	83,05	13
Мангыстауская	5,22	4	79,69	17
Павлодарская	4,92	15	85,71	9
С-Казахстанская	5,08	6	84,48	11
г, Алматы	5,40	1	79,37	18
г, Астана	4,99	11	74,19	20
Туркестанская	5,35	2	88,14	5
г, Шымкент	5,32	3	84,75	10
Область Абай	4,99	12	87,72	7

Продолжение таблицы 7

Регионы	Безработица (в % к рабочей силе)			
	Средний уровень	Рейтинг	Темп роста	ТР рейтинг
1	2	3	4	5
Область Улытау	4,87	20	78,18	19
Область Жетысу	4,92	16	91,07	1
Регионы	Средняя номинальная начисленная заработная плата (тенге)			
	Средний уровень	Рейтинг	Темп роста	ТР рейтинг
Акмолинская	118933,85	6	458,52	18
Актюбинская	135546,46	12	393,54	8
Алматинская	120649,85	7	447,08	16
Атырауская	277593,85	20	352,78	4
В-Казахстанская	135031,31	11	467,62	19
Жамбылская	111516,31	2	456,81	17
З-Казахстанская	146030,54	15	344,80	2
Карагандинская	143730,54	14	426,52	13
Костанайская	122268,23	8	438,19	14
Кызылординская	133576,69	10	380,97	6
Мангыстауская	253005,08	19	345,44	3
Павлодарская	136066,62	13	421,07	11
С-Казахстанская	110537,08	1	439,21	15
г, Алматы	193497,85	17	332,90	1
г, Астана	224787,38	18	369,03	5
Туркестанская	113179,23	3	412,18	10
г, Шымкент	114953,62	4	407,91	9
Область Абай	132868,08	9	421,81	12
Область Улытау	152865,77	16	605,00	20
Область Жетысу	118229,23	5	393,22	7
Регионы	Выбросы в атмосферу загрязняющих веществ (тыс. тонн)			
	Средний уровень	Рейтинг	Темп роста	ТР рейтинг
Акмолинская	82,85	8	95,34	13
Актюбинская	136,87	4	108,94	9
Алматинская	54,03	12	38,55	20
Атырауская	140,29	3	135,07	5
В-Казахстанская	117,89	5	107,07	10
Жамбылская	44,19	14	274,09	2
З-Казахстанская	44,58	13	44,41	19
Карагандинская	604,10	2	70,93	16
Костанайская	114,31	6	106,03	11
Кызылординская	28,69	18	80,69	15
Мангыстауская	71,67	10	114,72	8
Павлодарская	650,82	1	126,50	7
С-Казахстанская	72,52	9	67,61	17
г, Алматы	32,74	16	376,36	1
г, Астана	60,87	11	102,67	12
Туркестанская	28,08	19	130,39	6
г, Шымкент	31,04	17	163,75	3
Область Абай	38,55	15	157,20	4
Область Улытау	112,07	7	86,83	14

Окончание таблицы 7

Регионы	Выбросы в атмосферу загрязняющих веществ (тыс. тонн)			
	Средний уровень	Рейтинг	Темп роста	ТР рейтинг
1	2	3	4	5
Область Жетысу	17,21	20	56,09	18
Регионы	Жилищный фонд (кв. м. на душу населения)			
	Средний уровень	Рейтинг	Темп роста	ТР рейтинг
Акмолинская	21,73	19	131,32	12
Актюбинская	18,72	8	133,71	13
Алматинская	15,50	3	140,95	17
Атырауская	20,30	13	165,80	19
В-Казахстанская	19,10	10	115,03	7
Жамбылская	15,47	2	102,13	3
З-Казахстанская	19,09	9	126,07	11
Карагандинская	21,04	15	115,10	8
Костанайская	20,51	14	116,15	10
Кызылординская	18,69	7	136,99	14
Мангыстауская	18,20	5	191,02	20
Павлодарская	21,28	16	111,99	5
С-Казахстанская	21,60	18	115,72	9
г, Алматы	23,02	20	156,39	18
г, Астана	21,40	17	140,59	16
Туркестанская	16,47	4	100,62	2
г, Шымкент	19,31	11	95,32	1
Область Абай	18,27	6	111,19	4
Область Улытау	19,60	12	113,52	6
Область Жетысу	15,23	1	139,86	15
Регионы	ВРП (на душу населения)			
	Средний уровень	Рейтинг	Темп роста	ТР рейтинг
Акмолинская	2092,91	8	554,87	19
Актюбинская	2794,84	12	314,36	6
Алматинская	1309,53	3	531,73	18
Атырауская	10315,35	20	369,75	8
В-Казахстанская	2332,65	10	601,69	20
Жамбылская	1183,58	2	515,69	15
З-Казахстанская	3619,83	16	373,78	9
Карагандинская	3120,19	13	462,12	13
Костанайская	2275,86	9	516,54	16
Кызылординская	1939,68	6	235,98	2
Мангыстауская	4295,03	17	201,27	1
Павлодарская	3137,01	14	410,67	12
С-Казахстанская	1980,98	7	518,62	17
г, Алматы	5794,14	19	321,24	7
г, Астана	5440,11	18	305,56	4
Туркестанская	792,81	1	391,22	11
г, Шымкент	1681,43	5	381,48	10
Область Абай	2575,20	11	309,40	5
Область Улытау	3541,25	15	462,12	14
Область Жетысу	1506,68	4	294,59	3

В таблице 8 представлены результаты 5 и 6 этапов расчета интегральных показателей в виде средних значений и стандартизированных к 100 балльной шкале.

Таблица 8 – Интегральные показатели общественного здоровья в Республике Казахстан по регионам в виде средних значений и стандартизированных показателей

Регионы	Средние значения			Стандартизированные показатели		
	Рейтинг по состоянию	Рейтинг по интенсивности	Обобщенный рейтинг	Рейтинг по состоянию	Рейтинг по интенсивности	Обобщенный рейтинг
Акмолинская	9,36	11,79	10,58	59,0	89,7	83,9
Актюбинская	11,93	10,00	10,97	75,2	76,1	87,0
Алматинская	9,79	13,14	11,47	61,7	100,0	91,0
Атырауская	11,14	9,64	10,39	70,2	73,4	82,4
В-Казахстанская	9,07	10,86	9,97	57,2	82,6	79,1
Жамбылская	8,50	11,21	9,86	53,6	85,3	78,2
З-Казахстанская	12,07	8,57	10,32	76,1	65,2	81,8
Карагандинская	11,71	9,57	10,64	73,8	72,8	84,4
Костанайская	7,21	9,00	8,11	45,5	68,5	64,3
Кызылординская	9,79	11,43	10,61	61,7	87,0	84,1
Мангыстауская	11,86	12,29	12,08	74,8	93,5	95,8
Павлодарская	10,79	7,14	8,97	68,0	54,3	71,1
С-Казахстанская	7,79	10,86	9,33	49,1	82,6	74,0
г, Алматы	13,86	11,36	12,61	87,4	86,5	100,0
г, Астана	15,86	8,86	12,36	100,0	67,4	98,0
Туркестанская	10,43	11,50	10,97	65,8	87,5	87,0
г, Шымкент	9,93	10,21	10,07	62,6	77,7	79,9
Область Абай	8,43	10,71	9,57	53,2	81,5	75,9
Область Улытау	11,14	10,36	10,75	70,2	78,8	85,2
Область Жетысу	9,36	11,50	10,43	59,0	87,5	82,7

Наглядно стандартизированные интегральные показатели приведены на рисунках 67 – 69.

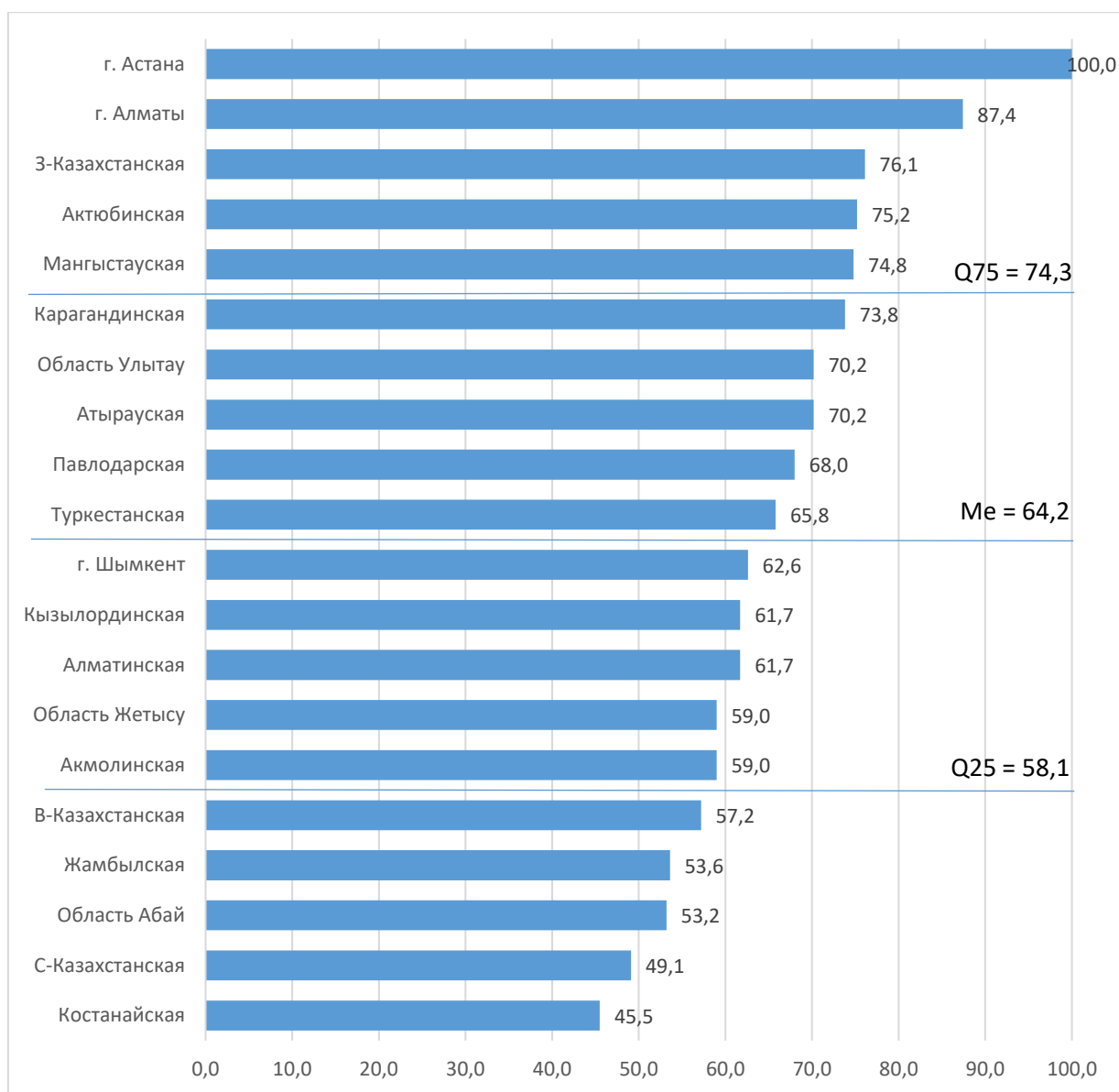


Рисунок 67. – Рейтинги регионов Республики Казахстан по состоянию общественного здоровья

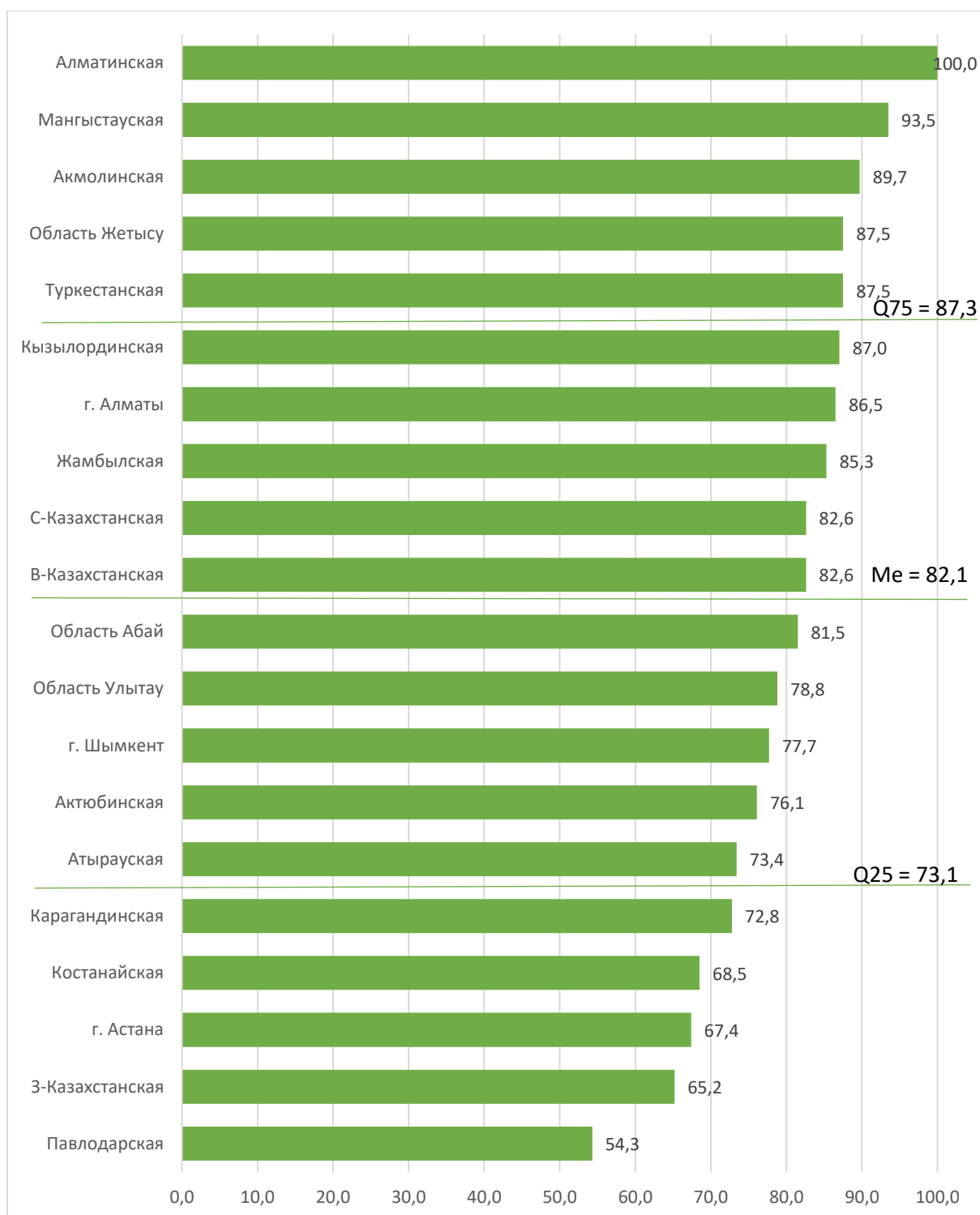


Рисунок 68. – Рейтинги регионов Республики Казахстан по интенсивности развития.

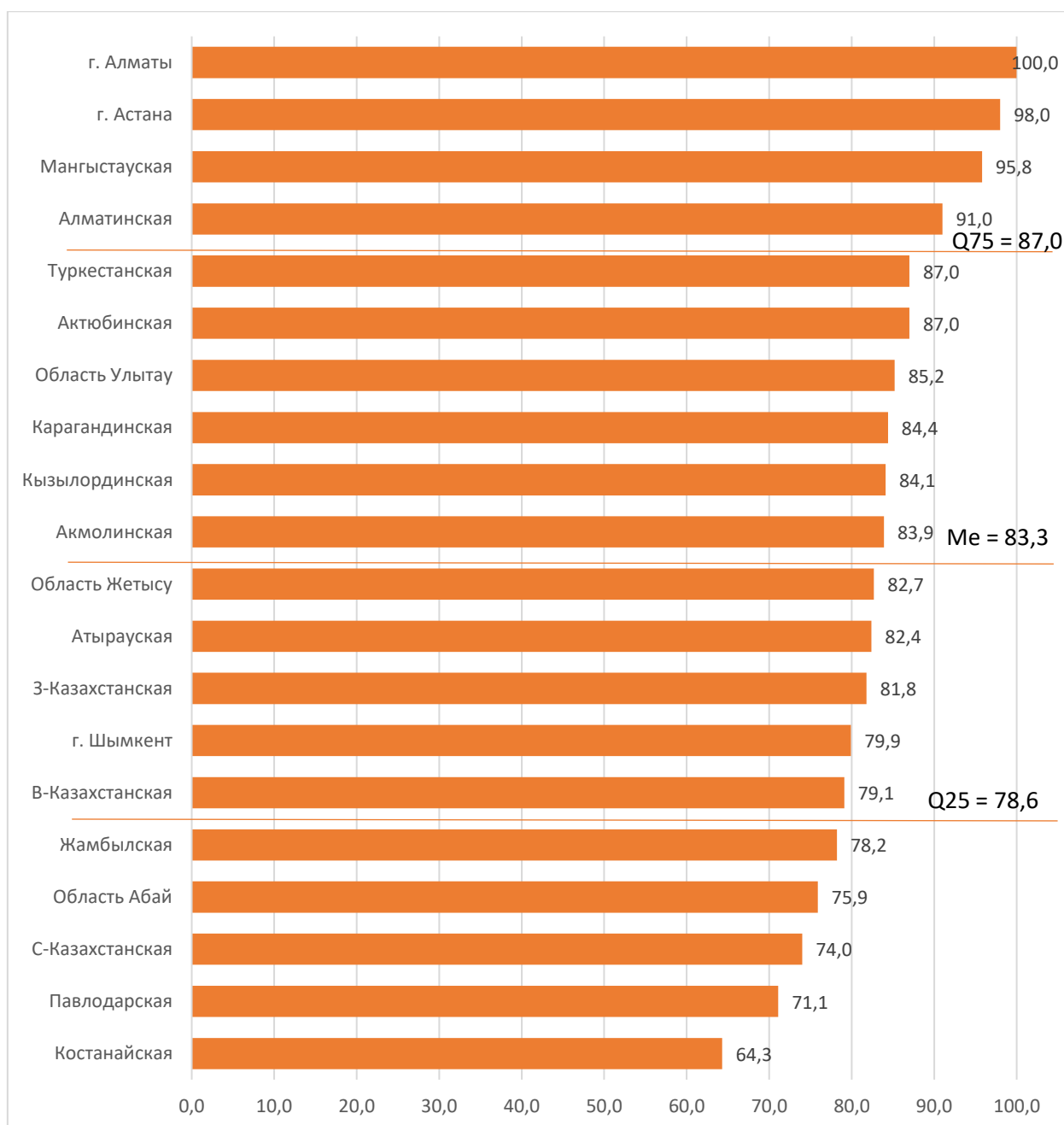


Рисунок 69. – Обобщенный рейтинг регионов Республики Казахстан по состоянию общественного здоровья и интенсивности развития.

На Рисунке 67 представлены регионы, ранжированные по состоянию показателей общественного здоровья. Из рисунка видно место каждого региона. Лучшими по уровню здоровья и факторов его обуславливающих на протяжении периода исследования, были 5 регионов: г. Астана, г. Алматы, Западно-Казахстанская, Актюбинская и Мангыстауская области. Регионами с наибольшими проблемами явились: Восточно-Казахстанская, Жамбыльская области, область Абай, Северо-Казахстанская и Костанайская области.

Однако ориентироваться только на значения и соответственно рейтинги показателей в оценке здоровья не является достаточным. Поскольку любая оценка необходима прежде всего для разработки определенных мер по улучшению ситуации, необходимо оценить процесс изменений, интенсивность или по-иному скорость положительных процессов, происходящих в регионах. На рисунке 68 регионы ранжированы по интенсивности положительных изменений. Самыми быстрыми темпами улучшение состояния здоровья и факторов на него влияющих происходило за годы исследования в Алматинской, Мангыстауской, Акмолинской, Жетысу и Туркестанской областях. Самые медленные темпы роста положительных изменений наблюдались в Карагандинской, Костанайской областях, г. Астана, Западно-Казахстанской и Павлодарской областях. Обращает на себя внимание, что г. Астана был лучшим городом по состоянию здоровья населения, но по темпам роста стоит среди проблемных территорий. С нашей точки зрения этот факт абсолютно объясним. Чем выше лучше уровень показателей, тем сложнее достичь еще более высоких значений. Соответственно темпы роста положительных изменений снижаются. А например, Костанайская область находится среди проблемных регионов как по состоянию здоровья, так и по скорости изменений ситуации в положительную сторону.

По обобщающему интегральному показателю уже можно судить как о месте региона по состоянию здоровья, так и скорости положительных изменений. На рисунке 69 представлено ранжирование регионов РК в соответствии с его значениями. Лучшими регионами явились: г. Алматы, г. Астана, Мангыстауская и Алматинская области. Проблемными регионами являются: Жамбылская, Абай, Северо-Казахстанская, Павлодарская и Костанайская области.

Ниже на рисунках 70-72 приведены картограммы рейтингов регионов. Картирование является одним из инструментов, позволяющих проводить комплексную и интегральную медико-географическую оценку регионов по

этим показателям, является пространственный анализ и визуализация многолетних данных медицинской статистики по заболеваемости населения. Опробованные ранее на ряде российских регионов разработанные подходы и приёмы картографирования были применены при проведении медико-географического анализа Республики Казахстан. На его территории ярко выражена дифференциация показателей общественного здоровья населения. На рисунке 70 регионы РК раскрашены от ярко красного до насыщенного зеленого цвета, что соответствует низким и высоким рейтингам состояния общественного здоровья за анализируемый период времени. Название и точное значение рейтинга указано в соответствующем регионе. На рисунке 71 регионы раскрашены в соответствии с рейтингом интенсивности развития, а на рисунке 72 – в соответствии со значениями обобщающего интегрального рейтинга.

Таким образом, комплексная оценка общественного здоровья по ряду показателей с использованием разработанной методики свидетельствует о многомерности полученных данных, позволяющих оценить благополучие территорий не только по уровню каждого показателя, но и определить знак вектора динамики, в результате которого этот уровень был достигнут. Полученные данные с помощью разработанной методики продемонстрировали возможность выделения неблагоприятных территорий для совершенствования мероприятий по улучшению конкретных показателей в тактических и стратегических аспектах государственного управления системой здравоохранения.

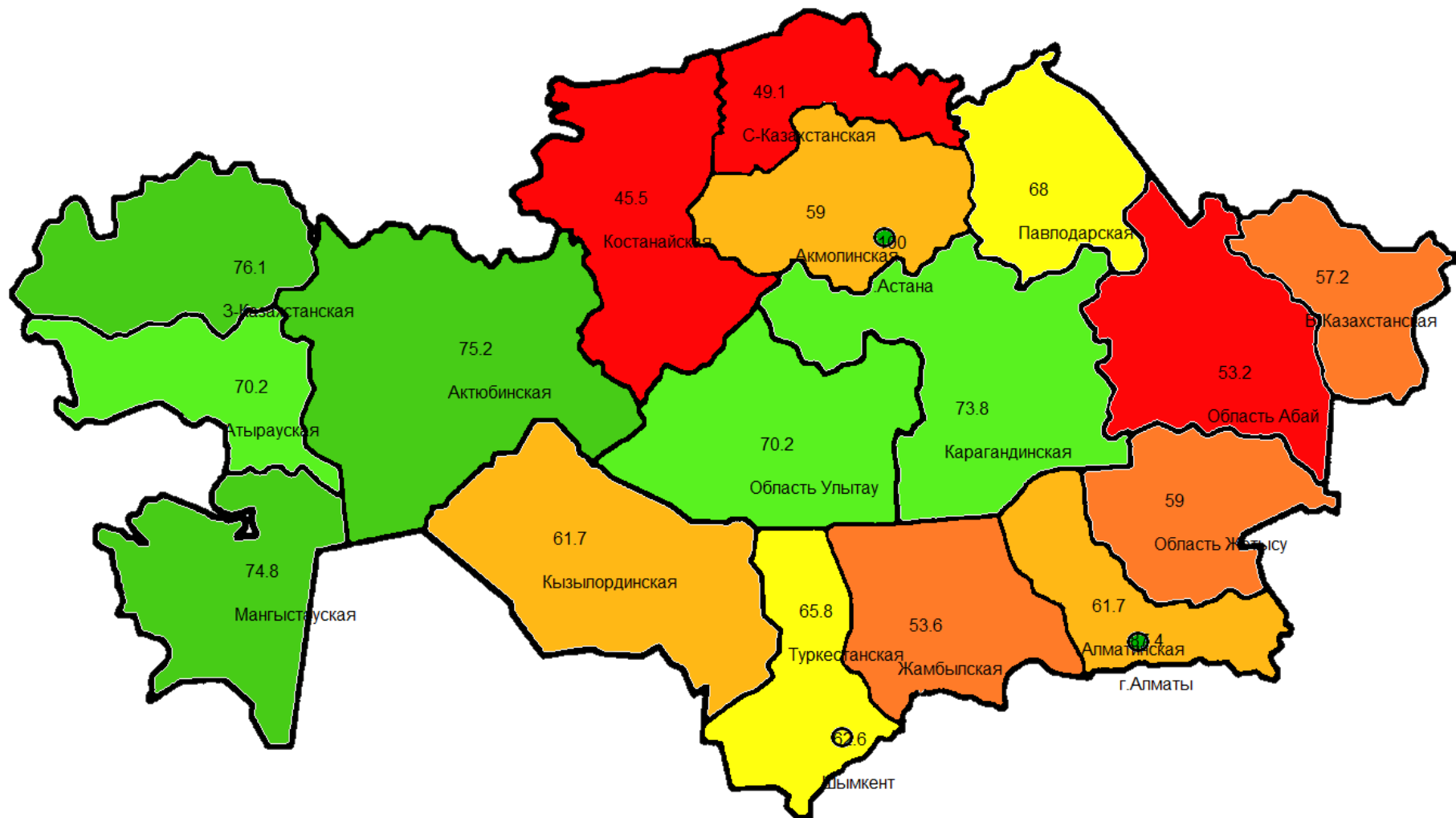


Рисунок 70 – Рейтинги регионов Республики Казахстан по состоянию общественного здоровья

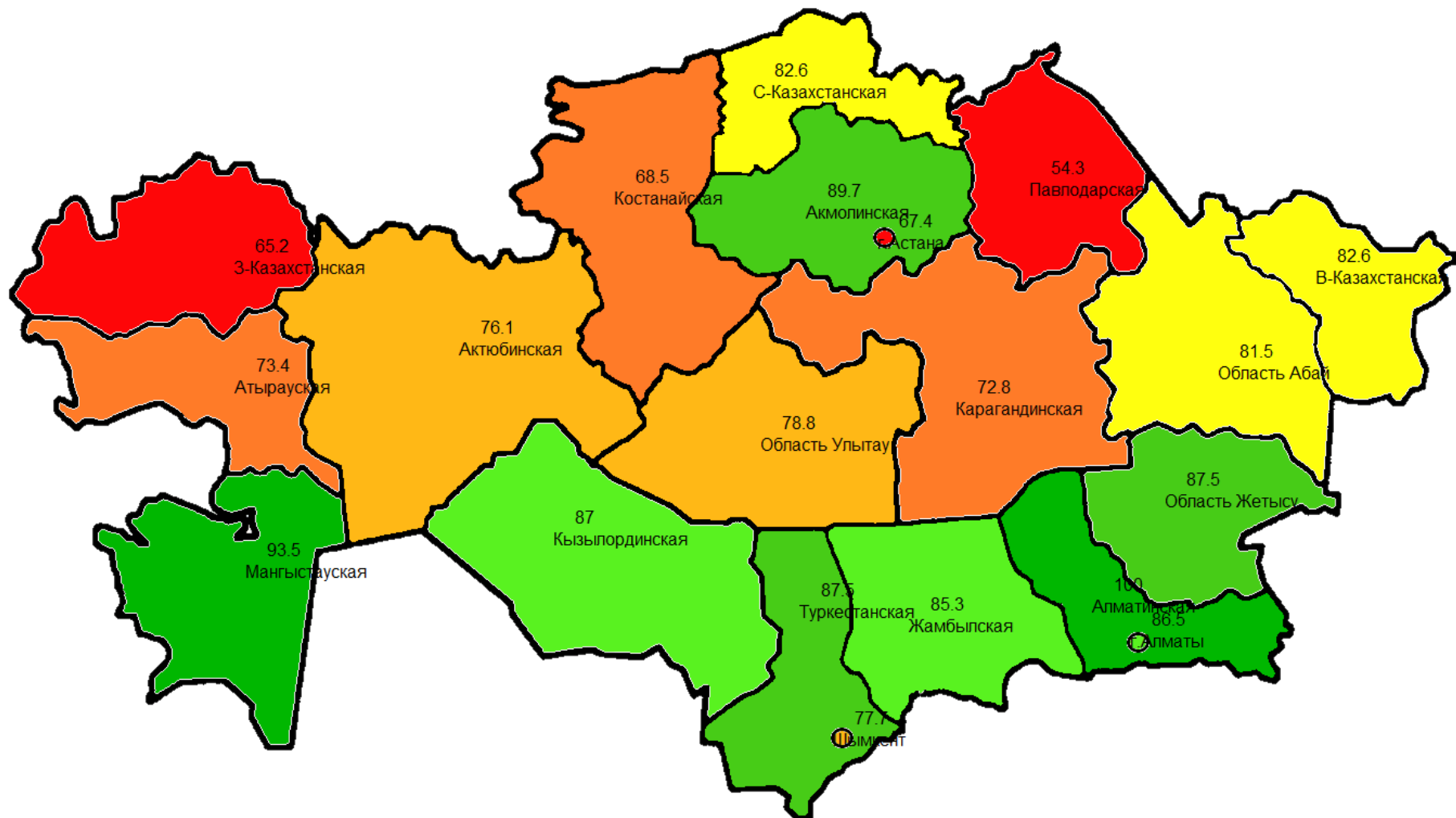


Рисунок 71 – Рейтинги регионов Республики Казахстан по интенсивности развития (скорости улучшения показателей)

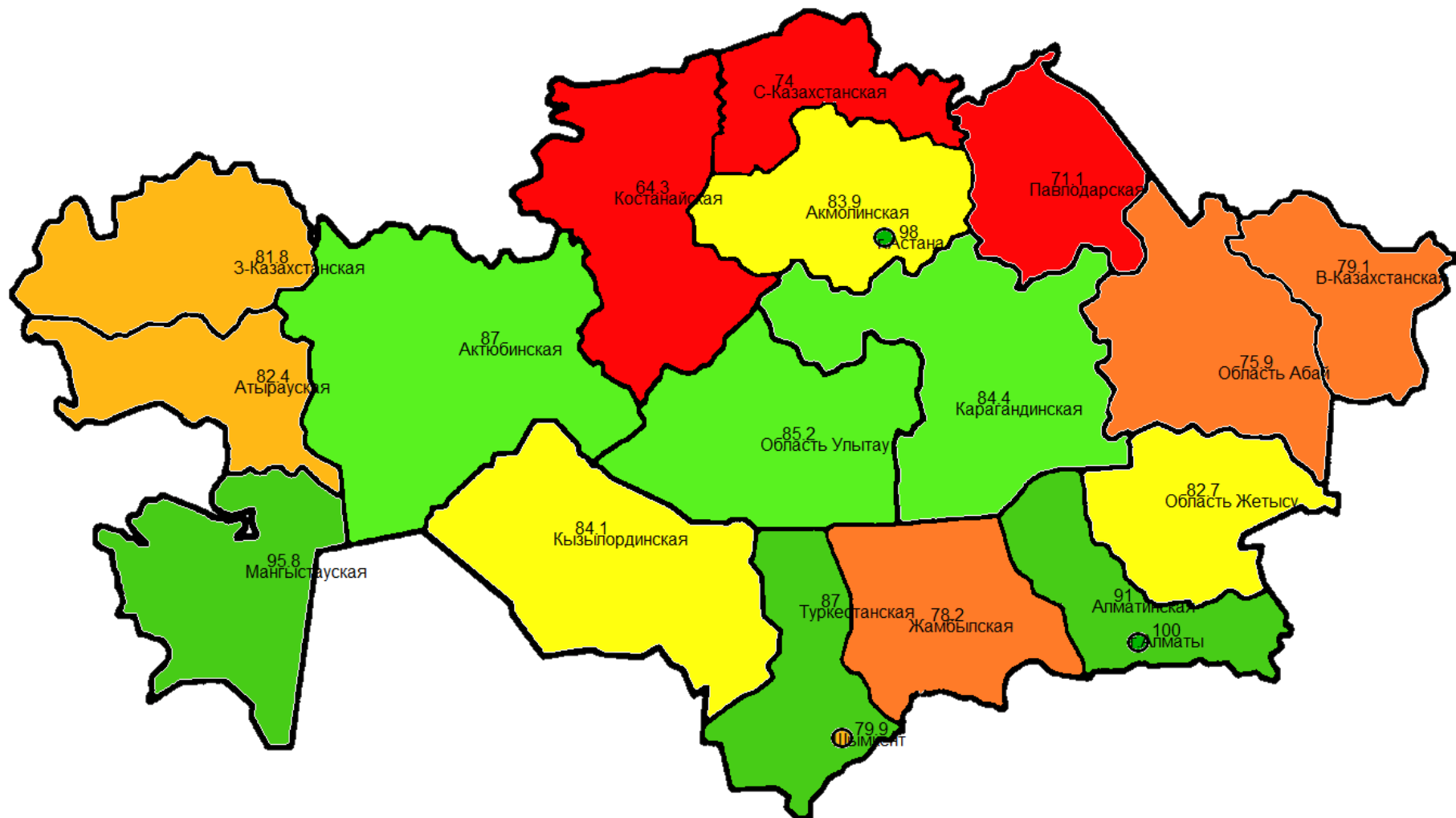


Рисунок 72 – Интегральный рейтинг регионов Республики Казахстан по состоянию и улучшению показателей общественного здоровья

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одним из основных индикаторов в здравоохранении является общественное и индивидуальное здоровье. Однако, несмотря на всесторонне, глубокое и многолетнее изучение теоретической составляющей «здоровья», до настоящего времени существует необходимость определения его универсальных и эффективных критериев, методических подходов к измерению общественного и индивидуального здоровья как медико-социального ресурса и потенциала общества. Анализ литературных данных, приведенный в первой главе, показал необходимость систематизации и адаптации существующих методов оценки общественного и индивидуального здоровья в единую многоуровневую оценочную систему. Индикаторы общественного и популяционного здоровья должны отражать все аспекты благополучия населения. Об этом свидетельствуют опубликованные данные об измерительном инструментарии, которые показали свою эффективность, но имеют недостаток – отсутствие комплексности, или комплексность, заявляемая в исследованиях, не является полноценной. Итогом систематического обзора стало установление следующего факта о том, что настоящее время существует целый арсенал методических подходов к измерению общественного и индивидуального здоровья. Для его оценки, как медико-социального ресурса и потенциала общества, применение отдельных показателей не дает возможности комплексной оценки общественного здоровья, кроме того, отсутствие мониторинга интегральной оценки общественного здоровья затрудняет применять оперативные управленческие решения в сфере здравоохранения.

Учитывая общепризнанное определение термина «здоровье» как «состояния полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов», становится очевидным необходимость учёта субъективной оценки здоровья, собственно,

самим человеком. Среди основных индикаторов здоровья особое положение занимает его субъективная оценка населением. Каждый третий респондент оценивал свое состояние здоровья как удовлетворительное (36,9%) и хорошее (28,9%). Установлены особенности субъективной оценки состояния здоровья в зависимости от региона проживания и возраста. Так, максимальное число респондентов, имеющее хорошую оценку собственного здоровья, наблюдалось в северных регионах Республики Казахстан (53,2%) и в возрасте 18-39 лет (31,3%); а минимальное количество респондентов с таким же уровнем субъективной оценки состояния здоровья выявлено в южных регионах и в возрастной группе 40-64 лет (24,2%). Полученные данные свидетельствуют о различном уровне субъективной оценки собственного здоровья населения, проживающего на различных территориях Республики Казахстан. Развитие исследования может быть направлено на создание региональных моделей, интегрирующих объективные (медико-статистические) и субъективные (медико-социологические) данные. Учитывая вышеизложенное, становится очевидным необходимость систематической оценки доступности медицинской помощи населению путем опроса. Приведенный анализ по некоторым критериям доступности медицинской помощи населению Республики Казахстан показал, что требуется дифференцированный подход в определении стратегических приоритетов обеспечения населения услугами здравоохранения. Выявленные региональные особенности данных опроса свидетельствуют о необходимости адаптации любых государственных программ здравоохранения под специфику региона, особенно в странах с большой территориальной протяженностью.

Устойчивое развитие территорий во многом определяется социально-экономической стабильностью в регионах, в том числе уровнем доступности и качества услуг сферы здравоохранения. В связи с этим особую актуальность приобретают исследование масштабов доступности здравоохранения и разработка направлений по ее повышению в целях устойчивого развития

территорий. Установлено, что более чем 50% опрошенных жителей Республики Казахстан были удовлетворены по всем исследуемым показателям качеством и доступностью медицинской помощи за исключением населения, проживающего в южных регионах. В связи с этим, среди населения, проживающих в южных регионах, был высокий удельный вес респондентов, обращающихся в частные медицинские организации по причине отсутствия необходимых врачей в государственных медицинских организациях (64,4%), высокого профессионализма специалистов в частных медицинских организациях (79,0%), а также в этой же группе респондентов в 3 раза больше было лиц, чем среди населения, проживающего в западных и центральных регионах, обращающихся в частные медицинские организации по причине более широкого спектра медицинских услуг (37,2%), высокого качества медицинских услуг (38,2%), лучшей организации работы (27,4%) и наличия современного оборудования (29,0%). Сложившаяся в сфере здравоохранения Республики Казахстан ситуация наглядно демонстрирует снижение доступности медицинской помощи для населения, проживающего в южных регионах, что может способствовать формированию неустойчивого характера развития территориальных систем здравоохранения, а также ухудшения медико-демографических показателей на данной территории.

Комплексная оценка общественного здоровья по ряду показателей с использованием разработанной методики свидетельствует о многомерности полученных данных, позволяющих оценить благополучие территорий не только по уровню каждого показателя, но и определить знак вектора динамики, в результате которого этот уровень был достигнут. Полученные данные с помощью разработанной методики продемонстрировали возможность выделения неблагоприятных территорий для совершенствования мероприятий по улучшению конкретных показателей в тактических и стратегических аспектах государственного управления системой здравоохранения.

Общественное здравоохранение представляет собой организованную функцию общества и в мировой практике сформирована общая законодательная основа, определяющая функции и задачи большинства служб общественного здравоохранения, а также существует много моделей организации общественного здравоохранения, которые осуществляются на трех уровнях: национальном, субнациональном и местном. В то же время для каждой страны есть свои особенности ее становления и развития. Особый интерес представляет ее изучение в странах, таких как Казахстан, с обширной географической протяженностью, где именно региональные особенности не позволяют унифицировано подходить к вопросам совершенствования общественного здравоохранения и адаптировать для эффективной работы на местах. В Республике Казахстан, начиная с 1990 года по настоящее время, наблюдаются непрерывные экономические и социальные преобразования, которые влекут за собой немалые изменения и в развитии отрасли общественного здравоохранения. В связи с этим, становится актуальным анализ истории становления общественного здравоохранения на научных основах, обзор принятых в период независимости основных законодательных актов и государственных программ развития медицины на территории Республики Казахстан.

ВЫВОДЫ

1. За период с 2010 по 2022 гг. в Республике Казахстан выявлены средний уровень рождаемости (среднее значение за период наблюдения 22,4 ‰) с тенденцией снижения; низкий уровень смертности населения с тенденцией снижения (7,9 ‰); средний, низкий и очень низкий уровнем младенческой смертности с тенденцией к снижению (10,2 ‰); умеренные значения материнской смертности (18,6 случаев на 100 тыс. рожденных живыми); рост ожидаемой продолжительности жизни (средний уровень за период исследования 71,4 года); снижение первичной заболеваемости (546,6 ‰); снижение обеспеченности населения больничными койками (61,5 на 10000 населения); повышение обеспеченности населения врачами (39,7 занятых должностей на 10000 населения в среднем за период исследования). Регионы страны имеют существенные различия и разнонаправленные тенденции.

2. За период исследования установлен прирост численности населения занятых в экономике на 10,6% от исходного уровня; снижение безработицы с 5,8% до 4,9%; рост заработной платы в 3,9 раза; рост обеспеченности жильем на душу населения на 24%; рост валового регионального продукта в 3,9 раза; тенденция роста промышленных выбросов в атмосферный воздух с 2226,6 до 2314,8 тыс. тонн в год. По уровням и динамике социально-экономических показателей выделены от двух до четырех региональных кластеров, существенно различающихся между собой.

3. Установлено, что более половины опрошенных были удовлетворены по всем исследуемым показателям качеством и доступностью медицинской помощи за исключением населения, проживающего в южных регионах. Имелся высокий удельный вес респондентов, обращающихся в частные медицинские организации по причине отсутствия необходимых врачей в государственных медицинских организациях (64,4%), более высокого профессионализма специалистов в частных медицинских организациях

(79,0%), более широкого спектра медицинских услуг (37,2%), более высокого качества медицинских услуг (38,2%), лучшей организации работы (27,4%) и наличия современного оборудования (29,0%).

4. По результатам комплексной оценки состояния здоровья с применением разработанной методики регионы Республики Казахстан были ранжированы по 100 бальной шкале и варьируют по состоянию общественного здоровья в пределах 45,5 – 100 баллов. По интенсивности улучшения ситуации – находятся в пределах от 54,3 до 100 баллов. По обобщенному интегральному показателю регионы варьируют в пределах от 54,3 до 100 баллов. Лучшими регионами явились: г. Алматы, г. Астана, Мангыстауская и Алматинская области. Проблемными регионами являются: Жамбылская, Абай, Северо-Казахстанская, Павлодарская и Костанайская области.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Министерству здравоохранения Республики Казахстан рассмотреть вопрос об использовании методологического подхода интегральной рейтинговой оценки состояния здоровья населения для ранжирования регионов и использования данной информации для перспективного планирования развития здравоохранения регионов.

2. На региональном уровне осуществлять при помощи предложенного методологического подхода и программы «РОЗа - 1.0» ранжирование муниципалитетов. Учесть оценку и региональные различия в удовлетворённости доступностью и качеством медицинской помощи при управлении здравоохранением регионов.

3. Руководителям медицинских организаций учесть информацию о доступности и качестве медицинской помощи и проведенных оценках здоровья населения в управлении медицинскими организациями.

Разработанная и апробированная в исследовании в Республики Казахстан методика комплексной оценки здоровья по состоянию здоровья, интенсивности развития и обобщенному интегральному показателю может быть использована органами управления здравоохранением для программно-целевого планирования и дифференцированного подхода при планировании и организации медицинской помощи населению.

Разработанные и реализованные в рамках настоящего исследования приемы изучения здоровья населения как основы организации медицинской помощи могут быть успешно использованы в различных регионах при проведении исследований, целью которых является совершенствование организации медицинской помощи.

Разработанная программа для ЭВМ: «РОЗа-V.1.0» (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2022660316 от 06.06.2022) может быть использована для автоматизированного применения методики разработанной комплексной оценки здоровья населения.

Разработанная база данных для ЭВМ «Удовлетворенность населения качеством медицинской помощи» (свидетельство о государственной регистрации на базу данных для ЭВМ № 2024621069 от 11.03.2024) может быть использована для дальнейшего накопления и анализа информации об удовлетворенности населением доступностью и качеством медицинской помощи.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БД – база данных

БСК – болезни системы кровообращения

ВВП – валовый внутренний продукт

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения

ГББ – глобальное бремя болезней

ИТ – информационные технологии

ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни

ОПЗЖ – ожидаемая продолжительность здоровой жизни

ПППЖ – потерянные годы потенциальной жизни

РК – Республика Казахстан

РФ – Российская Федерация

ТР – темпы роста

DALY - Disability adjusted life year

IHME - Institute for health metrics and evaluation

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуганиева, Ш.Х. Цифровые решения в медицине / Абдуганиева Ш.Х., Никонорова М.Л. // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. – 2022. – №2. – С. 73-85
2. Абдуов, М. К. Развитие корпоративного управления в системе здравоохранения / М. К. Абдуов, А. А. Дубицкий // Медицинский журнал Астана. – 2019. – № 1(99). – С. 15-19.
3. Абдыкерова, М.Т. Доступность к услугам здравоохранения среди непродуктивно самостоятельно занятого населения / М.Т. Абдыкерова, К.К. Куракбаев // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2019. – №1. – С. 671-675
4. Абилкайыр, Н.А. Реформирование системы здравоохранения Казахстана: основные проблемы, пути решения / Н.А. Абилкайыр // Вестник КазНМУ. – 2019. – №2. – С.206-210
5. Агилбаева, А. А. Конкурентоспособность региональных систем здравоохранения в Республике Казахстан / А. А. Агилбаева, Б. Т. Смайлов, Е. А. Вечкинзова // Вестник Карагандинского университета. Серия: Экономика. – 2022. – Т. 107, № 3. – С. 217-227.
6. Аканов А.А. Медико-социологические аспекты страхования профессиональной ответственности. / А.А. Аканов, М.А. Камалиев, А.М. Ауезова // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2014. – №2(2). – С. 353-355
7. Аканов, А. А. Система здравоохранения Республики Казахстан: современное состояние, проблемы, перспективы / А.А. Аканов, М.А. Камалиев // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – № 3(15). – С. 7.
8. Аканов, А.А. Оценка состояния здоровья населения, проживающего в различных регионах Казахстана / А.А. Аканов, С.Т. Сейдуманов // Вестник Авиценны. – 2010. – № 4(45). – С. 132-137.

9. Аканов, А.А. Проблемы управления в здравоохранении // Система здравоохранения Республики Казахстан: современное состояние, проблемы, перспективы / А.А. Аканов, М.А. Камалиев. – 2010. – №3(15): URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/215/30> дата обращения 01.10.2023г.
10. Аканов, А.А. Число лет ожидаемой продолжительности жизни в хорошем состоянии здоровья среди населения старшего возраста в Алматы / А. А. Аканов, К. А. Тулебаев, С. Н. Третьякова [и др.] // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2015. – № 2. – С. 627-631.
11. Аксенова Е.И., Бессчетнова О.В. Показатели доступности и качества медицинской помощи, обеспечивающие удовлетворенность населения медицинской помощью в различных странах мира. Экспертный обзор.– М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». 2021. 40 с.
12. Акылбеков, М. Ж. Внедрение системы обязательного социального медицинского страхования: путь улучшения системы финансирования и управления в здравоохранении / М. Ж. Акылбеков // Актуальные научные исследования в современном мире. – 2017. – № 6-2(26). – С. 19-23
13. Анамбаева, А. И. Состояние сети здравоохранения в республике Казахстан (2009-2012гг.) / А. И. Анамбаева // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2014. – № 1. – С. 268-270.
14. Апанасенко Г.Л. Индивидуальное здоровье: в поисках сущности и критериев количественной оценки / Г.Л. Апанасенко // Окружающая среда и здоровье. – 2015. – №3 (74). – С.8-12
15. Аскаров, Д.М. Результаты оценки состояния здоровья и качества жизни населения вблизи районов падения отделяющихся частей ракет-носителей в Улытауском районе Карагандинской области / Д.М. Аскаров, М.К. Амрин, А.К. Изекенова [и др.] // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2022. – № 1. – С. 371-379.
16. Ахетов, А. Л. Достижения и актуальные проблемы развития здравоохранения в Республике Казахстан / А.Л. Ахетов // Наука и новые технологии. – 2013. – № 3. – С. 57-59.

17. Балашова, С. А. Систематизация подходов к оценке социально-экономического развития стран по индексу благосостояния / С. А. Балашова, Е. О. Нахатакян // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Экономика. – 2017. – Т. 25, № 2. – С. 219-232. – DOI 10.22363/2313-2329-2017-25-2-219-232.
18. Бачманов, А. А. Математические модели интегральных показателей оценки здоровья населения : автореферат дис. ... кандидата технических наук : 05.13.18 / Новгород. гос. ун-т им. Ярослава Мудрого : Великий Новгород, 2004: 21
19. Бегун, Д.Н. Научное обоснование совершенствования организации медицинской помощи при ревматических заболеваниях взрослому населению Оренбургской области диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / федеральное государственное бюджетное учреждение "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения" Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2019
20. Белоусова, С.В. Общественное здоровье в России: современные проблемы его теоретического понимания и практического формирования. Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2016. – №11(12). – С.3-9
21. Бойцов, С.А. Потерянные годы жизни в результате преждевременной смерти и их взаимосвязь с климатическими и социально-экономическими показателями регионов / С.А. Бойцов, И.В. Самородская, В. В. Третьяков, М.А. Ватолина // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2015. – Т. 70, № 4. – С. 456-463. – doi 10.15690/vramn.v70.i4.1412.
22. Боев, В.М. Руководство по обеспечению решения медико-биологических задач с применением программы Statistica 10.0 / В.М. Боев, Е.Л. Борщук, А.К. Екимов [и др.]. – Оренбург: ОАО "ИПК "Южный Урал", 2014. – 208 с.
23. Бузин В.Н., Михайлова Ю.В., Бузина Т.С., Чухриенко И.Ю., Шикина И.Б., Михайлов А.Ю. Российское здравоохранение глазами

населения: динамика удовлетворенности за последние 14 лет (2006—2019): обзор социологических исследований // Профилактическая медицина. 2020; 23(3):42–47. <https://doi.org/10.17116/profmed20202303142>.

24. Валеев, Э.Р. Показатели измеримости общественного и индивидуального здоровья / Э.Р. Валеев, А.В. Камашева // Вопросы экономики и права. – 2016. – №102. – С.69-73

25. Гаврилов, Э.Л. Социологические опросы населения, как механизм оценки доступности и качества медицинской помощи в Российской Федерации / Э.Л. Гаврилов, К.Э. Хоманов, Е.А. Шевченко // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова. – 2016. – №3(11). – С.126-129

26. Гайфуллин, А. Н. Система здравоохранения РФ, элементы и социально-экономические факторы оценки ее экономического развития / А. Н. Гайфуллин // Russian Journal of Management. – 2021. – Т. 9, № 2. – С. 41-45. – DOI 10.29039/2409-6024-2021-9-2-41-45.

27. Гильмундинов, В. М. Оценка влияния экологического фактора на ухудшение общественного здоровья / В. М. Гильмундинов, Л. К. Казанцева, Т. О. Тагаева // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Социально-экономические науки. – 2013. – Т. 13, № 3. – С. 39-48.

28. Горбунова, О.Н. ИЧР: методологии расчета, показатели и индикаторы / О. Н. Горбунова, М. А. Гегамян // Социально-экономические явления и процессы. – 2013. – № 3(49). – С. 49-53.

29. Гордеева, С. С. Социальные предпосылки становления социологии здоровья в современной России / С. С. Гордеева // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. – 2011. – № 1(5). – С. 107-110.

30. Горшкова, Л. В. Методика расчета интегрального показателя общественного здоровья / Л.В. Горшкова // Глобальный научный потенциал. 2023. – №8(149). – С.197-204

31. Гундаров И. А. Определение общественного здоровья и его оценка в регионах Российской Федерации / И.А. Гундаров // Уровень жизни населения регионов России. – 2010. – №2(144). – С.25-36

32. Гундаров И.А. Аппаратно-программный комплекс для управления индивидуальными резервами здоровья / И.А. Гундаров, В.Н. Крутько – АПК «Эскиз». Электронное научное издание «Ученые заметки ТОГУ». 2010. – №1: URL: http://media/ejournal/articles/2010/TGU_1_02.pdf дата обращения 01.10.2023г.

33. Гурцкой Л.Д. Цифровые компетенции медицинских работников: подходы к определению и сущность понятия / Л.Д. Гурцкой, Е.К. Смирнова, А.Б. Зудин // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2023. – №2. – С. 83-88. doi:10.25742/NRIPH.2023.02.012

34. Даулетханова, А. А. О состоянии и развитии законодательства об общественном здравоохранении Республики Казахстан / А. А. Даулетханова // Вестник Института законодательства и правовой информации Республики Казахстан. – 2022. – № 4(71). – С. 76-84. – DOI 10.52026/2788-5291-2022-71-4-76

35. Демографический ежегодник Казахстана. Статистический сборник Нур-Султан, Министерство национальной экономики Республики Казахстан, Комитет по статистике. 2020; e35-e277

36. ДЗ-232 Министр здравоохранения РК Цой А.В. Ответ на парламентский запрос «О материнской смертности» с. 2. 25.06.2021 [(по состоянию на 21 ноября 2021 г.)]. Доступно на сайте: <https://www.parlam.kz/ru/mazhilis/question-details/18573>

37. Дусембаева А.Н., Омарова Д.С., Бегун Д.Н., Борщук Е.Л. РОЗа-в.1.0. Удостоверение о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2022661253. Патентообладатель ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России. 20202. Бюл. № 6

38. Душкова, Д.О. Методика оценки общественного здоровья на уровне регионах на примере Архангельской области / Д.О. Душкова, В.С. Тикунов, О.Ю. Черешня // География и природные ресурсы. – 2019. – № 1. – С. 127–136. doi: 10.21782/GIPR0206-1619-2019-1(127-136).

39. Евсюков, А.А. Медико-демографические показатели здоровья сельского населения в Республике Башкортостан / А.А. Евсюков, Н.Х. Шарафутдинова, А.А. Калининская Уфа: Изд-во Здравоохранение Башкортостана. – 2010. – С.182

40. Егорышева, И.В. Из истории создания книги «русская земская медицина» (1899) / И.В. Егорышева // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2016. – № 3. – С. 99–104

41. Есимов, Д. С. Анализ показателей здоровья населения Республики Казахстан за 2015 и 2016 годы / Д. С. Есимов, Н. Б. Есимов, Н. Т. Измаилова // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2018. – № 4. – С. 243-248.

42. Жакенова, С.Р. Состояние и перспективы развития здравоохранения в республике Казахстан / С. Р. Жакенова, А. М. Гучияев // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева. – 2016. – № 5. – С. 22-27.

43. Жаппарова, А.С. Правовое регулирование охраны здоровья в Казахстане: уроки прошлого и опыт настоящего / А.С. Жаппарова // Право и государство. – 2021. – № 1(90). – С. 54-72. – DOI 10.51634/2307-5201_2021_1_54.

44. Жусупова, Г.К. Обзор системы лекарственного обеспечения населения Казахстана и использования лекарственных средств на амбулаторном уровне / Г. К. Жусупова, Г. П. Сквирская, Л. М. Есбатырова [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 4. – С. 327-345. – DOI 10.24411/2312-2935-2019-10100

45. Жыланбаева, Б.К. Информационные технологии в медицине / Б. К. Жыланбаева, Ж. Жамашев, С. Авазханов, С. Райханов // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2018. – № 2. – С. 414-416.
46. Исатаева, Н. М. Методические подходы к внедрению системы менеджмента качества на основе международных стандартов ISO серии 9000 в медицинских организациях : автореф. дисс... на соиск. учен. степени канд. мед. наук - Астана : [б. и.], 2008: 26
47. Использование современных компьютерных технологий в анализе и управлении актуальными показателями популяционного здоровья населения (на примере регионов Республики Казахстан) / Д.С. Омарова, Д.Н. Бегун, Е.Л. Борщук, Е.В. Булычева // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – №4. – С. 956-972
48. Исследование возможности формирования показателя QALY у больных туберкулёзом с использованием простых в исполнении тестов. Результаты пилотного исследования / С. А. Стерликов, Н. П. Шевченко, В. М. Кибишев [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – № 3(19). – С. 20.
49. История трансформации концепции здоровья / Н.В. Орлова, Г. С. Ковтюх, Н.Н. Камынина, Т.И. Бонкало // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – №30(спецвыпуск). – С.1091-1096. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1091-1096
50. Кадесова, Е. Б. Статус здоровья населения СНГ и Казахстана с акцентом на младенческую и материнскую смертность / Е.Б. Кадесова // Journal of Health Development. – 2019. – Т. 3, № 32. – С. 48-53
51. Казангапов, Д. М. Совершенствование методов оценки общественного здоровья и деятельности здравоохранения (на примере Павлодарской области) : специальность 14.00.33 : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Казангапов Дюсебек Мусабекович. – Астана, 2007. – 31 с.

52. Кайдакова, Н.Н. Региональные особенности состояния здоровья населения южных областей республики Казахстан и перспективы его улучшения. Успехи современного естествознания. 2008; 5: URL: <http://rae.ru/> дата обращения 01.10.2023г.

53. Калашников, К.Н. Качество и доступность для населения медицинской помощи (региональный аспект) // Проблемы развития территории. – 2023. – №4 (27). – С.113-128

54. Калмакова, Ж. А. Анализ доступности медицинской помощи в зависимости от доходов населения / Ж. А. Калмакова, Г. Ш. Аскарлова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 8-3. – С. 158-160.

55. Каргаполова, Е.В. Здоровье в субъективных оценках населения (по результатам мониторингового социологического исследования) / Е.В. Каргаполова, А.Ю. Арясова, Ю.Г. Миронова // Вестник Сургутского государственного педагогического университета. – 2017. – №50. – С. 119-125

56. Кизатова, С.Т. Младенческая смертность за 10-летний период внедрения технологий ВОЗ в Республике Казахстан / С.Т. Кизатова, Н.И. Дюсембаева // Медицина и экология. – 2020. – № 1(94). – С. 28-33.

57. Кириленко, О. Н. Здоровье населения и его сохранение как объект социологических исследований / О.Н. Кириленко // Вестник Национального университета "Юридическая академия Украины имени Ярослава Мудрого". Серия: Философия, философия права, политология, социология. – 2019. – № 4(43). – С. 23-43. – doi: 10.21564/2075-7190.43.187826.

58. Кирьянов, Б.Ф. Чувствительность интегральных показателей многопараметрических систем / Б.Ф. Кирьянов, В.А. Медик, М.С. Токмачёв // Вестник НовГУ. – 2004. – №26. – С.114-116

59. Кодзоков, Р.Л. Стратегические приоритеты обеспечения населения услугами здравоохранения / Р.Л. Кодзоков // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №1-4. – С. 108-111. doi: 10.24412/2500-1000-2024-1-4-108-111

60. Кожевников, А.А. Состояние, проблемы и тенденции медико-социологических исследований общественного здоровья и системы здравоохранения / А.А. Кожевников // Медицина в Кузбассе. – 2017. – №4. – С. 95-101

61. Коломейцева М. А. Жилищная обеспеченность как один из основных факторов улучшения качества жизни населения // Социально-экономические явления и процессы. 2010. №6. С.83-86

62. Коновалова Л.В. Рейтинговая оценка социально-экономических факторов общественного здоровья арктических территорий Архангельской области / Л.В. Коновалова, Н.В. Зыкова, Т.Н. Ушакова // Journal of International Economic Affairs. – 2020. – №3(10). – С.899–918

63. Королева, Е. Г. Медико-географические аспекты мониторинга заболеваемости населения / Е.Г. Королева, С.К. Рахимбек, С.С. Тупов // Гигиена и санитария. – 2019. – Т. 98, № 11. – С. 1285-1295. – DOI 10.18821/0016-9900-2019-98-11-1285-1295.

64. Корчагина, П.С. Самосохранительное поведение как фактор формирования здоровья населения [Электронный ресурс] / П.С. Корчагина, О.Н. Калачикова // Вопросы территориального развития. – 2013. – №2 (2). – С.1–10. – Режим доступа: <http://vtr.isert-ran.ru/article/1316?info=references> (дата обращения: 19.10.2023).

65. Корчевский, А. А. Разработка научных основ системного анализа и прогнозирования воздействия факторов окружающей среды на интегральные демографические показатели (на примере Республики Казахстан) : специальность 14.00.07 : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора биологических наук / Корчевский Андрей Александрович. – Москва, 2007. – 51 с.

66. Кусмолдаева, Ж. Н. Эффективное управление инновационной деятельностью в сфере здравоохранения в республике Казахстан / Ж.Н. Кусмолдаева, А.Ш. Баракова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 10-2. – С. 317-320.

67. Ланская, И. А. Сравнительный анализ государственного регулирования отраслей общественного сектора трех стран / И. А. Ланская // Интерактивная наука. – 2018. – № 10(32). – С. 28-33. – DOI 10.21661/r-473612.
68. Леонов С.А., Сон И.М., Вайсман Д.Ш. Основные тенденции заболеваемости населения Российской Федерации в 2012–2013 гг. // Менеджер здравоохранения. 2014. № 9. С. 6–19.
69. Ломов О.П. Риск здоровью и смертности как критерий оценки общественного здоровья / Ломов О.П. // Профилактическая и клиническая медицина. – 2018. – №2(67). – С. 35-40
70. Лызин И.А. Индивидуальный интегральный показатель здоровья в оценке эффективности реабилитации детей с ожирением / И.А. Лызин, Н.П. Степаненко, О.Г. Берестнева // Математические методы в технологиях и технике. – 2021. – №1. – С. 158-162. doi: 10.52348/2712-8873_MMTT_2021_1_158.
71. Макарова, И.Л. Учет состояния окружающей среды при оценке общественного здоровья / И.Л. Макарова // Известия Сочинского государственного университета. – 2013. – №4-1(27). – С.102-107
72. Медик В.А., Токмачев М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. Москва: Медицина, 2006. 528 с.
73. Методические подходы к оценке и прогнозированию индивидуального риска здоровью при воздействии комплекса разнородных факторов для задач персонализированной профилактики / М.А. Землянова, Н.В. Зайцева, Д.А. Кирьянов, О.Ю. Устинова // Гигиена и санитария. – 2017. – 97(1). – С.34-43. doi: 10.18821/0016-9900-2018-97-1-34-43
74. Методологические основы организации медико-экологических исследований по оценке состояния здоровья населения экологически неблагоприятных территорий Республики Казахстан / Т.И. Белихина, Л.М. Пивина, А.А. Дюсупов [и др.] // Наука и здравоохранение. – 2017. – № 5. – С. 29-41.

75. Молчанова, Е. В. Методика оценки общественного (популяционного) здоровья населения / Е.В. Молчанова // Международный демографический форум : Материалы заседания, Воронеж, 22–24 октября 2020 года. – Воронеж: Цифровая полиграфия, 2020. – С. 747-752.

76. Мусийчук Ю.И. Экспертиза значимости показателей, используемых при оценке состояния общественного здоровья / Ю.И. Мусийчук, О.П. Ломов, В.М. Кудрявцев // Гигиена и санитария. – 2009. – №1. – С.89-92

77. Найговзина, Н.Б. Оценка уровня общественного здоровья / Н.Б. Найговзина, В.Б. Филатов // Экономическая политика. – 2006. – №3. – С.201-207

78. Наркевич, А.Н. Методы определения минимально необходимого объема выборки в медицинских исследованиях / А.Н. Наркевич, К.А. Виноградов // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2019. №65(6): 10. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1123/30/lang,ru/> doi: 10.21045/2071-5021-2019-65-6-10

79. Наурызбаева, А.А. Современный мировой опыт развития подходов к формированию кадровой политики здравоохранения в сельских районах: обзор литературы / А.А. Наурызбаева, С.С. Кырыкбаева, А.А. Кауышева, Г.Т. Мещанов // West Kazakhstan Medical Journal. – 2020. – № 2(62). – С. 134-146.

80. Нацун, Л.Н. Оценка показателей общественного здоровья в России в контексте выполнения Целей устойчивого развития ООН / Л.Н. Нацун // Социальная политика и социология. – 2019. – № 4(133). – С. 5-13. doi: 10.17922/2071-3665-2019-18-4-5-13

81. Общественное здоровье в регионе: опыт интегральной оценки / А.И. Чистобаев, В.В. Дмитриев, З.А. Семенова, Н.А. Грудцын, А.Н. Огурцов // Здравоохранение Российской Федерации. – 2022. – №66(3). – С.251-258. doi: 10.47470/0044-197X-2022-66-3-251-258.

82. Огурцов А.Н., Дмитриев В.В. Социальные детерминанты общественного здоровья в период пандемии COVID-19: интегральная оценка данных на уровне регионах Калининградской области / А.Н. Огурцов, В.В. Дмитриев // ИнтерКарто. ИнтерГИС. – 2022. – №28(2). – С.311-320. doi: 10.35595/2414-9179-2022-2-28-311-320

83. Окрепилов В.В., Кузнецов С.В., Межевич Н.М., Свириденко М.В. Процессы урбанизации в контексте закономерностей пространственного развития муниципальных образований, находящихся в зоне влияния крупных мегаполисов // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2019. Т. 12. № 4. С. 42–52. doi: 10.15838/esc.2019.4.64.3

84. Орлов, В. И. Этапы развития методов оценки экономических потерь, связанных со здоровьем населения / В. И. Орлов, Т. П. Сабгайда, В. В. Антонюк // Социальные аспекты здоровья населения. – 2009. – № 1(9). – С.7.

85. Орловская, Т.Н. Исследование взаимосвязи индексов человеческого развития, качества городской среды, качества жизни и валового регионального продукта методом главной компоненты // Вестник ВГУИТ. 2022. №1 (91). С.344-350.

86. Оценка качества и доступности медицинской помощи пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Результаты социологического исследования / М.Г. Глезер, Н.Г. Полярная, Т.А. Фомина и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2023. – №4(22). – С. 43-56

87. Перхов, В.И. Показатели для оценки программ в области общественного здравоохранения / В.И. Перхов // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – №3. – С.76-85. doi:10.24411/2312-2935-2020-00060

88. Погорелов, А.Р. Субъективная оценка здоровья и образа жизни населения Камчатского края: результаты регионального медико-социологического исследования / А.Р. Погорелов // Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] – 2022. – №68(2). – С.4.

89. Рамонов, А.В. Система интегральных индикаторов здоровья населения (методология анализа и возможности применения в России): автореф. дисс... на соиск. учен. степени канд. мед. наук - Москва : [б. и.], 2013: 27

90. Расчет индекса общественного здоровья в регионах Российской Федерации / Т.П. Васильева, А.В. Ларионов, С.В. Русских и др. // Здоровье населения и среда обитания. – 2022. – №12. – С.7-16

91. Рахимова Л.Ж. Проблемы доступности медицинской помощи за рубежом и в Казахстане / Л.Ж. Рахимова, Г.Д. Есполова // Journal of Health Development. – 2014. – №2 (11). – С.43-48

92. Региональное общественное здоровье: оценка вклада кадровой обеспеченности здравоохранения / О.В. Медведева, Л.И. Меньшикова, Н.В. Чвырева, А.В. Гажева, И.Н. Большов // Экология человека. – 2021. – №12. – С.4-13. doi: 10.33396/1728-0869-2021-12-4-13.

93. Региональные модели медицинского обеспечения населения / В. И. Стародубов, В.О. Флек, И.М. Сон, С.А. Леонов, Э.Н. Матвеев, М.Н. Бантьева // Менеджер здравоохранения. – 2010. – №12. – С.8-13

94. Рейтинговая оценка территорий Оренбургской области с учетом основных характеристик здоровья населения, здравоохранения и социально-экономических показателей / Е.Л. Борщук, Д.Н. Бегун, Т.В. Бегун, Е.А. Васильев // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – №1. – С.106-109

95. Русских С.В. Интегральная оценка общественного здоровья / С.В. Русских, А.Е. Васюнина, В.М. Ротов // Актуальные вопросы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: Материалы Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием), посв. 160-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2023), Иркутск, 08 декабря 2023 года. – Иркутск: Иркутский научный центр хирургии и травматологии, 2023. – С. 180-182

96. Сабаев А.В. Анализ госпитализированной заболеваемости населения города Омска в результате острых отравлений и воздействий токсических веществ за 2010–2016 годы // Вестник современной клинической медицины. 2017. Т. 10. Вып. 5. С. 52–56.

97. Сакиев, К.З. Качественный показатель потери здоровья населения региона Приаралья / К. З. Сакиев, Л. К. Ибраева, Н. К. Дюсембаева [и др.] // Гигиена и санитария. – 2016. – Т. 95, № 10. – С. 950-954. – DOI 10.18821/0016-9900-2016-95-10-950-954.

98. Самородская, И. В. Методические вопросы и результаты оценки глобального бремени болезней (обзор литературы) / И. В. Самородская, М. А. Ватолина, С. А. Бойцов // Профилактическая медицина. – 2015. – Т. 18, № 1. – С. 40-45.

99. Самородская, И.В. Современные проблемы оценки индивидуального и общественного здоровья / И.В. Самородская, В.И. Перхов, А.А. Третьяков // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – №3. – С.14-28

100. Сейткалык, Е. Качества оказания медицинских услуг на уровне ПМСП / Е. Сейткалык, С. Мукашев, М. Бидайбеков, Л. Асыкбаева // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2019. – № 1. – С. 669-671.

101. Семенова, З.А. Мониторинг, экспертная оценка и классификация показателей состояния общественного здоровья в регионе / З.А. Семенова // Социально-экономическая география. Вестник Ассоциации российских географов-обществоведов. – 2019. – №8. – С.96-114

102. Ситдикова, И.Д. Оценка риска как критерий в системе показателей общественного здоровья / И. Д. Ситдикова, Э. Н. Мингазова, А. В. Мешков, С. А. Гуреев // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2020. – № 1. – С. 24-29. – DOI 10.25742/NRIPH.2020.01.004

103. Современные тенденции в системе здравоохранения Российской Федерации. М.: Издание Государственной Думы, 2019. 80 с.
104. Соломонов, А.Д. К проблеме формирования концепции и критериев общественного здоровья / А.Д. Соломонов, А.Д. Калоев // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2017. – №4. – С.483-486
105. Социология быта, здоровья и образа жизни населения: Социология в России / Л. Гордон, А. Возьмитель, И. Журавлева, Э. Клопов, Н. Римащевская, В. Ядов // под ред. В.А. Ядова. 2-е изд., перераб. и дополн. М.: Издательство Института социологии РАН, 1998. – 696 с.
106. Спанкулова, Л. С. Социально-экономический статус и качество жизни, связанные со здоровьем населения промышленного региона (на примере Карагандинской области Республики Казахстан) / Л. С. Спанкулова, М. А. Канева // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2018. – Т. 14, № 11(368). – С. 2130-2148. – DOI 10.24891/ni.14.11.2130.
107. Сраубаев, Е. Н. Разработка технологий управления здоровьем населения Казахстана на основе интегральной оценки сочетанного воздействия экологических факторов / Е. Н. Сраубаев, Б. Серик // Гигиена и санитария. – 2013. – Т. 92, № 5. – С. 73-75.
108. Сраубаев, Е.Н. Особенности динамики состояния здоровья населения, проживающего вблизи топливно-энергетического комплекса республики Казахстан / Е. Н. Сраубаев, Д. Б. Кулов, С. С. Айтмагамбетова [и др.] // Гигиена и санитария. – 2014. – Т. 93, № 6. – С. 32-36.
109. Стародубов, В.И. О дифференцированных принципах управления здравоохранением на основе комплексного подхода к ресурсному обеспечению / В.И. Стародубов // Здравоохранение РФ. – 2002. – №5. – С.19-24
110. Статистика болезненности населения в Московской губернии за период 1883-1902 гг. / [Соч.] Сан. врача Моск. губ. земства П.И. Куркина. Вып. 1-4. - Москва : Моск. губ. земство, 1907-1912. - 4 т.; 26.

111. Султанбекова, Б.М. Глобальное бремя болезней, травм и факторов риска / Б.М. Султанбекова, А.А. Аканов, Л.К. Кошербаева, Л.Ж. Карсакбаева // Журнал «Медицина». – 2015. – № 2 (152). – С. 11-13
112. Тайторина, Б. А. Современные модели организации здравоохранения: проблемы правового регулирования / Б. А. Тайторина, Л. Б. Богатырева, Г. Т. Байсалова // Вестник Института законодательства и правовой информации Республики Казахстан. – 2020. – № 2(60). – С. 157-166.
113. Тайторина, Б. А. Эволюция государственной политики Республики Казахстан в сфере охраны здоровья населения / Б. А. Тайторина, Р. С. Дощанова, К. Л. Гогаладзе // Молодой ученый. – 2020. – № 30(320). – С. 94-102.
114. Татарина Т.А., Косаговская И.И. Анализ распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний среди женщин репродуктивного возраста / Т.А. Татарина, И.И. Косаговская // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2020. – №(7-8). – С.42-47.
115. Тимонин, С. А. Система показателей оценки общественного здоровья / С. А. Тимонин, Е. К. Папанова // Московская медицина. – 2017. – № 1(16). – С. 25-26.
116. Тулебаев, К.А. Модель модернизации здравоохранения города Алматы / К. А. Тулебаев, В. И. Ахметов, Г. У. Кулкаева [и др.] // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2017. – № 4. – С. 401-404.
117. Тулегалиева А.Г. Методологические подходы к оценке отдельных региональных служб здравоохранения в Казахстане / А.Г. Тулегалиева, Г.Н. Бермагамбетова, С.В. Ким // Journal of Clinical Medicine of Kazakhstan. – 2012. – №1(24). – С.12-14
118. Туменова Б.Н. Исследование доступности и качества медицинских услуг / Б.Н. Туменова // Уровень жизни населения регионов России. – 2008. – №11-12 (129-130). – С.44-47

119. Турганова, М. К. Индекс здоровья населения репродуктивного возраста в Республике Казахстан / М. К. Турганова, А. А. Абдулдаева // Наука и образование: сохраняя прошлое, создаём будущее : сборник статей IX Международной научно-практической конференции: в 3 частях, Пенза, 05 мая 2017 года. Том Часть 1. – Пенза: "Наука и Просвещение" (ИП Гуляев Г.Ю.), 2017. – С. 206-209.

120. Турдалиева, Б.С. Доступность медицинской помощи на уровне ПМСП на примере г. Алматы и Алматинской области / Б.С. Турдалиева, У.А. Алтынбекова и другие. // Вестник КазНМУ. – 2016. – №3. – С.15-23.

121. Цыганова О.А. Комплексная оценка региональной системы здравоохранения: данные официальной статистики и социологических опросов населения / О.А. Цыганова, С.В. Шульгина // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2016. – №9(10). – С.9-13.

122. Чубенко, Д. С. Социология здоровья: становление и пути развития / Д. С. Чубенко // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2007. – № 1(6). – С. 118-122.

123. Шабалина, Ю. Н. Современные тенденции развития демографической политики в Воронежской области / Ю. Н. Шабалина // Перспективы науки и образования. – 2014. – № 6(12). – С. 175-177.

124. Шакуров В.А. Интегральная оценка общественного здоровья населения г. Санкт-Петербурга за период с 2007 по 2014 год / В.А. Шакуров, И.А. Бобровский, В.В. Дмитриев // Метеорологический вестник. – 2017. – №2. – С.242-247

125. Шегирбаева, К. Б. Динамика и ее особенности показателя здоровья населения, проживающего в промышленных центрах Республики Казахстан / К. Б. Шегирбаева // Наука и новые технологии. – 2009. – № 3. – С. 301-304.

126. Шелепов, С.Н. К вопросу о доступности медицинской помощи: российское и зарубежное законодательство / С.Н. Шелепов // Образование и право. – 2022. – №12. – С. 74-79. doi:10.24412/2076-1503-2022-12-74-79

127. Шелехова, Т.Н. Проблема выбора критериев оценки качества жизни населения / Т.Н. Шелехова // География и природные ресурсы. – 2006. – №1. – С.108-114
128. Шувалов, В.А. Государственное регулирование инновационного развития регионов Казахстана / В. А. Шувалов // Российское предпринимательство. – 2015. – Т. 16, № 1(271). – С. 87-96.
129. Щербук Ю.А. К вопросу о понятиях «Здоровье» и «Образ жизни» / Ю.А. Щербук, Е.М. Булатова // Педиатр. – 2010. – №1. – М3-М5
130. Aringazina, A. New horizons for public health in Kazakhstan / A. Aringazina, G. Macdonald // Promot Educ. 110. – 2006. – №13(3). – P.203-7.
131. Baizhiyenova, K. History of the development of medicine in Kazakhstan / K. Baizhiyenova, B. Kalmenova // Bulletin WKU. – 2022. – No. 2(86). – P. 125-133. – DOI 10.37238/1680-0761.2022.86(2).99
132. Bauer G.F., Roy M., Bakibinga P., Contu P., Downe S., Eriksson M., et al. Future directions for the concept of salutogenesis: a position article. Health Promot Int. 2020. – №35(2). – P. 187–95
133. Bauldry S., Shanahan M.J., Boardman J.D., Miech R.A., Macmillan R. A life course model of self-rated health through adolescence and young adulthood. Social Science & Medicine. – 2012. – №75(7). – P.1311–1320.
134. Bickenbach, J. Reconciling the capability approach. Eur J Disabil Res. 2014. – №8. – С.10–23.
135. Boardman, J.D. Self-rated health among US adolescents. Journal of Adolescent Health. – 2006. – №38(4). – P. 401–408.
136. Bok, S. Rethinking the WHO Definition of Health. Cambridge, MA: Harvard Centre for Population and Development studies; 2004. Working Paper, Volume 14, No. 7
137. Bollen K.A., Gutin I., Halpern C.T., Harris K.M. Subjective health in adolescence: Comparing the reliability of contemporaneous, retrospective, and proxy reports of overall health. Soc Sci Res. – 2021. – May. – №96. – P.102538. doi: 10.1016/j.ssresearch.2021.102538.

138. Boorse C. Health as a theoretical concept. *Philos Sci.* 1977. – №44(4). – P. 542–573
139. Booth J.M., Teixeira S., Zuberi A., Wallace J.M. Barrios, ghettos, and residential racial composition: Examining the racial makeup of neighborhood profiles and their relationship to self-rated health. *Social Science Research.* 2018. – №69. – P.19–33.
140. Breidablik H.J., Meland E., Lydersen S. Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. *Scandinavian Journal of Public Health.* 2008. – №36(1). – P.12–20.
141. Chanturidze, T. Building policy-making capacity in the Ministry of Health: the Kazakhstan experience / T. Chanturidze, O. Adams, B. Tokezhanov, [et al.] // *Hum Resour Health.* – 2015. – №13. – P.4. - doi: 10.1186/1478-4491-13-4
142. Cherkasov S. N., Kamaev Y. O., Fedyaeva A. Methodological approaches to the identification and measurement of the economic determinant of public health. *Caspianjournalof medicine and pharmacy.* – 2023. – №4. – P.34-41. doi: 10.17021/2712-8164-2023-34-41
143. Declaration of Alma-Ata. 1978. Available online: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
144. Dowd J.B., Zajacova A. Does the predictive power of self-rated health for subsequent mortality risk vary by socioeconomic status in the US?. *International Journal of Epidemiology.* – 2007. – №36(6). – P. 1214–1221.
145. Franks P., Gold M.R., Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Social Science & Medicine.* 2003. – № 56(12). – P.2505–2514.
146. Goldman N., Gleit D.A., Chang M.C. The role of clinical risk factors in understanding self-rated health. *Annals of Epidemiology.* 2004. – №14(1). – P.49–57.
147. Gulis, G. Population Health Status of the Republic of Kazakhstan: Trends and Implications for Public Health Policy /G. Gulis, A. Aringazina, Z.

Sangilbayeva, K. Zhan, [et al.] // Int J Environ Res Public Health. – 2021. - № 18(22). – P.12235. - Doi: 10.3390/ijerph182212235.

148. Hafen M. Of what use (or harm) is a positive health definition? J Public Health (Bangkok) 2016. – №24(5). – P.437–441

149. Haverkamp B., Bovenkerk B., Verweij M.F. A practice-oriented review of health concepts. J Med Philos A Forum Bioeth Philos Med. 2018. – №43(4). – P. 381–401

150. Huber M., Knottnerus J.A., Green L., Van Der Horst H., Jadad A.R., Kromhout D. How should we define health? BMJ. 2011. – №343(jul26 2). – P. d4163

151. Huber M., van Vliet M., Giezenberg M., Winkens B., Heerkens Y., Dagnelie P.C. Towards a patient-centred operationalisation of the new dynamic concept of health. Br Med J Open. 2016. – №6(1). – P. 1–12.

152. Hwang J, Vu GT, Tran BX et al. Measuring satisfaction with health care services for Vietnamese patients with cardiovascular diseases. PLoS One. 2020. – №15(6). – e0235333. doi:10.1371/journal.pone.0235333.

153. Idler E., Cartwright K. What do we rate when we rate our health? Decomposing age-related contributions to self-rated health. Journal of Health and Social Behavior. – 2018. – №59(1). – P.74–93.

154. International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. WHO Chron. – 1978 Nov. – №32(11). – P.428-30.

155. Jambroes M., Nederland T., Kaljouw M., Van Vliet K., Essink-Bot M.L., Ruwaard D. Implications of health as “the ability to adapt and self-manage” for public health policy: a qualitative study. Eur J Pub Health. – 2016. – №26(3). – P. 412–416

156. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Social Science & Medicine. – 2009. – №69(3). – P.307–316.

157. Jylhä M., Volpato S., Guralnik J.M. Self-rated health showed a graded association with frequently used biomarkers in a large population sample. *Journal of Clinical Epidemiology*. – 2006. – №59(5). – P.465–471.
158. Kalel, Z.S. Implementation of Health Impact Assessment in the Healthcare System of the Republic of Kazakhstan / Z.S. Kalel, G. Gulis, A.M. Aringazina // *Int J Environ Res Public Health*. – 2023. - № 20(3). – P.2335. - doi: 10.3390/ijerph20032335
159. Katsaga A, Kulzhanov M, Karanikolos M, Rechel B. Kazakhstan: health system review. *Health system in transition*. – 2012. – №14(4). – P.1-154.
160. Latham K., Peek C.W. Self-rated health and morbidity onset among late midlife US adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. – 2013. – №68(1). – P. 107–116.
161. Leonardi F. The definition of health: towards new perspectives. *Int J Health Serv*. – 2018. – №48(4). – P.735–748
162. Li Y, Gong W, Kong X, et al. Factors associated with outpatient satisfaction in tertiary hospitals in China: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. – 2020. – №17(19). – P. 7070. doi:10.3390/ijerph17197070.
163. Marino M, Solberg L, Springer R, et al. Cardiovascular disease preventive services among smaller primary care practices. *Am J Prev Med*. – 2022. – №62(5). – P.e285-95. doi:10.1016/j.amepre.2021.10.011.
164. Mavaddat N., Valderas J.M., Van Der Linde R., Khaw K.T., Kinmonth A.L. Association of self-rated health with multimorbidity, chronic disease and psychosocial factors in a large middle-aged and older cohort from general practice: a cross-sectional study. *BMC Family Practice*. – 2014. – №15(1). – P.185.
165. Mohammadzadeh N, Rezayi S, Tanhapour M, et al. Telecardiology interventions for patients with cardiovascular Disease: A systematic review on characteristics and effects. *Int J Med Inform*. – 2021. – № 158. – P. 104663. doi:10.1016/j.ijmedinf.2021.104663.
166. Muratov, S. Mentoring a health technology assessment initiative in Kazakhstan / S. Muratov, D. Hailey, V. Foerster, B. Brady, D. Juzwishin, [et al.] //

Int J Technol Assess Health Care. – 2014. - №30(2). – P.147-52. - Doi: 10.1017/S0266462314000087

167. Nations, U. United Nations. Human Development Index. <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI> (date of access: 04.03.2024)

168. Nordenfelt L. Quality of life, health and happiness. Aldershot: Avebury Ashgate Publishing Limited; 1993.

169. Nussbaum M.C. Woman and human development. The capabilities approach. Cambridge: Cambridge University Press; 2000

170. Omir, A.S. Measuring Main Public Health Indicators of the Republic of Kazakhstan / A.S. Omir, N.A. Abilkaiyr // Economics: the strategy and practice. – 2021. - 16(3). – P.192-203. <https://doi.org/10.51176/1997-9967-2021-3-192-203>

171. Polhamus B., Farel A., Trester A. Enhancing technology skills of maternal and child health professionals. Matern Child Health J. – 2000. – №4(4). – P. 271-275

172. Prinsen C.A.C., Terwee C.B. Measuring positive health: for now, a bridge too far. Public Health. – 2019. – №170. – P. 70–77.

173. Reczek C., Liu H., Spiker R. Self-rated health at the intersection of sexual identity and union status. Social Science Research. – 2017. – №63. – P. 242–252.

174. Sakko, Y. The Prevalence, Indications, Outcomes of the Most Common Major Gynecological Surgeries in Kazakhstan and Recommendations for Potential Improvements into Public Health and Clinical Practice: Analysis of the National Electronic Healthcare System (2014-2019) / Y. Sakko, G. Aimagambetova, M. Terzic, [et al.] // Int J Environ Res Public Health. – 2022. – №19(22). –P.14679. - Doi: 10.3390/ijerph192214679

175. Sanders, B.S. Measuring Community Health Levels / B.S Sanders // Am J Public Health Nations Health. – 1964. - 54(7). – P. 1063-70. - Doi: 10.2105/ajph.54.7.1063. PMID: 14157838; PMCID: PMC1254928.

176. Schnittker J. Cognitive abilities and self-rated health: Is there a relationship? Is it growing? Does it explain disparities?. *Social Science Research*. 2005; 34(4): 821–842.

177. Shakarishvili, G. Converging health systems frameworks: towards a concepts-to-actions roadmap for health systems strengthening in low and middle income countries / G.Shakarishvili, R.Atun, P. Berman, [et al.] // *Glob Health Gov.* – 2010. – №3(2) – P.1-17.

178. Shaltynov, A. Assessment of primary healthcare accessibility and inequality in north-eastern Kazakhstan / A. Shaltynov, J. Rocha, U. Jamedinova, A. Myssayev // *Geospat Health*. – 2022. – №17(1). – doi: 10.4081/gh.2022.1046

179. Singh-Manoux A., Dugravot A., Shipley M.J., Ferrie J.E., Martikainen P., Goldberg M, & Zins M The association between self-rated health and mortality in different socioeconomic groups in the GAZEL cohort study. *International Journal of Epidemiology*. – 2007. – №36(6). – P. 1222–1228.

180. Sokol R., Ennett S., Gottfredson N., Halpern C. Variability in self-rated health trajectories from adolescence to young adulthood by demographic factors. *Preventive Medicine*. – 2017. – №105. – P. 73–76.

181. Studziński K, Tomasik T, Windak A, et al. The Differences in the Prevalence of Cardiovascular Disease, Its Risk Factors, and Achievement of Therapeutic Goals among Urban and Rural Primary Care Patients in Poland: Results from the LIPIDOGRAM 2015 Study. *J Clin Med*. – 2021. – №10(23). – P. 5656. doi:10.3390/jcm10235656.

182. Sturmberg J.P, Martin C.M., Moes M.M. Health at the center of health systems reform: how philosophy can inform policy. *Perspect Biol Med*. – 2010. – №53(3). – P. 341–356.

183. Sullivan, D.F. A single index of mortality and morbidity / D.F. Sullivan // *HSMHA Health Rep*. – 1971. - 86(4). – P.347-54

184. van Druten V.P., Bartels E.A., van de Mheen D., de Vries E., Kerckhoffs A.P.M., Nahar-van Venrooij L.M.W. Concepts of health in different

contexts: a scoping review. BMC Health Serv Res. – 2022 Mar 24. – № 22(1). – P. 389. doi: 10.1186/s12913-022-07702-2.

185. Vinnikov, D. Health-related quality of life in a general population sample in Kazakhstan and its sociodemographic and occupational determinants / D. Vinnikov, A. Raushanova, Z. Romanova, Z. Tulekov // Health Qual Life Outcomes. – 2021. – 19(1). – P.199. Doi: 10.1186/s12955-021-01843-4

186. WHO Centre for Health Development (Kobe J. [et al.]. World Health Organization. The urban health index: a handbook for its calculation and use. Geneva, 2014.

187. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: WHO; 2007.

188. Yang T.C., Zhao Y., Song Q. Residential segregation and racial disparities in self-rated health: How do dimensions of residential segregation matter? Social Science Research. – 2017. – № 61. – P. 29–42.

189. Zeckhauser, R. Where Now for Saving Lives? / R. Zeckhauser, D. Shepard // Law and Contemporary Problems. – 1976. – № 4 (40). – P. 5–45.

190. Zhakhina, G. Incidence and mortality rates of strokes in Kazakhstan in 2014-2019 / G. Zhakhina, B. Zhalmagambetov, A. Gusmanov, [et al.] // Sci Rep. – 2022. – 12(1). – P.16041. doi: 10.1038/s41598-022-20302-8

191. Zheng H., Land K.C. Composition and decomposition in US gender-specific self-reported health disparities, 1984–2007. Social Science Research. – 2012. – №41(2). – P.477–488.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

АНКЕТА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ МНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПО ДОСТУПНОСТИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Уважаемые респонденты!

Результаты, полученные на основании Ваших ответов, планируется использовать для повышения качества и доступности организации медицинской помощи. Анонимность ответов и соблюдение врачебной тайны гарантируется. Просим Вас отметить наиболее точные варианты ответов на поставленные вопросы.

Благодарим Вас за понимание и потраченное время.

I. Общие положения

1. Как вы оцениваете состояние своего здоровья? *(Возможен один вариант ответа)*

- ☐ Хорошее
- ☐ Удовлетворительное
- ☐ Плохое _____
- ☐ Затрудняюсь ответить

2. Куда Вы обращались за медицинской помощью в течение года? *(Возможны несколько вариантов ответа)*

- ☐ В поликлинику по месту жительства
- ☐ Были госпитализированы в больницу
- ☐ Вызывали скорую медицинскую помощь
- ☐ В платные медицинские учреждения или к частнопрактикующим специалистам
- ☐ К народным целителям, гомеопатам, знахарям, экстрасенсам и др.
- ☐ Не обращались ни к кому, т.к. лечились сами
- ☐ Не обращались ни к кому, т.к. не было необходимости

3. Зачем Вы обращались за медицинской помощью?

- ☐ С профилактической целью
- ☐ Для консультации
- ☐ Для диагностики и / или лечения заболевания *(какого?; возможно несколько вариантов ответа):*

- ☐ болезни системы кровообращения
- ☐ болезни органов дыхания
- ☐ болезни органов пищеварения
- ☐ ревматические болезни *(в т.ч. хронические ревматические болезни сердца, ревматические пороки сердца, артрозы, артриты, остеохондроз и др.)*
- ☐ болезни мочеполовой системы
- ☐ болезни эндокринной системы
- ☐ болезни нервной системы
- ☐ болезни глаза
- ☐ другие заболевания (какие?): _____

3. Как Вы считаете, имеются ли сегодня в медицинском обслуживании негативные явления? *(возможны несколько вариантов ответов)*

- ☐ Увеличение объема платной медицинской помощи

- ☐ Высокая стоимость лекарств
- ☐ Снижение качества медицинского обслуживания
- ☐ Отсутствие правовой защиты пациента
- ☐ Недостаточное количество хорошо оснащенных поликлиник, больниц, станций скорой помощи
- ☐ Невнимательное отношение медицинского персонала в лечебных учреждениях
- ☐ Недостаточно высокая квалификация медицинского персонала

Во втором блоке вопросы посвящены доступности оказания медицинской помощи: временные затраты на очереди и дорогу, наиболее посещаемые врачи, стоимость затраченных услуг на медицинскую помощь по видам деятельности, варианты оплаты, качество вызова скорой помощи.

II. Доступность медицинской помощи

4. Сколько времени Вам приходится тратить на дорогу в лечебно-профилактическое учреждение? (возможен один вариант ответа)

- ☐ До 15 минут
- ☐ До 30 минут
- ☐ До 1 час
- ☐ До 2 часов
- ☐ Более 2 часов (укажите максимальное количество часов, потраченное на дорогу в ЛПУ)

5. Сколько времени у Вас уходит на ожидание приема врача в поликлинике? (возможны несколько вариантов ответов)

Время ожидания приема врача	участковый терапевт	невропатолог	хирург	отоларинголог	офтальмолог	гинеколог	стоматолог	ревматолог
До 15 минут включительно								
До 30 минут								
До 1 часа								
До 2 часов								
Свыше 2 часов (укажите максимальное количество часов, потраченное на ожидание приема врача)								

Внимание! В строке может быть заполнено несколько ячеек, но в столбце только одна.

6. Удобен ли для Вас график работы врачей и служб поликлиники? (возможен один вариант ответа либо «Да» либо «Нет» либо «Затрудняюсь ответить», но в подпункте ответа «Нет» возможны несколько вариантов ответа)

- ☐ Да
- ☐ Нет
- ☐ Не соответствует график приема врача с графиком рабочего времени

☐ Нет возможности попасть на прием в выходные дни

☐ Нет возможности попасть на прием до 15.00

☐ Затрудняюсь ответить, т.к. давно не обращался/обращалась.

7. Считаете ли Вы, что в учреждении, где Вы обычно получаете медицинскую помощь, отсутствуют специалисты нужного Вам профиля? (возможен один вариант ответа либо «Да» либо «Нет» либо «Затрудняюсь ответить», но в подпункте ответа «Да» возможны несколько вариантов ответа)

☐ Да

☐ участковый терапевт

☐ невропатолог

☐ хирург

☐ отоларинголог

☐ офтальмолог

☐ гинеколог

☐ стоматолог

☐ другой

☐ Нет

☐ Затрудняюсь ответить, т.к. давно не обращался/обращалась.

8. При посещении поликлиники или во время госпитализации сталкивались ли Вы с отказом в необходимых обследованиях и лечении? (возможен один вариант ответа либо «Да» либо «Нет», но в подпункте ответа «Да» возможны несколько вариантов ответа. Также при выборе ответа «Эндоскопические исследования» возможен один из вариантов исследований)

☐ Да

☐ Рентген

☐ Анализ мочи

☐ Анализ крови

☐ Функциональная диагностика

☐ Ультразвуковая диагностика

☐ Биохимическая лаборатория

☐ Эндоскопические исследования

☐ гастроэнтроскопия

☐ ректороманоскопия

☐ бронхоскопия

☐ Диспансеризацию

☐ Другие

☐ Нет

9. Сколько времени Вам приходится тратить на посещение диагностических кабинетов (возможен один вариант ответа)

☐ До 30 минут

☐ До 60 минут

☐ Более 1 часа (указать максимальное количество часов, потраченное на посещение)

☐ Давно не обращался/обращалась

10. Как долго Вам приходится ожидать госпитализации (плановой)? (возможен один вариант ответа)

☐ Нет, не нуждаюсь в госпитализации

☐ Очереди не было

☐ Менее 2 недель

☐ До 4 недель

☐ Более месяца (укажите сколько времени и какой стационар) _____

Внимание! При заполнении времени использовать запись вида «Х дней», Х – это количество дней ожидания госпитализации. Стационар вписать разборчиво печатными буквами.

11. Были ли у вас трудности с вызовом скорой медицинской помощи за последние

12 месяцев? (возможен один вариант ответа либо «Да» либо «Нет» либо «Не вызывал/вызывала», но в подпункте ответа «Да» возможны несколько вариантов ответа)

☐ Да

☐ вызов не принят

☐ отсутствие свободной бригады на месте

☐ даны рекомендации вместо принятия вызова

☐ Нет, не было

☐ Не вызывал/вызывала

12. Сколько времени вам приходилось ожидать прибытия бригады скорой медицинской помощи? (возможен один вариант ответа)

☐ До 15 минут

☐ До 30 минут

☐ До 1 час

☐ До 2 часов

☐ Более 2 часов (указать максимальное время ожидания)

13. Доступны ли Вам платные медицинские услуги: (возможен один вариант ответа либо «Да» либо «Нет» либо «Затрудняюсь ответить», но в подпункте ответа «Да» возможны несколько вариантов ответа)

☐ Да,

☐ мне позволяют материальные возможности

☐ мне доплачивает предприятие, фирма

☐ но пришлось бы ограничить себя в питании, покупке одежды и пр.

☐ Нет, не доступны

☐ Затрудняюсь ответить, т.к. не пользовался/пользовалась

14. Какое количество денег Вы потратили за **последний год** на собственное лечение и лечение членов семьи (напишите в соответствующей графе номер выбранного Вами варианта ответа - 1, 2, 3 ... и т.д.)

Варианты ответов:

1. до 1000 рублей
2. до 3000 рублей
3. до 6000 рублей
4. до 10 000 рублей
5. до 20 000 рублей
6. до 30 000 рублей
7. свыше 30 000 рублей (укажите максимальную общую сумму денег, потраченную на собственное лечение респондента и лечение членов семьи) _____

Внимание! Стоимость затраченных средств выражается округленно, без долей в рублях

Количество денег, потраченное	в стационаре		в поликлинике	
	официально (в кассу)	неофициально	официально (в кассу)	неофициально
Лечение детей				
Терапевтическую помощь				
Хирургическую помощь				
Кардиологическую помощь				
Травматологическая				
Медицинское обслуживание при гинекологическом заболевании				
Стоматологические услуги				
Ведение беременности и родов				
Санаторно-курортное лечение				
Получение больничных листов и				
Медикаменты				

Внимание! По одному столбцу возможны несколько вариантов ответа, а в строке возможно максимальное количество ответов – 2, число вариантов ответа 3 и 4 не должно быть.

15. Приходилось ли Вам неофициально доплачивать врачу за лечение, обследование?
(возможен один вариант ответа либо «Да» либо «Нет» либо «Не могу ответить», но в подпункте ответа «Да» возможны несколько вариантов ответа)

- ☐ Нет
- ☐ Да
- ☐ - деньгами
- ☐ - подарками
- ☐ - услугами
- ☐ Не могу ответить

16. Если Вы обращались за медицинской помощью платно, то укажите причину?
(возможны несколько вариантов ответов)

- ☐ Врач в больнице по месту жительства отказал в выдаче направления в специализированные учреждения (диагностический центр и др.)
- ☐ Хочу, чтобы меня обслужили на высоком уровне (быстро и качественно)
- ☐ Районная поликлиника находится далеко
- ☐ Низкий уровень оснащенности районной поликлиники
- ☐ Отсутствие нужных врачей - специалистов в районной поликлинике
- ☐ Устраивает комплексность медицинского обслуживания
- ☐ Высокий профессионализм врачей

- ☐ Более совершенная организация работы (отсутствие очередей и т.д.)
- ☐ Внимательное отношение медицинского персонала
- ☐ Устраивает более широкий спектр предоставляемых медицинских услуг
- ☐ Высокое качество оказания медицинской помощи
- ☐ Современное оборудование

Третий раздел посвящен удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи. Удовлетворенность результатом оказания медицинского обслуживания, отношением врачей и младшего медицинского персонала, санитарно-гигиеническими условиями, уровнем обеспеченности медикаментами в поликлинике, стационаре, ЛПУ, и скорой помощи,

III. Удовлетворенность качеством медицинской помощи

17. Удовлетворяет ли Вас результат медицинского обслуживания?

(отметьте знаком «√» в соответствующей графе)

	да	нет	не в полной мере
В поликлинике по месту жительства			
В стационаре по месту жительства			
В платных лечебно-профилактических учреждениях			
Скорой медицинской помощью			

Внимание! Возможны несколько вариантов ответа по столбцу, и только Один в строке.

18. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам врача?

(отметьте знаком «√» в соответствующей графе)

	да	нет	не в полной мере
В поликлинике по месту жительства			
В стационаре по месту жительства			
В платных лечебно-профилактических учреждениях			
Скорой медицинской помощи			

Внимание! Возможны несколько вариантов ответа по столбцу, и только Один в строке.

19. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам среднего медицинского персонала?

(отметьте знаком «√» в соответствующей графе)

	да	нет	не в полной мере
В поликлинике по месту жительства			
В стационаре по месту жительства			
В платных лечебно-профилактических учреждениях			
Скорой медицинской помощи			

Внимание! Возможны несколько вариантов ответа по столбцу, и только Один в строке.

20. Удовлетворены ли Вы отношением к Вам младшего медицинского персонала?

(отметьте знаком «√» в соответствующей графе)

	да	нет	не в полной мере
В поликлинике по месту жительства			
В стационаре по месту жительства			

В платных лечебно-профилактических учреждениях			
Скорой медицинской помощи			

Внимание! Возможны несколько вариантов ответа по столбцу, и только Один в строке.

21. Удовлетворены ли Вы санитарно-гигиеническими условиями при оказании медицинской помощи? (отметьте знаком «√» в соответствующей графе)

	да	нет	не в полной мере
В поликлинике по месту жительства			
В стационаре по месту жительства			
В платных лечебно-профилактических учреждениях			
Скорой медицинской помощи			

Внимание! Возможны несколько вариантов ответа по столбцу, и только Один в строке.

22. Удовлетворены ли Вы уровнем обеспечения медикаментами? (отметьте знаком «√» в соответствующей графе)

	да	нет	не в полной мере
В поликлинике по месту жительства			
В стационаре по месту жительства			
В платных лечебно-профилактических учреждениях			
Скорой медицинской помощи			

Внимание! Возможны несколько вариантов ответа по столбцу, и только Один в строке.

23. Всегда ли Вы приобретаете лекарства, назначенные врачом? (возможен один вариант ответа либо «Да» либо «Нет» либо «Другие причины» с указанием какие именно, но в подпункте ответа «Нет» возможны несколько вариантов ответа)

- ☐ Да, всегда
- ☐ Нет, не всегда,
- ☐ в связи с дороговизной
- ☐ в связи с отсутствием в аптеке
- ☐ в связи с тем, что некому купить, доставить
- ☐ не согласен с предписанием врача
- ☐ Другие причины (пожалуйста, впишите какие) _____

Внимание! Заполняется кратко и разборчиво.

24. . Были ли у Вас:

(возможен один вариант ответа либо «Да» либо «Нет»)

- случаи внутрибольничного инфицирования и осложнений: ☐ Да, ☐ Нет

- случаи повторной госпитализации по поводу одного и того же заболевания в течение года: ☐ Да, ☐ Нет

- случаи с расхождением диагнозов у врачей: ☐ Да, ☐ Нет.

- случаи, сопровождавшиеся жалобами на качество оказания Вам медицинской помощи: ☐ Да, ☐ Нет.

- Другое _____

(если есть другие варианты, разборчиво вписать в выделенное поле)

25. Хотели бы Вы сменить своего участкового врача: *(возможен один вариант ответа)*

- ☐ Да
- ☐ Нет
- ☐ Затрудняюсь ответить, т.к. я не знаю своего участкового врача

Следующий раздел исследует информированность респондента в области права в здравоохранении: страховой полис, правила выбора врача, подача жалоб, претензий, обсуждение тактики и стоимости лечения с лечащим врачом

IV. Информированность населения по вопросам медицинской помощи

26. Каким каналам получения информации о медицинском обслуживании Вы наиболее доверяете? *(возможны несколько вариантов ответов)*

- ☐ Местное радио, TV, печать
- ☐ Центральное радио, TV, печать
- ☐ От знакомых, соседей, друзей
- ☐ От медицинских работников лечебных учреждений
- ☐ Не интересуюсь подобной информацией

27. Знаете ли Вы, что такое обязательное медицинское страхование? *(возможен один вариант ответа)*

- ☐ Да знаю
- ☐ Знаю, но недостаточно
- ☐ Нет, не знаю

28. Знаете ли Вы свои права как гражданина, застрахованного по системе обязательного медицинского страхования? *(возможен один вариант ответа)*

- ☐ Да
- ☐ Нет
- ☐ Не задумывался/задумывалась над этим

29. Имеете ли Вы практическую возможность обратиться в любое медицинское учреждение на территории, где Вы проживаете, за медицинской помощью при наличии у Вас полиса обязательного страхования? *(возможен один вариант ответа)*

- ☐ Да, имею
- ☐ Нет, прикреплен к определенным медицинским учреждениям
- ☐ Не знаю

30. Знаете ли Вы, что такое добровольное медицинское страхование? *(возможен один вариант ответа)*

- ☐ Да знаю
- ☐ Знаю, но недостаточно
- ☐ Нет, не знаю

31. Обращались ли Вы в страховую медицинскую организацию, выдавшую страховой полис, с жалобой на неудовлетворительное оказание медицинской помощи в конкретном медицинском учреждении? *(возможен один вариант ответа)*

- ☐ Да
- ☐ Нет

32. Ознакомили ли Вас в лечебном учреждении с перечнем медицинских услуг, которые Вам должны предоставляться бесплатно? *(возможен один вариант ответа)*

- ☐ Да
☐ Нет

33. К кому, по Вашему мнению, Вы можете обратиться с жалобой на плохое медицинское обслуживание? *(возможны несколько вариантов ответов)*

- ☐ К главному врачу медицинского учреждения
☐ В страховую медицинскую организацию
☐ В территориальный фонд обязательного медицинского страхования
☐ В органы управления здравоохранением
☐ В судебные органы
☐ Во все перечисленные инстанции
☐ Не знаю

34. Интересует ли Вас информация о работе специалистов поликлиники? *(возможен один вариант ответа)*

- ☐ Да, интересуюсь всем объемом услуг, оказываемых в поликлинике
☐ Да, интересуюсь медицинскими возможностями поликлиники по моему заболеванию
☐ Не интересуюсь

35. Пользовались ли Вы правом выбора врача по Вашему желанию в поликлинике, где получаете медицинскую помощь? *(возможен один вариант ответа либо «Да» либо «Нет», но в подпункте ответа «Нет» возможны несколько вариантов ответа)*

- ☐ Да, пользовался
☐ Нет не пользовался,
☐ Не было такой возможности
☐ Хотел воспользоваться таким правом, но получил отказ
☐ Не знал, что имею такое право

36. Согласовывает ли врач с Вами тактику лечения?
(отметьте знаком «✓» в соответствующей графе)

	да	нет	не в полной мере
В поликлинике по месту жительства			
В стационаре по месту жительства			
В платных лечебно-профилактических учреждениях			
Скорой медицинской помощи			

Внимание! Возможны несколько вариантов ответа по столбцам и только один в строке.

37. Давал ли Вам лечащий врач районной поликлиники профилактические рекомендации по укреплению Вашего здоровья? *(возможен один вариант ответа либо «Да» либо «Нет» либо «Недостаточно», но в подпункте ответа «Да» возможны несколько вариантов ответа)*

- ☐ Да
☐ по диетическому питанию
☐ по физическим упражнениям и нагрузкам, закаливанию
☐ по режиму труда и отдыха

☐ Нет

☐ Недостаточно

38. Если врач выписывает Вам дорогие лекарства, обсуждается ли с Вами их стоимость?
(возможен один вариант ответа)

☐ Да

☐ Нет

☐ Затрудняюсь ответить

39. Получаете ли Вы от врача информацию о побочных эффектах от применения тех или иных лекарств, диагностических и лечебных процедур?
(отметьте знаком «√» в соответствующей графе)

	да	нет	не в полной мере
В поликлинике по месту жительства			
В стационаре по месту жительства			
В платных лечебно-профилактических учреждениях			
Скорой медицинской помощи			

Внимание! Возможны несколько вариантов ответа по столбцам и только один в строке.

40. Какая форма помощи является для вас оптимальной? (возможен один вариант ответа)

☐ Бесплатная государственная медицина

☐ Платные услуги в государственных, муниципальных медицинских учреждениях

☐ Частные клиники

☐ Деятельность практиков народной медицины и целителей

Последний вопрос. Если респондент не устал к окончанию интервью и интервьюер видит его заинтересованность, то необходимо заполнить по возможности точнее высказывания респондента. Если респондент устал, ему наскучил вопрос, он становится невнимательным, то в последнем вопросе достаточно обобщенных идей.

41. Нам важно узнать Ваше мнение о том, что необходимо предпринять, чтобы повысить доступность и качество обслуживания пациентов на Вашей территории? (Пожалуйста, впишите) **(Место для заполнения)**

В конце заполняется паспортчика. Общие данные респондента. Ф.И.О., адрес, паспортные данные, телефон респондента указывать не нужно.

В заключение укажите, пожалуйста:

Ваш пол ☐ мужской ☐ женский

Ваш возраст _____ полных лет

Семейное положение _____

Желательно заполнить семейное положение в соответствии с состоянием в браке по ОКИН:

Никогда не состоял; состоит в зарегистрированном браке; состоит в незарегистрированном браке; вдовец (вдова); разведен (разведена); разошелся (разошлись).

Ваше место жительства: Область _____

Город (село) _____

Ваш уровень образования

- ☐ Неполное среднее
- ☐ Среднее
- ☐ Среднее специальное
- ☐ Незаконченное высшее
- ☐ Высшее

Ваш социальный статус:

- ☐ Служащий государственного , негосударственного учреждения
- ☐ Рабочий государственного , негосударственного учреждения
- ☐ Учащийся (студент)
- ☐ Пенсионер
- ☐ Временно не работаю

Как вы оцениваете уровень материальной обеспеченности вашей семьи?

- ☐ Высокий
- ☐ Выше среднего
- ☐ Средний
- ☐ Ниже среднего
- ☐ Низкий
- ☐ Затрудняюсь ответить

«Большое спасибо!»

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



СВИДЕТЕЛЬСТВО

о государственной регистрации базы данных

№ 2024621069

«Удовлетворенность населения качеством медицинской помощи»

Правообладатель: *федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (RU)*

Авторы: *Бегун Дмитрий Николаевич (RU), Омарова Динара Сейсенбаевна (KZ), Борищук Евгений Леонидович (AB), Булычева Екатерина Владимировна (RU), Губайдуллина Лениза Рамилевна (RU)*

Заявка № 2024620721

Дата поступления 01 марта 2024 г.

Дата государственной регистрации

в Реестре баз данных 11 марта 2024 г.



Руководитель Федеральной службы
по интеллектуальной собственности

Ю.С. Зубов

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



СВИДЕТЕЛЬСТВО

о государственной регистрации программы для ЭВМ

№ 2022661253

РОЗа-v.1.0

Правообладатель: *Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (RU)*

Авторы: *Дуйсембаева Айслу Нагашыбаевна (RU), Омарова Динара Сейсенбаевна (RU), Бегун Дмитрий Николаевич (RU), Борщук Евгений Леонидович (RU)*



Заявка № 2022660316

Дата поступления 06 июня 2022 г.

Дата государственной регистрации

в Реестре программ для ЭВМ 17 июня 2022 г.

Руководитель Федеральной службы
по интеллектуальной собственности

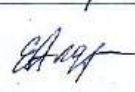
Ю.С. Зубов


УТВЕРЖДАЮ
 Ректор ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России,
 отличник здравоохранения РФ, д.м.н., профессор
 И.В. Мирошниченко
 «05» февраля 2024 г.

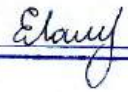
АКТ ВНЕДРЕНИЯ

программы для ЭВМ РОЗА-V.1.0 (Свидетельство о регистрации программы
 для ЭВМ RU 2022661253, 17.06.2022. Заявка № 2022660316 от 06.06.2022.) в
 учебную работу кафедры общественного здоровья и здравоохранения №1
 ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

Комиссия в составе: заведующего кафедрой, д.м.н., профессора Е.Л. Борщука, к.м.н., доцента Калининой Е.А., старшего преподавателя Бегун Т.В. подтверждает использование программы для ЭВМ РОЗА-V.1.0 (Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2022661253, 17.06.2022. Заявка № 2022660316 от 06.06.2022.), разработанной в соавторстве с Омаровой Динарой Сейсенбаевной при проведении практических занятий по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения» среди студентов лечебного и педиатрического факультета на кафедре общественного здоровья и здравоохранения №1 ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

д.м.н., профессор		Е.Л. Борщук
к.м.н., доцент		Е.А. Калинина
Старший преподаватель		Т.В. Бегун

460000, г. Оренбург, ул. Советская, д.6

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России
ПОДПИСИ ЗАВЕРЯЮ:
 Начальник отдела кадров
 Е.Н. Бердникова



УТВЕРЖДАЮ

Ректор ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России,
отличник здравоохранения РФ, д.м.н., профессор

И.В. Мирошниченко

« 5 » *февраля* 2024 г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

программы для ЭВМ РОЗА-V.1.0 (Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2022661253, 17.06.2022. Заявка № 2022660316 от 06.06.2022.) в учебную работу кафедры сестринского дела ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

Комиссия в составе: заведующего кафедрой, д.м.н., доцента Д.Н. Бегуна, к.м.н., доцента Булычевой Е.В., к.м.н. доцента Поповой Л.В. подтверждает использование программы для ЭВМ РОЗА-V.1.0 (Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2022661253, 17.06.2022. Заявка № 2022660316 от 06.06.2022.), разработанной в соавторстве с Омаровой Динарой Сейсенбаевной при проведении практических занятий по дисциплине «Экономика здравоохранения и общественное здоровье» среди студентов факультета высшего сестринского образования на кафедре сестринского дела ФГБОУ ВРО ОрГМУ Минздрава России

д.м.н., доцент		Д.Н. Бегун
к.м.н., доцент		Е.В. Булычева
к.м.н., доцент		Л.В. Попова

460000, г. Оренбург, ул. Советская, д.6



УТВЕРЖДАЮ
Ректор Казахского
медицинского университета «ВШОЗ»
А.А. Ауезова
2025г



АКТ ВНЕДРЕНИЯ

программы для ЭВМ РОЗА-V.1.0 (Свидетельство о регистрации
программы для ЭВМ RU 2022661253, 17.06.2022. Заявка № 2022660316
от 06.06.2022.)

в учебную работу кафедры Менеджмент здравоохранения
Казахстанского медицинского университета «ВШОЗ»

Комиссия в составе: заведующего кафедрой, д.м.н., профессора М.А. Камалиев, PhD., и.о.доцента М.Д. Бримжанова., PhD., доцент Д.Н. Маханбеткулова подтверждает использование программы для ЭВМ РОЗА—V.1.0 (Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2022661253, 17.06.2022. Заявка №2022660316 от 06.06.2022.), разработанной в соавторстве с Омаровой Динарой Сейсенбаевной при проведении практических занятиях по дисциплине «Информационные технологии в медицине» среди курсантов и врачей-резидентов КМУ «ВШОЗ»

д.м.н профессор		Камалиев М.А
PhD. и.о. доцента		Бримжанова М.Д
PhD. доцента		Маханбеткулова Д. Н

050060, г.Алматы, ул.Утепова 19А

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ
ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ
БАСҚАРМАСЫНЫҢ ШАРУАШЫЛЫҚ
ЖҮРГІЗУ ҚУҚЫҒЫНДАҒЫ
«ПЕРИНАТОЛОГИЯ ЖӘНЕ БАЛАЛАР
КАРДИОХИРУРГИЯСЫ ОРТАЛЫҒЫ»
КОММУНАЛДЫҚ МЕМЛЕКЕТТІК
КӘСІПОРНЫ



КОММУНАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ НА ПРАВЕ
ХОЗЯЙСТВЕННОГО ВЕДЕНИЯ
«ЦЕНТР ПЕРИНАТОЛОГИИ И ДЕТСКОЙ
КАРДИОХИРУРГИИ»
УПРАВЛЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА АЛМАТЫ

050060, Алматы қаласы, Басенов көшесі, 2
тел: (727) 337-87-87, 337-87-84
e-mail: perinatal_cardio@mail.ru

050060, город Алматы, улица Басенова 2
тел: (727) 337-87-87, 337-87-84
e-mail: perinatal_cardio@mail.ru

№ 554
23.05.2023г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

Программный продукт «РОЗа – 1,0» Дуйсембаевой А.Н., Омаровой Д.С., Бегуна Д.Н., Борщука Е.Л. используется в работе КГП на ПХВ Центр перинатологии и детской кардиохирургии, позволяющей провести интегральную оценку муниципальных образований по комплексу показателей для поддержки принятия управленческих решений в сфере общественного здравоохранения.

Директор



Г. Нурланова

Акт

Внедрения результатов научно-исследовательской работы

Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова

Наименование предложения - программы для ЭВМ РОЗА-V.1.0
(Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2022661253,
17.06.2022. Заявка № 2022660316 от 06.06.2022.);

Работа включена из диссертации PhD Омарова Д.С. «Совершенствование комплексной оценки общественного здоровья в Республике Казахстан - общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

Форма внедрение - методология

Ответственный за внедрение и исполнитель - PhD докторант ОгМУ МЗРФ Омарова Динара Сейсенбаевна

Эффективность внедрение - медико-социальная

Предложения и замечание учреждения, осуществляющего внедрения- нет

Сроки внедрения в течении -2024-2025гг.

Председатель комиссии:

НАО КазНМУ им. Асфандиярова

Заведующая кафедрой

общественного здравоохранения, к.м.н.

Члены ответственные за внедрение

Ассоциированный профессор кафедры

Общественного здравоохранения

КазНМУ им. Асфендиярова д. м. н.

Ассоциированный профессор кафедры Общественного здравоохранения

КазНМУ им. Асфендиярова д. м. н.

Исполнитель: PhD докторант Омарова Д.С.



Кожекенова Ж.А.

[Signature]

Айтманбетова А.А.

[Signature]

Жакупова М.Н