



Министерство здравоохранения
Республики Казахстан

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ДОКЛАД ПО РАЗВИТИЮ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН





**НАЦИОНАЛЬНЫЙ ДОКЛАД
ПО РАЗВИТИЮ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

Алматы
2023

УДК 614.88 (574)
ББК 53.5 (5Каз)
Н35

Рецензенты:

Калиев Асет Аскерович – доктор медицинских наук, Председатель Правления – ректор Западно-Казахстанского государственного медицинского университета им. М. Оспанова

Мұхамеджан Илияс Тұнғышқанұлы – заместитель Председателя Правления НАО «Фонд социального медицинского страхования».

Н35

Коллектив авторов:

Шоранов М.Е., Кулкаева Г.У., Надыров К.Т., Кульжанов М.К., Давлетов К.К., Смаилова Д.С., Кошербаева Л.К., Құмар А.Б., Степкина Е.Л., Жумагалиулы А., Толганбаева К.А., Хасенова А.Ж.

Национальный доклад по развитию первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан, 2023.– г.Алматы: КазНМУ, 2023 – 108с.

ISBN 978-601-246-763-5

В данном национальном докладе представлена информация по развитию первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан за 2018–2022 годы. Анализ текущей ситуации охватил разделы по состоянию здоровья населения, по инфраструктуре ПМСП, включающей вопросы кадрового обеспечения, финансирования, в том числе лекарственного обеспечения. Также представлены результаты политики по оказанию интегрированной помощи путем формирования мультидисциплинарных команд ПМСП. В целях реализации всеобщего охвата услугами здравоохранения и обеспечения равного доступа были представлены результаты модернизации сельского здравоохранения и цифровизации.

ISBN 978-601-246-763-5

© Шоранов М.Е., Кулкаева Г.У.,
Надыров К.Т., Кульжанов М.К.,
Давлетов К.К., Смаилова Д.С.,
Кошербаева Л.К., Құмар А.Б.,
Степкина Е.Л., Жумагалиулы А.,
Толганбаева К.А., Хасенова А.Ж. 2023

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК АББРЕВИАТУР И СОКРАЩЕНИЙ	4
БЛАГОДАРНОСТЬ.....	6
ВВЕДЕНИЕ.....	7
1. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	10
2. АНАЛИЗ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ РАЗВИТИЯ ПМСП	14
2.1 Состояние здоровья населения Республики Казахстан.....	14
2.2. Инфраструктура первичной медико-санитарной помощи	20
2.2.1. Сеть первичной медико-санитарной помощи	20
2.2.2. Кадровая обеспеченность первичной медико-санитарной помощи ...	25
2.2.3. Финансирование первичной медико-санитарной помощи.....	31
2.2.4. Лекарственное обеспечение на амбулаторном уровне	36
3. РЕФОРМИРОВАНИЕ И ТРАНСФОРМАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	51
3.1. Мультидисциплинарный подход к ПМСП.....	55
3.2 Центры лучших практик.....	57
3.3. Трансформация сестринской службы.....	58
3.4. Национальная скрининговая программа	62
3.5. Практика межсекторальных подходов в Казахстане и видение развития единого здоровья.....	65
3.6. Сельское здравоохранение	74
3.7. Цифровизация здравоохранения	83
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	87
ЛИТЕРАТУРА	88
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	91

СПИСОК АББРЕВИАТУР И СОКРАЩЕНИЙ

АЛО	Амбулаторное лекарственное обеспечение
АПО	Амбулаторно-поликлинические организации
БСК	Болезни системы кровообращения
ВА	Врачебная амбулатория
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВКО	Восточно-Казахстанская область
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	Врач общей практики
ВОУЗ	Всеобщий охват услугами здравоохранения
ВУЗ	Высшее учебное заведение
ГОБМП	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ГП	Городская поликлиника
ГПРЗ	Государственная программа развития здравоохранения
ЕНСЗ	Единая национальная система здравоохранения
ЕС	Европейский союз
ЗКО	Западно-Казахстанская область
ИБС	Ишемическая болезнь сердца
ИСЛО	Информационная система лекарственного обеспечения
КДУ	Консультативно-диагностические услуги
КПН	Комплексный подушевой норматив
ЛОР	оториноларинголог
МЗ	Министерство здравоохранения
МИОМОС	Механизм информирования, общественного мониторинга и обратной связи
МИС	Медицинская информационная система
МО	Медицинские организации
ННЦРЗ	Национальный научный центр развития здравоохранения им. Салидат Каирбековой
НСЗ	Национальные счета здравоохранения
ОКИ	Острые кишечные инфекции
ОПЖ	Ожидаемая продолжительность жизни



ОРЗ	Общие расходы на здравоохранение
ОРИ	Острые респираторные инфекции
ОСМС	Обязательное социальное медицинское страхование
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПАВ	Поверхностно-активные вещества
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПУЗ	Программа управления заболеваниями
ПХВ	Право хозяйственного ведения
РГП	Республиканское государственное предприятие
РК	Республика Казахстан
СКПН	Стимулирующий компонент комплексного подушевого норматива
СМР	Средние медицинские работники
СПИД	Синдром приобретённого иммунного дефицита
США	Соединенные Штаты Америки
ТБ	Туберкулез
ТРЗ	Текущие расходы на здравоохранение
УЗИ	Ультразвуковое исследование
УПМ	Универсальная – прогрессивная модель
ФОМС	Фонд социального медицинского страхования
ХНИЗ	Хронические неинфекционные заболевания
ЦЛП	Центр лучших практик
ЦРБ	Центральная районная больница
ЦУР	Цели устойчивого развития
ЮКО	Южно-Казахстанская область
COVID-19	CoronaVirus Disease 2019 (коронавирусная инфекция 2019 года)
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund

БЛАГОДАРНОСТЬ

Национальный доклад по ПМСП был разработан под руководством ректора НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова» Шоранова М.Е., Председателя Правления Национального научного центра развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой Кулкаевой Г.У., ректора НАО «Медицинский университет Астана» Надырова К.Т.

Подготовка доклада осуществлена при поддержке Министерства здравоохранения Республики Казахстан: Департамент стратегии и развития (Бакиров И.К.), Департамент организации медицинской помощи (Дюсенов А.К.), Департамент охраны здоровья матери и ребенка (Ембергенова М.Х.), Департамент науки и человеческих ресурсов (Алдынгулов Д.К.).

Тиражирование при поддержке ОО «Локальный профсоюз работников НАО «Казахский Национальный Медицинский университет» им. С.Д. Асфендиярова».

ВВЕДЕНИЕ

Развитие первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) является ключевым направлением в политике системы здравоохранения, позволяющее достичь цели всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ).

Важная роль ПМСП была озвучена в 1978 году, когда главы государств утвердили Алма-Атинскую декларацию основополагающим документом для достижения «Здоровья для всех». С тех пор определение ПМСП неоднократно становилось объектом новых интерпретаций. Поэтому, Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Фондом ЮНИСЕФ было разработано следующее определение: «Первичная медико-санитарная помощь – подход к охране здоровья, охватывающий все общество и направленный на равноправное достижение наивысшего возможного уровня здоровья и благополучия каждым членом общества, в рамках которого приоритетное внимание уделяется удовлетворению медико-санитарных потребностей населения на самых ранних этапах их формирования посредством осуществления единого комплекса мероприятий от укрепления здоровья и профилактики до лечения, реабилитации и паллиативной помощи, осуществляемых максимально близко к среде повседневной жизни людей». Стратегия Алма-Атинской декларации сыграла важную роль в достижении снижения уровня материнской и младенческой смертности, а также в увеличении ожидаемой продолжительности жизни. Благодаря этой стратегии удалось изменить контекст заболеваний, приоритетными стали неинфекционные заболевания в развитых странах, в то время как в странах с низким уровнем дохода инфекционные заболевания оставались актуальной проблемой.

Развитие цифровых технологий открыло новые возможности для системы здравоохранения, такие как качественный мониторинг здоровья людей (использование электронных медицинских записей, биосенсоров, телемедицины и др.), что позволяет улучшить доступность медицинской помощи. Следовательно, в 2018 году Астанинская декларация определила будущие направления развития первичной медико-санитарной помощи, основываясь на трех компонентах:



1. Интеграция ПМСП и общественного здравоохранения позволяющая укрепить здоровье населения путем улучшения эпиднадзора и внедрения мер профилактики и раннего выявления заболеваний. Также, обеспечит готовность и эффективное реагирование на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения, включая вспышки инфекционных заболеваний. В результате, будет создано ядро интегрированных медицинских услуг, которые смогут предоставлять населению полный спектр медицинской помощи;

2. Расширение прав людей на здоровье и возможностей сообществ в укреплении здоровья;

3. Многосекторальная политика и действия, направленные, в частности, на социальные детерминанты здоровья.

Опыт пандемии COVID-19 показал, что глобализация вносит свои коррективы и тем самым доказав, что ни одна система здравоохранения не имеет полного охвата доступной помощи в urgentных ситуациях. Пандемия COVID-19 оказала значительное воздействие на многие страны, вызвав серьезные социально-экономические последствия. В связи с этим, потребовалось принятие скоординированных и комплексных мер для обеспечения справедливого доступа к здравоохранению в чрезвычайных ситуациях. Следовательно эта ситуация еще раз доказывает важность развития ПМСП в качестве первого уровня контакта индивидуумов, семьи и сообщества с национальной системой здравоохранения, и представляет собой входную дверь к непрерывному процессу оказания медицинской помощи. Также политическая поддержка ПМСП позволит расширить ее возможности в улучшении ухода за здоровьем на протяжении всей жизни человека. Все это делает ПМСП важной составляющей непрерывного процесса оказания медицинской помощи.

ВОЗ продолжает оказывать странам помощь в переориентации их систем здравоохранения на развитие ПМСП как одного из ключевых условий достижения ВОУЗ, целей в области устойчивого развития (ЦУР). Для реализации данной задачи, в 2022 году Европейское отделение ВОЗ запустило новый инновационный продукт – Демонстрационные платформы ВОЗ для первичной медико-санитарной помощи, являющиеся примерами эффективных систем ПМСП. Они позволяют увидеть, как страны перестраивают свои модели оказания помощи, используя системные факторы, такие как механизмы управления и кадровые ресурсы. Эти платформы играют важную роль в поддержке новых моделей оказания помощи и улучшении систем здравоохранения. Демонстрационные платформы ВОЗ для ПМСП играют важную роль в показе жизнеспособности систем здравоохранения в условиях существующих ресурсов страны. Они предоставляют возможность презентовать лучшие практики и эффективные подходы, которые помогают повысить качество и доступность медицинской помощи



населению. Республика Казахстан гордится своим достижением и открытием первой Демонстрационной платформы в Енбекшиказахской многопрофильной межрайонной больнице, где практически реализуется междисциплинарная интегрированная командная работа специалистов ПМСП.

Являясь Родиной Алма-Атинской и Астанинской Деклараций для нас важно поделиться насколько принятые реформы системы здравоохранения способствовали достижению задач, определенных в Астанинской декларации, с какими сложностями столкнулись и какие решения были приняты для обеспечения равного доступа к услугам здравоохранения населению Республики Казахстан, а также описаны возможные будущие направления для развития ПМСП. В настоящей работе представлены результаты деятельности системы здравоохранения Республики Казахстан в период с 2018 по 2022 год.

Национальный доклад был подготовлен по поручению Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Результаты работы рабочих групп представлены по пятилетнему циклу (2018–2022 гг.), глубина охвата новых научных публикаций, опубликованных в отечественных и зарубежных научных журналах, и монографиях, составляет не менее 5 лет.

1. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Принятая Алма-Атинская декларация на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи «Здоровье для всех» 12 сентября 1978 года в г. Алма-Ата Казахстан под эгидой Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) с участием представителей 134 государств и 67 международных организаций позволила нашей стране занимать ключевую роль в совершенствовании подходов деятельности первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП). 10 принципов Алма-Атинской декларации направлены на незамедлительные меры со стороны всех правительств, всех работников в сфере здравоохранения в целях охраны и укрепления здоровья всех народов мира. Благодаря основным принципам Декларации Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи «Здоровье для всех» стала революционной. К сожалению, эти принципы невыполнимы в некоторых развивающихся странах и проблема неравенства по отношению здоровья остается актуальной [1].

Спустя 40 лет была принята Астанинская декларация на Глобальной конференции по первичной медико-санитарной помощи: от Алма-Атинской декларации к всеобщему охвату услугами здравоохранения и Целям в области устойчивого развития в г. Астана, Казахстан, 25 и 26 октября 2018 г. Главы государств и правительств, министры и представители стран признали, что несмотря на заметные успехи, достигнутые за последние 40 лет, у людей во всех регионах мира остаются неудовлетворенные потребности в сфере здравоохранения. Сохранение здоровья для многих является трудной задачей, особенно для людей, проживающих в условиях бедности и уязвимости [2]. В Астанинской декларации упор делается на профилактику развития неинфекционных заболеваний через пропаганду здорового образа жизни в части правильного питания, повышения физической активности, снижения уровня потребления табака и алкоголя.

Организация Глобальной конференции по первичной медико-санитарной помощи, посвященной 45-летию принятия Алма-Атинской Декларации и 5-летию принятия Астанинской Декларации по первичной медико-санитарной помощи (далее – АА45/5) (22 – 23 октября 2023 года), а также 73-ей сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (24 – 26 октября 2023 года) подтверждает высокую значимость исторического события – подписания Алма-Атинской и Астанинской декларации.

С 1978 года определение ПМСП неоднократно становилось объектом новых интерпретаций. Поэтому ВОЗ и ЮНИСЕФ было разработано четкое и простое определение ПМСП: *«Первичная медико-санитарная помощь – подход к охране здоровья, охватывающий все общество и направленный на равноправное достижение наивысшего возможного уровня здоровья и благополучия каждым членом общества, в рамках которого приоритетное внимание уделяется удовлетворению медико-санитарных потребностей населения на самых ранних этапах их формирования посредством*



осуществления единого комплекса мероприятий от укрепления здоровья и профилактики до лечения, реабилитации и паллиативной помощи, осуществляемых максимально близко к среде повседневной жизни людей».

ВОЗ продолжает оказывать странам помощь в переориентации их систем здравоохранения на развитие ПМСП как одного из ключевых условий достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения, целей в области устойчивого развития (далее – ЦУРЗ) и санитарно-эпидемиологической безопасности, так как на практике во многих странах эта система не работает должным образом. Большая часть пациентов, получивших лечение в круглосуточных стационарах, вовсе не имеют показаний для госпитализации. Причиной тому являются существующие стереотипы – все самое лучшее на уровне больниц, нежели поликлиник: кадровый потенциал, условия, материально-техническое оснащение, лекарственное обеспечение и т.д.

В системе здравоохранения Республики Казахстан происходят большие перемены, в корне меняющие прежние подходы к оказанию медицинской помощи [3]. Меняются приоритеты – центр тяжести смещается с лечения на профилактику, со стационарной помощи на амбулаторное звено.

После обретения независимости в 1991г. Казахстан начал процесс реорганизации службы здравоохранения с ПМСП ориентированным подходом. С тех пор реформа системы здравоохранения Республики Казахстан прошла 5 этапов своего развития (рис. 1).



Рисунок 1. Основные направления по этапам реформирования системы здравоохранения РК

В период с 1990 по 2004 годы в Казахстане был внедрен подход ПМСП на базе семейной медицины. ПМСП стала ключевым звеном в системе здравоохранения, где пациент получает скоординированную и доступную помощь при первом контакте с медицинскими услугами. Это позволило снизить спрос на затратные услуги узкопрофильной и специализированной помощи. Было внедрено подушевое финансирование.

Концепция дальнейшего развития здравоохранения Республики Казахстан в 2000–2005 годах дала первый толчок по развитию института врачей общей



практики/семейных врачей. В 1996 году впервые попытались ввести медицинское страхование, был создан специальный фонд, который должен был обеспечить население необходимым объемом качественной медицинской помощи. В связи с кризисом в 1998 году в стране было принято решение отказаться от прогрессивной системы финансирования отрасли – обязательного медицинского страхования, что существенно осложнило экономическую ситуацию в отечественном здравоохранении в 2000-х годах.

В 2005–2010 гг. введение принципов семейной медицины было усилено изменениями в сфере финансирования. Была обоснована необходимость применения двухкомпонентного подхода подушевого финансирования с использованием стимулирующих мер. Приоритет по распределению бюджета был поставлен на услуги ПМСП.

На принципах семейного обслуживания, территориальной доступности ПМСП, свободного выбора медицинской организации в пределах территориальной доступности ПМСП, удовлетворенности пациента качеством медицинской помощи, равноправия и добросовестной конкуренции независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности начато прикрепление физических лиц к организациям ПМСП.

В период с 2011 по 2015 годы была реализована государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан», где в рамках Единой Национальной системы здравоохранения разработаны автоматизированные информационные системы. Новая модель телемедицины позволило облегчить работу специалистов ПМСП с оборотом медицинской документации, развернуты регистр прикрепленного населения, портал бюро госпитализации, портал дополнительного комплексного подушевого финансирования, регистры социально значимых заболеваний и т. д.

Для удовлетворения психосоциальных потребностей населения были расширены бригады ПМСП (врач общей практики, медсестры ПМСП, психолог, социальный работник). Помимо постепенного увеличения численности медсестер ПМСП, Министерство здравоохранения направило усилия на расширение профиля задач медсестер, что повлияло на повышение уровня самостоятельности и ответственности в обеспечении профилактики, последующего наблюдения и посещений на дому. Была введена двухуровневая система обучения для медсестер с дипломами прикладного и академического бакалавриата.

Министерством здравоохранения Республики Казахстан для совершенствования методов мотивации труда медицинских работников первичного звена начато финансирование за счет средств стимулирующего компонента подушевого норматива (далее – СКПН) за достижение индикаторов конечного результата.

Для повышения доступности медицинской помощи жителям дальних регионов запустили деятельность специализированного медицинского поезда по укреплению здоровья, профилактики, лечения и реабилитации для сель-



ского населения. С целью обеспечения широкого охвата населения услугами здравоохранения путем открытия медицинских пунктов в сельских населенных пунктах и обеспечения населения услугами передвижных медицинских комплексов.

С 2011 году была внедрена Национальная скрининговая программа на раннее выявление заболеваний: болезни системы кровообращения, сахарного диабета, глаукомы. Далее количество скрининговых программ было увеличено.

Параллельно с этим были внедрены программы управления заболеваниями (ПУЗ) для сокращения бремени заболеваний и числа госпитализаций.

В 2016–2020 гг. реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» ПМСП стала больше ориентироваться на нужды человека и обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Многопрофильный подход к ПМСП был повсеместно усилен, расширен пакет оказываемых услуг, внедрена универсальная прогрессивная модель патронажного обслуживания. В 2018 г. введен институт медсестер с расширенной практикой, медсестры получили большую самостоятельность.

Поднята важность ранней профилактики и цифровизации ПМСП.

С 2020 г. по настоящее время система здравоохранения переходит на работу в условиях конкуренции в связи с внедрением обязательного социального медицинского страхования, что в свою очередь влияет на повышение качества медицинских услуг. Большие перемены произошли в рамках реализации Национального проекта «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация»», утвержденного Постановлением Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 725.

Приоритетным направлением является усиление пропаганды здорового образа жизни, повышение грамотности населения по вопросам здоровья [4]. В связи с этим, разработана и реализуется Дорожная карта на 2023–2025 годы, которая направлена на сокращение потребления табачных изделий, алкогольной продукции и ПАВ; улучшение психического и репродуктивного здоровья; снижение травматизма населения РК [5].

Таким образом, подход Казахстана к реформированию системы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) за последние двадцать лет показывает свои результаты в переходе к комплексной человеко-центрированной модели оказания ПМСП. Был достигнут прогресс в укреплении национальной правовой базы реформ и в организации процесса широкомасштабных системных преобразований расширения многопрофильных бригад, с целью более эффективного удовлетворения психосоциальных потребностей и социально-экономических детерминантов здоровья.

2. АНАЛИЗ ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ РАЗВИТИЯ ПМСП

2.1 Состояние здоровья населения Республики Казахстан

По данным Бюро Национальной Статистики численность населения Республики Казахстан на начало 2023 года составляет 19 766 807 человек, из них городское – 12 209 896 человека (61,8%), сельское – 7 556 911 человек (38,2%). Мужчины – 9 647 701 человек (48,8%), женщины – 10 119 106 человек (51,2%) (рисунок 2).

В период с 2018 по 2023 годы наблюдается рост численности населения на 8,9%, рост городского населения составил 16,2%, тогда как снижение численности сельского населения составило – 1,2 (за счет женского населения – 2,2). В приложении 1 представлена динамика численности населения по регионам Республики Казахстан (РК).

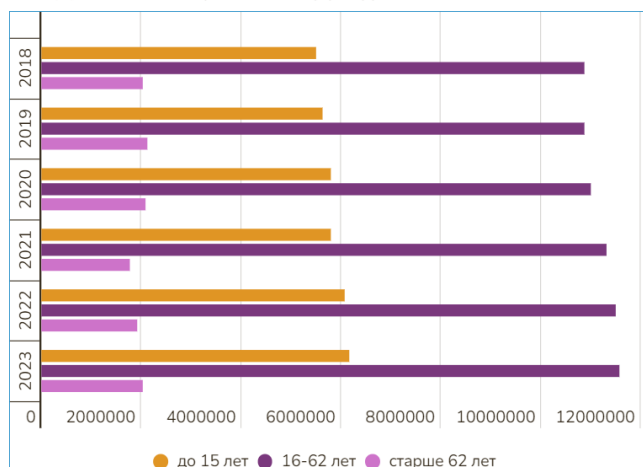


Рисунок 2. Динамика численности населения Республики Казахстан за 2018-2023 гг.



Динамика возрастной структуры показывает устойчивую тенденцию роста среди детей и подростков. Снижение численности населения наблюдается в возрастной группе 16-62 лет от 59,1% до 58,6%, в частности с 2021 года. В период с 2019 по 2021 годы численность населения в возрастной группе старше 62 лет снизилась с 11,38% до 9,4%, после чего наблюдается рост до 10,3% к 2023 году. При этом в данной возрастной группе снижение было среди городского населения, тогда как среди сельского наблюдается рост с 8,4% до 9,5% во все изучаемые годы (рисунок 3).

Динамика возрастной структуры населения РК



Удельный вес (%)

Возраст	РК			Город			Село		
	до 15 лет	16-62 лет	старше 62 лет	до 15 лет	16-62 лет	старше 62 лет	до 15 лет	16-62 лет	старше 62 лет
2018	29,86	59,1	11,04	28,3	58,79	12,91	32,0	59,5	8,4
2019	30,25	58,4	11,38	28,85	57,86	13,29	32,2	59,1	8,7
2020	30,7	58,3	11,02	29,4	58,1	12,5	32,5	58,7	8,9
2021	30,7	59,9	9,4	29,4	60,8	9,8	32,5	58,7	8,9
2022	31,1	59,0	9,9	30,0	59,7	10,3	32,9	57,9	9,2
2023	31,2	58,6	10,3	30,0	59,3	10,7	33,0	57,4	9,5

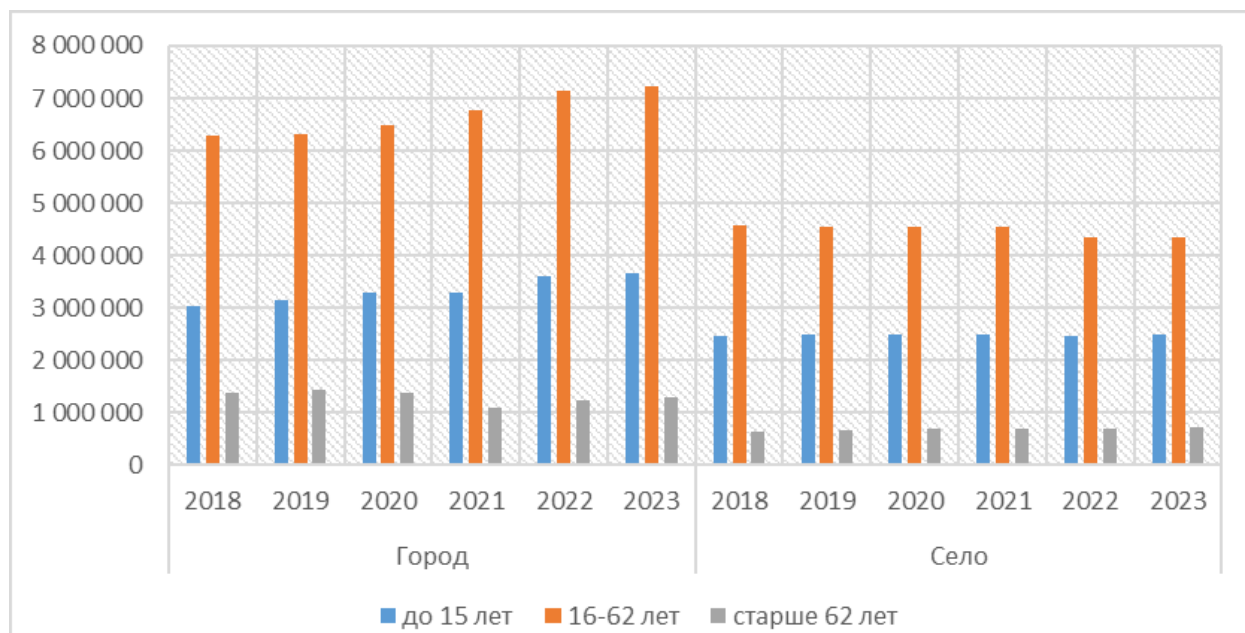


Рисунок 3. Динамика возрастной структуры населения РК

Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) с 2013-2022 годы выросла с 70,6 до 74,4. На 2022 год разница между мужчинами и женщинами составляет около 8 лет с преобладанием количества лет жизни у женщин. Темп роста показывает дальнейшее увеличение ОПЖ к 2027 году до 73,6, у мужчин до 69,8 и женщин до 77,1 (рисунок 4)

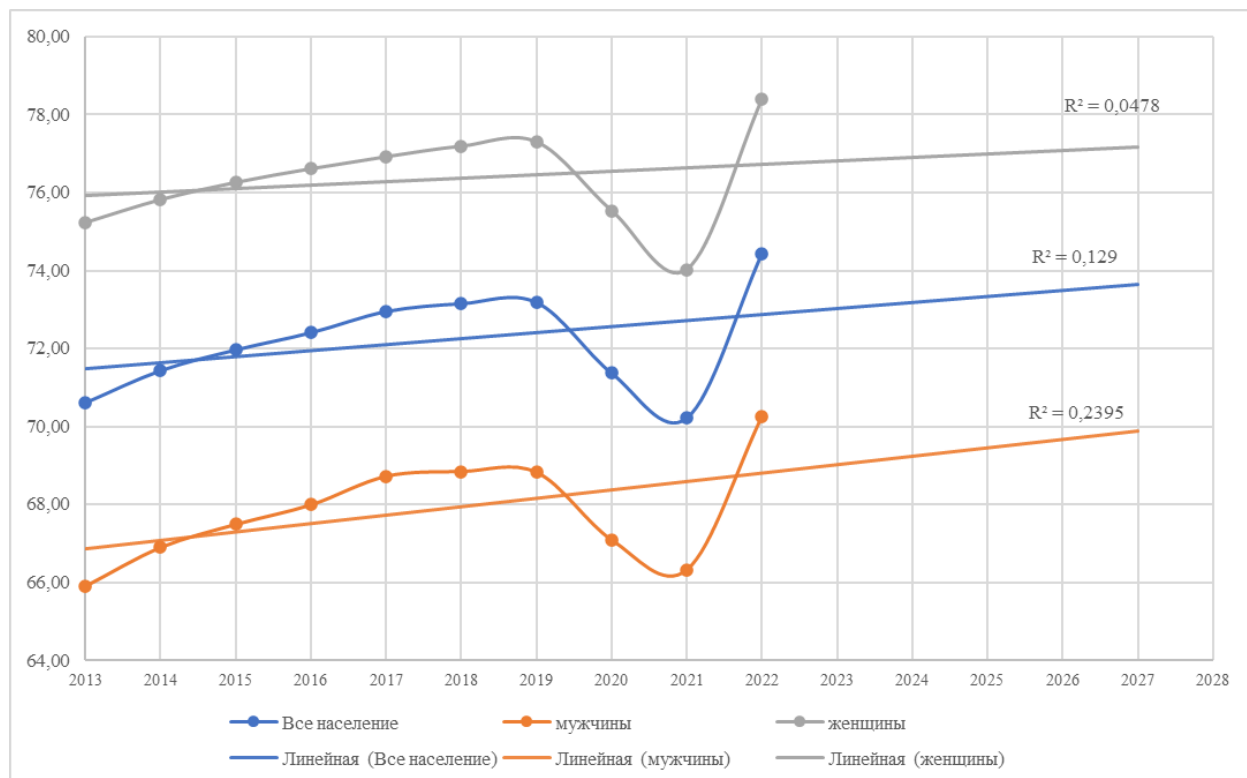


Рисунок 4. Тренд ожидаемой продолжительности жизни

Показатель рождаемости на 1000 человек населения увеличился с 21,7 до 23,5 в период с 2018 по 2021 годы, после чего наблюдается снижение до 20,5 в 2022 году. За изучаемый период рождаемость среди сельского населения увеличилась с 21,2 до 21,5, где пик роста был в 2021 году 23,7, тогда как в городе показатель рос с 2018 по 2021 с 22,1 до 23,3, после чего снизился до 19,9 в 2022 году (таблица 1, приложение 1.1).

Таблица 1 – Демографические показатели

Года	2018	2019	2020	2021	2022
Показатель	Рождаемость (на 1000 человек населения)				
Всего	21.77	21.73	22.76	23.5	20.57
город	22.16	22.09	22.60	23.34	19.95
село	21.22	21.22	22.98	23.75	21.56
Показатель	Естественный прирост (на 1000 человек населения)				
Года	2018	2019	2020	2021	2022
Всего	14.63	14.54	14.16	13.89	13.77
город	14.69	14.56	13.50	13.01	13.05
село	14.54	14.50	15.09	15.18	14.92
Показатель	Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)				
Года	2018	2019	2020	2021	2022
Всего	8.03	8.37	7.77	8.44	7.68
город	7.90	8.61	8.43	8.43	9.63
село	8.21	8.00	6.84	5.55	4.80



Естественный прирост населения на 1000 человек снизился с 14,6 до 13,7 с 2018 по 2022 годы, среди жителей города снижение наблюдается в период с 2014 по 2021 годы с 14,6 до 13,0, и только в 2022 году наблюдается незначительный рост до 13,0. Тогда как в сельской местности мы видим противоположную картину, где наблюдается рост показателя с 14,5 в 2018 года до 14,9 в 2021 году.

Младенческая смертность снизилась с 8,0 до 7,6 с 2018 по 2022, пик роста был в 2021 году с показателем 8,4. Снижение наблюдается за счет показателей села, где с 2018 по 2022 годы показатель снизился почти в два раза с 8,2 до 4,8, тогда как в городе наблюдается рост с 7,9 до 9,6.

Смертность на 100 000 населения снизилась с 798,0 до 719,0 с 2013 по 2019 гг. (9,9%), после чего наблюдается рост до 961,0 в 2021 году и снижение до 680,0 в 2022г. Тем самым по Казахстану показатель снизился на 14,8% в период с 2013 по 2022гг. В целом в сельской местности за изучаемый период (2013–2022) наблюдается рост смертности на 100 000 населения в два раза (746,3 до 1492,2; 99,9%), тогда как в городе смертность снизилась с 840,5 до 690,0 (17,9%).

Положительная тенденция снижения смертности связана несчастными случаями, травмами и отравлениями на 40,6% в период с 2013 по 2022гг., показатель в городе снизился практически в два раза на 47,0%, в селе чуть меньше 30,3%. За изучаемый период постоянное снижение наблюдается по злокачественным и доброкачественным заболеваниям как в городской, так и сельской местности (табл. 2). Касательно болезни органов дыхания наблюдается рост с 2013 года к 2020 году в два раза (с 67,2 до 122,8), после чего наблюдается снижение до 66,76 в 2022 году.

Основной причиной смертности в Казахстане являются неинфекционные заболевания, а главным фактором преждевременной смертности – сердечно-сосудистые заболевания. Показатель смертности по болезням системы кровообращения снизился на 25,6%, показатель снижения в городе был выше 30,5% (за счет снижения смертности от ИБС 32,9% и инсульта 35,1%) в сравнении с показателями в селе 20,4% (ИБС 19,0% и инсульт 22,8%).

Таблица 2 – Показатели смертности по основным заболеваниям смертности на 100 000 населения (всего)

Регионы	Общий показатель смертности на 100 000 человек										2013-2019		2013-2022	
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Темп +/-	%	Темп +/-	%
Всего	798,05	757,06	751,67	737,5	715,22	713,75	719,08	860,24	961,0	680,0	-118,1	-14,8	-79,0	-9,9
город	840,55	788,95	781,45	766,71	740,28	746,62	745,72	909,94	1033,0	690,0	-150,6	-17,9	-94,8	-11,3
село	746,36	715,61	712,38	698,5	681,57	668,31	670,16	789,05	1518,0	1492,2	745,9	99,9	-76,2	-10,2
Злокачественные и доброкачественные новообразования														
РК	101,03	92,91	93,87	90,2	85,81	82,89	81,1	80,7	75,66	70,53	-30,5	-30,2	-19,9	-19,7
город	118,43	106,99	107,28	104,93	98,28	96,53	93,18	93,54	86,4	76,6	-41,8	-35,3	-25,3	-21,3
село	79,87	74,61	76,22	70,55	69,08	64,05	64,03	62,32	60,1	60,8	-19,1	-23,9	-15,8	-19,8
Из них злокачественные														



РК	99,49	91,36	92,12	88,16	83,9	80,81	79,3	78,66	73,7	68,76	-30,7	-30,9	-20,2	-20,3
город	116,73	105,19	105,36	103,15	96,49	94,2	91,42	91,32	84,2	74,8	-41,9	-35,9	-25,3	-21,7
село	78,51	73,38	74,69	68,14	66,99	62,3	62,18	60,53	58,5	59,0	-19,5	-24,9	-16,3	-20,8
Болезни системы кровообращения														
РК	207,4	168,98	197,18	178,92	174,83	167,28	163,14	193,79	226,86	154,39	-53,0	-25,6	-44,3	-21,3
город	244,82	196,3	222,15	209,1	205,47	199,74	193,07	224,22	268,28	170,24	-74,6	-30,5	-51,8	-21,1
село	161,89	133,47	164,32	138,62	133,7	122,43	120,86	150,21	166,71	128,92	-33,0	-20,4	-41,0	-25,3
ишемическая болезнь сердца														
РК	70,75	59,71	72,81	65,94	63,58	62,29	58,25	67,57	87,02	51,98	-18,8	-26,5	-12,5	-17,7
город	90,99	74,28	87,16	81,51	78,23	77,9	71,39	82,05	109,97	61,08	-29,9	-32,9	-19,6	-21,5
село	46,15	40,77	53,93	45,15	43,93	40,72	38,67	46,83	53,68	37,37	-8,8	-19,0	-7,5	-16,2
из них инсульт														
РК	71,9	58,38	72,84	64,68	65,77	61	58,97	66,57	70,61	50,53	-21,4	-29,7	-12,9	-18,0
город	83,85	65,21	79,28	74,94	76,37	72,16	69,6	78,49	83,03	54,38	-29,5	-35,1	-14,3	-17,0
село	57,36	49,49	64,37	62,41	51,55	45,57	42,95	49,49	52,35	44,28	-13,1	-22,8	-14,4	-25,1
Болезни органов пищеварения														
РК	63,32	63,72	74,26	70,95	64,25	62,75	64,10	68,32	66,86	54,40	-8,9	-14,1	0,8	1,2
город	63,09	63,26	68,75	66,09	60,42	59,47	61,55	64,29	63,00	51,37	-11,7	-18,6	-1,5	-2,4
село	63,6	64,31	81,51	77,43	69,39	67,29	67,71	74,09	72,47	59,26	-4,3	-6,8	4,1	6,5
Болезни органов дыхания														
РК	67,23	70,81	104,93	102,12	92,22	86,92	87,89	122,88	108,94	66,76	-0,5	-0,7	20,7	30,7
город	61,62	64,7	94,2	91,28	82,49	78,95	81,19	125,00	103,25	61,21	-0,4	-0,7	19,6	31,8
село	74,04	78,76	119,05	116,6	105,29	97,92	97,35	119,85	117,20	75,68	1,6	2,2	23,3	31,5
Несчастные случаи, травмы и отравления														
РК	95,85	85,88	84,06	75,05	69,38	66,59	65,35	57,76	59,74	56,95	-38,9	-40,6	-30,5	-31,8
город	96,42	84,05	80,6	71,73	65,17	65,27	62,66	54,57	57,13	51,09	-45,3	-47,0	-33,8	-35,0
село	95,17	88,25	88,61	79,5	75,04	68,43	69,14	62,34	63,54	66,36	-28,8	-30,3	-26,0	-27,4
Инфекционные и паразитарные болезни														
РК	10,33	9,08	8,97	7,78	7,82	7,26	7,36	15,29	7,15	6,84	-3,5	-33,8	-3,0	-28,8
город	13,18	11,08	10,85	9,39	9,53	8,90	8,68	20,03	8,70	7,82	-5,4	-40,7	-4,5	-34,1
село	6,87	6,46	6,49	5,63	5,53	4,99	5,50	8,51	4,89	5,27	-1,6	-23,3	-1,4	-19,9
Туберкулез														
РК	5,6	4,9	4,1	3,4	3,0	2,4	2,0	1,9	1,7	1,4	-4,2	-75,0	-3,6	-64,3

COVID-19 повлиял на численность населения не только в Республике Казахстан, но также во всем мире. В период с 2001 по 2020 году численность населения ЕС увеличилась на 4% (с 429 миллионов до 447 миллионов), тем не менее с 1 января 2020 года по 1 января 2022 года население ЕС сократилось на 585 000 человек, где наибольшее снижение в абсолютном выражении наблюдалось в Италии (-611 000; -1,0%) и Польше (-304 000; -0,8%), а в относительном выражении – в Хорватии (-196 000; -4,8%) и Греции (-259000; -2,4%) [6,7]. Стоит отметить, что в 2020-2021гг. в десяти странах ЕС наблюдалось сокращение численности населения, тогда как в остальных семнадцати – рост, где самый высокий абсолютный прирост был во Франции (552 000, 0,8%), и самый высокий относительный прирост в Люксембурге – (3,1%, 19 000). В ЕС 1 января 2022 года по 1 января 2023 года численности населения увеличилось с 446,7 миллиона человек до 448,4 миллиона человек. Причиной такого роста является открытие границ, то есть за счет миграционных движений после COVID-19, а также за счет эмигрантов из Украины и России [8].



Аналогично как в Казахстане, количество женщин ЕС выше в сравнении с мужчинами, если в 2002 году женщин на 5,4% было больше, чем мужчин, то есть в 2022 году разница сложилась на 4,6% больше женщин, чем мужчин [9].

По возрастной структуре в странах ЕС в сравнении с Казахстаном наблюдается противоположная тенденция, где доля людей в возрасте 80+ увеличилась почти вдвое в период с 2002 по 2022 год, тогда как доля молодых людей (в возрасте от 0 до 19 лет) снизилась с 23% до 20%.

Избыточная смертность от COVID-19 в мире составила 120,3 смертей на 100 000 населения. В Казахстане снижение ОПЖ наблюдается во время COVID-19. Следует отметить, что COVID-19 повлиял на сокращение продолжительности жизни, например, в Мадриде она оценивалась в 1,9 года для мужчин и 1,6 года для женщин [10], в Иране – 1,4 года в 2020 году, в Бразилии – в 1,94 года в 2020 году [11].

В целом во всех странах снижается показатель смертности от онкологических заболеваний, что связано с положительной динамикой по поддержке реализации политики в области здравоохранения по борьбе с раком. В Казахстане снижение показателя предотвратимой смертности связано с активным развитием онкологической службы, реализации скрининговых программ на раннее выявление рака шейки матки, рака молочной железы, колоректального рака.

Болезни системы кровообращения являются ведущей причиной смертности во всех странах, наблюдается тенденция к снижению [12]. Влияние COVID-19 на здоровье хронических больных было отмечено в разных исследовательских работах, в Казахстане наблюдается рост смертности от БСК в 2020–2021 годы, аналогично, как и в странах Европы и США. Например, в США коэффициент относительного изменения смертности ИБС на 100000 человек в 2020 г. к 2019 г. составил 1,11 [13, 14].

Таким образом, эффективная реализация политики по укреплению ПМСП и реализации программ скрининга, а также внедрение новых технологий здравоохранения позволило снизить показатели смертности, а также увеличить ОПЖ. Рост показателей смертности БСК и дыхательной системы в 2020–2021 годы связано с пандемией COVID-19. Будущее направление развития ПМСП должно быть ориентировано на повышение медицинской грамотности населения и изменение поведенческих привычек. Кроме того, со стороны населения своевременное прохождение скрининговых мероприятий и активное участие в программах борьбы с заболеваниями являются необходимыми атрибутами улучшения здоровья, а также снижения смертности.



2.2. Инфраструктура первичной медико-санитарной помощи

2.2.1. Сеть первичной медико-санитарной помощи

Структура оказания ПМСП является одним из ключевых факторов, позволяющих обеспечить доступность, своевременность и качество оказываемой медицинской помощи.

За 2012-2022 год в рамках государственных программ развития здравоохранения развитие ПМСП имело приоритетное направление, когда был значительно укреплен институт общеврачебной практики [15]. За организациями ПМСП закреплено место первого доступа к медицинской помощи, ориентированной на нужды населения, включающей профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, оказываемых на уровне человека, семьи и общества. Переход на пациент-ориентированную модель потребовал пересмотра и совершенствования нормативно-правовой базы, в том числе определил приоритет государственно-частного партнерства при оказании ПМСП [16].

Организации ПМСП функционируют как самостоятельные центры, так в составе многопрофильных медицинских организаций, оказывающих амбулаторные и поликлинические услуги (АПО).



Рисунок 5. Структура организаций, оказывающих ПМСП

Среди поставщиков АПО есть государственные (57%) и частные (43%) организации. Организации ПМСП осуществляют лечебно-диагностические и профилактические мероприятия, имеют в своем



составе участковую службу; подразделение/кабинет социально-психологической поддержки; службу поддержки пациента. Направлениями деятельности организаций ПМСП являются следующие виды деятельности:

- программы управления заболеваний;
- универсальная прогрессивная модель патронажа;
- кабинет развития ребенка;
- раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний;
- механизм информированного общественного мониторинга и обратной связи с населением;
- обучение здоровому питанию, образу жизни;
- планирование семьи;
- улучшение мужского здоровья.

Количество посещений организаций ПМСП в период с 2019 по 2022 год увеличилось на 14,4% (с 72583,2 тыс. в 2019г. до 83017,8 тыс. в 2022г.), при этом в 2021 году отмечалось увеличение посещений, как в медицинские организации, так и на дому. Наибольшее число посещений сельского населения врачами ПМСП отмечено также в 2021 году – рост до 40157,8 посещений (тыс.) (рис. 1).

В 2022 году наблюдалось снижение числа посещений в сельской местности с 40157,8 в 2021г. до 37334,2 и на дому с 11741,0 в 2021г. до 9492,6. Однако, число посещений у врачей в организациях ПМСП, в 2022 году сохраняет тенденцию роста, с 2019 года этот показатель увеличился на 14,4% (с 72583,2 тыс. в 2019г. до 83017,8 тыс. в 2022г.).

За период 2022 года АПО оказали 137,1 млн услуг, среди которых большую часть составляют услуги профилактического направления (61,7%) (Таблица 3).

Таблица 3. Количество услуг, оказанных АПО за 2022 год

Регионы	Число посещений врачей, включая профилактические	Число посещений пациентами по поводу заболеваний	Число посещений врачами на дому
РК	84646190	42868160	9609392
Абайская	2671971	1418238	324312
Акмолинская	3934306	2114107	312512
Актюбинская	4413060	2345139	374126
Алматинская	8221777	4106762	1271927
Атырауская	2585757	1228743	392787
ВКО	2347492	1372290	180972
Жамбылская	5555538	2530231	457704
Жетысуская	4270064	1553119	287163
ЗКО	3082045	1759291	239942
Карагандинская	4175171	2298894	807306
Костанайская	2966418	1822862	293716
Кызылординская	3827715	1581356	516311
Мангыстауская	2659666	1151438	203769



Павлодарская	2320842	1491864	299507
СКО	1978442	1193900	123953
Туркестанская	10959533	4516068	1286920
Улытауская	527077	258811	77324
г.Алматы	9749929	4997165	1149391
г.Астана	4958036	3206640	641822
г.Шымкент	3441351	1921242	367928

Количество прикрепленного населения в городе и селе составляет 12 209 302 и 7 557 505 человек соответственно. Совершенствование нормативно-правовой базы обеспечило снижение прикрепленного населения на 1 участок с 1903 до 1818 за период 2018-2022 годы. Количество участков было увеличено на 25,4 %, и снизило нагрузку на участкового врача – 1818 человек на 1 ВОП в среднем (рисунок 6).

Участковый принцип работы организаций ПМСП



Рисунок 6. Участковый принцип работы организаций ПМСП

Вызовы в службе ПМСП и предлагаемые пути решения

Одним из вызовов для службы ПМСП остаются изношенный фонд зданий, составляющий коэффициент 56,4 по республике, с наибольшим коэффициентом изношенности в СКО, и менее всего по г. Астана (рисунок 7).



Уровень износа зданий медицинских организаций

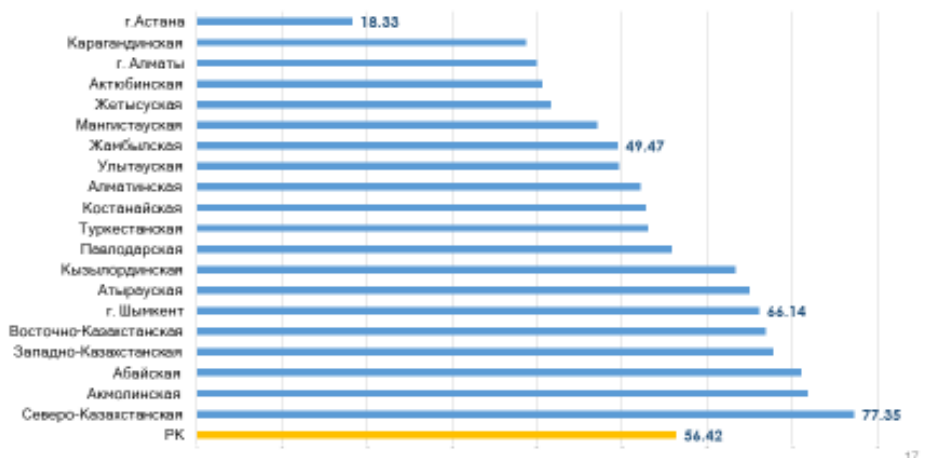


Рисунок 7. Коэффициенты изношенности зданий медицинских организаций

Для решения проблемы изношенности зданий и медицинского оборудования проводятся следующие мероприятия:

1) Согласно Закону «Об объемах трансфертов общего характера между республиканским и областными бюджетами, бюджетами городов республиканского значения, столицы на 2023–2025 годы» от 01.12.2022 выделены средства для закупа оборудования в регионы – аппараты УЗИ, флюорографы, с-комбайны, комплексы суточного мониторинга;

2) Согласно Национальному проекту «Модернизация сельского здравоохранения» от 30.11.2022 года проводится работа по оснащению 32 многопрофильных районных больниц;

3) Согласно Комплексному плану по борьбе с онкологическими заболеваниями в РК на 2023–2027 годы от 09.02.2023 года выделены средства для оснащения поликлиник маммографами и видеоэндоскопическим оборудованием;

Кроме того, в рамках Национального проекта «Модернизация сельского здравоохранения», будут возведены здания медицинских организаций для 655 сельских населенных пунктов.

Другим вызовом остается неравномерное распределение услуг ПМСП и консультативно-диагностической службы (КДУ) между городским и сельским населением (таблица 4).



Таблица 4 – Распределение услуг ПМСП и КДУ между городским и сельским населением

2022 год	Численность населения	Количество организаций (подразделений), оказывающих ПМСП	Плотность организаций ПМСП (на 100 тыс. населения)	Количество организаций (подразделений), оказывающих КДУ	Плотность организаций КДУ (на 100 тыс. населения)
Город	12209302	591	4,84	1163	9,5
Село	7 557 505	5026	66,5	183	2,4

Неравенство обусловлено сохраняющимся дефицитом профильных специалистов, оказывающих КДУ жителям села. В целом дефицит кадров по службе ПМСП увеличивается ежегодно на 3 %.

С учетом географических и демографических особенностей Казахстана, для усиления доступности медицинской помощи, действует мобильная служба, представленная передвижными медицинскими комплексами (ПМК), медицинским поездом, службой санитарной авиации. Для доставки консультативно-диагностической помощи отдаленным сельским районам, за 2022 год ПМК было охвачено 1889 населенных пунктов.

Кроме того, усовершенствована нормативно-правовая база по оказанию дистанционных услуг, количество которых значительно возросло (в 4,7 раза) (рисунок 8).



Рисунок 8. Структура и объем оказания медицинских услуг мобильными службами и посредством дистанционных услуг



2.2.2. Кадровая обеспеченность первичной медико-санитарной помощи

Обеспеченность врачами общей практики выросла с 3,23 до 3,75 на 10000 человек в период с 2018 по 2023, тем самым темп роста составил 0,52. Темп роста в селе 0,87 (3,64 до 4,51 на 100000 человек) был выше в сравнении с городом 0,35 (2,94 до 3,28 на 10000 человек). Снижение наблюдается среди городов в Акмолинской (-3,45), Атырауской (-0,73), Мангистауской (-1,32) областях, тогда как в селе Алматинской области (-1,90), Атырауской область (-0,21), Кызылординской области (-0,16) и ВКО (-0,21) областях, в остальных регионах наблюдается положительная динамика.

За счет увеличения доли ВОП обратная картина наблюдается в отношении участковых терапевтов, где количество снизилось с 0,94 до 0,46 на 100000 человек в изучаемые годы.

Касательно участковых педиатров, показатель на 10000 человек снизился с 2,52 до 1,76 с 2018 по 2022 годы, где в городе показатель снижения выше (-1,09) в сравнении с селом (0,42). Наибольшее снижение наблюдается в Алматинской области – 2,33, в городе данный показатель составил – 6,52 и в селе – 1,09.

За изучаемый период обеспеченность психологами и социальными работниками выросла незначительно на 0,1. Тенденция к снижению психологов и социальных работников наблюдается в Акмолинской, Павлодарской областях и в городе Шымкент.

Таблица 5 – Обеспеченность психологами и социальными работниками РК за последние 5 лет

Регион	психологи (на 10000 населения)					Темп +/-	социальные работники (на 10000 населения)					Темп +/-
	2018	2019	2020	2021	2022		2018	2019	2020	2021	2022	
РК	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,11	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,04
Абай					0,6	0,56					0,1	0,15
Акмолинская	0,7	0,5	0,6	0,4	0,5	-0,22	0,3	0,3	0,4	0,1	0,1	-0,18
Актюбинская	0,8	0,6	0,8	0,8	0,8	-0,04	0,1	0,0	0,2	0,2	0,2	0,09
Алматинская	0,5	0,4	0,5	0,7	1,0	0,48	0,04	0,1	0,2	0,1	0,3	0,27
Атырауская	0,6	0,5	0,5	0,4	0,6	-0,05	0,2	0,1	0,1	0,2	0,01	-0,16
ЗКО	0,7	0,5	0,9	1,1	1,0	0,36	0,1	0,02	0,03	0,05	0,1	-0,05
Жамбылская	0,6	0,8	0,7	0,9	1,0	0,38	0,3	0,2	0,2	0,2	0,4	0,09
Жетысу					0,7	0,70					0,2	0,16
Карагандинская	0,7	0,6	0,7	0,6	0,8	0,10	0,3	0,2	0,3	0,3	0,5	0,17
Костанайская	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	-0,09	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,06
Кызылординская	0,5	1,2	1,1	1,3	1,5	0,95	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,15



Мангистау- ская	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5	-0,02	0,01	0,01	0,01	0,1	0,1	0,05
Павлодар- ская	1,0	0,9	0,9	1,0	0,8	-0,12	0,4	0,4	0,4	0,3	0,2	-0,17
СКО	1,2	0,9	1,0	1,1	1,2	0,03	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	-0,01
Туркестан- ская	0,6	0,7	0,7	0,6	0,8	0,12	0,1	0,2	0,3	0,3	0,2	0,07
Улытау					0,2	0,18					0,00	0,00
ВКО	0,7	0,5	0,8	0,8	0,9	0,24	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,09
г. Астана	0,9	0,7	0,6	1,4	0,8	-0,04	0,5	0,4	0,5	0,6	0,4	-0,05
г. Алматы	0,9	0,9	1,0	0,8	0,9	0,08	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,10
г. Шымкент	0,8	0,9	0,9	0,7	0,6	-0,14	0,5	0,5	0,5	0,3	0,3	-0,20



Таблица 6. Обеспеченность врачебным персоналом на 10 000 человек населения в Республике Казахстан

Регион	Обеспеченность врачебным персоналом на 10 000 человек населения																				
	Участковые терапевты (Всего)					ВОП(Всего)					Участковые педиатры (Всего)										
	2018	2019	2020	2021	2022	Темп +/-	%	2018	2019	2020	2021	2022	Темп +/-	%	2018	2019	2020	2021	2022	Темп +/-	%
РК	0,94	0,68	0,63	0,52	0,46	-0,48	-50,8	3,23	3,59	3,72	3,77	3,75	0,52	16,1	2,52	2,19	2,20	1,89	1,76	-0,76	-30,1
Абай					0,93	0,93						3,70	3,70						2,07	2,07	
Акмолинская	1,27	1,09	1,19	0,86	0,73	-0,55	-42,9	3,56	3,19	3,02	2,30	2,18	-1,38	-38,7	3,03	2,82	2,81	2,06	1,74	-1,29	-42,6
Актюбинская	0,51	0,39	0,37	0,35	0,12	-0,39	-77,1	4,11	4,45	4,72	4,54	4,89	0,79	19,1	2,58	3,11	2,93	2,90	2,70	0,12	4,8
Алматинская	2,16	1,42	1,28	0,84	0,54	-1,62	-74,9	2,25	2,93	3,79	3,92	3,85	1,60	71,1	4,11	2,83	3,01	1,98	1,78	-2,33	-56,6
Атырауская	0,30	0,27	0,25	0,20	0,17	-0,14	-45,4	3,76	3,67	3,70	3,49	3,26	-0,49	-13,2	0,63	0,86	0,75	0,57	0,37	-0,26	-41,3
ЗКО	0,07	0,02	0,02	0,02	-	-0,07	-100,0	4,26	4,19	4,16	4,58	4,36	0,10	2,3	0,67	0,81	0,69	0,86	0,79	0,12	17,6
Жамбылская	0,73	0,55	0,46	0,30	0,07	-0,66	-90,9	3,27	3,39	3,82	4,15	4,24	0,97	29,6	1,59	1,32	1,24	0,99	0,37	-1,22	-76,9
Жетысу					1,12	1,12						3,74	3,74						2,29	2,29	
Карагандинская	0,57	0,47	0,54	0,38	0,35	-0,21	-37,6	3,13	3,50	3,52	3,51	4,44	1,31	42,0	2,10	2,31	2,41	2,08	2,23	0,13	6,2
Костанайская	0,89	0,86	0,94	0,63	0,71	-0,18	-20,4	2,27	2,77	2,85	2,67	2,82	0,56	24,5	2,95	3,24	3,48	3,14	2,93	-0,02	-0,8
Кызылординская	0,12	-	-	-	-	-0,12	-100,0	4,42	4,33	4,41	4,53	4,46	0,04	1,0	0,17	-	-	-	-	-0,17	-100,0
Мангистауская	0,80	0,64	0,33	0,30	0,45	-0,35	-44,1	3,36	3,35	3,21	3,29	3,12	-0,25	-7,3	2,40	1,29	1,55	1,25	1,03	-1,37	-57,2
Павлодарская	0,65	0,43	0,51	0,42	0,49	-0,15	-23,9	2,93	3,34	3,42	3,47	3,02	0,09	3,0	2,19	2,06	1,98	2,11	1,70	-0,49	-22,3
СКО	1,46	1,55	1,49	1,26	1,33	-0,13	-8,6	2,58	2,99	2,80	3,00	3,41	0,83	32,1	3,17	3,56	3,87	3,90	3,74	0,57	18,1
Туркестанская	0,82	0,13	0,03	0,18	0,07	-0,76	-91,9	4,00	4,83	4,94	5,09	4,95	0,95	23,7	2,06	1,69	1,31	1,31	1,41	-0,66	-31,9
Улытау					0,14	0,14						2,08	2,08						1,87	1,87	
ВКО	0,78	0,78	0,79	0,87	0,71	-0,06	-8,1	2,85	2,86	2,84	3,07	2,73	-0,13	-4,4	2,71	2,66	2,71	2,59	2,89	0,17	6,4
г. Астана	1,34	1,33	1,11	1,12	1,04	-0,29	-22,0	2,49	2,47	2,79	3,11	3,21	0,73	29,2	2,95	2,49	2,36	1,98	2,18	-0,76	-25,9
г. Алматы	0,72	0,74	0,66	0,49	0,48	-0,23	-32,6	3,62	3,74	3,78	3,89	3,90	0,29	7,9	3,15	3,34	4,02	3,30	3,18	0,04	1,2
г. Шымкент	1,60	0,20	0,18	0,16	0,14	-1,46	-91,2	2,76	4,59	4,06	3,60	2,89	0,13	4,7	4,08	2,71	2,45	2,28	1,57	-2,50	-61,4



Таблица 6. Обеспеченность врачебным персоналом на 10 000 человек населения в городах Республики Казахстан
Обеспеченность врачебным персоналом на 10 000 человек населения

Регион	Участковые терапевты (Город)										ВОП (Город)										Участковые педиатры (Город)									
	2018	2019	2020	2021	2022	Темп +/-	%	2018	2019	2020	2021	2022	Темп +/-	%	2018	2019	2020	2021	2022	Темп +/-	%									
РК	1,02	0,66	0,65	0,59	0,55	-0,47	-45,8	2,94	3,43	3,66	3,42	3,28	0,35	11,8	3,15	2,63	2,75	2,31	2,06	-1,09	-34,7									
Абай					0,78	0,78						3,59	3,59						1,41	1,41										
Акмолинская	1,47	1,68	1,97	1,26	0,88	-0,59	-40,0	4,31	3,79	2,63	0,90	0,86	-3,45	-80,0	4,33	3,74	3,68	2,14	1,60	-2,73	-63,1									
Актюбинская	0,62	0,50	0,47	0,44	0,11	-0,51	-82,2	4,44	4,70	5,09	4,85	5,18	0,74	16,7	3,42	4,04	3,91	3,79	3,44	0,02	0,6									
Алматинская	3,50	-0,35	-	1,89	0,97	-2,53	-72,4	1,51	4,38	10,04	3,59	2,83	1,32	87,6	8,56	4,99	6,01	3,73	2,03	-6,52	-76,2									
Атырауская	0,39	0,37	0,32	0,32	0,26	-0,13	-34,1	3,79	3,32	3,55	3,33	3,06	-0,73	-19,2	0,80	1,11	1,00	0,83	0,54	-0,26	-32,8									
ЗКО	0,04	-	-	0,04	-	-0,04	-100,0	3,77	3,80	3,96	4,57	3,83	0,05	1,4	0,50	0,86	0,64	0,80	0,67	0,17	33,0									
Жамбылская	1,10	0,79	0,64	0,43	0,12	-0,98	-89,1	2,30	2,61	3,22	4,00	3,07	0,77	33,4	1,94	1,42	1,26	0,77	0,31	-1,63	-84,0									
Жетысу					1,94	1,94						3,54	3,54						3,66	3,66										
Карагандинская	0,61	0,52	0,58	0,33	0,39	-0,22	-36,2	2,62	3,22	3,18	3,15	4,28	1,66	63,2	2,19	2,46	2,58	2,11	2,37	0,18	8,4									
Костанайская	0,82	0,86	1,20	0,81	0,88	0,05	6,7	2,17	2,52	2,52	2,40	2,37	0,20	9,4	3,26	3,29	4,08	3,46	2,91	-0,35	-10,8									
Кызылординская	0,28	-	-	-	-	-0,28	-100,0	3,47	3,83	3,86	4,17	3,83	0,37	10,6	0,37	-	-	-	-	-0,37	-100,0									
Мангистауская	1,35	1,32	0,56	0,55	0,72	-0,62	-46,3	3,54	2,78	2,40	2,61	2,22	-1,32	-37,3	3,89	2,33	2,64	2,17	1,36	-2,53	-65,0									
Павлодарская	0,70	0,50	0,58	0,44	0,56	-0,14	-20,5	2,56	2,81	2,83	2,99	2,66	0,11	4,2	2,42	1,93	2,13	2,24	1,60	-0,83	-34,1									
СКО	1,90	2,11	2,16	1,76	1,86	-0,03	-1,8	2,33	2,65	2,57	2,69	3,09	0,75	32,3	3,99	4,80	4,91	5,05	4,31	0,33	8,2									
Туркестанская	2,31	0,09	0,09	0,09	0,28	-2,03	-88,1	2,36	4,88	4,79	4,61	2,91	0,55	23,1	4,19	1,82	1,29	1,42	1,57	-2,61	-62,4									
Улытау					-	0,00						1,48	1,48						1,37	1,37										
ВКО	0,52	0,55	0,59	0,59	0,47	-0,05	-10,2	2,10	2,14	2,04	2,42	2,15	0,06	2,6	2,59	2,44	2,74	2,41	3,04	0,45	17,5									
г. Астана	1,34	1,33	1,11	1,12	1,04	-0,29	-22,0	2,49	2,47	2,79	3,11	3,21	0,73	29,2	2,95	2,49	2,36	1,98	2,18	-0,76	-25,9									
г. Алматы	0,72	0,74	0,66	0,49	0,48	-0,23	-32,6	3,62	3,74	3,78	3,89	3,90	0,29	7,9	3,15	3,34	4,02	3,30	3,18	0,04	1,2									
г. Шымкент	1,60	0,20	0,18	0,16	0,14	-1,46	-91,2	2,76	4,59	4,06	3,60	2,89	0,13	4,7	4,08	2,71	2,45	2,28	1,57	-2,50	-61,4									



Таблица 6. Обеспеченность врачебным персоналом на 10 000 человек населения в селах Республики Казахстан
Обеспеченность врачебным персоналом на 10 000 человек населения

Регион	Участковые терапевты (Село)						ВОП (Село)						Участковые педиатры (Село)							
	2018	2019	2020	2021	2022	%	2018	2019	2020	2021	2022	Темп +/-	%	2018	2019	2020	2021	2022	Темп +/-	%
РК	0,82	0,71	0,60	0,40	0,31	-0,51	3,64	3,81	3,82	4,30	4,51	0,87	23,9	1,75	1,65	1,50	1,34	1,33	-0,42	-24,0
Абай					1,16	1,16					3,88	3,88						3,07	3,07	
Акмолинская	1,10	0,57	0,50	0,50	0,53	-0,57	2,90	2,65	3,37	3,72	3,87	0,98	33,8	1,86	1,96	1,98	1,98	1,92	0,06	3,4
Актюбинская	0,23	0,12	0,12	0,12	0,13	-0,10	3,29	3,82	3,79	3,74	4,03	0,74	22,4	0,60	0,84	0,47	0,58	0,59	-0,01	-1,3
Алматинская	17,70	1,91	1,64	0,55	0,46	-17,24	5,95	2,52	2,04	4,01	4,05	-1,90	-31,9	2,82	2,21	2,15	1,47	1,73	-1,09	-38,6
Атырауская	0,21	0,16	0,16	0,05	0,05	-0,16	3,72	4,10	3,88	3,67	3,51	-0,21	-5,7	0,44	0,55	0,44	0,26	0,16	-0,28	-62,8
ЗКО	0,09	0,05	0,05	-	-	-0,09	4,79	4,61	4,38	4,59	5,04	0,25	5,2	0,85	0,74	0,73	0,93	0,94	0,09	10,7
Жамбылская	0,48	0,38	0,34	0,22	0,02	-0,46	3,91	3,90	4,22	4,25	5,12	1,22	31,1	1,37	1,25	1,23	1,13	0,41	-0,96	-70,3
Жетысу					0,47	0,47					3,89	3,89						1,18	1,18	
Карагандинская	0,40	0,25	0,36	0,58	0,20	-0,20	5,09	4,59	4,89	4,97	5,13	0,04	0,8	1,81	1,81	1,82	1,94	1,70	-0,11	-5,9
Костанайская	0,96	0,87	0,59	0,37	0,42	-0,54	2,39	3,12	3,31	3,06	3,56	1,17	49,0	2,60	3,18	2,65	2,70	2,95	0,36	13,8
Кызылординская	-	-	-	-	-	0,00	5,18	4,74	4,85	4,83	5,02	-0,16	-3,1	-	-	-	-	-	0,00	-
Мангистауская	0,42	0,16	0,16	0,12	0,21	-0,21	3,24	3,72	3,75	3,75	3,86	0,61	18,9	1,50	0,68	0,88	0,69	0,77	-0,73	-48,7
Павлодарская	0,51	0,26	0,32	0,39	0,32	-0,18	3,83	4,61	4,85	4,62	3,87	0,04	1,1	1,71	2,32	1,69	1,84	1,91	0,20	12,0
СКО	1,07	1,05	0,88	0,81	0,82	-0,25	2,78	3,28	2,99	3,27	3,71	0,92	33,2	2,56	2,61	3,05	2,98	3,23	0,67	26,2
Туркестанская	0,49	0,14	0,01	0,20	-	-0,49	4,40	4,82	4,98	5,21	5,61	1,21	27,5	1,49	1,65	1,32	1,28	1,35	-0,14	-9,3
Улытау					0,67	0,67					4,32	4,32						3,68	3,68	
ВКО	1,21	1,15	1,15	1,34	1,21	0,00	4,06	4,04	4,18	4,17	3,85	-0,21	-5,2	2,89	2,99	2,66	2,87	2,60	-0,29	-9,9



Анализируя текущую ситуацию необходимо выделить следующие вызовы по кадровому обеспечению ПМСП:

- Отсутствие единой информационной системы по качественному и эффективному учету кадровых ресурсов здравоохранения;
- Дефицит кадров на уровне ПМСП, особенно в сельских регионах: ВОП, семейных врачей, участковых педиатров, медицинских сестер, социальных работников;
- Сохраняется кадровый дисбаланс: город/село, регионы, стационар/АПП, частные/государственные медицинские организации, гендерный, по специальностям, штатные единицы/участки;
- Низкий уровень готовности выпускников медицинских вузов и колледжей работать на уровне ПМСП, особенно в сельской местности;
- Низкий потенциал кадровых служб на уровне УЗ и организаций ПМСП в вопросах планирования и управления кадрами.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие пути решения проблем:

- Совершенствовать нормативные правовые акты и инструменты кадровой политики в области первичной медико-санитарной помощи. Также необходимо пересмотреть действующее регулирование в соответствии с уровнем развития технологий.
- Разработать образовательные программы для колледжей и вузов, направленные на практикоориентацию. Кроме того, необходимо расширить обучение в рамках грантового финансирования и целевую подготовку.
- Модернизация центров управления персоналом и формирования кадровых служб с новыми компетенциями. В этом направлении необходимо совершенствовать подготовку менеджеров системы здравоохранения по экономике и менеджменту, а также включение вузовских компонентов «Экономика» и «Менеджмент» в образовательные программы.
- В целях повышения конкурентоспособности отечественного здравоохранения необходимо последовательно совершенствовать систему подготовки врачей путем привлечения зарубежных ученых на курсы повышения квалификации и обмена опытом и знаниями.
- Принятие мер для повышения имиджа и престижа профессии медицинского работника с акцентом на специалистов ПМСП.



2.2.3. Финансирование первичной медико-санитарной помощи

Система здравоохранения Казахстана претерпела различные изменения в финансировании. В 1996 году с первой попыткой было введено медицинское страхование, был создан специальный фонд, который должен был обеспечить население необходимым объемом качественной медицинской помощи. Однако, в связи с кризисом в 1998 году в стране было принято решение отказаться от прогрессивной системы финансирования отрасли – обязательного медицинского страхования, что существенно осложнило экономическую ситуацию в отечественном здравоохранении в 2000-х годах.

По рекомендациям ВОЗ, для нормального функционирования системы, минимальный уровень расходов на здравоохранение должен составлять 6–9% от ВВП при бюджетном финансировании в развитых государствах и не менее 5% ВВП в развивающихся странах (рис. 9) [16].

В 2021 году расходы на здравоохранение от всех источников финансирования достигли 4,0% к ВВП [17]. Казахстан расходует на здравоохранение гораздо меньше средств (3,7% к ВВП), чем в странах-членах Организации экономического сотрудничества и развития (9,7% к ВВП) [1].

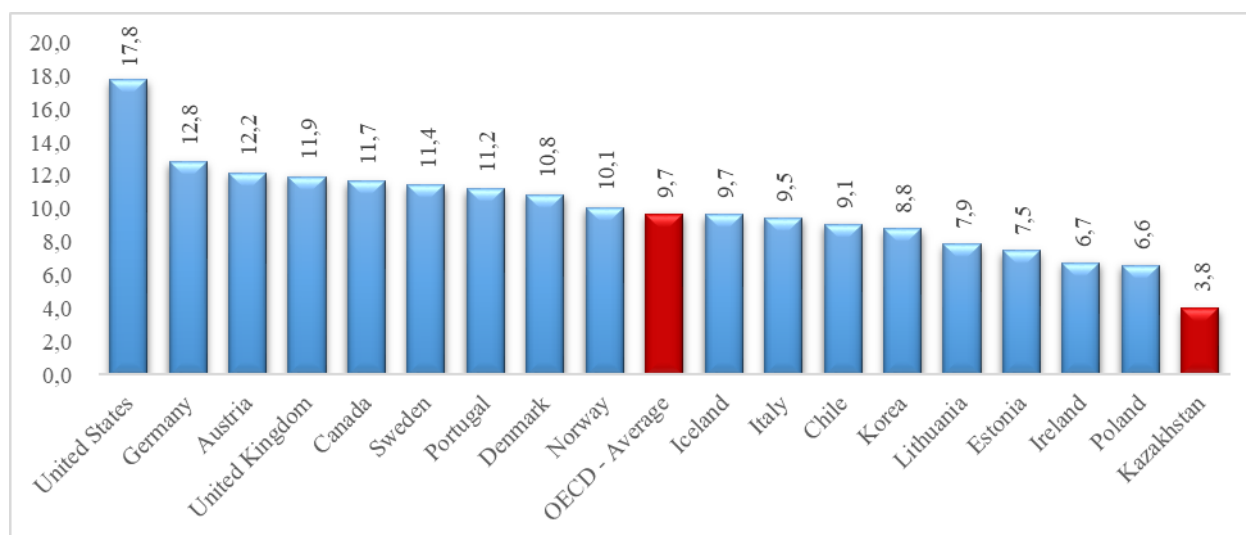


Рисунок 9 – Текущие расходы на здравоохранение в Казахстане и в странах ОЭСР в 2021г. (в % к ВВП)

В соответствии с приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-173/2020 «Об утверждении Правил формирования и использования данных Национальных счетов здравоохранения», ежегодно с 2010 года проводится анализ изменений в динамике частных расходов на здравоохранение РК.

За последние 5 лет наблюдается рост как государственных расходов, так и частных расходов на здравоохранение. Общие расходы на



здравоохранение (ОРЗ) в 2021 году составили 3,27 трлн. тенге. Из них текущие расходы на здравоохранение (ТРЗ) - 3,11 трлн. тенге, и капитальные затраты – 155,3 млрд. (таблица 7.)

Таблица 7 – Динамика макроэкономических показателей страны в 2018-2021 гг. (тыс. тенге)

Макроэкономические показатели, тыс. тенге	2018	2019	2020	2021
ВВП	61 819 536 400	69 532 626 500	70 714 083 600	81 269 200 000
ОРЗ	1 887 243 759	2 056 419 901	2 829 764 233	3 269 200 300
ТРЗ	1 767 592 349	1 940 193 277	2 677 702 479	3 113 850 314
Капитальные расходы	119 651 410	116 226 624	152 061 753	155 349 985
Гос. расходы	1 087 084 521	1 163 262 904	1 770 989 488	2 012 046 696
В том числе: ГОБМП			1 126 590 254	1 211 587 753
ОСМС			423 949 954	538 854 753
Частн. расходы	679 520 607	776 473 424	905 860 645	1 101 803 619
ДМС + Предприятия	96 472 686	120 127 550	170 223 559	277 116 546
Карманные расходы	583 047 921	656 345 874	735 637 086	824 687 073
Внешние источники	987 221	456 948	852 347	

Таблица 8 – Динамика государственных и частных расходов на здравоохранение в РК за 2018-2021 гг. (данные НСЗ РК)

Показатели расходов на здравоохранение, процент	2018	2019	2020	2021
ОРЗ, % от ВВП	3,3%	3,0%	4,0%	4,0%
ТРЗ, % от ВВП	2,9%	2,8%	3,8%	3,8%
Гос. расх., % от ВВП	1,8%	1,7%	2,5%	2,5%
Част.расх. % от ВВП	1,1%	1,1%	1,3%	1,3%
Гос. расх., % от ТРЗ	61,5%	60,0%	66,1%	64,6%
Част.расх. % от ТРЗ	38,4%	40,0%	33,8%	35,4%
Карманные расходы, % от ТРЗ	33,0%	33,8%	27,5%	26,5%
Показатели расходов на здравоохранение на 1 жителя, тенге				
ОРЗ на душу, тенге	102 592	110 371	149 840	170 962
ОРЗ на душу, долл. США	297	288	356	401
ТРЗ на душу, тенге	96 087	104 133	141 785	162 838
ТРЗ на душу, долл. США	278	272	336	382

В 2020 году рост текущих расходов на здравоохранение произошел во многом за счет роста государственных расходов, что связано с реализацией системы ОСМС в здравоохранении за счет совершения значительных финансовых вливании (табл. 8).

Вместе с ростом номинальных расходов на здравоохранение растет и их доля в ВВП. Подушевые расходы также значительно растут.

Рост удельного веса ТРЗ от ВВП отмечается в 2021 году – с 2,8% до 3,8%. Показатель ТРЗ от ВВП в 2021 году не изменился по сравнению



с 2020 годом и остался на уровне 3,8%. Удельный вес государственных расходов в ВВП также показывает рост - с 1,7% от ВВП в 2019 году до 2,5% в 2021 году. Доля частных расходов в ВВП в 2021 году остается на уровне 2020 года и составляет 1,3%. (рис.10)

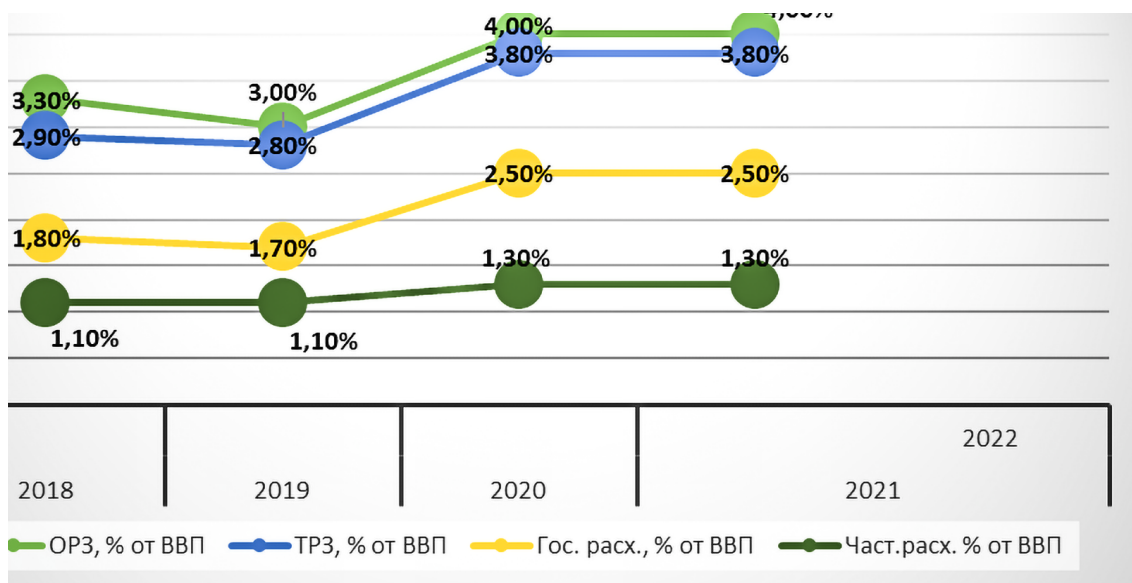


Рисунок 10. Динамика удельного веса ОРЗ, ТРЗ, государственных и частных расходов на здравоохранение от ВВП, %

Анализ структуры расходов на здравоохранение в разрезе схем финансирования показывает, что в 2021 году наибольшая доля расходов приходится на государственный сектор – 64,6%. Частные расходы в структуре текущих расходов на здравоохранение составляют 35,4% (рис.11).

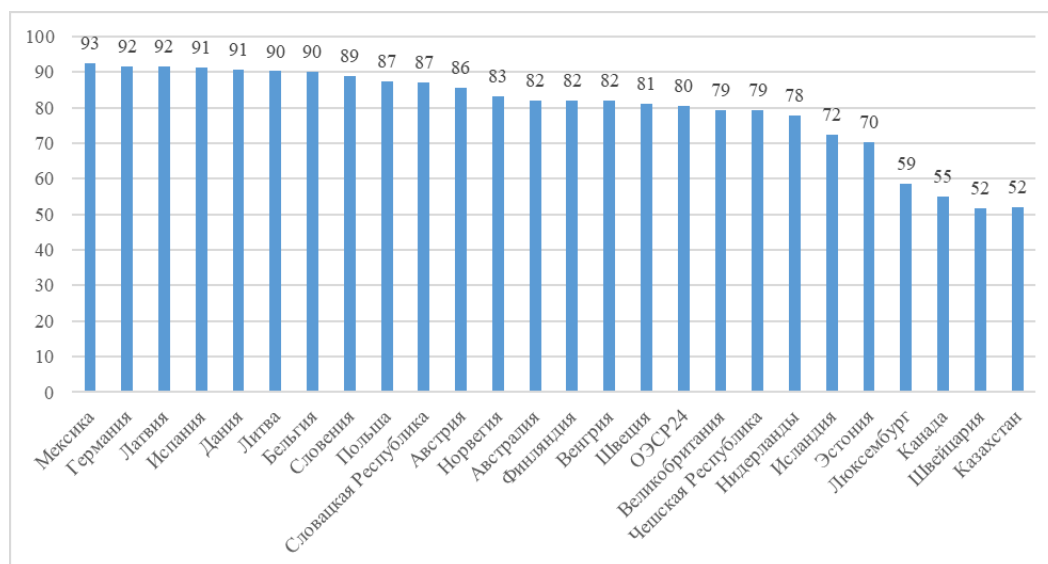


Рисунок 11. Доли государственных и частных расходов на здравоохранение за 2017-2021 гг., %



В 2020 году отмечается внушительный рост расходов на здравоохранение, который в свою очередь происходит во многом за счет увеличения государственных расходов, что можно связать с внедрением системы обязательного медицинского страхования. При этом, отмечается также сокращение удельного веса частных расходов в соотношении с государственными расходами в 2020 году до уровня 33,8% от ТРЗ. Однако в 2021 году уровень частных расходов увеличивается до 35,4% от ТРЗ.

Далее рассмотрим структуру государственных и частных расходов на здравоохранение по видам медицинской помощи.

Система ПМСП в РК финансируется на основе подушевой системы оплаты, которая основана на умножении количества пациентов, зарегистрированных в медицинском учреждении, на подушевую ставку на одного человека [18]. В рамках подушевой оплаты поставщики получают согласованную сумму денег за каждого пациента, зарегистрированного в течение определенного периода времени, чтобы предоставить ему заранее определенные услуги, с ожиданием, что подушевая оплата будет способствовать эффективному использованию ограниченных ресурсов здравоохранения за счет контроля объемов предоставленных услуг и сопутствующих расходов.

В 2014 году происходит централизация бюджета на уровне республики, выделены дополнительные средства на выравнивание тарифов, значительный рост стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива (СКПН), в 2 раза для ПМСП. Внедрена новая методика расчета комплексного подушевого норматива (КПН) (ПКэф) ($КПН = ПМСП + КДП$ (консультативно-диагностическая помощь) / СКПН), последующие изменения произошли только через 3 года, где внедряется подушевой норматив на 1 школьника, школьные медсестры включены в штат ПМСП, медицинские услуги предоставляются через организации ПМСП. Позднее в 2018 году внедрен подушевой норматив в расчете на 1 чел. населения, 1 бригада неотложной помощи (НП) на 10 тыс. населения; создаются отделения НП при ПМСП / либо аутсорсинг ($КПН = ПМСП + КДП + НП / СКПН$). В 2020 году КПН включает услуги ПМСП (ГОБМП), внедрен КДУ на 1 жителя – оплата за услугу КДУ разделены на ГОБМП и ОСМС, неотложная помощь оплачивается отдельным подушевым нормативом ($КПН = ПМСП / СКПН$). В связи с ростом заболеваемости COVID-19, в 2021 году внедрены дистанционные услуги, сформированы мобильные бригады ПМСП, надбавки к заработной плате работников системы здравоохранения, задействованных в противоэпидемических мероприятиях в рамках борьбы с COVID-19 и группы рисков, а также организовано проведение вакцинации населения [19].

Финансирование ПМСП охватывает оказание амбулаторной, стационарозамещающей медицинской помощи и предоставление



льготных лекарственных средств для обслуживаемого населения организациями ПМСП, разделенные на гарантированный пакет бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и пакет обязательного социального медицинского страхования (ОСМС). Общий объем государственных расходов увеличился с 1 087 084 521 тг. в 2018 году до 2 012 046 696 тг. в 2021 году, также в 2021 году расходы на ГОБМП составила 1 211 587 753 тг, а расходы на ОСМС составило 538 854 753 тг. В 2023 году подушевой норматив в год на 1 жителя увеличился с 15 до 27 тыс. тенге.

Бюджет ГОБМП в 2014 году составил 679,7 млрд.тенге, из них ПМСП (без КДУ) составило 122,8 млрд.тенге или 18%. В свою очередь, бюджет здравоохранения в 2020 году по плану закупа фонда социального медицинского страхования (ФСМС) составил 1 717,243 млрд.тенге, из них ПМСП (без КДУ) составил 336,7 млрд.тенге или 19,6%.

В странах ОЭСР 80% всех расходов на базовую медицинскую помощь приходится на услуги, предоставляемые поставщиками амбулаторной помощи (рис. 12). В 2019 году эта доля составляла 90% и более в Мексике, Германии, Латвии, Испании, Дании, Литве и Бельгии, но была менее 70% в Люксембурге, Канаде и Швейцарии.

Правительство Казахстана планирует увеличить долю финансирования первичной медицинской помощи до рекомендуемых ВОЗ 60% от текущих расходов на здравоохранение. На сегодняшний день уровень финансирования амбулаторной поликлинической помощи составила 56% от общего объема гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и обязательного социального медицинского страхования (ОСМС).

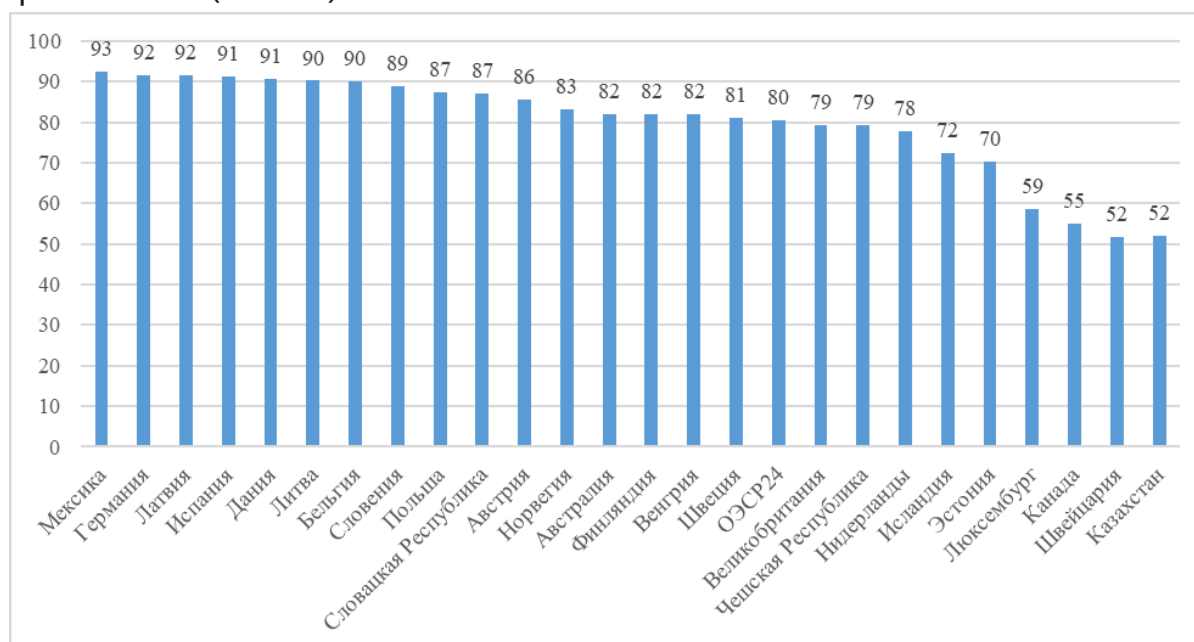


Рисунок 12. Расходы на услуги первичной медико-санитарной помощи в процентах от текущих расходов на здравоохранение, 2019 год



Внедрение системы социального медицинского страхования в Казахстане способствовало развитию первичной медико-санитарной помощи. Усовершенствованы механизмы финансирования ПМСП, что позволило расширить пакет услуг, представленного на уровне ПМСП. Создан комплексный подушевой норматив, внедрено фондодержание, которые направлены на снижение необоснованного использования консультативно-диагностических услуг, оказываемых профильными специалистами. Это позволило направить средства на обучение и стимулирование работников ПМСП за достигнутые результаты.

За последние 3 года произошла трансформация КПН. На сегодняшний день более 1800 консультативно-диагностических услуг выведены из структуры КПН. Дополнительно 5 услуг по оказанию КДУ, в том числе ЭКГ, СМАД, гликированный гемоглобин и т.д. были выведены из КПН. Это позволило организациям ПМСП расширить консультативно-диагностические отделения и точно повысить цены на услуги.

Вызовы по финансированию ПМСП и предлагаемые пути решения:

Государственные расходы на здравоохранение в процентах от ВВП не увеличиваются по мере роста ВВП. Помимо государственных расходов, растут и частные расходы на здравоохранение, в частности на услуги ПМСП. Снижение доли финансирования ПМСП в связи с более высокими темпами роста расходов на консультативно-диагностические услуги.

Для совершенствования мотивационных инструментов для специалистов ПМСП необходимо увеличить действующий размер СКПН. Формирование КПН должно быть справедливым. Необходимо определить подходы для включения затрат в базовый КПН на основании оценки фактических затрат на обеспечение деятельности действующей социально-ориентированной модели ПМСП.

Для повышения эффективности ПМСП пересмотреть затраты ПМСП в части фондодержания с учетом действующей модели ПМСП и необходимой кадровой обеспеченности. Внедрение стимулов для поддержки развития самостоятельных Центров ПМСП и семейной медицины.

2.2.4. Лекарственное обеспечение на амбулаторном уровне

В Алма-Атинской Декларации, принятой на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи 12 сентября 1978 года, в том числе, было продекларировано обеспечение основными лекарственными средствами на уровне первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП). Направления деятельности, указанные в данной Декларации, нашли свое отражение в Астанинской декларации, принятой на Глобальной конференции по первичной медико-



санитарной помощи, проведенной в г.Астана 25-26 октября 2018 года. В рамках Глобальной конференции представители 146 стран подтвердили взятые ранее на себя обязательства по укреплению национальных систем ПМСП для всеобщего охвата услугами здравоохранения и Целей в области устойчивого развития.

Оказание медицинской помощи на уровне ПМСП напрямую связано с лекарственным обеспечением для различных категорий пациентов. Одной из значимых вех в становлении и развитии амбулаторного лекарственного обеспечения (далее – АЛО) – это 2005 год, когда в Казахстане было введено обеспечение лекарственными средствами (далее - ЛС) на уровне ПМСМ на бесплатной и льготной основе по утвержденному Перечню видов заболеваний и категорий населения. Финансовое обеспечение закупа бесплатных и льготных (50% возмещения) лекарственных средств осуществлялось из двух источников: республиканского (16 нозологий) и местного бюджетов (26 нозологий). С каждым годом данный перечень расширялся за счет введения новых категорий пациентов: детей до 5 лет, диспансерных больных от 5 до 18 лет, беременных женщин, больных бронхиальной астмой, онкологических больных и др.

Следующим значимым событием стало создание в 2009 году компании «СК-Фармация» в структуре АО «Фонд национального благосостояния «Самрук-Казына» (Постановление Правительства Республики Казахстан №134 от 11 февраля 2009 года) с целью обеспечения лекарственными средствами населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, повышения устойчивости и конкурентоспособности фармацевтической отрасли Республики Казахстан, развития фармацевтической промышленности путем консолидации государственных закупок лекарственных средств. Постановлением Правительства Республики Казахстан от 25 мая 2013 года №516 права владения и пользования стопроцентной долей участия в товариществе с ограниченной ответственностью «СК-Фармация» были переданы Министерству здравоохранения Республики Казахстан. С 2011 года в соответствии с Постановлением Правительства Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 1729 ТОО «СК-Фармация» выступает организатором закупа медицинской техники, приобретаемой за счет средств республиканского бюджета, а также для дальнейшей передачи организациям здравоохранения на условиях финансового лизинга. С передачей функции централизованного закупа медицинской техники перед ТОО «СК-Фармация» была поставлена задача снижения ее стоимости за счёт централизации закупа в рамках республики и применения двухэтапных тендерных процедур, дальнейшего повышения качества приобретаемого оборудования и обеспечения бесперебойности его работы.



Следующей вехой стал 2012 год, когда на законодательном уровне было принято решение об исключении льготного АЛО, и введение полного бесплатного АЛО. Кроме того, на 40% расширился перечень лекарственных средств для бесплатного амбулаторного лекарственного обеспечения, который пополнился ЛС для лечения следующих нозологий: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, хроническая обструктивная болезнь легких, пневмония, язвенная болезнь, хроническая сердечная недостаточность, аритмия и др. С целью обеспечения прозрачности и наилучшего планирования потребности для закупок ЛС в 2012 году стали создаваться регистры больных.

Далее, в 2013 году продолжилось развитие АЛО в Республике Казахстан, когда была введена классификация на базовую и дополнительную терапии. В базовую терапию вошли все пациенты, состоящие на диспансерном учете, к категории дополнительной терапии были отнесены социально незащищенные группы населения. Важной вехой в 2013 г. стало внедрение в деятельность организаций здравоохранения, оказывающих ПМСП, информационной системы лекарственного обеспечения (далее - ИСЛО), позволяющая в режиме 24/7 мониторировать выписывание рецептов на получение бесплатных лекарственных средств амбулаторным больным, а также их отпуск через аптечные пункты, организованные при каждой организации ПМСП.

Ежегодно отмечается рост количества нозологий и лекарственных средств для амбулаторного лекарственного обеспечения. Так, в 2017 году количество групп нозологий в рамках АЛО составляло - 47, количество лекарственных средств – 266 наименований по МНН. В 2018 году количество групп нозологий увеличилось до 48, количество ЛС – до 274 наименований. В настоящее время на амбулаторном уровне пациенты обеспечиваются бесплатными лекарственными препаратами по 128-ми нозологиям. Необходимо констатировать, что количество нозологий увеличилось с 50 в 2019 году до 128 в 2023 году, что позволило охватить более 3,7 млн пациентов, а финансирование увеличилось с 83 млрд. тенге в 2019 году до 216 млрд тенге в 2023 году.

Важно отметить, что получение лицензии на розничную фармацевтическую деятельность – открытие аптечных пунктов организациями, оказывающие ПМСП, явилось не только решением экономии финансовых ресурсов государства (не надо платить за фармацевтическую услугу по отпуску бесплатных ЛС амбулаторным больным частным аптекам, которые ранее участвовали в АЛО), но и обеспечением физической доступности лекарственных средств для пациентов: не выходя из поликлиники пациенты сразу, по рецепту, получают выписанные им бесплатные лекарственные средства.

Следующей важной вехой в развитии амбулаторного лекарственного обеспечения стал 2020 год, ознаменованный введением системы



обязательного социального медицинского страхования. Финансирование оказания медицинской помощи было разделено на 2 вида: в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, и, соответственно, обеспечение лекарственными средствами в рамках АЛО также было разделено на ГОБМП и ОСМС. Переход к системе обязательного социального медицинского страхования позволил значительно расширить перечень бесплатных лекарственных средств для взрослых и детей до 18 лет. В частности, в амбулаторный перечень дополнительно были включены следующие нозологии:

- инфекционные и паразитарные заболевания (болезнь Лайма, ветряная оспа, микозы, токсоплазмоз и др.);
- болезни пищеварения (целиакия, желчекаменная болезнь, холецистит/холангит и др.);
- эндокринные нарушения (нарушения транспорта аминокислот);
- болезни нервной системы (болезнь Альцгеймера, мигрень, поражение тройничного нерва, мышечная дистрофия Дюшенна и др.);
- воспалительные и невоспалительные заболевания органов зрения (острый/хронический блефарит, конъюнктивит, глаукома и др.);
- болезни системы кровообращения (первичная легочная гипертензия, инфекционный эндокардит) и т. д.
- болезни органов дыхания (острые респираторные инфекции верхних и нижних дыхательных путей, синусит, болезни миндалин и аденоидов, вазомоторный и аллергический ринит).

На сегодняшний день на амбулаторном уровне всего обеспечивается нозологий – 128, а также 612 лекарственных средств и медицинских изделий. Из них в рамках ГОБМП обеспечивается 49 нозологий по 347 наименованиям лекарственных средств и медицинских изделий, в системе ОСМС – 79 нозологий по 265 наименованиям лекарственных средств и медицинских изделий.

Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 августа 2021 года № 75 утвержден Перечень лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями) (с изменениями и дополнениями на 17.02.2023г.).

По данным международной аналитической компании PROXIMA RESEARCH, объем фармацевтического рынка Республики Казахстан по итогам 2022 года в национальной валюте составил 863 млрд. тенге, а в долларах США – 1872 млн, что на 0,8% и 8,2%, соответственно, меньше, по сравнению с предыдущим годом. По сведениям Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан, в 2022 году объем производства лекарственных



средств и фармацевтических препаратов сократился в стоимостном выражении на 18,2% со 198,7 млрд тг. в 2021 году до 162,6 млрд тг. в 2022 году. Объем экспорта составил \$32,2 млн, объем импорта составил \$1,7 млрд.

В соответствии с данными, представленными в отчете о реализации национального проекта «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» за 2022 год, в Казахстане функционирует 97 фармацевтических производителей, из них 34 специализируется на производстве лекарственных средств, 63 производителей медицинских изделий. Количество производимой продукции составляет 1046 - наименований ЛС и 1320 - наименований МИ. Доля лекарственных средств и медицинских изделий отечественного производства на локальном фармацевтическом рынке (в стоимостном выражении) составила 29%. Доля закупа лекарственных средств и медицинских изделий с местным содержанием через систему единой дистрибуции в рамках ГОБМП и ОСМС составила 34% при плане 37%.

В 2022 году открыто 8 новых производств по выпуску лекарственных средств и медицинских изделий. В их числе: производство шприцевых насосов, ТОО «Сапа Мед Астана», Акмолинская область; завод по производству системы медицинского газоснабжения, ТОО «Артель Инжиниринг», Атырауская область; производство марли медицинской хлопчатобумажной отбеленной нестерильной в кусках, ТОО «Альянс-MEDICA», Восточно-Казахстанская область; производство калоприемника однокомпонентного, одноразового дренируемого COMFORT 1, ТОО «Жамбылское учебно-производственное предприятие общественного объединения «Казахское общество слепых», Жамбылская область; производство инактивированной вакцины против коронавирусной инфекции Covid-19 (QazVac), РГП на ПХВ «Научно-исследовательский институт проблем биологической безопасности», Жамбылская область; производство шовного хирургического материала, ТОО «MEDCOM QAZAQSTAN», Жамбылская область; производство лекарственных и гигиенических средств, ТОО «Dentafill Kazakhstan», г.Шымкент; производство изделий и средств индивидуальной защиты, ТОО «Эко-Фарм», г.Шымкент.

Разработаны изменения по упрощению условий заключения оффтейк-контрактов, которые проработаны с экспертами иностранных компаний. Изменения позволят практически реализовать заключение договоров с заказчиками контрактного производства, оптимизировать доступ на рынок Казахстана оригинальных препаратов для обеспечения населения.

Министерством здравоохранения РК подписаны Меморандумы по локализации на территории Республики Казахстан оригинальных



запатентованных препаратов с компаниями Roch holding (Герцептин, Кадсила, Перьета), Pfizer (вакцина Превенар), британская фармацевтическая корпорация «АстраЗенека» (препараты для лечения онкологических и орфанных заболеваний).

Анализ закупа лекарственных средств для обеспечения пациентов, получающих медицинскую помощь в рамках ГОБМП и в системе ОСМС Единым дистрибьютором «СК-Фармация»

Главенствующим механизмом поддержки отечественных производителей является заключение долгосрочных договоров поставки лекарственных средств и медицинских изделий сроком до 10 лет. Данная мера, внедряемая в Казахстане с 2009 года, позволила увеличить долю закупа через систему единой дистрибуции (ТОО «Самрук-Казына Фармация») в денежном выражении с 15% в 2010 году до 41% в 2021 году. Общая экономия средств, выделенных государством на АЛО, составила 192,9 млрд. тенге, а объем сэкономленных средств в абсолютном выражении вырос в 5,2 раза: с 5,08 млрд. тенге в 2010г. до 30, млрд. тенге в 2022г.

В рамках государственной поддержки в настоящее время действует 101 Долгосрочный договор поставки (далее – ДД), из них 47 ДД заключены на лекарственные средства и 54 ДД заключены на медицинские изделия с 37 отечественными товаропроизводителями на поставку 4 700 наименований лекарственных средств и медицинских изделий (788 ЛС и 3 912 МИ). Государственная поддержка для отечественных товаропроизводителей в рамках долгосрочных договоров за 10 лет позволила увеличить долю закупа в денежном выражении с 15% в 2010 году до 41% в 2021 году.

В 2022 году заключены 22 долгосрочных договора на поставку 618 наименований ЛС и МИ, из них – 73 лекарственные средства и 545 – медицинские изделия с 16-ю отечественными товаропроизводителями. Осуществлена поставка по 943 наименований ЛС и МИ на сумму 131,4 млрд. тенге, что составляет 34% в денежном выражении от общей суммы закупа (69% - от общего объема закупа в количественном выражении) при плане 37%.

За анализируемый период (2020-2022гг.) можно констатировать, что бюджетный сегмент фармацевтического рынка Республики Казахстан в 2021 году по сравнению с 2020 годом увеличился на 53,34 млрд. тенге, тогда как, увеличение за 11 месяцев 2022 г. по сравнению с 11-ю месяцами 2021 года составило 35,5 млрд. тенге (таблицы 9-10).



Таблица 9 – Данные о сумме закупа, количестве единиц товара и цены за 1 единицу товара за 2020–2021 годы

Сегмент рынка	Сумма, в млрд.тг.		
	2020 год	2021 год	2022 год
Бюджетный сегмент	265,96	319,30	324,2
Стационар	129,56	157,25	151,6
АЛО	136,40	162,06	172,6
Розничный сегмент	403,80	445,97	457,7
ИТОГО, фарм. рынок РК:	669,76	765,27	781,9

Сумма закупа в рамках амбулаторного лекарственного обеспечения в 2021 году увеличилась на 25,66 млрд. тенге по сравнению с 2020 годом, возросло количество закупленных единиц товара с 28,61 млн. упаковок в 2020г. до 31,33 млн. упаковок в 2021г. Также возросла цена за 1 единицу товара с 4768,19 тенге (2020г.) до 5172,66 тенге (2021г.).

Отмечается тенденция роста по всем показателям при сравнении данных за 11 месяцев в сравнении 2021 и 2022 гг.

Анализ данных о странах-лидерах (рисунок 13) по итогам закупа у них Единым дистрибьютором «СК-Фармация» показал, что на протяжении 2020-2022 гг. есть два неизменных лидера: на первом месте – Республика Казахстан, на втором месте – Германия, третье место в разные годы занимали страны: Франция (2020г.), Китай (2021г.) и Швейцария (2022г.)

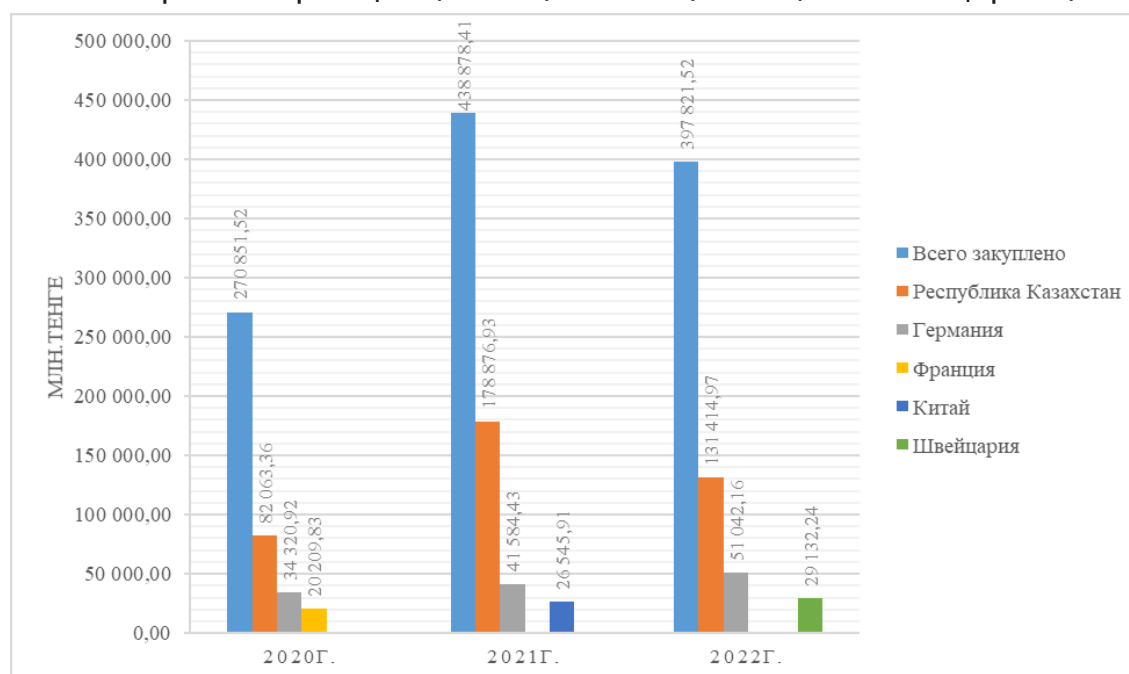


Рисунок 13. Данные о ТОП-3 стран по итогам закупа «СК-Фармация» за 2020-2022 гг.



Таким образом, на протяжении тринадцати лет (с 2010 по 2022 гг.) деятельность Единого дистрибьютора «СК-Фармация» способствовала экономии средств государства, выделенных на лекарственное обеспечение. В совокупности в денежном эквиваленте это составило 192,9 млрд. тенге, на 5,2% вырос объем сэкономленных средств в сравнении между 2010 и 2022 гг. Этому способствовали ряд принятых мер и решений: централизация амбулаторного лекарственного обеспечения (2018г.), передача функций СК-Фармации по поставке, хранению ЛС и МИ мобилизационного резерва (2020г.), передача полномочий СК-Фармации по оптовому закупу ЛС и МИ для последующей реализации в розничной сети (2020г.), полный переход на электронный формат закупок (2020-2021гг.), заключение всех типов договоров в электронном формате (2020-2021гг.), сокращение количества тендерной документации для потенциальных поставщиков (2020-2021гг.), сокращение сроков проведения тендерных процедур при «СК-Фармация» (200-2021гг.), формирование неснижаемого запаса в объеме 25% от всего количества закупаемых ЛС и МИ (2020-2021гг.), завершение пилотных проектов по цифровизации холодной цепи и маркировки ЛС и МИ (2021г.), обеспечение преемственности терапии на уровне ПМСП все ЛС, предназначенные для пациентов, проходящие лечение на амбулаторном уровне, включены в перечень для стационарного лечения (2021г.), централизация закупа медицинской техники (2022г.) и развитие медико-фармацевтических кластеров (2022г.).

Единый дистрибьютор осуществляет закуп лекарственных средств и медицинских изделий на основании Перечня, утвержденного приказом Министра здравоохранения РК от 20 августа 2021 года № ҚР ДСМ-88, в Перечень Единого дистрибьютора включены 1765 наименований лекарственных средств и медицинских изделий.

Анализ стоимости лекарственной терапии при амбулаторном лекарственном обеспечении в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования

С 01 января 2020 года в Республике Казахстан введена система обязательного социального медицинского страхования, которая, в свою очередь, послужила основанием разделения финансирования государством оказываемой медицинской помощи, и соответственно, лекарственного обеспечения, на два пакета: финансирование в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе ОСМС.

Финансирование амбулаторного лекарственного обеспечения при оказании первичной медико-санитарной помощи в рамках ГОБМП превышает в среднем в два и более раза по сравнению финансирования АЛО в системе ОСМС (таблица 10).



Объем финансирования для оказания лекарственной терапии пациентам в рамках ГОБМП растет с 42 245,54 тенге в 2020г. до 76 042,96 тенге в 2022году. Финансирование в системе ОСМС при оказании первичной медико-санитарной помощи растет с 28 886,98 тенге в 2020г. до 30 683,28 тенге в 2022году.

Таблица 10 – Средняя стоимость лекарственной терапии при АЛО на 1 пациента в рамках ГОБМП и в системе ОСМС

Период (год)	ГОБМП, тенге	ОСМС, тенге
2020 год	42 245,54	28 886,98
2021 год	51 269,74	23 266,06
2022 год	76 042,96	30 683,28
6 мес. 2023 года	65 262,38	26 172,93

Поданным Фонда ОСМС растет также средняя стоимость лекарственной терапии (ГОБМП и ОСМС) при оказании ПМСП с 39 111,05 тенге в 2020 г. до 48 495,99 тенге в 2022 году.

При амбулаторном лекарственном обеспечении, как в рамках ГОБМП, так и в системе ОСМС есть ТОП-10 наиболее высокочатратных нозологий по финансовому обеспечению лекарственными средствами. Данные представлены в таблицах 11–12.

Таблица 11 – Данные о ТОП-10 высокочатратных нозологий в рамках ГОБМП за 2020 год

Высокочатратная нозология	Сумма обеспеченных рецептов, в тенге
Диабет сахарный E10-E11	23 019 740 039,44
Онкологические заболевания C00-97, D00-48	18 214 396 907,08
Наследственные дефициты факторов свертывания крови D66-D68	11 201 977 671,53
Артериальная гипертензия I10-I15	10 352 455 467,80
Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, включая миелодиспластические синдромы D45-47.9, C81-C96	9 950 000 903,49
Ревматоидный артрит M05-M06	5 687 991 171,34
Психические заболевания F00-F99	4 741 931 312,35
Хроническая обструктивная болезнь легких J44	3 687 264 350,47
Ишемическая болезнь сердца (ИБС) I20-I25	3 648 958 561,34
Бронхиальная астма J45	2 968 341 960,94

Лидируют по затратности в ТОП-10: сахарный диабет (23 019 740 039,44 тенге), онкологические заболевания C00-97, D00-48 (18 214 396 907,08 тенге) и наследственные дефициты факторов свертывания крови D66-D68 (11 201 977 671,53 тенге).



Таблица 12 – Данные о ТОП-10 высокозатратных нозологий в системе ОСМС за 2020 год

Высокозатратная нозология	Сумма обеспеченных рецептов, в тенге
Мукополисахаридоз E76.0, E76.1, E76.2, E76.3, E76.8	6 211 525 629,32
Рассеянный склероз G35	3 521 521 350,77
Первичная легочная гипертензия I27.0	3 151 629 363,68
Гематологические заболевания, включая апластическую анемию D55-64.9, D69	1 415 182 390,12
Гипофункция и другие нарушения гипофиза, Гипофизарный нанизм, синдром Шерешевского-Тернера, Синдром Тернера неуточненный E23, Q96.9	1 383 310 385,42
Гормонально активные опухоли гипофиза. Акромегалия E22	914 579 231,05
Другие сфинголипидозы E75.2	684 704 033,59
Болезнь Гоше E72.8	618 007 292,18
Интерстициальные болезни легких J84	550 554 641,40
Кистозный фиброз (Муковисцидоз) E84	494 636 177,38

Лидируют по затратности в ТОП-10: Мукополисахаридоз E76.0, E76.1, E76.2, E76.3, E76.8 (6 211 525 629,32 тенге), рассеянный склероз G35 (3 521 521 350,77 тенге) и первичная легочная гипертензия I27.0 (3 151 629 363,68 тенге).

Таблица 13 – Данные о ТОП-10 высокозатратных нозологий в рамках ГОБМП за 2021 год

Высокозатратная нозология	Сумма обеспеченных рецептов, в тенге
Диабет сахарный E10-E11	31 300 281 288,09
Онкологические заболевания C00-97, D00-48	23 884 692 683,57
Артериальная гипертензия I10-I15	12 482 177 135,34
Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, включая миелодиспластические синдромы D45-47.9, C81-C96	11 045 991 317,80
Наследственные дефициты факторов свертывания крови D66-D68	9 779 418 769,59
Ревматоидный артрит M05-M06	6 801 305 266,60
Психические заболевания F00-F99	5 400 233 770,43
Ишемическая болезнь сердца (ИБС) I20-I25	4 005 932 963,91
Хроническая обструктивная болезнь легких J44	3 352 818 443,08
Мукополисахаридоз E76.0, E76.1, E76.2, E76.3, E76.8	2 828 042 847,51

Лидируют по затратности в ТОП-10: сахарный диабет E10-E11 (31 300 281 288,09 тенге), онкологические заболевания C00-97, D00-48 (23 884 692 683,57 тенге) и артериальная гипертензия I10-I15 (12 482 177 135,34 тенге).



Таблица 14 – Данные о ТОП-10 высокочастотных нозологий в системе ОМС за 2021 год

Высокочастотная нозология	Сумма обеспеченных рецептов, в тенге
Мукополисахаридоз E76.0, E76.1, E76.2, E76.3, E76.8	5 378 479 790,77
Рассеянный склероз G35	2 581 680 956,07
Гематологические заболевания, включая апластическую анемию D55-64.9, D69	2 502 969 355,80
Псориаз L40	1 411 476 739,49
Гипофункция и другие нарушения гипофиза, Гипофизарный нанизм, синдром Шерешевского-Тернера, Синдром Тернера неуточненный E23, Q96.9	1 040 947 949,08
Первичная легочная гипертензия I27.0	1 024 029 064,32
Гормонально активные опухоли гипофиза. Акромегалия E22	829 950 403,97
Острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей J20 - J22	602 092 369,10
Болезнь Фабри. Другие сфинголипидозы E75.2	592 703 932,32
Болезнь Паркинсона G20	532 299 419,80

Лидируют по затратности в ТОП-10: Мукополисахаридоз E76.0, E76.1, E76.2, E76.3, E76.8 (5 378 479 790,77 тенге), рассеянный склероз G35 (2 581 680 956,07 тенге) и Гематологические заболевания, включая апластическую анемию D55-64.9, D69 (2 502 969 355,80 тенге).

Таблица 15 – Данные о ТОП-10 высокочастотных нозологий в рамках ГОБМП за 2022 год

Высокочастотная нозология	Сумма обеспеченных рецептов, в тенге
Диабет сахарный E10-E11	38 535 648 848,99
Онкологические заболевания C00-97, D00-48 (за исключением D35,2)	28 221 923 180,34
Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей D45-47.9, C81– C96 D56, D57, D59.5, D61, D69.3, D76.0	19 890 941 549,98
Наследственные дефициты факторов свертывания крови D66-D68	14 092 609 066,29
Артериальная гипертензия I10-I15	13 125 815 305,98
Мукополисахаридоз E76,0, E76,1, E76,2, E76,3, E76,8	9 527 560 264,66
Ревматоидный артрит M05-M06	8 693 199 950,51
Психические заболевания F00-F99	6 382 812 500,38
Рассеянный склероз G35	4 787 291 607,33
Спинальная мышечная атрофия G12	4 686 717 000,00

Лидируют по затратности в ТОП-10: сахарный диабет (38 535 648 848,99 тенге), онкологические заболевания C00-97, D00-48 (28 221 923 180,34 тенге) и злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей D45-47.9, C81– C96 D56, D57, D59.5, D61, D69.3, D76.0 (19 890 941 549,98 тенге).



Таблица 16 – Данные о ТОП-10 высокозатратных нозологий в системе ОСМС за 2022 год

Высокозатратная нозология	Сумма обеспеченных рецептов, в тенге
Псориаз L40	2 966 027 530,61
Гематологические заболевания, включая апластическую анемию D55-64,9, D69 (искл D69,3)	2 490 689 771,08
Гематологические заболевания (исключая некоторые заболевания крови, в том числе апластическую анемию, иммунные тромбоцитопении) D55-64,9 D 69 (исключая D56, D57, D59,5, D61, D69,3, D76,0),	629 031 142,14
Болезнь Паркинсона G20	519 037 562,50
Псориатические артропатии M07,3	493 664 852,38
Гипофункция и другие нарушения гипофиза, Синдром Тернера неуточненный	391 055 146,54
Острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей J20 - J22	81 892 660,59
Глаукома H40-H42	61 334 502,64
Железодефицитная анемия D50	59 768 076,25
Эндометриоз N80	54 807 837,96

Лидируют по затратности в ТОП-10: псориаз L40 (2 966 027 530,61 тенге), гематологические заболевания, включая апластическую анемию D55-64,9, D69 (2 490 689 771,08тенге) и злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и гематологические заболевания (исключая некоторые заболевания крови, в том числе апластическую анемию, иммунные тромбоцитопении) D55-64,9 D 69 (629 031 142,14 тенге).

Анализ стоимости 1 рецепта в рамках амбулаторного лекарственного обеспечения при оказании гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального страхования показал, что стоимость 1 рецепта в рамках ГОБМП растет: с 8 587,81 тенге в 2020г. до 20 612,45 тенге в 2022г., тогда, как стоимость 1 рецепта в системе ОСМС – снижается: с 22 170,71 тенге в 2020 году до 8 290,19 тенге в 2022 году. Средняя стоимость 1 рецепта в рамках АЛО при получении лекарственной терапии (ГОБМП и ОСМС) растет с 9 607,93 тенге в 2020г. до 13 119,61 в 2022 году (таблица 17).

Таблица 17 – Стоимость 1 рецепта при амбулаторном лекарственном обеспечении в рамках ГОБМП и в системе ОСМС

Период (год)	ГОБМП, тенге	ОСМС, тенге	Средняя стоимость (ГОБМП и ОСМС), тенге
2020 г	8 587,81	22 170,71	9 607,93
2021 г	9 988,86	16 108,13	10 550,68
2022 г	20 612,45	8 290,19	13 119,61
6 мес. 2023 г	11 804,41	9 970,11	11 665,43

Таким образом, отмечается динамика роста средней стоимости лекарственной терапии при АЛО на 1 пациента в рамках ГОБМП с 42



245,54 тенге в 2020г. до 76 042,96 тенге в 2022г. и в системе ОСМС с 28 886,98 тенге до 30 683,28 тенге в 2022г. Растет средняя стоимость лекарственной терапии (ГОБМП и ОСМС) при оказании ПМСМ с 39 111,05 тенге в 2020 г. до 48 495,99 тенге в 2022 году.

Также отмечается положительная динамика средней стоимости 1 рецепта при амбулаторном лекарственном обеспечении в рамках ГОБМП и в системе ОСМС: с 9 607,93 тенге в 2020г. до 11 665,43 тенге в 2022г.

Фармаконадзор и мониторинг безопасности, качества и эффективности медицинских изделий

История становления и развития системы фармаконадзора и мониторинга безопасности, качества и эффективности медицинских изделий в суверенном Казахстане начинает свой отсчет с 2005 года, когда впервые был утвержден приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан, регламентирующий данную систему. Важной вехой в истории развития системы фармаконадзора в нашей стране стало вступление Республики Казахстан в 2008 году в Международную программу ВОЗ по мониторингу побочных действий лекарственных средств (WHO Programme Members).

В соответствии с Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-320/2020 «Об утверждении правил проведения фармаконадзора и мониторинга безопасности, качества и эффективности медицинских изделий» (с изменениями и дополнениями на 02.06.2023г.) фармаконадзор осуществляется в соответствии с требованиями Стандарта надлежащей практики фармаконадзора.

В таблице 18 даны данные о количестве поступивших в Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан карт-сообщений за 2020–2022 годы.

Таблица 18 – Данные о количестве поступивших в Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий карт-сообщений за 2020-2022 годы

№	Показатели	2020г.	2021г.	2022г.
1	Количество поступивших карт-сообщений о нежелательных реакциях лекарственных средств, из них по:	1712	2304	2609
	ОТП	407	683	704
	Производители стран ЕАЭС	84	322	95
	Производители стран дальнего зарубежья	1221	1299	1810



№	Показатели	2020г.	2021г.	2022г.
2	Количество поступивших карт-сообщений о нежелательных событиях медицинских изделий, из них по:	39	14	28
	ОТП	13	14	28
	Производители стран ЕАЭС	11	-	-
	Производители стран дальнего зарубежья	15	-	-
3	Количество поступивших карт-сообщений о нежелательных реакциях лекарственных средств от фармацевтических компаний	497	639	522

Наиболее активными в фармаконадзоре проявляют себя Павлодарская (206) и Актюбинская (116) области, а также города Алматы (177) и Шымкент (136) в 2020 году. Наименьшее количество карт-сообщений в 2020 году поступило из областей: Атырауская (0), Туркестанская (10) и Мангистауская (15). В 2021 году наибольшую активность в фармаконадзоре проявили города: Алматы (454) и Астана (201), области: Карагандинская (135) и Павлодарская (113), а наименьшая активность отмечается в Атырауской (2), Туркестанской (3) и Мангистауской (24) областях. Наибольшее количество карт-сообщений в 2022 году поступило из городов: Алматы (262) и Астана (190), а также из областей: Карагандинской (257), Павлодарской (244) и Актюбинской (136). Наименьшее количество, соответственно, поступило из Туркестанской (31), Мангистауской (14) и Атырауской (31) областей. Важно отметить, что в 2022 году в мониторинг по фармаконадзору подключились две новые области Республики Казахстан: Абайская и Жетысуская.

За анализируемый период отмечается положительная динамика в поступлении карт-сообщений от различных субъектов системы здравоохранения Республики Казахстан по фармаконадзору и мониторингу безопасности, качества и эффективности медицинских изделий, что дает возможность провести в пост регистрационный период оценку соотношения «польза-риск» для каждого лекарственного препарата и медицинского изделия и, соответственно, принять решение о дальнейшем обращении или прекращении обращения лекарственного препарата, медицинского изделия на территории Казахстана.

Таким образом, в Республике Казахстан продолжается развитие и совершенствование системы амбулаторного лекарственного обеспечения;

За 13 лет деятельности Единого дистрибьютора «СК-Фармация» его функции существенно расширились, что привело к колоссальной финансовой экономии при закупе ЛС и МИ для обеспечения пациентов в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, которая выросла в абсолютном выражении в 5,2 раза: с 5,08 млрд. тенге в 2010г. до 30, млрд. тенге в 2022г., ежегодно увеличивается количество наименований ЛС и МИ, по которым осуществляется закуп Единым дистрибьютором;



Закуп ЛС и МИ осуществляется по двум Спискам: в рамках ГОБМП и в системе ОСМС. Среди стран, у которых осуществляет закуп ЕД «СК-Фармация», лидируют на протяжении 3-х лет Казахстан (1-е место) и Германия (2-е место);

Продолжается поддержка государства отечественных производителей ЛС и МИ посредством заключения долгосрочных договоров (101 долгосрочный договор), а также развивается контрактное производство с зарубежными фармацевтическими производителями при поддержке Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

Ежегодно увеличивается средняя стоимость амбулаторной лекарственной терапии в рамках ГОБМП и в системе ОСМС при оказании ПМСП: с 39 111,05 тенге в 2020 г. до 48 495,99 тенге в 2022 году;

Совершенствуется система фармаконадзора и мониторинга безопасности, качества и эффективности медицинских изделий, позволяющая повысить безопасность и эффективность лекарственной терапии, количество карт-сообщений по фармаконадзору возросло с 1712 случаев в 2020г. до 2609 случаев в 2022г.

Вызовы в области амбулаторного лекарственного обеспечения

За годы становления национальной системы здравоохранения Республики Казахстан, в том числе в лекарственном обеспечении на амбулаторном уровне, сделано много, но многое нам еще предстоит сделать. Основные вызовы в амбулаторном лекарственном обеспечении, которые необходимо решить:

Грамотное и своевременное планирование потребности в лекарственных средствах и медицинских изделиях на основе регистров больных каждой медицинской организацией, непрерывный мониторинг и анализ обеспеченности ЛС и МИ пациентов на амбулаторном уровне;

Утверждение единых правил формирования всех перечней: КНФ, АЛО, Единого дистрибьютора и других;

Полная цифровизация, гармонизация всех бизнес-процессов и интеграция работы всех информационных систем (МЗ РК, НЦЭЛСиМИ, МИС, ИСЛО и др.), как результат – работа в сфере обращения ЛС и МИ по принципу «Единого окна» для подачи заявлений на экспертизу, регистрацию цены, вхождение в КНФ, Списки ЕД, АЛО и другие;

Внедрение системы маркировки и прослеживаемости во всех субъектах страны, участвующих в обращении ЛС и МИ.

3. РЕФОРМИРОВАНИЕ И ТРАНСФОРМАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

В настоящее время четко выстроена модель организации амбулаторно-поликлинической помощи на основе внедрения принципа семейной медицины и мультидисциплинарного подхода.

В рамках Единой Национальной системы здравоохранения разработаны автоматизированные информационные системы.

Внедрена Национальная скрининговая программа на раннее выявление заболеваний: болезни системы кровообращения, сахарного диабета, глаукомы. Скрининговые осмотры взрослого населения направлены также на выявление и предупреждение предопухолевых и злокачественных новообразований шейки матки, молочной железы среди женщин, толстой и прямой кишки среди женщин и мужчин.

В рамках программы ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» запустили деятельность специализированного медицинского поезда. В настоящее время в стране могут оказать медицинскую помощь посредством передвижных медицинских комплексов и медицинских поездов по укреплению здоровья, профилактики, лечения и реабилитации для сельского населения на всех уровнях сельского здравоохранения вне медицинской организации в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования. С помощью передвижных медицинских комплексов и медицинских поездов осуществляется консультативный прием профильными специалистами, в том числе больных с хроническими заболеваниями по перечню заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению в организациях первичной медико-санитарной помощи, проводятся скрининговые исследования.

Затраты ПМСП возмещаются в условиях финансирования комплексного подушевого финансирования (далее – КПН). Путем ежегодной кампании прикрепления к поликлиникам определяется бюджет поставщиков услуг на прикрепленное население. Министерством здравоохранения Республики Казахстан для совершенствования методов мотивации труда медицинских работников первичного звена началось финансирование за счет средств стимулирующего компонента подушевого норматива (далее-СКПН) за достижение индикаторов конечного результата. С 2011 по 2013 год оплата за конечный результат деятельности организации ПМСП производилась ежеквартально на основании оценки следующих индикаторов: материнская смертность, предотвратимая на уровне ПМСП, беременность женщин с экстрагенитальной патологией, уровень аборт по отношению к родам, детская смертность от ОКИ и



ОРИ, запущенные случаи туберкулезом легких, запущенные случаи злокачественных новообразований, уровень госпитализации с осложнениями сердечно-сосудистой системы, уровень потребления стационарной помощи. Начиная с 2014 года распределение суммы СКПН работникам ПМСП осуществляется ежемесячно и методы оценки постоянно совершенствуются. Поощрение специалистов ПМСП регулируется Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-278/2020 «Об утверждении правил поощрения работников субъектов здравоохранения, оказывающих медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования».

На сегодняшний день деятельность специалистов ПМСП (врачи общей практики, участковые терапевты и педиатры, акушер-гинекологи, медицинские сестры общей практики и участковой службы, фельдшеры, акушерки, социальные работники и психологи, школьные медицинские сестры) оценивается по следующим индикаторам:

1. Материнская смертность, предотвратимая на уровне первичной медико-санитарной помощи
2. Детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне первичной медико-санитарной помощи
3. Удельный вес детей до 5 лет, госпитализированных с осложнениями, ОРИ
4. Охват патронажными посещениями новорожденных в первые 3 суток после выписки из роддома
5. Своевременно диагностированный туберкулез легких
6. Впервые выявленные случаи злокачественного новообразования визуальной локализаций 0–1 стадии, за исключением злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки. Впервые выявленные случаи: рака молочной железы 0-2 а (T0-T2N0M0), рака шейки матки 1-2 а (T1-T2N0M0)
7. Уровень госпитализации больных с осложнениями заболеваний сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт)
8. Обоснованные жалобы

В связи с передачей школьной медицины из системы образования в Ведомство здравоохранения медицинские пункты переданы на баланс поликлиник, что в свою очередь позволило улучшить материально-техническое оснащение медицинских пунктов. Поэтому сейчас школьные медицинские сестры могут получать СКПН и проходить повышение квалификации за счет средств СКПН (не менее 5%).

Постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 октября 2018 года № 634 утверждена Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы (да-



лее – ГПРЗ Денсаулык). В годы реализации ГПРЗ Денсаулык создана формулярная система, принципы рациональной фармакотерапии на основе доказательной медицины. Казахстанский национальный лекарственный формуляр постоянно совершенствуются на основе регулярного проведения мониторинга и оценки эффективности применения в отношении отдельных, наиболее дорогостоящих лекарственных средств. Переход к системе социального медицинского страхования позволил значительно расширить перечень бесплатных лекарственных средств для взрослых и детей до 18 лет на уровне ПМСП.

Система здравоохранения постепенно переходит на работу в условиях конкуренции в связи с внедрением обязательного социального медицинского страхования, что в свою очередь влияет на повышение качества медицинских услуг. Большие перемены произошли в рамках реализации Национального проекта «Здоровая нация», утвержденно-го Постановлением Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 725 [4].

В рамках Национального проекта «Здоровая нация» уделяется огромное внимание развитию сельского здравоохранения с целью обеспечения широкого охвата населения услугами здравоохранения путем открытия медицинских пунктов в сельских населенных пунктах и обеспечения населения услугами передвижных медицинских комплексов. Постановлением Правительства Республики Казахстан от 30 ноября 2022 года № 962 утвержден пилотный национальный проект «Модернизация сельского здравоохранения». В течение 2023-2024 годов будет построено и введено в эксплуатацию 655 объектов ПМСП, из них 253 медицинских пункта, 242 фельдшерско-акушерских пункта, 160 врачебных амбулаторий. По итогам проведенного анализа потребность в профильных специалистах для 655 объектов ПМСП составила 307 ед. (54 врача общей практики, 83 средних медицинских работников, 78 фельдшеров, 92 акушерки).

В Национальном проекте «Здоровая нация» определены показатели в пользу здорового образа жизни «Увеличение доли граждан Казахстана, ведущего здоровый образ жизни», «Снижение распространенности табакокурения среди населения Казахстана в возрасте от 15 лет», «Доведение численности граждан, занимающихся физической культурой и спортом, до 50 % от общего населения», «Обеспеченность населения спортивной инфраструктурой на 1 000 человек» и т.д. [21].

Нововведение имеются также в организации оказания скорой медицинской помощи (далее – СМП). Согласно Приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-225/2020 «Об утверждении правил оказания скорой медицинской по-



мощи, в том числе с привлечением медицинской авиации» вызовы подразделяются на 4 (четыре) категории срочности. Вызовы 4 категории срочности обслуживаются на уровне отделения СМП при организации ПМСП фельдшерскими бригадами. В организациях здравоохранения, оказывающих ПМСП с прикрепленным населением менее двадцати тысяч человек, обслуживание вызовов 4 категории срочности допускается путем передачи данной услуги в аутсорсинг в медицинские организации или субъекты здравоохранения, имеющие лицензию на оказание СМП. Вызов 4 (четвертой) категории срочности – состояние пациента, вызванное острым заболеванием или обострением хронического заболевания, без внезапных и выраженных нарушений органов и систем, при отсутствии непосредственной и потенциальной угрозы жизни и здоровью пациента. Время прибытия фельдшерских и специализированных (врачебных) бригад до места нахождения пациента с момента получения вызова от диспетчера ССМП по 4 категории срочности составляет до шестидесяти минут.

Служба первичной медико-санитарной помощи находилась под угрозой из-за пандемии COVID-19. В период пандемии COVID-19 большое внимание уделялось провизорным стационарам [22]. По литературным данным во всем мире только небольшой процент пациентов с коронавирусной инфекцией были госпитализированы в стационары. Поэтому служба ПМСП управляла основной долей медицинской помощи, связанной с COVID-19.

В Республике Казахстан на уровне первичного звена были разграничены потоки пациентов, организованы фильтр-кабинеты поликлиник, созданы ситуационные центры при медицинских организациях, организованы консультативные группы с участием профильных специалистов, включены 5 антиковидных препаратов в рамках бесплатного амбулаторного лекарственного обеспечения. В целом в стране функционировало 3 430 мобильных бригад, в т.ч. 1752 на селе. Для работы на уровне первичной медико-санитарной помощи были утверждены алгоритмы действий мобильной бригады ПМСП, бригад скорой медицинской помощи в условиях COVID-19, специалистов ПМСП при амбулаторном наблюдении пациентов с COVID-19 на дому, более того утвержден алгоритм оказания медицинской реабилитации на амбулаторно-поликлиническом уровне (3 этап), в том числе посредством информационно-коммуникационных технологий для оказания дистанционных медицинских услуг, чек-лист амбулаторного наблюдения за больными с бессимптомной, легкой формой COVID-19, и пневмонией (вероятный случай COVID-19).



3.1. Мультидисциплинарный подход к ПМСП

Для повышения оперативности и престижа ПМСП, Казахстан трансформировал модель ПМСП, ориентированной на врача, в модель ПМСП, ориентированную на человека, которая основана на создании благоприятной личностно-ориентированной среды.

Участковый принцип обслуживания подразумевает, что лидером является врач – врач общей практики/терапевт/педиатр, с которым работают три медсестры, в том числе одна медицинская сестра расширенной практики [23].

Следует особо подчеркнуть, что создание мультидисциплинарных команд (МДК) явилось ключевым элементом социально-ориентированной модели оказания ПМСП и позволяет успешно реализовывать целостный пациент-ориентированный подход. На протяжении нескольких последних лет в штате организации ПМСП работают многопрофильные бригады минимум с одним социальным работником и одним психологом из расчета на 10 000 населения.

В сферу деятельности психологов входит психологическое консультирование пациентов, направленных к ним другими членами бригады ПМСП или путем самостоятельного обращения [24]. Для повышения качества психологической помощи населению на уровне ПМСП около 20 000 работников ПМСП прошли краткосрочные курсы обучения в Национальном научно-практическом центре психического здоровья. Для обучающихся всей уровней медицинского образования предусмотрены курсы по психическому здоровью и психиатрии.

Социальные работники, помимо оценки социальных потребностей пациентов, направленных другими членами команды ПМСП, теперь играют более активную роль в выявлении социальных потребностей групп населения, которые живут в уязвимых ситуациях, включая людей с ограниченными возможностями, пожилых людей и тех, кто живет в социально-незащищенных семьях с маленькими детьми.

Деятельность МДК ярко проявилась в период пандемии COVID-19 2020–2021 годов. Участковая служба совместно с социальными работниками и психологами внесли значительный вклад в поддержание ментального здоровья граждан во время санитарно-эпидемиологических ограничений, проводила динамическое наблюдение пациентов с хроническими заболеваниями на дому, значительно вырос объем дистанционных услуг.

Социально-экономические факторы и связанные с ними проблемы с поведением и психическим здоровьем оказались основными факторами, определяющими здоровье и поведение при обращении за медицинской помощью. Опыт инновационных передовых практик ПМСП в г. Астана и международные данные показали, что команды ПМСП необходимо укреплять путем обеспечения большей автономии и повышения компетентности медсестер, социальных работников и психологов для обеспечения



более эффективных мер реагирования ПМСП для всестороннего удовлетворения потребностей людей.

Интеграция услуг ПМСП со специализированной помощью была введена посредством научно-обоснованных клинических подходов, которые позволяют пациентам получать нужные услуги от нужного специалиста в нужное время в соответствии с индивидуальными клиническими потребностями. Клинические и неклинические специалисты работают в составе мультидисциплинарной команды, что способствует целостному подходу при учете потребностей пациента. В результате, а также во избежание фрагментации медицинской помощи, в эпоху мультиморбидности и оптимизации использования ограниченных ресурсов здравоохранения, узкие специалисты больше не рассматривались как врачи первого контакта.

Мультидисциплинарный подход и реализация программы управления заболеваниями (ПУЗ) создали возможность установить стабильные каналы связи между пациентами с хроническими заболеваниями (которые все еще получали необходимую помощь во время пандемии COVID-19) и их специалистами ПМСП, что позволяет лучше осуществлять самоконтроль НИЗ даже в тех случаях, когда службы здравоохранения менее доступны [25]. Предварительный анализ показывает, что уровень госпитализации среди зарегистрированных в ПУЗ в Казахстане снизился с 14,5% в 2017 году до 2,6% в 2019 году и 2,3% в 2020 году.

Были реализованы междисциплинарные учебные курсы для улучшения межпрофессиональной коммуникации с использованием подходов широкого участия по таким темам, как целостная оценка населения и индивидуальных потребностей на уровне ПМСП, лидерство и управление в ПМСП, организационная культура и командная работа, целостные подходы и личностно-ориентированное общение. Обученные супервизоры были выбраны для обеспечения непрерывного обучения своих коллег и содействия постоянному внедрению изменений в их практику после обучения.

После обучения и расширения своей автономии медсестры начали применять более целостный взгляд на сложность индивидуальных потребностей в области здравоохранения и планировать контекстуализированные вмешательства, которые отражают личные предпочтения и цели. Когда необходима более всесторонняя оценка и комплексное лечение, они могут направить пациентов к психологам и социальным работникам, а также совместно разработать и реализовать планы совместного ухода.

В настоящее время продолжается работа по методологической поддержке Центров лучших практик (ЦЛП), программы управления заболеваниями. Проводятся исследования по делегированию врачебных функций медсестрам расширенной практики, оказанию дистанционных услуг.



3.2 Центры лучших практик

ВОЗ открыла демонстрационные центры в трех странах Европейского региона ВОЗ: Казахстане, Испании и Швеции. В 2018 году был подписан приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 мая 2018 года № 239 «О создании центров лучших практик ПМСП». Районная поликлиника Енбекшиказахского района Алматинской области признана демонстрационной площадкой первичной медико-санитарной помощи для 53 государств-членов Европейского региона ВОЗ.

Благодаря активной деятельности Национальной ассоциации Республики Казахстан «Primary Health Care» начали функционировать Центры лучших практик ПМСП в Жамбылской области с 2021 года, которые оснащены современным оборудованием. На сегодняшний день в Казахстане развиваются 17 Центров лучших практик ПМСП – организаций с усиленными процессами по выявлению ранних стадий заболеваний, в том числе онкологических, повышению медицинской грамотности и ответственности за свое здоровье у населения. В текущем году проводится трансляция данных практик в организациях ПМСП всей страны, как на городском, так и на сельском уровнях.

В ЦЛП активно ведут работу мультидисциплинарные команды, значительный акцент уделяется ментальному здоровью населения. Особое внимание уделяется детям и подросткам, для чего в ЦЛП функционируют молодежные центры здоровья, оказывающие услуги по сохранению и укреплению психологического и репродуктивного здоровья молодых людей. Планируется, что к 2024 году количество ЦЛП увеличится до 48 объектов.

Наряду с внедрением передового опыта на уровне поликлиник совершенствуются подходы к оказанию медицинской помощи на уровне многопрофильных центральных районных больниц. Также отмечена передовая практика применения стандартов в Аягозской многопрофильной центральной районной больнице Абайского района, где внедрены современные методы диагностики и лечения, используемые в международной и отечественной практике.

Внедряются такие практики, как механизм информирования, общественного мониторинга и обратной связи (МИОМОС), который проводится среди населения и медицинского персонала, направленный на процессы всеобщего улучшения качества помощи в стационаре и организации первичной медико-санитарной помощи. Сопричастное планирование и партнерство сотрудников организации и населения позволяет увеличить доверие к медицинской организации, поднять ее имидж и авторитет. Для этого создается Комитет общественного доверия к здравоохранению при медицинской организации или «Халық Кеңесі», который является консультативно-совещательным органом. Председателем является авторитетная личность с активной позицией из населения.



Данная площадка уникальна для построения диалога между организацией здравоохранения и населением, где обсуждаются проблемные вопросы по оказанию медицинской помощи и принимаются решения.

3.3. Трансформация сестринской службы

Проведена огромная работа по модернизации сестринского образования на основе финской модели прикладного бакалавриата с внедрением должности медицинской сестры расширенной практики в организациях практического здравоохранения и тарифов на услуги сестринского приема и сестринского ухода в рамках модернизации медицинского образования через стратегическое партнерство медицинских вузов и реформирования сестринской службы.

Сестринский персонал составляет самую многочисленную категорию работников отрасли, и предоставляемые им услуги рассматриваются как ценный ресурс системы здравоохранения для удовлетворения потребностей населения в доступной, качественной и экономически эффективной медицинской помощи. Вместе с тем система здравоохранения в целом страдает от несбалансированности медицинских кадров, малоэффективного использования сестринского персонала в практическом здравоохранении [24].

Поэтому Министерство здравоохранения Республики Казахстан выделило реформирование сестринского дела в качестве одной из стратегических целей. Доказательством тому являются принятые в республике программные документы: Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения», Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан, Дорожная карта «Триединство образования, науки и практики в сестринском деле» до 2025 года.

Реформа в области сестринского дела в стране полностью должна изменить подходы к управлению сестринскими услугами на всех уровнях оказания медицинской помощи. В целях внедрения новых сестринских практик в практическое здравоохранение Республики Казахстан, связанные с расширенным новым функционалом медицинских сестер с уровнем прикладного и академического бакалавриата по сестринскому делу, стартовал пилотный проект по внедрению новой модели сестринской службы в организациях здравоохранения» (приказ Министра здравоохранения РК №419 от 4 июля 2018 года «О внедрении пилотного проекта по внедрению новой модели сестринской службы в организациях здравоохранения»). Подготовлена почва и усовершенствована нормативная база по развитию сестринской службы в Республике Казахстан. В Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК (далее- Кодекс РК) посвя-



щена статья сестринской деятельности. Согласно статье 127 Кодекса РК сестринская деятельность включает сестринский уход, осуществляемый медицинскими сестрами и медицинскими сестрами расширенной практики самостоятельно или в рамках мультидисциплинарных команд [25].

Внедренная многоуровневая система подготовки специалистов сестринского дела позволила внедрить интегрированные программы прикладного и академического бакалавриата, магистратуры и PhD докторантуры по сестринскому делу, в том числе ускоренные программы бакалавриата, дающие возможность работающим медсестрам получить послесреднее, высшее и послевузовское сестринское образование по ускоренным и гибким образовательным программам. Данные траекторные программы обеспечивают качественную, безопасную и эффективную сестринскую помощь путем развития компетенций медсестер [26].

За последние 5 лет количество выпускников, прошедших обучение по специальности «Сестринское дело» с уровнем бакалавриата и магистратуры выросло в несколько раз (табл. 19).

Таблица 19 – Количество выпускников, прошедших обучение по специальности «Сестринское дело» за 2018-2022гг.

Годы	Бакалавриат					Магистратура				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
Всего	77	107	92	348	510	16	11	13	25	18

Сохраняется высокая потребность в научных и педагогических сестринских кадрах в стране. Для обеспечения педагогических и научных компетенции и развития сестринского дела и повышению потенциала в области высшего образования реализованы проекты Proinsa, AccelEd. Цели и задачи проектов были сформированы на основе проблем и вызовов, связанных с высшим сестринским образованием, и конкретных потребностей целевых групп проекта, на основе необходимости развития устойчивого инновационного потенциала медицинских университетов Казахстана для модернизации сестринского дела.

Сестринский уход осуществляется в случаях, не требующих круглосуточного врачебного наблюдения, в специализированных структурных подразделениях (отделениях, палатах, койках, кабинетах) организаций здравоохранения, самостоятельных специализированных медицинских организациях (больницах сестринского ухода) в стационарных, стационарозамещающих условиях и на дому, в том числе с использованием мобильных бригад. Медицинские сестры общей и расширенной практики осуществляют сестринский уход согласно законодательству Республики Казахстан, правилам оказания сестринского ухода, а также руководствуются клиническими сестринскими руководствами. Клинические сестринские руководства



представляют собой научно-доказанные рекомендации по передовой практике в определенной клинической области, разрабатываемые и обновляемые на систематической основе профессиональными медицинскими ассоциациями.

В Казахстане разработано 15 адаптированных клинических сестринских руководств. Клинические сестринские руководства, стандарты операционных процедур и сестринские документации разработаны на основе доказательной сестринской практики с целью внедрения независимого сестринского приема в организациях здравоохранения Республики Казахстан и развития программ управления заболеваний на уровне сестринского процесса, что в свою очередь может повлиять на качество оказываемой медицинской помощи на уровне первичного звена.

В Республике Казахстан адаптирован Международный классификатор сестринской практики *Clinical Care Classification*, состоящий из 175 сестринских диагнозов и 788 сестринских вмешательств и действий по уходу. ССС – это стандартизированная кодированная терминология сестринского дела, которая отражает элементы сестринской практики. При использовании классификатора ССС медицинскими сестрами появится возможность определять их рабочую нагрузку, ресурсы и показатели результатов, а также другие показатели, влияющие на уход за пациентами. В перспективе за счет внедрения практики сестринских диагнозов по ССС и сестринских вмешательств, возможно облегчить процесс дифференциальной диагностики и постановки диагноза по МКБ-10.

Преимущества новой модели сестринской службы в Республике Казахстан заключается в развитии навыков медицинских сестер в соответствии уровню квалификации (8 уровней). Каждая степень в области сестринского дела или сертификация в специализированной сестринской программе предоставляет новые возможности карьерного роста. Вместе с тем внедрение доказательной медицины дало импульс в сестринском деле: медицинские сестры должны стать более эффективными в уходе за пациентами и принимать решение на основе доказанных фактов.

В 2018 году в Республике Казахстан была внедрена должность «медицинская сестра расширенной практики» в номенклатуру должностей работников здравоохранения, установлены квалификационные требования и должностные обязанности к медицинским сестрам расширенной практики. Медицинская сестра расширенной практики – специалист с послесредним образованием по специальности «Сестринское дело» (прикладной бакалавриат), осуществляющий расширенные функции в рамках сестринского ухода. Медицинская сестра расширенной практики использует практику постановку



сестринских диагнозов и составления плана сестринских вмешательств для пациента. Это медицинские сестры новой формации, которые должны осуществлять независимый сестринский прием и уход, в рамках делегирования функций от врача, осуществлять индивидуальный прием, динамическое наблюдение, консультирование, обучение и патронаж в рамках программы управления заболеваниями и универсально-прогрессивной модели патронажной службы (далее – УПМПС), осуществлять деятельность по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, скрининги, вакцинации и ряд диагностических и лечебных манипуляций.

В целом, количество медицинских сестер растет, однако в некоторых регионах до сих пор отсутствуют медицинские сестры, ведущие самостоятельный прием (приложение 2).

Таким образом, трансформация сестринской службы происходит посредством научно-обоснованных результатов исследований. Это позволило оптимизировать использование ограниченных ресурсов здравоохранения.

Совместными усилиями МЗ РК, Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) и Акимата Кызылординской области успешно реализована универсальная – прогрессивная модель патронажных посещений беременных женщин и семей с детьми до 5 лет (далее – УПМ) в Кызылординской области. В настоящее время организация деятельности УПМ на уровне первичного звена утверждена согласно Стандарту организации оказания педиатрической помощи в Республике Казахстан. В рамках универсальной прогрессивной модели патронажа беременных женщин и детей раннего возраста во время визита патронажная медицинская сестра оценивает социальные риски, угрожающие здоровью и благополучию ребенка, акцентирует внимание на таких важных аспектах, как настроенность родителей на ребенка и привязанность, депрессия матери или отца, вовлечение отца в воспитание ребенка, наличие напряженных взаимоотношений в семье, отсутствие навыков позитивного воспитания и другие факторы, которые, в конечном счете, определяют здоровье, жизненную стойкость, развитие и благополучие ребенка.

В рамках универсального пакета услуг визит на дому осуществляется патронажной медицинской сестрой, прогрессивного пакета услуг социальным работником и психолога. Существуют модули 5 «Вовлечение отцов» и 7 «Благополучие родителей» в рамках УПМ. Часто женщины после родов находятся в критическом состоянии, требующего особого ухода со стороны медицинских работников или родственников. В этот момент отца нужно научить прикладывать к груди образно, иметь зрительный контакт. Отцы должны быть вовлечены в процесс воспитания с раннего возраста.



3.4. Национальная скрининговая программа

С 2011 года в Казахстане скрининговые осмотры проводятся в рамках ГОБМП субъектами здравоохранения, имеющих лицензию на данный вид деятельности. Скрининговые осмотры взрослого населения направлены на выявление и предупреждение предопухолевых и злокачественных новообразований шейки матки, молочной железы среди женщин, толстой и прямой кишки среди женщин и мужчин. В 2013 году с целью раннего выявления злокачественных новообразований и улучшения оказания онкологической помощи населению Республики Казахстан в некоторых регионах страны были внедрены скрининговые программы на раннее выявление рака предстательной железы, печени, пищевода и желудка. С 2018 года данные пилотные проекты были приостановлены.

С 2018 года данные пилотные проекты были приостановлены. Нормативно-правовая база постоянно совершенствуется. Так, например, до 2018 года в Казахстане при проведении скрининга на раннее выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний молочной железы целевой группой являлись женщины в возрасте 50, 52, 54, 56, 58, 60 лет, не состоящие на диспансерном учете по поводу рака молочной железы. С 2018 года целевая группа была изменена: женщины в возрасте 40–70 лет, не состоящие на диспансерном учете по поводу рака молочной железы [27].

Стоит отметить, в рамках новой редакции устранены барьеры и был облегчен процесс привлечения граждан для участия в скрининговых программах. Сегодня в связи с усовершенствованием нормативно-правовой базы Министерства здравоохранения Республики Казахстан в рамках Национальной скрининговой программы женщины в возрасте 50–70 лет одновременно могут пройти скрининг на раннее выявление рака молочной железы, шейки матки и колоректального рака, что облегчает работу специалистов ПМСП по привлечению населения для участия в скрининговых программах.

Таблица 20 – Скрининг на раннее выявление онкологических заболеваний в Республике Казахстан за 2019-2022 годы (рак молочной железы, рак шейки матки, колоректальный рак)

Год	Подлежит осмотру	Осмотрено		Выявлено больных		Доброкачественные новообразования		Рак	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Рак молочной железы									
2019	919 343	870 202	94,65	165 230	18,99	163 158	98,75	2 072	1,25
2020	986399	744 972	75,5	150 371	20,2	149423	99,37	948	0,63
2021	925811	732 700	79,1	164 372	22,4	163210	99,3	1162	0,7
2022	880 613	808 503	91,8	250 517	31,0	207 243	82,7	1 478	0,6



Год	Подлежит осмотру	Осмотрено		Выявлено больных		Доброкачественные новообразования		Рак	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Рак шейки матки									
2019	998 064	965 628	96,75	43115	4,46	42819	99,31	296	0,69
2020	941 781	786 690	83,53	40 572	5,16	40334	99,41	238	0,59
2021	925811	732 700	79,1	164 372	22,4	163210	99,3	1162	0,7
2022	838 000	771 282	92,0	49 914	6,5	37 449	75,0	382	0,77
Колоректальный рак									
2019	1013970	985747	97,22	4828	0,49	4553	94,30	275	5,70
2020	1 120 868	971 300	86,66	6 038	0,62	5871	97,23	167	2,77
2021	961 038	871 935	90,7	4 142	0,5	3 974	95,9	168	4,1
2022	970935	937859	96,6	8137	0,9	5441	66,9	296	3,6

С 2018 года вступил в силу приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 декабря 2017 года №995 «Об установлении целевых групп лиц, подлежащих профилактическим медицинским осмотрам, а также правил и периодичности проведения данных осмотров». С 2018 года целевая группа лиц, подлежащая профилактическим медицинским осмотрам, была изменена с учетом международного опыта.

В 2022 году осмотрено 808 503 женщин на раннее выявление рака молочной железы, выявлено 250 517 женщин с заболеваниями молочной железы (31%). В 2022 году в рамках скрининговой программы на раннее выявление рака шейки матки выявлено 6,5% заболеваний, тогда как в 2021 году выявлено 22,4% (таблица 20). Отмечена низкая выявляемость заболеваний отделов толстой и прямой кишки в рамках скрининга на раннее выявление колоректального рака.

Ежегодно регистрируются более 60 тысяч первичных случаев заболеваемости артериальной гипертензии в рамках скрининговых исследований на раннее выявление болезней системы кровообращения (таблица 21).

Таблица 21 – Скрининг на раннее выявление болезней системы кровообращения в Республике Казахстан за 2019–2022 годы

Год	Подлежит осмотру	Осмотрено		Выявлено больных		Артериальная гипертензия		Ишемическая болезнь сердца	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Болезни системы кровообращения									
2019	1 646 191	1 641 226	99,70	107 545	6,55	99 959	92,95	7 586	7,05
2020	1 630 015	1 526 856	93,67	65 693	4,30	60478	92,06	5 215	7,94
2021	1 544 518	1 355 766	87,8	66 949	4,9	62 366	93,2	4 583	6,8
2022	1 444 786	1 420 855	98,3	77 479	5,45	69 610	89,8	4 857	6,3

Выявляемость в рамках скрининга на раннее выявление глаукомы ниже 1% (таблица 22).



Таблица 22 – Скрининг на раннее выявление заболеваний глаукомы в Республике Казахстан за 2019–2022 годы

Год	Подлежит осмотру	Осмотрено		Выявлено больных		Глаукома (H40)		Глаукома при болезнях, классифицированных в других рубриках (H42)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2019	1 704 158	1 703 766	99,98	6327	0,37	5746	90,8	581	9,2
2020	1689011	1573090	93,14	4922	0,31	3350	68,06	1572	31,94
2021	1621444	1504186	92,8	4726	0,3	3464	73,3	1262	26,7
2022	1 503 492	1 580 190	105,1	4 909	0,3	3 172	64,6	320	6,5

Отмечается рост выявленных первичных случаев сахарного диабета среди участников скрининговой программы на раннее выявление сахарного диабета (таблица 23). За годы реализации скрининговых программ в Казахстане сделан акцент на количество участников скрининговых программ и выявляемость заболеваний. Для повышения экономической эффективности скрининговых программ необходимо пересмотреть критерии оценки от количественных показателей к качественным показателям.

Таблица 23 – Скрининг на раннее выявление сахарного диабета в Республике Казахстан за 2019–2022 годы

Год	Подлежит осмотру	Осмотрено		Выявлено больных		Инсулинзависимый сахарный диабет (E10)		Инсулиннезависимый сахарный диабет (E11)		Другие типы диабета (E12-14)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2019	1674 463	1 660 878	99,2	20 314	1,22	797	3,92	17 940	88,31	1 577	7,76
2020	1656102	1543374	93,19	12035	0,78	1108	9,21	10265	85,29	662	5,50
2021	1590014	1462882	92,0	14685	1,0	808	5,5	12471	84,9	1406	9,6
2022	1481 240	1 531 896	103,4	17 940	1,2	797	4,4	12 813	71,4	1 530	8,5

Согласно международному опыту, показатель «доля впервые выявленных случаев рака в рамках скрининга» является основным индикатором качества скрининговой программы. Например, в Финляндии 46 % случаев рака предстательной железы выявлено вне скрининговой программы, в Швейцарии и Нидерландах — только 20 %. В Казахстане было проведено исследование в части выявления доли впервые выявленных случаев рака в рамках скрининга на примере Павлодарской области. По данным исследования в Павлодарской области за 2013–2017 годы выявлены 91,3 % случаев рака пищевода и желудка вне скрининговой программы, или 8,7 % в рамках скрининга. В рамках скрининговой программы рака молочной железы (РМЖ) выявлено 15,6%, рака шейки матки (РШМ) – 8,57%, колоректального рака (КРР)- 10,58%, рака пищевода и желудка (РПиЖ) – 8,71 %, рака предстательной железы (РПЖ)- 22,8%, рака печени – 0,4% (рис. 14).

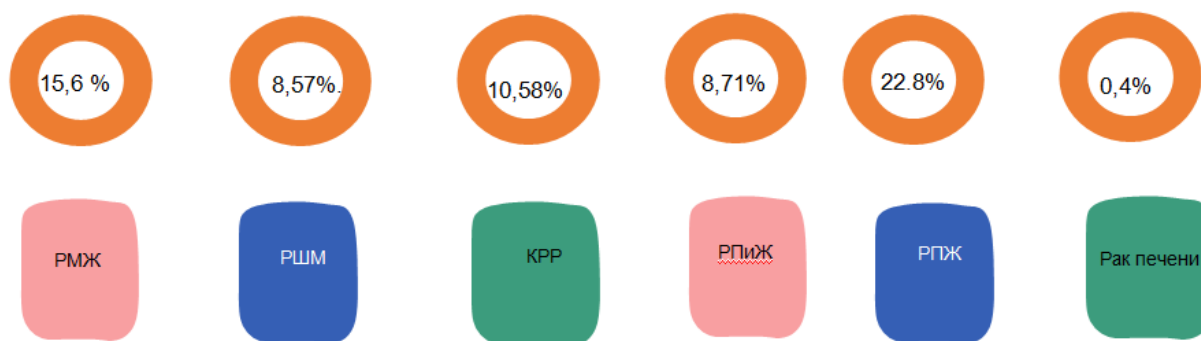


Рисунок 14. Доля впервые выявленных случаев рака в рамках скрининга в Павлодарской области

Хотелось бы отметить, что данный показатель «Доля впервые выявленных случаев рака в рамках скрининга» может оценить реальный вклад первичной медико-санитарной помощи в выявлении заболеваний в рамках Национальной скрининговой программы.

Вызовы и предлагаемые пути решения:

Несмотря на внедрение скрининговых программ на уровне ПМСП, продолжается регистрация случаев онкологических заболеваний на поздних стадиях минуя службу первичного звена. В связи с этим, медицинским организациям ПМСП рекомендуется проводить мониторинг показателя «Доля впервые выявленных случаев рака в рамках скрининга» с целью повышения эффективности скрининговых программ и определения конкретных шагов по улучшению показателей здоровья прикрепленного населения.

3.5. Практика межсекторальных подходов в Казахстане и видение развития единого здоровья

В Казахстане использование понятия межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья граждан берет свое начало еще с декларации Алматы о первичной медико-санитарной помощи в 1978 году. В Декларации уделяется особое внимание межсекторальному и интегрированному подходу к здравоохранению. В ней отмечается, что здравоохранение – это не только задача сектора здравоохранения, но также задача всего общества и других секторов, таких как образование, социальная защита и экономика. Алматинская декларация выделяет важность интеграции здравоохранения с другими социальными и экономическими сферами, чтобы обеспечить более широкий доступ к здравоохранению и обеспечить удовлетворение потребностей населения в медицинской помощи. Также декларация призывает к активному участию общества в разработке и реализации программ в здравоохранении. Это включает в себя сотрудничество с гражданским обществом и другими заинтересованными сторонами.



Эти упоминания о межсекторальных подходах в Декларации Алматы подчеркивают важность сотрудничества между разными секторами общества для достижения целей здравоохранения и обеспечения универсального доступа к качественной медицинской помощи [28].

В целях выполнения Закона Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года «О республиканском бюджете на 2011 - 2013 годы» и Указа Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы» отмечается важность и приоритетность реализации межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья граждан.

Межсекторальные подходы играют важную роль в предотвращении и управлении неинфекционными (НИЗ) и инфекционными заболеваниями (ИЗ) – такими как сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, рак, ожирение, туберкулез, ВИЧ и др. Вышеуказанные заболевания являются одной из главных угроз общественному здоровью во многих странах, и эффективное управление ими требует совместных усилий разных секторов общества. Государственные органы, сектор здравоохранения, образования и общественные организации могут сотрудничать для повышения осведомленности общества о факторах риска НИЗ и ИЗ, и о том, как их предотвращать. Это может включать в себя проведение образовательных кампаний и обучение населения здоровому образу жизни, правильному выбору питания и избежание вредных привычек.

Пищевая безопасность одна из важнейших элементов здоровья населения. К примеру, заболеваемость сахарным диабетом в значительной степени превышает показатели 20-30 летней давности.

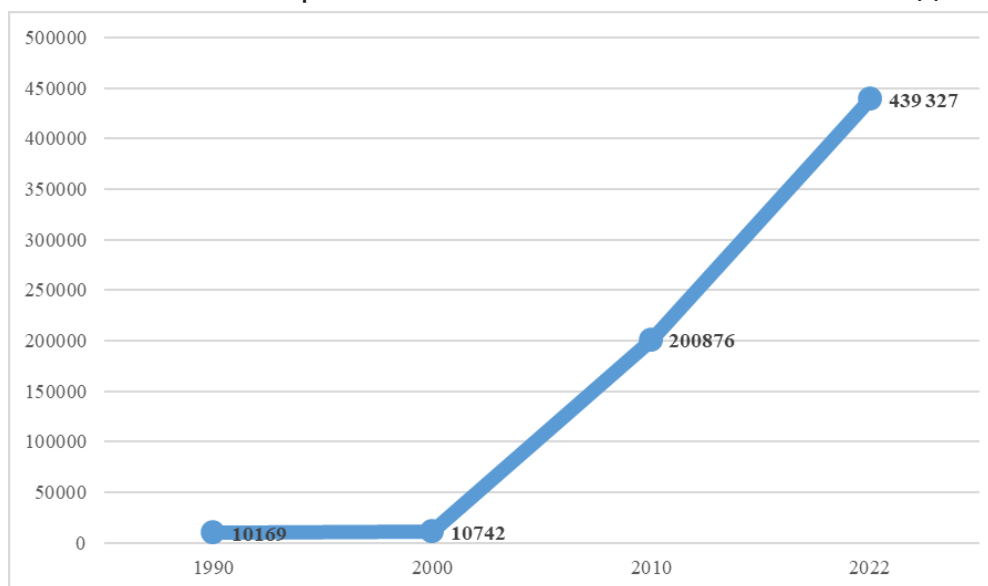


Рисунок 15. Динамика официально зарегистрированных пациентов с диагнозом сахарный диабет в Республике Казахстан



Одной из главных причин является увеличение сахара в продуктах питания в рационе нашего населения. Порой продукты сахара добавляются даже в обычный хлеб, что развивает зависимость к сахаросодержащим продуктам. В особенности среди детей и подростков развивается зависимость от сахара, и тенденция заболеваемости, как ожирение и сахарный диабет с раннего возраста стремительно растет. Почти десятая часть взрослого населения страдает сахарным диабетом 2 типа (СД2), что способствует огромному финансовому бремени для государства. Оказание медицинской помощи при диабете осуществляется в рамках в ГОБМП. Общая стоимость диагностики и лечения сахарного диабета в Казахстане, включая как непосредственные, так и косвенные расходы, составляет не менее 436,4 миллиарда тенге ежегодно и с каждым годом эта цифра растет. Данные цифры доказывают, что СД 2 это медико-социальное, экономически затратное заболевание. Примером межсекторальных подходов. Для обеспечения пищевой безопасности в данной ситуации, секторы сельского хозяйства, продовольственной промышленности и торговли могут сотрудничать с Министерством здравоохранения в регулировании содержания сахара, соли и насыщенных жиров в продуктах питания. Это также может способствовать более широкому доступу к здоровым продуктам. Также секторы экономики, налогов и образования могут разработать строгие нормативы по содержанию сахара в продуктах питания, вводить налоги на сладкие напитки и проводить информационные кампании по здоровому питанию. Эти меры призваны снизить потребление сахара и улучшить общественное здоровье. Межсекторальные подходы позволяют более эффективно бороться с заболеваниями, учитывая разнообразные факторы, влияющие на здоровье населения. Они также помогают оптимизировать использование ресурсов и укреплять устойчивость общества к этим заболеваниям.

Важно отметить, что Правительство Казахстана и международные организации работают над улучшением контроля и профилактики инфекционных заболеваний. Это включает в себя внедрение современных методов диагностики и лечения, расширение вакцинации, образовательные кампании и работу с группами риска. Однако вызовы остаются, и дальнейшие усилия в борьбе с инфекционными заболеваниями в Казахстане включают в себя улучшение доступа к медицинским услугам, увеличение осведомленности населения и борьбу с социальными и культурными факторами, способствующими распространению инфекций. Одними из распространённых и важных инфекционных заболеваний являются туберкулез, ВИЧ и бруцеллез.

Общий вызов заключается в том, чтобы уменьшить распространение ТБ, ВИЧ и других инфекционных заболеваний, а также улучшить доступ к диагностике и лечению. Развитие эффективных мероприятий



по профилактике и контролю этих инфекций, а также использование межсекторных подходов, являются важными шагами в улучшении общественного здоровья в стране.

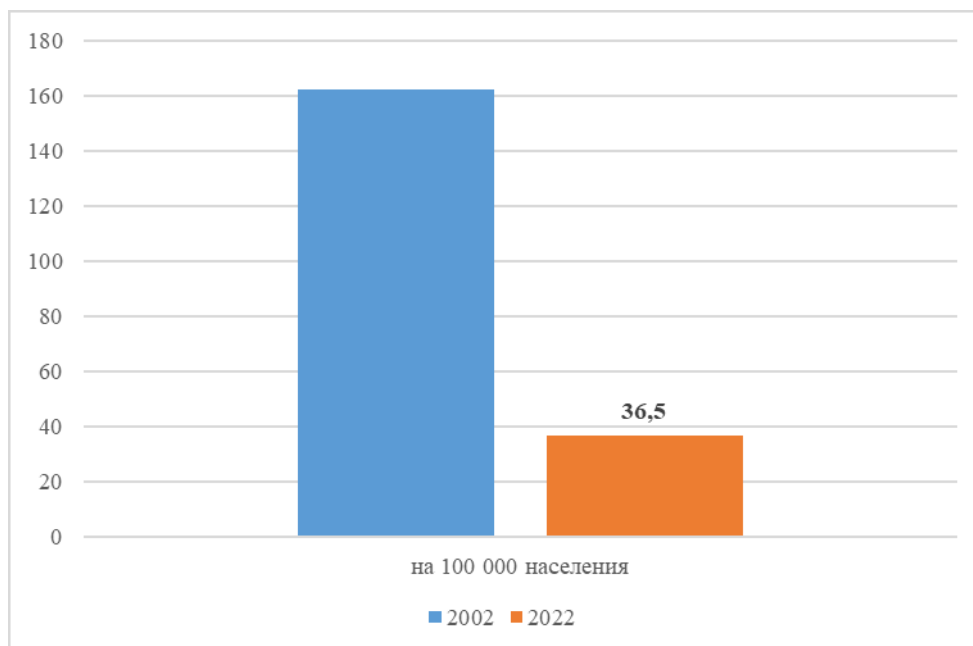


Рисунок 16. Тенденция снижения туберкулеза в Казахстане за 20 лет.

Наивысший показатель заболеваемости туберкулезом в Казахстане был зафиксирован в 2002 году и составил 162,5 случаев на 100 000 человек. Однако благодаря эффективной и систематической реализации рекомендаций ВОЗ, этот показатель снизился и к 2022 году составил 36,5 случая на 100 000 человек. Однако туберкулёз остается одной из наиболее распространенных инфекционных болезней в Казахстане. Согласно данным Министерства здравоохранения РК, заболеваемость ТБ в стране варьируется, но остается на высоком уровне. Это связано с различными факторами, включая социально-экономические условия, миграцию и сопутствующие заболевания.

Министерство здравоохранения активно работает с международными организациями над контролем туберкулеза. Это включает в себя проведение массовых обследований, предоставление антибиотиков для лечения ТБ, и обучение медицинского персонала. Также проводятся кампании по пропаганде и обучению населения относительно мер профилактики ТБ на уровне ПМСП.

Организации ПМСП отвечают за проведение профилактических мероприятий по своевременному выявлению и дальнейшему ведению больных на амбулаторном уровне. С 2018 г. медицинские работники ПМСП также оказывают услуги по лечению туберкулеза, врачи-фтизиатры частично были переведены в сеть ПМСП.



Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ в Казахстане также представляет определенные вызовы. Согласно данным, число новых инфицированных ВИЧ-положительным вирусом каждый год продолжает расти.

Казахстан предпринимает широкие меры по контролю ВИЧ-инфекции. Это включает в себя расширение тестирования и консультирования, предоставление антиретровирусной терапии (АРТ), и работу с наркозависимыми и другими рисковыми группами. Государственные и неправительственные организации также проводят информационные кампании, направленные на увеличение осведомленности населения о ВИЧ и мер противодействия ему. Социальные и культурные аспекты: Проблема стигмы и дискриминации ВИЧ-положительных лиц остается актуальной в Казахстане. Это затрудняет предоставление медицинской помощи и содействует распространению инфекции. Поэтому важно также работать над изменением общественного мнения и улучшением понимания ВИЧ.

Казахстан последовательно реализовывает шаги по сдерживанию распространения ВИЧ-инфекции, присоединившись к достижению целей глобальной стратегии «Ускорение для достижения прекращения эпидемии СПИДа к 2030 году» и целей 95-95-95. Вопросы борьбы с ВИЧ-инфекцией включены в Государственную программу развития здравоохранения РК на 2020–2025 годы. Тем не менее согласно данным Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний Министерства здравоохранения РК, на 30 июня 2022 года в стране было зарегистрировано около 30 тысяч случаев инфицирования вирусом ВИЧ. В этой группе 26,9 тысяч человек, что составляет 89,6%, являются казахстанцами в возрасте от 15 до 49 лет. Глобальным показателем для оценки распространения ВИЧ среди населения данной возрастной группы является процент взрослого населения с положительным ВИЧ-статусом. Согласно данным источника, в 2022 году этот показатель в Казахстане достиг самого высокого значения за последние два десятилетия и составил 0,31%. Статистика центра также указывает на то, что с 2000 года в РК наблюдается ежегодный рост распространённости ВИЧ.

Важно отметить, что этот тренд обусловлен двумя факторами: увеличением числа заболевших и расширением обследования лиц, входящих в группы риска, что привело к выявлению новых случаев. Казахстан активно работает в рамках Объединённой программы ООН по ВИЧ/СПИДу «95–95–95», что означает 95 процентов людей, живущих с ВИЧ, знают о своем статусе, 95 процентов из них получают жизненно необходимое антиретровирусное лечение, а 95 процентов из них достигли вирусной супрессии. В 2021 году в Казахстане этот показатель достиг 87%. 95% ВИЧ-положительных получают антиретровирусную терапию, в Казахстане – 81%, и 95% инфицированных, получающих терапию, имеют минимальную вирусную нагрузку, 85% соответственно.



Уровень распространённости ВИЧ неоднороден по регионам, и в северных и восточных регионах он выше, чем в среднем по стране. Например, в Восточном Казахстане доля ВИЧ-инфицированных среди населения в возрасте 15–49 лет составляет 0,9%, в Карагандинской области – 0,7%. Наименьший уровень отмечен в Улытауской и Кызылординской областях и составил 0,1%.

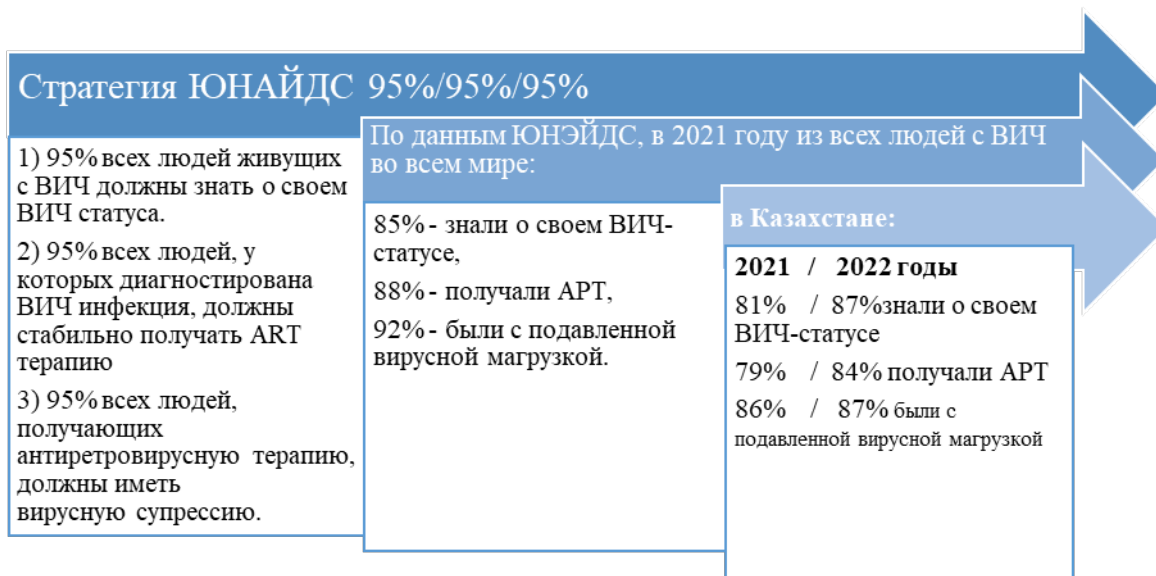


Рисунок 17. Объединенная программа
Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу

В современных реалиях многосекторальные меры политики и действия, направленные на решение проблем, связанных с факторами и детерминантами здоровья являются одним из важных элементов эффективного развития ПМСП. Это требует от органов власти на всех уровнях понимания необходимости действовать с выходом за рамки сектора здравоохранения и реализовывать общегосударственный межсекторальный подход к здравоохранению.

Концепция «Единое здоровье» признает тесную связь между людьми, животными и окружающей средой и предлагает интегрированный, объединяющий подход, который позволяет устранять угрозы здоровью комплексно, с привлечением экспертов из различных секторов (ветеринаров, врачей, эпидемиологов, специалистов общественного здравоохранения и экспертов по дикой природе), которые вместе работают над решением проблем. Это, к примеру, может привести к созданию новых методов эпиднадзора и контроля заболеваний. Также, внедрение концепта Единое здоровье в ПМСП включает в себя работу в отношении широкого круга детерминантов здоровья и требует комплексного учета взаимосвязанных аспектов медицинских потребностей человека на протяжении всей его жизни.



Концепция «Единое здоровье» может применяться в целом ряде областей – от зоонозных заболеваний и устойчивости к противомикробным препаратам до безопасности пищевых продуктов. В настоящее время мы наблюдаем рост распространения зоонозных заболеваний (включая COVID-19, птичий грипп и оспу обезьян). Пандемия COVID-19 резко обострила необходимость усиления мер по внедрению концепции «Единое здоровье». Недостатки в знаниях, профилактике и комплексных подходах, связанных с концепцией «Единое здоровье», рассматривались в качестве ключевых факторов возникновения пандемии, что особо подчеркивает необходимость безотлагательного перехода к улучшенному эпиднадзору и более целостной, комплексной системе здравоохранения. К тому же это привело бы к усилению политической приверженности и международной поддержки мер, призванных удвоить усилия по внедрению подхода «Единое здоровье» и улучшить состояние здравоохранения во всем мире.



Рисунок 18. Концепция «One Health»

Устойчивость к противомикробным препаратам является одним из глобальных проблем здравоохранения решаемое концептом «Единое здоровье» (рис. 18). Микробы и паразиты, устойчивые к противомикробным препаратам (то есть не поддающиеся воздействию лекарств, предназначенных для борьбы с ними), могут быстро распространяться через медицинские учреждения, пищевые продукты и окружающую среду (почву и воду), усложняя лечение некоторых болезней у людей и животных и повышая риск распространения инфекций, тяжелого течения заболеваний и смерти. Подход «Единое Здоровье» предлагает наиболее логичные способы разработки и



предоставления новых вакцин. Оно обеспечивает «всеобъемлющий» подход к разработке вакцин, при котором каждый случай выигрывает от совместных усилий ветеринарных и медицинских ученых, знаний о сложных экосистемах, порождающих возникновение и распространение болезней, использования животных моделей для проверки безопасности и эффективности вакцин, а также дополняющей экспертизы в биологии семейств вирусов и микробов.

Всемирная организация здравоохранения и Всемирная организация охраны здоровья животных (МЭБ) являются двумя основными международными организациями, ответственными за разработку рекомендаций для области общественного здравоохранения, и здоровья животных соответственно. ВОЗ и МЭБ активно поддерживают и реализуют межсекторальный коллаборативный подход между учреждениями и системами для предотвращения, выявления и контроля заболеваний среди животных и людей. Они разработали различные рамки, инструменты и рекомендации для укрепления способностей на национальном, региональном и мировом уровнях.

Государства-члены ВОЗ приняли правовой документ, Международные Положения здравоохранения (МЗП, 2005), для предотвращения и контроля событий, которые могут составлять общественную угрозу мирового масштаба. В соответствии с этими положениями странам необходимо разрабатывать, укреплять и поддерживать минимальные национальные основные способности для выявления, оценки, уведомления и реагирования на угрозы общественному здоровью, и, таким образом, должны внедрять планы действий для развития и обеспечения наличия и функционирования основных способностей, необходимых согласно МЗП. ВОЗ разработала различные инструменты оценки и мониторинга, такие как Мониторинговая и Оценочная Рамка (МОР) МЗП, которая включает в себя, среди прочего, ежегодный вопросник для мониторинга прогресса и Инструмент Совместной Внешней Оценки (СВО).

Для достижения устойчивого улучшения соблюдения национальными ветеринарными службами этих стандартов, особенно в части качества ветеринарных служб, МЭБ разработала Путь Повышения Производительности Ветеринарных Служб (ППВС), который включает в себя ряд инструментов для объективной оценки и решения основных проблемных моментов ветеринарных служб в странах.

Первые шаги по внедрению протоколов ВОЗ и МЭБ, а также наведению мостов между секторами сферы общественного здоровья и ветеринарных служб была проведена в Казахстане 21 по 23 ноября 2018 года. Целью является анализ и улучшение сотрудничества между этими двумя секторами в предотвращении, выявлении и реагировании на зоонозы



и другие события в области антропо-зоонозных интерфейсов (пищевая безопасность, продовольственная безопасность, антимикробная резистентность).

Встреча, проведенная в Казахстане, собрала 57 участников из Министерства здравоохранения и Министерства сельского хозяйства (МСХ), а также представителей Всемирной организации здравоохранения, Всемирной организации по здоровью животных, Центра по контролю заболеваний Соединенных Штатов (CDC) и представителей Всемирного банка в Казахстане.

Как результат Моста была разработана комплексная Дорожная карта (Дорожная карта Моста), охватывающая 4 приоритетных области, выявленных участниками:

- Кадры и образование, и тренировка,
- Координация на высоком, техническом и местном уровнях,
- Реагирование и финансирование в случае чрезвычайных ситуаций,
- Рисковая коммуникация.

Пандемия COVID-19 оказала значительное воздействие на реализацию многих запланированных мероприятий во всех секторах экономики, включая сферы общественного и ветеринарного здоровья. В то же время она ясно продемонстрировала важность укрепления мульти-секторального и мультидисциплинарного подхода к чрезвычайным ситуациям в области общественного здоровья. На основе этого ВОЗ призывает государства-члены внедрить подход «Единое здоровье» (One Health) в политику и стратегию всех участвующих секторов.

Один из основных принципов концепции «Единое здоровье» заключается в поддержании экологической устойчивости и безопасности окружающей среды. Проблемы окружающей среды в Казахстане представляют собой серьезную и актуальную проблему, как и в других странах. Эти проблемы включают в себя учащение экстремальных климатических условий, повышение температуры, снижение уровня воды в реках и озерах, а также загрязнение атмосферы и почвы. Известно, что климат меняется, и подготовка к ее изменениям в Казахстане является критически важной задачей. Внедрение подходов «Единое здоровье» помогло бы в создании устойчивости и адаптации к сложным вызовам, которые возникают вследствие изменения климата, и способствует защите благосостояния экосистем и общества.

Таким образом, реализация подхода «Единое здоровье» в развитии сельского хозяйства может принести несколько преимуществ, включая повышение продовольственной безопасности, снижение вспышек заболеваний и продвижение устойчивых методов. Это требует внедрения устойчивых методов ведения сельского хозяйства, которые уменьшают воздействие сельского хозяйства на окружающую среду, например,



сокращение использования химических пестицидов и удобрений, разумное управление водными ресурсами и защиту биоразнообразия. Важно обучить координации между государственными учреждениями, ответственными за здравоохранение, сельское хозяйство и экологическое регулирование, для обеспечения согласованной основы политики «Единое здоровье». А так же с сообществами и общественностью для повышения осведомленности о взаимосвязи здоровья людей, животных и окружающей среды. Поощрять сотрудничество между различными заинтересованными сторонами, включая государственные учреждения, научные круги, неправительственные организации (НПО) и частный сектор, для коллективного решения проблем. Внедрение мер для контроля и предотвращения заболеваний у животных и снижения риска их передачи человеку. Защита биоразнообразия и природных местообитаний также очень актуальна, так как нарушения экосистем из-за изменения климата могут повлиять на здоровье животных и передачу болезней. Эти подходы облегчают мониторинг заболеваний у животных и быстрое выявление потенциальных зоонозных угроз (заболеваний, передаваемых от животных к человеку). Важно отметить, что Казахстан активно работает над улучшением ситуации в области охраны окружающей среды и сотрудничает с международными организациями и странами для достижения общих экологических целей.

3.6. Сельское здравоохранение

Регулярное использование профилактических медицинских услуг имеет решающее значение для снижения заболеваемости, своевременной диагностики и эффективного лечения заболеваний, снижения потребности в агрессивных вмешательствах, снижения затрат на здравоохранение и улучшения здоровья в целом.

Профилактические осмотры здоровья, как правило, недостаточно используются в Казахстане, особенно проживающими в сельской местности. Сельские пациенты реже обращаются за превентивными мероприятиями, чем городское население, и они также испытывают проблемы с доступом к медицинской помощи. Эта проблема сохраняется, несмотря на общее мнение о том, что скрининг является ключевым показателем здоровья и дает возможность улучшить здоровье и функциональное состояние, увеличить выживаемость и повысить качество жизни [29].

На конец 2022 года на участках организаций ПМСП сельского значения прикреплено 7730207 человек, которые распределены по 5236 участкам.



Из них: 4356 ВОП, 289 терапевтических и 591 педиатрических участков. Более 5000 медицинских организаций оказывают медицинскую помощь жителям сел.

Доля участков ВОП от общего числа участков составляет 83,2%, доля врачей общей практики от общего числа врачей – 82,5%, доля среднего медицинского персонала на участках ВОП от общего СМР на участках – 86,7%.

В целях обеспечения территориальной доступности ПМСП, пересмотрен государственный норматив сети организаций здравоохранения. Теперь медицинская помощь в селах до 50 человек оказывается медицинской сестрой без помещения, увеличено количество медицинских работников в селах с проживанием 500 человек.

Многочисленные мировые исследования свидетельствуют о том, что к основным проблемам общественного здравоохранения, с которыми сталкиваются жители сельской местности, относятся трудности в приобщении населения к здоровому образу жизни. Как показали исследования, среди жителей сельской местности чаще встречается рискованное, а не здоровое поведение.

Так, число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни, на 100 000 человек сельского населения РК имеет тенденцию к снижению. За последние 5 лет данный показатель снизился с 45169,7 до 41435,3. Однако, следует отметить, что заболеваемость населения за данный период увеличивается в сельских населенных пунктах Акмолинской (с 28681,6 в 2018г. до 33342,9 в 2022г.), Западно-Казахстанской (с 43054,6 в 2018г. до 45600,7 в 2022г.), Жамбылской (с 53792,9 в 2018г. до 57577 в 2022г.), Мангистауской (с 29473,2 в 2018г. до 35825,9 в 2022г.) и Северо-Казахстанской (с 41110,1 в 2018г. до 46802,6 в 2022г.) областей.

Показательно, что заболеваемость сельского населения увеличивается по хроническим неинфекционным заболеваниям. Так, первичная заболеваемость сельского населения от болезней системы кровообращения (на 100 000 человек) увеличилось в Западно-Казахстанской (с 2737,6 в 2018г. до 3078,2 в 2022г.), Жамбылской (с 2519,6 в 2018г. до 3179,2 в 2022г.), Карагандинской (с 2453,6 в 2018г. до 2804,6 в 2022г.), Мангистауской (с 1264,3 в 2018г. до 1612 в 2022г.), Павлодарской (с 2477,7 в 2018г. до 2902,7 в 2022г.) и Восточно-Казахстанской (с 3294,2 в 2018г. до 4210,9 в 2022г.) областях.

Растет число заболеваний от артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, острого инфаркта миокарда и цереброваскулярных заболеваний у сельского населения. Динамика заболеваемости за последние 5 лет по данным заболеваниям представлена на рисунке 19.

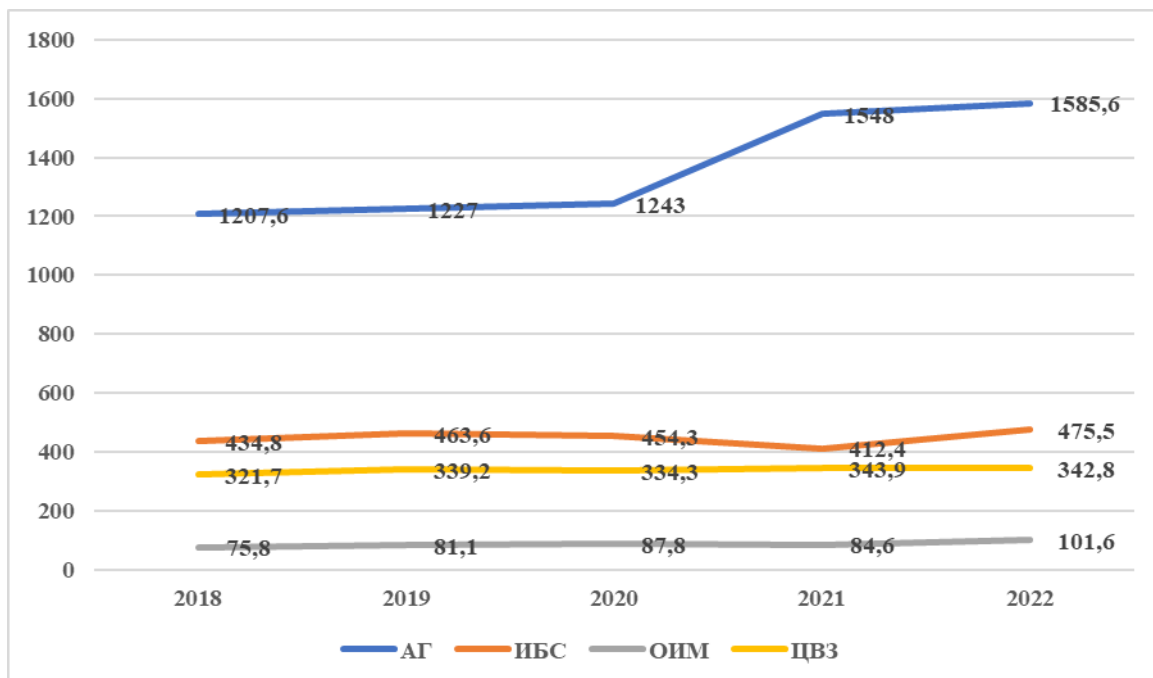


Рисунок 19. Динамика заболеваемости сельского населения от АГ, ИБС, ОИМ и ЦВЗ за последние 5 лет (2018-2022гг.).

Число сахарного диабета, зарегистрированных впервые в жизни, на 100 000 человек сельского населения увеличилось с 161,4 до 200,8 за последние 5 лет (табл. 24). Данная тенденция отмечается почти по всем регионам РК. Резкое увеличение данного показателя можно увидеть в Западно-Казахстанской (с 140,8 в 2018г. до 231,7 в 2022г.), Кызылординской (с 156,1 в 2018г. до 203,6 в 2022г.), Северо-Казахстанской (с 271,4 в 2018г. до 443,8 в 2022г.) и Восточно-Казахстанской (с 161,7 в 2018г. до 332,1 в 2022г.) областях.

Таблица 24 – Заболеваемость сельского населения по регионам от сахарного диабета за последние 5 лет (на 100 000 человек)

	2018	2019	2020	2021	2022
Республика Казахстан	161,4	203,9	150,9	198,7	200,8
Абай				0,0	207,5
Акмолинская	140,9	260,7	160,3	178,8	182,3
Актюбинская	86,1	65,1	88,0	116,7	129,8
Алматинская	173,5	226,8	158,5	227,4	157,1
Атырауская	145,3	240,2	106,7	192,6	181,5
Западно-Казахстанская	140,8	186,6	132,1	216,9	231,7
Жамбылская	136,0	152,9	128,2	146,5	177,1
Жетісу				0,0	224,0
Карагандинская	192,3	184,3	152,7	258,8	235,4
Костанайская	237,0	238,0	120,3	140,0	188,9
Қызылординская	156,1	164,1	162,4	167,4	203,6



	2018	2019	2020	2021	2022
Мангистауская	128,3	198,3	102,1	138,0	157,3
Павлодарская	223,7	266,0	147,9	206,6	249,2
Северо-Казахстанская	271,4	332,5	259,2	385,7	443,8
Туркестанская	139,9	177,9	163,4	185,9	189,5
Ұлытау				0,0	207,0
Восточно-Казахстанская	161,7	221,2	168,6	245,8	332,1

В связи с тем, что хронические неинфекционные заболевания считаются управляемыми на уровне ПМСП и зависят от образа жизни населения, следует уделить особое внимание продвижению здорового образа жизни среди сельского населения. Пропаганда ЗОЖ должна сопровождаться прочным партнерством в сообществах. Создание партнерства сообществ обеспечивает основу для местных сообществ, но дальнейшая цель состоит в том, чтобы определить эффективные стратегии, которые будут способствовать дальнейшему укреплению партнерских отношений с сельскими сообществами для лучшего обслуживания населения с ограниченными ресурсами.

В качестве **вызовов** для развития сельского здравоохранения необходимо отметить следующие направления:

- Повышение доступа к высококачественной, доступной и комплексной медицинской помощи.
- Создание и поддержка местных сообществ.
- Привлечение и поддержка высококвалифицированных и гибких кадров здравоохранения, содействие расширению возможностей обучения, возможностей карьерного роста и механизмов поддержки кадров здравоохранения.
- Расширение возможностей финансирования исследований в области здравоохранения по сельской местности.

Для повышения доступности специализированной и высокотехнологичной помощи особо важно развитие телемедицины, обеспечение онлайн-консультаций. Телемедицина позволяет специалистам в сельских регионах практиковать и улучшать качество обслуживания пациентов. Для пациентов и врачей это создаст удобства и возможность получать доступ к информации с помощью электронных файлов и сокращения общего времени ожидания.

Уделяется огромное внимание развитию сельского здравоохранения с целью обеспечения широкого охвата населения услугами здравоохранения путем открытия медицинских пунктов в сельских населенных пунктах и обеспечения населения услугами транспортной медицины.

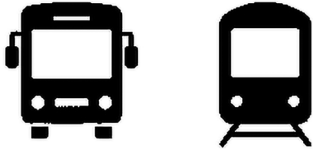


Для жителей отдаленных сел действуют 149 мобильных медицинских комплексов по оказанию медицинской помощи и консультативно-диагностических услуг. В 2022 году возобновили работу два медицинских поезда «Жардем» и «Саламатты Казахстан», которые оказали медицинскую помощь 64 тысячам человек в 10 регионах страны. Медицинскую авиацию осуществляют 33 самолета, которые перевозят и оказывают экстренную помощь сельчанам [30].

Передвижной медицинский комплекс состоит из 7 специализированных кабинетов оснащенные цифровым оборудованием: кабинет общего приема, зона врача общей практики, зона приема анализов, аптечный пункт, тесты функциональной диагностики, кабинет акушер-гинеколога, кабинет лучевой диагностики и позволяет на высоком уровне оказывать помощь в различных областях медицины в выездных условиях. Благодаря оснащенностью комплекса лабораторными анализаторами, кардиограммой, ультразвуковым и рентген аппаратом жители малых населенных пунктов смогли пройти широкий спектр обследования и получили подробную консультацию врачей самой высокой квалификации.

По данным медицинских организаций 17 регионов по РК охвачено медицинским осмотром передвижными медицинскими комплексами (ПМК) и 14 регионов передвижными специализированными поездами здоровья (СПЗ).

С 2016 года реализуется широкомасштабный социальный проект «Медицинские поезда», в рамках которого население отдаленных станций имеет возможность пройти бесплатное обследование и лечение у квалифицированных специалистов основных медицинских специальностей (терапевта, стоматолога, офтальмолога, лора, хирурга, уролога, маммолога, педиатра). Медицинский поезд состоит из 8 вагонов: в 4-х вагонах находятся 17 полностью оборудованных медицинских кабинетов, которые оснащены современным диагностическим и лечебным оборудованием (электрокардиограф, велоэргометр, УЗИ, рентген установка, гастрофиброскоп, лор и офтальмологическая аппаратура, биохимический анализатор, холтеровский монитор, спирограф и телемедицинский центр), мини-операционной лабораторией, средствами связи для беспроводного доступа к Интернету. Маршрут поезда проходит через Алматинскую, Восточно-Казахстанскую, Павлодарскую, Северо-Казахстанскую, Акмолинскую, Костанайскую и Карагандинскую области, а также через три новые области Казахстана - Жетису, Абай и Улытау.



С 2019 года количество населения, охваченного медицинским осмотром СПЗ, выросло с 29 012 до 77 105 в 2022 году. Передвижными медицинскими комплексами охвачено 826 102 человек в 2018 году, то в 2022 году эта цифра выросла до 1 821 283. Количество населенных пунктов, охваченных ПМК, выросло с 1 763 в 2018 году до 3 307 в 2022 году. Для оказания экстренной медицинской помощи на селе работают 595 бригад скорой помощи, осуществлено 1,7 миллиона вызовов.

Многопрофильные бригады с более целостным спектром услуг приблизили деятельность ПМСП к коренным причинам заболеваний и основным детерминантам здоровья. Это способствовало лучшему охвату уязвимых групп населения профилактическими услугами.

Расширение многопрофильных бригад ПМСП создало во время пандемии возможности для быстрого внедрения мобильных бригад и оказания эффективных двойных мер реагирования в учреждениях ПМСП и на дому у пациентов. Во всех организациях ПМСП созданы мобильные бригады для оказания своевременной медицинской помощи больным коронавирусом на уровне ПМСП и наблюдения за пациентами с COVID-19, в том числе с факторами риска (артериальная гипертония, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, ХОБЛ, астма и другие) и пневмония (вероятный случай COVID-19 согласно национальному протоколу).

В состав мобильных бригад входили социальные работники, медсестры, психологи и семейные врачи. Мобильные бригады выезжают на дом для оказания первичной помощи пациентам с признаками острого респираторного заболевания и подозрением на коронавирусную инфекцию. Отбираются образцы биологического материала для исследования полимеразной цепной реакции (ПЦР) и назначаются лекарственные препараты в соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения.

Члены мобильной группы прошли специальную подготовку по выявлению случаев COVID-19, проведению анкетирования пациентов, расследованию контактов, взятию образцов биоматериала для ПЦР в реальном времени на SARS-CoV-2, ведению амбулаторных случаев и оказанию неотложной помощи, а также выявлению причин для направления к врачу. на диагностические исследования и стационарное лечение. Среди работников ПМСП распространены специальные методические материалы, разработанные Министерством здравоохранения РК. В функции, возложенные на членов мобильной бригады, входят: две медсестры, отвечающие за наблюдение за контактными лицами; две медсестры проводят телеконсультации и посещают пациентов с COVID-19 по мере необходимости; две медсестры, общающиеся с пациентами с НИЗ и посещающие их; социальные



работники отвечают за доставку лекарств на дом, что снижает риски контактов среди населения, когда пациентам приходится посещать учреждения ПМСП для получения лекарств для лечения хронических заболеваний.

По данным информационной системы «Система управления ресурсами» сегодня в сельской местности трудятся более 67 тысяч медицинских работников, из них 14 тысяч – врачи, 54 тысяч – медицинские работники среднего звена (табл. 25).

Таблица 25 – Количество медицинских работников РК по регионам з 2022 год

	Регион	Врачи	СМП	МП
1	Абайская область	525	1904	602
2	Акмолинская область	751	2872	1218
3	Актюбинская область	658	2383	785
4	Алматинская область	2758	7875	2171
6	Атырауская область	454	1868	466
7	Восточно-Казахстанская область	478	1853	662
10	Жамбылская область	1227	4761	1407
11	Жетысуская область	771	3451	1146
12	Западно-Казахстанская область	476	2323	804
13	Карагандинская область	327	1283	410
14	Костанайская область	481	1828	833
15	Кызылординская область	981	4619	1372
16	Мангистауская область	574	2015	366
17	Павлодарская область	284	1020	383
18	Северо-Казахстанская область	428	2132	926
19	Туркестанская область	3217	11545	3310
20	Улытауская область	56	240	68
	РК	14446	53972	16929

В целях улучшения доступа к лекарственным средствам, не входящим в состав амбулаторного лекарственного обеспечения, в отраслевое законодательство внесена норма о создании аптечных точек в сельских организациях здравоохранения. С июля 2022 года в 230 населенных пунктах открыты 75 государственных аптечных пунктов и 161 частная аптека.

В рамках национального проекта «Модернизация сельского здравоохранения» начата работа по оснащению и обеспечению организаций ПМСП сельского населения. В сельской местности предусмотрено строительство 655 объектов первичной медико-санитарной помощи, из них 253 – фельдшерско-акушерских пунктов, 160 – врачебных амбулаторий и 242 – фельдшерско-акушерских пунктов (рис. 20). Планируется организация 32 многопрофильных центральных районных больниц, укомплектованных профессиональными кадрами и современным оборудованием, открытие консультных и кардиологических



отделений, центров сердечно-легочной реанимации, отделений интенсивной терапии, малоинвазивной хирургии, травматологии и реабилитации.

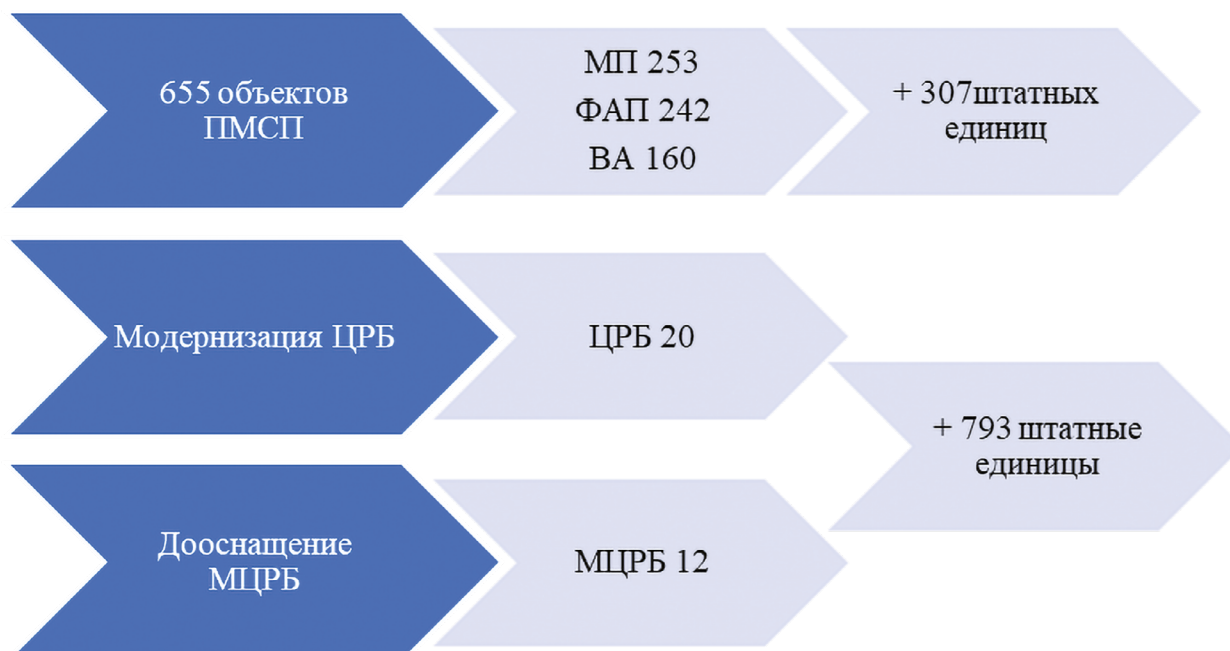


Рисунок 20. Планы по оснащению и обеспечению организаций ПМСП сельского населения

Привлечение медицинских кадров на работу в сельских регионах происходит путем прибавления надбавки в размере от 1 до 2 млн тенге на каждого врача, а для некоторых вновь прибывших акиматы выделяют от 3 до 5 млн тенге. Ежегодно выделяется государственный образовательный заказ и гранты на подготовку 1500 клинических медицинских кадров, выпускники распределяются по регионам [30].

В соответствии с потребностями практического здравоохранения сельской местности в 2022 году в регионы направлено 1872 молодых специалиста, в том числе 444 врача [31].

Вызовы по доступности ПМСП для сельского населения и пути их решения:

Анализируя текущую ситуацию в области обеспечения качества оказания медицинских услуг и доступности ПМСП остаются актуальными следующие вопросы:

- Дефицит и текучесть кадров ПМСП;
- Низкая обеспеченность медицинскими кадрами в сельских и отдаленных СНП;
- Низкая доступность населения к скорой медицинской помощи;
- Сложности с лекарственным обеспечением для жителей отдаленных СНП;



- Слабая мотивация работы в селе для молодых специалистов;
- Износ инфраструктуры (старые здания поликлиник, ЦСЗ, ФАП, МП, не соответствующие типовым стандартам, отсутствие ремонта, недостаточное материально-техническое обеспечение). Отсутствие кабинетов для специалистов ПМСП по организации полноценного функционала деятельности ПМСП, большинство зданий, выделенных под ПМСП в сельской местности являются нетиповыми, арендованными;
- Отсутствие доступа к диагностическим услугам по причине отсутствия в районных больницах оборудования, необходимых для диагностики экстренных случаев;
- Проблемы цифровизации имеют место в отдаленных селах, нет скоростного интернета, оптоволоконного кабеля, зависают информационные системы. Низкая оснащенность оргтехникой, много устаревших и нерабочих компьютеров, принтеров.

Для решения вышеуказанных вопросов предлагается пересмотреть механизмы финансирования с акцентом на повышение доступности и укрепление потенциала ПМСП на уровне сел. Проведение оценки оснащенности сельских организаций с учетом износа и позволит оснастить каждую ЦРБ и РБ необходимым оборудованием экспертного класса.

Необходимо обеспечить полноценный охват населения медицинскими услугами посредством совершенствования услуг ПМК и медицинских поездов, с охватом СНП, имеющих железнодорожные станции.

Совершенствование телемедицины, организация работы врачей-консультантов при скорой помощи, в том числе онлайн /дистанционно, внедрение переадресации вызова на врача ПМСП, чтобы пациент своевременно получил консультацию до приезда бригады.

3.7. Цифровизация здравоохранения

Цифровая революция в мире подняла медицину на новую высоту благодаря развитию технологий. Сектор здравоохранения Казахстана также внедрил цифровые технологии, чтобы облегчить технологический переход от механических и аналоговых электронных устройств к цифровым технологиям, доступным сегодня. Обычное использование цифровых технологий в секторе здравоохранения включает поиск ресурсов статистических данных, мониторинг качества ухода за пациентами и улучшение клинической поддержки.

За прошедшие годы система здравоохранения РК внедрила множество комплексных, интегрированных информационных систем. На уровне ПМСП используются нескольких десятков программных продуктов, с которыми на сегодняшний день работает Фонд социального медицинского страхования. Стремясь к постепенному улучшению и приоритизации индивидуальных потребностей в рамках реализации Концепции развития электронного здравоохранения РК на 2013–2020 годы, начались попытки консолидировать цифровое здравоохранение в единое целое. Это помогло сократить приписки и исправления данных, сосредоточив всю информацию в единой базе, способствуя эффективной клинической поддержке и качественному уходу.

Решения в области цифрового здравоохранения радикально изменили способы взаимодействия пациентов с медицинскими работниками и получения лечения [32]. На сегодняшний день на уровне ПМСП РК внедрены технологии, такие как МИС и мобильные приложения для пациентов, благодаря которым пациентам не нужно повторно приходить в медицинскую организацию для получения результатов лабораторных исследований, так как они становятся доступны в смартфоне.

В республике работает новая цифровая архитектура электронного здравоохранения eHealth, которая способствует полноценному и всестороннему формированию национального электронного паспорта здоровья граждан, что, в свою очередь, обеспечит повышение качества и доступности медицинской помощи, ориентированной на потребности граждан, а также переход к осуществлению непрерывного контроля за состоянием здоровья пациентов и предоставлению медицинских сервисов.

Для населения РК на бесплатной основе на платформах iOS и Android предоставлен сервис «eDensaulыq» через мобильное приложение eGov Mobile. Данный сервис предназначен и отображает расширенную информацию для населения по статусу донорства, электронным рецептам, медицинским отводам, по учету беременных и диспансеризации, госпитализации, результатам лабораторных исследований и больничным листам. В сервисе eDensaulыq в eGov



Mobile гражданам будет виден перечень оказанных услуг, это позволит избежать возможность приписок. Для усиления прозрачности оказания медицинской помощи Министерством здравоохранения предусмотрен механизм подтверждения факта получения медицинской услуги гражданином (биометрия пациента, QR-код, SMS – подтверждение) и возможность получения оценки удовлетворенности пациента.

В части выдачи лекарственных средств в рамках амбулаторного лекарственного обеспечения предусмотрено цифровое решение через проект «Социальный кошелек» в мобильном приложении eGov Mobile. Когда пациенту выписывается рецепт, он будет доступен в eGov Mobile, после чего гражданин идет в аптеку при поликлинике и предъявляет QR-код. Фармацевт вместо ручного ввода информации, сканирует QR-код сканером и выдает лекарственное средство согласно рецепту.

Несколько десятков информационных систем поддерживаются республиканским центром электронного здравоохранения (рис.19) и на ближайшие годы планируется интеграция всех порталов между собой.



Рисунок 21. Перечень информационных систем Министерства здравоохранения находящейся на сопровождении в РЦЭЗ



20 порталов используются в системе ПМСП, семь из них включены в общую информационную систему: «Система управления ресурсами», «Регистр закрепленного населения», «Единая платежная система», «Электронный регистр диспансерных больных», «Бюро госпитализации», «Электронный регистр стационарных больных» и «Дополнительный компонент к тарифу первичной медико-санитарной помощи».

Предусмотрена норма по заочному проведению медико-социальной экспертизы по 12 нозологиям в рамках Закона «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам улучшения качества жизни лиц с инвалидностью». Данный Закон подписан Главой государства 7 июня 2021 года и реализуется интегрированно с Министерством здравоохранения, Министерством образования и науки, Министерством труда и соцзащиты и Министерством цифрового развития, инноваций и аэрокосмической промышленности РК. Теперь для получения услуги по освидетельствованию для установления инвалидности нет необходимости проходить процедуру сбора всех медицинских документов. При наличии показаний в порядке, установленном действующим законодательством, лечащий врач по согласованию с пациентом, наблюдавшимся в поликлинике, может оформить все медицинские документы в электронном виде.

Кроме того, в целях снижения нагрузки на медицинского работника будет реализован принцип «одного окна», что предполагает исключение дублирования ввода данных медицинскими работниками во множество информационных систем. В этом направлении также будут внедрены механизмы предподготовки врачебного приема посредством предварительного опроса пациента средним медицинским работником на основе чек-листа.

Вместе с тем планируется делегирование младшему медицинскому персоналу функций по вводу данных в МИС. В числе активно внедряемых новшеств имеется запуск единого классификатора лекарственных средств и медицинских изделий, реализация сервиса обмена клиническими данными между медицинскими организациями, оптимизация процесса выдачи больничных листов и справок, совершенствование платежных систем в части проведения оплаты оказанных медицинских услуг.

Использование искусственного интеллекта (ИИ) при решении многих проблем, возникающих в здравоохранении, в последние годы стремительно получает широкое распространение во всем мире. Понимание использования и важности эффективности, безопасности и доступности здравоохранения для всех, а также предоставления услуг, основанных на ценности, имеет важное значение для организаторов здравоохранения РК. Используя методы машинного обучения, можно добиться серьезной экономии средств за счет выполнения таких



операций, как прогнозирование мощности, определение доз лекарств и оптимизация мощности коек. Мониторинг регулярности таких показателей, как пульс и артериальное давление, особенно у пациентов с заболеваниями сердца, позволит на ранней стадии выявить инфаркты.

Вызовы и пути решения проблемных вопросов в цифровизации ПМСП:

Анализируя текущую ситуацию по цифровизации ПМСП остаются актуальными следующие вопросы:

- не законченная интеграция между МИС организаций и ИС здравоохранения;
- частые зависания МИС, что препятствует нормальной работе врача при оформлении приема и регистрации услуг;
- высокая стоимость услуг сопровождения разработчиков МИС по рыночным ценам;
- отсутствие источников на закуп МИС, вместе с тем, данные расходы не включены в тарифы услуг ГОБМП и ОСМС;
- отсутствие тарифов на приобретение компьютерной и оргтехники, что создает инфраструктурные проблемы, включающие доступность, стоимость и качество интернета в отдаленных сельских районах, наличие хорошей компьютерной техники;
- использование устаревших моделей компьютеров во многих организациях, особенно в сельских регионах;
- трудоемкий процесс внесения данных в МИС;
- проблемы с включением «тяжелых» данных (рентген, КТ, МРТ снимков) в мобильные приложения;
- отсутствие медицинского обслуживания в режиме реального времени через онлайн-платформы.

Для решения всех вышеуказанных проблем предлагается следующий комплекс мероприятий:

- Совершенствование НПА, в котором будут регламентированы требования к бизнес процессам, функционированию и использованию для всех МИС;
- Интегрировать службу поддержки пользователей в регионах (в городах, районных центрах, до уровня села)
- Обеспечение прозрачности с предоставлением информации в открытом доступе (на сайтах МЗ РК, ФСМС и РЦЭЗ) о перечне МИС, соответствующих требованиям к работе в системе ГОБМП и ОСМС;
- Завершение интеграции МИС организаций здравоохранения;
- Дальнейшее развитие услуг телемедицины в соответствии с принципами ВОУЗ.
- Внедрение в учебные программы предметной области дисциплины по искусственному интеллекту.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Перспективным направлением реформирования ПМСП является усиление перехода к более целостной модели, ориентированной на коренные причины заболеваний. Ориентированный на человека подход позволит достичь лучший учет индивидуальных потребностей и ожиданий в отношении здоровья, могут снизить число обращений в специализированные и стационарные услуги.

Лидеры профессионального развития вновь созданных специальностей ПМСП должны быть наделены полномочиями выступать проводниками перемен, содействуя внедрению практических изменений в практику ПМСП.

Центры лучших практик ПМСП, открытые для инноваций, должны выступать в качестве первых участников внедрения и тестирования новой модели ПМСП и демонстрации изменений в действии.

Проведенный анализ текущей ситуации, сложившейся в ПМСП в РК, позволил выявить ряд слабых сторон и угроз для развития ПМСП, а также предложить пути решения существующих проблем. Реализация всех мероприятий по каждому направлению позволит обеспечить повышение качества оказания медицинской помощи и доступности ПМСП для населения РК.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 ВОЗ, Первичная медико-санитарная помощь, 1 апреля 2021 года, <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>;
- 2 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля. 2020 года № 360-VI ЗРК;
- 3 Послание Главы государства народу Казахстана от 1 сентября 2020 года. «Казахстан в новой реальности: время действий»;
- 4 Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 725. Об утверждении национального проекта «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация».
- 5 Постановление Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года № 982 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020 – 2025 годы»;
- 6 WHO Primary Health Care Demonstration Platform. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 7 <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2023>
- 8 <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/edn-20230711-1#:~:text=After%20a%20decline%20in%20population,by%20the%20positive%20net%20migration.>
- 9 <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2023>
- 10 Trias-Llimos S, Bilal U. Impact of the COVID-19 pandemic on life expectancy in Madrid (Spain) *J Public Health (Oxf)* 2020;42:635–6. doi: 10.1093/pubmed/fdaa087.
- 11 COVID-19 Excess Mortality Collaborators. Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020-21. *Lancet*. 2022 Apr 16;399(10334):1513-1536. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02796-3. Epub 2022 Mar 10. Erratum in: *Lancet*. 2022 Apr 16; 399(10334):1468.
- 12 Wadhera RK, Shen C, Gondi S, Chen S, Kazi DS, Yeh RW. Cardiovascular Deaths During the COVID-19 Pandemic in the United States. *J Am Coll Cardiol*. 2021 Jan 19;77(2):159-169. doi: 10.1016/j.jacc.2020.10.055.
- 13 Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response, WHO-2019-nCoV-health_workforce-2020;
- 14 Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the sustainable development goals? *Lancet*. 2018. October 20;392(10156):1461–72. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31829-4
- 15 Национальный доклад по первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан 2021: аналитический обзор/ К.Т. Надыров, В.В. Койков, Г.Т. Муханова и др.– НурСултан: НИЦРЗ МЗ РК, 2021 – 160 с.



16 Sanders D, Nandi S, Labonté R, Vance C, Van Damme W. From primary health care to UHC-one step forward and two steps back. *Lancet*. 2019. August 24;394(10199):619–21. 10.1016/S0140-6736(19)31831-8

17 Официальный сайт Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан <https://stat.gov.kz/>

18 <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021831> (Дата обращения: 01.09.2021).

19 Мухамедьярова А.Б., Рахыпбеков Т.К., Дюсупова А.А., Турсынбекова А.Е., Фаизова Р.И., Беляева Т.М., Цигенгагель О.П. Влияние пандемии COVID-19 на организацию подушевого финансирования первичной медикосанитарной помощи в Республике Казахстан // *Наука и Здравоохранение*. 2021. 5(Т.23). С. 6-12. doi 10.34689/SH.2021.23.5.001

20 Razeghi Nasrabad HB, Sasanipour M. Effect of COVID-19 Epidemic on Life Expectancy and Years of Life Lost in Iran: A Secondary Data Analysis. *Iran J Med Sci*. 2022 May;47(3):210-218. doi: 10.30476/IJMS.2021.90269.2111

21 Bureau of National Statistics (2022). Agencies for Strategic Planning and Reforms of the Republic of Kazakhstan [updated December 15, 2022; cited December 25, 2021]. Available: <http://www.stat.gov.kz2>.

22 Navajas-Romero V, Ceular-Villamandos N, Pérez-Priego MA, Caridad-López Del Río L. Sustainable human resource management the mediating role between work engagement and teamwork performance. *PLoS One*. 2022 Aug 4;17(8):e0271134. doi: 10.1371/journal.pone.0271134. PMID: 35925955; PMCID: PMC9352011.

23 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021 года № ҚР ДСМ-90. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 24 августа 2021 года № 24094. Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи.

24 Ахтаева С.М., Тлесова Э.Б., Зейнуллина А.Ж. Современное состояние кадровых ресурсов здравоохранения: проблемы и перспективы развития. *Economics: the strategy and practice*. 2023;18(1):241-255. <https://doi.org/10.51176/1997-9967-2023-1-241-255>

25 Приказ Председателя Правления РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 16 июля 2021 года № 68-н «О создании рабочих групп по развитию первичной медико- санитарной помощи в Республике Казахстан».

26 Serikbayev M, Mamyrbekova S, Kumar A, et al. Results of Nursing Training Reforms: Estimating the Scope of Nursing Practice. *J Health Res*. 2024; 38(1):- . DOI: <https://doi.org/10.56808/2586-940X.1061>

27 Статистические сборники МЗ РК «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» 2018-2020 годы на официальном сайте ННЦРЗ имени Салидат Каирбековой <http://>



www.rcrz.kz/index.php/ru/statistika-zdravookhraneniya-2

28 World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. <https://www.who.int/publications/item/9789240074323>

29 Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 ноября 2022 года № 962. Об утверждении пилотного национального проекта «Модернизация сельского здравоохранения».

30 <https://www.gov.kz/memleket/entities/dsm/press/news/details/625227?lang=ru>

31 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-205/2020 «Об утверждении минимальных нормативов обеспеченности регионов медицинскими работниками».

32 «Цифровое здравоохранение и первичная медико-санитарная помощь: прошлое, пандемия и перспективы». <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8251683/http://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021679> Castro MC, Gurzenda S, Turra CM, Kim S, Andrasfay T, Goldman N. Reduction in the 2020 Life Expectancy in Brazil after COVID-19. medRxiv. 2021



Приложение 1.1.

Численность населения Республики Казахстан								
человек, на начало года								
Годы	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Темп +/-	%
Все население								
Республика Казахстан	18 157 337	18 395 567	18 631 779	18 879 552	19 503 159	19 766 807	1 609 470	8,9
Абай	-	-	-	-	611 888	610 198	-1 690	-0,3
Акмолинская	738 942	738 587	736 735	735 566	785 708	788 013	49 071	6,6
Актюбинская	857 711	869 637	881 651	894 333	916 750	928 159	70 448	8,2
Алматинская	2 017 278	2 038 935	2 055 724	2 077 967	1 478 496	1 505 896	-511 382	-25,4
Атырауская	620 684	633 791	645 280	657 110	681 241	693 079	72 395	11,7
Западно-Казахстанская	646 927	652 325	656 844	661 316	683 327	688 127	41 200	6,4
Жамбылская	1 117 218	1 125 440	1 130 099	1 139 192	1 209 665	1 218 158	100 940	9,0
Жетісу	-	-	-	-	698 757	698 726	-31	0,0
Карагандинская	1 380 537	1 378 532	1 376 882	1 375 938	1 134 966	1 134 855	-245 682	-17,8
Костанайская	875 616	872 795	868 549	864 550	835 686	832 234	-43 382	-5,0
Кызылординская	783 157	794 335	803 531	814 588	823 251	833 666	50 509	6,4
Мангистауская	660 317	678 199	698 796	719 571	745 909	767 106	106 789	16,2
Павлодарская	754 854	753 853	752 169	751 012	756 511	754 944	90	0,0
Северо-Казахстанская	558 584	554 517	548 755	543 735	539 111	534 104	-24 480	-4,4
Туркестанская ¹	1 977 028	1 983 969	2 016 037	2 044 742	2 088 510	2 119 226	142 198	7,2
Ұлытау	-	-	-	-	220 913	221 421	508	0,2
Восточно-Казахстанская	1 383 745	1 378 527	1 369 597	1 363 797	732 966	730 238	-653 507	-47,2
г. Астана	1 030 577	1 078 384	1 136 156	1 184 411	1 295 711	1 354 556	323 979	31,4
г. Алматы	1 801 993	1 854 656	1 916 822	1 977 258	2 101 485	2 161 902	359 909	20,0
г. Шымкент	952 169	1 009 085	1 038 152	1 074 466	1 162 308	1 192 199	240 030	25,2
Городское население								
Республика Казахстан	10 509 796	10 698 208	10 938 652	11 151 376	11 991 238	12 209 896	1 700 100	16,2
Абай	-	-	-	-	368 564	370 746	2 182	0,6
Акмолинская	348 685	348 269	348 117	349 320	438 207	441 997	93 312	26,8
Актюбинская	602 135	614 492	628 017	640 960	681 135	692 467	90 332	15,0
Алматинская	464 453	457 411	451 551	455 085	241 061	243 889	-220 564	-47,5
Атырауская	325 421	330 218	352 241	357 787	376 056	382 459	57 038	17,5
Западно-Казахстанская	333 263	339 259	344 398	348 278	382 273	386 775	53 512	16,1
Жамбылская	443 895	447 006	448 133	454 055	521 943	526 938	83 043	18,7
Жетісу	-	-	-	-	309 241	310 599	1 358	0,4
Карагандинская	1 099 145	1 097 418	1 097 991	1 099 620	920 015	922 380	-176 765	-16,1
Костанайская	472 807	475 681	503 449	504 909	513 228	515 257	42 450	9,0
Кызылординская	346 193	352 020	358 114	364 939	385 564	391 207	45 014	13,0
Мангистауская	269 243	271 054	276 648	287 713	336 108	346 958	77 715	28,9
Павлодарская	533 477	532 029	530 762	530 225	533 199	532 886	-591	-0,1
Северо-Казахстанская	251 737	252 673	252 826	253 204	259 143	258 935	7 198	2,9
Туркестанская ¹	388 845	389 401	405 545	417 674	508 592	519 243	130 398	33,5
Ұлытау	-	-	-	-	174 489	175 100	611	0,4
Восточно-Казахстанская	845 758	849 152	849 730	851 472	482 916	483 403	-362 355	-42,8
г. Астана	1 030 577	1 078 384	1 136 156	1 184 411	1 295 711	1 354 556	323 979	31,4



Численность населения Республики Казахстан									
человек, на начало года									
Годы	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Темп +/-	%	
г. Алматы	1 801 993	1 854 656	1 916 822	1 977 258	2 101 485	2 161 902	359 909	20,0	
г. Шымкент	952 169	1 009 085	1 038 152	1 074 466	1 162 308	1 192 199	240 030	25,2	
Сельское население									
Республика Казахстан	7 647 541	7 697 359	7 693 127	7 728 176	7 511 921	7 556 911	-90 630	-1,2	
Абай	-	-	-	-	243 324	239 452	-3 872	-1,6	
Акмолинская	390 257	390 318	388 618	386 246	347 501	346 016	-44 241	-11,3	
Актюбинская	255 576	255 145	253 634	253 373	235 615	235 692	-19 884	-7,8	
Алматинская	1 552 825	1 581 524	1 604 173	1 622 882	1 237 435	1 262 007	-290 818	-18,7	
Атырауская	295 263	303 573	293 039	299 323	305 185	310 620	15 357	5,2	
Западно-Казахстанская	313 664	313 066	312 446	313 038	301 054	301 352	-12 312	-3,9	
Жамбылская	673 323	678 434	681 966	685 137	687 722	691 220	17 897	2,7	
Жетісу	-	-	-	-	389 516	388 127	-1 389	-0,4	
Карагандинская	281 392	281 114	278 891	276 318	214 951	212 475	-68 917	-24,5	
Костанайская	402 809	397 114	365 100	359 641	322 458	316 977	-85 832	-21,3	
Кызылординская	436 964	442 315	445 417	449 649	437 687	442 459	5 495	1,3	
Мангистауская	391 074	407 145	422 148	431 858	409 801	420 148	29 074	7,4	
Павлодарская	221 377	221 824	221 407	220 787	223 312	222 058	681	0,3	
Северо-Казахстанская	306 847	301 844	295 929	290 531	279 968	275 169	-31 678	-10,3	
Туркестанская ¹	1 588 183	1 594 568	1 610 492	1 627 068	1 579 918	1 599 983	11 800	0,7	
Ұлытау	-	-	-	-	46 424	46 321	-103	-0,2	
Восточно-Казахстанская	537 987	529 375	519 867	512 325	250 050	246 835	-291 152	-54,1	
1) Данные за 2000-2016гг. по Южно-Казахстанской области.									



Приложение 1.2.

Численность мужчин по регионам Республики Казахстан								
человек, на начало года								
Годы	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Темп +/-	%
Мужчины								
Республика Казахстан	8 791 298	8 913 196	9 034 134	9 160 399	9 513 784	9 647 701	856 403	9,7
Абай	-	-	-	-	299 221	298 789	-432	-0,1
Акмолинская	358 235	358 519	357 649	357 496	383 541	385 154	26 919	7,5
Актюбинская	415 187	421 211	427 578	434 126	449 187	455 087	39 900	9,6
Алматинская	998 123	1 010 179	1 016 388	1 028 121	737 749	752 400	-245 723	-24,6
Атырауская	305 684	312 491	318 182	323 964	336 025	342 176	36 492	11,9
Западно-Казахстанская	313 283	316 256	318 820	321 322	333 610	336 363	23 080	7,4
Жамбылская	549 597	554 237	557 172	562 644	599 103	604 360	54 763	10,0
Жетісу	-	-	-	-	345 337	345 383	46	0,0
Карагандинская	654 523	654 223	653 989	654 095	542 333	542 992	-111 531	-17,0
Костанайская	415 243	414 362	412 541	410 713	403 339	402 274	-12 969	-3,1
Кызылординская	392 296	398 398	403 215	408 993	412 716	418 354	26 058	6,6
Мангистауская	328 935	337 925	348 227	358 729	370 775	381 366	52 431	15,9
Павлодарская	357 138	356 840	356 323	355 979	362 961	362 562	5 424	1,5
Северо-Казахстанская	266 907	265 216	262 549	260 064	260 192	258 005	-8 902	-3,3
Туркестанская ¹	999 428	1 006 027	1 022 381	1 037 718	1 062 415	1 079 092	79 664	8,0
Ұлытау	-	-	-	-	107 969	108 443	474	0,4
Восточно-Казахстанская	659 730	657 845	653 868	651 470	350 500	349 528	-310 202	-47,0
г. Астана	495 945	517 622	545 138	568 371	619 669	645 750	149 805	30,2
г. Алматы	822 587	847 273	879 675	907 051	976 659	1 003 940	181 353	22,0
г. Шымкент	458 457	484 572	500 439	519 543	560 483	575 683	117 226	25,6
Городское население								
Республика Казахстан	4 952 634	5 043 591	5 164 249	5 268 292	5 709 856	5 814 656	862 022	17,4
Абай	-	-	-	-	176 495	177 913	1 418	0,8
Акмолинская	164 058	164 154	164 033	164 773	208 435	210 361	46 303	28,2
Актюбинская	286 758	292 899	299 691	306 237	328 634	334 294	47 536	16,6
Алматинская	222 279	218 989	215 451	216 986	117 538	118 905	-103 374	-46,5
Атырауская	156 592	159 329	170 373	173 081	181 818	185 053	28 461	18,2
Западно-Казахстанская	154 791	157 973	160 834	162 855	181 387	183 769	28 978	18,7
Жамбылская	210 844	212 422	213 018	215 921	251 124	253 773	42 929	20,4
Жетісу	-	-	-	-	148 192	148 759	567	0,4
Карагандинская	512 200	511 975	512 764	513 823	433 080	434 677	-77 523	-15,1
Костанайская	217 077	218 589	231 744	232 513	240 454	241 697	24 620	11,3
Кызылординская	169 484	172 683	175 978	179 440	188 810	191 713	22 229	13,1
Мангистауская	134 926	135 489	137 902	143 234	163 245	168 228	33 302	24,7
Павлодарская	246 282	245 555	244 964	244 708	249 600	249 532	3 250	1,3
Северо-Казахстанская	114 372	114 947	115 034	115 175	120 227	120 297	5 925	5,2
Туркестанская ¹	195 345	196 306	204 149	210 420	254 889	260 241	64 896	33,2
Ұлытау	-	-	-	-	83 950	84 453	503	0,6
Восточно-Казахстанская	390 637	392 814	393 062	394 161	225 167	225 618	-165 019	-42,2
г. Астана	495 945	517 622	545 138	568 371	619 669	645 750	149 805	30,2
г. Алматы	822 587	847 273	879 675	907 051	976 659	1 003 940	181 353	22,0



Численность мужчин по регионам Республики Казахстан								
человек, на начало года								
Годы	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Темп +/-	%
г. Шымкент	458 457	484 572	500 439	519 543	560 483	575 683	117 226	25,6
Сельское население								
Республика Казахстан	3 838 664	3 869 605	3 869 885	3 892 107	3 803 928	3 833 045	-5 619	-0,1
Абай	-	-	-	-	122 726	120 876	-1 850	-1,5
Акмолинская	194 177	194 365	193 616	192 723	175 106	174 793	-19 384	-10,0
Актюбинская	128 429	128 312	127 887	127 889	120 553	120 793	-7 636	-5,9
Алматинская	775 844	791 190	800 937	811 135	620 211	633 495	-142 349	-18,3
Атырауская	149 092	153 162	147 809	150 883	154 207	157 123	8 031	5,4
Западно-Казахстанская	158 492	158 283	157 986	158 467	152 223	152 594	-5 898	-3,7
Жамбылская	338 753	341 815	344 154	346 723	347 979	350 587	11 834	3,5
Жетісу	-	-	-	-	197 145	196 624	-521	-0,3
Карагандинская	142 323	142 248	141 225	140 272	109 253	108 315	-34 008	-23,9
Костанайская	198 166	195 773	180 797	178 200	162 885	160 577	-37 589	-19,0
Кызылординская	222 812	225 715	227 237	229 553	223 906	226 641	3 829	1,7
Мангистауская	194 009	202 436	210 325	215 495	207 530	213 138	19 129	9,9
Павлодарская	110 856	111 285	111 359	111 271	113 361	113 030	2 174	2,0
Северо-Казахстанская	152 535	150 269	147 515	144 889	139 965	137 708	-14 827	-9,7
Туркестанская ¹	804 083	809 721	818 232	827 298	807 526	818 851	14 768	1,8
Ұлытау	-	-	-	-	24 019	23 990	-29	-0,1
Восточно-Казахстанская	269 093	265 031	260 806	257 309	125 333	123 910	-145 183	-54,0
<i>1) Данные за 2000-2016гг. по Южно-Казахстанской области.</i>								
Численность женщин по регионам Республики Казахстан (человек, на начало года)								
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Темп +/-	%
Женщины								
Республика Казахстан	9 366 039	9 482 371	9 597 645	9 719 153	9 989 375	10 119 106	753 067	8,0
Абай	-	-	-	-	312 667	311 409	-1 258	-0,4
Акмолинская	380 707	380 068	379 086	378 070	402 167	402 859	22 152	5,8
Актюбинская	442 524	448 426	454 073	460 207	467 563	473 072	30 548	6,9
Алматинская	1 019 155	1 028 756	1 039 336	1 049 846	740 747	753 496	-265 659	-26,1
Атырауская	315 000	321 300	327 098	333 146	345 216	350 903	35 903	11,4
Западно-Казахстанская	333 644	336 069	338 024	339 994	349 717	351 764	18 120	5,4
Жамбылская	567 621	571 203	572 927	576 548	610 562	613 798	46 177	8,1
Жетісу	-	-	-	-	353 420	353 343	-77	0,0
Карагандинская	726 014	724 309	722 893	721 843	592 633	591 863	-134 151	-18,5
Костанайская	460 373	458 433	456 008	453 837	432 347	429 960	-30 413	-6,6
Кызылординская	390 861	395 937	400 316	405 595	410 535	415 312	24 451	6,3
Мангистауская	331 382	340 274	350 569	360 842	375 134	385 740	54 358	16,4
Павлодарская	397 716	397 013	395 846	395 033	393 550	392 382	-5 334	-1,3
Северо-Казахстанская	291 677	289 301	286 206	283 671	278 919	276 099	-15 578	-5,3
Туркестанская ¹	977 600	977 942	993 656	1 007 024	1 026 095	1 040 134	62 534	6,4
Ұлытау	-	-	-	-	112 944	112 978	34	0,0
Восточно-Казахстанская	724 015	720 682	715 729	712 327	382 466	380 710	-343 305	-47,4
г. Астана	534 632	560 762	591 018	616 040	676 042	708 806	174 174	32,6
г. Алматы	979 406	1 007 383	1 037 147	1 070 207	1 124 826	1 157 962	178 556	18,2



Численность мужчин по регионам Республики Казахстан

человек, на начало года

Годы	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Темп +/-	%
г. Шымкент	493 712	524 513	537 713	554 923	601 825	616 516	122 804	24,9
Городское население								
Республика Казахстан	5 557 162	5 654 617	5 774 403	5 883 084	6 281 382	6 395 240	838 078	15,1
Абай	-	-	-	-	192 069	192 833	764	0,4
Акмолинская	184 627	184 115	184 084	184 547	229 772	231 636	47 009	25,5
Актюбинская	315 377	321 593	328 326	334 723	352 501	358 173	42 796	13,6
Алматинская	242 174	238 422	236 100	238 099	123 523	124 984	-117 190	-48,4
Атырауская	168 829	170 889	181 868	184 706	194 238	197 406	28 577	16,9
Западно-Казахстанская	178 472	181 286	183 564	185 423	200 886	203 006	24 534	13,7
Жамбылская	233 051	234 584	235 115	238 134	270 819	273 165	40 114	17,2
Жетісу	-	-	-	-	161 049	161 840	791	0,5
Карагандинская	586 945	585 443	585 227	585 797	486 935	487 703	-99 242	-16,9
Костанайская	255 730	257 092	271 705	272 396	272 774	273 560	17 830	7,0
Кызылординская	176 709	179 337	182 136	185 499	196 754	199 494	22 785	12,9
Мангистауская	134 317	135 565	138 746	144 479	172 863	178 730	44 413	33,1
Павлодарская	287 195	286 474	285 798	285 517	283 599	283 354	-3 841	-1,3
Северо-Казахстанская	137 365	137 726	137 792	138 029	138 916	138 638	1 273	0,9
Туркестанская ¹	193 500	193 095	201 396	207 254	253 703	259 002	65 502	33,9
Ұлытау	-	-	-	-	90 539	90 647	108	0,1
Восточно-Казахстанская	455 121	456 338	456 668	457 311	257 749	257 785	-197 336	-43,4
г. Астана	534 632	560 762	591 018	616 040	676 042	708 806	174 174	32,6
г. Алматы	979 406	1 007 383	1 037 147	1 070 207	1 124 826	1 157 962	178 556	18,2
г. Шымкент	493 712	524 513	537 713	554 923	601 825	616 516	122 804	24,9
Сельское население								
Республика Казахстан	3 808 877	3 827 754	3 823 242	3 836 069	3 707 993	3 723 866	-85 011	-2,2
Абай	-	-	-	-	120 598	118 576	-2 022	-1,7
Акмолинская	196 080	195 953	195 002	193 523	172 395	171 223	-24 857	-12,7
Актюбинская	127 147	126 833	125 747	125 484	115 062	114 899	-12 248	-9,6
Алматинская	776 981	790 334	803 236	811 747	617 224	628 512	-148 469	-19,1
Атырауская	146 171	150 411	145 230	148 440	150 978	153 497	7 326	5,0
Западно-Казахстанская	155 172	154 783	154 460	154 571	148 831	148 758	-6 414	-4,1
Жамбылская	334 570	336 619	337 812	338 414	339 743	340 633	6 063	1,8
Жетісу	-	-	-	-	192 371	191 503	-868	-0,5
Карагандинская	139 069	138 866	137 666	136 046	105 698	104 160	-34 909	-25,1
Костанайская	204 643	201 341	184 303	181 441	159 573	156 400	-48 243	-23,6
Кызылординская	214 152	216 600	218 180	220 096	213 781	215 818	1 666	0,8
Мангистауская	197 065	204 709	211 823	216 363	202 271	207 010	9 945	5,0
Павлодарская	110 521	110 539	110 048	109 516	109 951	109 028	-1 493	-1,4
Северо-Казахстанская	154 312	151 575	148 414	145 642	140 003	137 461	-16 851	-10,9
Туркестанская ¹	784 100	784 847	792 260	799 770	772 392	781 132	-2 968	-0,4
Ұлытау	-	-	-	-	22 405	22 331	-74	-0,3
Восточно-Казахстанская	268 894	264 344	259 061	255 016	124 717	122 925	-145 969	-54,3

1) Данные за 2000-2016гг. по Южно-Казахстанской области.



Приложение 1.3. Ожидаемая продолжительность жизни (число лет)

Все население												
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Темп +/-	%
Республика Казахстан	70,62	71,44	71,97	72,41	72,95	73,15	73,18	71,37	70,23	74,44		
Абай	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73,80	0,0	0,0
Акмолинская	68,54	69,68	70,38	70,91	70,80	71,60	71,43	70,09	68,86	73,48	4,9	7,2
Актюбинская	71,38	71,94	72,33	72,82	73,47	73,45	73,58	71,69	70,83	74,85	3,5	4,9
Алматинская	70,99	71,82	71,87	72,46	72,70	73,44	73,41	71,73	70,53	73,87	2,9	4,1
Атырауская	70,98	71,66	72,26	71,68	73,22	73,13	73,27	70,52	70,01	74,66	3,7	5,2
Западно-Казахстанская	70,39	71,11	71,56	71,66	72,38	72,43	72,81	70,87	69,69	73,76	3,4	4,8
Жамбылская	69,90	70,96	71,64	71,93	72,43	72,79	72,63	70,63	69,15	74,87	5,0	7,1
Жетісу	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74,38	0,0	0,0
Карагандинская	69,03	70,12	70,55	70,89	71,57	71,70	71,69	70,38	69,14	72,30	3,3	4,7
Костанайская	69,69	70,30	70,73	71,36	72,20	72,36	72,42	70,72	69,29	72,68	3,0	4,3
Кызылординская	70,47	70,78	71,80	71,91	72,60	72,98	72,79	70,15	70,83	74,21	3,7	5,3
Мангистауская	71,73	72,43	72,83	73,58	74,34	73,73	74,14	71,10	70,57	75,83	4,1	5,7
Павлодарская	70,16	70,59	71,40	71,72	72,10	72,31	72,33	70,75	68,93	72,90	2,7	3,9
Северо-Казахстанская	68,07	69,62	70,39	71,01	70,86	71,14	70,70	69,90	68,57	72,27	4,2	6,2
Туркестанская*	71,11	71,61	72,14	72,58	72,45	72,95	72,73	70,67	70,18	75,04	3,9	5,5
Ұлытау	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71,44	0,0	0,0
Восточно-Казахстанская	69,61	70,61	70,83	71,45	71,97	71,97	72,07	70,85	69,33	72,37	2,8	4,0
г. Астана	74,45	74,88	74,67	74,85	76,21	76,21	76,75	73,49	72,87	77,30	2,8	3,8
г. Алматы	73,55	74,07	75,39	75,78	76,01	75,54	75,45	74,02	71,97	77,32	3,8	5,1
г. Шымкент	-	-	-	-	74,34	74,65	74,41	71,00	70,49	75,61	0,0	0,0
Городское население											0,0	0,0
Республика Казахстан	70,68	71,43	72,04	72,48	73,12	73,09	73,08	71,21	69,91	74,73	4,1	5,7
Абай	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73,79	0,0	0,0
Акмолинская	68,10	69,07	70,06	70,07	69,84	70,50	70,14	69,05	67,58	73,58	5,5	8,0
Актюбинская	71,43	71,89	72,22	72,91	73,64	73,35	73,48	71,63	70,56	75,46	4,0	5,6
Алматинская	69,37	70,13	69,79	70,56	71,05	71,05	70,90	69,10	67,74	71,47	2,1	3,0
Атырауская	70,26	71,56	71,50	71,39	73,15	72,79	72,72	69,87	69,68	75,11	4,8	6,9
Западно-Казахстанская	70,31	70,63	71,18	71,43	72,69	72,19	72,61	70,31	68,99	74,27	4,0	5,6
Жамбылская	68,72	69,77	70,57	71,12	71,29	71,79	71,41	68,63	67,22	74,81	6,1	8,9
Жетісу	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74,04	0,0	0,0
Карагандинская	68,95	70,06	70,47	70,82	71,29	71,49	71,41	70,24	68,77	72,46	3,5	5,1
Костанайская	70,23	70,68	70,97	72,00	72,70	72,50	72,45	70,43	69,15	73,28	3,1	4,3
Кызылординская	69,92	69,95	70,61	70,74	72,03	71,89	71,76	68,98	69,56	74,00	4,1	5,8
Мангистауская	71,03	71,14	71,98	72,22	73,01	72,10	72,40	69,50	69,02	75,45	4,4	6,2
Павлодарская	70,53	71,23	71,84	71,98	72,44	72,35	72,64	70,88	69,00	73,15	2,6	3,7
Северо-Казахстанская	68,45	70,34	70,68	71,43	71,43	71,93	71,14	70,21	68,86	72,70	4,3	6,2
Туркестанская*	70,40	70,61	71,88	72,22	69,77	69,92	69,74	67,45	67,05	74,03	3,6	5,2
Ұлытау	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70,73	0,0	0,0



Все население												
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Темп +/-	%
Восточно-Казахстанская	69,70	70,70	70,97	71,54	72,21	72,25	72,02	70,92	68,97	72,78	3,1	4,4
г. Астана	74,45	74,88	74,67	74,85	76,21	76,21	76,75	73,49	72,87	77,30	2,8	3,8
г. Алматы	73,55	74,07	75,39	75,78	76,01	75,54	75,45	74,02	71,97	77,32	3,8	5,1
г. Шымкент	-	-	-	-	74,34	74,65	74,41	71,00	70,49	75,61	1,3	1,7
Сельское население											0,0	0,0
Республика Казахстан	70,54	71,46	71,89	72,32	72,73	73,24	73,35	71,64	70,79	73,94	3,4	4,8
Абай	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73,83	0,0	0,0
Акмолинская	68,97	70,26	70,68	71,79	71,84	72,76	72,83	71,27	70,27	73,48	4,5	6,5
Актюбинская	71,32	71,99	72,53	72,69	73,03	73,66	73,88	71,81	71,55	73,14	1,8	2,6
Алматинская	71,55	72,48	72,68	73,19	73,33	74,33	74,32	72,68	71,54	74,40	2,9	4,0
Атырауская	71,69	71,77	73,05	71,98	73,27	73,49	73,90	71,4	70,48	74,19	2,5	3,5
Западно-Казахстанская	70,48	71,59	71,97	71,86	72,08	72,76	73,12	71,61	70,53	73,09	2,6	3,7
Жамбылская	70,78	71,87	72,45	72,54	73,33	73,49	73,56	72,25	70,73	74,89	4,1	5,8
Жетісу	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74,65	0,0	0,0
Карагандинская	69,35	70,38	70,95	71,23	72,79	72,65	72,84	70,98	70,92	71,51	2,2	3,1
Костанайская	69,08	69,84	70,47	70,64	71,56	72,14	72,37	71,21	69,53	71,59	2,5	3,6
Кызылординская	70,91	71,43	72,79	72,85	73,08	73,94	73,61	71,18	71,97	74,45	3,5	5,0
Мангистауская	72,65	74,04	73,79	75,27	75,73	75,28	75,81	72,51	72,07	76,09	3,4	4,7
Павлодарская	69,35	69,07	70,38	71,09	71,23	72,11	71,55	70,46	68,76	72,30	3,0	4,3
Северо-Казахстанская	67,65	68,92	69,92	70,52	70,24	70,21	70,05	69,52	68,13	71,91	4,3	6,3
Туркестанская*	71,63	72,44	72,37	72,94	73,22	73,83	73,66	71,65	71,09	75,38	3,8	5,2
Ұлытау	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74,31	0,0	0,0
Восточно-Казахстанская	69,45	70,41	70,51	71,15	71,49	71,38	72,00	70,61	69,79	71,60	2,1	3,1



Приложение 1.4.

Ожидаемая продолжительность жизни (число лет)												
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Темп +/-	%
мужчины												
Республика Казахстан	65,91	66,90	67,49	67,99	68,72	68,84	68,82	67,09	66,33	70,26	4,4	6,6
Абай										69,77	0,0	0,0
Акмолинская	63,70	64,59	65,73	66,13	66,19	67,12	66,52	65,61	64,82	69,06	5,4	8,4
Актюбинская	66,45	67,25	67,79	68,16	69,20	69,06	69,70	67,59	66,99	70,49	4,0	6,1
Алматинская	66,88	67,94	67,91	68,69	68,91	69,89	69,63	68,01	66,96	70,01	3,1	4,7
Атырауская	65,98	67,29	68,08	66,93	69,12	69,00	68,66	66,35	66,06	70,50	4,5	6,9
Западно-Казахстанская	65,36	66,19	66,62	66,47	67,59	67,49	67,89	66,06	65,38	69,02	3,7	5,6
Жамбылская	65,46	66,83	67,40	67,62	68,31	68,49	68,34	66,62	65,41	70,93	5,5	8,4
Жетісу										70,22	0,0	0,0
Карагандинская	63,81	65,04	65,76	66,16	67,05	66,87	66,95	65,89	64,93	67,60	3,8	5,9
Костанайская	64,54	65,34	65,60	66,93	67,49	67,64	67,70	66,09	65,23	68,00	3,5	5,4
Кызылординская	66,48	66,70	67,71	68,01	68,69	69,22	68,93	66,31	67,20	70,27	3,8	5,7
Мангистауская	67,66	67,92	68,41	69,42	70,66	69,75	70,25	67,16	66,72	72,09	4,4	6,5
Павлодарская	65,05	65,70	66,31	66,80	67,40	67,26	67,22	66,02	65,08	68,17	3,1	4,8
Северо-Казахстанская	62,44	64,28	65,33	66,01	65,87	66,06	65,53	65,00	64,01	68,01	5,6	8,9
Туркестанская*	67,16	67,73	68,37	68,98	69,13	69,49	69,36	67,31	66,89	71,88	4,7	7,0
Ұлытау										67,25	0,0	0,0
Восточно-Казахстанская	64,32	65,62	65,90	66,25	67,06	67,02	67,02	66,15	64,68	67,25	2,9	4,6
г. Астана	70,70	70,73	70,55	70,74	72,50	71,87	72,64	69,51	69,21	73,34	2,6	3,7
г. Алматы	68,81	69,56	71,03	71,62	72,03	71,84	71,30	69,62	68,16	73,19	4,4	6,4
г. Шымкент	-	-	-	-	70,77	70,85	70,71	67,14	67,44	72,18	0,0	0,0
Городское население												
Республика Казахстан	65,59	66,50	67,14	67,69	68,60	68,42	68,39	66,61	65,77	70,31	4,7	7,2
Абай										69,65	0,0	0,0
Акмолинская	62,90	63,55	64,94	64,68	64,92	65,49	64,60	64,22	63,17	68,85	6,0	9,5
Актюбинская	66,37	66,86	67,50	68,00	69,28	68,90	69,37	67,29	66,64	70,91	4,5	6,8
Алматинская	64,43	65,40	64,85	66,02	66,61	66,67	66,54	64,44	63,56	67,09	2,7	4,1
Атырауская	64,82	67,43	67,04	66,46	69,22	68,68	68,27	65,54	65,65	71,19	6,4	9,8
Западно-Казахстанская	64,68	65,33	65,63	65,76	67,65	66,83	67,81	65,18	64,43	69,46	4,8	7,4
Жамбылская	63,56	65,10	65,51	66,11	66,54	66,84	66,13	63,85	62,84	70,70	7,1	11,2
Жетісу										69,56	0,0	0,0
Карагандинская	63,53	64,68	65,33	65,85	66,54	66,36	66,36	65,53	64,35	67,60	4,1	6,4
Костанайская	64,66	65,27	65,22	67,05	67,49	67,18	67,20	65,24	64,79	68,04	3,4	5,2
Кызылординская	65,23	65,27	66,10	66,36	67,51	67,40	67,53	64,71	65,53	69,34	4,1	6,3
Мангистауская	66,66	66,12	67,54	68,12	69,16	68,00	68,22	65,47	65,15	71,24	4,6	6,9
Павлодарская	65,13	66,30	66,59	66,82	67,54	67,00	67,39	65,92	64,86	68,01	2,9	4,4
Северо-Казахстанская	61,86	64,41	64,92	65,69	65,76	66,05	65,31	64,91	64,12	67,89	6,0	9,7
Туркестанская*	66,17	66,21	67,64	68,13	65,94	65,86	65,50	64,13	63,51	70,86	4,7	7,1
Ұлытау										66,19	0,0	0,0
Восточно-Казахстанская	63,97	65,35	65,46	65,86	66,83	66,85	66,52	65,88	63,91	67,40	3,4	5,4
г. Астана	70,70	70,73	70,55	70,74	72,50	71,87	72,64	69,51	69,21	73,34	2,6	3,7



г. Алматы	68,81	69,56	71,03	71,62	72,03	71,84	71,30	69,62	68,16	73,19	4,4	6,4
г. Шымкент	-	-	-	-	70,77	70,85	70,71	67,14	67,44	72,18	1,4	2,0
	Сельское население											0,0
Республика Казахстан	66,33	67,42	67,97	68,43	68,88	69,44	69,42	67,82	67,19	70,17	3,8	5,8
Абай										69,91	0,0	0,0
Акмолинская	64,43	65,58	66,45	67,61	67,44	68,71	68,42	67,07	66,49	69,35	4,9	7,6
Актюбинская	66,66	67,82	68,30	68,44	69,05	69,49	70,32	68,34	67,84	69,34	2,7	4,0
Алматинская	67,67	68,90	69,05	69,64	69,69	70,99	70,63	69,18	68,08	70,63	3,0	4,4
Атырауская	67,07	67,15	69,06	67,38	69,01	69,19	69,00	67,41	66,62	69,92	2,9	4,2
Западно-Казахстанская	65,96	66,94	67,64	67,11	67,58	68,17	68,02	67,07	66,37	68,54	2,6	3,9
Жамбылская	66,79	68,05	68,74	68,67	69,61	69,55	69,87	68,73	67,33	71,11	4,3	6,5
Жетісу										70,72	0,0	0,0
Карагандинская	64,84	66,47	67,34	67,45	68,91	68,91	69,24	67,22	67,49	67,60	2,8	4,3
Костанайская	64,43	65,38	66,16	66,88	67,38	68,12	68,24	67,35	65,88	67,86	3,4	5,3
Кызылординская	67,37	67,81	68,97	69,35	69,58	70,60	69,97	67,66	68,70	71,21	3,8	5,7
Мангистауская	68,87	70,43	69,34	70,72	72,22	71,25	72,04	68,61	68,25	72,68	3,8	5,5
Павлодарская	64,93	64,35	65,72	66,69	66,96	67,80	66,80	66,21	65,63	68,48	3,6	5,5
Северо-Казахстанская	62,71	64,07	65,41	66,06	65,79	65,79	65,42	65,00	63,81	68,09	5,4	8,6
Туркестанская*	67,85	68,92	69,01	69,77	70,05	70,56	70,50	68,26	67,86	72,17	4,3	6,4
Ұлытау										71,50	0,0	0,0
Восточно-Казахстанская	64,73	65,93	66,39	66,65	67,24	67,09	67,61	66,42	65,80	66,98	2,3	3,5
	Женщины (всего)											
Республика Казахстан	75,23	75,82	76,26	76,61	76,92	77,19	77,30	75,53	74,03	78,41	3,2	4,2
Абай	-	-	-	-	-	-	-	-	-	77,76	0,0	0,0
Акмолинская	73,49	74,87	75,00	75,67	75,36	75,99	76,39	74,67	72,99	77,89	4,4	6,0
Актюбинская	76,14	76,41	76,64	77,27	77,37	77,49	77,05	75,57	74,49	78,95	2,8	3,7
Алматинская	75,25	75,73	75,90	76,09	76,50	77,00	77,21	75,51	74,18	77,81	2,6	3,4
Атырауская	75,97	75,80	76,21	76,34	76,99	76,98	77,71	74,70	73,91	78,57	2,6	3,4
Западно-Казахстанская	75,43	75,96	76,37	76,82	76,97	77,23	77,57	75,72	74,00	78,36	2,9	3,9
Жамбылская	74,33	75,02	75,80	76,19	76,42	76,97	76,81	74,67	72,97	78,79	4,5	6,0
Жетісу	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78,45	0,0	0,0
Карагандинская	74,11	74,95	75,05	75,32	75,75	76,22	76,12	74,63	73,19	76,72	2,6	3,5
Костанайская	74,83	75,10	75,75	75,58	76,73	76,87	76,98	75,24	73,23	77,30	2,5	3,3
Кызылординская	74,65	75,06	76,01	75,93	76,59	76,84	76,68	74,24	74,57	78,18	3,5	4,7
Мангистауская	75,78	76,97	77,24	77,65	77,81	77,52	77,85	75,13	74,46	79,42	3,6	4,8
Павлодарская	75,02	75,15	76,17	76,29	76,42	77,04	77,14	75,28	72,61	77,50	2,5	3,3
Северо-Казахстанская	74,05	75,06	75,41	76,04	75,81	76,16	75,92	74,92	73,27	76,49	2,4	3,3
Туркестанская*	75,08	75,49	75,86	76,11	75,80	76,47	76,19	74,26	73,70	78,23	3,2	4,2
Ұлытау	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75,58	0,0	0,0
Восточно-Казахстанская	74,93	75,50	75,66	76,61	76,75	76,82	77,04	75,50	74,08	77,51	2,6	3,4
г. Астана	77,71	78,62	78,26	78,42	79,24	79,88	80,15	76,99	76,07	80,47	2,8	3,6
г. Алматы	77,61	77,89	79,04	79,17	79,21	78,53	78,88	77,77	75,20	80,66	3,1	3,9
г. Шымкент	-	-	-	-	77,43	77,99	77,68	74,65	73,26	78,63	0,0	0,0
	Женщины - Городское население											
Республика Казахстан	75,38	75,90	76,46	76,77	77,07	77,21	77,23	75,43	73,70	78,66	3,3	4,4



Абай	-	-	-	-	-	-	-	-	-	77,64	0,0	0,0
Акмолинская	73,12	74,44	74,89	75,25	74,47	75,18	75,55	73,80	71,89	78,03	4,9	6,7
Актюбинская	76,01	76,44	76,47	77,32	77,42	77,24	77,00	75,62	74,11	79,56	3,6	4,7
Алматинская	74,28	74,66	74,62	74,86	75,19	75,12	74,92	73,60	71,75	75,70	1,4	1,9
Атырауская	75,55	75,15	75,58	75,96	76,53	76,35	76,70	74,07	73,49	78,60	3,1	4,0
Западно-Казахстанская	75,59	75,46	76,23	76,65	77,05	76,90	76,69	75,07	73,16	78,56	3,0	3,9
Жамбылская	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78,71		
Жетісу	73,60	74,02	75,23	75,75	75,58	76,27	76,33	73,22	71,44	78,19	0,0	0,0
Карагандинская	74,06	75,03	75,15	75,29	75,54	76,14	75,98	74,52	72,89	76,89	2,8	3,8
Костанайская	75,50	75,58	76,25	76,32	77,37	77,21	77,22	75,21	73,09	78,17	2,7	3,5
Кызылординская	74,58	74,69	75,01	74,98	76,31	76,11	75,71	73,31	73,49	78,55	4,0	5,3
Мангистауская	75,18	76,28	76,25	76,01	76,48	75,85	76,28	73,50	72,80	79,23	4,1	5,4
Павлодарская	75,40	75,51	76,48	76,53	76,69	77,05	77,27	75,38	72,73	77,82	2,4	3,2
Северо-Казахстанская	74,87	75,79	75,86	76,61	76,46	77,13	76,42	75,09	73,19	77,00	2,1	2,8
Туркестанская*	74,38	74,84	75,88	76,04	73,67	74,08	74,18	70,89	70,83	76,96	2,6	3,5
Ұлытау	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75,13	0,0	0,0
Восточно-Казахстанская	75,10	75,61	76,03	76,82	77,12	77,13	77,04	75,54	73,84	77,80	2,7	3,6
г. Астана	77,71	78,62	78,26	78,42	79,24	79,88	80,15	76,99	76,07	80,47	2,8	3,6
г. Алматы	77,61	77,89	79,04	79,17	79,21	78,53	78,88	77,77	75,20	80,66	3,1	3,9
г. Шымкент	-	-	-	-	77,43	77,99	77,68	74,65	73,26	78,63	1,2	1,5
Сельское население												
Республика Казахстан	75,02	75,70	75,97	76,40	76,71	77,17	77,43	75,73	74,64	77,91	2,9	3,9
Абай	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78,01	0,0	0,0
Акмолинская	73,88	75,30	75,09	76,18	76,42	76,87	77,40	75,74	74,33	77,80	3,9	5,3
Актюбинская	76,41	76,31	76,93	77,23	77,20	78,03	77,36	75,45	75,52	77,11	0,7	0,9
Алматинская	75,62	76,17	76,42	76,82	77,05	77,74	78,08	76,26	75,13	78,31	2,7	3,6
Атырауская	76,39	76,48	76,96	76,74	77,55	77,69	78,98	75,55	74,51	78,54	2,2	2,8
Западно-Казахстанская	75,28	76,55	76,56	77,02	76,96	77,61	78,71	76,62	75,11	78,09	2,8	3,7
Жамбылская	74,93	75,86	76,23	76,54	77,11	77,51	77,22	75,91	74,37	78,83	3,9	5,2
Жетісу	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78,68	0,0	0,0
Карагандинская	74,29	74,60	74,73	75,41	76,90	76,62	76,68	75,16	74,77	75,83	1,5	2,1
Костанайская	74,06	74,49	75,09	74,67	75,91	76,29	76,65	75,29	73,46	75,64	1,6	2,1
Кызылординская	74,74	75,41	76,90	76,70	76,83	77,54	77,51	75,12	75,54	77,84	3,1	4,1
Мангистауская	76,59	77,74	78,36	80,05	79,19	79,25	79,44	76,62	76,04	79,50	2,9	3,8
Павлодарская	74,07	74,18	75,32	75,64	75,70	76,60	76,73	75,09	72,18	76,57	2,5	3,4
Северо-Казахстанская	73,26	74,26	74,79	75,52	75,13	74,93	75,38	74,51	73,13	76,05	2,8	3,8
Туркестанская*	75,63	76,09	75,83	76,18	76,42	77,15	76,86	75,29	74,55	78,67	3,0	4,0
Ұлытау	-	-	-	-	-	-	-	-	-	77,46	0,0	0,0
Восточно-Казахстанская	74,66	75,30	75,05	76,09	76,10	76,13	76,91	75,33	74,35	76,86	2,2	2,9



Приложение 1.4.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ (всего)

Показатель	Рождаемость (на 1000 человек населения)			Смертность (на 1000 человек населения)			Естественный прирост (на 1000 человек населения)			Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)					
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
Республика Казахстан	21.77	21.73	22.76	23.5	20.57	7.14	7.19	8.60	9.61	6.8	14.63	14.54	14.16	13.89	13.77
Абай			0	17.73			0	8.92		0			0	8.81	
Акмолинская	16.82	16.63	16.99	17.5	14.69	9.96	9.91	11.57	12.91	9.1	6.86	6.72	5.41	4.59	5.59
Актюбинская	22.69	23.40	23.97	24.61	20.92	6.43	6.48	7.84	8.56	6.12	16.26	16.92	16.14	16.05	14.8
Алматинская	24.86	24.67	26.30	26.38	23.44	6.55	6.63	7.81	8.84	6.31	18.31	18.04	18.49	17.54	17.13
Атырауская	27.16	26.55	27.64	27.81	24.97	5.65	5.63	7.26	7.57	5.19	21.51	20.92	20.38	20.24	19.78
3-Казахстанская	20.11	20.06	20.74	21.46	18.28	8.49	8.45	10.09	11.39	8.06	11.62	11.61	10.66	10.07	10.22
Жамбылская	24.18	23.98	25.71	26.63	22.01	6.41	6.55	8.05	9.18	5.97	17.77	17.43	17.65	17.44	16.04
Жетісу			0	20.19			0	7.09		0			0	13.1	
Карагандинская	16.64	16.72	17.02	17.46	14.81	9.68	9.74	11.25	12.84	10.11	6.96	6.98	5.77	4.61	4.7
Костанайская	13.30	13.15	13.47	12.97	12.42	10.14	10.31	12.23	14.12	10.65	3.16	2.84	1.24	-1.14	1.77
Кызылординская	24.34	24.22	26.92	28.84	25.07	5.45	5.67	7.40	6.96	5.44	18.89	18.55	19.52	21.87	19.63
Мангыстауская	29.72	29.72	30.65	31.98	28.53	4.52	4.44	5.93	6.14	4.05	25.20	25.28	24.72	25.84	24.48
Павлодарская	15.72	15.35	15.66	15.58	14.1	9.76	9.80	11.58	13.79	9.94	5.96	5.55	4.08	1.78	4.16
С-Казахстанская	12.93	12.46	12.59	12.01	10.96	11.79	12.13	13.75	15.58	11.63	1.14	0.33	-1.16	-3.57	-0.67
Туркестанская	27.33	27.87	30.17	31.58	27.67	5.01	5.17	6.34	6.63	4.59	22.32	22.70	23.83	24.96	23.08
Ұлытау			0	20.74			0	8.88		0			0	11.86	
В-Казахстанская	15.83	15.90	16.47	16.98	12.96	10.29	10.36	12.06	13.82	11.58	5.54	5.54	4.41	3.16	1.38
г.а.Нур-Султан	27.67	25.95	25.48	25.9	22.87	3.96	3.91	5.32	5.75	4.03	23.71	22.04	20.16	20.15	18.84
г.а. Алматы	18.19	18.19	18.25	18.97	16.94	6.39	6.49	7.42	9.12	5.78	11.80	11.70	10.83	9.86	11.16
г.а.Шымкент	27.53	27.89	30.02	32.35	27.13	4.63	4.74	6.38	6.76	4.35	22.90	23.15	23.64	25.58	22.78
город															
Республика Казахстан	22.16	22.09	22.60	23.34	19.95	7.47	7.53	9.10	10.33	6.9	14.69	14.56	13.50	13.01	13.05
Область Абай				0	18.84				0	8.91				0	9.93
Акмолинская	18.48	18.56	18.77	19.02	15.13	11.19	11.20	13.16	14.68	9.08	7.29	7.36	5.61	4.34	6.05
Актюбинская	24.14	24.75	24.96	25.49	20.89	6.43	6.50	7.81	8.67	5.86	17.71	18.25	17.15	16.82	15.03
Алматинская	27.11	27.88	28.60	28.31	21.55	8.68	8.83	10.63	12.41	8.23	18.43	19.05	17.97	15.9	13.32
Атырауская	28.22	27.48	27.49	27.62	25	5.65	5.52	7.50	7.67	5.02	22.57	21.96	19.99	19.96	19.98
3-Казахстанская	22.64	21.99	22.33	22.47	18.32	8.83	8.81	10.77	12.27	7.89	13.81	13.18	11.55	10.2	10.43
Жамбылская	25.73	26.34	28.67	29.26	21.79	7.37	7.70	10.07	11.58	6.47	18.36	18.64	18.59	17.68	15.32
Область Жетісу			0	20.95					0	7.49				0	13.46



Карагандинская	16.79	16.73	16.91	17.47	14.58	10.06	10.10	11.60	13.56	10.27	6.73	6.63	5.31	3.91	4.31	7.39	8.98	9.11	9.11	8.78	
Костанайская	14.40	14.15	14.29	13.91	12.81	10.48	10.64	13.05	14.99	10.54	3.92	3.51	1.24	-1.08	2.27	9.97	8.24	11.82	11.82	11.73	
Кызылординская	26.58	27.07	29.04	30.36	25.89	5.77	5.91	7.92	7.59	5.56	20.81	21.16	21.12	22.77	20.33	10.50	9.54	11.78	11.78	13	
Мангистауская	32.51	30.21	31.62	32.8	27.83	5.72	5.73	7.67	7.97	4.7	26.79	24.48	23.95	24.83	23.13	8.59	11.29	11.33	11.33	13.57	
Павлодарская	15.60	15.33	15.21	15.53	13.94	9.85	9.81	11.87	14.14	10.12	5.75	5.52	3.34	1.38	3.82	6.01	7.22	5.82	5.82	7.41	
С-Казахстанская	14.14	13.41	13.07	12.4	11.18	11.59	12.06	14.20	16	11.84	2.55	1.35	-1.13	-3.6	-0.66	10.38	9.41	8.45	8.45	11.96	
Туркестанская	36.56	38.82	38.83	40.33	30.16	6.35	6.52	8.06	8.34	4.86	30.21	32.30	30.77	31.99	25.3	8.40	8.25	10.07	10.07	9.99	
Область Ұлытау			0	20.79					0	9.37				0	11.42				0	9.63	
В-Казахстанская	16.76	16.67	17.03	17.65	13.29	10.19	10.43	12.09	14.24	11.46	6.57	6.24	4.94	3.42	1.83	7.75	8.68	7.27	7.27	9.72	
г.а.Астана	27.67	25.95	25.48	25.9	22.87	3.96	3.91	5.32	5.75	4.03	23.71	22.04	20.16	20.15	18.84	6.17	5.93	5.20	5.2	6.89	
г.а. Алматы	18.19	18.19	18.25	18.97	16.94	6.39	6.49	7.42	9.12	5.78	11.80	11.70	10.83	9.86	11.16	8.36	8.05	7.64	7.64	7.92	
г.а.Шымкент	27.53	27.89	30.02	32.35	27.13	4.63	4.74	6.38	6.76	4.35	22.90	23.15	23.64	25.58	22.78	8.37	9.59	7.98	7.98	9.83	
Село																					
Республика Казахстан	21.22	21.22	22.98	23.75	21.56	6.68	6.72	7.89	8.57	6.64	14.54	14.50	15.09	15.18	14.92	8.21	8.00	6.84	5.55	4.80	
Область Абай			0	16.03					0	8.95				0	7.08				0	2.33	
Акмолинская	15.34	14.89	15.39	16.12	14.14	8.87	8.76	10.15	11.31	9.12	6.47	6.13	5.24	4.82	5.02	5.03	6.70	6.76	2.43	2.11	
Актюбинская	19.26	20.11	21.51	22.36	21.01	6.42	6.44	7.90	8.27	6.87	12.84	13.67	13.61	14.09	14.14	7.69	9.65	8.91	10.68	5.75	
Алматинская	24.19	23.75	25.65	25.84	23.81	5.92	6.00	7.02	7.83	5.94	18.27	17.75	18.64	18.00	17.87	7.02	7.03	6.82	5.98	5.07	
Атырауская	25.99	25.43	27.83	28.03	24.94	5.66	5.76	6.98	7.46	5.39	20.33	19.67	20.85	20.58	19.55	11.85	9.58	8.97	8.06	3.78	
З-Казахстанская	17.40	17.95	18.99	20.34	18.23	8.12	8.06	9.32	10.40	8.28	9.28	9.89	9.66	9.93	9.95	6.59	6.60	7.63	3.01	4.46	
Жамбылская	23.16	22.42	23.76	24.88	22.19	5.78	5.79	6.72	7.59	5.59	17.38	16.63	17.04	17.28	16.59	7.55	7.69	4.64	2.73	3.89	
Область Жетісу			0	19.59					0	6.77				0	12.82				0	3.15	
Карагандинская	16.04	16.68	17.43	17.42	15.81	8.20	8.31	9.84	9.99	9.42	7.84	8.37	7.58	7.43	6.38	8.39	6.69	6.27	2.91	3.70	
Костанайская	12.01	11.79	12.32	11.65	11.79	9.74	9.86	11.08	12.88	10.83	2.27	1.93	1.24	-1.23	0.96	10.76	11.76	8.11	4.97	9.38	
Кызылординская	22.56	21.93	25.21	27.60	24.34	5.20	5.47	6.98	6.46	5.33	17.36	16.46	18.23	21.14	19.01	7.76	9.22	9.43	4.68	5.11	
Мангистауская	27.83	29.39	30.00	31.43	29.10	3.70	3.58	4.78	4.91	3.52	24.13	25.81	25.22	26.52	25.58	10.86	7.83	6.23	6.19	3.56	
Павлодарская	16.00	15.40	16.74	15.69	14.47	9.54	9.77	10.89	12.95	9.51	6.46	5.63	5.85	2.74	4.97	4.48	5.79	5.47	7.43	5.52	
С-Казахстанская	11.92	11.65	12.18	11.67	10.75	11.96	12.19	13.37	15.22	11.43	-0.04	-0.54	-1.18	-3.55	-0.68	11.20	9.45	8.97	4.75	8.23	
Туркестанская	25.08	25.15	27.97	29.31	26.86	4.68	4.84	5.91	6.18	4.50	20.40	20.31	22.06	23.12	22.36	8.77	8.61	6.21	5.96	5.32	
Область Ұлытау			0	20.53					0	7.07				0	13.46				0	1.05	
В-Казахстанская	14.35	14.67	15.55	15.86	12.32	10.45	10.25	12.02	13.12	11.81	3.90	4.42	3.54	2.73	0.50	8.39	7.41	7.65	6.83	3.59	



Приложение 2.
ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ РЕГИОНОВ СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ

Регионы	Показатель	Годы	2018			2019			2020			2021			2022		
			обл	город	село	обл	город	село	обл	город	село	обл	город	село	обл	город	село
Павлодарская область	абсолютные числа	Средний медицинский персонал участка	844	593	251	949	668	281	1014	742	272	1116	782	334	1090	806	287
		участковые медицинские сестры, ведущие самостоятельный прием	477	343	134	576	435	141	628	486	142	932	702	230	472	389	83
Павлодарская область	на 10 000 человек соответствующего населения	Средний медицинский персонал участка	11,2	11,1	11,3	12,6	12,6	12,7	13,5	14	12,3	14,9	14,8	15,2	14,4	15,1	12,9
		участковые медицинские сестры, ведущие самостоятельный прием	6,3	6,4	6	7,7	8,1	6,3	8,3	9,1	6,4	12,4	13,2	10,5	6,2	7,2	3,7
Атырауская область	абсолютные числа	Средний медицинский персонал участка	810,25	288	522,25	854,75	317	537,75	907,5	396	511,5	893,25	373	520,25	887	382	505
		участковые медицинские сестры, ведущие самостоятельный прием	37	17	20	41	18	23	41	39	2	41	39	2	41	39	2
Атырауская область	на 10 000 человек соответствующего населения	Средний медицинский персонал участка	2073,7	115,9	1983,6	2093,52	113,9	1997,32	1932,48	190	1755,48	1920,46	186,3	1757,66	1923,37	190,4	1752,67
		участковые медицинские сестры, ведущие самостоятельный прием	835	17	818	839	18	821	440	39	401	41	39	2	41	39	2



ВКО	Средний медицинский персонал участка	абсолютные числа	1822	1077	745	1940	1179	761	1976	1211	765	1994	1284	710	960	601	359
		на 10 000 человек населения	13,22	12,68	14,07	14,16	13,87	14,62	14,49	14,22	14,93	14,7	15,06	14,09	13,15	12,43	14,54
Астана	Средний медицинский персонал участка	абсолютные числа	623	-	-	738	-	-	937	-	-	908	-	-	974	-	-
		на 10 000 человек населения	512,2	-	-	537,8	-	-	625,7	-	-	617,7	-	-	87	674,3	-



Акмолинская область	абсолютные числа	Средний медицинский персонал участка	1156	291	865	1154	335	819	1166	335	831	1103	332	771	1194	332	845
		участковые медицинские сестры, ведущие самостоятельный прием	278	0	278	351	0	351	376	0	376	0	349	4	345	308	18
	на 10 000 человек соответствующего населения	Средний медицинский персонал участка	14,9	11,2	16,8	14,7	12	16,2	14,8	12,5	16	14	11,9	15,1	15,3	12,4	16,9
		участковые медицинские сестры, ведущие самостоятельный прием	3,6	0	5,4	4,5	0	7	4,8	0	7,2	4,4	0,1	6,7	3,9	0,6	5,8
СКО	абсолютные числа	Средний медицинский персонал участка	967,25	288	679,25	977,5	304	673,5	1054	315	682,25	1027	315	712	1014,75	327	687,75
		участковые медицинские сестры, ведущие самостоятельный прием	157	10	147	164	12	152	166	14	152	168	14	154	159	14	145
	на 10 000 человек соответствующего населения	Средний медицинский персонал участка	512,98	103,75	409,23	507,94	105,44	402,5	525,2	110,12	415,08	541,17	109,94	431,23	541,76	114,61	427,15
		участковые медицинские сестры, ведущие самостоятельный прием	69,3	5,6	63,7	72,6	6,8	65,8	73,4	7,9	65,5	75,6	7,9	67,7	72,8	7,9	64,9



Турская область	Средний медицинский персонал участка	2917	558	2359	3154	640	2514	3351	644	2707	3202	679	2523	3416	675	2741
		участковые медицинские сестры, ведущие самостоятельный прием	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Актыобинская область	Средний медицинский персонал участка	1565	783	782	1786	926	860	1873	995	878	1895	1022	873	1775	1031	872
		участковые медицинские сестры, ведущие самостоятельный прием	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	на 10 000 человек	18,1	15,44	21,9	20,3	17,6	24,2	20,9	18,5	24,5	20,9	18,5	24,7	19,3	18	25,1
	на 10 000 человек	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ДОКЛАД ПО РАЗВИТИЮ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Коллектив авторов:

Шоранов М.Е., Кулкаева Г.У., Надыров К.Т., Кульжанов М.К.,
Давлетов К.К., Смаилова Д.С., Кошербаева Л.К., Құмар А.Б.,
Степкина Е.Л., Жумагалиулы А., Толганбаева К.А., Хасенова А.Ж.

Сверстано в компьютерном центре
в Издательстве «Qazaq kitabı».

Издательство «Qazaq kitabı»
г. Алматы, пр. Абая, 143, 400 офис.
e-mail: orynbek_s@mail.ru
тел.: +7 777 288 88 26

Подписано в печать 20.10.2023 г.
Формат 60x84 ¹/₈. Гарнитура «Times New Roman»
Объем 10,5 печ.л. Тираж 200 экз.

ISBN 978-601-246-763-5



9|786012|467635|

