

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»

УДК:614.2:339.924

На правах рукописи

ЕСИМОВ НАБИ БОЛАТОВИЧ

Интеграционные процессы в организации первичной медико-санитарной помощи населению крупного города

6D110200 - Общественное здравоохранение

Диссертация на соискание степени
доктора философии (PhD)

Научный консультант
д.м.н., проф. Арингазина А.М.

Зарубежный консультант
MD, MSc, DipLSHTM, PhD
Pavlos N. Theodorakis (Греция)

Республика Казахстан
Алматы, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	4
ОПРЕДЕЛЕНИЯ	6
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	8
ВВЕДЕНИЕ	9
1 ИНТЕГРИРОВАННЫЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	143
1.1 Интеграционные стратегии в политике здравоохранения зарубежных стран 143	
1.2 Подходы к интеграции медицинского обслуживания в здравоохранении РК 31	
2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	31
2.1 Программа и дизайн исследования	39
2.2 Базы исследования и их характеристики	39
2.3 Расчет размера выборки	40
2.4 Интервьюирование ключевых экспертов (качественное исследование)	43
2.5 Этические аспекты проведенного исследования	44
2.6 Статистическая обработка	44
3 РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	46
3.1 Результаты анализа обеспеченности медицинскими организациями ПМСП города Алматы	46
3.2 Результаты анализа обеспеченности специалистами ПМСП города Алматы 48	
4 РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ИНТЕГРАЦИИ И ИНТЕГРАЦИОННОЙ ПОЛИТИКИ ПМСП С СОЗ С ПОЗИЦИЕЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ОРГАНОВ, ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И НАСЕЛЕНИЯ г. АЛМАТЫ (18 ЛЕТ И СТАРШЕ)	46
4.1 Характеристики респондентов, включенных в социологическое исследование (количественное исследование)	52
4.2 Результаты анкетирования руководителей и специалистов Управлений санитарно-эпидемиологического контроля по 8 районам, а также Департамента санитарно-эпидемиологического контроля г. Алматы	56

4.3 Результаты анкетирования руководителей, врачей и среднего медперсонала городских поликлиник г. Алматы	62
4.4 Результаты оценки состояния интеграционной политики ПМСП и СОЗ	62
4.5 Результаты анкетирования взрослого населения г. Алматы	87
4.6 Результаты интервьюирования ключевых экспертов.....	93
4.7 Научное обоснование предложений по совершенствованию интеграции первичного звена здравоохранения с общественным здравоохранением и совершенствованию функций ПМСП.....	102
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	105
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	108
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	109
ПРИЛОЖЕНИЕ А	117
ПРИЛОЖЕНИЕ Б	126
ПРИЛОЖЕНИЕ В	135
ПРИЛОЖЕНИЕ Г	143
ПРИЛОЖЕНИЕ Д	151
ПРИЛОЖЕНИЕ Е	155
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж	161

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие нормативно-правовые акты:

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020 – 2025 годы от 26 декабря 2019 года № 982

Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005 – 2010 годы, утверждённая Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года №1438

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, утверждённая Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы, утверждённая Указом Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года №176

Послание Президента Республики Казахстан – Лидера нации Нурсултана Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства» от 14 декабря 2012 года

Указ Президента Республики Казахстан от 6 апреля 2007 года №310 «О дальнейших мерах по реализации Стратегии развития Казахстана до 2030 года»

Постановление Правительства Республики Казахстан от 31.05.2014 года №597 «Об утверждении Комплексного плана по борьбе с туберкулёзом в Республике Казахстан на 2014-2020 годы»

Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 25 декабря 2017 года № 994 «Об утверждении Инструкции по организации оказания медицинской помощи по туберкулёзу»

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 июня 2015 года №367 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний, представляющих опасность для окружающих»

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 23 июня 2015 года «Об утверждении Правил обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции по клиническим и эпидемиологическим показаниям»

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 23 июня 2015 года №508 «Об утверждении Правил обязательного конфиденциального медицинского обследования по клиническим и эпидемиологическим показаниям»

Комплексный план по борьбе с онкологическими заболеваниями в Республике Казахстан на 2018 – 2022 годы

Дорожная карта по внедрению интегрированной модели управления онкологическими заболеваниями в Республике Казахстан на 2016 – 2020 годы

Концепция развития электронного здравоохранения Республики Казахстан на 2013-2020 годы, утверждённая приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 сентября 2013 года №498.

Приказ и. о. Министра здравоохранения РК от 21 декабря 2007 г. №746 «О регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан».

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан №211 от 01 апреля 2013 года «О внедрении Программы управления хроническим неинфекционными заболеваниями в пилотных регионах».

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применяются следующие термины с соответствующими определениями:

Амбулаторная помощь – организованная, регулярная, наиболее доступная массовая медицинская помощь больным в медицинской организации. Ведущее звено в системе первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП).

База данных – организованный набор данных или подборка файлов, которая может быть использована с определённой целью.

Высокотехнологичная медицинская услуга (далее – ВТМУ) – это медицинская помощь, оказываемая профильными специалистами при заболеваниях, требующих использования новейших технологий диагностики, лечения и медицинской реабилитации в медицинских организациях, определяемых уполномоченным органом в области здравоохранения.

Гарантированный объём бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) – вид, объём и условия оказания медицинской помощи, предоставляемой гражданам Республики Казахстан и оралманам, за счёт средств государственного бюджета, и включает медицинские услуги, обладающие наибольшей доказанной эффективностью.

Госпитализация – отбор, поступление и пребывание пациентов в стационарах организаций здравоохранения.

Данные количественные – данные в численном выражении, такие, как непрерывные или дискретные измерения.

Доверительные границы – верхняя и нижняя границы доверительного интервала.

Доверительный интервал – вычислительный интервал с известной вероятностью (например, 95%) того, что истинное значение переменной, например, средняя, доля или частота, выпадет в данный интервал.

Доказательная медицина (англ. Evidence-based medicine – медицина, основанная на доказательствах) – подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств, их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются поиску, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах больных.

Доступность медицинской помощи – это свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров.

Инициатива – комплекс мероприятий, нацеленный на совершенствование и улучшение предоставления услуг в определённой сфере.

Квалификация – степень и уровень профессиональной подготовленности работника к какому-либо виду труда; характеризует степень сложности конкретного вида работы.

Интеграция - качество сотрудничества между подразделениями, которым необходимо объединить усилия в соответствии с требованиями внешней среды.

Ключевой эксперт (key informant) – лицо, обладающее всей необходимой информацией по определённому вопросу и/или проблеме.

Медицинские организации – организации здравоохранения, основной деятельностью которых является оказание медицинской помощи и медицинских услуг населению.

Обработка данных – преобразование единиц информации в форму, которая допускает работу с ней: хранение, запрос и анализ.

Общественное здравоохранение – система научных и практических мер и обеспечивающих их структур медицинского и немедицинского характера, деятельность которых направлена на реализацию концепции охраны и укрепления здоровья населения, профилактику заболеваний и травм, увеличение продолжительности активной жизни и трудоспособности, посредством объединения усилий общества.

Первичная медико-санитарная помощь (далее – ПМСП) – место первого доступа к медицинской помощи, ориентированной на нужды населения, включающей профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, оказываемых на уровне человека, семьи и общества.

Поликлиника – высокоразвитое специализированная лечебно-профилактическая организация, в которой оказывается медицинская помощь приходящим больным, а также больным на дому, осуществляется комплекс лечебно-профилактических мероприятий по лечению и предупреждению развития заболеваний и их осложнений.

Стационарная помощь — это медицинская помощь, оказываемая в условиях, предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение в больничных организациях здравоохранения.

Скорая и неотложная помощь – система организации круглосуточной экстренной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях и заболеваниях на адресе, на месте происшествия и в пути следования в лечебно-профилактические организации.

Служба общественного здоровья (СОЗ) – служба, осуществляющая охрану, улучшение здоровья и безопасности населения посредством научно-обоснованной профилактики, обеспечения готовности и своевременного реагирования на угрозы и удовлетворение потребностей населения в области общественного здоровья.

Специализированная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

- АГ – Артериальная гипертензия
АПО – Амбулаторно-поликлиническая организация
БА – Бронхиальная астма
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВОП – Врач общей практики
ВТМУ – Высокотехнологичная медицинская услуга
ВШОЗ – Высшая школа общественного здравоохранения
ГОБМП – Гарантированный объём бесплатной медицинской помощи
ГПРЗ – Государственная программа развития здравоохранения
ГП – Городская поликлиника
ДСЭК – Департамент санитарно-эпидемиологического контроля
ЕРБ ВОЗ – Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения
ИБС – Ишемическая болезнь сердца
КСЭК – Комитет санитарно-эпидемиологического контроля
МЛУ ТБ – Туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью
МЗ РК – Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МЗСР – РК Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан
ОЗ – Общественное здравоохранение
ОСМС – Обязательное социальное медицинское страхование
ОЭСР – Организация экономического сотрудничества и развития
ПМСП – Первичная медико-санитарная помощь
РК – Республика Казахстан
ННЦРЗ – Национальный научный центр развития здравоохранения им. С. Каирбековой
РЦЭЗ – Республиканский центр электронного здравоохранения
СОЗ – Служба общественного здоровья
США – Соединённые Штаты Америки
ТБ/ВИЧ – Туберкулёз/ВИЧ-инфекция
УЗ – Управление здравоохранения
УОЗ – Управление общественного здоровья
УСЭК – Управление санитарно-эпидемиологического контроля
ФСМС – Фонд социального медицинского страхования
ХНЗ – Хронические неинфекционные заболевания
ШЛУ ТБ – Туберкулёз с широкой лекарственной устойчивостью

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

Термин «интеграция» был определен функционально как обозначающий серию последовательных операций, сущность которой заключается в сведении в единое целое самостоятельных административных структур, функций и установок [1].

Вместе с этим «интегрированные службы здравоохранения» были определены с организационной точки зрения как службы, необходимые для охраны здоровья населения данной территории, действующие под управлением одного административного органа (или нескольких органов) при должной координации их деятельности [2].

Цель Национального проекта "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация" – обеспечение качественного и доступного здравоохранения для каждого гражданина, которое соприкасается с третьим направлением Стратегии "Казахстан-2050, провозгласившим в качестве новых принципов социальной политики - социальные гарантии и личную ответственность с такими ключевыми приоритетами, как обеспечение предоставления качественных и доступных медицинских услуг, а также диагностирование и лечение максимально широкого спектра болезней [3]. Это направление означает новый политический курс состоявшегося государства.

Согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), интеграция – это способ оптимизации использования ограниченных ресурсов и более эффективного удовлетворения потребностей людей. Интеграция направлена на повышение степени удовлетворенности потребителей имеющимися службами здравоохранения за счет повышения эффективности работы и производительности этих служб с участием просветительных и других социальных учреждений. Интеграция, как правило, способствует сглаживанию различий между географическими районами и социально-экономическими группами в отношении доступности служб и интенсивности их использования [4].

На Алма-Атинской конференции 1978 г. представители национальных органов и международного сообщества провозгласили первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) в качестве новой универсальной основы для развития здравоохранения. Центральными элементами концепции ПМСП являются социальная справедливость, широкое определение понятия «здоровья», межсекторальная интеграция и участие населения.

ПМСП – важнейшее звено системы здравоохранения. От ее состояния зависят эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, а также решение многих медико-социальных проблем [3, с. 10].

ПМСП – это комплексный подход к здоровью, направленный на обеспечение наивысшего возможного уровня здоровья и благополучия и их справедливого распределения путем концентрации внимания на потребностях людей, а также на укрепление здоровья и профилактику заболеваний,

реабилитацию и паллиативную помощь, максимально приближенных к повседневной среде людей [5].

Концепция ПМСП начала свое развитие в 1970-е годы под влиянием подхода к социальному развитию, основанного на основных потребностях людей в достижении здоровья. ВОЗ и Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) разработали стратегию ПМСП в качестве средства для достижения здоровья к 2000 году. Концепция ПМСП имела сильные социально-политические последствия. В ней четко изложена стратегия, которая будет более справедливым, надлежащим и эффективным образом реагировать на основные потребности в области здравоохранения, а также направлена на устранение основных социальных, экономических и политических причин плохого здоровья [6].

ПМСП включает в себя три взаимосвязанных и синергетических компонента, в том числе: комплексные интегрированные услуги здравоохранения, а также ресурсы общественного здравоохранения в качестве центральных элементов; межсекторальную политику и действия, направленные на воздействие на вышестоящие и более широкие детерминанты здоровья; привлечение и расширение прав и возможностей отдельных лиц, семей и сообществ для более активного участия в жизни общества, а также для улучшения самопомощи и уверенности в своих силах в отношении здоровья.

В основе ПМСП лежит принцип - приверженность социальной справедливости, равенству и солидарности. Он основан на признании того, что обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека.

Для того чтобы охват услугами здравоохранения был действительно всеобщим, необходим переход от систем здравоохранения, ориентированных на болезни и учреждения здравоохранения, к системам здравоохранения, предназначенным для контакта индивидуумов, семей и коллективов с медицинскими работниками. ПМСП требует, чтобы правительства на всех уровнях подчеркивали важность действий, выходящих за рамки сектора здравоохранения, для реализации общегосударственного подхода к здоровью, включая политику здоровья для всех [6, с. 5].

Сегодня уже общепризнано, что сильная система ПМСП дает лучшие показатели здоровья населения при меньших затратах и более высокой общественной удовлетворенности медицинской помощью. Многие из проблем здравоохранения могут быть решены при создании устойчивой системы ПМСП. Поэтому во всем мире продолжается процесс совершенствования и укрепления этой службы, главным направлением которой является ориентация на нужды населения в целом и каждой семьи в отдельности [7].

Использование тематических исследований в изучении деятельности служб здравоохранения оказалось отличной методологией для получения более глубокого понимания организации и оказания медицинской помощи. Это особенно актуально при рассмотрении интегрированных программ здравоохранения, где многогранное взаимодействие происходит на разных

уровнях помощи и часто без четкой связи между вмешательствами (новыми и/или существующими) и их влиянием на исходы (как с точки зрения здоровья пациентов, так и профессионального удовлетворения и экономической эффективности). В большинстве стран Запада интегрированная помощь рассматривается как основная стратегия обеспечения устойчивости системы здравоохранения и ухода [8].

В Казахстане исследования, посвященные изучению интегрированного подхода в системе здравоохранения, отсутствуют, чем и обусловлена актуальность представленной работы.

Цель исследования

Изучить интеграционные процессы первичной медико-санитарной помощи и Службы общественного здоровья, разработка рекомендаций по совершенствованию интеграции на уровне первичного звена здравоохранения.

Задачи исследования

1. Изучить различные стратегии интеграционных (межотраслевых и междисциплинарных) процессов в первичном звене здравоохранения зарубежных стран.

2. Проанализировать обеспеченность организациями ПМСП города Алматы.

3. Оценить состояние интеграционных процессов ПМСП с позиции руководителей органов и организаций здравоохранения, медицинских работников и населения и определить прогностические факторы, влияющие на удовлетворенность интеграцией.

4. Проанализировать мнение ключевых экспертов в сфере здравоохранения о проблемах интеграционных процессов ПМСП.

5. Разработать предложения и рекомендации по совершенствованию интеграции первичного звена здравоохранения с общественным здравоохранением.

Научная новизна

Научная новизна и теоретическая значимость исследования определяются следующими признаками:

1. На основании результатов проведенного нами исследования установлено, что повышение уровня осведомленности среди работников здравоохранения и среди населения о процессах интеграции ПМСП и общественного здравоохранения (ОЗ) могут быть инструментами расширения интеграции профильных служб в ПМСП, повышения доступности услуг здравоохранения.

2. В результате проведенных преобразований, в рамках интеграции ПМСП с различными службами были внедрены новые услуги здравоохранения, обеспечившие значительное улучшение доступности и качества профильных медицинских услуг прикрепленному населению.

3. Определены факторы негативного восприятия интеграционных процессов на уровне ПМСП, которые могут быть использованы для управления рисками их возникновения.

Практическая значимость

На основе полученных нами результатов исследования нами даны рекомендации о пересмотре структур профильных специалистов амбулаторно-поликлинических организаций (АПО), а также о необходимости повышения информированности медицинских работников и населения об интеграционных процессах ПМСП.

Выявленные факторы негативного восприятия интеграционных процессов способствуют совершенствованию взаимодействия различных служб и населения, и обеспечат результативность мероприятий, направленных на улучшение охраны и укрепления здоровья населения страны.

Положения, выносимые на защиту

1. Повышение информированности среди работников здравоохранения, а также уровня осведомлённости среди населения о процессах интеграции ПМСП и ОЗ способны повысить доступность услуг здравоохранения населению.

2. В результате проведённых преобразований, в рамках интеграции ПМСП с различными службами, были внедрены новые услуги здравоохранения, обеспечившие значительное улучшение доступности и качества профильных медицинских услуг прикреплённому населению.

3. Все инициативы по интеграции ПМСП и ОЗ направлены на повышение уровня профилактики заболеваний и приближают оказание медицинских услуг населению. От степени интегрированности, охвата, длительности внедрения той или иной инициативы зависит качество предоставления услуг здравоохранения в каждой его области.

4. Выявленные факторы негативного восприятия интеграционных процессов явились основой разработанной модели и способствуют расширению взаимодействия различных служб медицинских организаций и территориального здравоохранения.

Публикации

По теме диссертационного исследования опубликовано 17 научных трудов, среди которых 3 статьи в международных научных изданиях, входящих в базу данных Scopus, 9 статей в изданиях, рекомендованных Комитетом по обеспечению качества в сфере науки и высшего образования Министерства науки и высшего образования Республики Казахстан, 4 – в сборниках и материалах конференций и 1 в профильных медицинских журналах.

Внедрение результатов исследования

Результаты диссертационного исследования были внедрены (Акты внедрения в ГП №10 и ГП №16) и легли в основу разработки предложений к модернизации первичного звена здравоохранения и совершенствования функций ПМСП.

Объём и структура диссертации

Диссертационная работа состоит из введения, обзора литературы, 4 глав собственного исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы, включающего 115 литературных источников.

Диссертация изложена на 162 странице машинописного текста, иллюстрирована 14 таблицами, 31 рисунками, содержит 7 приложений.

1 ИНТЕГРИРОВАННЫЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Интеграционные стратегии в политике здравоохранения зарубежных стран

Интеграция общедоступных систем здравоохранения имеет в своей основе взаимодействие ПМСП и ОЗ с глобальной точки зрения с учетом основных направлений государственной политики в достижении здоровья населения и признания важности партнерства частного и государственного секторов здравоохранения. Большинство систем здравоохранения в различных странах мира до сих пор уделяют особое внимание борьбе с различными заболеваниями, при этом делают относительно немного, чтобы оптимизировать здоровье и минимизировать бремя болезней, особенно для уязвимых групп населения [9]. Эта неспособность улучшить основные условия для здоровья усугубляется недостаточным выделением ресурсов для решения приоритетных задач достижения социальной справедливости (универсальность и доступность медицинской помощи).

Общественное здравоохранение и первичная медико-санитарная помощь являются краеугольными камнями устойчивых систем здравоохранения, и это должно находить отражение в политике здравоохранения и системах профессионального образования всех стран, желающих создать систему здравоохранения, которая была бы эффективной, справедливой, действенной и доступной. Планирование и выполнение этих задач возлагается на две целевые профессиональные группы: врачей, осуществляющих лечение и уход за пациентами, и лиц, принимающих решения в области здравоохранения, административных и финансовых проблем, связанных с профилактикой, лечением заболеваний, реабилитацией и отчасти с социальной поддержкой пациентов. Интеграция систем здравоохранения должна быть основана на признании факта, что здоровье населения формируется в домашних условиях, в обществе и на рабочих местах, и лишь небольшая часть его потерь может быть восполнена в клиниках [10].

Исходными факторами для формирования и поддержания здоровья являются благоприятные для здоровья среда и рабочие места, первичная профилактика, например, просвещение по вопросам питания, иммунизация, дородовое наблюдение, физическая активность, профилактика курения, социальная политика, влияющая на медицинскую грамотность населения, занятость, низкая преступность, качество жилья и благосостояние общества. В частности, существует глобальная потребность системы здравоохранения в улучшении ответных мер со стороны общества на растущее бремя хронических заболеваний. Исследования показывают, что большую часть этого бремени можно предотвратить, воздействуя на изменяемое поведение, например, курение, физическую форму, контроль веса; примерно у половины лиц, имеющих высокий риск развития хронических заболеваний, можно предотвратить их прогрессирование за счет усиления внимания к вторичной

профилактике путем выявления и ранней диагностики в группах риска, например, путем скрининга артериального давления и мониторинга глюкозы. Тем не менее, многие организаторы здравоохранения, принимающие решения, по-прежнему озабочены проблемами оказания неотложной и госпитальной помощи, не уделяя достаточного внимания вопросам доступности здравоохранения для широких масс, позволяющей избежать развития неотложных и критических состояний [10, с. 5].

В основе интеграции систем здравоохранения лежат четыре основных фактора: надежное финансирование; стратегическое видение и политическая поддержка; адекватные человеческие ресурсы; структура управления. Последствиями такой интеграции являются улучшение показателей здоровья, эффективность и рентабельность оказания медицинских услуг.

Сотрудничество между здравоохранением, социальными службами и другими государственными секторами все чаще рассматривается как путь к улучшению здоровья населения. На здоровье населения влияет широкий спектр факторов, включая структурные социальные и экономические условия, государственную политику в области здравоохранения, образования, социальной безопасности и другие сферы жизни [11]. Немедицинские факторы, такие как образование и доход, играют важную роль в формировании здоровья и доступе к медицинским услугам. На эти факторы, в свою очередь, влияет деятельность национальных политических структур и органов местного самоуправления, органов, осуществляющих социальные услуги и образование [12].

Межсекторальное партнерство предложено как способ координации этой деятельности для улучшения здоровья людей. Правительствами стран Европы, Канады и других стран разработаны стратегии, в которых подходы к улучшению здоровья населения учитываются в государственной политике [13]. Международное сотрудничество уже давно используется, чтобы помочь в решении проблем общественного здравоохранения, таких как борьба против употребления табака и борьба с бедностью [14]. В различных контекстах были созданы различные местные и региональные партнерства для улучшения здоровья. Этот процесс включает взаимодействие между здравоохранением и социальными службами [15], более широкое партнерство в сфере государственной службы [16] и общественные коалиции различных заинтересованных сторон [17]. Это сотрудничество может быть добровольным, обязательным, или разработанным в ответ на национальную политику.

Межотраслевое сотрудничество часто связано с растущим интересом к роли системы здравоохранения в воздействии на социальные детерминанты здоровья [18]. Так, например, в Англии партнерство в области устойчивого развития и преобразований было установлено между организациями здравоохранения, социальными службами и службами общественного здравоохранения в 42 регионах с целью улучшения здоровья населения и более эффективного использования местных ресурсов [19]. В Соединенных Штатах Америки (США) сотрудничество между медицинскими и немедицинскими агентствами

поощряется через федеральные программы, региональные инициативы и альтернативные модели оплаты [20].

Ставка на сотрудничество служит движущей силой политики здравоохранения в разных странах на протяжении последних десятилетий, она является частью реформ системы здравоохранения в США, Великобритании и других странах [18, с. 20]. Пандемия COVID-19 может еще больше укрепить уверенность политиков в пользу такого сотрудничества [21].

Таким образом, уместно признать «здоровую государственную политику» как общую политическую среду с вовлечением общественного здравоохранения, ПМСП и общественных институтов в качестве сквозной основы для формирования здоровья населения и развития служб, связанных со здоровьем, работающих по всему спектру от первичной профилактики до долгосрочной медицинской помощи. Эта среда, в свою очередь, должна быть интегрирована и согласована с критически необходимыми неотложными и специализированными системами медицинской помощи. На практике существует необходимость интеграции здравоохранения на всех уровнях с общественным здравоохранением и ПМСП для оценки потребностей населения в области здравоохранения, определения приоритетов в этой области, планирования и реализации программ, которые будут оптимальным образом соответствовать потребностям. При этом необходимо иметь в виду, что вмешательства по всему спектру поставленных приоритетов являются критически важными для достижения желаемых результатов в отношении здоровья нации, таких как здоровая общественная политика, окружающая среда, охрана труда, укрепление здоровья, клинические вмешательства и интегративные стратегии для разработки стратегий общественного здравоохранения и ПМСП, а также более специализированной и поддерживающей медицинской помощи, каждая из которых должна быть разработана с учетом основных принципов универсальности и устойчивости.

Термины «первичная медико-санитарная помощь» и «общественное здравоохранение» в общем употреблении могут иметь разные (часто неточные) значения в зависимости от контекста и перспективы. Например, при поиске в литературе более 2000 исследований по ПМСП было обнаружено, что 46% не содержали такого определения [22]. Некоторые авторы выделяют два определения этой системы (первый ориентирован на профессию, а второй учитывает социальную перспективу):

1) ПМСП – это медицинское обслуживание, которое начинается при первом контакте между врачом или другим медицинским работником и человеком, обращающимся за советом или лечением от болезни или травмы;

2) ПМСП – это основное медицинское обслуживание, доступное по стоимости, которую страна может себе позволить, с использованием практических, научно обоснованных и социально приемлемых методов. Данное определение ВОЗ [23] декларирует, что каждый гражданин должен иметь доступ к такому обслуживанию и участвовать в нем, наравне с представителями других слоев общества. Это обслуживание должно включать участие сообщества и

просвещение по распространенным проблемам со здоровьем, укреплению здоровья и профилактике заболеваний, обеспечению надлежащими продуктами питания, безопасной водой, основными средствами гигиены, охрану здоровья матери и ребенка, планирование семьи, профилактику эндемических заболеваний и борьбу с ними, иммунизацию против инфекционных болезней, соответствующее лечение заболеваний и травм и обеспечение основными лекарствами.

Хотя оба определения ПМСП имеют широкое использование, первое из них (профессионально ориентированное) обычно подразумевает только клинический контакт с пациентом; он игнорирует роль членов семьи в поддержании его здоровья и не рассматривает никакой роли общества в решении вопросов здоровья [24, 25]. Напротив, определение ВОЗ применимо к системе здравоохранения в целом и признает необходимость вовлечения сообществ в формирование их здоровья. Концепция ВОЗ включает в себя элементы государственной политики, социальные и экологические аспекты в дополнение к медицинской помощи.

В литературе указывается на то, что клинические перспективы общественного здравоохранения связаны с улучшенным доступом к медицинским услугам, лучшими исходами заболеваний и снижением количества госпитализаций и обращений за неотложной помощью. Клиническая медицинская помощь для человека и семьи (в этом контексте известная как семейная медицина) представляет собой первый контакт с системой здравоохранения, которая должна характеризоваться преемственностью, полнотой и согласованностью, обеспечивать индивидуальную, ориентированную на семью и общество медицинскую помощь, направленную на предотвращение, лечение или облегчение общих заболеваний и инвалидности, а также укрепление здоровья [26].

ВОЗ рассматривает ПМСП в качестве одного из ведущих инструментов достижения стратегии здоровья для всего общества. ПМСП осуществляется врачами общей практики, терапевтами, педиатрами в АПО, а также фельдшерами в фельдшерско-акушерских пунктах сельской местности. На амбулаторно-поликлиническом уровне оказывается медицинская помощь в полном объеме, а также социальная поддержка для более семидесяти процентов населения. Следовательно, от состояния амбулаторно-поликлинической помощи зависит эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения страны [27].

Анализ международного опыта показывает, что при общей схожести организации ПМСП населению, каждая страна решает через ПМСП специфические проблемы охраны здоровья населения в зависимости от демографических, географических, климатических и культурных особенностей региона. При этом объектом внимания ПМСП должен служить не только пациент во время заболевания, но и семья в целом, с ее социальными, бытовыми, психологическими и экономическими проблемами. Поэтому работа врача общей практики и всей команды АПО нацелена на профилактику возникновения

заболеваний путем изучения факторов риска их развития в каждой обслуживаемой семье. Центральным звеном АПО является участковая служба, обеспечивающая территориальную, финансовую и функциональную доступность медицинской помощи для прикрепленного населения [28].

ПМСП является звеном, связывающим все компоненты системы здравоохранения; ее эффективная работа способствует снижению показателей госпитализации на сорок процентов, а экономические затраты на здравоохранения – на треть. До 80% всех ситуаций, связанных со здоровьем, от профилактики заболеваний до лечения и реабилитации, могут быть решены врачами общей практики на уровне ПМСП, вне больниц [29].

На долю врачей амбулаторной службы приходится львиная доля оказания первичной медицинской помощи широким слоям населения при отсутствии возможностей применения высокоспециализированных медицинских технологий, облегчающих диагностику заболевания, а уровень их заработной платы отстает от таковой у узких специалистов, что делает необходимым внедрение мотивационной системы их труда [30]. Установлено, что первичная помощь связана с уменьшением неравенств в отношении поддержания здоровья в самых различных странах для разных социальных групп населения [31].

В качестве аспектов целесообразности создания и развития ПМСП можно выделить следующие:

- общеэкономический, который связан со снижением заболеваемости, инвалидности и смертности;
- снижение доли затрат на дорогое стационарное лечение;
- увеличение доли внебюджетного финансирования за счет развития платных услуг и договоров с предприятиями [32].

Важным условием успешной реализации целевых установок ПМСП является взаимодействие здравоохранения с другими социальными и экономическими секторами, деятельность которых направлена на решение основных социальных проблем в обществе, создание условий для охраны и улучшения общественного здоровья [33].

В целом, первичная помощь в настоящее время сталкивается с нехваткой кадров. Удельный вес сотрудников ПМСП остается относительно небольшим в общей структуре системы здравоохранения в целом [34, 35]. В течение последнего десятилетия доля поставщиков ПМСП сократилась с одной трети до менее четверти от выпускников учреждений медицинского образования, как врачей, так и среднего медицинского персонала [36]. Первичная помощь также сталкивается с хронической проблемой относительного дефицита из-за неравномерного распределения кадров [37, 38].

Помимо нехватки рабочей силы, рост хронических заболеваний создает проблемы для первичной помощи и служит стимулом для ее трансформации. Хронические неинфекционные заболевания ассоциированы со многими нездоровыми видами поведения, такими как недостаток физической активности,

дефицит или несбалансированность питания и никотиновая зависимость, и задачей ПМСП является их коррекция.

С целью преодоления сложностей, связанных с лечением хронических заболеваний, была внедрена Модель постоянной помощи (МПП) [39], направленная на внедрение систематических и эффективных методов совершенствования управления длительного лечения пациентов [40]. В самом полном виде, МПП содержала шесть важнейших элементов: ресурсы и политику сообщества, организацию здравоохранения, поддержку самоконтроля, разработку системы предоставления услуг, поддержку принятия решений и клинические информационные системы [41, 42].

В первой половине прошлого века поликлиническая работа была организована по участковому принципу оказания медицинской помощи, а участковый врач должен был стать основным действующим лицом, обеспечивавшим эту помощь. Первый министр здравоохранения СССР Семашко Н.А., вводя должность участкового терапевта, предполагал, что участковый принцип даст возможность лечащему врачу лучше знать условия труда и быта прикрепленных жителей, выявлять часто и длительно болеющих, знать особенности здоровья своих пациентов, проводить не только лечебные, но и профилактические мероприятия, лучше бороться с возникновением и распространением инфекционных заболеваний [43].

В последние десятилетия приоритет профилактической направленности сохраняет актуальность практически во всех странах мира. В подтверждение можно привести слова генерального директора ВОЗ Маргарет Чен, которая определила ПМСП как «революционно новый путь организации и управления здравоохранения от специализированной высокочрезвычайно затратной помощи привилегированным слоям населения к всесторонней, полной, общедоступной и приемлемой медицинской помощи каждому» [44]. Эти слова согласуются с высказыванием Барбары Старфилд, профессора Университета Джона Хопкинса (США) о том, что «ориентация системы здравоохранения какой-либо страны на ПМСП, позволяет добиться более низкой себестоимости лечения, большей удовлетворенности населения медицинским обслуживанием, более высоких показателей эффективности медицинской помощи и более низкого объема потребления лекарственных средств» [45, 46].

Первичная помощь является основой системы здравоохранения США. В Соединенных Штатах в амбулаторно-поликлинических учреждениях оказывается больше медицинской помощи, чем в любой другой системе здравоохранения [47, 48]. В среднем, ПМСП оказывается 11% всего населения США в месяц, тогда как в отделениях неотложной медицины этот показатель составляет 1,3%, а в университетских клиниках – только 0,07% [49]. Обращает на себя внимание тот факт, что эти пропорции не претерпели существенных изменений, начиная с середины прошлого века, несмотря на существенный прогресс медицинских знаний, развитие современных технологий и расширение сферы медицинских услуг [11, с. 5].

Современным подходом на пути объединения различных медицинских дисциплин, профессий и направлений здравоохранения служит развитие персонализированной медицины, ориентированной на пациента. Эта цель может быть достигнута путем внедрения практики ПМСП, основанной на использовании современных технологий с учетом предпочтений пациентов. Так, седьмой принцип Алма-Атинской декларации гласит: «Люди имеют право и обязаны участвовать индивидуально и коллективно в планировании и осуществлении своего медицинского обслуживания» [50]. Кроме того, важное значение для удовлетворения потребностей человека и общества в медицинской помощи имеет командный подход, объединяющий как потребителей медицинских услуг, так и медицинских специалистов [51, 52].

Большим подспорьем для приобретения современных знаний, компетенций и навыков врачами амбулаторного звена служат современные коммуникационные технологии, такие как Интернет и социальные сети, а также медицинские приложения и различные устройства, демократизирующие и обеспечивающие доступ к необходимой информации как врачей, так и потребителей [53,54]. Установлено, что около 77 % пользователей медицинскими услугами полагаются на Интернет для поиска медицинской информации [55].

Общественное здравоохранение можно рассматривать в качестве социально-политической концепции, направленной на улучшение качества жизни всего населения, путём организации мер по укреплению здоровья, профилактике заболеваний и других видов медицинских мероприятий [56,57]. Цели ОЗ и пути их достижения включают как прямые методы (иммунизация, ранняя диагностика и лечение, обеспечение населения информацией), так и косвенные (повышение норм контроля состояния окружающей среды, обеспечение поставки питьевой воды, контроль качества продуктов питания) [58].

Существуют следующие определения общественного здравоохранения:

1) общественное здравоохранение - это ответ общества на угрозы коллективному здоровью своих граждан. Работники сферы общественного здравоохранения работают над улучшением и протекцией здоровья населения путем выявления проблем со здоровьем и потребностей, а также предоставления программ и услуг для удовлетворения этих потребностей;

2) общественное здравоохранение - это искусство и наука продвижения и защиты здоровья, предотвращение болезней, инвалидности и преждевременной смерти, восстановление здоровья при его нарушениях, заболеваниях или травмах, а также повышение качества жизни.

Более широкое понятие общественного здравоохранения, данное во втором определении, содержит элементы как ПМСП, так и общественного здравоохранения. Оно выросло из декларации международной конференции 1978 года, организованной ВОЗ и Международным детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) в г. Алма-Ата, по первичной медико-санитарной помощи [59]. Однако, хотя на конференции была дана

хорошая оценка роли медицины, аналитики политики здравоохранения из развивающихся стран опередили своих коллег из развитых стран в попытках внедрить комплексное мышление в процесс развития систем общественного здравоохранения [60], но эта группа пользовалась небольшой поддержкой коллег из стран-доноров, которые отдавали предпочтение инициативам по контролю определенных заболеваний («вертикальное» программирование, следующее «модели командования и управления») над инициативами, основанными на принципах совместного развития сообщества. Оба подхода были попытками улучшить здоровье населения в развивающихся странах, но в последующие десятилетия наблюдается частичный отказ от этих направлений. Местным сообществам не удалось разработать концепцию интегрированной ПМСП, и зачастую они конкурировали за приоритет и ресурсы с помощью вертикально ориентированных стратегий, активно поддерживаемых странами-донорами. В то время как некоторые инициативы по конкретным заболеваниям достигли успеха, фундаментальные детерминанты здоровья, такие как чистая вода, продовольственная безопасность и доступность к хорошим условиям жизни, оказались на обочине, с небольшими изменениями в общем статусе здоровья населения. Оглядываясь назад, можно сказать, что эти недостатки декларации сейчас признаны, и в некоторых странах предпринимаются усилия по привлечению сообществ к определению их потребностей и принятию соответствующих решений [24,с. 5].

Многочисленные критики обратили внимание на серьезные вопросы справедливости в распределении и предоставлении медицинской помощи и отсутствии справедливости в управлении здравоохранением, отмечая серьезную необходимость трансформации систем управления и практики, это касается многих стран в мире. Кроме того, отказ экспертов и политиков в развитых странах признать, что сообщества должны играть важную роль в планировании и реализации своих собственных программ медицинского обслуживания считается одним из основных причин проблемы недостаточной реализации Алма-Атинской декларации. Непропорционально большое влияние стран-доноров на принятие глобальных решений также тесно связано с их сильным предпочтением финансировать вертикальные инициативы, даже если они (в совокупности) не соответствовали их обещаниям о помощи развивающимся странам [24,с. 11].

Основные общепринятые в мире подходы, касающиеся улучшения здоровья населения, базируются на том, что клиническая помощь, такая как первичная медико-санитарная помощь, является лишь одним из множества «институтов», влияющих на здоровье. Усилия в области общественного здравоохранения с акцентом на популяризацию здорового образа жизни и профилактику хронических заболеваний могут дополнять медицинскую помощь для того, чтобы предоставить населению комплекс оздоровительных, профилактических и лечебных медицинских услуг, тем самым способствуя улучшению здоровья жителей страны. Межсекторальное сотрудничество, как отмечают различные авторы, является ключевым звеном к совершенствованию охраны здоровья

населения [61]. Так, Институт медицины США (ИОМ) [62] и другие организации отмечают роль сотрудничества между ПМСП и ОЗ в достижении долгосрочного улучшения показателей здоровья [63, 64]. В своем отчете по интеграции ОЗ и ПМСП, ИОМ отметил, что наиболее важные потребности в области здравоохранения среди населения, такие как управление неинфекционными заболеваниями, здоровье матери и ребенка и профилактика рака входят в сферу компетенции как ОЗ, так и ПМСП, однако эти сектора в основном функционируют независимо друг от друга [65]. В развитии такой интеграции выделяют несколько направлений:

1. Координация медицинских услуг с общественными службами здравоохранения означает сочетание клинических услуг (диагностика, профилактика, лечение, реабилитация) с консультационными и образовательными услугами, направленными на модификацию индивидуального поведения, связанного с риском для здоровья, услугами по ведению пациентов для выявления медицинских потребностей физических лиц и соблюдение комплексных программ лечения, а также социальные услуги, касающиеся социально-экономических детерминант здоровья. Возможно привлечение персонала из общественного здравоохранения в практическую медицинскую деятельность и наоборот. Так, организации здравоохранения могут нанимать профессионалов, обладающих опытом оказания желаемой услуги или обеспечения индивидуального уровня службы поддержки пациентов [66].

2. Применение популяционных подходов в клинической практике означает использование и распространение основанной на общественном здравоохранении информации для улучшения процесса принятия клинических решений. К такой информации относятся эпидемиологические данные о состоянии здоровья населения, проблемах и рисках для здоровья в сообществе, а также профилактических услугах для определенных групп пациентов. Сотрудничество может объединять государственные органы здравоохранения, медицинские общества и академические институты для решения актуальных проблем (например, инфекционные заболевания). Практическое здравоохранение может использовать вмешательства, включающие информацию на уровне популяции, для определения наличия ресурсов здравоохранения, в частности, в отдельных географических регионах. Популяционные стратегии включают скрининг в масштабах всего сообщества, поиск отдельных случаев заболеваний, а также информационные программы мониторинга. Все лица, идентифицированные на скрининговых тестах, получают соответствующее последующее наблюдение со стороны служб ПМСП. Аналитические инструменты при этом включают клиническую эпидемиологию, оценку риска, анализ экономической эффективности и измерение/оценку эффективности. Эти инструменты могут поддержать организационное планирование в медицинском секторе за счет использования информации о состоянии здоровья населения, рисках и потребности в обслуживании [67, 68]. В качестве примера можно привести практику Центра

первичной медико-санитарной помощи в Оттаве, который использовал информационно-разъяснительную работу с медицинскими работниками для совершенствования инфекционного контроля респираторных заболеваний посредством аудита текущей деятельности, внедрения передовой практики, основанной на доказательствах, планирования и достижения консенсуса, а также анализа обратной связи от медицинской общественности [69].

3. Выявление и решение проблем общественного здравоохранения. Это направление сфокусировано на возможностях, имеющихся в клинической практике, чтобы продвигать более широкие цели общественного здравоохранения. Такой подход облегчает планирование и разработку программ и услуг здравоохранения как для ОЗ, так и для ПМСП, обеспечивает их реагирование на потребности местного сообщества, позволяет эффективно распределять ограниченные ресурсы здравоохранения. Оценки здоровья населения более надежны, если они объединяют данные из нескольких источников: количественные данные из электронных медицинских записей, административные базы данных или опросы, а также качественная информация от населения при интервью и работе в фокус-группах. Сотрудничество может опираться на широкий спектр систем данных, включая электронные медицинские карты, записи актов гражданского состояния, такие как электронные записи о рождении, сертификаты, системы эпиднадзора за инфекционными заболеваниями, резистентностью к антибиотикам или поведенческими факторами риска, а также регистры конкретных заболеваний, в основном таких, как рак, травма, астма, туберкулез, иммунизация и т. д. Вклад специалистов ОЗ очень важен для выяснения того, как информация будет использоваться для мониторинга результатов в отношении здоровья, чтобы определить, где и в каком качестве предоставляются клинические услуги, или провести информационные мероприятия в средствах массовой информации (СМИ). Данные системы ОЗ могут использоваться для составления отчетов о состоянии здоровья и заболеваемости пациентов на уровне практики ПМСП. Это помогает понять потребности населения и определить конкретные действия для удовлетворения местных потребностей в области здравоохранения. Сотрудничество ОЗ и ПМСП также сосредоточено на проблемах со здоровьем в условиях воздействия экологических, социальных и поведенческих факторов риска, такие как токсическое влияние тяжелых металлов, употребление табака и домашнее насилие [70, 71].

4. Укрепление здоровья и профилактика. Укрепление здоровья включает создание консультационных и образовательных программ, нацеленных на профилактику и лечение определенных состояний, таких как инфекционные заболевания, хронические заболевания и рак [72]. Усилия по интеграции ОЗ и ПМСП могут быть сосредоточены на профилактике никотиновой зависимости, злоупотребления психоактивными веществами, рискованных половых отношений, неправильного питания и отсутствия физической активности. Предоставление пациентам доступных медицинских ресурсов с информацией об экологических проблемах, таких как опасные отходы производств, тяжелые

металлы и т.д. Специалисты в области ОЗ и практического здравоохранения должны совместно участвовать в формировании государственной политики для создания условий, способствующих безопасности и благополучию населения. Инициативы могут быть нацелены на конкретные проблемы здоровья или потребности, специфические для отдельных групп внутри сообщества. Так, сотрудники ОЗ и ПМСП, работающие в сельских регионах США, проводили образовательные семинары по вакцинации против гриппа, выявлению рака молочной железы у пожилых женщин, улучшению сна и гигиеническим навыкам; эти усилия привели к повышению показателей скрининга по раку груди и иммунизации, а также повышению уровня знаний пациентов об услугах ОЗ и ПМСП, доступных на местном уровне [73].

Система здравоохранения включает в себя все организации, учреждения и ресурсы, основной целью которых является улучшение здоровья населения. В большинстве стран система здравоохранения включает в себя государственный, частный и неформальный секторы [74]. В то же время ВОЗ уделяет особое внимание системам экономического, финансового и политического управления, которые лежат в основе официально организованных служб здравоохранения, а также признает неформальный сектор, включающий в себя самопомощь и заботу со стороны семей и сообществ, а также роль врачей, занимающихся традиционной или народной медициной [75]. Системы здравоохранения представляют собой не только лечение и уход за пациентами: они обращают внимание на то, почему люди заболевают в первую очередь, и способствуют укреплению здоровья окружающей среды и внедрению оптимальных профилактических мер. Подход ВОЗ заключается в том, что страны должны разрабатывать такие интегрированные системы здравоохранения в соответствии с их потребностями и имеющимися ресурсами.

Все системы здравоохранения, чтобы быть эффективными и действенными, должны опираться на прочный фундамент; прежде всего, они должны быть правильно спроектированы, адекватно финансируемы и быть признанными компонентами как для первичной медико-санитарной помощи, так и для общественного здравоохранения [76]. Однако во многих странах эти компоненты недостаточно развиты, что отражается в несоответствующем распределении ресурсов по секторам здравоохранения и в недостаточном внимании к основным детерминантам здоровья. Эти недостатки в политике и управлении в области здравоохранения приводят к неоптимальным результатам для здоровья на уровне популяции и связаны с проблемами в области соответствующего профессионального образования и повышения квалификации. На самом деле, немногие страны нацелены на высшее образование как на стратегический элемент улучшения здоровья населения, усугубляемое (что важно для развивающихся стран) тем фактом, что немногие агентства по развитию привлекли высшие учебные заведения в качестве стратегических партнеров [77].

В качестве примера интеграции ПМСП и общественного здравоохранения можно привести систему общественного здравоохранения Канады. В этой стране

основные функции здравоохранения закреплены на федеральном уровне. Так, закон Канады о здравоохранении (1984 г.) имеет цель защитить, поддержать и восстановить физическое и психическое благополучие жителей Канады и облегчить разумный доступ к медицинским услугам без финансовых или иных препятствий [78]. В рамках достижения этой цели соблюдаются 5 принципов: государственное управление, полнота, универсальность, мобильность и доступность. За некоторыми исключениями, такими как уход на дому, длительный уход, стоматологическая помощь, физиотерапия и фармацевтика, система здравоохранения Канады не предусматривает платы со стороны пациента за больничное и медицинское обслуживание. Опубликованный в 2007 году систематический обзор, включивший в себя 38 исследований, подтвердил, что канадская система приводит к положительным результатам для здоровья населения в целом благоприятно по сравнению с фрагментированной и в основном частной коммерческой системой США на уровне <50% стоимости [79]. Фактически, Канада была лидером в разработке моделей интегрированных систем здравоохранения, сочетающих индивидуальные подходы к влиянию на личное поведение в отношении здоровья и ориентированные на сообщества подходы к влиянию на здоровье населения.

Возможно, более релевантным является другое масштабное исследование, проведенное в 2018 году и посвященное эффективности систем здравоохранения почти в 200 странах, в котором Великобритания заняла 18-е место, Канада оказалась на 31-м месте, а США (с самым дорогим уровнем медицины в мире) - на 37-м месте. Большинство европейских стран показали лучшие результаты, чем Канада [80]. Несколько других стран также набрали больше очков, чем Канада, например, Сингапур и Япония. Таким образом, главный урок заключается в том, что все нации должны учиться друг у друга, особенно в отношении наиболее рациональных систем, которые более подготовлены к инновациям, тестированию и оценке новых подходов.

Во время консультаций с общественностью по системе здравоохранения в провинциях Канады было признано, что ключевые направления к улучшению здоровья населения и повышению эффективности систем здравоохранения находятся в сфере ПМСП, и к ним относятся профилактика, управление спросом и самоуправление. Недостаток стимулов к самообразованию и самодисциплине становится признанной проблемой, для решения которой необходимо школьное санитарное просвещение, спонсируемые правительством информационные пакеты, продвижение в рамках Интернета и другие средств массовой информации как инструмент общественной информации, перевод материалов на языки национальных меньшинств и распространение образования в сельских общинах с помощью мобильных устройств.

Самым ярким примером страны, в которой только в настоящее время происходит внедрение принципа всеобщего охвата услугами здравоохранения, являются США [81]. Исторически сложилось так, что для тех, кто не включен в планы страхования, финансируемые работодателем, в здравоохранении в США преобладает дороговизна страхования здоровья, что дискриминирует тех, кто

испытывает в ней наибольшую потребность. Это привело к тому, что почти 50 миллионов человек остались без какой-либо медицинской страховки. Кроме того, медицинской отрасли было разрешено устанавливать ограничения на пожизненные выплаты независимо от медицинских потребностей. В этой стране преобладают коммерческие схемы страхования, которые относятся к здравоохранению как к товару, большинство медицинских услуг потребляются лишь платежеспособными лицами. Среди развитых стран Запада только в США такие условия все еще сохраняются в 21 веке. Однако в последнее десятилетие в стране происходят кардинальные изменения в связи с принятием в 2010 году Закона о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании, направленного на устранение недостатков в универсальности и доступности системы здравоохранения для широких слоев населения. Его внедрение началось в 2013 году, полностью его реализация планировалась поэтапно к 2020 году [79, с. 5].

Отсутствие такой справедливой политики в США в прошлом было серьезным препятствием для поддержания здоровья населения; не только отдельные люди были исключены из уровней медицинской помощи, считающихся нормальными в других странах с развитой экономикой, но сама система в случае, когда к ней обращались незастрахованные лица по поводу серьезных заболеваний, может прийти к банкротству, так что многие граждане оставались без медицинской помощи с последующими угрозами для общественного здравоохранения из-за пробелов и задержек в профилактике, диагностике и лечении. Эта ситуация стала наиболее очевидной в отношении к трансмиссивным инфекциям, таким как пандемия коронавирусной инфекции, широко распространившаяся в стране в 2020 году. Коррекция этого систематического дефицита в системе здравоохранения одновременно усиливает как первичную медико-санитарную службу, так и общественное здравоохранение. Хотя плохое планирование привело к проблемам в первоначальной реализации закона, тот факт, что США сейчас происходит принятие всеобщего охвата здравоохранением в качестве общественного блага, является важнейшим достижением.

Несмотря на то, что страны Азиатско-Тихоокеанского региона высказывают намерение достичь всеобщего охвата медицинскими услугами, общего пути для достижения этой цели в регионе до сих пор не выработано. Так, в Сингапуре система услуг ПМСП была разработана и внедрена при поддержке правительства для удовлетворения растущих потребностей стареющего населения, профилактики неинфекционных заболеваний и достижения цели всеобщего здравоохранения. В стране были опробованы различные модели обслуживания, методы обеспечения качества и механизмы финансирования. Значительные усилия также были направлены на создание связей и сетей между больницами и местными поставщиками первичной медико-санитарной помощи, включая стоматологов и смежных медицинских специалистов. Было также предложено несколько инициатив для поддержки профессионального развития, обеспечения финансовой безопасности, интеграции и предоставления ресурсов

амбулаторным клиникам для оказания помощи, ориентированной на семью. Социальная поддержка лицам пожилого возраста также была улучшена за счет формализованных сетей, связывающих государственные учреждения, поставщиков медицинских услуг и общественные группы социального обеспечения. Текущие проблемы включают интеграцию частных поставщиков услуг, поддержание доступности оплаты этим поставщикам, ресурсов для удовлетворения растущих потребностей в лечении хронических заболеваний и достижение экономии для поддержания всеобщего охвата услугами здравоохранения [82].

Китай в последние годы значительно увеличил финансовые вложения и ввел благоприятную политику для укрепления своей системы ПМСП, направленную на профилактику и лечение хронических заболеваний, таких как артериальная гипертензия, и новых инфекционных заболеваний, таких как коронавирусная инфекция (COVID-19). Однако в этой стране по-прежнему существуют широко распространенные пробелы в качестве медицинских услуг. Системные проблемы включают: неоптимальное образование и обучение практикующих врачей первичной медико-санитарной помощи, систему оплаты за услуги, которая стимулирует диагностическое тестирование и лечение, а не профилактику, фрагментацию клинической помощи и услуг общественного здравоохранения, а также недостаточную непрерывность оказания помощи на всей территории здравоохранения с дефицитом в системе ухода за паллиативными пациентами. Службой общественного здравоохранения (СОЗ) Китая даны следующие рекомендации: (1) повышение качества обучения врачей первичной медико-санитарной помощи, (2) установление ответственности за результативность для стимулирования высококачественной и ценной помощи; (3) интеграция клинической помощи с основными услугами общественного здравоохранения и (4) усиление координации между учреждениями ПМСП и госпиталями. Кроме того, Китаю следует рассмотреть возможность модернизации своей системы ПМСП путем создания обучающейся системы здравоохранения, основанной на цифровых данных и инновационных технологиях [83].

По мере того, как Китай углубляет реформу здравоохранения, у него появляется возможность построить интегрированную кооперативную систему первичной медико-санитарной помощи, генерирующую практические знания, которые могут поддержать улучшения, подкрепленные показателями эффективности и стимулами, основанными на фактических данных [84].

Медицинские учреждения в США и Канаде, а также центры первичной медико-санитарной помощи по всей Европе одним из направлений интеграции ПМСП и организации здравоохранения определили размещение врачей общей практики и других медицинских и социальных работников в одном здании для того, чтобы улучшить координацию между службами и обеспечить непрерывность оказания помощи пациентам. Однако влияние совместного размещения на первичную медико-санитарную помощь привело к противоречивым результатам. Так, в исследовании, проведенном в Италии, были

проанализированы возможные преимущества такого совместного размещения служб с упором на итальянскую модель центров первичной медико-санитарной помощи (Case della Salute) [85]. Результаты веб-опроса врачей общей практики в Тоскане демонстрировали положительное влияние совместного размещения на интеграцию профессионалов, особенно с медсестрами и социальными работниками, а также на организационную интеграцию с точки зрения частоты встреч для обсуждения качества медицинской помощи. Принимая во внимание мнение врачей общей практики с точки зрения опыта и удовлетворенности первичной медико-санитарной помощью, стратегии совместного размещения являются необходимым шагом для облегчения сотрудничества между профессионалами и предотвращения непредвиденных последствий с точки зрения даже возможной изоляции первичной медико-санитарной помощи как вынужденного «распада интеграции» [86].

В Италии около 40 лет назад зародилась национальная универсальная система здравоохранения (Servizio Sanitario Nazionale), которая предоставляет полный спектр медицинских услуг со свободным выбором поставщиков. Эта система оценивается Организацией экономического сотрудничества и развития как одна из самых высоких по продолжительности жизни и одна из самых низких по расходам на здравоохранение по отношению к валовому внутреннему продукту. Однако быстрое старение населения, рост распространенности хронических заболеваний, рост спроса и пандемия COVID-19 выявили слабые места в системе. В стране особое внимание уделяется планированию, профилактике и научным исследованиям на основе данных регистров; комплексный уход и технологии; а также инвестиции в персонал. Развитие системы здравоохранения Италии характеризуется постоянной борьбой за баланс между централизацией и децентрализацией, дилеммой, с которой сталкиваются многие страны. Если во время чрезвычайных ситуаций планирование, координация и контроль со стороны правительства могут гарантировать унифицированное поведение поставщиков медицинских услуг и доступ к медицинской помощи, то в другие периоды баланс может быть найден при условии, что автономия сочетается с подотчетностью в достижении определенных целей, а правительство развивает легитимность, чтобы формулировать политику здравоохранения национального характера [87].

В Канаде было проведено десять тематических исследований в трех провинциях с целью разъяснения опыта сотрудничества в области первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения в различных условиях, контекстах, группах населения и формах. Источники данных включали опрос с использованием инструмента самооценки партнерства, фокус-группы и анализ документов. Это дало возможность изучить, как сотрудничество между первичной медико-санитарной помощью и общественным здравоохранением может способствовать преобразованию первичной медико-санитарной помощи на уровне сообществ с потенциалом для решения четырехсторонних целей. Цели сотрудничества включали: наращивание потенциала поставщиков медицинских услуг, региональное управление

вакцинами/иммунизацией, программы укрепления здоровья на уровне сообществ и информационно-пропагандистскую деятельность для расширения доступа к медицинской помощи [88]. Барьеры и способствующие факторы различались в зависимости от конкретной ситуации. Предполагаемые препятствия включали неэффективные коммуникационные процессы, нехватку времени для сотрудничества, географические проблемы, нехватку ресурсов, а также различные цели и задачи отдельных медицинских организаций [89]. Возможные факторы, способствующие интеграции, включают четкие цели, доверительные и инклюзивные отношения, ясность ролей, сильное лидерство, четкую координацию и коммуникацию, а также оптимальное использование ресурсов. Достигнутые результаты определялись как улучшение доступа к услугам, решение проблемы здоровья населения посредством охвата групп риска, снижение затрат за счет повышения эффективности и улучшение качества обслуживания поставщиков за счет наращивания потенциала. Таким образом, сотрудничество в области первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения может укрепить ПМСП на уровне сообществ, одновременно решая поставленные цели с акцентом на сокращение неравенства в отношении здоровья, при этом требует внимания к препятствиям и факторам, способствующим сотрудничеству [88, с. 11].

В Сингапуре при развитии системы здравоохранения был сделан акцент на личной ответственности граждан за их здоровье и активном государственном вмешательстве для обеспечения доступа и доступности медицинской помощи посредством целевых субсидий и сокращения ненужных затрат. Сингапур в последние десятилетия добивается хороших результатов в отношении проблемы здоровья населения, при этом общие расходы на здравоохранение в 2016 году составили 4,47% валового внутреннего продукта. Однако в системе здравоохранения до сих пор сохраняются проблемные вопросы, такие как нехватка больничных коек для неотложной помощи, а также дорогостоящие услуги, за которые жители страны вынуждены платить самостоятельно. В основе этих проблем лежат растущая распространенность неинфекционных заболеваний и быстрое старение населения, ограничения в предоставлении и организации первичной медико-санитарной помощи и длительной помощи больным с хроническими заболеваниями, а также финансовые стимулы, которые могут непреднамеренно препятствовать интеграции помощи. Для решения этих проблем в 2012 году Министерство здравоохранения Сингапура провело комплексные реформы в соответствии со своим Генеральным планом «Здоровье-2020». Эти реформы привели к увеличению числа государственных больничных коек и услуг при хронических болезнях, росту субсидий на первичную и долгосрочную помощь, а также представили серию реформ финансирования здравоохранения для усиления финансовой защиты и охвата. В 2016 году Министерство здравоохранения Сингапура сформулировало необходимые сдвиги с точки зрения так называемых «трех сторон», а именно: от медико-санитарной помощи к здоровью, от больницы к обществу и от качества здоровья к его ценности [90].

Страны постсоветского пространства унаследовали систему здравоохранения в стиле Семашко после распада Советского Союза в 1991 году. Социально-политические трудности в 1990-е годы, безусловно, привели к ухудшению показателей, характеризующих здоровье населения, хотя экономический рост этих стран с 2000 года положительно сказался на них. Так, система здравоохранения Армении по-прежнему чрезмерно ориентирована на стационарную помощь, сосредоточенную в столице, несмотря на общее сокращение больничных коек и согласованные усилия по реформированию системы оказания первичной медико-санитарной помощи. Изменения в финансировании системы здравоохранения с момента обретения независимости привели к тому, что на самостоятельные выплаты жителей сейчас приходится более половины общих расходов на здравоохранение. Это снижает доступ к основным услугам для беднейших домохозяйств, особенно к стационарной помощи и фармацевтическим препаратам, и многие домохозяйства сталкиваются с катастрофическими расходами на здравоохранение. Повышение эффективности системы здравоохранения и повышение финансовой справедливости являются ключевыми проблемами при реформировании системы здравоохранения в этой стране. Расширение программ по охране здоровья матери и ребенка может предложить необходимые решения, но потребует устойчивых финансовых ресурсов, что будет затруднительно в контексте жесткой экономии и низкой базы государственного финансирования [91].

Несмотря на значительные изменения, произошедшие с момента обретения независимости, Беларусь сохраняет приверженность принципу всеобщего доступа к здравоохранению. Медицинская помощь в этой стране предоставляется бесплатно по месту жительства через преимущественно государственные учреждения, организованные иерархически по территориальному принципу. Постепенные изменения, а не радикальные реформы, также были отличительной чертой политики в области здравоохранения Беларуси, хотя в некоторых областях было введено подушевое финансирование и предпринимались последовательные усилия по усилению роли первичной медико-санитарной помощи. Проблемы высоких затрат в больничном секторе и слабости общественного здравоохранения демонстрируют необходимость продвижения программы реформ в этой стране. Основное внимание при этом уделяется усилению профилактических услуг и повышению качества и эффективности специализированных услуг. Ключевые проблемы на пути к достижению этой цели включают сокращение избыточного потенциала больниц, усиление управления здравоохранением, использование основанных на фактических данных лечебных и диагностических процедур, а также разработку более эффективных механизмов финансирования [91, с. 11].

Российская система здравоохранения после распада СССР реформировала финансирование здравоохранения, приняв модель обязательного медицинского страхования (ОМС) в 1993 году. ОМС было введено, чтобы открыть систему медицинского страхования - целевой поток финансирования здравоохранения в

условиях серьезных финансовых ограничений. Несмотря на то, что с начала 1990-х годов система здравоохранения Российской Федерации претерпела значительные изменения и развитие, для нее характерна централизация, ориентация на всеобщий доступ к базовому медицинскому обслуживанию. Несмотря на общее сокращение уровня бедности населения страны, наблюдается заметное разделение между городскими и сельскими районами, и сельское население имеет худшее здоровье и более ограниченный доступ к медицинским услугам, чем городское население. Увеличение бюджетных ресурсов, согласно политике государства, привело к появлению ряда программ здравоохранения на федеральном уровне, которые были сосредоточены на предоставлении услуг и увеличении финансирования приоритетных областей, включая оказание первичной медико-санитарной помощи в сельских районах. Тем не менее, расходы на общественное здравоохранение в Российской Федерации остаются относительно низкими с учетом имеющихся ресурсов. Очевидно, что даже при нынешнем уровне финансирования эффективность системы здравоохранения может быть повышена. Механизмы оплаты медицинских услуг являются основным препятствием на пути повышения эффективности в российской системе здравоохранения, поскольку большая часть бюджетного финансирования, направляемого через местные органы власти, основывается на вводимых ресурсах. По этой причине самые последние реформы, а также разрабатываемое законодательство направлены на обеспечение того, чтобы все финансирование здравоохранения направлялось через усиленную систему ОМС, при этом контракты на оплату медицинских услуг заключаются с использованием показателей, основанных на результатах [92].

Детальное исследование, проведенное в странах с низким уровнем доходов, достигших хороших результатов в отношении здоровья населения при умеренных затратах (Бангладеш, Эфиопия, Кыргызстан, и Таиланд) недавно выявил 4 основополагающих фактора, определяющих успешность систем здравоохранения [93]. К ним были отнесены: (1) потенциал - ключевая роль отдельных лиц и организаций в разработке и реализации реформ; (2) преемственность - стабильность, необходимая для проведения реформ, и институциональная память, которая предотвращает от повтора ошибок; (3) катализаторы – использование всех доступных возможностей и (4) содержание - политика, уместная и соответствующая обстоятельствам. Была подчеркнута важность устойчивой политической поддержки здоровья, квалифицированных кадровых ресурсов здравоохранения, высокая степень соучастия общества и политика укрепления здоровья, выходящая за рамки только сектора здравоохранения.

1.2 Подходы к интеграции медицинского обслуживания в здравоохранении РК

Обширная инфраструктура госпитальной медицинской помощи и недостаток внимания к ПМСП является одним из наследий советской системы здравоохранения в нашей стране несмотря на то, что за последние 20 лет Казахстан осуществил достаточно большое реформ здравоохранения [29,с. 11]. Так, текущие государственные ассигнования на стационарные услуги в Казахстане удвоились за последние пять лет. Согласно докладу Oxford Policy Management, в Казахстане по-прежнему большинство пациентов получают помощь на стационарной основе, несмотря на то что около 15 % от этих случаев можно эффективно лечить в амбулаторных условиях. Следовательно, значительная часть ресурсов здравоохранения была потрачена на стационарные услуги вместо финансирования ПМСП. В целом, на поддержку ПМСП и профилактику заболеваний выделяется менее 5% национальных расходов на здравоохранение [93,с. 8]. Это особенно заметно в столице Казахстана, где за последнее десятилетие было построено более 10 новых госпиталей с дорогим оснащением и обслуживанием. Это влечет за собой дополнительные расходы, которые ложатся на систему здравоохранения страны. При этом медицинские технологии становятся все более дорогими и сложными [29,с. 16].

Историческая Алма-Атинская декларация ВОЗ 1978 года способствовала центральному принципу ПМСП в формировании эффективного, действенного и справедливого медицинского обслуживания [50,с. 11]. Хотя многие страны приняли Декларацию, ПМСП по-прежнему недофинансируется во многих странах мира, включая Казахстан [94]. Неизбежным результатом такой политики является рост использования медицинских услуг, увеличение бремени ухода за хроническими заболеваниями и расходов на их лечение. Этому способствуют процесс старения населения, ухудшающаяся экологическая обстановка и вспышки заболеваний. Смещение акцента на ПМСП и профилактику заболеваний является одной из ключевых стратегий, направленных на снижение экономических потерь в здравоохранении [95].

По данным исследования 2012 года, проведённого Академией превентивной медицины Казахстана, более 30% жителей г. Алматы, в возрасте 25-44 лет, предпочитают пользоваться услугами частных медицинских организаций. Более 40% среди них не испытывают доверия к государственным медицинским учреждениям [96]. Исследование, проведённое специалистами Harvard Medical International несколькими годами ранее, установило, что ежегодно 200-250 миллионов долларов США утекают из Казахстана в другие страны на покрытие медицинских нужд [97]. Для улучшения этих показателей требуется дальнейшее совершенствование системы здравоохранения страны со смещением баланса в сторону ПМСП. Для достижения лучших результатов по укреплению здоровья граждан, были обозначены 100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ. 80 шаг в нём гласит, что «первичная помощь станет центральным звеном национального здравоохранения для предупреждения и ранней борьбы с заболеваниями» [97,с. 19].

Таким образом, в рамках ПМСП существует континуум от отдельного человека к целой стране, и было бы вполне разумно организовывать ответ на

медицинские и социальные потребности через дополнительные пути этого континуума. Для клиницистов необходимо видеть свою роль в системе ПМСП по отношению к индивидууму и семье в целом, в то время как организации по охране общественного здоровья в равной степени должны решать проблемы с точки зрения определенных групп населения или общества в целом. Вместе с тем, наряду с ролью других институтов, таких как общественные организации, они вносят свой вклад в то, что в итоге можно считать ПМСП в ее полном смысле.

Одной из задач, которые были обозначены в программе «Денсаулык», было развитие системы ОЗ и совершенствование профилактики и управления заболеваниями. Эта задача планировалась решать путем:

- Создания СОЗ и развития межсекторального взаимодействия;
- Приоритетного развития ПМСП;
- Интеграции всех уровней медицинской помощи вокруг интересов пациента [98].

В Паспорте национального проекта "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация" в 1-направлении «Доступная и качественная медицинская помощь» также указаны показатели, которые можно отнести к интеграции ПМСП: расширение объема медицинской помощи на амбулаторном уровне в общем объеме медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и системе обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) и увеличение охвата беременных женщин индивидуальным и междисциплинарным дородовым наблюдением. В направлении 4 указанного проекта «Увеличение доли населения, ведущего здоровый образ жизни, и развитие массового спорта» особое внимание уделяется на показатели достижения доли населения, ведущих здоровый образ жизни, отказывающихся от вредных привычек.

Основу улучшенной системы ПМСП составляют интеграция и координация на всех ее уровнях. Создание, реализация и дальнейшее совершенствование службы ОЗ играет важную стабилизационную роль в обществе, обеспечивая развитие ПМСП, посредством укрепления здоровья населения и благосостояния государства в целом [99]. В медицинской литературе термин «межсекторальное сотрудничество» часто относится к коллективным действиям, включающим более одной специализированной организации, которые выполняют разные роли для общей цели [100].

Ранее сформулированные стратегии ПМСП требуют совместных усилий от многих отраслей. Например, повышение грамотности населения, в основном, является задачей сектора образования; сокращение уровня нищеты будет зависеть от стратегических планов и реформ в сфере экономики. Таким образом, стратегии ПМСП принципиально требуют многосекторальных ресурсов [101].

Таким образом, уместно признать «здоровую государственную политику» как общую политическую среду с вовлечением общественного здравоохранения,

ПМСП и общественных институтов в качестве сквозной основы для формирования здоровья населения и развития служб, связанных со здоровьем, работающих по всему спектру от первичной профилактики до долгосрочной медицинской помощи. Эта среда, в свою очередь, должна быть интегрирована и согласована с критически необходимыми неотложными и специализированными системами медицинской помощи. На практике существует необходимость интеграции здравоохранения на всех уровнях с общественным здравоохранением и ПМСП для оценки потребностей населения в области здравоохранения, определения приоритетов в этой области, планирования и реализации программ, которые будут оптимальным образом соответствовать потребностям. При этом необходимо иметь в виду, что вмешательства по всему спектру поставленных приоритетов являются критически важными для достижения желаемых результатов в отношении здоровья нации, таких как здоровая общественная политика, окружающая среда, охрана труда, укрепление здоровья, клинические вмешательства и интегративные стратегии для разработки стратегий общественного здравоохранения и ПМСП, а также более специализированной и поддерживающей медицинской помощи, каждая из которых должна быть разработана с учетом основных принципов универсальности и устойчивости [102, 103].

В современном мире необходимо предпринимать глобальные усилия для создания более интегрированных и общедоступных систем здравоохранения с точки зрения управления. Общественное здравоохранение и ПМСП считаются важными и устойчивыми краеугольными камнями в построении устойчивой системы здравоохранения в 21 веке. Однако, несмотря на глобальный консенсус в этом вопросе, существует значительный дисбаланс в приоритетах в политике здравоохранения и в профессиональном образовании в большинстве стран. Для этого есть множество причин, начиная с доминирования устаревшего взгляда на развитие служб здравоохранения, которое отдает предпочтение специализированным биотехнологиям, а не лучшему пониманию детерминант здоровья, дающих возможность совершенствования стратегий профилактики и мотивов, на которые часто влияют соображения вознаграждения, образа жизни и личного престижа. Следовательно, для политиков и руководителей здравоохранения во всех странах важно скорректировать стратегические стимулы для планирования более комплексного подхода в развитии эффективной, справедливой, действенной и доступной системы здравоохранения [104].

Сотрудничество между общественным здравоохранением и ПМСП представляется важной стратегией для достижения принципов справедливости и доступа к медицинской помощи, а также для обеспечения более равного распределения медицинских услуг.

2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Программа и дизайн исследования

Для достижения поставленной нами цели и решения задач, нами была разработана программа исследования (таблица 1).

Нами были использованы:

- официальная информация об инфраструктуре медицинских организаций Управления общественного здравоохранения г. Алматы;
- результаты социологического исследования руководителей и специалистов Департамента охраны общественного здоровья г. Алматы (ныне Департамент санитарно-эпидемиологического контроля г. Алматы), а также Управлений охраны общественного здоровья по районам (ныне Управления санитарно-эпидемиологического контроля по районам);
- результаты социологического исследования руководителей и врачей городских поликлиник г. Алматы по всем его районам;
- результаты социологического исследования среднего медперсонала городских поликлиник г. Алматы по всем его районам;
- результаты социологического исследования населения г. Алматы 18 лет и старше;
- результаты интервьюирования ключевых экспертов и их результаты.

Как видно из таблицы 1, для реализации поставленных целей и задач, разработанная программа позволила разделить всё исследование на отдельные этапы. Планирование этапов работы легло в основу составления календарного плана и последовательности выполняемых нами исследовательских работ.

На первом этапе исследования, по данным литературы, нами был изучен многолетний отечественный и международный опыт в области интеграционных процессов ПМСП. В рамках литературного обзора проведён углубленный анализ отечественных публикаций, публикаций стран содружества независимых государств (СНГ) и зарубежных источников по следующим темам: роль ПМСП в развитии здравоохранения, модель интеграции ПМСП и ОЗ (международный опыт) и значимость ОЗ и её интеграции с ПМСП. В подготовке литературного обзора были использованы базы данных MEDLINE, Pubmed, EMBASE, также была изучена нормативно-правовая база здравоохранения по вопросам интеграции ПМСП.

Второй этап – провести сравнительный анализ инфраструктуры ПМСП г. Алматы по районам. Инфраструктура здравоохранения оценивалась по состоянию на 2019 год и была проанализирована нами в разрезе 8 районов (Алатауский, Алмалинский, Ауэзовский, Бостандыкский, Жетысуский, Медеуский, Наурызбайский и Турксибский) города. Основным источником информации стала официальная информация Управления общественного здравоохранения г. Алматы и другие официальные статистические источники информации.

Таблица 1– Программа исследования

Задачи исследования	Объекты и объём исследования	Методы	Результаты исследования
Первый этап			
1	2	3	4
Изучить различные стратегии интеграционных (межотраслевых и междисциплинарных) процессов в первичном звене здравоохранения зарубежных стран.	110 литературных источников	Библиографический Информационно-аналитический	Была изучена медицинская научная литература, включая научные публикации медицинских электронных баз, данных Medline/Pubmed; Web of Science. Проведён анализ многолетнего отечественного и международного опыта, касающегося интеграции ПМСП и ОЗ.
Второй этап			
Провести сравнительный анализ инфраструктуры организаций ПМСП города Алматы по районам.	Официальная информация об инфраструктуре медицинских организаций г. Алматы, по данным УОЗ г. Алматы на 2019 год в разрезе 8 районов	Информационно-аналитический	Проведён сравнительный анализ инфраструктуры ПМСП и УОЗ г. Алматы по районам по состоянию на 2019 год.
Третий этап			
Оценить состояние интеграции ПМСП и СОЗ с позиции руководителей органов и организаций здравоохранения, медицинских работников и населения и определить прогностические факторы, негативно влияющие на удовлетворенность интеграцией.	Результаты проведенного социологического исследования руководителей и специалистов медицинских организаций г. Алматы; населения г. Алматы 18 лет и старше (3134 анкеты)	Социологический Статистический	Определен уровень осведомленности проведен анализ мнений среди респондентов
Четвёртый этап			
Проанализировать мнение и восприятие ключевых экспертов в сфере	Результаты интервьюирования ключевых экспертов (15	Метод интервью ключевых информатор	Проанализировано мнение ключевых экспертов в сфере здравоохранения о проблемах интеграционных

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4
здравоохранения о проблемах внедрения инициатив общественного здоровья на уровне ПМСП и интеграции ПМСП и СОЗ.	интервью)	ов в фокус-группе	процессов в ПМСП
Пятый этап			
Разработать предложения по совершенствованию интеграции первичного звена здравоохранения с общественным здравоохранением.	Разработка научно-обоснованной модели	Аналитический; Метод экспертных оценок; Метод сравнения	Дано научное обоснование предложений по совершенствованию интеграции первичного звена здравоохранения с общественным здравоохранением.

Особое внимание было уделено количеству поликлиник в каждом из районов и количеству прикрепленного населения к медицинским организациям.

Третий и четвертый этап – оценить состояние интеграционных процессов ПМСП в г. Алматы по районам. Нами было проведено социологическое исследование: анкетирование разных групп респондентов; интервьюирование ключевых экспертов.

На пятом этапе было дано научное обоснование предложений по совершенствованию интеграции первичного звена здравоохранения с общественным здравоохранением.

Таким образом, дизайн исследовательской работы был скомбинирован из нескольких типов исследований: дескриптивное исследование, кросс-секционное исследование, качественное исследование, аналитическое исследование (рисунок 1).

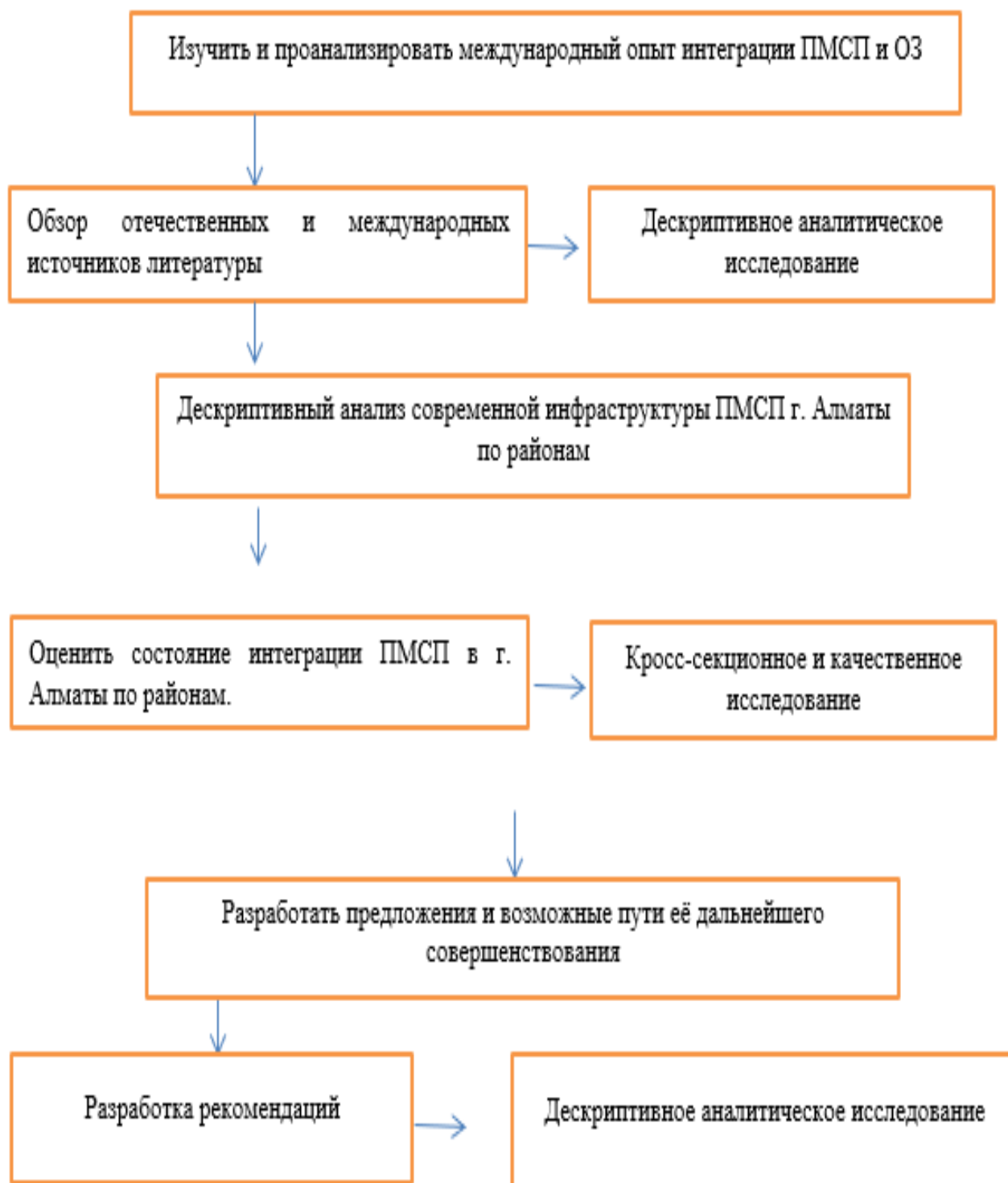


Рисунок 1 – Основные этапы и дизайн исследовательской работы

2.2 Базы исследования и их характеристики

В качестве основного объекта исследования по территориальному признаку нами был выбран г. Алматы, представляющий собой многоуровневую, организационно-функциональную модель с большой численностью населения, включающего группы с разным социальным составом и разным уровнем материальной обеспеченности. С целью полного охвата мегаполиса, с учетом особенностей его разных районов, исследование проводилось в восьми районах г. Алматы (Алатауский, Алмалинский, Ауэзовский, Бостандыкский, Жетысуский, Медеуский, Наурызбайский, Турксибский). В каждом районе методом случайного выбора нами была определена одна типовая поликлиника.

Простая случайная выборка (Simple Random Sampling — SRS) поликлиники из генеральной совокупности проводилась по повторной методике (схема возвращённого шара). Всем элементам генеральной совокупности был присвоен порядковый номер и на каждый элемент заведён жребий (пронумерованные шары), которые были перемешаны и помещены в ящик, из которого затем отбирались шары в случайном порядке. Всего было пронумеровано и помещено 36 шаров, которые соответствовали номерам городских поликлиник во всех районах г. Алматы. Порядок отбора поликлиники (по 1 в каждом районе) в каждом из районов проходил строго в определённом порядке. Сначала все районы города были выставлены в алфавитном порядке: Алатауский, Алмалинский, Ауэзовский, Бостандыкский, Жетысуский, Медеуский, Наурызбайский, Турксибский.

Согласно этой последовательности, из ящика доставался один шар. В случае, если он не относился к рассматриваемому району, он помещался назад в ящик. Процедура продолжалась до тех пор, пока не было отобрано по одной поликлинике в каждом из районов г. Алматы. Таким образом, методом собственно случайной выборки по повторной методике нами были отобраны следующие поликлиники по районам: Алатауский – ГП №25, Алмалинский – ГП №5, Ауэзовский – ГП №10, Бостандыкский – ГП №17, Жетысуский – ГП №21, Медеуский – ГП №33, Наурызбайский – ГП №36 и Турксибский – ГП №9. В этих поликлиниках было проведено анкетирование администрации, врачей и среднего медперсонала методом сплошного исследования.

Социологическая оценка организаций ПМСП была проведена путём кросс-секционного исследования с помощью анкетирования руководителей и специалистов Управлений общественного здравоохранения (УОЗ) во всех его районах методом систематического отбора. Мнение населения г. Алматы 18 лет и старше было исследовано нами путём анкетирования.

Для прохождения процедуры валидации сначала опросники были составлены на русском языке, затем переведены на казахский, после чего обратно с казахского языка переведены на русский. Анкетирование проводилось анонимно, каждому участнику исследования присваивался идентификационный номер. Детально опросники представлены в приложениях А, Б, В, Г.

2.3 Расчет размера выборки

Размер выборки рассчитан с помощью программы Sample Size Calculator: <https://www.surveysystem.com/sscalc.htm> от размера генеральной совокупности. Планируемый размер выборки врачей и медицинских работников составил 815 респондентов для исследования с мощностью в 95%. (по данным Агентства Республики Казахстан по статистике о среднегодовой численности населения (Статистические сборники Республики Казахстан Национального научного центра развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой: [105,с. 11]) 600 респондентов (по 200 в каждом районе города), обратившихся в АПО, что при максимальном уровне допустимой ошибки, который был определен как 5,0%, достаточен для адекватной оценки полученных результатов методом случайной выборки. В качестве точки отбора респондентов была определена поликлиника в каждом районе (метод отбора поликлиник по районам указан выше).

Случайная выборка осуществлялась среди населения г. Алматы 18 лет и старше с использованием метода механической бесповторной рандомизации: каждый второй из числа посетивших районную поликлинику в период проведения исследования был приглашен к участию в нем. Набор респондентов продолжался до достижения их предопределенного количества. Количество населения г. Алматы старше 16 лет было учтено на начало 2018 г., согласно официальным данным как 1 373 991 человек [106]. Выборка производилась по формуле:

$$SS = \frac{Z^2 * (p) * (1-p)}{C^2}$$

где:

Z = Z фактор (например, 1,96 для 95% доверительного интервала)

p = процент интересующих респондентов или ответов, в десятичной форме (0,5 по умолчанию)

c = доверительный интервал, в десятичной форме (например, 0,04 = ±4%)

Исследование проводилось методом социологического опроса, путём добровольного анонимного анкетирования. Анкеты собирались на месте сразу после их заполнения. В случае ошибочных ответов респондентами по каким-либо причинам (механическая ошибка, невнимательность и т.д.), им предоставлялась новая. Таким образом, был осуществлен максимальный охват респондентов при минимальном уровне ошибки. Не все респонденты ответили на все вопросы анкеты, поэтому количество данных, используемых в статистическом анализе, отличается от общего количества анкет в меньшую сторону.

Все анкеты разработаны нами в соответствии с методологией ЕРБ ВОЗ «A step-by-step guide for developing profiles on health services delivery transformations (Обзорный вопросник (приложение Д), Протокол опроса ключевых информаторов (приложение Е)», путём его преобразования и адаптации всем группам исследуемых респондентов.

На все анкеты получены по две рецензии от ведущих специалистов в области здравоохранения; все анкеты утверждены на заседании учёного совета КМУ «ВШОЗ» от 15.11.2018 г.

Всего нами были разработаны:

1. Анкета по изучению уровня осведомлённости респондентов (руководителей и врачей городских поликлиник г. Алматы), а также состояния процессов интеграции ПМСП в РК и перспектив её развития на примере г. Алматы, состоящая из 48 вопросов (приложение А).

2. Анкета по изучению уровня осведомлённости респондентов (населения г. Алматы 18 лет и старше), а также состояния интеграции ПМСП в РК и перспектив её развития на примере г. Алматы, состоящая из 42 вопросов (приложение Б).

3. Анкета по изучению уровня осведомлённости респондентов (среднего медперсонала городских поликлиник г. Алматы), а также состояния интеграции ПМСП в РК и перспектив её развития на примере г. Алматы, состоящая из 44 вопросов (приложение В).

4. Анкета по изучению уровня осведомлённости респондентов (руководителей и специалистов Управлений охраны общественного здоровья г. Алматы), а также состояния интеграции ПМСП в РК и перспектив её развития на примере г. Алматы, состоящая из 45 вопросов (приложение Г).

В начале каждой анкеты представлена информация о её цели; добровольном, анонимном и конфиденциальном порядке его проведения; при наличии дополнительных вопросов – контактных данных главного исследователя. Вопросы анкеты сгруппированы таким образом, что они сохраняют определённую логическую последовательность. Все анкеты выдержаны в одной структурной последовательности и состоят из следующих блоков: паспортная часть, осведомлённость и состояние интеграции ПМСП и СОЗ, перспективы дальнейшего развития этого процесса. В конце респонденты ставили личную подпись, тем самым верифицируя уникальность каждой заполненной анкеты.

Таким методом нами было проведено всестороннее, многовекторное исследование подходов к интеграции медицинского обслуживания в здравоохранении в г. Алматы. ПМСП было представлено администрацией, врачами и средним медперсоналом восьми поликлиник во всех районах города; в опросе также приняло участие население от 18 лет и старше во всех районах г. Алматы.

Собранная на различных уровнях системы здравоохранения и с разных точек зрения информация помогла получить ответы на вопросы: как происходит взаимодействие между основными заинтересованными сторонами, как общая система здравоохранения их выполняет; как преобразовать имеющиеся медицинские услуги.

В СОЗ был охвачен 100% объём респондентов: В Департаменте санитарно-эпидемиологического контроля г. Алматы – 38 респондентов (руководители – 8,

специалисты – 30); В Управлениях санитарно-эпидемиологического контроля по всем восьми районам – 100 респондентов (руководители – 32, специалисты – 68).

Распределение респондентов по районам и их характеристика представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Распределение респондентов (администрация, врачи и средний медперсонал), исследованных в районных поликлиниках г. Алматы

Районы	Поликлиники	Администрация	Врачи	Средний медперсонал	Всего
Алатауский	ГП №25	5	43	69	117
Алмалинский	ГП №5	5	81	145	231
Ауэзовский	ГП №10	5	95	163	263
Бостандыкский	ГП №17	5	93	142	240
Жетысуский	ГП №21	4	37	99	140
Медеуский	ГП №33	4	34	62	100
Наурызбайский	ГП №36	4	46	55	105
Турксибский	ГП №9	4	80	116	200
Итого	8 ГП	36	509	851	1396

Как мы можем увидеть из таблицы 2 количество респондентов варьировало в зависимости от мощности городской поликлиники. Наибольшее число респондентов – в Бостандыкском районе (240); наименьшее – в Медеуском районе (100). Администрация представляет незначительную часть всех респондентов (2,4%), врачи и средний медперсонал – 97,6%. Всего анкетированием во всем городе по городским поликлиникам нами было охвачено 1396 респондентов. Первоначальное число анкет равнялось 1420, но из них были убраны 24 единицы (1,69%), ввиду механических ошибок респондентов.

Распределение респондентов по районам и их характеристика представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Распределение респондентов (население 18 лет и старше), исследованных в районных поликлиниках г. Алматы

Район	Поликлиника	Население 18 лет и старше
1	2	3
Алатауский	ГП №25	200

Продолжение таблицы 3

1	2	3
Алмалинский	ГП №5	200
Ауэзовский	ГП №10	200
Бостандыкский	ГП №17	200
Жетысуский	ГП №21	200
Медеуский	ГП №33	200
Наурызбайский	ГП №36	200
Турксибский	ГП №9	200
Итого	8 ГП	1600

2.4 Интервьюирование ключевых экспертов (качественное исследование)

Ключевой эксперт – лицо, обладающее всей необходимой информацией по определённому вопросу и/или проблеме [107]. Их тщательный отбор был осуществлён нами согласно рекомендациям, указанным в «A step-by-step guide for developing profiles on health services delivery transformations».

Вся методология исследования по определению и описанию инициатив в области интеграции ПМСП и ОЗ также была заимствована из этого путеводителя, который рекомендован ЕРБВОЗ на международном уровне и осуществлялась в фокус-группе, где исследователь выступал в качестве модератора-интервьюера. Она состоит из пяти шагов: определение инициативы; подготовка материально-технической базы; сбор доказательств; анализ полученных результатов и завершение профиля.

В качестве ключевых экспертов выступили: представители администрации УОЗ г. Алматы, директора организаций, их заместители, главные специалисты УОЗ г. Алматы, а также заведующие отделениями. Всего было проведено 15 интервью на анонимной основе, путем опроса ключевых экспертов в своих областях.

После того, как ключевые эксперты нами были определены, мы связались с ними, чтобы узнать желание и возможность их участия в интервьюировании.

В целях избежания дублирования информации и возможности получения дополнительных данных от ключевых экспертов, было составлено письмо с кратким содержанием вопросов интервью, с определением времени, места, длительности и формата проведения анкетирования.

Для организации и проведения интервьюирования ключевых экспертов нами было составлено второе письмо, содержащее предварительную для них информацию. Данным письмом мы выразили наше намерение задокументировать нашу инициативу и запросить согласие на участие ключевых экспертов в этом процессе. Короткое письмо соответствовало следующему перечню:

- Обзор проводимой работы;
- Цели и ожидаемые результаты;

- Общий обзор темы для обсуждения;
- Метод коммуникации;
- Альтернативный метод коммуникации;
- Желательная продолжительность времени общения с ключевым информатором.

Каждое интервью проводилось в удобное время, подходящем месте и при учёте других благоприятных обстоятельств для ключевого информатора. Его продолжительность варьировалась в пределах 30-40 минут.

Перед началом каждого интервью у ключевого информатора было взято устное согласие на аудиозапись всей беседы, которая велась на диктофон.

После составления текста интервью, была проведена повторная встреча с ключевыми информаторами, где ими заполнялся документ под названием «Проверка соответствия (Validation survey (приложение Д))». Этот инструмент предоставляет возможность оценить точность описания самого интервью, объективных данных, мыслей ключевого информатора, также прокомментировать любые элементы, которые, по их мнению, улучшат профиль инициативы.

Вышеуказанная методология, предложенная ЕРБВОЗ, дала возможность максимально объективно преобразовать описание инициативы в текстовый вариант.

Всего нами выявлены и описаны пять инициатив, интервьюированы 15 ключевых экспертов в различных областях здравоохранения:

1. Программа управления заболеваниями (ПУЗ)
2. Интеграция ПМСП и фтизиатрической службы
3. Интегрированная модель службы родовспоможения и детства
4. Интеграция ПМСП и онкологической службы
5. Интеграция ПМСП с психиатрической и наркологической службами

С помощью вышеуказанных методов и анализа полученной информации, нами оценена существующая модель интеграции ПМСП и СОЗ в г. Алматы.

2.5 Этические аспекты проведенного исследования

Дизайн, протокол и все анкеты, использованные в исследовании, были одобрены Локальной комиссией по вопросам этики КМУ «ВШОЗ» (Протокол № IRB-A093 от 06.12.2018 г., повторно одобрен № IRB-282 от 01.04.2023 г., в связи с изменением темы диссертации).

2.6 Статистическая обработка

На основе результатов опроса, полученные данные были обработаны с помощью программы Microsoft Excel 2018, затем были экспортированы в статистический программный комплекс BASE SAS (Statistical Analysis System) Software для последующего этапа обработки. С использованием фильтрации, сортировки, математических и статистических функций, была произведена группировка ответов по различным признакам в виде таблиц, были построены

кросс-таблицы (cross-tabulation) для дальнейшего проведения многомерного анализа перемен, для выявления взаимосвязи, статистической достоверности полученных результатов.

Для категориальных переменных данные приведены в виде абсолютных и относительных чисел. Для количественных данных будет проведено измерение центральных тенденций, для данных с распределением близким к нормальному результат выражен в виде среднего \pm стандартное отклонение, для данных с распределением отличающимся от нормального (асимметричным) результат выражен в виде медианы и 25-75 перцентиля. Для качественных данных значимость различий в группах была определена с помощью расчета критерия Хи-квадрат (χ^2), для количественных данных с распределением близким к нормальному статистическая значимость различий в группах была определена с помощью расчета критерия – Т-критерия Стьюдента, для данных с распределением отличающимся с помощью расчета критерия Манна-Уитни.

Для анализа факторов риска была проведена процедура множественной логистической регрессии с расчетом отношения шансов и 95% доверительных интервалов (95% ДИ).

Для поиска ассоциаций между количественными переменными была применена процедура множественной линейной регрессии.

Критический уровень значимости различий в группах был установлен $p < 0,05$.

3 РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

3.1 Результаты анализа обеспеченности медицинскими организациями ПМСП города Алматы

Нами были проанализированы среднее количество человек, приходящееся на одну ГП в каждом районе, число медицинских организаций ПМСП по районам г. Алматы (таблица 5). Полученная нами информация даёт целостное представление об обеспеченности медицинскими организациями ПМСП города Алматы. Представленная информация соответствует действительности на 2019 год, согласно официальным источникам, повторно эта информация обновлена по состоянию на сентябрь 2023 г., где существенных изменений не выявлено.

Нами было определено среднее количество человек, приходящееся на одну ГП, по районам г. Алматы (таблица 4).

Таблица 4 – Распределение ГП по районам г. Алматы и количеству населения

Районы г. Алматы	Количество ГП, ед.	Население района, человек	Среднее количество человек, на одну ГП
Бостандыкский	3	326469	108823
Ауэзовский	5	295947	59189
Алатауский	5	252905	50581
Турксибский	7	233074	33296
Алмалинский	6	215885	35981
Медеуский	3	204898	68300
Жетысуский	2	160193	80096
Наурызбайский	3	129021	43007

Как видно из таблицы 4, среднее количество человек, приходящихся на одну ГП, сильно разнится, что свидетельствует о возможном неравномерном распределении населения, когда дело доходит до получения медицинской помощи. Немаловажным фактором является получение помощи по месту прикрепления, когда люди, прописанные в одном районе, целенаправленно прикрепляются к ГП в другом районе. Количество контингента такого населения не столь велико, так как при таком обслуживании не доступны многие услуги ГП.

Таблица 5 – Численность медицинских организаций по районам г. Алматы

Районы г. Алматы	Бостандыкский	Ауэзовский	Алаштинский	Туркский	Алмалинский	Медеуский	Жетысуйский	Наурызбайский
Ранговое место в зависимости от численности населения/виды помощи	1	2	3	4	5	6	7	8
Стационарная	10	4	-	4	6	4	-	2
Амбулаторно-поликлиническая	3	5	5	7	6	3	2	3
Скорая медицинская*	-	-	-	-	2	-	-	-
Детские санатории	1	2	-	-	-	-	-	-
Противотуберкулёзные санатории	-	-	-	-	-	2	-	-
Дома ребёнка	-	-	-	-	-	2	-	-
Судебно-медицинская и патолого-анатомическая помощь	-	-	-	-	-	-	-	1
*Все районы города охвачены подстанциями скорой медицинской помощи								

Из приведенных нами данных, отображенных в таблицах 4, 5 можно сделать выводы, что г. Алматы полностью обеспечен услугами ПМСП (амбулаторно-поликлинической помощью и скорой медицинской помощью). При этом все поликлиники имеют в кадровом составе психологов и социальных работников.

Услуги ПМСП могут оказывать как поликлиники с профильными специалистами, так и организации ПМСП, где приём ведут только участковые врачи, последние не требуют на содержание больших материальных затрат. Амбулаторно-поликлинические медицинские организации – это «входные ворота» для получения какой-либо информации или медицинской помощи, где первыми пациентов встречают врачи ПМСП, то есть участковые ВОП (педиатры, терапевты, семейные врачи).

Процесс интеграции ПМСП и СОЗ обеспечивается за счет реализации профилактических мероприятий, направленных на выявление ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска, осуществление санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, обучение населения вопросам охраны здоровья, профилактики болезней и формированию здорового образа жизни, а также наличия консультирования психологами и социальными работниками.

Существует 10 основных оперативных функций общественного здравоохранения (ОФОЗ). Использование интегрированного подхода ПМСП и СОЗ позволит эффективно и рентабельно воплотить эти функции. 10 функций ОФОЗ:

1. Эпиднадзор и оценка состояния здоровья и благополучия населения;

2. Мониторинг и реагирование на опасности для здоровья и при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения;
3. Защита здоровья, включая обеспечение безопасности окружающей среды, труда, пищевых продуктов и др.;
4. Укрепление здоровья, включая воздействие на социальные детерминанты и сокращение неравенств по показателям здоровья;
5. Профилактика болезней, включая раннее выявление нарушений здоровья ОФОЗ, способствующие предоставлению услуг;
6. Обеспечение стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия;
7. Обеспечение сферы общественного здравоохранения квалифицированными кадрами достаточной численности;
8. Обеспечение устойчивых организационных структур и финансирования;
9. Информационно-разъяснительная деятельность (адвокация), коммуникация и социальная мобилизация в интересах здоровья;
10. Содействие развитию исследований в области общественного здравоохранения для научного обоснования политики и практики.

Как можно увидеть, функции ОЗ тесно переплетены и имеют пересекающиеся функции с ПМСП, что делает интеграцию ПМСП и СОЗ наиболее актуальной для улучшения предоставления услуг здравоохранения в современном мире.

3.2 Результаты анализа обеспеченности специалистами ПМСП города Алматы

В рамках нашего социологического исследования, респондентам был предложен перечень профильных специалистов, по которому оценивалась обеспеченность тем или иным специалистом. В этот перечень вошли: терапевт, педиатр, кардиолог, хирург, травматолог-ортопед, онколог, фтизиатр, акушер-гинеколог, эндокринолог, психиатр, невропатолог, офтальмолог, оториноларинголог. В списке ответов для полноты картины были перечислены и другие профильные специалисты, которые не предусмотрены в ГП. Ниже приведена таблица из анкеты для наглядности.

Таблица 6 – Вопрос из анкеты об уровне обеспеченности специалистами ПМСП

Специалист	1 – Очень плохо 2 – Плохо 3 – Посредственно 4 – Хорошо 5 – Отлично					6 – Не знаю
	1	2	3	4	5	
ВОП	1	2	3	4	5	6
Терапевтом	1	2	3	4	5	6
Педиатром	1	2	3	4	5	6
Кардиологом	1	2	3	4	5	6
Хирургом	1	2	3	4	5	6
Травматолог-ортопедом	1	2	3	4	5	6

Продолжение таблицы 6

1	2					3
Онкологом	1	2	3	4	5	6
Маммологом	1	2	3	4	5	6
Фтизиатром	1	2	3	4	5	6
Инфекционистом	1	2	3	4	5	6
Акушер-гинекологом	1	2	3	4	5	6
Эндокринологом	1	2	3	4	5	6
Психиатром	1	2	3	4	5	6
Наркологом	1	2	3	4	5	6
Невропатологом	1	2	3	4	5	6
Офтальмологом	1	2	3	4	5	6
Оториноларингологом	1	2	3	4	5	6
Пульмонологом	1	2	3	4	5	6
Нефрологом	1	2	3	4	5	6
Физиотерапевтом	1	2	3	4	5	6
Гастроэнтерологом	1	2	3	4	5	6
Дерматологом	1	2	3	4	5	6
Аллергологом	1	2	3	4	5	6
Иммунологом	1	2	3	4	5	6
Стоматологом	1	2	3	4	5	6
Гериатром	1	2	3	4	5	6

Стоит отметить, что для объективности и целостности понимания обеспеченности специалистами, данный вопрос был включен как в анкеты для специалистов СОЗ, среднего медперсонала, врачей и населения старше 18 лет.

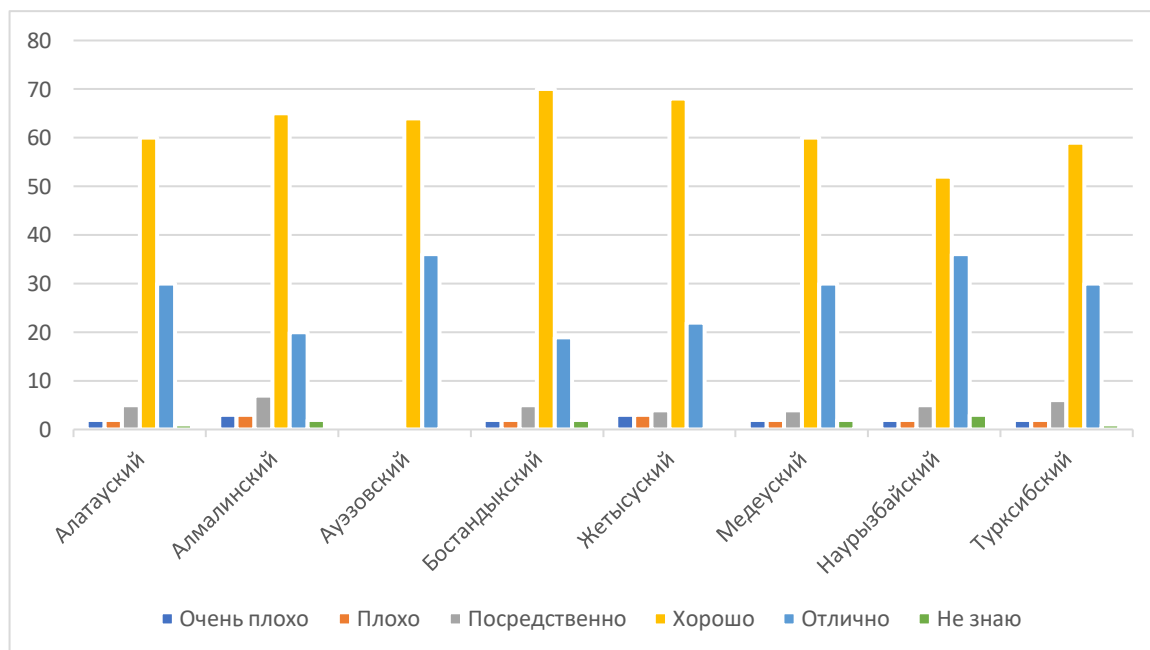


Рисунок 2 – Обеспеченность специалистами общего профиля ПМСП по мнению респондентов СОЗ по г. Алматы

Обеспеченность специалистами респонденты СОЗ в целом по г. Алматы отмечают «хорошим», также среди опрошенных есть мнение, что этот показатель можно оценить, как «отлично». Диапазон ответов в процентном выражении, которые считают обеспеченность «отличной» и «хорошей» среди руководителей в сумме составил $87,5 \pm 12,5\%$; среди специалистов $66 \pm 10,5\%$. Стоит отметить, что эти ответы были даны касательно всех профильных специалистов, за исключением нефрологов, пульмонологов и гериатров. Респонденты единогласны во мнении об отсутствии этих специалистов в поликлиниках г. Алматы. В Алатауском, Жетысуском, Медеуском и Турксибском районах Руководители ответили, что обеспеченность нефрологами, пульмонологами и гериатрами находится на уровне «очень плохо» в $87,5 \pm 12,5\%$ случаев, в остальных четырех районах города картина не сильно отличалась и диапазон ответов, но с вариантом «плохо» составил $73 \pm 6\%$.

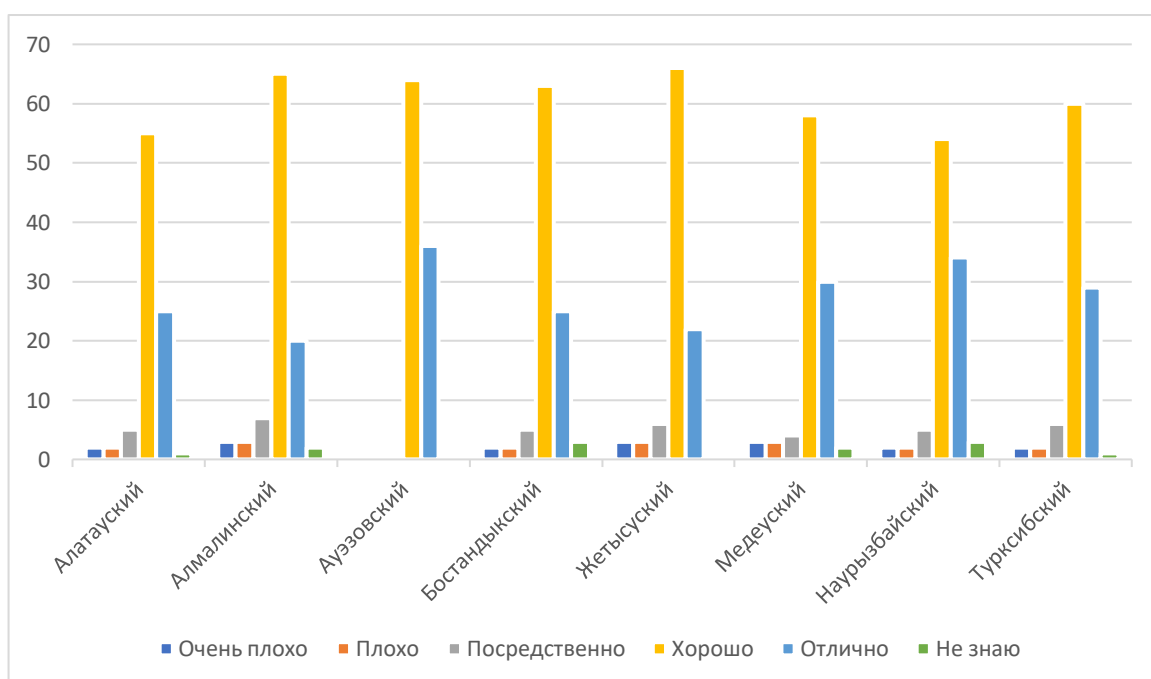


Рисунок 3 – Обеспеченность специалистами общего профиля ПМСП по мнению опрошенных руководителей и врачей ГП по г. Алматы

Как можно увидеть, обеспеченность специалистами общего профиля (ВОП, хирурги, акушер-гинекологи и др.) на высоком уровне, так как во всех районах и по всем категориям респондентов подавляющее большинство ответов оценивают уровень обеспечения этими специалистами как «хорошо» и «отлично» $86 \pm 9\%$. Касаясь профильных специалистов, а в частности, пульмонологов, нефрологов и гериатров, их нет ни в одной из исследованных поликлиник, о чем свидетельствуют 0% ответов среди респондентов. По другим узким специалистам, как онкологи, маммологи, фтизиатры, аллергологи и иммунологи ситуация обстоит таким образом, что их услуги доступны в поликлиниках, но обеспеченность ими оценивается как «посредственная»

69±6%. По всей видимости, это связано с тем, что врачи этих специальностей совмещают работу в нескольких поликлиниках.

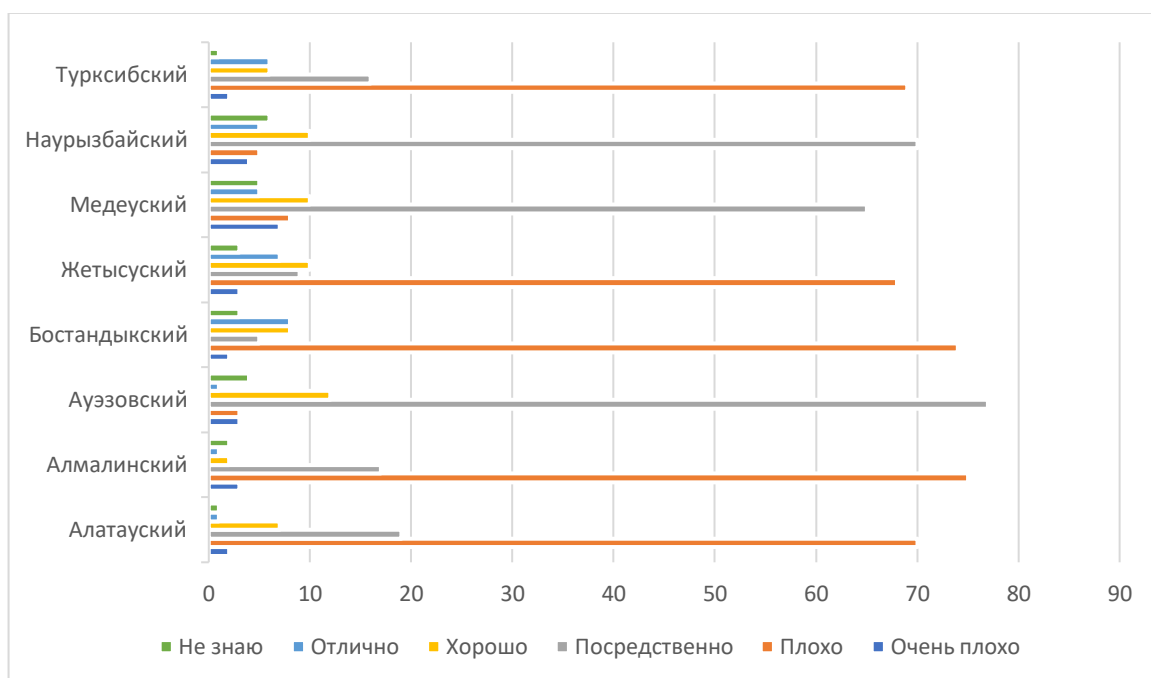


Рисунок 4 – Обеспеченность психиатрами и наркологами по мнению опрошенных руководителей и врачей ГП по г. Алматы

В отношении психиатров и наркологов, мы можем увидеть, что их услуги доступны в трёх из восьми исследованных поликлиник (Ауэзовский – ГП №10; Медеуский – ГП №33; Наурызбайский – ГП №36). Известно, что эти специалисты распределены таким образом, что один врач (психиатр и нарколог) закреплен за одной поликлиникой, в которую обращается население всего района. Возможно по этим причинам, обеспеченность данными специалистами респонденты (Ауэзовский – ГП №10; Медеуский – ГП №33; Наурызбайский – ГП №36) в подавляющем большинстве отметили как «посредственно» 71±6%.

Таким образом, можно отметить, что специалистами общего профиля обеспеченность на достаточно хорошем уровне во всех районах города. Что касается профильных специалистов, их можно подразделить на три категории: первая – профильные специалисты, которые отсутствуют в амбулаторно-поликлинической сети (пульмонологи, нефрологи, гериатры); вторая – профильные специалисты, которые интегрированы в амбулаторно-поликлиническую сеть, но обеспеченность ими на «посредственном» уровне во всех районах г. Алматы (онкологи, маммологи, фтизиатры, аллергологи, иммунологи), третья – профильные специалисты, которые частично интегрированы в амбулаторно-поликлиническую сеть (психиатры и наркологи), эти специалисты интегрированы в определенные ГП по районам г. Алматы.

4 РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ИНТЕГРАЦИИ И ИНТЕГРАЦИОННОЙ ПОЛИТИКИ ПМСП С СОЗ С ПОЗИЦИЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ОРГАНОВ, ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И НАСЕЛЕНИЯ г. АЛМАТЫ (18 ЛЕТ И СТАРШЕ)

4.1 Характеристики респондентов, включенных в социологическое исследование (количественное исследование)

Характеристики респондентов, включенных в социологическое исследование: руководители, врачи и средний медперсонал городских поликлиник г. Алматы

Следует отметить, что администрация и заведующие отделениями выбранных поликлиник представлены в 100% случаев лицами женского пола в Алатауском, Алмалинском, Ауэзовском и Наурызбайском районах. Среди всех групп респондентов и во всех районах города доля женщин-респондентов варьировала в диапазоне 75%-100% ($p < 0,05$) (рисунок 5).

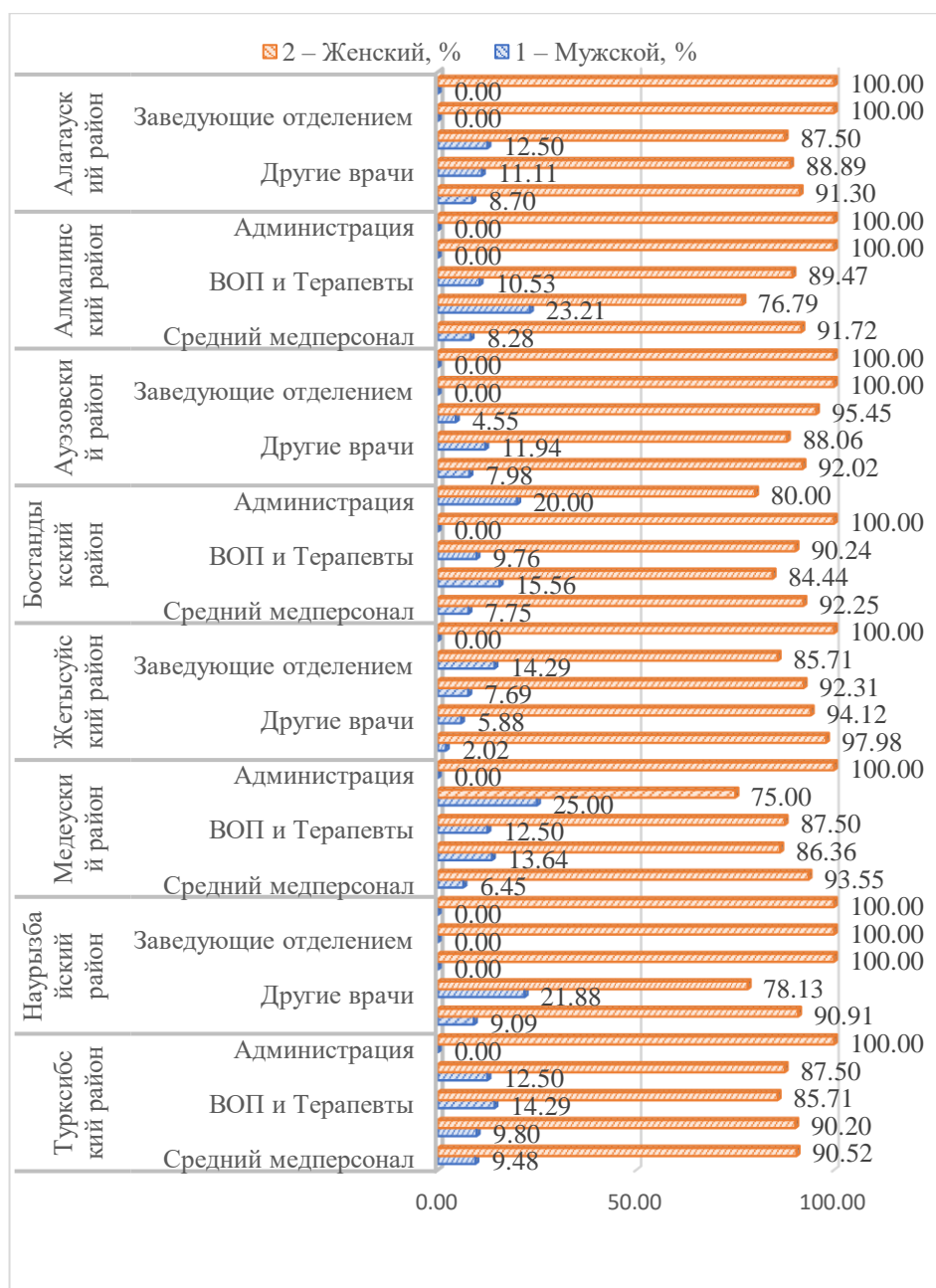


Рисунок 5 – Распределение по половому признаку администрации, заведующих отделениями, врачей и среднего медперсонала отобранных поликлиник по районам г. Алматы, %

Распределение по возрасту администрации, заведующих отделениями, врачей и среднего медперсонала отобранных поликлиник по районам г. Алматы показало, что в Турксибском районе среди среднего медицинского персонала (39,7%) преобладающая группа была 18-25 лет ($p < 0,05$). В возрастной группе от 26-44 лет наибольшее количество респондентов было среди ВОП и терапевтов (87,5%) в Медеуском районе ($p < 0,05$). В возрастной группе от 45 до 60 лет, абсолютное большинство респондентов (100%) было зарегистрировано среди заведующих отделениями в Алатауском и Наурызбайском районах г. Алматы и 100 % опрошенных среди администрации в Жетысуйском, Медеуском и в

Наурызбайском районах г. Алматы. Наименьшие показатели среди опрошенных были в возрастной группе от 61 до 75 лет ($p < 0,05$) (рисунок 6).

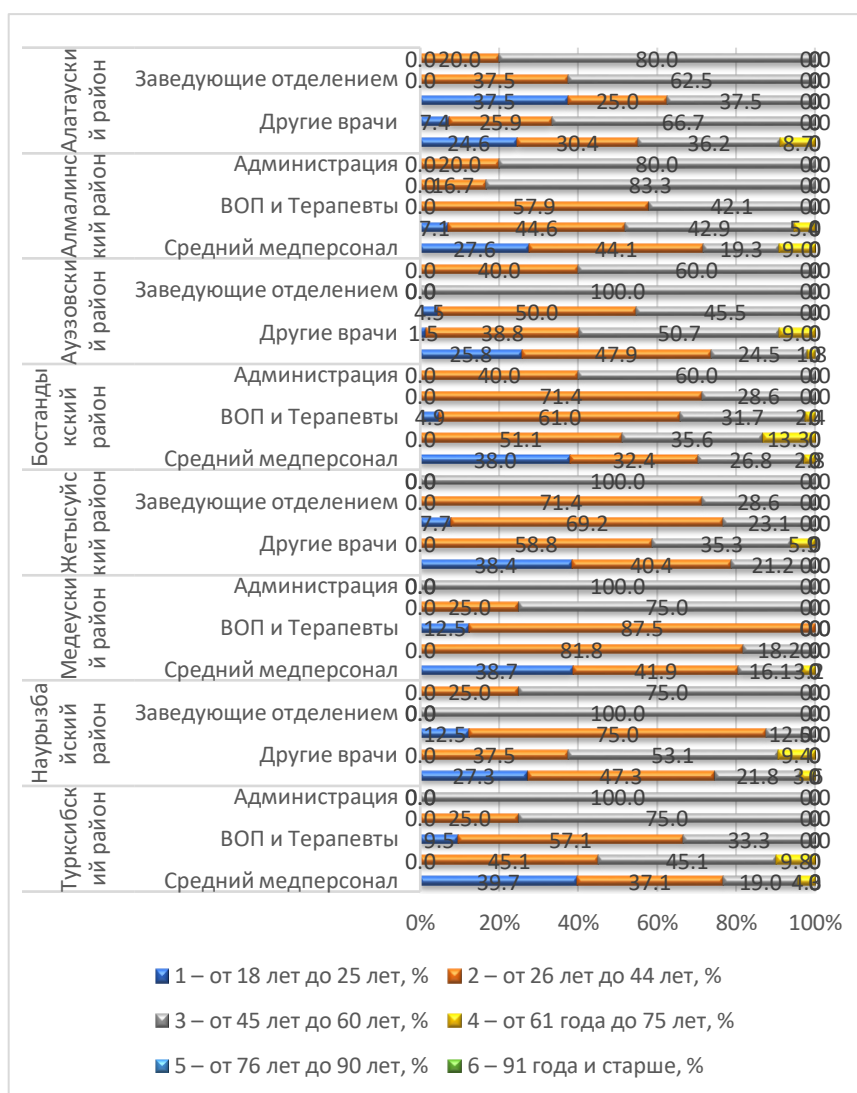


Рисунок 6 – Распределение по возрасту медперсонала отобранных поликлиник по районам г. Алматы, %

Общий стаж от 16 до 20 лет и 21 год и более были преобладающими среди представителей администрации по районам достигая частоты до 83% ($p < 0,05$). Общий стаж ВОП и терапевтов по районам преимущественно встречался в категории 11-15 лет достигая частоты 42,8% ($p < 0,05$) аналогично показателю общего стажа других врачей по районам.

В целом, общий стаж во всех группах респондентов коррелировал с возрастом и соответствовал нормальному. Эта же статистическая картина была характерна для стажа всех сотрудников по специальности. По ныне занимаемой должности картина стажа работы отличалась у представителей администрации и заведующих отделениями в меньшую сторону, в диапазоне 5-10 лет, что возможно, объясняется постепенном карьерным ростом ($p < 0,05$).

Как можно увидеть, среди администрации высшую категорию имели 100% респондентов, тогда как среди заведующих отделениями присутствовали респонденты с первой категорией, но их доля была незначительной ($p > 0,05$). Это, по всей видимости, объясняется квалификационными требованиями претендентов на данный должности. Что касается остальных категорий (ВОП и терапевты, другие врачи, средний медперсонал), категорированность коррелировала со стажем работы.

Характеристики респондентов, включенных в социологическое исследование: населения г. Алматы 18 лет и старше

Распределение по половому признаку опрошенного населения во всех районах города представлена в виде однозначного преобладания женской половины. Во всех районах города доля женщин-респондентов преобладала и варьировала в диапазоне от 66% (132) до 81,5% (163) ($p < 0,05$) (рисунок 7).

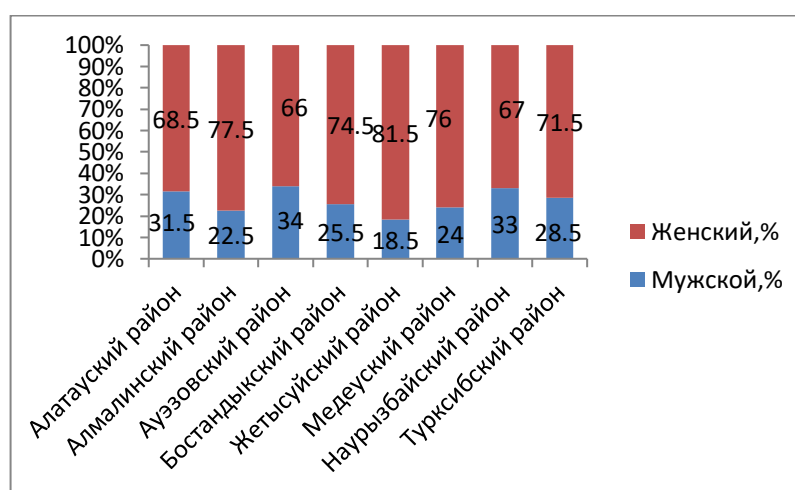


Рисунок 7 – Распределение по полу населения г. Алматы, 18 лет и старше по районам, % (в алфавитном порядке)

Респонденты среди населения во всех районах представлены по всем возрастным группам, за исключением «91 год и старше». Наибольшее число опрошенных составила возрастная группа «от 45 лет до 60 лет», удельный вес их респондентов по районам составил диапазон 38% - 56% ($p < 0,05$) (рисунок 8).

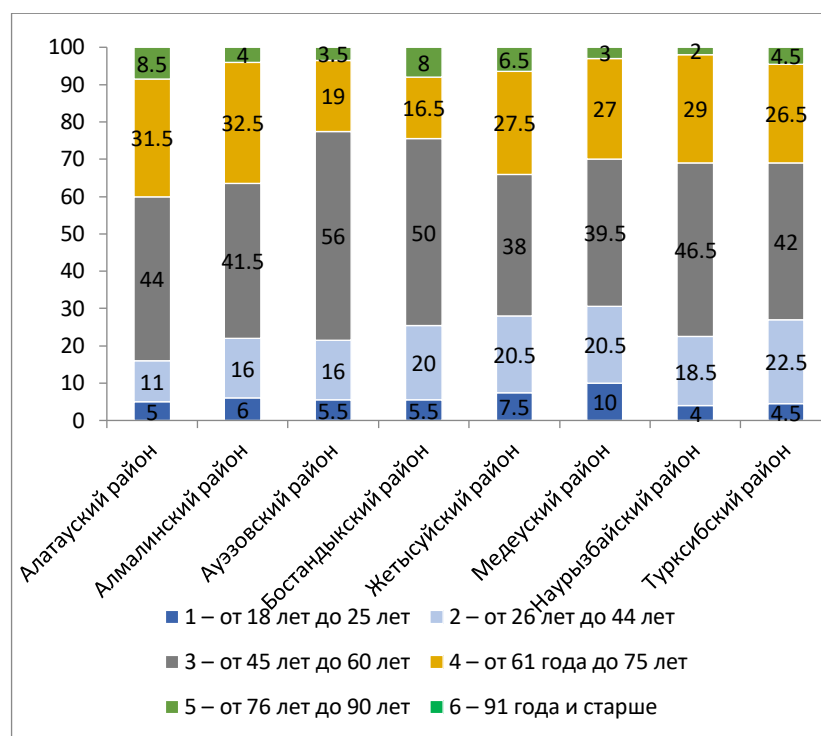


Рисунок 8 – Распределение по возрасту населения г. Алматы, 18 лет и старше по районам, %

4.2 Результаты анкетирования руководителей и специалистов Управлений санитарно-эпидемиологического контроля по 8 районам, а также Департамента санитарно-эпидемиологического контроля г. Алматы

Теоретическая осведомленность как Руководителей, так и специалистов о СОЗ РК достаточно высока. Удельный вес правильных ответов по вопросу №10 (вопрос об определении ОЗ) составил 70,6%-100%, а по вопросу №11 (вопрос об определении СОЗ) составил идеальные 100% во всех категориях респондентов.

Согласно проведенному анкетированию в г. Алматы, среди респондентов СОЗ, были определены две группы: Руководители и специалисты.

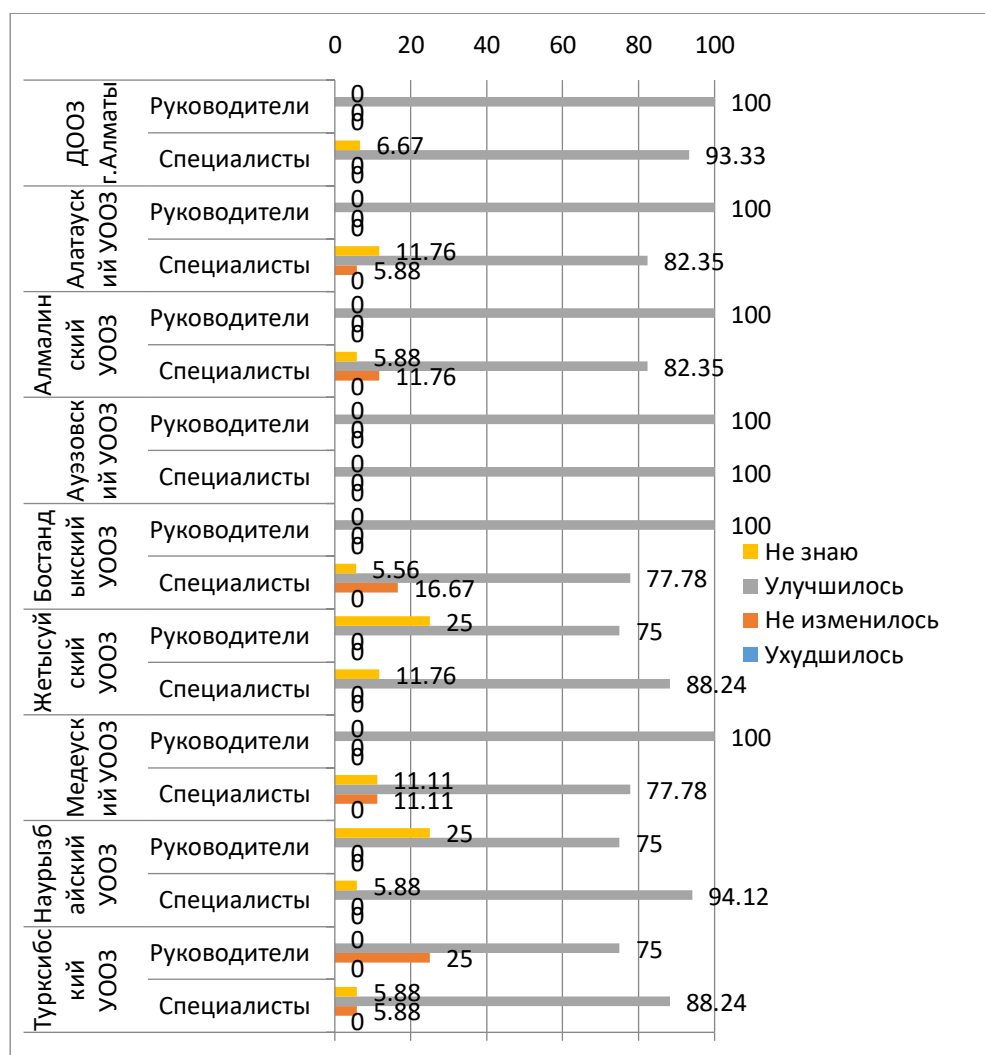


Рисунок 9 - Изменение предоставления услуг здравоохранения после внедрения ПУЗ (по мнению сотрудников СОЗ г. Алматы), %

После внедрения ПУЗ, респонденты в группах Руководителей и специалистов отмечают улучшение предоставления услуг. В целом, по г. Алматы, отметили «улучшение» $87,5 \pm 12,5\%$ Руководителей и $89 \pm 11\%$ специалистов. Отметку «не изменилось» выбрали $11 \pm 5\%$ специалистов, среди Руководителей этого варианта не придерживалось ни одного респондента. Об «ухудшении» также не отмечалось в ответах ни одного из респондентов.

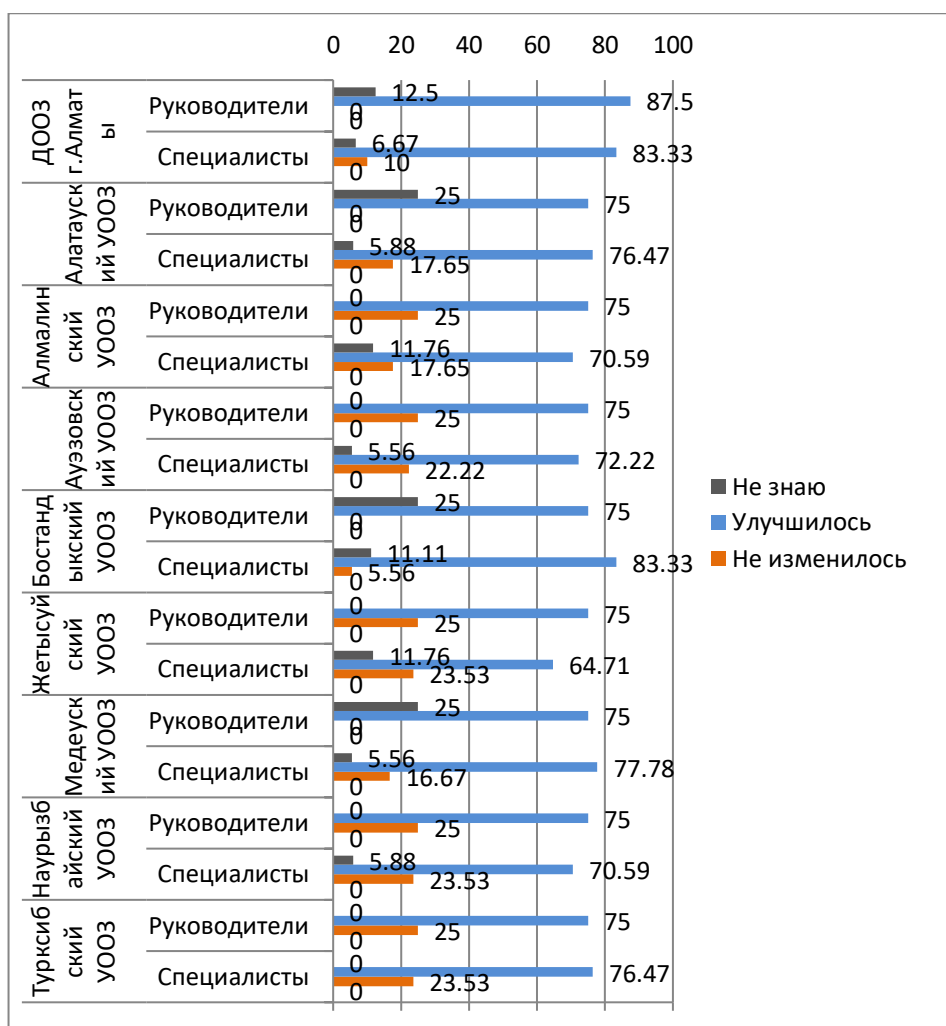


Рисунок 10 - Изменение предоставления услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и онкологической службы (по мнению сотрудников СОЗ г. Алматы), %

После внедрения программы интеграции ПМСП и онкологической службы, респонденты в группах Руководителей и специалистов отмечают улучшение предоставления услуг. В целом, по г. Алматы, отметили «улучшение» $87,5 \pm 12,5\%$ Руководителей и $76,5 \pm 11\%$ специалистов. Отметку «не изменилось» выбрали $15 \pm 10\%$ специалистов, среди Руководителей этого варианта не придерживалось ни одного респондента. Об «ухудшении» также не отмечалось в ответах ни одного из респондентов.

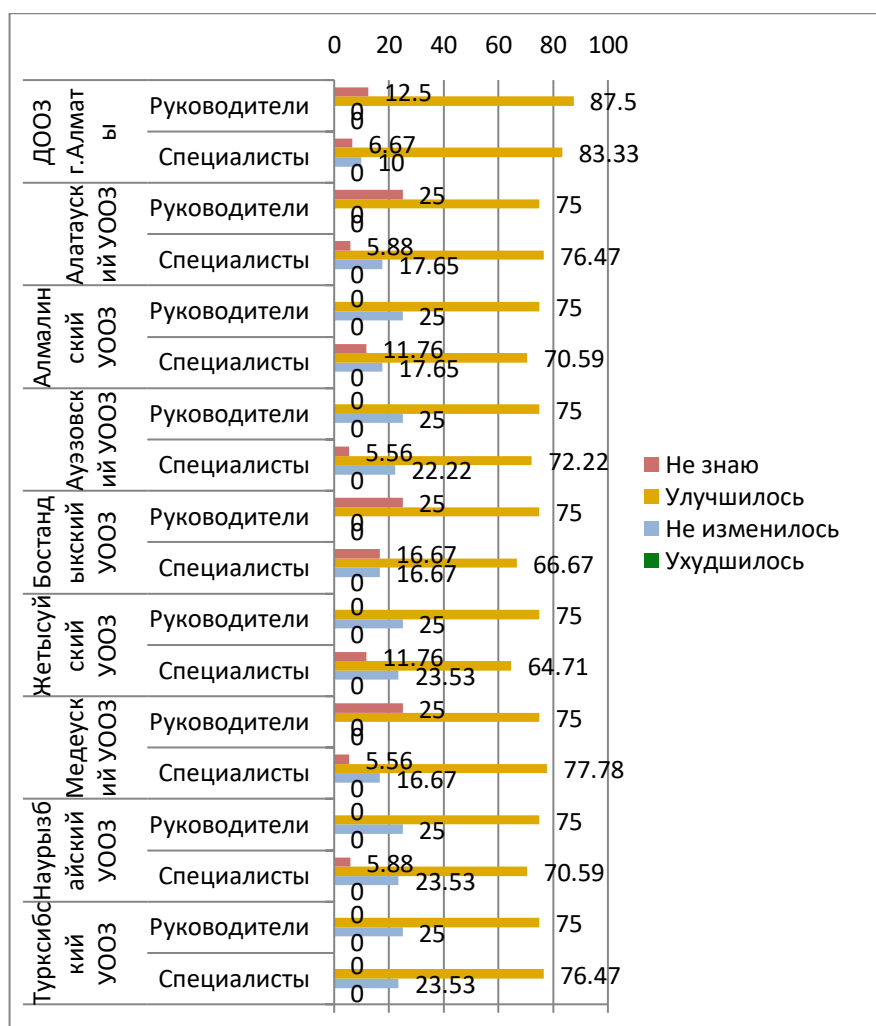


Рисунок 11 - Изменение предоставления услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и фтизиатрической службы (по мнению сотрудников СОЗ г. Алматы), %

После внедрения программы интеграции ПМСП и фтизиатрической службы, респонденты в группах Руководителей и специалистов отмечают улучшение предоставления услуг. В целом, по г. Алматы, отметили «улучшение» $87,5 \pm 12,5\%$ Руководителей и $74 \pm 9,3\%$ специалистов. Отметку «не изменилось» выбрали $15 \pm 10\%$ специалистов, среди Руководителей этого варианта не придерживалось ни одного респондента. Об «ухудшении» также не отмечалось в ответах ни одного из респондентов.

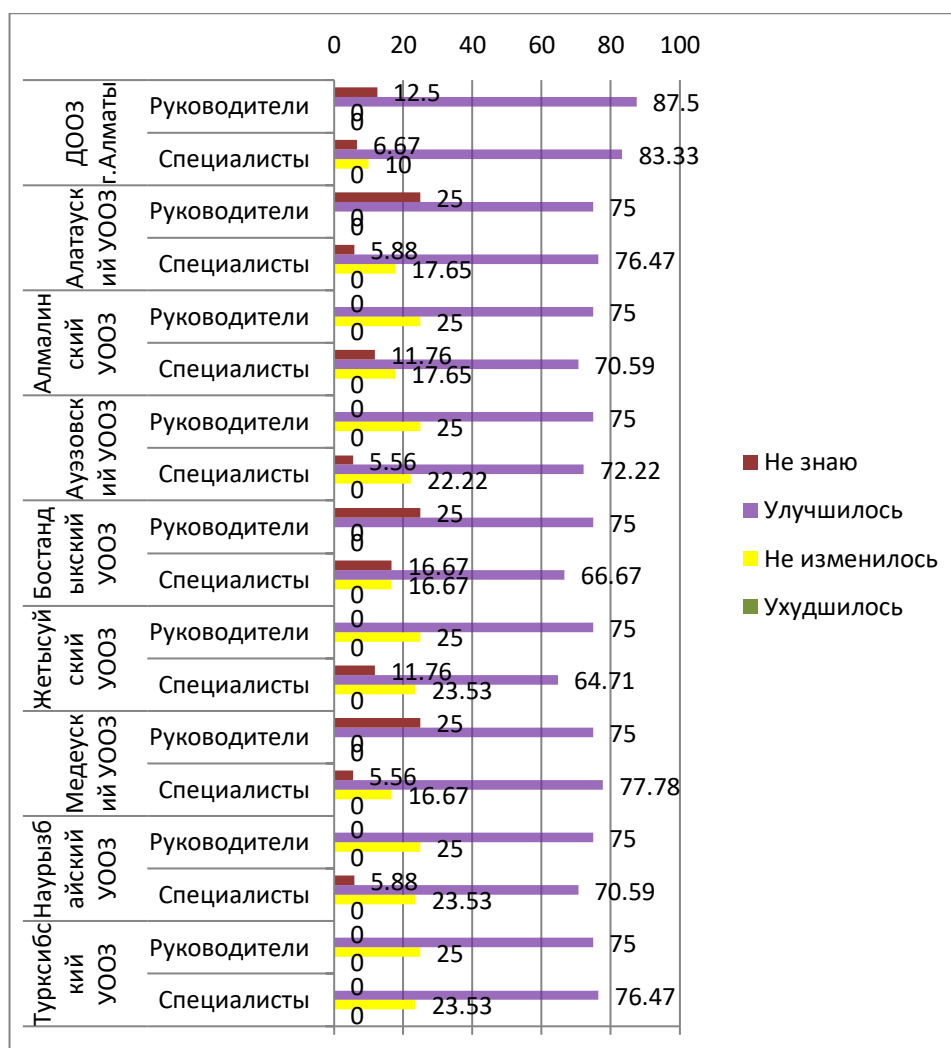


Рисунок 12 - Изменение предоставления услуг здравоохранения после внедрения Интегрированной модели службы родовспоможения и детства (по мнению сотрудников СОЗ г. Алматы), %

После внедрения Интегрированной модели службы родовспоможения и детства, респонденты в группах Руководителей и специалистов отмечают улучшение предоставления услуг. В целом, по г. Алматы, отметили «улучшение» $87,5 \pm 12,5\%$ Руководителей и $74 \pm 9,3\%$ специалистов. Отметку «не изменилось» выбрали $17,5 \pm 7,5\%$ специалистов, среди Руководителей этого варианта не придерживалось ни одного респондента. Об «ухудшении» также не отмечалось в ответах ни одного из респондентов.

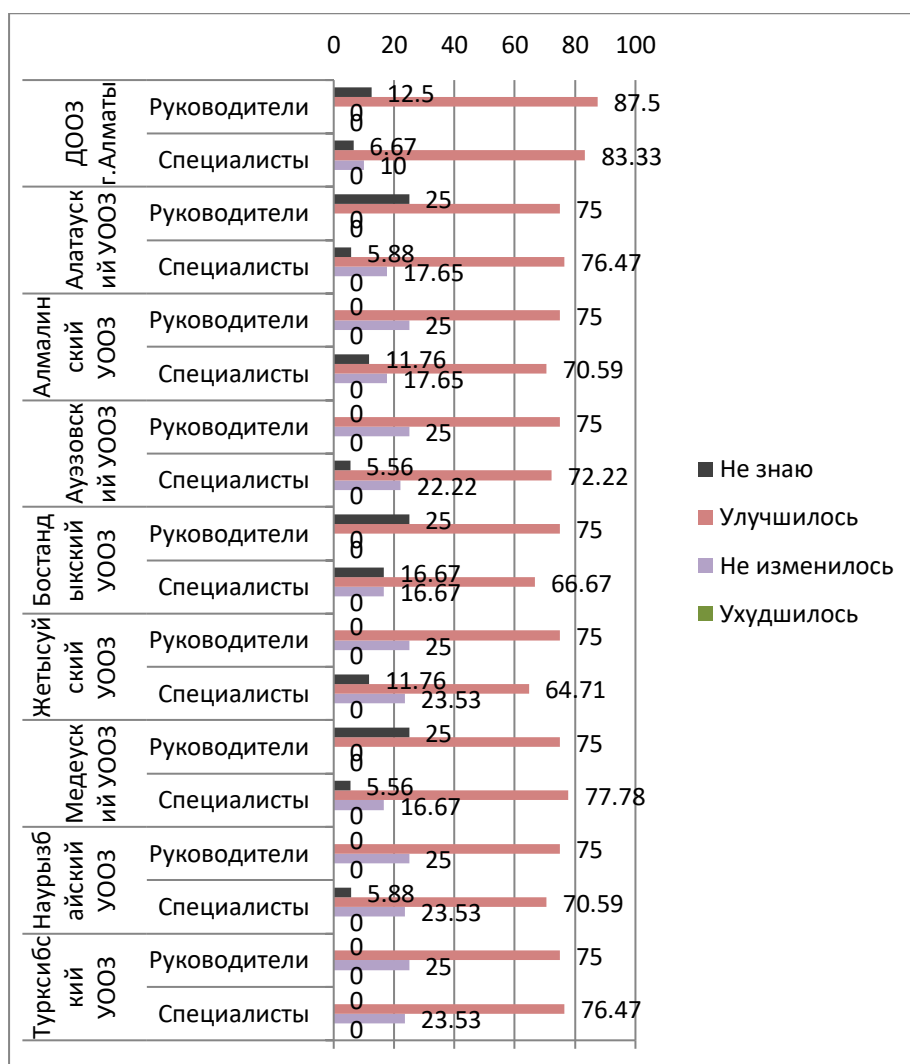


Рисунок 13 - Изменение предоставления услуг здравоохранения после интеграции ПМСП психиатрической и наркологической службы (по мнению сотрудников СОЗ г. Алматы), %

Все группы респондентов отмечают улучшение предоставления услуг здравоохранения по всем инициативам. Отмечается значительное улучшение предоставления услуг здравоохранения после внедрения ПУЗ, по другим инициативам также отмечено улучшение, но с меньшим процентным выражением.

По мнению респондентов всех категорий по всем районам города, пациенты удовлетворены качеством предоставления услуг здравоохранения их поликлиниками (Руководители 75%-100%; Специалисты 64,7%-82,4%).

Ожидаемые изменения от дальнейшей интеграции

Респонденты единогласно в 100% случаев прогнозируют оптимистичный сценарий от дальнейшей интеграции ПМСП и СОЗ, ожидая, что изменения произойдут в лучшую сторону. 100% Руководителей и Специалистов согласны с утверждениями необходимости увеличения штата, расширения часов приёма, а также необходимости повышения квалификации имеющихся профильных

специалистов в поликлинике для улучшения качества предоставления услуг здравоохранения.

Резюме. Результаты анкетирования руководителей и специалистов Управлений охраны общественного здоровья по 8 районам, а также Департамента охраны общественного здоровья г. Алматы показали:

- Наибольшее количество респондентов приходится на возраст 45-60 лет, женского пола, имеющих высшую категорию со стажем работы 11-15 лет.

- Основная масса всех респондентов достаточно хорошо осведомлена о процессах интеграции ПМСП и СОЗ и его текущем состоянии.

- Респонденты единогласны в ожидании положительных дальнейших изменений от дальнейшей интеграции ПМСП и СОЗ.

4.3 Результаты анкетирования руководителей, врачей и среднего медперсонала городских поликлиник г. Алматы

В данном разделе группы респондентов в восьми районах г. Алматы были подразделены на: Администрацию, заведующих отделениями, ВОП и Терапевтов, других врачей, средний медперсонал.

Вопросы 10, 11 направлены на теоретическое представление респондентов о СОЗ. По результатам стало ясно, что от наибольшей к наименьшей теоретическая осведомленность составляет у администрации, заведующих отделениями, ВОП и терапевтов, других врачей и среднего медперсонала соответственно.

По результатам социологического исследования стало ясно, что от наибольшей к наименьшей теоретическая осведомленность о СОЗ составляет у администрации $87,5 \pm 12,5\%$, заведующих отделениями $69 \pm 18\%$, ВОП и терапевтов $63 \pm 13\%$, других врачей и среднего медперсонала соответственно ($p < 0,05$).

Инициативы по интеграции ПМСП, такие как ПУЗ, Интеграция ПМСП и фтизиатрической службы, Интегрированная модель службы родовспоможения и детства, Интеграции ПМСП и онкологической службы являются широко известными среди всех категорий респондентов. Диапазон положительных ответов об осведомленности данными инициативами составляет от 80% до 100% по всем районам города Алматы.

Касательно интеграции ПМСП и психиатрической/наркологической службы, инициативы знакомы меньшему количеству респондентов в Алатауском, Алмалинском, Бостандыкском, Жетысуском, Турксибском в категориях ВОП и терапевты, другие врачи, средний медперсонал (0-35%). Вероятнее всего это связано с тем, что психиатры и наркологи ведут приём в других поликлиниках по вышеуказанным территориальным единицам.

Как видно из результатов опроса, в блоке вопросов об инициативах, можно отметить, что инициативы, функционирующие во всех ГП, известны широкому кругу респондентов. В то же время, те инициативы, которые действуют в отдельных ГП, известны лишь респондентам поликлиник в этих районах.

Респонденты закономерно отвечали отсутствием осведомленности о не функционирующей инициативе.

О введении в действие инициатив в своих организациях осведомлены большинство респондентов по всем категориям и во всех районах города (80-100%). Колебание показателей в процентном выражении незначительна. Стоит отметить, что наряду с администрацией и заведующими отделениями, наибольший процент осведомленности в этом вопросе имеют ВОП и терапевты, которые тесно взаимодействуют с узкими специалистами. Другие врачи и средний медперсонал также хорошо осведомлены о действующих инициативах, но, в целом их процент ниже, нежели у упомянутых выше категорий респондентов (65-75%).

Одинаковые результаты получены об улучшении (либо отсутствии улучшения) предоставления услуг и приближении предоставления услуг здравоохранения в исследованных поликлиниках касательно обозреваемых инициатив.

В Алатауском районе в улучшении предоставления услуг и приближении предоставления услуг здравоохранения уверены 100% администрации; 87,5% заведующих отделениями; 75% ВОП и терапевтов; 70,4% других врачей; 72,5% среднего медперсонала. Эти данные получены по всем инициативам, кроме интеграции ПМСП с психиатрической и наркологической службами, по ним 100% администрации; заведующих отделениями; ВОП и терапевтов; 77,8% других врачей; 78,3% среднего медперсонала считают, что улучшения и приближения услуг не произошло.

В Алмалинском районе улучшение и приближение предоставления услуг здравоохранения отметили 80% администрации; 83,3% заведующих отделениями; 84,2% ВОП и терапевтов; 83,9% других врачей; 77,9% среднего медперсонала.

100% администрации и заведующих отделениями; 94,7% ВОП и терапевтов; 80,4% других врачей; 82,8% среднего медперсонала респондентов Алмалинского района уверены в отсутствии улучшения и приближения предоставления услуг здравоохранения по инициативам интеграции ПМСП с психиатрической и наркологической службами в своей поликлинике.

В Ауэзовском районе улучшение и приближение предоставления услуг здравоохранения отметили 100% администрации; 100% заведующих отделениями; 81,8% ВОП и терапевтов; 85,1% других врачей; 75,5% среднего медперсонала.

В Бостандыкском районе улучшение и приближение предоставления услуг здравоохранения отметили 100% администрации; 100% заведующих отделениями; 85,4% ВОП и терапевтов; 73,3% других врачей; 81,7% среднего медперсонала. 100% администрации и заведующих отделениями; 80,5% ВОП и терапевтов; 88,9% других врачей; 58,5% среднего медперсонала уверены в отсутствии улучшения и приближения предоставления услуг здравоохранения по инициативам интеграции ПМСП с психиатрической и наркологической службами в своей поликлинике.

В Жетысуском районе улучшение и приближение предоставления услуг здравоохранения отметили 100% администрации; 85,7% заведующих отделениями; 84,6% ВОП и терапевтов; 76,5% других врачей; 77,8% среднего медперсонала. 100% администрации и заведующих отделениями; 92,3% ВОП и терапевтов; 64,7% других врачей; 55,6% среднего медперсонала уверены в отсутствии улучшения и приближения предоставления услуг здравоохранения по инициативам интеграции ПМСП с психиатрической и наркологической службами в своей поликлинике.

В Медеуском районе улучшение и приближение предоставления услуг здравоохранения отметили 100% администрации; 100% заведующих отделениями; 100% ВОП и терапевтов; 81,8% других врачей; 72,6% среднего медперсонала.

В Наурызбайском районе улучшение и приближение предоставления услуг здравоохранения отметили 100% администрации; 100% заведующих отделениями; 87,5% ВОП и терапевтов; 75% других врачей; 65,5% среднего медперсонала.

В Турксибском районе улучшение и приближение предоставления услуг здравоохранения отметили 100% администрации; 100% заведующих отделениями; 95,2% ВОП и терапевтов; 84,3% других врачей; 75,9% среднего медперсонала.

100% администрации и заведующих отделениями; 100% ВОП и терапевтов; 92,2% других врачей; 80,2% среднего медперсонала респондентов Турксибского района уверены в отсутствии улучшения и приближения предоставления услуг здравоохранения по инициативам интеграции ПМСП с психиатрической и наркологической службами в своей поликлинике.

Как видно из блока вопросов об улучшении и приближении предоставления услуг здравоохранения, отмечается прямая корреляция оптимистичного мнения от занимаемой должности, чем выше позиция, тем оптимистичнее мнение. Также можно отметить, что респонденты в районах, где непосредственно функционируют инициативы, отмечают улучшение и приближение предоставления услуг здравоохранения. Так, касательно приближения предоставления услуг здравоохранения всех респондентов по 8 районам можно разделить на две группы: первая – улучшение предоставления услуг здравоохранения по всем инициативам (Ауэзовский, Медеуский, Наурызбайский районы), вторая – отсутствие заметной динамики в качестве предоставления услуг здравоохранения (Алатауский, Алмалинский, Бостандыкский, Жетысуский, Турксибский районы).

Оценка взаимодействия поликлиники со стационарами по районам представлена следующим образом. Все категории респондентов в семи районах, кроме Турксибского оценивают, как «посредственное». Исключение составила категория Администрации в Алатауском и Алмалинском районах, где 60% респондентов считают коллаборацию хорошей. В Турксибском районе большинство респондентов по всем категориям оценивают взаимодействие

своей поликлиники со стационарами на уровне «хорошо». В цифровом выражении эти показатели представлены ниже.

Взаимодействие поликлиник со стационарами. Среди администрации ГП, во всех районах, за исключением Алатауского и Турксибского, наибольшее количество ответов пришлось на вариант «посредственно» $57,5 \pm 17,5\%$. В названных двух районах этого варианта придерживаются $22,5 \pm 2,5\%$ администрации. «Хорошей» взаимодействие считают $42,5 \pm 17,5\%$ опрошенной администрации. В Алмалинском, Ауэзовском, Наурызбайском и Турксибском районах $22,5 \pm 2,5\%$ администрации ответили на вариант «отлично».

Среди заведующих отделениями ответ «посредственно» также является наиболее частым, его выбрали в $54 \pm 21\%$ случаев. Варианта «хорошо» придерживаются $33,5 \pm 16,5\%$ заведующих отделениями, за исключением Турксибского района, где так полагают $62,5\%$ респондентов.

ВОП и Терапевты, Другие врачи и средний медперсонал в $43 \pm 14\%$ случаев отмечают «посредственное» взаимодействие. Варианта «хорошо» придерживаются $27 \pm 11\%$.

Стоит отметить, что в Турксибском районе по всем группам респондентов отмечено более позитивное оценивание взаимодействия ГП со стационарами. Так, «хорошим» считают взаимодействие 50% Администрации, $62,5\%$ Заведующих отделениями, $47,6\%$ ВОП и терапевтов, $45,1\%$ Других врачей, $40,5\%$ Среднего медперсонала респондентов этого района. Возможно, такое различие в Турксибском районе связано с отсутствием вакантных врачебных позиций в выбранной ГП на момент проведение опроса.

Взаимодействие ВОП с профильными специалистами. Все группы респондентов во всех районах, в основной своей массе, считают взаимодействие ВОП с профильными специалистами хорошим. Среди администрации в Турксибском районе 100% считают взаимодействие «хорошим», в остальных районах этого же ответа придерживаются $60-80\%$ респондентов. Заведующие отделениями, ВОП и терапевты, а также Другие врачи оценили взаимодействие ВОП с профильными специалистами «хорошим» в подавляющем большинстве в Алатауском, Алмалинском, Ауэзовском, Жетысуском, Турксибском районах, где диапазон ответов составил $71,4\%-100\%$. В остальных 3 районах города (Бостандыкский, Медеуский, Наурызбайский): «хорошим» взаимодействие ВОП с профильными специалистами оценили $57,1\%-85,3\%$ респондентов.

Все группы респондентов отмечают улучшение предоставления услуг здравоохранения по всем инициативам (ПУЗ, Интеграция ПМСП и фтизиатрической службы, Интегрированная модель службы родовспоможения и детства, Интеграция ПМСП и онкологической службы) $69,5 \pm 10,5\%$, за исключением интеграции с психиатрической и наркологической службами. Вероятнее всего данный факт можно объяснить отсутствием этих специалистов в исследуемой поликлинике. В Ауэзовском, Медеуском и Наурызбайском районах (в исследуемых поликлиниках) наличие психиатра и нарколога, по всей видимости, способствовало тому, чтобы подавляющее большинство

респондентов отметило улучшение предоставления данных услуг здравоохранения $69 \pm 6\%$. В оставшихся пяти районах подавляющее большинство респондентов считает, что в интеграции ПМСП с психиатрической и наркологической службами значительных изменений не произошло (конкретно в этих районных поликлиниках психиатра и нарколога нет) $25 \pm 11\%$. Все респонденты во всех категориях отметили значительное улучшение предоставления услуг здравоохранения после внедрения ПУЗ, по другим инициативам также отмечено улучшение, но с меньшим процентным выражением (рисунки 14-18 Оценка взаимодействия поликлиники со стационарами).

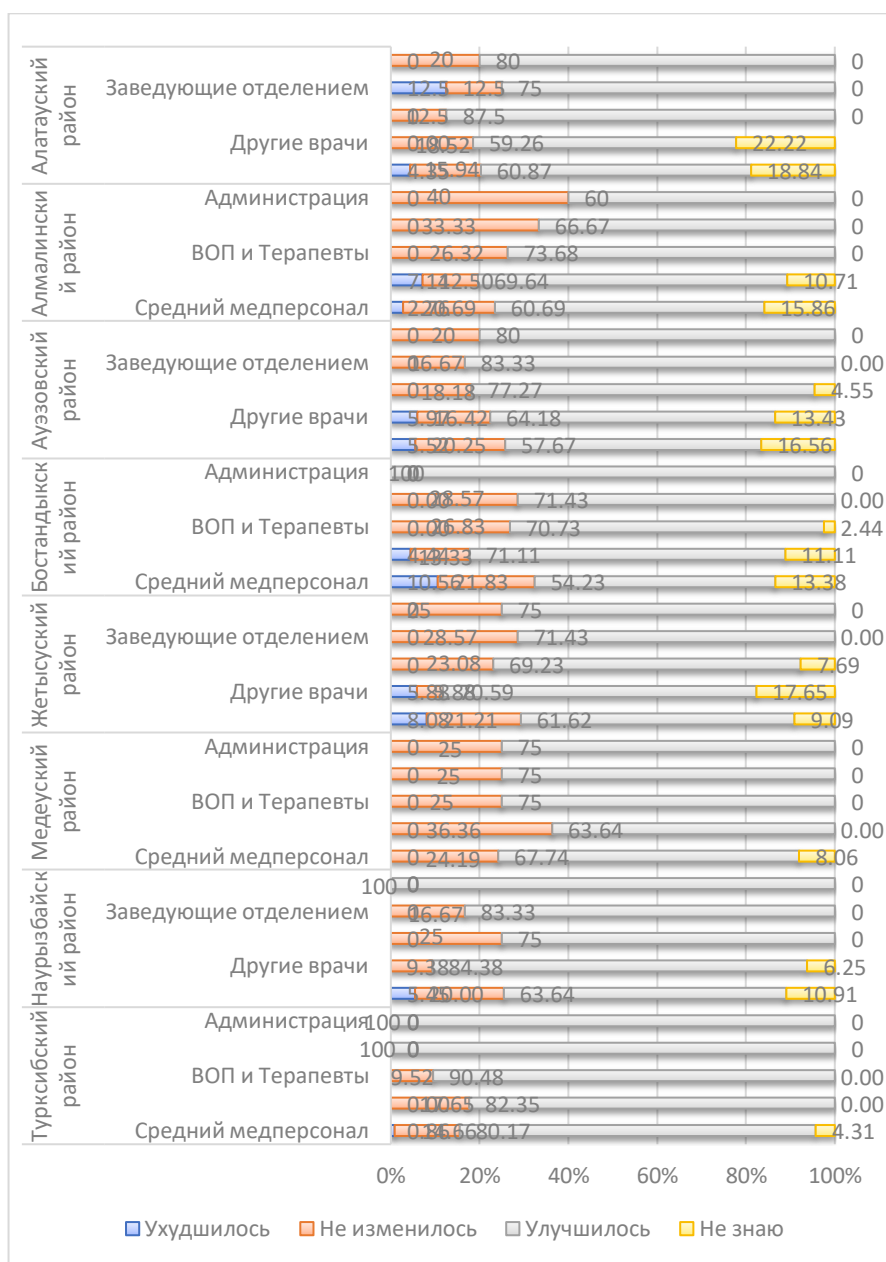


Рисунок 14 - Изменение предоставления услуг здравоохранения после внедрения ПУЗ (по мнению администрации, заведующих отделениями, врачей и среднего медперсонала отобранных поликлиник по районам г. Алматы)

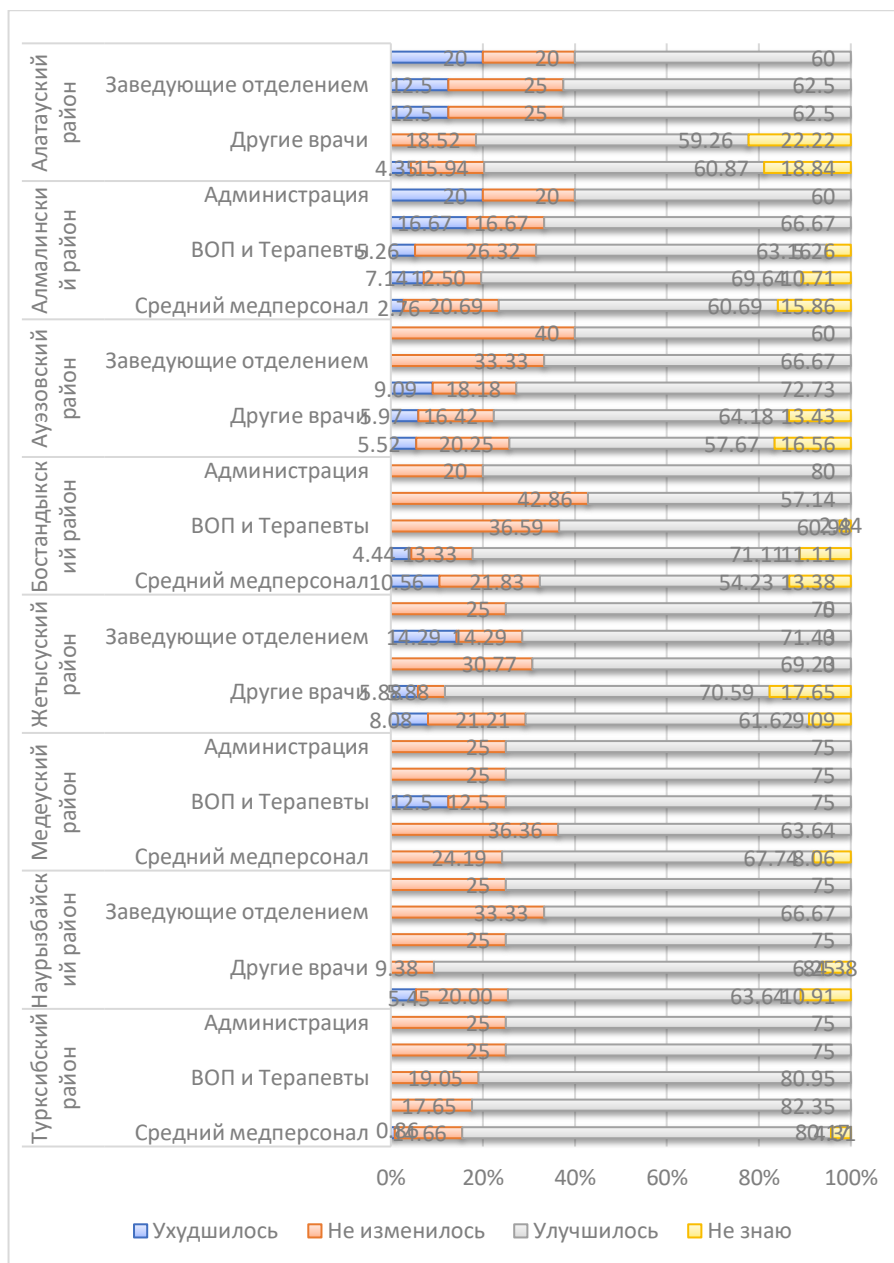


Рисунок 15 - Изменение предоставления услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и фтизиатрической службы (по мнению администрации, заведующих отделениями, врачей и среднего медперсонала отобранных поликлиник по районам г. Алматы), %

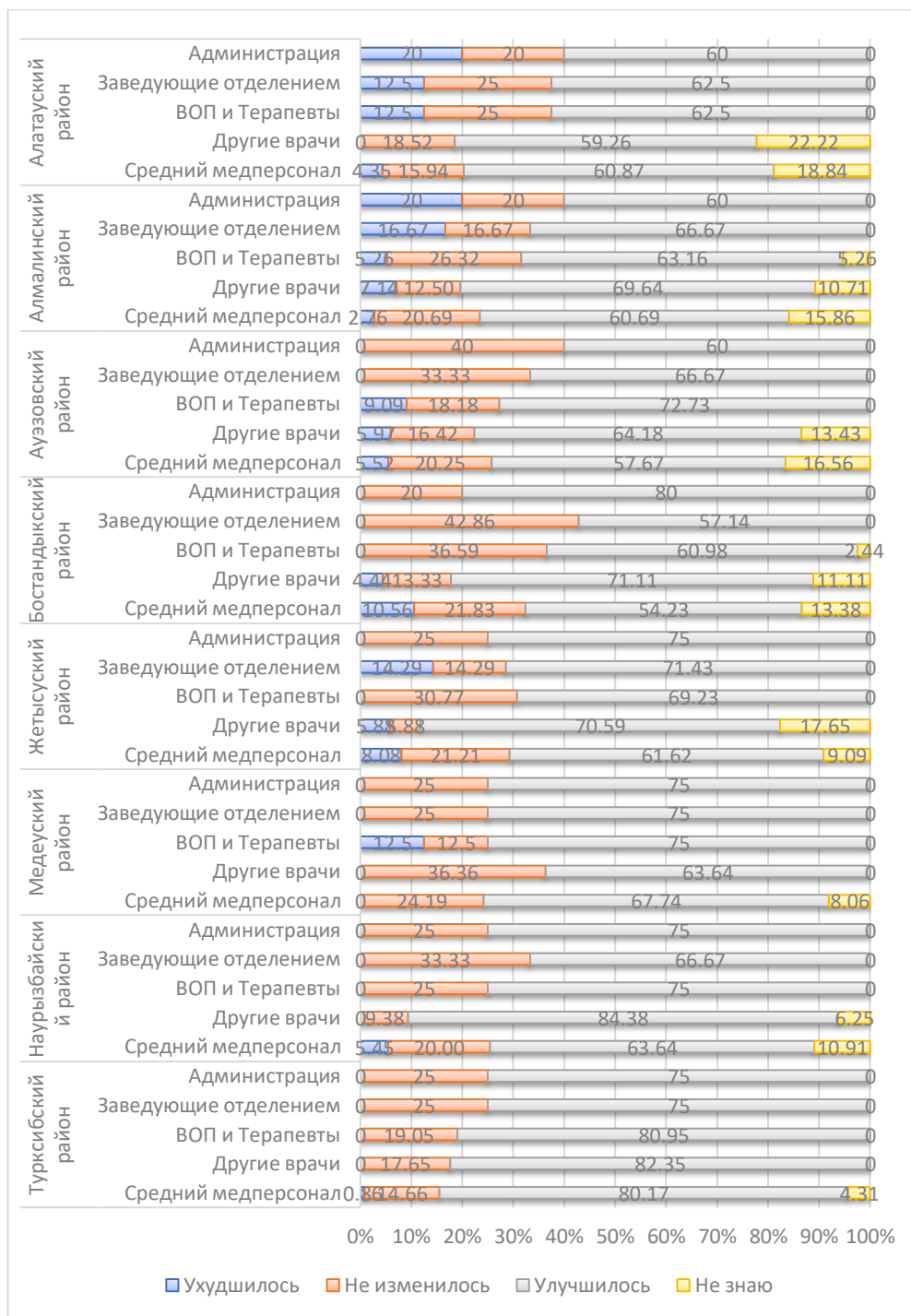


Рисунок 16 - Изменение предоставления услуг здравоохранения после внедрения Интегрированной модели службы родовспоможения и детства (по мнению администрации, заведующих отделениями, врачей и среднего медперсонала отобранных поликлиник по районам г. Алматы), %

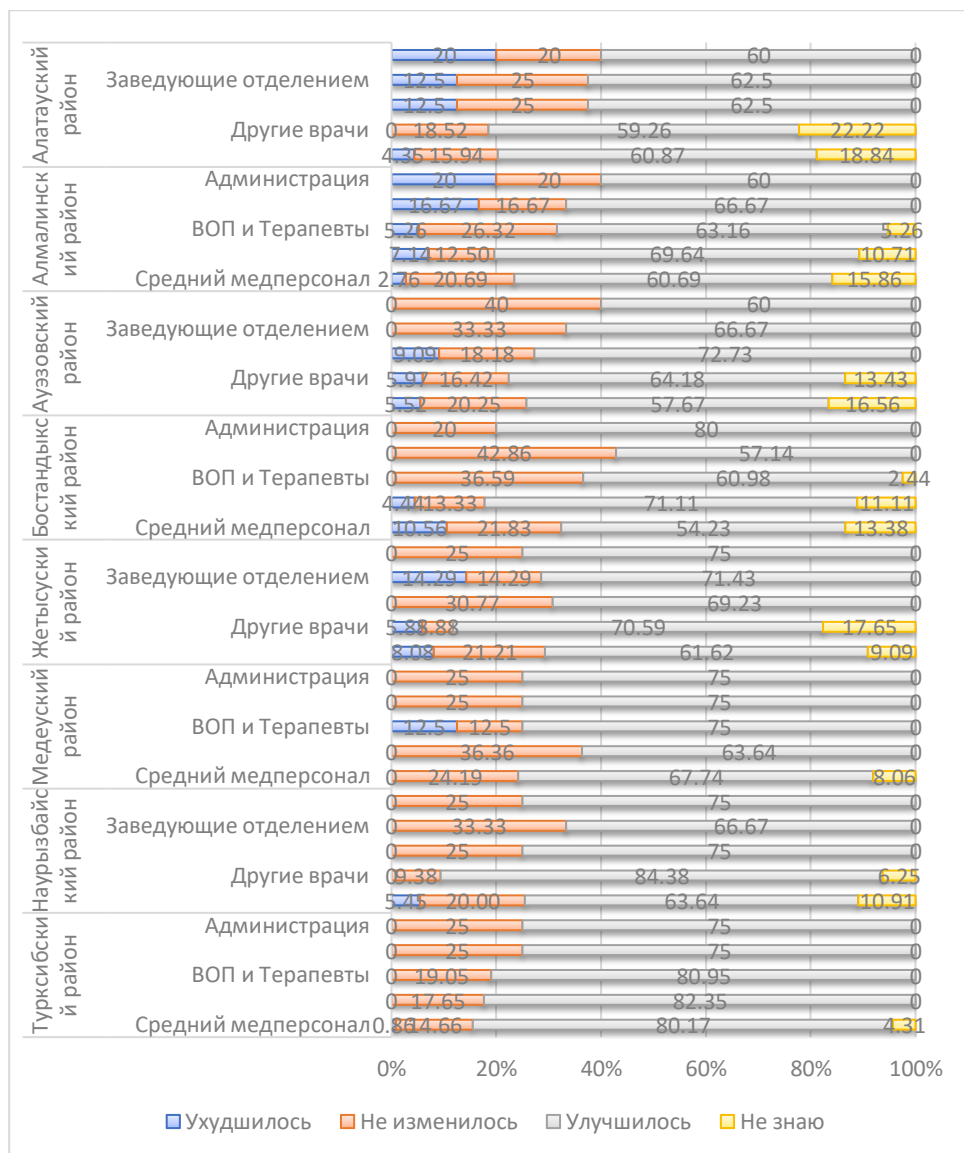


Рисунок 17 - Изменение предоставления услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и онкологической службы (по мнению администрации, заведующих отделениями, врачей и среднего медперсонала отобранных поликлиник по районам г. Алматы), %

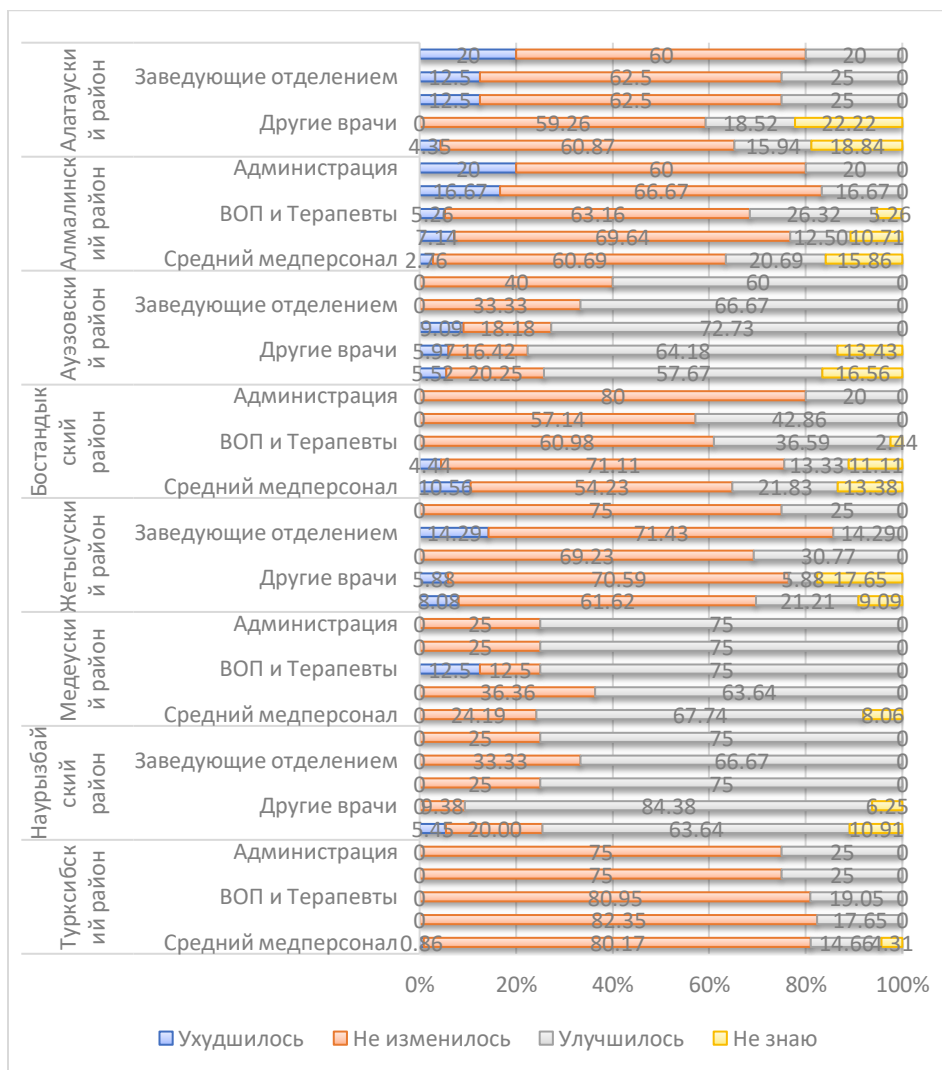


Рисунок 18 - Изменение предоставления услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и психиатрической/наркологической службы (по мнению администрации, заведующих отделениями, врачей и среднего медперсонала отобранных поликлиник по районам г. Алматы), %

Ожидаемые изменения от дальнейшей интеграции

В целом, по г. Алматы, респонденты во всех группах придерживаются оптимистичного сценария от дальнейшей интеграции ПМСП и СОЗ, ожидая, что изменения произойдут в лучшую сторону, их доля составила $76 \pm 24\%$. Никаких изменений от дальнейшей интеграции не ожидают $27 \pm 16\%$ всех респондентов. Пессимистичный сценарий прогнозируют $9,5 \pm 6,5\%$ опрошенных во всех группах. Результаты представлены единым рисунком ниже.

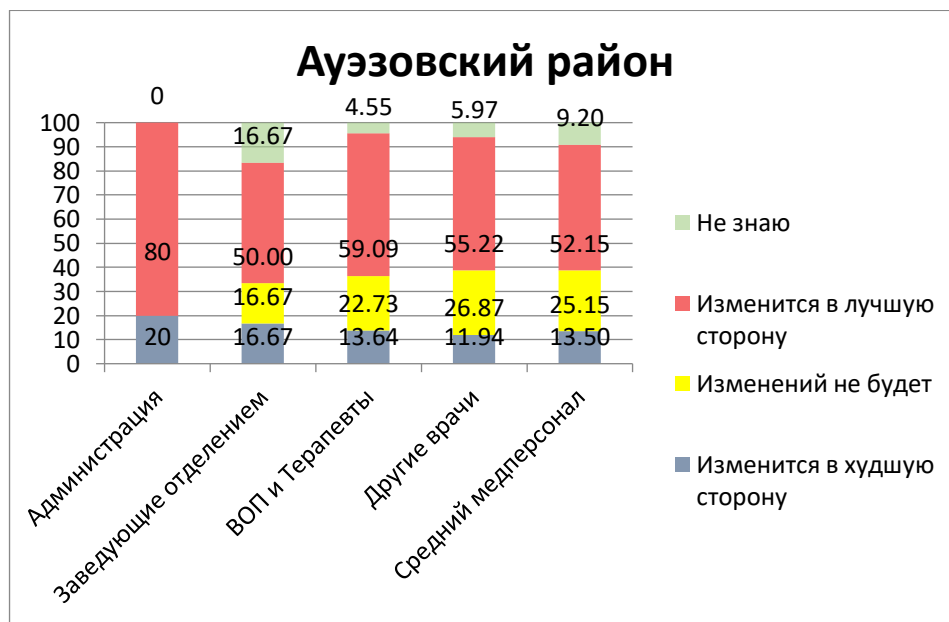
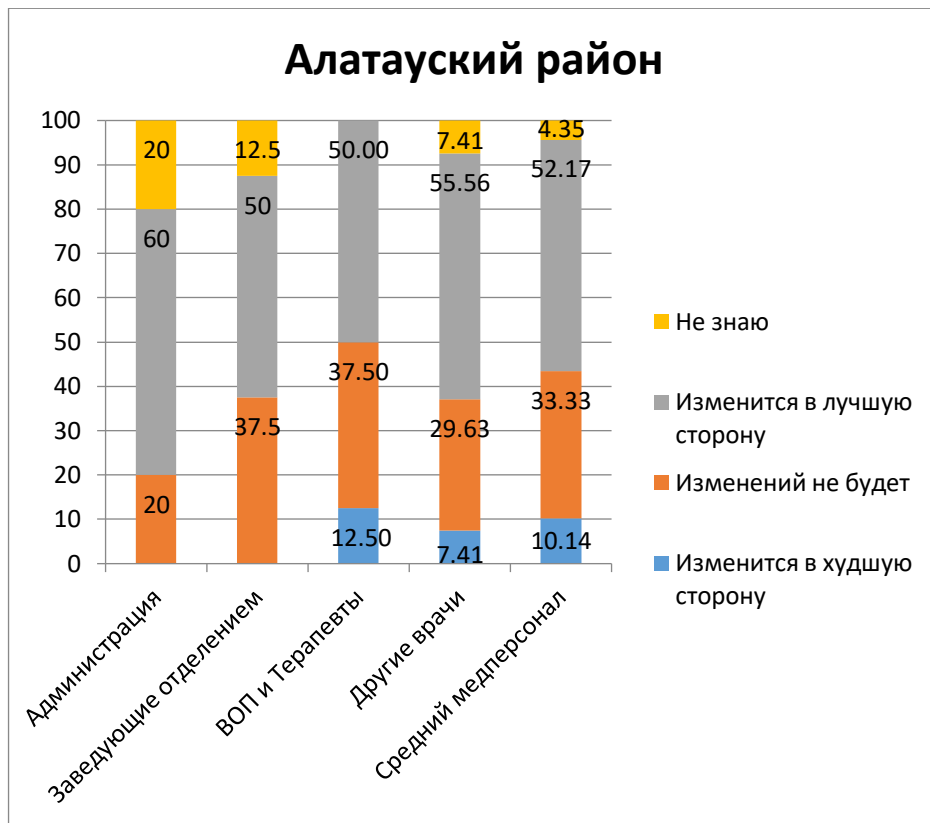


Рисунок 19 - Предполагаемые изменения от дальнейшей интеграции ПМСП и СОЗ по районам г. Алматы (по мнению администрации, заведующих отделениями, врачей и среднего медперсонала отобранных поликлиник по районам г. Алматы), %, лист 1

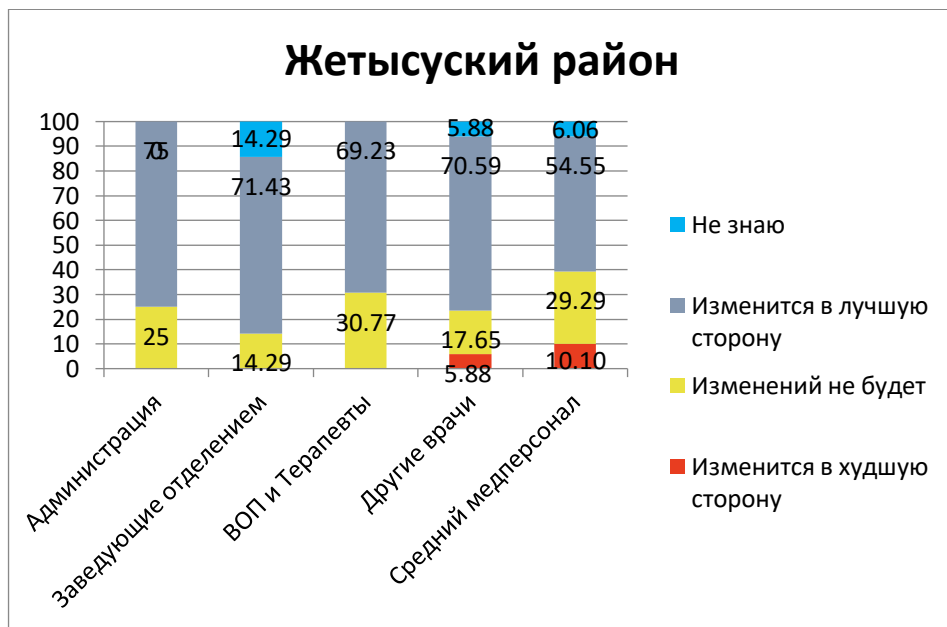
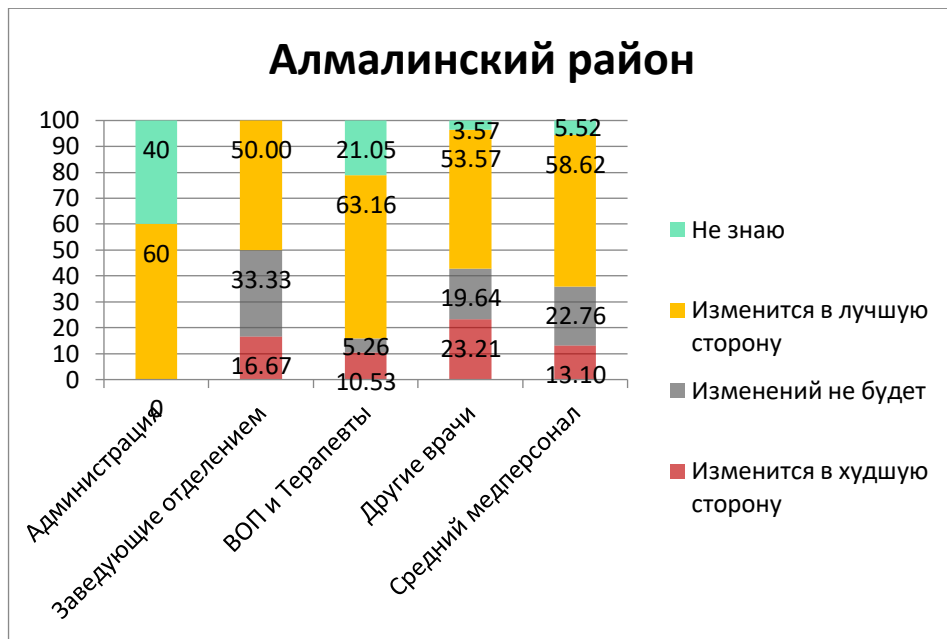


Рисунок 19, лист 2

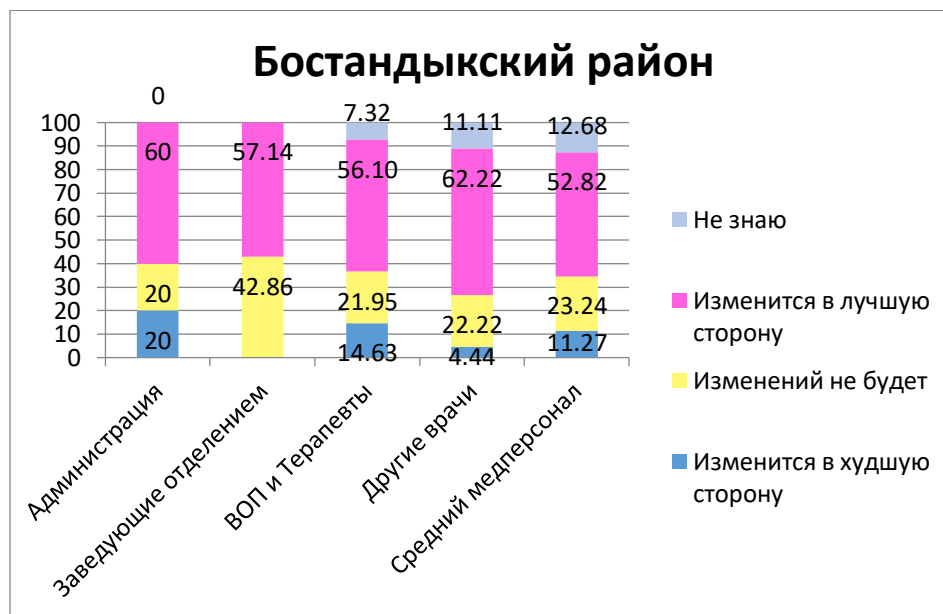
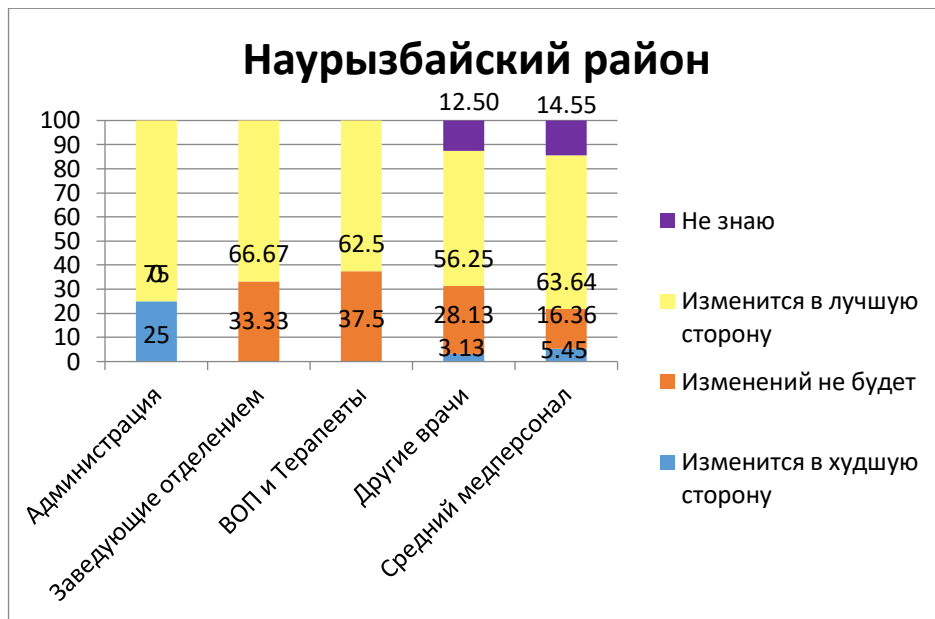


Рисунок 19, лист 3

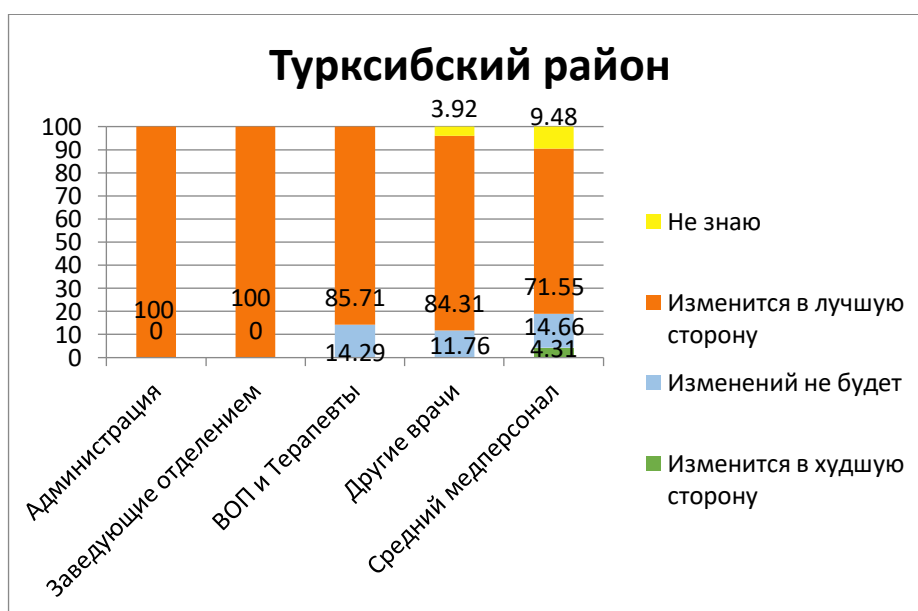
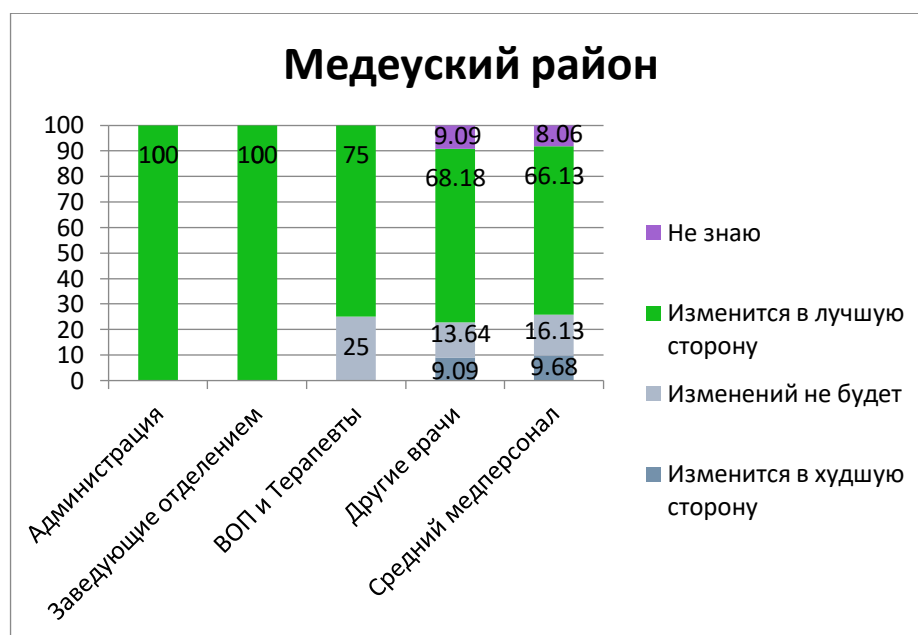


Рисунок 19, лист 4

В отношении увеличения штата, повышения квалификации профильных специалистов с целью улучшения предоставления услуг здравоохранения, эти идеи поддерживают подавляющее большинство респондентов. Что касается вопроса расширения часов приёма профильных специалистов, примерно чуть более половины респондентов в категориях «ВОП и Терапевты», «Другие врачи» и «Средний медперсонал» выразили необходимость данного изменения. В категориях «Администрация» и «Заведующие отделением» их процент составил 57,1% - 75% соответственно в разрезе восьми районов г. Алматы

Резюме

- Среди всех групп респондентов и во всех районах города доля женщин-респондентов варьирует примерно в диапазоне 75%-100%

- Возрастная структура медработников представлена в четырёх возрастных группах от 18 до 75 лет. Медперсонала, возрастом старше 76 лет, нет ни в одной из выбранных поликлиник.

- Общий стаж во всех группах респондентов коррелирует с возрастом. Эта же статистическая картина характерна для стажа всех сотрудников по специальности. По ныне занимаемой должности картина стажа работы отличается у Администрации и заведующих отделениями в меньшую сторону, в диапазоне 5-10 лет.

- Наличие категории медперсонала напрямую коррелирует со стажем их работы.

- Теоретическая осведомленность, знания об инициативах по интеграции ПМСП и СОЗ от наибольшей к наименьшей составляет у администрации, заведующих отделениями, ВОП и терапевтов, других врачей и среднего медперсонала соответственно.

- Взаимодействие поликлиник со стационарами все категории респондентов в семи районах, кроме Турксибского оценивают, как «посредственное».

- Наличие отдельного профильного специалиста в поликлинике напрямую влияет на качество предоставления услуг здравоохранения.

- Поликлиники укомплектованы специалистами общего профиля (ВОП, хирурги, акушер-гинекологи и др.) на достаточно высоком уровне. Существует нехватка профильных специалистов, таких как онкологи, маммологи, фтизиатры, аллергологи, иммунологи, психиатры и наркологи. Нефрологов и пульмонологов нет ни в одной из исследованных поликлиник.

- Интеграция профильных служб в ПМСП повысила как качество предоставления услуг здравоохранения, так и нагрузку на поликлиники во всех районах г. Алматы.

- Большинство всех респондентов придерживаются оптимистичного сценария от дальнейшей интеграции ПМСП и СОЗ, ожидая, что изменения произойдут в лучшую сторону.

Во всех группах большинство респондентов единогласны во мнении об активном участии государства в решении проблем ПМСП. С термином «инициатива» знакомы 100% администрации и заведующих отделений во всех районах города. Среди других врачей, ВОП и терапевтов этот показатель находился в диапазоне от 82,2% до 100%. Знание данного термина средним медперсоналом также было на высоком уровне: наименьший – в Ауэзовском районе (62,6%), наибольший – в Жетысуском районе (90,9%) ($p < 0,05$).

Данный блок вопросов был составлен для определения теоретической осведомленности респондентов об ОЗ.

Инициативы по интеграции ПМСП, такие как ПУЗ, Интеграция ПМСП и фтизиатрической службы, Интегрированная модель службы родовспоможения и детства, Интеграции ПМСП и онкологической службы являются широко известными среди всех категорий респондентов (80-100%).

Касательно интеграции ПМСП и психиатрической, а также наркологической служб, инициативы знакомы меньшему количеству

респондентов в Алатауском, Алмалинском, Бостандыкском, Жетысуском, Турксибском в категориях ВОП и терапевты, другие врачи, средний медперсонал (0-35%). Вероятнее всего это связано с тем, что психиатры и наркологи ведут приём в других поликлиниках по вышеуказанным территориальным единицам.

Как видно из результатов опроса, в блоке вопросов об инициативах, можно отметить, что инициативы, функционирующие во всех ГП, известны широкому кругу респондентов. В то же время, те инициативы, которые действуют в отдельных ГП, известны лишь респондентам поликлиник в этих районах. Респонденты закономерно отвечали отсутствием осведомленности о не функционирующей инициативе.

О введении в действие инициатив в своих организациях осведомлены большинство респондентов по всем категориям и во всех районах города (80-100%). Колебание показателей в процентном выражении незначительна. Стоит отметить, что наряду с администрацией и заведующими отделениями, наибольший процент осведомленности в этом вопросе имеют ВОП и терапевты, которые тесно взаимодействуют с узкими специалистами. Другие врачи и средний медперсонал также хорошо осведомлены о действующих инициативах, но, в целом их процент ниже, нежели у упомянутых выше категорий респондентов (65-75%).

Одинаковые результаты получены об улучшении (либо отсутствии улучшения) предоставления услуг и приближении предоставления услуг здравоохранения в исследованных поликлиниках касательно обозреваемых инициатив.

В Алатауском районе в улучшении предоставления услуг и приближении предоставления услуг здравоохранения уверены 100% администрации; 87,5% заведующих отделениями; 75% ВОП и терапевтов; 70,4% других врачей; 72,5% среднего медперсонала. Эти данные получены по всем инициативам, кроме интеграции ПМСП с психиатрической и наркологической службами, по ним 100% администрации; заведующих отделениями; ВОП и терапевтов; 77,8% других врачей; 78,3% среднего медперсонала считают, что улучшения и приближения услуг не произошло.

В Алмалинском районе улучшение и приближение предоставления услуг здравоохранения отметили 80% администрации; 83,3% заведующих отделениями; 84,2% ВОП и терапевтов; 83,9% других врачей; 77,9% среднего медперсонала. 100% администрации и заведующих отделениями; 94,7% ВОП и терапевтов; 80,4% других врачей; 82,8% среднего медперсонала уверены в отсутствии улучшения и приближения предоставления услуг здравоохранения по инициативам интеграции ПМСП с психиатрической и наркологической службами в своей поликлинике.

В Ауэзовском районе улучшение и приближение предоставления услуг здравоохранения отметили 100% администрации; 100% заведующих отделениями; 81,8% ВОП и терапевтов; 85,1% других врачей; 75,5% среднего медперсонала.

В Бостандыкском районе улучшение и приближение предоставления услуг здравоохранения отметили 100% администрации; 100% заведующих отделениями; 85,4% ВОП и терапевтов; 73,3% других врачей; 81,7% среднего медперсонала. 100% администрации и заведующих отделениями; 80,5% ВОП и терапевтов; 88,9% других врачей; 58,5% среднего медперсонала уверены в отсутствии улучшения и приближения предоставления услуг здравоохранения по инициативам интеграции ПМСП с психиатрической и наркологической службами в своей поликлинике.

В Жетысуском районе улучшение и приближение предоставления услуг здравоохранения отметили 100% администрации; 85,7% заведующих отделениями; 84,6% ВОП и терапевтов; 76,5% других врачей; 77,8% среднего медперсонала. 100% администрации и заведующих отделениями; 92,3% ВОП и терапевтов; 64,7% других врачей; 55,6% среднего медперсонала уверены в отсутствии улучшения и приближения предоставления услуг здравоохранения по инициативам интеграции ПМСП с психиатрической и наркологической службами в своей поликлинике.

В Медеуском районе улучшение и приближение предоставления услуг здравоохранения отметили 100% администрации; 100% заведующих отделениями; 100% ВОП и терапевтов; 81,8% других врачей; 72,6% среднего медперсонала. В Наурызбайском районе улучшение и приближение предоставления услуг здравоохранения отметили 100% администрации; 100% заведующих отделениями; 87,5% ВОП и терапевтов; 75% других врачей; 65,5% среднего медперсонала. В Турксибском районе улучшение и приближение предоставления услуг здравоохранения отметили 100% администрации; 100% заведующих отделениями; 95,2% ВОП и терапевтов; 84,3% других врачей; 75,9% среднего медперсонала. 100% администрации и заведующих отделениями; 100% ВОП и терапевтов; 92,2% других врачей; 80,2% среднего медперсонала уверены в отсутствии улучшения и приближения предоставления услуг здравоохранения по инициативам интеграции ПМСП с психиатрической и наркологической службами в своей поликлинике.

Как видно из блока вопросов об улучшении и приближении предоставления услуг здравоохранения, отмечается прямая корреляция оптимистичного мнения от занимаемой должности, чем выше позиция, тем оптимистичнее мнение. Также можно отметить, что респонденты в районах, где непосредственно функционируют инициативы, отмечают улучшение и приближение предоставления услуг здравоохранения.

4.4 Результаты оценки состояния интеграционной политики ПМСП и СОЗ

Респонденты во всех категориях были единогласны во мнении, что проводимая политика интеграции ПМСП, в целом, улучшила их работу.

По итогу проведения оценки взаимодействия поликлиники со стационарами, было выявлено, что большинство респондентов отметили, как «посредственно» ($p < 0,05$). За исключением Алмалинского и Алатауского

районах, где больше половины респондентов (60%) среди администрации отметили взаимодействие данных организаций как «хорошо», а также Турксибского района, где половина (50 %) администрации отметили аналогично «хорошо», причиной которой, возможно, может служить отсутствие вакантных врачебных позиций на момент проведения опроса.

Взаимодействие ВОП с профильными специалистами. Все группы респондентов во всех районах, в основной своей массе, считают взаимодействие ВОП с профильными специалистами хорошим.

Все респонденты во всех категориях отметили значительное улучшение предоставления услуг здравоохранения после внедрения ПУЗ, по другим инициативам также отмечено улучшение, но с меньшим процентным выражением.

Результаты исследования показали, что наибольшее количество респондентов 100 % администрации в Бостандыкском и Турксибском районах, а также в Турксибском районе 100% заведующих отделением и 90,4% ВОП и терапевтов, 87,5% среди ВОП и терапевтов в Алатауском районе, отметили улучшение предоставления услуг здравоохранения после внедрения ПУЗ, в то время как 12,5 % заведующих отделением в Алатауском районе отметили ухудшение ($p < 0,05$). В тоже время наибольший показатель 40% среди администрации Алмалинского района отметили, что остались без изменений предоставления услуг здравоохранения после внедрения ПУЗ (рисунок 20).

Стоит отметить, что все респонденты во всех категориях отметили значительное улучшение предоставления услуг здравоохранения после внедрения ПУЗ, по другим инициативам также отмечено улучшение, но с меньшим процентным выражением ($p < 0,05$).

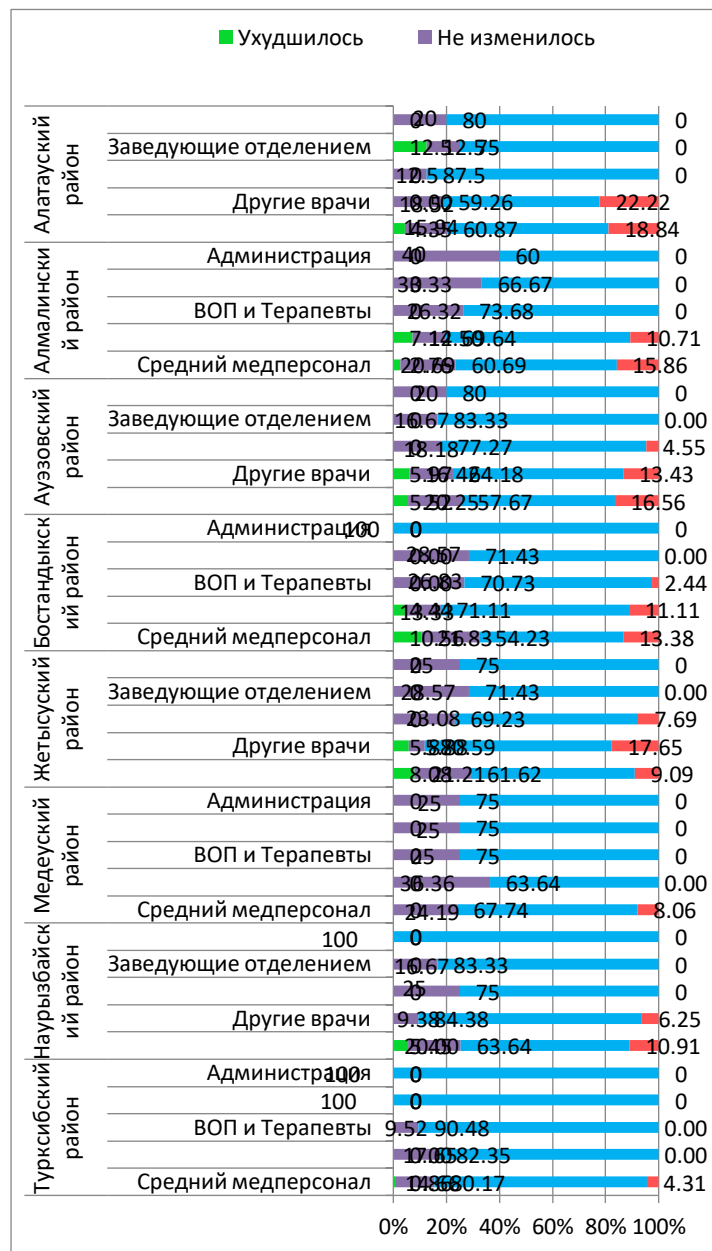


Рисунок 20 - Изменение предоставления услуг здравоохранения после внедрения ПУЗ (по мнению администрации, заведующих отделениями, врачей и среднего медперсонала отобранных поликлиник по районам г. Алматы), %

По результатам исследования нами было выявлено, что преимущественное большинство респондентов среди всех респондентов, а также среди других врачей, с достижением максимума до 84,3% в Наурызбайском районе, отметили улучшение предоставления услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и онкологической службы ($p < 0,05$) (рисунок 21).

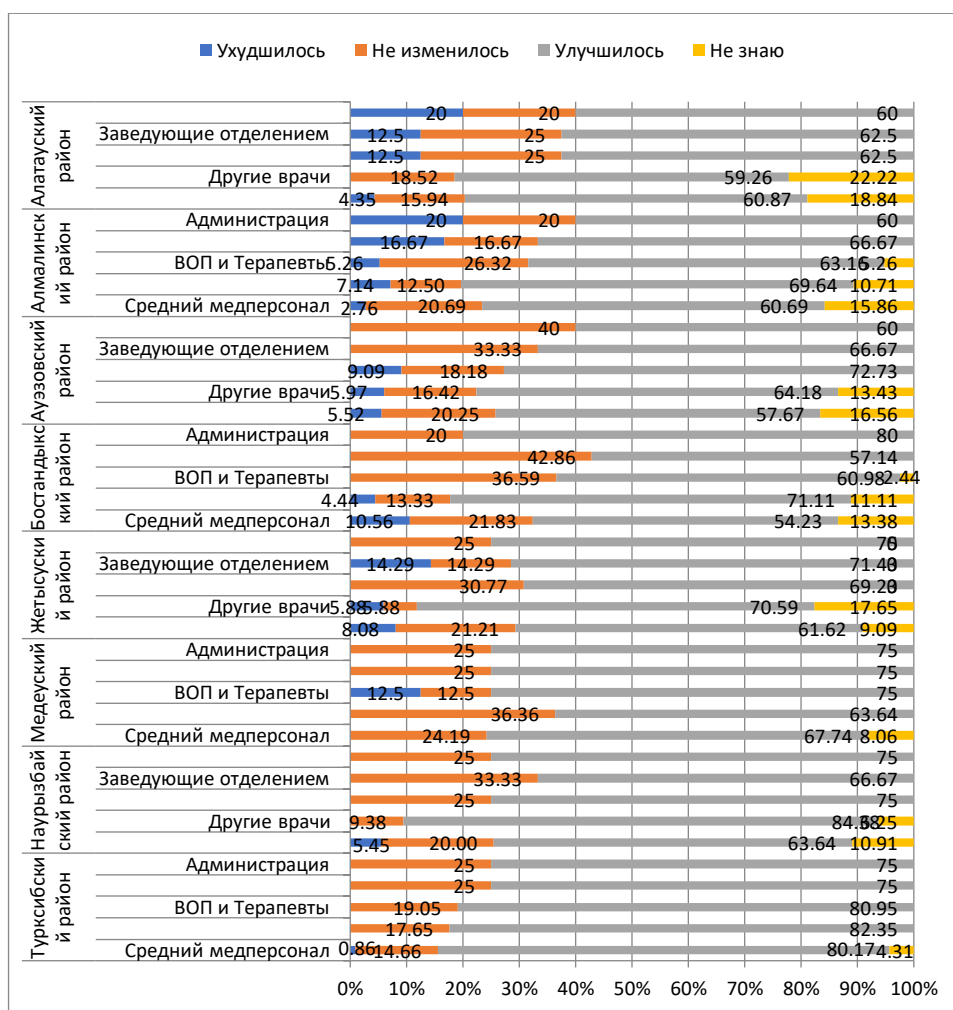


Рисунок 21 - Изменение предоставления услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и онкологической службы (по мнению администрации, заведующих отделениями, врачей и среднего медперсонала отобранных поликлиник по районам г. Алматы), %

Около половины респондентов 42,8% среди заведующих отделением отметили, что предоставление услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и онкологической службы осталось без изменений в Бостандыкском районе. Кроме того, наибольший показатель среди администрации 20% отметили ухудшение предоставления услуг в Алатауском районе, в тоже время в данном районе 22% других врачей затруднялись с ответом (рисунок 21).

Наибольшее количество респондентов отметили улучшение предоставления услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и фтизиатрической службы ($p < 0,05$). Несмотря на это, наибольший показатель 20% среди администрации в Алатауском и Алмалинском районах указали на ухудшение данных услуг. Кроме того, почти около половины респондентов (42,8%) среди заведующих отделением в Бостандыкском районе не отметили изменений в улучшении предоставления услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и фтизиатрической службы ($p < 0,05$) (рисунок 22).

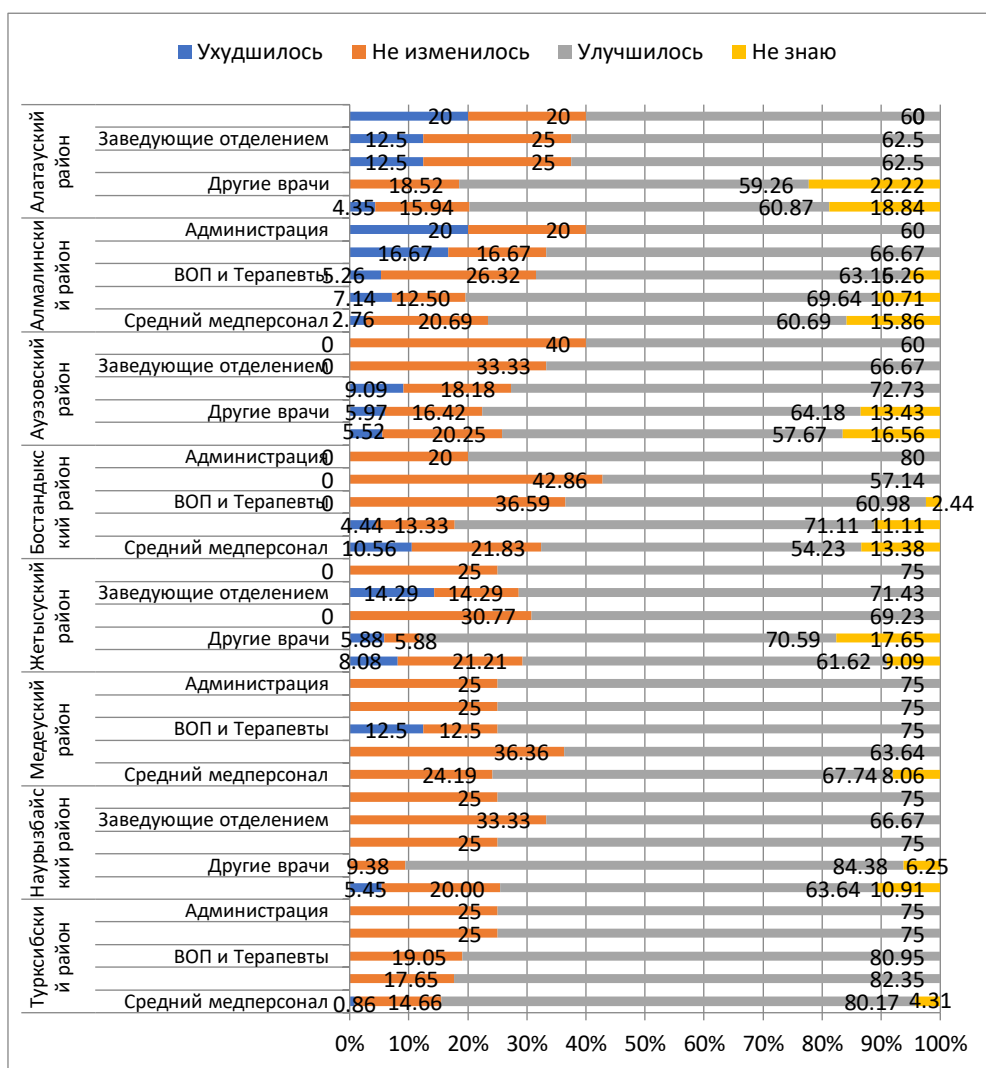


Рисунок 22 - Изменение предоставления услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и фтизиатрической службы (по мнению администрации, заведующих отделениями, врачей и среднего медперсонала отобранных поликлиник по районам г. Алматы)

По данным проведенного исследования, преобладающее большинство (84,3%) опрошенных среди других врачей в Наурызбайском районе указали на улучшение предоставления услуг здравоохранения после внедрения интегрированной модели службы родовспоможения и детства ($p < 0,05$). Несмотря на это, наибольший показатель 20% среди администрации в Алатауском и Алмалинском районах указали на ухудшение данных услуг. Кроме того, почти около половины респондентов (42,8%) среди заведующих отделением в Бостандыкском районе не отметили изменений в улучшении предоставления услуг здравоохранения после внедрения Интегрированной модели службы родовспоможения и детства (рисунок 23).

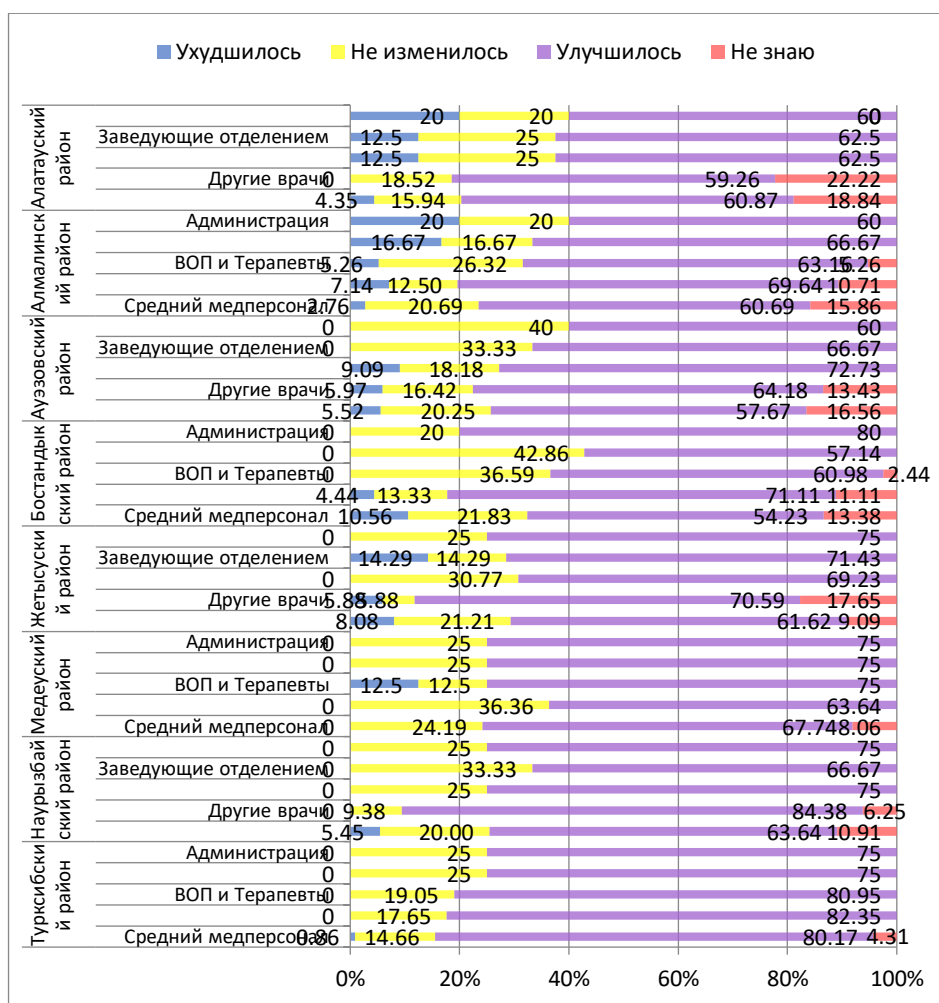


Рисунок 23 - Изменение предоставления услуг здравоохранения после внедрения Интегрированной модели службы родовспоможения и детства (по мнению администрации, заведующих отделениями, врачей и среднего медперсонала отобранных поликлиник по районам г. Алматы), %

В ходе исследования наибольшее количество опрошенных (82,3%) среди других врачей, ВОП и терапевты (80,9%), средний медперсонал (80,1%) в Турксибском районе, далее следует опрошенные (80%) среди администрации в Бостандыкском районе отметили, что остались без изменения предоставления услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и психиатрической и наркологической службы ($p < 0,05$). Несмотря на это, (84,3%) опрошенных среди других врачей в Наурызбайском районе указали на улучшение услуг (рисунок 24).

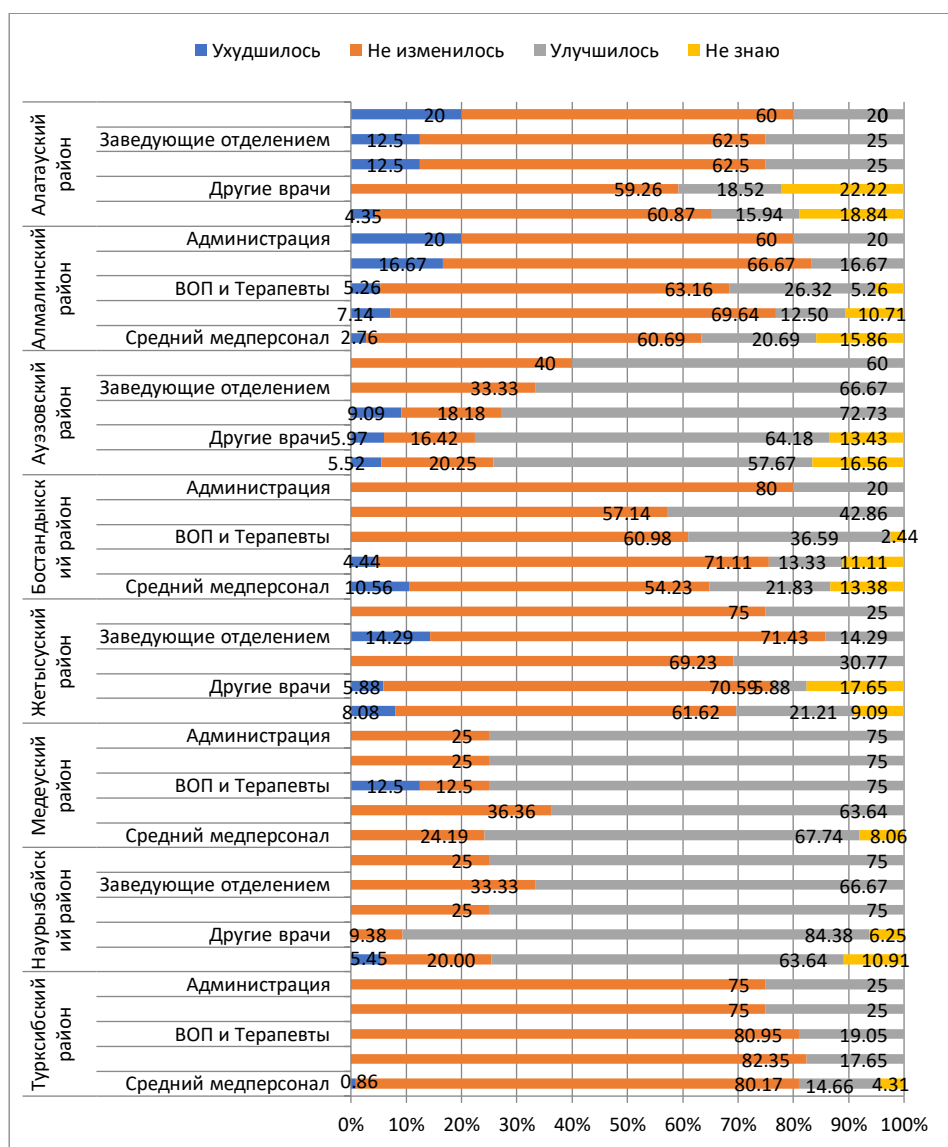


Рисунок 24 - Изменение предоставления услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и психиатрической/наркологической службы (по мнению медперсонала отобранных поликлиник по районам г. Алматы), %

По блоку вопросов об изменении предоставления услуг здравоохранения после внедрения той или иной инициативы, можно отметить, что подавляющее большинство респондентов ответили, что предоставления услуг здравоохранения «улучшилось». Касательно тех районов, где не были представлены инициативы, основная масса респондентов указала, что предоставления услуг здравоохранения «не изменилось».

Следует отметить, что наличие в медицинской организации психиатра и нарколога, по всей видимости, способствовало тому, чтобы подавляющее большинство респондентов отметило улучшение предоставления данных услуг здравоохранения. Напротив, в других районах подавляющее большинство респондентов считает, что в интеграции ПМСП с психиатрической и наркологической службами значительных изменений не произошло. Вероятно,

это связано с тем, что данных районных поликлиниках психиатр и нарколог отсутствовали.

Для оценки прогностических факторов восприятия влияния процессов интеграции на работу ПМСП нами была проведена процедура множественной линейной регрессии по факторам возраст и стаж работы на зависимую переменную, выраженную общей удовлетворенностью процессами интеграции медицинскими работниками всех уровней (руководители органов и организаций здравоохранения, медицинские работники высшего и среднего звена).

Нами было выявлено, что и возраст, и стаж работы были тесно связаны с удовлетворенностью процессами интеграции, при этом чем больше был возраст и стаж, тем меньшую удовлетворенность можно было ожидать. Возможно данную тенденцию можно объяснить наличием большей информированности с течением времени. Показатели линейной регрессионной модели продемонстрированы в таблице 7.

Таблица 7 – Характеристика модели множественного линейного регрессионного анализа восприятия влияния процессов интеграции на работу ПМСП среди медицинских работников всех уровней

Стандартная ошибка остатков	R-квадрат	Скорректированный R-квадрат	F-статистика	Плотность степеней свободы	p-оценка
6,4032	0,8882	0,8878	2366,736	596	< 0,001

Коэффициенты модели множественного линейного регрессионного анализа восприятия влияния процессов интеграции на работу ПМСП среди медицинских работников всех уровней показали сильную ассоциацию между возрастом (-0,8353) и опытом работы (-1,1355) ($p < 0,001$) (таблица 8).

Таблица 8 – Коэффициенты модели множественного линейного регрессионного анализа восприятия влияния процессов интеграции на работу ПМСП среди медицинских работников всех уровней

Показатели	Коэффициент	Стандартная ошибка	t оценка	P-оценка ($> t $)
Константа	119,226	5,724	20,8291	< 0,001
Возраст	-0,8353	0,2417	-3,4554	< 0,001
Опыт работы	-1,1355	0,2854	-3,9782	< 0,001

При этом общие характеристики модели показали высокую точность предсказания ассоциаций (R-квадрат = 0,8882) с согласованностью стандартизированных остатков (standardized residuals) и подобранных в процессе моделирования значений (fitted values) (рисунок 25).

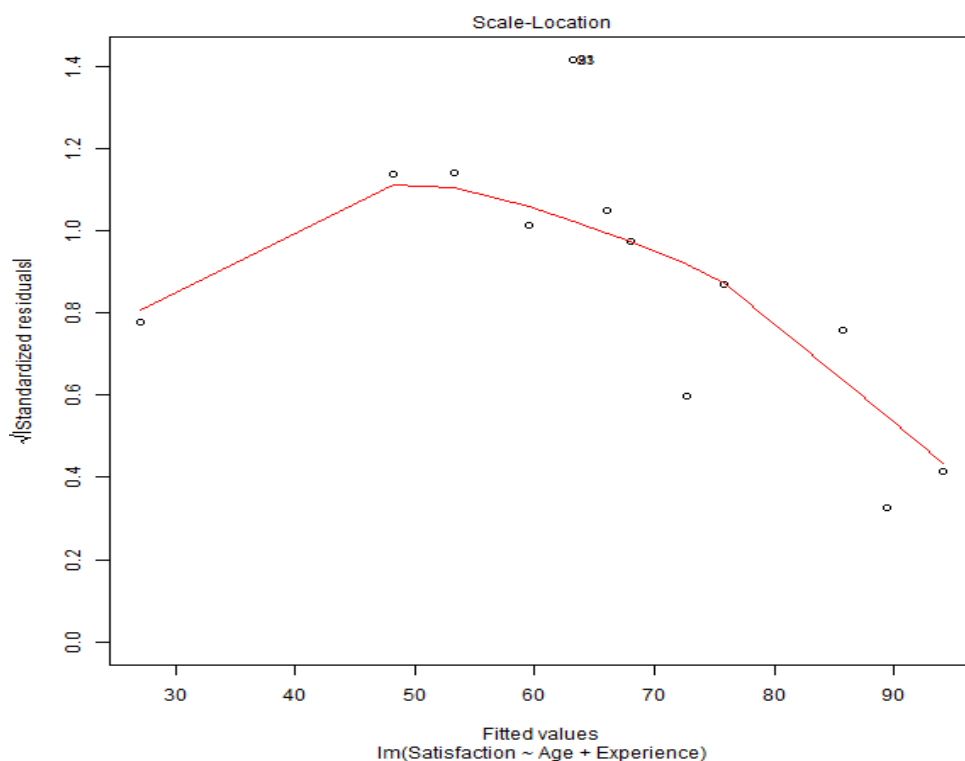


Рисунок 25 – Характеристики соответствия стандартизированных остатков (standardized residuals) и подобранных в процессе моделирования значений (fitted values)

Ранее проведенная оценка удовлетворённости квалификацией профильных специалистов показала, что все категории респондентов во всех районах города были удовлетворены квалификацией профильных специалистов.

Обучающие семинары и/или курсы по специальностям во всех районах и для всех категорий респондентов проводятся примерно 1 раз в год. Стоит отметить, что по этому вопросу имеется разность ответов, так, например, в Турксибском районе по 25% респондентов среди Администрации и Заведующих отделениями выбрали варианты ответов «2-3 раза в год» и «4 и более раз в год». По всей видимости, они свидетельствуют об индивидуальном подходе, когда нужно учитывать такие факторы, как подача заявок самим участником, количество выделенных мест для организации и т.д.

Практически все сотрудники, за исключением администрации участвуют в инициативах, процесс внедрения инициатив менеджерируется со стороны представителей администрации, а именно заместителями главных врачей под руководством главных врачей. В основном, это – ПУЗ. Среди профильных специалистов мы можем увидеть их вовлеченность в инициативы по своим специальностям.

Таким образом, наш анализ полученных результатов показал, что необходимо усилить мероприятия по обмену информацией и обучением среди врачей и среднего медперсонала. Что касается взаимодействия поликлиник со

стационарами все категории респондентов в семи районах, кроме Турксибского оценивают, как «посредственное». В этой связи, необходимо принять меры по усилению межсекторального сотрудничества. Поликлиники укомплектованы специалистами общего профиля (ВОП, хирурги, акушер-гинекологи и др.) на достаточно высоком уровне. Существует нехватка профильных специалистов, таких как онкологи, маммологи, фтизиатры, аллергологи, иммунологи, психиатры и наркологи. Нефрологов, пульмонологов и гериатров нет ни в одной из исследованных поликлиник. Наличие отдельного профильного специалиста в поликлинике напрямую влияет на качество предоставления услуг здравоохранения.

С учетом того, что коэффициенты модели множественного линейного регрессионного анализа восприятия влияния процессов интеграции на работу ПМСП среди медицинских работников всех уровней продемонстрировали сильную ассоциацию между возрастом (-0,8353) и опытом работы (-1,1355) ($p < 0,001$) следует учитывать, что в группах медицинских работников в возрасте старше 49 лет необходимы дополнительные мероприятия по информированию о процессах и важности интеграции ПМСП и ОЗ.

Резюмируя текущий статус интеграции профильных служб в ПМСП, можно сказать, что был достигнут положительный результат, а именно интеграция повысила, как качество предоставления услуг здравоохранения, так и нагрузку на поликлиники во всех районах г. Алматы. Большинство всех респондентов придерживаются оптимистичного сценария от дальнейшей интеграции ПМСП и ОЗ, ожидая, что изменения произойдут в лучшую сторону.

Во многих исследованиях стран с низким и средним уровнем дохода [108], которые достигают хороших результатов в отношении здоровья при умеренных затратах на здравоохранение (Бангладеш, Эфиопия, Кыргызстан, Тамил Наду и Таиланд), отмечают 4 основных детерминанта, которые определяют успешность интегрированных и общедоступных систем здравоохранения, построенных на основе ПМСП и ОЗ [109]. Это (1) потенциал: ключевая роль отдельных лиц и организаций в разработке и проведении реформ; (2) преемственность: стабильность, необходимая для реализации реформ, и институциональная память, которая предотвращает повторение ошибок; (3) катализаторы: способность использовать возможности и (4) контексты: политика, актуальная и соответствующая обстоятельствам. Была подчеркнута важность устойчивой политической поддержки здравоохранения, квалифицированных кадров здравоохранения, высокой степени участия общественности и политики укрепления здоровья [110].

Резюмируя представленную в главе информацию, следует отметить, что немаловажным аспектом анализа процессов интеграции является изучение мнения населения и его осведомленности о текущем состоянии интеграции ПМСП и других служб здравоохранения в РК.

4.5 Результаты анкетирования взрослого населения г. Алматы

Нами было проведено исследование среди населения для определения уровня осведомлённости о текущем состоянии интеграции ПМСП и ОЗ в РК, и перспектив её развития на примере г. Алматы.

По результатам исследования было выявлено, что от 55% – 80% респондентов по районам известна лишь ПУЗ ($p < 0,05$). Такое же количество опрошенных знают о функционировании этой программы в их поликлинике. В отношении ПУЗ респонденты в диапазоне от 54% - 73,5% уверены об улучшении и приближении оказания услуг здравоохранения прикреплённому населению ($p < 0,05$). Остальные инициативы не были известны ни одному из опрошенных. Кроме того, от 87,5% - 94% респондентов по районам не знают, объявлялось ли на официальном уровне о введении в поликлиниках той или иной инициативы ($p < 0,05$).

По итогам опроса, от 59% – 73,5% опрошенных оценивают взаимодействие поликлиник со стационарами как «хорошее» ($p < 0,05$).

Взаимодействие ВОП с профильными специалистами респонденты оценивают по-разному. Например, сотрудничество с кардиологом, педиатром и акушер-гинекологом оценивается на уровне «хорошо» от 59% – 79% ($p < 0,05$) в зависимости от района, тогда как взаимодействие с онкологом, фтизиатром, инфекционистом и эндокринологом преимущественно оценивается «посредственным», с удельным весом среди опрошенных 54,5% - 76,5% ($p < 0,05$). Взаимодействие ВОП с психиатрами и наркологами отличается по районам. Поликлиника, в которой имеются данные специалисты взаимодействие оценено на уровне с другими профильными специалистами (Ауэзовский, Медеуский, Наурызбайский районы), там же, где их нет (все остальные районы), удельный вес среди респондентов, считающих сотрудничество с ВОП на уровне «плохо» составил от 50,5% - 64% ($p < 0,05$).

Оценка состояния изменения после интеграции показала, что наибольшее количество населения отметили улучшение предоставления услуг здравоохранения после внедрения ПУЗ, из них наибольший показатель (74%) отмечен в Наурызбайском районе. В тоже время наибольший показатель (27%) в Алмалинском районе, где респонденты отметили, что предоставление услуг здравоохранения после внедрения ПУЗ осталось без изменений (рисунок 26).

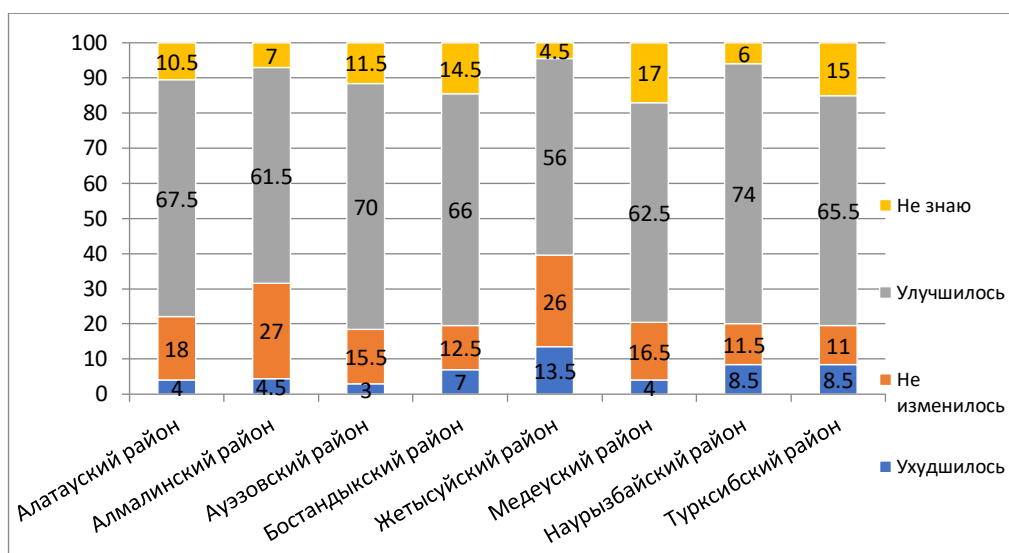


Рисунок 26 – Изменение предоставления услуг здравоохранения после внедрения ПУЗ (по мнению населения г. Алматы), %

По результатам опроса среди населения в отношении изменений предоставления услуг здравоохранения, после интеграции ПМСП и онкологической службы, аналогичная ситуация наблюдалась, как и по части предоставления услуг здравоохранения после внедрения ПУЗ (рисунок 27).

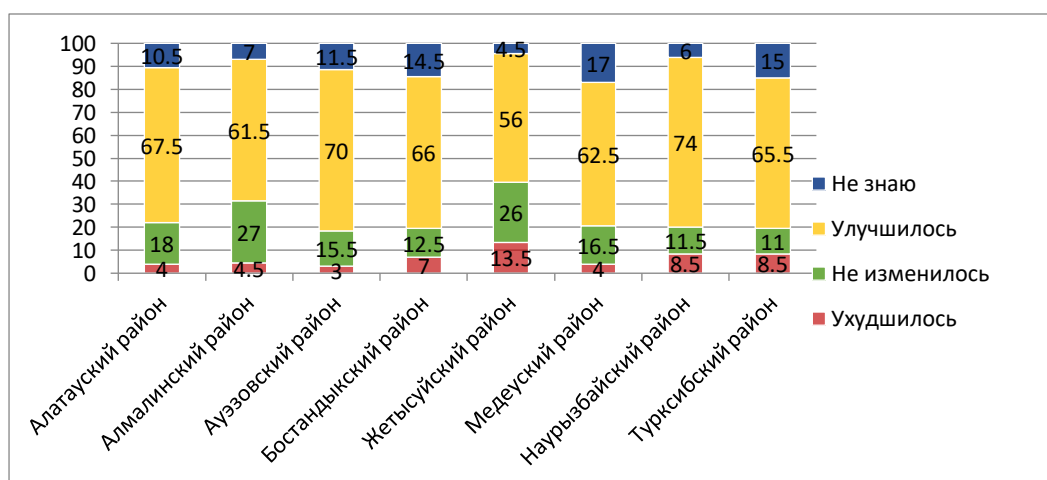


Рисунок 27 - Изменение предоставления услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и онкологической службы (по мнению населения г. Алматы 18 лет и старше по районам), %

Как видно из полученных данных, результаты предоставления услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и фтизиатрической службы (по мнению населения г. Алматы 18 лет и старше по районам) аналогичны показателям в отношении предоставления услуг здравоохранения после внедрения ПУЗ и интеграции ПМСП и онкологической службы (рисунок 28).

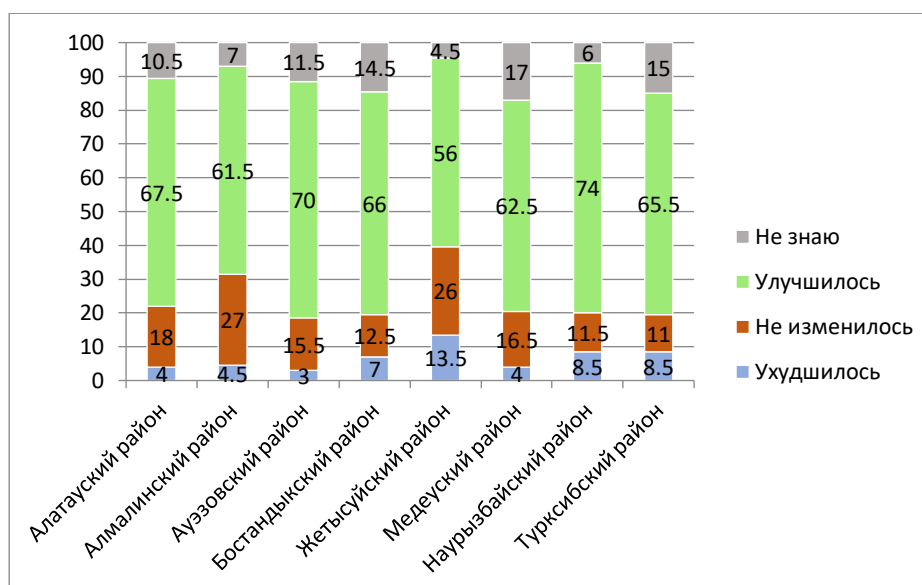


Рисунок 28 – Изменение предоставления услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и фтизиатрической службы (по мнению населения г. Алматы 18 лет и старше по районам), %

Респонденты отметили в более половины случаев, что произошло изменение предоставления услуг здравоохранения после внедрения Интегрированной модели службы родовспоможения и детства, из них самый высокий показатель (60,5%) наблюдался в Медеуском районе ($p < 0,05$). Кроме того, почти третья часть опрошенных отметили «не знаю», а также в диапазоне от 6,5% до 22% опрошенных отметили, что изменения не наблюдают в предоставлении услуг здравоохранения после внедрения Интегрированной модели службы родовспоможения и детства (рисунок 29).

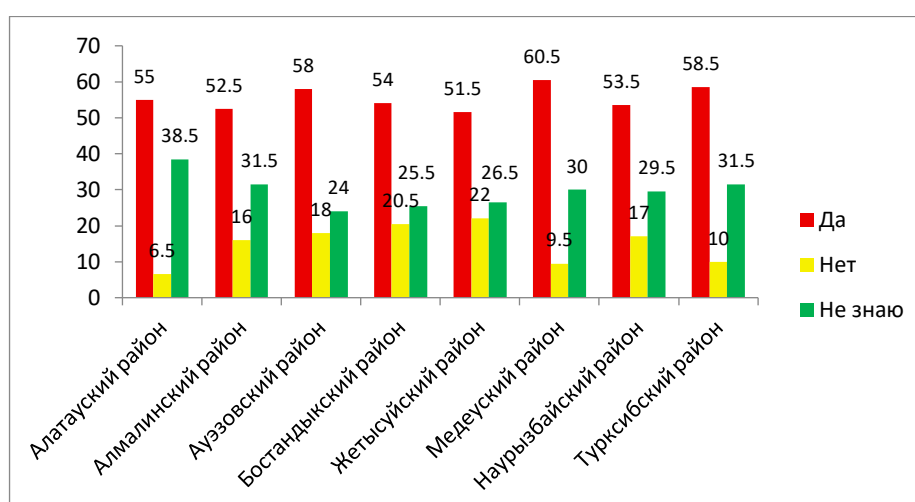


Рисунок 29 – Изменение предоставления услуг здравоохранения после внедрения Интегрированной модели службы родовспоможения и детства (по мнению населения г. Алматы 18 лет и старше по районам), %

Значительное количество (74%) среди населения в Наурызбайском районе отметили улучшение в предоставлении услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и психиатрической службы ($p < 0,05$). В тоже время (62,5%) населения в Алатауском районе, а также (65,5%) опрошенных в Алмалинском районе отметили, что не изменилось предоставление услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и психиатрической/наркологической службы ($p < 0,05$) (рисунок 30).

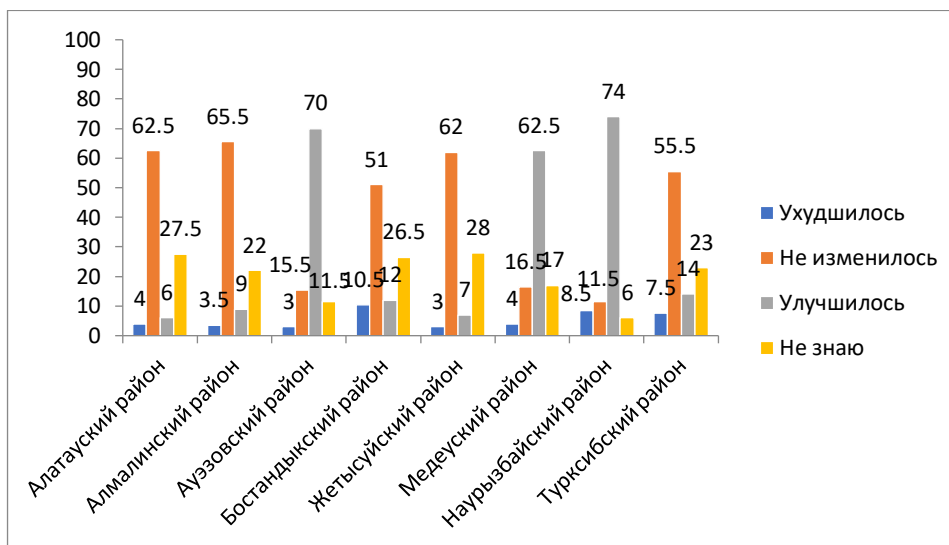


Рисунок 30 – Изменение предоставления услуг здравоохранения после интеграции ПМСП психиатрической/наркологической службы (по мнению населения г. Алматы), %

Респонденты отметили в более половины случаев, что ничего не изменилось в предоставлении их услуг.

Стоит обратить внимание, что эти же респонденты в диапазоне от 22% – 28% не знают об изменениях после интеграции психиатра и нарколога, что, возможно, говорит о необходимости большего размещения профильных специалистов в одном районе города ($p < 0,05$).

Для понимания факторов риска негативного восприятия интеграции ПМСП (респонденты, ответившие, что состояние после интеграции ухудшилось) по предоставлению услуг наркологической, психиатрической фтизиатрической, онкологической служб, а также службы родовспоможения и детства и внедрения ПУЗ нами была проведена процедура множественной логистической регрессии.

Факторами влияния были приняты – пол (референсная группа женский пол по преобладанию в группах респондентов), возраст (референсная группа принадлежность к возрасту младше 65 лет, не пожилой возраст – более благоприятный фактор) и образование (референсная группа отсутствие высшего образования – более благоприятный фактор).

По результатам регрессионного анализа нами было выявлено, что мужской пол сильно ассоциирован с негативным восприятием наркологической и

онкологической службы, отношение шансов 1,24 (95% ДИ 1,03-3,46) и 1,93 (95% ДИ 1,30-5,27) соответственно.

Пожилой возраст был ассоциирован с негативным восприятием наркологической (отношение шансов 3,25 (95% ДИ 1,86-8,27)), психиатрической (отношение шансов 2,79 (95% ДИ 1,32-7,61)), фтизиатрической (отношение шансов 3,48 (95% ДИ 2,21-7,16)) и онкологической служб (отношение шансов 2,43 (95% ДИ 1,37-15,22)).

Наличие высшего образования было тесно связано с негативным восприятием психиатрической службы – отношение шансов 1,76 (95% ДИ 1,05-3,57), онкологической службы – отношение шансов 4,53 (95% ДИ 2,54-10,27), внедрения ПУЗ отношение шансов 3,02 (95% ДИ 2,89-9,27) (таблица 9).

Возможно, данные результаты были получены ввиду превалирования среди респондентов лиц женского пола и наибольшим числом опрошенных в возрастной группе от 45 лет до 60 лет.

Таблица 9 – Результаты множественного регрессионного анализа факторов риска негативного восприятия интеграции ПМСП по предоставлению услуг наркологической, психиатрической фтизиатрической, онкологической служб, а также службы родовспоможения и детства и внедрения ПУЗ

Оцениваемый показатель	Факторы риска негативного восприятия интеграции ПМСП		
	Мужской пол	Возраст старше 65 лет	Высшее образование
	Отношение шансов (95% ДИ)	Отношение шансов (95% ДИ)	Отношение шансов (95% ДИ)
1	2	3	4
Изменение предоставления услуг здравоохранения после интеграции ПМСП психиатрической/наркологической службы	1,24 (1,03-3,46)*	3,25 (1,86-8,27)**	2,61 (0,27-1,93)
Изменение предоставления услуг здравоохранения после внедрения интегрированной модели службы родовспоможения и детства	1,51 (0,22-4,31)	3,51 (0,93-4,51)	3,18 (0,14-5,77)
Изменение предоставления услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и фтизиатрической службы	1,68 (0,18-1,93)	3,48 (2,21-7,16)*	2,61 (0,21-5,18)
Изменение предоставления услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и онкологической службы	1,93 (1,30-5,27)**	2,43 (1,37-15,22)**	4,53 (2,54-10,27)**

Продолжение таблицы 9

1	2	3	4
Изменение предоставления услуг здравоохранения после внедрения ПУЗ	1,32 (0,81-1,87)	2,15 (0,25-4,53)	3,02 (2,89-9,27)**
* – р-оценка отношения шансов менее 0,05 ** – р-оценка отношения шансов менее 0,01			

Согласно проведенному исследованию, от 54% – 72% респондентов среди населения во всех районах считают, что электронный документооборот, смарт-приложения, а также МИС используются сотрудниками поликлиник частично ($p < 0,05$).

Доступность услуг здравоохранения, предоставляемых поликлиниками, респонденты оценивают преимущественно «хорошей» (56% – 70%).

Результаты анкетирования населения г. Алматы 18 лет и старше показали:

- Во всех районах города доля женщин-респондентов варьируется примерно в диапазоне от 66% - 81,5%.

- Наибольшее число опрошенных составила возрастная группа «от 45 лет до 60 лет», удельный вес их респондентов по районам составил диапазон 38% - 56%.

- Теоретическая осведомлённость населения о СОЗ РК находится на низком уровне.

- 55% – 80% респондентам по районам известна лишь ПУЗ. Остальные инициативы неизвестны ни одному из опрошенных.

- 87,5% - 94% респондентов по районам не знают, объявлялось ли на официальном уровне о введении в поликлиниках той или иной инициативы.

- Взаимодействие ВОП с профильными специалистами оценивается по-разному. Их доступность находится в прямой пропорциональности от доступности того или иного специалиста.

- После внедрения инициатив, повысился уровень предоставления услуг здравоохранения.

- 54% – 72% респондентов среди населения во всех районах считают, что электронный документооборот, смарт-приложения, а также МИС используются сотрудниками поликлиник частично.

- Поликлиники обеспечены основными специалистами, такими как ВОП, терапевты, хирурги и т.д. В отношении профильных специалистов дела обстоят наоборот. В поликлиниках нет пульмонологов, нефрологов, аллергологов, иммунологов и гериатров. Психиатры и наркологи есть лишь в трёх из восьми исследованных поликлиник. Фтизиатры, онкологи и маммологи снабжены по одному специалисту в нескольких ГП. Согласно опросам, качество предоставления услуг здравоохранения напрямую зависит от обеспеченности поликлиник специалистами.

- 82,5% - 90% респондентов во всех районах считают, что получить консультацию профильного специалиста после их размещения в поликлиниках стало намного легче.

Респонденты отмечают улучшение предоставления услуг после внедрения ПУЗ, размещения онкологов, фтизиатров, психиатров и наркологов [111]. Отмечается, что стала доступней служба родовспоможения третьего уровня Эти факты отмечают более половины всех респондентов. Касательно психиатров и наркологов, удельный вес отметивших улучшение достаточно низок в поликлиниках, где данные специалисты отсутствуют. Регрессионный анализ позволил определить факторы, ассоциированные с негативным восприятием интеграции ПМСП с разными службами. Так, принадлежность к мужскому полу увеличивала риск негативной оценки интеграции наркологической и онкологической службы, отношение шансов 1,24 (95% ДИ 1,03-3,46) и 1,93 (95% ДИ 1,30-5,27) соответственно, пожилой возраст увеличивал риск негативного восприятия наркологической (отношение шансов 3,25 (95% ДИ 1,86-8,27)), психиатрической (отношение шансов 2,79 (95% ДИ 1,32-7,61)), фтизиатрической (отношение шансов 3,48 (95% ДИ 2,21-7,16)) и онкологической служб (отношение шансов 2,43 (95% ДИ 1,37-15,22)), а наличие высшего образования было значительно ассоциировано с негативным восприятием психиатрической службы – отношение шансов 1,76 (95% ДИ 1,05-3,57), онкологической службы – отношение шансов 4,53 (95% ДИ 2,54-10,27), внедрения ПУЗ отношение шансов 3,02 (95% ДИ 2,89-9,27).

4.6 Результаты интервьюирования ключевых экспертов

В данном разделе диссертационной работы рассмотрен анализ записанных протоколов интервью, использованных для опроса ключевых экспертов. Структура протокола состояла из шести разделов. Каждый раздел содержал подразделы, отражающие разные аспекты интеграции ПМСП.

Мы провели сравнительный анализ 15 интервью, взятых у ключевых информаторов медицинских организаций (подробно метод интервьюирования описан в главе «Материалы и методы исследования»). Ниже нами приведены тематика и сравнительный анализ по результатам каждого раздела протокола интервью для опроса ключевых экспертов.

Первый раздел «Определение проблемы» направлен на понимание того, что способствовало зарождению инициативы. Сравнительный анализ показал, что все инициативы нацелены на главный принцип – профилактику заболеваний. По мнению ключевых информаторов ведущая роль для обеспечения профилактики отведена ПМСП.

Раздел «Основные вехи развития инициативы» призван резюмировать изменения, которые происходили с течением времени, описывая ключевые даты и вехи на протяжении всего процесса разработки инициативы с момента её планирования и запуска и по сегодняшний день. По результатам сравнительного анализа выявлено, что все инициативы начаты в разных годах. Некоторые из них развивались очень быстро и за 2-3 года происходил процесс интеграции. Как мы

можем увидеть, интеграция – достаточно сложный процесс, который является непрерывным. Среди описанных инициатив имеются те, которые разрабатываются на протяжении десятилетий. Темпы их развития за последние 2-3 года опередили интеграцию за предыдущие 10 лет. В двух инициативах был период, когда они функционировали в пилотном режиме (ПУЗ, Интеграция ПМСП с психиатрической и наркологической службами).

Раздел «Процессы предоставления услуг здравоохранения» посвящен описанию изменений, которые были внесены для улучшения процессов предоставления услуг здравоохранения. Он состоит из следующих подразделов: выбор услуг, разработка лечения, организация поставщиков, управление услугами, повышение производительности (таблицы 10 – 14).

Таблица 10 – Ответы ключевых экспертов на вопрос об изменении предоставления услуг здравоохранения по мере развития инициативы ПУЗ

До 1	После 2
Выбор услуг	
Диспансеризация больных. Наблюдение за больными согласно динамическим группам.	Ведение больных согласно электронному регистру. Постоянный мониторинг за состоянием здоровья больного.
Разработка лечения	
Индивидуальная ответственность врача за здоровье больного.	Солидарная ответственность за здоровье больного. Он сам принимает активное участие в укреплении своего здоровья.
Организация поставщиков	
Врач самостоятельно принимает решения по необходимым мероприятиям в отношении здоровья больного.	Организована мультидисциплинарная команда, которая совместно принимает решения о необходимых мероприятиях в отношении здоровья больного. Больной также активно участвует в принятии решений.
Управление услугами	
Врач самостоятельно определяет больного в группу динамического наблюдения. От этого зависит частота посещений поликлиники.	Координаторы на трёх уровнях (местный, региональный, национальный) осуществляют непрерывный менеджмент над инициативой.
Повышение производительности	
Повышение квалификации врачей проводится каждые 5 лет.	Мониторинг работы мультидисциплинарной команды осуществляется через электронный регистр, куда имеют постоянный доступ координаторы на всех уровнях. При необходимости, ими осуществляется консультативная помощь. Региональный координатор совершает ежеквартальные визиты в поликлинику для

Продолжение таблицы 10

1	2
	консультирования мультидисциплинарной команды. Региональный координационный комитет – это региональный/местный организационный орган, призванный обсуждать, решать возникшие вопросы в мультидисциплинарной команде, в организациях ПМСП и решать их для преодоления барьеров. Для его функционирования разрабатывается и утверждается график заседаний.

Таблица 11 – Ответы ключевых экспертов на вопрос об изменении предоставления услуг здравоохранения по мере развития инициативы Интеграция ПМСП с психиатрической и наркологической службами

До	После
Выбор услуг	
Деятельность психиатров и наркологов на уровне ПМСП была централизована в Центрах психического здоровья (ЦПЗ) и Региональных наркологических центрах (РНЦ) соответственно (ныне эти две организации по стране объединены в ЦПЗ).	Во всех районах г. Алматы имеются врачи-психиатры и врачи-наркологи. Их деятельность осуществляется в первичных центрах психического здоровья (ПЦПЗ) на уровне городских амбулаторно-поликлинических организаций.
Разработка лечения	
Раньше жителям восьми районов г. Алматы необходимо было обращаться за психиатрической помощью в ЦПЗ, а за наркологической помощью в РНЦ (ныне эти две организации объединены в ЦПЗ).	ПЦПЗ открыты во всех районах города, где пациенты могут получить услуги по месту жительства.
Организация поставщиков	
Амбулаторно-поликлиническую психиатрическую и наркологическую помощь предоставляют врачи ЦПЗ.	Планируется передать амбулаторно-поликлиническую психиатрическую и наркологическую службы в штат городских поликлиник.
Управление услугами	
Производится штатный мониторинг амбулаторно-поликлинической психиатрической и наркологической служб в качестве одного из подразделений ЦПЗ.	Планируется создать Центр анализа и мониторинга при ЦПЗ.
Повышение производительности	
Повышение квалификации врачей проводится каждые 5 лет.	В 2017 и 2018 гг. ВОП были обучены вопросам профилактики, диагностики и лечения пограничных психических расстройств и основам конфликтологии.

Таблица 12 – Ответы ключевых экспертов на вопрос об изменении предоставления услуг здравоохранения по мере развития инициативы Интеграция ПМСП и онкологической службы

До	После
Выбор услуг	
Деятельность онкологов на уровне ПМСП была централизована в Алматинском онкологическом центре (АОЦ).	Деятельность районных онкологов осуществляется на уровне городских амбулаторно-поликлинических организаций.
Разработка лечения	
Жителям восьми районов г. Алматы необходимо было обращаться за онкологической помощью в АОЦ.	Децентрализация позволила приблизить предоставление услуг здравоохранения населению. Пациенты могут получить онкологическую помощь по месту жительства.
Организация поставщиков	
Амбулаторно-поликлиническую онкологическую помощь предоставляют врачи АОЦ.	Планируется передать амбулаторно-поликлиническую онкологическую службу в штат городских поликлиник.
Управление услугами	
Производится штатный мониторинг амбулаторно-поликлинической онкологической службы в качестве одного из подразделений АОЦ.	Стратегический отдел АОЦ проводит подготовку и обучение районных онкологов. Контроль и мониторинг инициативы осуществляет заместитель главного врача по организационно-методической работе.
Повышение производительности	
Повышение квалификации врачей проводится каждые 5 лет.	Ежегодно разрабатывается и утверждается Дорожная карта по обучению сотрудников центра. АОЦ предоставляет ежемесячный отчёт по выполнению этой Дорожной карты.

Таблица 13 – Ответы ключевых экспертов на вопрос об изменении предоставления услуг здравоохранения по мере развития инициативы Интеграция ПМСП и фтизиатрической службы

До	После
1	2
Выбор услуг	
Ориентация службы на оказание стационарной помощи.	Ориентация службы на оказание амбулаторной помощи.
Разработка лечения	
100% больных ТБ подлежали госпитализации в стационар.	Стационарному лечению подлежат лишь эпидемиологически опасные больные.
Организация поставщиков	
100% больных оказывалась стационарная, а затем амбулаторная помощи.	Внедрён принцип непосредственно-контролируемого лечения (НКЛ).
Управление услугами	

Продолжение таблицы 13

1	2
Мониторинг осуществлялся путём предоставления отчётов в Национальный научный центр фтизиопульмонологии (ННЦФ).	Внедрена первая в РК система мониторинга оценки качества предоставляемых услуг. За каждой поликлиникой закреплён свой куратор из областного противотуберкулёзного диспансера.
Повышение производительности	
Повышение квалификации врачей проводится каждые 5 лет.	Внедрена первая в РК система мониторинга оценки качества предоставляемых услуг. За каждой поликлиникой закреплён свой куратор из областного противотуберкулёзного диспансера. По заявке поликлиник, ННЦФ проводит обучающие циклы для их сотрудников.

Таблица 14 – Ответы ключевых экспертов на вопрос об изменении предоставления услуг здравоохранения по мере развития инициативы Интегрированная модель службы родовспоможения и детства

До	После
Выбор услуг	
Госпитализация в роддома и научные центры по показаниям.	Введено понятие «регионализация».
Разработка лечения	
Ранжирования роддомов не существовало.	В течение 2016 года служба родовспоможения ранжировала 249 родильных стационаров Республики по уровням регионализации перинатальной помощи.
Организация поставщиков	
Не было чётких показаний для необходимости родовспоможения на более высоком уровне.	ВОП – основное звено инициативы, которое осуществляет распределение беременных по трём уровням.
Управление услугами	
Единичные совместные консилиумы. В основном, все решения принимались на уровне женской консультации.	Региональный координатор осуществляет курацию инициативы в своём регионе. В г. Алматы – это РГП на ПХВ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗ РК.
Повышение производительности	
Повышение квалификации врачей проводится каждые 5 лет.	Для того, чтобы качество услуг было одинаковым на всех трёх уровнях оказания помощи, МЗ РК на постоянной основе проводит мастер-классы и обучающие семинары по актуальным вопросам акушерства и гинекологии для врачей и медперсонала.

Подраздел «Выбор услуг» описывает какие новые виды услуг здравоохранения привнесла инициатива в результате преобразований. Сравнительный анализ показал, что все инициативы представили новое видение предоставления услуг здравоохранения, где в центре всего стоит пациент. Каждая инициатива разработала новый подход по приближению услуг здравоохранения. Например, для улучшения качества акушерско-гинекологической помощи создана трехуровневая интегрированная модель развития службы оказания медицинской помощи. Выстраивается она следующим образом: на первом уровне помощь оказывается беременным женщинам без осложнений, на втором уровне – беременным с хроническими заболеваниями и осложнениями данной и предыдущих беременностей, на третьем уровне – беременным с тяжелыми хроническими заболеваниями, серьезными угрозами для жизни и здоровья матери и ребёнка. При этом на каждом уровне родовспоможения, взаимосвязано работают службы «санитарной авиации», неонатальной консультативно-транспортной службы, оснащенные реанимобилями с GPS-мониторами, проводятся консультации посредством телемедицины, спутниковой связи THURAYA, SKYPE.

В подразделе «Разработка лечения» отражена разработка путей предоставления услуг здравоохранения и механизмов для управления переходами между типами и уровнями помощи, а также индивидуализация услуг в соответствии с потребностями конкретного человека. По данным сравнительного анализа во всех инициативах разработаны услуги по их приближению населению в соответствии с международным опытом. Например, децентрализация позволила приблизить предоставление услуг здравоохранения населению. Если раньше жителям восьми районов г. Алматы необходимо было обращаться за онкологической помощью в Алматинский онкологический центр, то теперь пациенты могут получить услуги по месту жительства.

Подраздел «Организация поставщиков» содержит информацию о местах, в которых предоставляются услуги здравоохранения. По данным сравнительного анализа амбулаторно-поликлинические организации являются основными местами предоставления услуг во всех инициативах. Например, основным важным аспектом в реализации ПУЗ на уровне ПМСП является наличие мультидисциплинарной команды специалистов с четко определенным рядом навыков и межпрофессиональным взаимодействием. Эти специалисты должны тесно сотрудничать между всеми членами группы и другими специалистами ПМСП. Состав мультидисциплинарной команды различается в зависимости от нозологии, которую будут курировать специалисты. В среднем, состав команды состоит из 7-10 человек: ВОП, кардиолог (либо эндокринолог), медсестра ВОП, медсестра кардиолога (либо эндокринолога), реабилитолог, диетолог, специалист ЗОЖ, психолог, социальный работник, субкоординатор. Организации ПМСП могут самостоятельно набирать нужное количество членов мультидисциплинарной команды.

В подразделе «Управление услугами» представлен процесс согласования ресурсов, контроля за реализацией и мониторингом результатов для

поддержания уровня стабильности и порядка в предоставлении услуг здравоохранения. Результаты сравнительного анализа показали, что в каждой инициативе имеется свой координатор. Они стратифицированы по уровням: местный, городской, республиканский. Например, в каждой поликлинике имеется свой субкоординатор ПУЗ в составе мультидисциплинарной команды. Его курирует Региональный координатор. Координацию работы всех регионов осуществляет Национальный координатор.

Подраздел «Повышение производительности» описывает наличие на местах систем непрерывного обучения и инноваций. Сравнительный анализ выявил, что каждой инициативе предшествовали образовательные программы. На местах присутствуют системы непрерывного обучения. Например, в течение всего 2016 г. ежеквартально проводились обучающие сессии (всего 4 обучающие сессии). В сентябре 2017 г. членам мультидисциплинарных команд из разных регионов страны МЗ РК была организована поездка на Родину ПУЗ – в Лондон. Целью поездки был обмен опытом между странами и практическое внедрение полученных знаний. В рамках ПУЗ активно используется подход «Спроси-Расскажи-Спроси». Применение подхода помогает больным рассказать в чем они заинтересованы, и оценить готовность пациента услышать совет или предложения по улучшению/изменению образа жизни.

Подраздел «Вовлечение и укрепление людей, семей и сообществ» отражает влияние инициативы на такие вопросы как повышение информированности населения об отдельных заболеваниях, повышение медицинской грамотности, поощрение совместного принятия решений и др. Согласно сравнительному анализу, каждая инициатива повысила информированность и медицинскую грамотность населения в своей области. Усилия, предпринятые в инициативах, увеличили выявляемость заболеваний.

Раздел «Факторы, способствующие развитию системы здравоохранения» описывает какую поддержку инициатива получила от системы здравоохранения. Согласно предоставленным ниже подразделам, можно сделать определённые выводы о структуре и функционировании инициативы в целом. Например, впервые основные положения ПУЗ были изложены в ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг. В качестве целостной программы инициатива представлена в ГПРЗ «Денсаулық» на 2016-2019 гг. Государство активно поддерживает развитие ПУЗ путём проведения обучающих семинаров как с приглашением зарубежных специалистов, так и финансированием выезда в другие страны отечественных специалистов. По мере развития инициативы, издаются и обновляются приказы МЗ РК.

Подраздел «Подотчётность» четко определяет способы, с помощью которых субъекты должны выполнять свои функции, распределяя четкие роли и обязанности. Этот подраздел поясняет были ли четко определены роли и взаимодействия между участниками инициативы, а также были ли приняты какие-либо законы и/или нормативные акты, которые поддерживают преобразования в предоставлении услуг здравоохранения. Сравнительный анализ этого подраздела показал, что нормативно-правовая база всех инициатив

подготовлена государством, где чётко расписаны цели и задачи, а также роли каждой организации, в частности. Принятые законы стимулируют и поддерживают преобразования в предоставлении услуг здравоохранения. Взаимодействия между участниками инициативы и организациями распределены предельно понятно.

Подраздел «Стимулы» предоставляет информацию о финансовых или нефинансовых стимулах для участия или поддержки преобразований предоставления услуг здравоохранения. По данным сравнительного анализа этого подраздела мы выявили, что во всех инициативах присутствует финансовая стимуляция медперсонала в виде СКПН и дифференциальной оплаты. В ПУЗ создан «зелёный коридор» для пациентов по прохождению

Подраздел «Компетенции» описывает знания и навыки работников здравоохранения для обеспечения качественных результатов оказания услуг здравоохранения пациентам и населению. Он отражает какие образовательные возможности были созданы для работников здравоохранения по улучшению профессиональных знаний и навыков. Сравнительный анализ этого подраздела показал, что в рамках каждой инициативы проводятся обучающие циклы, их периодичность и частота в каждой инициативе различаются. Каждая инициатива придерживается своего формата обучения. В каждой инициативе есть куратор, который оказывает консультативную поддержку в случае необходимости.

Подраздел «Информация» описывает процесс использования и обмена данными внутри инициативы, а также её информационное взаимодействие с системой здравоохранения и населением. Сравнительный анализ показал, что в основном, обмен информацией и её доступность на разных уровнях (население, АПО, УЗ, МЗ) достаточно прозрачны и зависят от уровня авторизации пользователя, но так как ВИЧ, наряду с психическими и поведенческими расстройствами представляют особую группу заболеваний (социально значимые и опасные), весь процесс обмена информацией между населением и поставщиками услуг соблюдает принципы анонимности и конфиденциальности. Обмен информацией происходит в «реальном времени».

Подраздел «Инновации» рассматривает, обладает ли система здравоохранения оптимальными ресурсами информационных технологий, лекарствами и медицинскими технологиями для предоставления услуг на местах. Сравнительный анализ показал, что инновации носят точечный характер. Где-то внесено новшество в диагностике, где-то в лечении, а в одной из инициатив в организации процесса. В инициативе Интеграция ПМСП с психиатрической и наркологической службами новшеств не выявлено. В целом, этот раздел является наименее развитым во всех инициативах.

Раздел «Результаты» представляет собой вклад инициативы в развитие предоставления услуг здравоохранения на сегодняшний день. Он направлен на то, чтобы понять, какие изменения произошли после реализации инициативы. Сравнительный анализ данного раздела показал, что все инициативы начаты в разных годах. Они активно стали развиваться в последние 2-3 года, соответственно, достаточно сложно говорить о каких-то конкретных

результатах. В краткосрочной оценке всех инициатив отмечается положительный эффект на качество предоставления услуг здравоохранения с началом инициатив.

Этот заключительный раздел под названием «Изменения в управлении» направлен на понимание роли тех, кто участвует в реализации инициативы на всех уровнях, где произойдут изменения. Сравнительный анализ показал, что во всех инициативах прослеживается поддержка государства на всех уровнях: Президент РК и МЗ РК – на макроуровне; организационные участники по специальностям – на мезо уровне и клинические участники – на микроуровне. Инициатива Интеграция ПМСП и фтизиатрической службы реализуется при поддержке проекта USAID TB CARE I и стратегии ВОЗ «End TB».

Подраздел «Инициирование изменений» повествует о событиях, которые предшествовали инициативе. Он описывает триггерные факторы инициативы. По данным проведённого нами сравнительного анализа стало ясно, что солидарная ответственность граждан за своё здоровье, выявление заболеваний и их профилактика – основные триггерные факторы начала всех инициатив.

Подраздел «Реализация» описывает процесс претворения в жизнь инициативы. Сравнительный анализ показал, что центром всех инициатив стали организации ПМСП. Предпринимаются усилия по приближению услуг здравоохранения к местам жизнедеятельности населения: распределение узких специалистов по районным поликлиникам, процесс передачи их штата, проведение скринингов и т.д.

Подраздел «Движение вперёд» описывает ожидаемые действия и будущие планы по укреплению и расширению инициативы. Сравнительный анализ показал, что каждая инициатива планирует своё развитие согласно Дорожной карте и принципам дальнейшей интеграции с ПМСП. Таким образом, по результатам сравнительного анализа можно сделать вывод, что интеграция ПМСП и других служб здравоохранения проходит быстрыми темпами в последние 2-3 года, путём появления новых и развития существующих инициатив.

Таким образом, применив методологию ЕРБ ВОЗ, всего нами выявлены и описаны пять инициатив, методом качественного исследования (в фокус группах), интервьюированы 15 ключевых экспертов в различных областях здравоохранения (по 3 интервью в каждой области):

1. Программа управления заболеваниями (ПУЗ)
2. Интеграция ПМСП и фтизиатрической службы
3. Интегрированная модель службы родовспоможения и детства
4. Интеграция ПМСП и онкологической службы
5. Интеграция ПМСП с психиатрической и наркологической службами

Проведённый нами анализ интервью ключевых экспертов позволил нам сделать следующие выводы:

1. Благодаря соблюдению иерархии нормативно-правовых актов (Постановление, ГПРЗ, Приказ и т.д.) и соблюдению их преемственности,

создаются оптимальные условия для наиболее благоприятного внедрения инициатив.

2. Все инициативы направлены на повышение качества профилактики.

3. В результате проведённых преобразований, в рамках каждой инициативы были внедрены новые услуги здравоохранения (например, для улучшения качества акушерско-гинекологической помощи создана трехуровневая интегрированная модель развития службы оказания медицинской помощи).

4. Все инициативы, каждая в своей области, приблизили оказание услуг здравоохранения населению РК.

4.7 Научное обоснование предложений по совершенствованию интеграции первичного звена здравоохранения с общественным здравоохранением и совершенствованию функций ПМСП

На основе полученных данных нами были научно-обоснованы предложения по совершенствованию интеграции первичного звена здравоохранения с общественным здравоохранением и совершенствованию функций ПМСП.

По результатам нашего исследования, г. Алматы имеет развитую материально-техническую базу здравоохранения. Во всех восьми районах города имеются ГП и подстанции скорой помощи, оказывающие амбулаторно-поликлиническую и скорую неотложную помощи соответственно. Это, в свою очередь, дало хорошую основу для развития существующих и появления перспективных инициатив.

По результатам опросов, удовлетворённость населения отмечается в тех областях, где стали применяться инициативы. Хорошим примером может послужить ПУЗ, которая начиналась с пилотного проекта и показав свою эффективность, охватила практически все ГП г. Алматы. Остальные шесть инициатив находятся на разных этапах развития, их влияние на практике можно увидеть по проведённым нами опросам. Поэтому, необходимо развивать существующие и разрабатывать новые инициативы в области интеграции ПМСП и других медицинских служб. Инфраструктура здравоохранения является материально-технической базой для создания и развития инициатив, следовательно, необходимо поддерживать высокий уровень инфраструктурной оснащённости.

Интеграция одного профильного специалиста (стационарного) в районе, как и одного профильного специалиста в несколько ГП, является недостаточным для удовлетворения нужд населения. По результатам опроса видно, что удовлетворённость в ГП с одним профильным специалистом в районе (например, психиатр, нарколог), как и с одним профильным специалистом в нескольких ГП (например, фтизиатр, онколог, маммолог), находится на среднем уровне («посредственно»). Поэтому, необходимо просчитать необходимость обеспечения того или иного специалиста из расчёта специалист и заболеваемость/тыс. населения и обеспечить ГП в этой пропорции.

Интеграция некоторых профильных специалистов, таких как пульмонолог, нефролог и др. могла бы повысить качество предоставления услуг

здравоохранения. По результатам опроса можно увидеть нужды населения в узкопрофильных специалистах, таких как пульмонолог, нефролог, гериатр и др. В связи с этим, важно рассмотреть возможность интегрирования узкопрофильного специалиста в качестве пилотного проекта, отсутствующего в настоящее время в ГП с целью повышения качества предоставления услуг здравоохранения.

Таким образом, результаты нашего исследования легли в основу описания текущей картины действующей модели интеграции ПМСП и СОЗ в РК (информация на рисунке 31 слева) и предложены пути ее совершенствования (информация на рисунке 31 справа), включившие следующие ключевые моменты:

1. Информированность и теоретическая осведомлённость о процессах интеграции ПМСП различна на разных уровнях.

2. Интеграция одного профильного специалиста (стационарного) в районе является недостаточным для удовлетворения нужд населения.

3. Интеграция одного профильного специалиста в несколько ГП также является не совсем оптимальным решением для удовлетворения нужд населения.

4. Взаимодействие ВОП с профильными специалистами напрямую зависит от их доступности в ГП.

5. Интеграция некоторых профильных специалистов, таких как пульмонолог, нефролог и др. могла бы повысить качество предоставления услуг здравоохранения.

6. Учитывая тенденцию по увеличению продолжительности жизни как в РК, так и во всём мире, необходимо интегрировать некоторых профильных специалистов в ГП (например, гериатр).

Таким образом, существующая модель интеграции ПМСП и ОЗ в РК – это сложный, многогранный процесс взаимодействия амбулаторно-поликлинических организаций со структурными подразделениями, обеспечением профильными специалистами и лечебно-профилактической работой с населением РК.

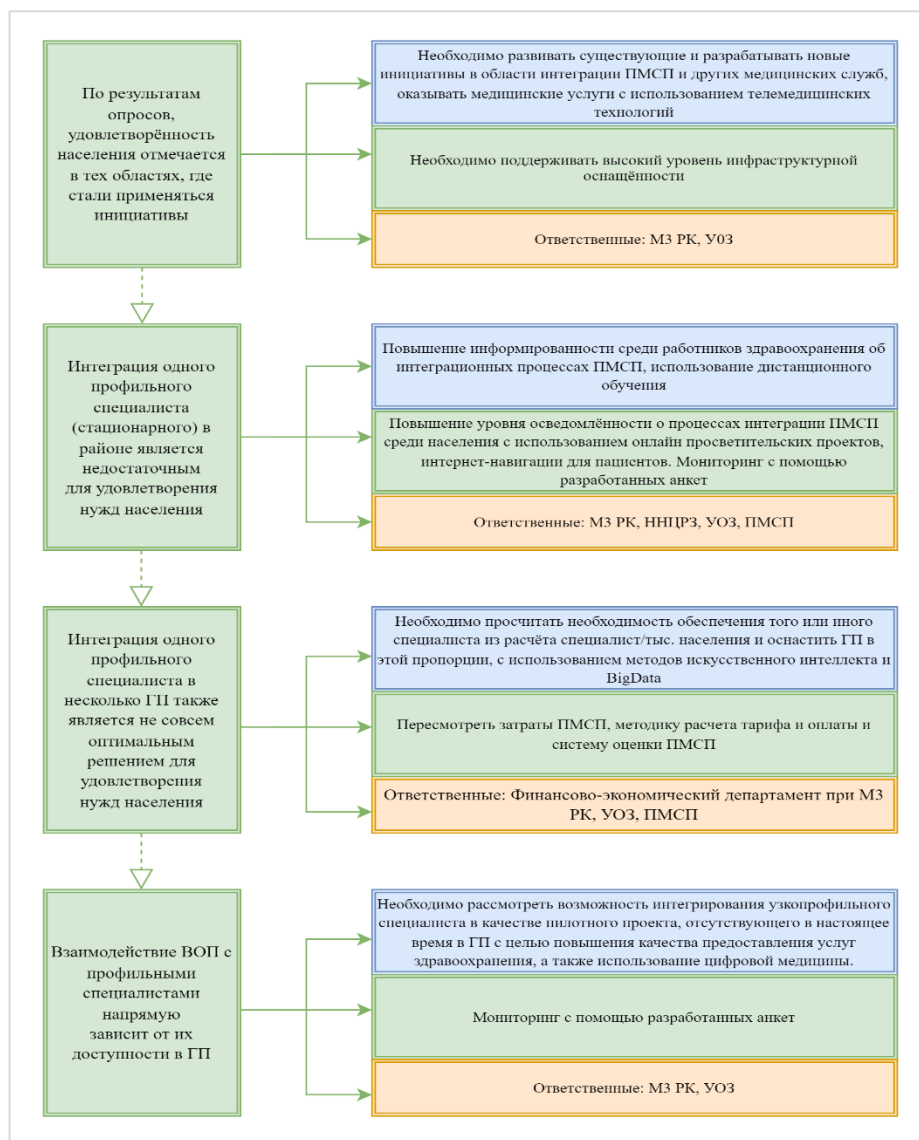


Рисунок 31 – Модель процессов интеграции ПМСП и ОЗ, рекомендации для ее совершенствования

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ международного опыта интеграции ПМСП и ОЗ показал, что современное здравоохранение не может существовать без процессов взаимодействия и основу улучшенной системы первичной медико-санитарной помощи составляют интеграция и координация на всех ее уровнях. Создание, реализация и дальнейшее усовершенствование службы общественного здравоохранения играет важную стабилизационную роль в обществе, обеспечивая развитие и укрепление ПМСП посредством укрепления здоровья населения и благосостояния государства в целом.

Обеспеченность амбулаторно-поликлинической помощью хорошо развита во всех районах г. Алматы. Территориальным подразделением, представляющим Комитет санитарно-эпидемиологического контроля в г. Алматы, является Департамент санитарно-эпидемиологического контроля. Департамент имеет свои территориальные подразделения – Управления санитарно-эпидемиологического контроля соответствующего района. Поликлиники и ОЗ имеют пересекающиеся функции, что указывает на важность процессов интеграции ПМСП и ОЗ.

Важно отметить, что необходимо найти баланс между стратегической ролью ОЗ в органах местного самоуправления и оказанием медицинской помощи на уровне ПМСП. Наличие специалистов ОЗ, работающих вместе с ПМСП на местном уровне, помогает ПМСП играть более заметную роль в охране здоровья населения. Кроме того, важно, чтобы была измерена эффективность вмешательств по охране здоровья населения.

Проведённое социологическое исследование показало, что повышение информированности среди работников здравоохранения, а также уровня осведомлённости о процессах интеграции ПМСП и ОЗ среди населения, способны улучшить предоставление услуг здравоохранения. Оснащённость ГП некоторыми профильными специалистами является недостаточной (например, психиатр, нарколог, онколог, фтизиатр), обеспеченность ими оценивается как «посредственная» $69 \pm 6\%$ среди опрошенных врачей-респондентов, кроме того, некоторые специалисты совершенно отсутствуют в ГП (например, пульмонолог, нефролог, гериатр), о чем свидетельствуют 0% опрошенных врачей-респондентов. Расширение услуг профильных специалистов могло бы улучшить предоставление услуг здравоохранения населению. Исследование о необходимости разработки новых инициатив и развитие существующих (согласно методологии ЕРБВОЗ), может значительно улучшить предоставление услуг здравоохранения.

На основе научно-обоснованного подхода, разработаны и внедрены рекомендации по совершенствованию интеграции ПМСП и ОЗ в РК, на примере г. Алматы, что позволит повысить качество жизни пациентов, приверженность к лечению заболеваний, а также удовлетворенность предоставления услуг здравоохранения.

Выводы

По результатам проведенного исследования нами сделаны следующие выводы:

1. Анализ международного опыта интеграции ПМСП и ОЗ показал, что сотрудничество между общественным здравоохранением и ПМСП представляется важной стратегией для достижения принципов справедливости и доступа к медицинской помощи, а также для обеспечения более равного распределения медицинских услуг. Создание, реализация и дальнейшее усовершенствование службы общественного здравоохранения играет важную стабилизационную роль в обществе, обеспечивая развитие и укрепление ПМСП посредством укрепления здоровья населения и благосостояния государства в целом.

2. Согласно полученному анализу, численности медицинских организаций и распределению ГП по районам, город Алматы полностью обеспечен услугами ПМСП (амбулаторно-поликлинической помощью и скорой медицинской помощью) и может выступать полноценной базой для изучения интеграционных процессов структур ПМСП.

3. Теоретическая осведомленность населения о СОЗ РК находится на низком уровне, в диапазоне от 55% до 80% респондентам по всем районам Алматы известна лишь ПУЗ. От 82,5% до 90% респондентов считают, что получить консультацию профильного специалиста после их размещения в поликлиниках стало намного легче, а также в диапазоне от 53% до 61,5% опрошенных ожидают улучшения в обслуживании населения от дальнейшей интеграции ПМСП и ОЗ, и отметили необходимость интеграции какого-либо профильного специалиста.

Множественный линейный регрессионный анализ влияния процессов интеграции на работу ПМСП среди медицинских работников всех уровней показал сильную ассоциацию между возрастом (-0,8353) и опытом работы медицинских работников всех уровней (-1,1355) ($p < 0,001$).

4. По мнению ключевых экспертов, интеграционные процессы на уровне ПМСП могут быть признаны удовлетворительными. За счет соблюдения вертикальной интеграции имеются оптимальные условия для наиболее благоприятного внедрения инициатив. Инициативы по интеграции ПМСП и СОЗ направлены на повышение качества профилактики и приближают оказание медицинских услуг к населению.

5. Предложенные рекомендации по совершенствованию интеграционных процессов ПМСП в РК на примере г. Алматы позволят повысить качество жизни пациентов, приверженность к лечению заболеваний, а также удовлетворенность предоставления услуг здравоохранения. В рамках рекомендаций необходимо обеспечение дальнейшего сотрудничества ПМСП и ОЗ, по вопросам поддержки координации и расширения межсекторального взаимодействия, направленного на охрану и укрепление здоровья населения страны. Изученная и впервые широко примененная практически методология ЕРБВОЗ по пошаговой разработке профилей инициатив может быть экстраполирована на изучение и

развитие других инициатив. Разработать предложения и рекомендации по совершенствованию интеграции первичного звена здравоохранения с общественным здравоохранением.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Разработать и внедрить методические рекомендации по самоменеджменту пациентов, вовлеченных в ПУЗ, при поддержке МЗ РК (ДОМП) и обучению специалистов ПМСП и ОЗ навыкам и компетенциям по ПУЗ, при участии МЗ РК (ДОМП), ННЦРЗ, УОЗ.

2. Усилить командную работу по вопросу обмена информацией между лицами, обеспечивающими профилактику и управление заболеваний и признания ролей и обязанностей различных лиц, осуществляющих лечение (врачи, медсестры, профильные специалисты и т. д.), а также обмен информацией с другими службами, при участии МЗ РК, ННЦРЗ, УОЗ. Внедрить социальные технологии для оздоровления населения, реализовать социальные проекты по темам, актуальным для таргетированной аудитории с целью популяризации ЗОЖ, развивать волонтерское движение среди молодежи (акции, круглые столы, «вирусные» ролики, выступления в СМИ, публикации в интернет ресурсах), при поддержке НПО, МЗ РК, ННЦРЗ.

3. Включить мероприятия, направленные на укрепление здоровья населения в число КРІ для повышения мотивации сотрудников ПМСП к работе в тесной связи с ОЗ при участии рабочей группы по финансово-экономическим вопросам МЗ РК.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Services W.S.G. on the I. of M.C. against S.D. into G.H. Organization W.H. Integration of mass campaigns against specific diseases into general health services: report of a WHO study group. – Geneva: World Health Organization, 1965. - P. 294-315.
- 2 Administration W.E.C. on P.H., Organization W.H. Methodology of planning an integrated health programme for rural areas: second report of the Expert Committee on Public-Health Administration. – Geneva: World Health Organization, 1954. - 46 p.
- 3 Об утверждении национального проекта "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация" - ИПС "Эділет" <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2100000725#z10> 24.03.2022.
- 4 Интеграция служб медико-санитарной помощи: доклад исследовательской группы ВОЗ. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 1996. - 106 с.
- 5 Primary Health Care <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/primary-health-care> 12.11.2021.
- 6 Primary Health Care <https://www.sciencedirect.com/topics/nursing-and-health-professions/primary-health-care> 12.11.2021.
- 7 Концепция модернизации первичной медико-санитарной помощи Республики Казахстан до 2030 года. - Астана, 2014. – С. 3-4.
- 8 Cash-Gibson L., Rosenmoller M. Project INTEGRATE - a common methodological approach to understand integrated health care in Europe // Int J Integr Care. - 2014. - Vol. 14. - P. 35.
- 9 Adhikari N.K.J., Fowler R.A., Bhagwanjee S., Rubenfeld G.D. Critical care and the global burden of critical illness in adults // Lancet. – 2010. - №376. – P. 1339–1346.
- 10 White K. L., Williams T.F., Greenberg B.G. Ecology of medical care // New England Journal of Medicine. - 1961. - №265(18). – P. 885-892.
- 11 Укрепление здоровья и улучшение благополучия <https://www.who.int/europe/ru/about-us/our-work/core-priorities/promoting-health-and-well-being> 23.09.2022.
- 12 The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3863696> 10.11.2022.
- 13 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. - Алматы, 2023. – С. 8.
- 14 Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pdf/tobacco.pdf 07.11.2022.

- 15 Winter R.E. Unraveling U.S. Health Care: A Personal Guide. - Rowman & Littlefield Publishers, 2013. – 122 p.
- 16 Rantala R., Bortz M., Armada F. The SAGE Handbook of Social Studies in Health and Medicine. - SAGE Publications, 2014 https://www.google.kz/books/edition/The_SAGE_Handbook_of_Social_Studies_in_H/P1NQEAAAQBAJ?hl=ru&gbpv=0 14.08.2021.
- 17 Pickens S., Boumbulian P., Anderson R.J., Ross S., Phillips S. Community-oriented primary care in action: A Dallas story // American Journal of Public Health. – 2020. - №92(11). – P. 1728-1732.
- 18 Alderwick H., Ham Ch., Buck D. Writer on public health. Population Health Systems. - King's Fund, 2015 <https://www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care/phm> 18.04.2021.
- 19 The NHS Confederation. Making a difference: How primary care trusts are transforming the NHS. - London: NHS Confederation, 2004. – 155 p.
- 20 Frazee T., Lewis V.A., Rodriguez H.P., Fisher E.S. Housing, transportation, and food: how ACOs seek to improve population health by addressing nonmedical needs of patients. - Health Affairs, 2016. – 122 p.
- 21 Javed S., Chattu V.K. Strengthening the COVID-19 pandemic response, global leadership, and international cooperation through global health diplomacy // Health Promot Perspect. – 2020. – Vol. 10, №4. – P. 300–305.
- 22 Ramírez N.A., Giovanella L., Vega Romero R., Tejerina Silva H., Fidelis de Almeida P., Ríos G., Goede H., Oliveira S. Mapping primary health care renewal in South America // Family Practice. – 2016. – Vol. 33, issue 3. - P. 261–267.
- 23 WHO. Social determinants of health: The solid facts. – Copenhagen; Denmark: WHO, 2003. - P. 16.
- 24 White F. Primary Health Care and Public Health: Foundations of Universal Health Systems // Med Princ Pract. – 2015. - Vol. 24, №2. – P. 103–116.
- 25 Martin-Misener R., Valaitis R., Wong Sabrina T., Macdonald M., Meagher-Stewart D., Kaczorowski J., Mara L.O, Savage R., Austin P. A scoping literature review of collaboration between primary care and public health // Prim Health Care Res Dev. – 2012. - Vol. 13, №4. – P. 327-346.
- 26 Shi L. The impact of primary care: a focused review. – Scientifica: Cairo, 2012. – P. 432892.
- 27 Боерма И.Г., Флеминг Д.М. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи. – Копенгаген: ВОЗ, 2001. – 182 с.
- 28 Сагеев С.С. Актуальные аспекты ПМСП // Вестник КазНМУ. - Алматы, 2012. - №1. – С. 405-407.
- 29 Knowledge @ Wharton. Family physicians make a comeback in India. – 2013 <http://knowledge.wharton.upenn.edu/india/article.cfm?articleid> 07.08.2014.
- 30 Sharman Almaz. A New Paradigm of Primary Health Care in Kazakhstan: Personalized, Community-based, Standardized, and Technology-driven // Central Asian Journal of Global Health. – 2014. - Vol. 3, №1. - P. 3-8.
- 31 Starfield B., Shi L., Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health // Milbank Quarterly. - 2005. - Vol. 83, №3. – P. 457-502.

32 Смирнова Е.Н., Радаева А.Б., Мальковец М.В., Межуева Т.И., Плахотя Л.П. Организация первичной медико-санитарной помощи населению (Амбулаторно-поликлиническая помощь). – Минск: Белорусский государственный университет, 2007. – С. 5-8.

33 Смирнова Е.Н. Первичная медико-санитарная помощь. Сегодня актуальнее, чем когда-либо // Доклад о состоянии здравоохранения в мире. - Всемирная организация здравоохранения, 2008. – 124 с.

34 Canadian Labour and Business Centre. Physician workforce in Canada: Literature review and gap analysis. - Ottawa: A Physician Human Resource Strategy for Canada; Task Force Two, 2003. – 122 p.

35 Bodenheimer Th. Revitalizing Primary Care. Root Causes of Primary Care's Problems // Ann Fam Med. – 2022. - Vol. 20, №5. – P. 464–468.

36 COGME (1. Council on Graduate Medical Education). Council on Graduate Medical Education 20th report: Advancing primary care. - Hyattsville: COGME, 2010. – 180 p.

37 HRSA (Health Resources and Services Administration). The registered nurse population: Findings from the 2008 national sample survey of registered nurses. - Hyattsville: HHS, 2010. – 140 p.

38 Zhang X., Phillips R.L., Bazemore A.W., Dodoo M.S., Petterson S.M., Xierali I., Green L.A. Physician distribution and access: Workforce priorities // American Family Physician. - 2008. - Vol. 15, №77. – P. 1378.

39 Wagner E., Austin B., Davis C., Hindmarsh M., Schaefer J., Bonomi A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action // Health Affairs. - 2001. - Vol. 20, №6. – P. 64-78.

40 Coleman K., Austin B.T., Brach C., Wagner E.H. Evidence on the chronic care model in the new millennium // Health Affairs. - 2009. - Vol. 28, №1. – P. 75-85.

41 Bodenheimer T., Wagner E.H., Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness // Journal of the American Medical Association. - 2002. - Vol. 288, №14. – P. 1775-1779.

42 Grumbach R., Berenson Bodenheimer T. Health care 2009: A lifeline for primary care // The New England Journal of Medicine. - 2009. - Vol. 36, №26. – P. 2693-2696.

43 Степчук Т.М., Пинкус Д.П. Боженко. Этапы развития первичной медико-санитарной помощи в России. – М., 2010. – 120 с.

44 Первичная медико-санитарная помощь – Сегодня актуальнее, чем когда-либо // Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Послание Генерального директора. Всемирная организация здравоохранения. – М., 2008. - 124 с.

45 Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. - New York: Oxford University Press, 1992. – 150 p.

46 Starfield B. Primary care: is it essential? // Lancet. – 1994. - Vol. 344. – P. 1129-1133.

- 47 Bazzoli G.J. Public-private collaboration in health and human service delivery: Evidence from community partnerships // *Milbank Quarterly*. - 1997. - Vol. 75, №4. – P. 533-561.
- 48 Halverson P.K., Mays G.P., Kaluzny A.D. Working together? Organizational and market determinants of collaboration between public health and medical care providers // *American Journal of Public Health*. - 2000. - Vol. 90, №12. – P. 1913-1916.
- 49 Green L.A., Fryer G.E., Yawn B.P., Lanier D., Dovey S.M. The ecology of medical care revisited // *New England Journal of Medicine*. - 2001. - Vol. 344, №26. – P. 2021-2025.
- 50 WHO (World Health Organization). Declaration of Alma-Ata: International conference on primary health care. - Alma-Ata: USSR, 1978. – 122 p.
- 51 Chan M. Return to Alma-Ata // *Lancet*. – 2008. - Vol. 372, №9642. – P. 865-866.
- 52 Lubell J. Economists outline strategy to counter primary care shortage. – 2013 <https://amednews.com/article/20130118/government/130119967/8> 07.08.2020.
- 53 Sharman A. Modernization and growth in Kazakhstan <https://cajgh.pitt.edu> › view 01.01.2022.
- 54 Topol E. The creative destruction of medicine: How the digital revolution will create better health care. - Basic Books, 2012. – 111 p.
- 55 Google.org. Explore flu trends - United States, 2011 <http://www.google.org/flutrends/us/#US> 18.04.2021.
- 56 Кульжанов М.К. Бернд Речел. Казахстан: Обзор системы здравоохранения // *Системы здравоохранения: время перемен*. – 2007. – Т. 9, №7. С. 102.
- 57 Tello Juan, Barbazza Erica. Health services delivery: a concept note. - Health Services Delivery Programme WHO Regional Office for Europe, 2015. - 200 p.
- 58 Арингазина А.М. Введение в общественное здравоохранение: учебное пособие. - Алматы, 2013. - С. 30.
- 59 WHO (World Health Organization). Declaration of Alma-Ata: International conference on primary health care. - Alma-Ata: USSR, 1978. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf 18.07.2021.
- 60 Thunhurst C. Public health systems analysis--the transfer of learning between developed and developing countries // *Health Care Manag Sci*. – 2012. - Vol. 15, №3. – P. 283-291.
- 61 Washington D.C. Primary care and public health: Exploring Integration to Improve Population Health. - The National Academies Press, 2012. - 192 p.
- 62 Primary care and public health: Exploring Integration to Improve Population Health. – Washington: The National Academies Press, 2012. - 192 p.
- 63 Nolte E., Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? - Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2014. – 122 p.

- 64 Stein V., Barbazza E.S., Tello J., Kluge H. Towards people-centred health services delivery: a framework for action for the WHO European Region // *Int J Integr Care*. – 2013. - Vol. 13, №4. – P. 17-36.
- 65 Starfield B., Shi L., Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health // *Milbank*. – 2005. - Vol. 83, №3. – P. 457–502.
- 66 Katona C., Papp M., Fürjes G., Sándor J., Bíró K., Ádány R. Health mediators as members of multidisciplinary group practice: lessons learned from a primary health care model programme in Hungary. – 2020.
- 67 Coast J., Bailey C., Orlando R., Armour K., Perry R., Jones L., Kinghorn Ph. Adaptation, Acceptance and Adaptive Preferences in Health and Capability Well-Being Measurement Amongst Those Approaching End of Life // *Patient*. - 2018. - Vol. 11, №5. – P. 539-546.
- 68 Lambrew J.M. The Tortuous Journey of the Health Insurance Marketplace. - 2019. – 111 p.
- 69 Hogg W., Bynoe D., Archibald D., Johnston Sh. The Canadian Primary Care Information Network // *Can Fam Physician*. – 2022. - Vol. 68, №6. – P. 471-472.
- 70 Gosling R., Davies S., Hussey J.A., How integrating primary care and public health could improve population health outcomes: a view from Liverpool. - *Public Health Res Pract*, 2016. - Vol. 28, №1. – P. 2611602.
- 71 Millar J. A framework for community-oriented primary healthcare // *Healthc Pap*. – 2012. - Vol. 12, №2. – P. 41-45.
- 72 Price D., West D., Brusselle G.,Gruffydd-Jones K., Jones R., Miravittles M., Rossi A., Hutton C., L Ashton V., Stewart R., Bichel K. Management of COPD in the UK primary-care setting: an analysis of real-life prescribing patterns // *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. – 2014. - Vol. 9. – P. 889-904.
- 73 Murphy J., Ko M., Kizer K., Bindman A. Safety net integration: a shared strategy for becoming providers of choice // *J Health Polit Policy Law*. – 2015. – Vol. 40, №2. – P. 403-419.
- 74 Wajid A.,White F., Karim M. Community health workers and health care delivery: evaluation of a women's reproductive health care project in a developing country // *PLoS One*. – 2013. - Vol. 8, №9. – P. 75476.
- 75 The World Health Report. Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage. - 2010 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021> 17.08.2021.
- 76 Basu S. Health Care Transition: Need of the Hour // *Indian J Pediatr*. – 2020. - Vol. 87, №6. – P. 411-412.
- 77 Freeman Ph. Why health professions education in the Journal of Public Health Policy? // *J Public Health Policy*. – 2012. - №33. – P. 18-27.
- 78 Rachlis M. Public health and primary health care collaboration: A paper prepared for the public health agency of Canada. – 2009 <http://www.michaelrachlis.com/publications.php> 18.07.2021.
- 79 Guyatt G., Devereaux Pj., Lexchin J., Stone S., Yalnizyan A., Himmelstein D., Woolhandler S., Zhou Qi, Goldsmith L., Cook D., Haines T., Lacchetti Ch., Lavis J., Sullivan T., Mills Ed, Kraus Sh., Bhatnagar N. A systematic review of studies

comparing health outcomes in Canada and the United States // *Open Med.* – 2007. - Vol. 14, №1(1). – P. 27-36.

80 A McAlister F., Cram P., Bell Ch. Comparing Canadian health care to that in other countries: looking beyond the headlines // *CMAJ.* - 2018. - Vol. 190, №8. – P. 207-208.

81 Sridhar D., McKee M., Ooms G., Beiersmann C., Friedman E., Gouda H., Hill P., Jahn A. Universal Health Coverage and the Right to Health. - From Legal, 2020. – 111 p.

82 Tan K., Lee Ch. Earn. Integration of Primary Care with Hospital Services for Sustainable Universal Health Coverage in Singapore // *Health Syst Reform.* - 2019. - Vol. 5, №1. – P. 18-23.

83 Xi Li, Krumholz H., Yip W., Keung Cheng K. Quality of primary health care in China: challenges and recommendations // *Lancet.* - 2020. - Vol. 395, №10239. – P. 1802-1812.

84 Xi Li, Lu J., Hu Sh., Cheng K.K., De Maeseneer J., Meng Q. The primary health-care system in China // *Lancet.* – 2017. - Vol. 390, №10112. – P. 2584-2594.

85 Tonio F., Mantoan D., Maresso A. Veneto Region // *Health systems in transition.* – Italy, 2012. - Vol. 14, №1. – P. 1-138.

86 Barsanti S., Bonciani M. General practitioners: Between integration and co-location. The case of primary care centers in Tuscany // *Health Serv Manage Res.* – Italy, 2019. - Vol. 32, №1. – P. 2-15.

87 Messori A., Padovani A., Rambaldi A., Ricciardi W. Real-world data: come possono aiutare a migliorare la qualità dell'assistenza // *Glob Reg Health Technol Assess.* – 2021. - Vol. 8. – P. 134-139.

88 Valaitis R., Wong S., MacDonald M., Martin-Misener R., O'Mara L. Addressing quadruple aims through primary care and public health collaboration: ten Canadian case studies // *BMC Public Health.* - 2020. - Vol. 20, №1. – P. 507.

89 Phelan J., Link B., Tehranifar P. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications // *J Health Soc Behav.* - 2010. - Vol. 51. – P. 28-40.

90 Chuan Tan Ch., Lam C., Matchar D., Kang Zee Y., Wong J. Singapore's health-care system: key features, challenges, and shifts // *Lancet.* – 2021. - Vol. 398, №10305. – P. 1091-1104.

91 Rechel B., Roberts B., Richardson E., Shishkin S., Shkolnikov V.M. Health and health systems in the Commonwealth of Independent States // *Lancet.* - 2013. – Vol. 381, №9872. – P. 1145-1155.

92 Popovich L., Potapchik E., Shishkin S., Richardson E., Vacroux A., Mathivet B. Russian Federation // *Health system review.* *Health Syst Transit.* - 2011. - Vol. 13, №7. – P. 1-190.

93 Naher N., Hoque R., Shaikh Hassan M., Balabanova D., Adams A., Masud Ahmed. The influence of corruption and governance in the delivery of frontline health care services in the public sector: a scoping review of current and future prospects in low and middle-income countries of south and south-east Asia. - *BMC Public Health,* 2020. - Vol. 20, №1. – P. 880.

94 Oxford Policy Management. Report on current funds flow and current pattern of health care expenditure by economic and functional categories in public and private sectors and on the impact of the new budget re-allocation model in Kazakhstan. - 2011.

95 Sharman A. A New Paradigm of Primary Health Care in Kazakhstan: Personalized, Community-based, Standardized, and Technology-driven // Cent Asian J Glob Health. - 2014. - Vol. 3, №1. – P. 186.

96 Academy of Preventive Medicine of Kazakhstan. Final report on 2012 National Household Health Survey. – Almaty; Astana, 2013. – 122 p.

97 Harvard Medical International. The Chartis Group. Bringing world-class healthcare to Almaty. - 2007.

98 РГП на ПХВ Республиканский центр правовой информации Министерства юстиции Республики Казахстан. 100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ. – Астана, 2015.

99 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы. – Астана, 2016.

100 Жолдасбекова А.С., Хабиева Т.Х. Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ». – Алматы: Новые перспективы интегрированного подхода общественного здравоохранения и ПМСП, 2016. – С. 7-8.

101 Omokhoa A.A., Ngozi Ofili A. Strengthening Intersectoral Collaboration for Primary Health Care in Developing Countries: Can the Health Sector Play Broader Roles // Journal of Environmental and Public Health. – 2010. – Vol. 11. – P. 2-3.

102 Damian A., Gallo J. Models of care for populations with chronic conditions and mental/behavioral health comorbidity // Int Rev Psychiatry. - 2018. - Vol. 30, №6. – P. 157-169.

103 Shaikh B.T., Rabbani F. Health management information system: a tool to gauge patient satisfaction and quality of care // East Mediterr Health J. – 2005. - Vol. 11, №1-2. – P. 192-198.

104 Senn N., Breton M., Ebert S., Lamoureux-Lamarche C., Lévesque J. Assessing primary care organization and performance: Literature synthesis and proposition of a consolidated framework // Health Policy. – 2021. - Vol. 125, №2. – P. 160-167.

105 Статистические сборники "Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения" <https://www.nrchd.kz/index.php/ru/statistika-zdravookhraneniya-2> 05.03.2018.

106 Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам РК <http://stat.gov.kz> 12.11.2021.

107 A step-by-step guide for developing profiles on health services delivery transformations <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/who-367058> 17.08.2021.

108 Новая классификация стран Всемирного банка: Кыргызская Республика – в ряду стран с уровнем доходов ниже среднего <https://www.vsemirnyjbank.org/ru/news/press-release/2014/07/24/kyrgyz-republic-becomes-lower-middle-income-country> 11.08.2021.

109 Balabanova D., McKee M., Mills A. Good health at low cost. 25 years on. What makes a successful health system? // London School of Hygiene and Tropical Medicine. - 2011. - №1. – P. 17-22.

110 White F. Primary health care and public health: foundations of universal health systems // Med Princ Pract. – 2015. - Vol. 24, №2. – P. 103-116.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Анкета по изучению уровня осведомлённости респондентов (руководителей и врачей городских поликлиник г. Алматы), а также состояния процессов интеграции ПМСП и СОЗ в РК и перспектив её развития на примере г. Алматы

Уважаемый респондент!

В рамках научного исследования, проводимого в Казахском медицинском университете «ВШОЗ», в целях изучения уровня осведомлённости респондентов (руководителей и врачей городских поликлиник г. Алматы), а также состояния интеграции ПМСП и СОЗ в РК и перспектив её развития на примере г. Алматы, предлагаем Вам принять участие в анонимном опросе.

Перед началом, мы хотим, чтобы Вы знали:

- *Участие в опросе является добровольным и анонимным.*
- *Ваше мнение представляет для нас особую ценность, так как будет учтено при разработке мер по улучшению предоставления услуг здравоохранения.*

Пожалуйста, внимательно прочитайте вопросы. При ответе на вопрос, сначала просмотрите все предложенные варианты и отметьте наиболее подходящий по Вашему мнению. Все вопросы имеют 1 (один) вариант ответа. Если к заданному вопросу имеются несколько ответов, это будет указано в скобках после вопроса.

Вся информация, полученная от Вас, является строго конфиденциальной и не будет использована в других целях.

Вам потребуется около 20 минут, чтобы ответить на все вопросы.

Заранее благодарим за участие.

По всем возникшим вопросам Вы можете связаться с главным исследователем:

Есимов Наби Болатович

Мобильный: +77022962888

E-mail: nabi_es@mail.ru

Аббревиатуры, использованные в анкете:

ВОП – врач общей практики

ОЗ – общественное здравоохранения

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

ПУЗ – программа управления заболеваниями

РК – Республика Казахстан

СОЗ – Служба общественного здоровья

Паспортная часть

1. Укажите Ваш пол:
 - 1 – Мужской
 - 2 – Женский
2. Укажите Ваш возраст (полных лет); дату рождения (полностью) и Вашу возрастную группу: _____ лет; число _____ месяц _____ год _____
 - 1 – от 18 лет до 25 лет
 - 2 – от 26 лет до 44 лет
 - 3 – от 45 лет до 60 лет
 - 4 – от 61 года до 75 лет
 - 5 – от 76 лет до 90 лет
 - 6 – 91 года и старше

3. Укажите медицинскую организацию в которой Вы работаете:
- 1 – Городская поликлиника № _____ района г. Алматы
 - 2 – Управление охраны ОЗ _____ района г. Алматы
4. Укажите Вашу занимаемую должность:
- 1 – Директор (главный врач)
 - 2 – Заместитель директора (заместитель главного врача)
 - 3 – Заведующий отделением
 - 4 – Врач:
 - a. – ВОП
 - b. – Терапевт
 - c. – Педиатр
 - d. – Хирург
 - e. – Акушер-гинеколог
 - f. – Кардиолог
 - g. – Травматолог-ортопед
 - h. – Офтальмолог
 - i. – Эндокринолог
 - j. – Невропатолог
 - k. – Психиатр
 - l. – Нарколог
 - m. – Фтизиатр
 - n. – Онколог
 - o. – Маммолог
 - p. – Нефролог
 - q. – Пульмонолог
 - r. – Физиотерапевт
 - s. – Аллерголог
 - t. – Иммунолог
 - u. – Инфекционист
 - v. – Оториноларинголог
 - w. – Дерматолог
 - x. – Гастроэнтеролог
 - y. – Стоматолог
 - z. – Гериатр
 - aa. – Другое (пожалуйста, напишите) _____
 - 5 – Медсестра/медбрат
 - 6 – Руководитель Управления охраны общественного здоровья
 - 7 – Заместитель руководителя Управления охраны общественного здоровья
 - 8 – Руководитель отдела Управления охраны общественного здоровья
 - 9 – Главный специалист Управления охраны общественного здоровья
 - 10 – Ведущий специалист Управления охраны общественного здоровья
 - 11 – Другое _____
5. Укажите общий стаж:
- 1 – до 5 лет
 - 2 – от 6 лет до 10 лет
 - 3 – от 11 лет до 15 лет
 - 4 – от 16 лет до 20 лет
 - 5 – более 21 года
6. Укажите специальность по которой Вы сейчас работаете: _____
7. Укажите стаж по специальности:
- 1 – до 5 лет

- 2 – от 6 лет до 10 лет
 - 3 – от 11 лет до 15 лет
 - 4 – от 16 лет до 20 лет
 - 5 – более 21 года
8. Укажите стаж по ныне занимаемой должности:
- 1 – до 5 лет
 - 2 – от 6 лет до 10 лет
 - 3 – от 11 лет до 15 лет
 - 4 – от 16 лет до 20 лет
 - 5 – более 21 года
9. Какую квалификационную категорию Вы имеете?
- 1 – Высшая
 - 2 – Первая
 - 3 – Вторая
 - 4 – Без категории

Осведомлённость

10. Какое из нижеследующих определений об общественном здравоохранении предоставила ВОЗ в 1988 г., и которое остаётся актуальным, широко используемым по сей день?
- 1 – Наука и практика предупреждения болезней, продления жизни и укрепления здоровья посредством организованных действий, предпринимаемых обществом.
 - 2 – Наука и конкретная деятельность по охране и укреплению здоровья населения, продлению жизни посредством мобилизации усилий общества и проведению соответствующих организационных мероприятий на различных уровнях.
 - 3 – Область научной и практической деятельности, обеспечивающей управление здравоохранением как одной из крупнейших социальных систем, где медицина является одним из компонентов наряду с экономикой, социологией, политическими науками, промышленностью.
11. Служба общественного здоровья в Республике Казахстан – это:
- 1 – Эпидемиологическая служба
 - 2 – Служба формирования здорового образа жизни
 - 3 – Служба рационализации питания
 - 4 – Служба, сформированная на основе интеграции всех вышеперечисленных служб
 - 5 – Не знаю
12. Предпринимаются ли шаги для решения проблем ПМСП в нашем государстве (по Вашему мнению)?
- 1 – Да
 - 2 – Нет
 - 3 – Не знаю
13. Предпринимаются ли шаги для решения проблем СОЗ в нашем государстве (по Вашему мнению)?
- 1 – Да
 - 2 – Нет
 - 3 – Не знаю
14. Знаком ли Вам термин «инициатива», используемый в Общественном здравоохранении?
- 1 – Да
 - 2 – Нет
- 3

15. Известны ли Вам нижеследующие инициативы по интеграции ПМСП и СОЗ?

№	Название инициативы	Ответ	
		Да	Нет
1	Программа управления заболеваниями	Да	Нет
2	Интеграция ПМСП и фтизиатрической службы	Да	Нет
3	Интеграция ПМСП и службы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД	Да	Нет
4	Интегрированная модель службы родовспоможения и детства	Да	Нет
5	Интеграции ПМСП и онкологической службы	Да	Нет
6	Интеграции ПМСП и психиатрической службы	Да	Нет
7	Интеграции ПМСП и наркологической службы	Да	Нет
8	Реабилитационно - оздоровительная программа «Оңалту»	Да	Нет

16. Действуют ли в Вашей организации нижеследующие инициативы по интеграции ПМСП и СОЗ?

№	Название инициативы	Ответ		
		Да	Нет	Не знаю
1	Программа управления заболеваниями	Да	Нет	Не знаю
2	Интеграция ПМСП и фтизиатрической службы	Да	Нет	Не знаю
3	Интеграция ПМСП и службы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД	Да	Нет	Не знаю
4	Интегрированная модель службы родовспоможения и детства	Да	Нет	Не знаю
5	Интеграции ПМСП и онкологической службы	Да	Нет	Не знаю
6	Интеграции ПМСП и психиатрической службы	Да	Нет	Не знаю
7	Интеграции ПМСП и наркологической службы	Да	Нет	Не знаю

17. Улучшило ли предоставление услуг здравоохранения Вашей поликлиникой?

№	Название инициативы	Ответ		
		Да	Нет	Не знаю
1	Программа управления заболеваниями	Да	Нет	Не знаю
2	Интеграция ПМСП и фтизиатрической службы	Да	Нет	Не знаю
3	Интеграция ПМСП и службы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД	Да	Нет	Не знаю
4	Интегрированная модель службы родовспоможения и детства	Да	Нет	Не знаю
5	Интеграции ПМСП и онкологической службы	Да	Нет	Не знаю
6	Интеграции ПМСП и психиатрической службы	Да	Нет	Не знаю
7	Интеграции ПМСП и наркологической службы	Да	Нет	Не знаю

18. Приблизило ли оказание услуг здравоохранения прикрепленному населению Вашей поликлиники?

№	Название инициативы	Ответ		
		Да	Нет	Не знаю
1	Программа управления заболеваниями	Да	Нет	Не знаю
2	Интеграция ПМСП и фтизиатрической службы	Да	Нет	Не знаю
3	Интеграция ПМСП и службы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД	Да	Нет	Не знаю
4	Интегрированная модель службы родовспоможения и детства	Да	Нет	Не знаю
5	Интеграции ПМСП и онкологической службы	Да	Нет	Не знаю
6	Интеграции ПМСП и психиатрической службы	Да	Нет	Не знаю
7	Интеграции ПМСП и наркологической службы	Да	Нет	Не знаю

19. Сообщалось ли Вам о введении в Вашей организации той или иной инициативы?

- 1 – Да
- 2 – Нет

- 3 – Не знаю
20. Знакома ли Вам Рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения?
- 1 – Да
- 2 – Нет

Состояние

21. Какие трудности существуют в ПМСП на сегодняшний день по Вашему мнению (возможны несколько вариантов ответа)?
- 1 – Нехватка квалифицированных кадров
- 2 – Низкие зарплаты
- 3 – Нехватка профильных специалистов
- 4 – Отсутствие преемственности между специалистами
- 5 – Прочее _____
22. Отразилась ли на Вашей профессиональной деятельности политика интеграции ПМСП и СОЗ?
- 1 – Да, в целом улучшила работу
- 2 – Нет, усложнила работу
- 3 – Изменений не произошло
- 4 – Не знаю
23. Как Вы оцениваете взаимодействие Вашей поликлиники со стационарами г. Алматы?
- 1 – Очень плохо
- 2 – Плохо
- 3 – Посредственно
- 4 – Хорошо
- 5 – Отлично
- 6 – Не знаю
24. Как Вы оцениваете взаимодействие ВОП с профильными специалистами в Вашей поликлинике?
- 1 – Очень плохо
- 2 – Плохо
- 3 – Посредственно
- 4 – Хорошо
- 5 – Отлично
- 6 – Не знаю
25. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после внедрения ПУЗ?
- 1 – Ухудшилось
- 2 – Не изменилось
- 3 – Улучшилось в лучшую сторону
- 4 – Не знаю
26. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и онкологической службы?
- 1 – Ухудшилось
- 2 – Не изменилось
- 3 – Улучшилось в лучшую сторону
- 4 – Не знаю
27. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и фтизиатрической службы?
- 1 – Ухудшилось
- 2 – Не изменилось
- 3 – Улучшилось в лучшую сторону
- 4 – Не знаю

28. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и службы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД?
- 1 – Ухудшилось
 - 2 – Не изменилось
 - 3 – Улучшилось в лучшую сторону
 - 4 – Не знаю
29. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после внедрения Интегрированной модели службы родовспоможения и детства?
- 1 – Ухудшилось
 - 2 – Не изменилось
 - 3 – Улучшилось в лучшую сторону
 - 4 – Не знаю
30. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и психиатрической службы?
- 1 – Ухудшилось
 - 2 – Не изменилось
 - 3 – Улучшилось в лучшую сторону
 - 4 – Не знаю
31. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и наркологической службы?
- 1 – Ухудшилось
 - 2 – Не изменилось
 - 3 – Улучшилось в лучшую сторону
 - 4 – Не знаю
32. Применяется ли в Вашей поликлинике электронный документооборот?
- 1 – Да
 - 2 – Частично
 - 3 – Нет
 - 4 – Не знаю
33. Используете ли Вы в Вашей поликлинике смарт-приложения для предоставления услуг здравоохранения?
- 1 – Да
 - 2 – Частично
 - 3 – Нет
 - 4 – Не знаю
34. Используете ли Вы программу «Damumed» для предоставления услуг здравоохранения?
- 1 – Да
 - 2 – Частично
 - 3 – Нет
 - 4 – Не знаю
35. Как в целом Вы оцениваете доступность Вашей поликлиники для прикрепленного населения?
- 1 – Очень плохо
 - 2 – Плохо
 - 3 – Средне
 - 4 – Хорошо
 - 5 – Отлично
 - 6 – Не знаю
36. Удовлетворены ли пациенты качеством предоставляемых услуг здравоохранения в Вашей поликлинике (по Вашему мнению)?

- 1 – Да
 2 – Частично
 3 – Нет
 4 – Не знаю

37. Обеспечена ли Ваша поликлиника нижеследующими специалистами?

Специалист	1 – Да	2 – Нет	3 – Не знаю
ВОП	1	2	3
Терапевтом	1	2	3
Педиатром	1	2	3
Кардиологом	1	2	3
Хирургом	1	2	3
Травматолог-ортопедом	1	2	3
Онкологом	1	2	3
Маммологом	1	2	3
Фтизиатром	1	2	3
Инфекционистом	1	2	3
Акушер-гинекологом	1	2	3
Эндокринологом	1	2	3
Психиатром	1	2	3
Наркологом	1	2	3
Невропатологом	1	2	3
Офтальмологом	1	2	3
Оториноларингологом	1	2	3
Пульмонологом	1	2	3
Нефрологом	1	2	3
Физиотерапевтом	1	2	3
Гастроэнтерологом	1	2	3
Дерматологом	1	2	3
Аллергологом	1	2	3
Иммунологом	1	2	3
Стоматологом	1	2	3
Гериатром	1	2	3

38. Как обеспечена Ваша поликлиника нижеследующими специалистами?

Специалист	1 – Очень плохо 2 – Плохо 3 – Посредственно 4 – Хорошо 5 – Отлично					6 – Не знаю
	1	2	3	4	5	
ВОП	1	2	3	4	5	6
Терапевтом	1	2	3	4	5	6
Педиатром	1	2	3	4	5	6
Кардиологом	1	2	3	4	5	6
Хирургом	1	2	3	4	5	6
Травматолог-ортопедом	1	2	3	4	5	6
Онкологом	1	2	3	4	5	6
Маммологом	1	2	3	4	5	6
Фтизиатром	1	2	3	4	5	6
Инфекционистом	1	2	3	4	5	6
Акушер-гинекологом	1	2	3	4	5	6
Эндокринологом	1	2	3	4	5	6
Психиатром	1	2	3	4	5	6

Наркологом	1	2	3	4	5	6
Невропатологом	1	2	3	4	5	6
Офтальмологом	1	2	3	4	5	6
Оториноларингологом	1	2	3	4	5	6
Пульмонологом	1	2	3	4	5	6
Нефрологом	1	2	3	4	5	6
Физиотерапевтом	1	2	3	4	5	6
Гастроэнтерологом	1	2	3	4	5	6
Дерматологом	1	2	3	4	5	6
Аллергологом	1	2	3	4	5	6
Иммунологом	1	2	3	4	5	6
Стоматологом	1	2	3	4	5	6
Гериатром	1	2	3	4	5	6

39. Довольны ли Вы квалификацией профильных специалистов Вашей поликлиники?
1 – Да
2 – Нет
3 – Не знаю
40. Как часто проводятся обучающие семинары и/или курсы по Вашей специальности в Вашей организации (не путать с циклами повышения квалификации)?
1 – 4 и более раз в год
2 – 2-3 раза в год
3 – 1 раз в год
4 – Не проводятся
5 – Не знаю
41. Принимаете ли Вы участие в какой-либо инициативе?
1 – Да
2 – Нет
3 – Если «Да», то в какой/каких?
-
42. Легче ли стало получить консультацию профильного специалиста после их интеграции в ПМСП?
1 – Да, стало легче
2 – Нет, процедура усложнилась
3 – Ничего не изменилось
4 – Не знаю
43. Стали ли Вы чаще направлять больных к профильным специалистам после их интеграции в ПМСП?
1 – Да, направляю чаще
2 – Нет, направляю реже
3 – Ничего не изменилось
4 – Не знаю
44. Повысила ли интеграция профильных служб в ПМСП нагрузку на поликлинику?
1 – Да, нагрузки стало больше
2 – Нет, интеграция уменьшила нагрузку
3 – Ничего не изменилось
4 – Не знаю
- Перспектива**
45. Какие изменения в обслуживании населения Вы ожидаете от дальнейшей интеграции ПМСП и СОЗ?
1 – Изменения произойдут в худшую сторону
2 – Изменений не будет

3 – Изменения произойдут в лучшую сторону

4 – Не знаю

46. Каких профильных специалистов по Вашему мнению необходимо дополнительно интегрировать в ПМСП? _____

47. Согласны Вы ли со следующими утверждениями?

№	Утверждение	Ответ		
		Да	Нет	Не знаю
1	Необходимо увеличить штат имеющихся профильных специалистов в поликлинике для улучшения качества предоставления услуг здравоохранения.	Да	Нет	Не знаю
2	Необходимо расширить часы приёма имеющихся профильных специалистов в поликлинике для увеличения доступности предоставления услуг здравоохранения.	Да	Нет	Не знаю
3	Необходимо повысить квалификацию имеющихся профильных специалистов в поликлинике для улучшения качества предоставления услуг здравоохранения.	Да	Нет	Не знаю

48. Что по Вашему мнению необходимо улучшить/дополнить для дальнейшего продвижения интеграции ПМСП и СОЗ? _____

Дата: _____

Подпись: _____

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Анкета по изучению уровня осведомлённости респондентов (населения г. Алматы 18 лет и старше), а также состояния интеграции ПМСП и СОЗ в РК и перспектив её развития на примере г. Алматы

Уважаемый респондент!

В рамках научного исследования, проводимого в Казахском медицинском университете «ВШОЗ», в целях изучения уровня осведомлённости респондентов (населения г. Алматы 18 лет и старше), а также состояния интеграции ПМСП и СОЗ в РК и перспектив её развития на примере г. Алматы, предлагаем Вам принять участие в анонимном опросе.

Перед началом, мы хотим, чтобы Вы знали:

- *Участие в опросе является добровольным и анонимным.*
- *Ваше мнение представляет для нас особую ценность, так как будет учтено при разработке мер по улучшению предоставления услуг здравоохранения.*

Пожалуйста, внимательно прочитайте вопросы. При ответе на вопрос, сначала просмотрите все предложенные варианты и отметьте наиболее подходящий по Вашему мнению. Все вопросы имеют 1 (один) вариант ответа. Если к заданному вопросу имеются несколько ответов, это будет указано в скобках после вопроса.

Вся информация, полученная от Вас, является строго конфиденциальной и не будет использована в других целях.

Вам потребуется около 20 минут, чтобы ответить на все вопросы.

Заранее благодарим за участие.

По всем возникшим вопросам Вы можете связаться с главным исследователем:

Есимов Наби Болатович

Мобильный: +77022962888

E-mail: nabi_es@mail.ru

Аббревиатуры, использованные в анкете:

ВОП – врач общей практики

ОЗ – общественное здравоохранения

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

ПУЗ – программа управления заболеваниями

РК – Республика Казахстан

СОЗ – Служба общественного здоровья

Паспортная часть

1. Укажите Ваш пол:
 - 1 – Мужской
 - 2 – Женский
2. Укажите Ваш возраст (полных лет); дату рождения (полностью) и Вашу возрастную группу: _____ лет; число _____ месяц _____ год _____
 - 1 – от 18 лет до 25 лет
 - 2 – от 26 лет до 44 лет
 - 3 – от 45 лет до 60 лет
 - 4 – от 61 года до 75 лет
 - 5 – от 76 лет до 90 лет
 - 6 – 91 года и старше
3. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?

- 1 – Отличное
 - 2 – Хорошее
 - 3 – Удовлетворительное
 - 4 – Плохое
 - 5 – Затрудняюсь ответить
4. Укажите поликлинику или медицинскую организацию к которой Вы прикреплены:
- 1 – Городская поликлиника № _____
 - 2 – Другое (частная организация) _____
 - 3 – Не знаю
5. Если Вы прикреплены к частной организации, то почему Вы отказались от услуг городских поликлиник (возможны несколько вариантов ответа)? *Если Вы прикреплены к одной из городских поликлиник, то отметьте, почему население выбирает частные организации (по Вашему мнению).*
- 1 – Низкое качество диагностики и лечения в городских поликлиниках
 - 2 – Отсутствие квалифицированных кадров в городских поликлиниках
 - 3 – Низкий уровень обслуживания в городских поликлиниках
 - 4 – Грубое отношение медперсонала в городских поликлиниках
 - 5 – Неудобный график работы городских поликлиник
 - 6 – Территориальная близость к работе организации, к которой Я прикреплен (-на)
 - 7 – Территориальная близость к дому организации, к которой Я прикреплен (-на)
 - 8 – Частные организации лучше оснащены современным оборудованием
 - 9 – Другое _____
6. Как часто в течение последнего календарного года Вы обращались в организацию, к которой Вы прикреплены?
- 1 – 1 раз
 - 2 – от 2 раз до 4 раз
 - 3 – более 4 раз
 - 4 – не обращался (-ась)
7. Какова была причина Вашего последнего визита в организацию, к которой Вы прикреплены?
- 1 – Острое заболевание
 - 2 – Хроническое заболевание
 - 3 – Диспансерное наблюдение
 - 4 – Профилактический осмотр
 - 5 – Получение консультации
 - 6 – Получение справки
 - 7 – Открытие больничного листа
 - 8 – Затрудняюсь ответить
 - 9 – Другое _____
8. Укажите Ваш социальный статус:
- 1 – Работающий (-ая)
 - 2 – Безработный (-ая)
 - 3 – Пенсионер
 - 4 – Военнослужащий (-ая)
 - 5 – Учащийся
 - 6 – Инвалид
 - 7 – Другое _____
9. Укажите Ваше образование:
- 1 – неполное среднее
 - 2 – среднее
 - 3 – средне-специальное

4 – незаконченное высшее

5 – высшее

10. Укажите Ваше семейное положение:

1 – Никогда не состоял (-а) в браке

2 – Женат (замужем)

3 – Разведен (-а)

4 – Вдовец (вдова)

Осведомлённость

11. Служба общественного здоровья в Республике Казахстан – это:

1 – Эпидемиологическая служба

2 – Служба формирования здорового образа жизни

3 – Служба рационализации питания

4 – Служба, сформированная на основе интеграции всех вышеперечисленных служб

– Не знаю

12. Знаком ли Вам термин «инициатива», используемый в Общественном здравоохранении?

1 – Да

2 – Нет

13. Известны ли Вам нижеследующие инициативы по интеграции ПМСП и СОЗ?

№	Название инициативы	Ответ	
1	Программа управления заболеваниями	Да	Нет
2	Интеграция ПМСП и фтизиатрической службы	Да	Нет
3	Интеграция ПМСП и службы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД	Да	Нет
4	Интегрированная модель службы родовспоможения и детства	Да	Нет
5	Интеграции ПМСП и онкологической службы	Да	Нет
6	Интеграции ПМСП и психиатрической службы	Да	Нет
7	Интеграции ПМСП и наркологической службы	Да	Нет
8	Реабилитационно - оздоровительная программа «Оңалту»	Да	Нет

14. Действуют ли в Вашей поликлинике нижеследующие инициативы по интеграции ПМСП и СОЗ?

№	Название инициативы	Ответ		
1	Программа управления заболеваниями	Да	Нет	Не знаю
2	Интеграция ПМСП и фтизиатрической службы	Да	Нет	Не знаю
3	Интеграция ПМСП и службы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД	Да	Нет	Не знаю
4	Интегрированная модель службы родовспоможения и детства	Да	Нет	Не знаю
5	Интеграции ПМСП и онкологической службы	Да	Нет	Не знаю
6	Интеграции ПМСП и психиатрической службы	Да	Нет	Не знаю
7	Интеграции ПМСП и наркологической службы	Да	Нет	Не знаю

15. Улучшило ли предоставление услуг здравоохранения прикрепленному населению Вашей поликлиники?

№	Название инициативы	Ответ		
1	Программа управления заболеваниями	Да	Нет	Не знаю
2	Интеграция ПМСП и фтизиатрической службы	Да	Нет	Не знаю
3	Интеграция ПМСП и службы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД	Да	Нет	Не знаю
4	Интегрированная модель службы родовспоможения и детства	Да	Нет	Не знаю

5	Интеграции ПМСП и онкологической службы	Да	Нет	Не знаю
6	Интеграции ПМСП и психиатрической службы	Да	Нет	Не знаю
7	Интеграции ПМСП и наркологической службы	Да	Нет	Не знаю

16. Приблизило ли оказание услуг здравоохранения прикрепленному населению Вашей поликлиники?

№	Название инициативы	Ответ		
1	Программа управления заболеваниями	Да	Нет	Не знаю
2	Интеграция ПМСП и фтизиатрической службы	Да	Нет	Не знаю
3	Интеграция ПМСП и службы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД	Да	Нет	Не знаю
4	Интегрированная модель службы родовспоможения и детства	Да	Нет	Не знаю
5	Интеграции ПМСП и онкологической службы	Да	Нет	Не знаю
6	Интеграции ПМСП и психиатрической службы	Да	Нет	Не знаю
7	Интеграции ПМСП и наркологической службы	Да	Нет	Не знаю

17. Сообщалось ли предварительно Вам о введении в Вашей поликлинике той или иной инициативы?

- 1 – Да
- 2 – Нет
- 3 – Не знаю

Состояние

18. Какие трудности существуют в городских поликлиниках на сегодняшний день по Вашему мнению (возможны несколько вариантов ответа)?

- 1 – Длительное ожидание в очередях к врачу
- 2 – Длительное ожидание назначенной консультации профильных специалистов (запись на 7-10 дней вперед)
- 3 – Нехватка профильных специалистов
- 4 – Отсутствие преемственности (согласованности в вопросах диагностики и лечения) в деятельности врачей
- 5 – Частая смена врачей на участке
- 6 – Низкая доступность информации о предстоящих профилактических обследованиях определенных возрастных групп (скринингах)
- 7 – Прочее _____

19. Повлияла ли на качество работы поликлиники политика интеграции ПМСП и СОЗ?

- 1 – Да, в целом улучшила работу
- 2 – Нет, усложнила работу
- 3 – Изменений не произошло
- 4 – Не знаю

20. Как Вы оцениваете взаимодействие Вашей поликлиники со стационарами г. Алматы?

- 1 – Очень плохо
- 2 – Плохо
- 3 – Посредственно
- 4 – Хорошо
- 5 – Отлично
- 5. – Не знаю

21. Как Вы оцениваете взаимодействие ВОП с нижеследующими специалистами в Вашей поликлинике?

Специалист	1 – Очень плохо 2 – Плохо 3 – Посредственно 4 – Хорошо 5 – Отлично					6 – Не знаю
	1	2	3	4	5	
С кардиологом	1	2	3	4	5	6
С педиатром	1	2	3	4	5	6
С онкологом	1	2	3	4	5	6
С фтизиатром	1	2	3	4	5	6
С инфекционистом	1	2	3	4	5	6
С акушер-гинекологом	1	2	3	4	5	6
С эндокринологом	1	2	3	4	5	6
С психиатром	1	2	3	4	5	6
С наркологом	1	2	3	4	5	6

22. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после внедрения ПУЗ?

- 1 – Ухудшилось
- 2 – Не изменилось
- 3 – Улучшилось в лучшую сторону
- 4 – Не знаю

23. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после размещения онколога в Вашей поликлинике?

- 1 – Ухудшилось
- 2 – Не изменилось
- 3 – Улучшилось в лучшую сторону
- 4 – Не знаю

24. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после размещения фтизиатра в Вашей поликлинике?

- 1 – Ухудшилось
- 2 – Не изменилось
- 3 – Улучшилось в лучшую сторону
- 4 – Не знаю

25. Стало ли более доступной услуга родовспоможения в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии (г. Алматы, пр. Достык 125) и в Центре перинатологии и детской кардиохирургии (г. Алматы, ул. Басенова 2)?

- 1 – Да
- 2 – Нет
- 3 – Не знаю

26. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после размещения психиатра в Вашей поликлинике?

- 1 – Ухудшилось
- 2 – Не изменилось
- 3 – Улучшилось в лучшую сторону
- 4 – Не знаю

27. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после размещения нарколога в Вашей поликлинике?

- 1 – Ухудшилось
- 2 – Не изменилось
- 3 – Улучшилось в лучшую сторону
- 4 – Не знаю

28. Применяется ли в Вашей поликлинике электронный документооборот?

- 1 – Да

- 2 – Частично
 3 – Нет
 4 – Не знаю
29. Используются ли в Вашей поликлинике смарт-приложения для предоставления услуг здравоохранения?
 1 – Да
 2 – Частично
 3 – Нет
 4 – Не знаю
30. Пользуетесь ли Вы программой «Damimed» для получения услуг здравоохранения (запись к врачу, просмотр графика работы врачей, получение рецептов и т.д.)?
 1 – Да
 2 – Частично
 3 – Нет
 4 – Не знаю
31. Как в целом Вы оцениваете доступность услуг здравоохранения Вашей поликлиники для прикрепленного населения?
 1 – Очень плохо
 2 – Плохо
 3 – Средне
 4 – Хорошо
 5 – Отлично
 6 – Не знаю
32. Удовлетворены ли Вы качеством предоставляемых услуг здравоохранения в Вашей поликлинике?
 1 – Да
 2 – Частично
 3 – Нет
 4 – Не знаю
33. Обеспечена ли Ваша поликлиника нижеследующими специалистами?

Специалист	1 – Да	2 – Нет	3 – Не знаю
ВОП	1	2	3
Терапевтом	1	2	3
Педиатром	1	2	3
Кардиологом	1	2	3
Хирургом	1	2	3
Травматолог-ортопедом	1	2	3
Онкологом	1	2	3
Маммологом	1	2	3
Фтизиатром	1	2	3
Инфекционистом	1	2	3
Акушер-гинекологом	1	2	3
Эндокринологом	1	2	3
Психиатром	1	2	3
Наркологом	1	2	3
Невропатологом	1	2	3
Офтальмологом	1	2	3
Оториноларингологом	1	2	3
Пульмонологом	1	2	3
Нефрологом	1	2	3

Физиотерапевтом	1	2	3
Гастроэнтерологом	1	2	3
Дерматологом	1	2	3
Аллергологом	1	2	3
Иммунологом	1	2	3
Стоматологом	1	2	3
Гериятром	1	2	3

34. Как обеспечена Ваша поликлиника нижеследующими специалистами?

Специалист	1 – Очень плохо 2 – Плохо 3 – Посредственно 4 – Хорошо 5 – Отлично					6 – Не знаю
	1	2	3	4	5	
ВОП	1	2	3	4	5	6
Терапевтом	1	2	3	4	5	6
Педиатром	1	2	3	4	5	6
Кардиологом	1	2	3	4	5	6
Хирургом	1	2	3	4	5	6
Травматолог-ортопедом	1	2	3	4	5	6
Онкологом	1	2	3	4	5	6
Маммологом	1	2	3	4	5	6
Фтизиатром	1	2	3	4	5	6
Инфекционистом	1	2	3	4	5	6
Акушер-гинекологом	1	2	3	4	5	6
Эндокринологом	1	2	3	4	5	6
Психиатром	1	2	3	4	5	6
Наркологом	1	2	3	4	5	6
Невропатологом	1	2	3	4	5	6
Офтальмологом	1	2	3	4	5	6
Оториноларингологом	1	2	3	4	5	6
Пульмонологом	1	2	3	4	5	6
Нефрологом	1	2	3	4	5	6
Физиотерапевтом	1	2	3	4	5	6
Гастроэнтерологом	1	2	3	4	5	6
Дерматологом	1	2	3	4	5	6
Аллергологом	1	2	3	4	5	6
Иммунологом	1	2	3	4	5	6
Стоматологом	1	2	3	4	5	6
Гериятром	1	2	3	4	5	6

35. Облегчило ли получение услуг здравоохранения наличие нижеследующих специалистов в Вашей поликлинике?

Специалист	1 – Да 2 – Нет 3 – Не знаю 4 – Специалист отсутствует			
	1 – Да	2 – Нет	3 – Не знаю	4 – Специалист отсутствует
ВОП	1	2	3	4
Терапевта	1	2	3	4
Педиатра	1	2	3	4
Кардиолога	1	2	3	4
Хирурга	1	2	3	4
Травматолог-ортопеда	1	2	3	4
Онколога	1	2	3	4

Маммолога	1	2	3	4
Фтизиатра	1	2	3	4
Инфекциониста	1	2	3	4
Акушер-гинеколога	1	2	3	4
Эндокринолога	1	2	3	4
Психиатра	1	2	3	4
Нарколога	1	2	3	4
Невропатолога	1	2	3	4
Офтальмолога	1	2	3	4
Оториноларинголога	1	2	3	4
Пульмонолога	1	2	3	4
Нефролога	1	2	3	4
Физиотерапевта	1	2	3	4
Гастроэнтеролога	1	2	3	4
Дерматолога	1	2	3	4
Аллерголога	1	2	3	4
Иммунолога	1	2	3	4
Стоматолога	1	2	3	4
Гериатра	1	2	3	4

36. Довольны ли Вы качеством предоставления услуг здравоохранения нижеследующими специалистами Вашей поликлиники?

Специалист	1 – Да	2 – Нет	3 – Не знаю
ВОП	1	2	3
Терапевтом	1	2	3
Педиатром	1	2	3
Кардиологом	1	2	3
Хирургом	1	2	3
Травматолог-ортопедом	1	2	3
Онкологом	1	2	3
Маммологом	1	2	3
Фтизиатром	1	2	3
Инфекционистом	1	2	3
Акушер-гинекологом	1	2	3
Эндокринологом	1	2	3
Психиатром	1	2	3
Наркологом	1	2	3
Невропатологом	1	2	3
Офтальмологом	1	2	3
Оториноларингологом	1	2	3
Пульмонологом	1	2	3
Нефрологом	1	2	3
Физиотерапевтом	1	2	3
Гастроэнтерологом	1	2	3
Дерматологом	1	2	3
Аллергологом	1	2	3
Иммунологом	1	2	3
Стоматологом	1	2	3
Гериатром	1	2	3

37. Принимаете ли Вы участие в какой-либо инициативе?

- 1 – Да
- 2 – Нет
- 3 – Если «Да», то в какой/каких?

38. Легче ли стало получить консультацию профильного специалиста после их размещения в Вашей поликлинике?

- 1 – Да, стало легче
- 2 – Нет, процедура усложнилась
- 3 – Ничего не изменилось
- 4 – Не знаю

Перспектива

39. Какие изменения в обслуживании населения Вы ожидаете от дальнейшей интеграции ПМСП и СОЗ?

- 1 – Изменения произойдут в худшую сторону
- 2 – Изменений не будет
- 3 – Изменения произойдут в лучшую сторону
- 4 – Не знаю

40. Каких профильных специалистов по Вашему мнению необходимо дополнительно интегрировать в ПМСП?

41. Согласны Вы ли со следующими утверждениями?

№	Утверждение	Ответ		
		Да	Нет	Не знаю
1	Необходимо увеличить штат имеющихся профильных специалистов в поликлинике для улучшения качества предоставления услуг здравоохранения.	Да	Нет	Не знаю
2	Необходимо расширить часы приёма имеющихся профильных специалистов в поликлинике для увеличения доступности предоставления услуг здравоохранения.	Да	Нет	Не знаю
3	Необходимо повысить квалификацию имеющихся профильных специалистов в поликлинике для улучшения качества предоставления услуг здравоохранения.	Да	Нет	Не знаю

42. Что по Вашему мнению необходимо улучшить/дополнить для дальнейшего продвижения интеграции ПМСП и СОЗ?

Дата: _____

Подпись: _____

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Анкета по изучению уровня осведомлённости респондентов (среднего медперсонала городских поликлиник г. Алматы), а также состояния интеграции ПМСП и СОЗ в РК и перспектив её развития на примере г. Алматы

Уважаемый респондент!

В рамках научного исследования, проводимого в Казахском медицинском университете «ВШОЗ», в целях изучения уровня осведомлённости респондентов (среднего медперсонала городских поликлиник г. Алматы), а также состояния интеграции ПМСП и СОЗ в РК и перспектив её развития на примере г. Алматы, предлагаем Вам принять участие в анонимном опросе.

Перед началом, мы хотим, чтобы Вы знали:

- *Участие в опросе является добровольным и анонимным.*
- *Ваше мнение представляет для нас особую ценность, так как будет учтено при разработке мер по улучшению предоставления услуг здравоохранения.*

Пожалуйста, внимательно прочитайте вопросы. При ответе на вопрос, сначала просмотрите все предложенные варианты и отметьте наиболее подходящий по Вашему мнению. Все вопросы имеют 1 (один) вариант ответа. Если к заданному вопросу имеются несколько ответов, это будет указано в скобках после вопроса.

Вся информация, полученная от Вас, является строго конфиденциальной и не будет использована в других целях.

Вам потребуется около 20 минут, чтобы ответить на все вопросы.

Заранее благодарим за участие.

По всем возникшим вопросам Вы можете связаться с главным исследователем:

Есимов Наби Болатович

Мобильный: +77022962888

E-mail: nabi_es@mail.ru

Аббревиатуры, использованные в анкете:

ВОП – врач общей практики

ОЗ – общественное здравоохранения

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

ПУЗ – программа управления заболеваниями

РК – Республика Казахстан

СОЗ – Служба общественного здоровья

Паспортная часть

1. Укажите Ваш пол:
 - 1 – Мужской
 - 2 – Женский
2. Укажите Ваш возраст (полных лет); дату рождения (полностью) и Вашу возрастную группу: _____ лет; число _____ месяц _____ год _____
 - 1 – от 18 лет до 25 лет
 - 2 – от 26 лет до 44 лет
 - 3 – от 45 лет до 60 лет
 - 4 – от 61 года до 75 лет
 - 5 – от 76 лет до 90 лет
 - 6 – 91 года и старше

3. Укажите медицинскую организацию в которой Вы работаете:
1 – Городская поликлиника № _____ района г. Алматы
2 – Управление охраны ОЗ _____ района г. Алматы
4. Укажите Вашу занимаемую должность:
1 – Директор (главный врач)
2 – Заместитель директора (заместитель главного врача)
3 – Заведующий отделением
4 – Врач
5 – Медсестра/медбрат
6 – Руководитель Управления охраны общественного здоровья
7 – Заместитель руководителя Управления охраны общественного здоровья
8 – Руководитель отдела Управления охраны общественного здоровья
9 – Главный специалист Управления охраны общественного здоровья
10 – Ведущий специалист Управления охраны общественного здоровья
11 – Другое _____
5. Укажите общий стаж:
1 – до 5 лет
2 – от 6 лет до 10 лет
3 – от 11 лет до 15 лет
4 – от 16 лет до 20 лет
5 – более 21 года
6. Укажите специальность по которой Вы сейчас работаете: _____
7. Укажите стаж по специальности:
1 – до 5 лет
2 – от 6 лет до 10 лет
3 – от 11 лет до 15 лет
4 – от 16 лет до 20 лет
5 – более 21 года
8. Укажите стаж по ныне занимаемой должности:
1 – до 5 лет
2 – от 6 лет до 10 лет
3 – от 11 лет до 15 лет
4 – от 16 лет до 20 лет
5 – более 21 года
9. Какую квалификационную категорию Вы имеете?
1 – Высшая
2 – Первая
3 – Вторая
4 – Без категории

Осведомлённость

10. Какое из нижеследующих определений об общественном здравоохранении предоставила ВОЗ в 1988 г., и которое остаётся актуальным, широко используемым по сей день?
1 – Наука и практика предупреждения болезней, продления жизни и укрепления здоровья посредством организованных действий, предпринимаемых обществом.
2 – Наука и конкретная деятельность по охране и укреплению здоровья населения, продлению жизни посредством мобилизации усилий общества и проведению соответствующих организационных мероприятий на различных уровнях.
3 – Область научной и практической деятельности, обеспечивающей управление здравоохранением как одной из крупнейших социальных систем, где медицина

является одним из компонентов наряду с экономикой, социологией, политическими науками, промышленностью.

11. Служба общественного здоровья в Республике Казахстан – это:
 - 1 – Эпидемиологическая служба
 - 2 – Служба формирования здорового образа жизни
 - 3 – Служба рационализации питания
 - 4 – Служба, сформированная на основе интеграции всех вышеперечисленных служб
 - 5 – Не знаю
12. Предпринимаются ли шаги для решения проблем ПМСП в нашем государстве (по Вашему мнению)?
 - 1 – Да
 - 2 – Нет
 - 3 – Не знаю
13. Предпринимаются ли шаги для решения проблем СОЗ в нашем государстве (по Вашему мнению)?
 - 1 – Да
 - 2 – Нет
 - 3 – Не знаю
14. Знаком ли Вам термин «инициатива», используемый в Общественном здравоохранении?
 - 1 – Да
 - 2 – Нет
15. Известны ли Вам нижеследующие инициативы по интеграции ПМСП и СОЗ?

№	Название инициативы	Ответ	
		Да	Нет
1	Программа управления заболеваниями	Да	Нет
2	Интеграция ПМСП и фтизиатрической службы	Да	Нет
3	Интеграция ПМСП и службы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД	Да	Нет
4	Интегрированная модель службы родовспоможения и детства	Да	Нет
5	Интеграции ПМСП и онкологической службы	Да	Нет
6	Интеграции ПМСП и психиатрической службы	Да	Нет
7	Интеграции ПМСП и наркологической службы	Да	Нет
8	Реабилитационно - оздоровительная программа «Оңалту»	Да	Нет

16. Действуют ли в Вашей организации нижеследующие инициативы по интеграции ПМСП и СОЗ?

№	Название инициативы	Ответ		
		Да	Нет	Не знаю
1	Программа управления заболеваниями	Да	Нет	Не знаю
2	Интеграция ПМСП и фтизиатрической службы	Да	Нет	Не знаю
3	Интеграция ПМСП и службы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД	Да	Нет	Не знаю
4	Интегрированная модель службы родовспоможения и детства	Да	Нет	Не знаю
5	Интеграции ПМСП и онкологической службы	Да	Нет	Не знаю
6	Интеграции ПМСП и психиатрической службы	Да	Нет	Не знаю
7	Интеграции ПМСП и наркологической службы	Да	Нет	Не знаю

17. Улучшило ли предоставление услуг здравоохранения Вашей поликлиникой?

№	Название инициативы	Ответ		
		Да	Нет	Не знаю
1	Программа управления заболеваниями	Да	Нет	Не знаю
2	Интеграция ПМСП и фтизиатрической службы	Да	Нет	Не знаю

3	Интеграция ПМСП и службы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД	Да	Нет	Не знаю
4	Интегрированная модель службы родовспоможения и детства	Да	Нет	Не знаю
5	Интеграции ПМСП и онкологической службы	Да	Нет	Не знаю
6	Интеграции ПМСП и психиатрической службы	Да	Нет	Не знаю
7	Интеграции ПМСП и наркологической службы	Да	Нет	Не знаю

18. Приблизило ли оказание услуг здравоохранения прикрепленному населению Вашей поликлиники?

№	Название инициативы	Ответ		
		Да	Нет	Не знаю
1	Программа управления заболеваниями	Да	Нет	Не знаю
2	Интеграция ПМСП и фтизиатрической службы	Да	Нет	Не знаю
3	Интеграция ПМСП и службы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД	Да	Нет	Не знаю
4	Интегрированная модель службы родовспоможения и детства	Да	Нет	Не знаю
5	Интеграции ПМСП и онкологической службы	Да	Нет	Не знаю
6	Интеграции ПМСП и психиатрической службы	Да	Нет	Не знаю
7	Интеграции ПМСП и наркологической службы	Да	Нет	Не знаю

19. Сообщалось ли Вам о введении в Вашей организации той или иной инициативы?

- 1 – Да
- 2 – Нет
- 3 – Не знаю

Состояние

20. Какие трудности существуют в ПМСП на сегодняшний день по Вашему мнению (возможны несколько вариантов ответа)?

- 1 – Нехватка квалифицированных кадров
- 2 – Низкие зарплаты
- 3 – Нехватка профильных специалистов
- 4 – Отсутствие преемственности между специалистами
- 5 – Прочее _____

21. Отразилась ли на Вашей профессиональной деятельности политика интеграции ПМСП и СОЗ?

- 1 – Да, в целом улучшила работу
- 2 – Нет, усложнила работу
- 3 – Изменений не произошло
- 4 – Не знаю

22. Как Вы оцениваете взаимодействие Вашей поликлиники со стационарами г. Алматы?

- 1 – Очень плохо
- 2 – Плохо
- 3 – Посредственно
- 4 – Хорошо
- 5 – Отлично
- 6 – Не знаю

23. Как Вы оцениваете взаимодействие ВОП с профильными специалистами в Вашей поликлинике?

- 1 – Очень плохо
- 2 – Плохо
- 3 – Посредственно
- 4 – Хорошо

- 5 – Отлично
6 – Не знаю
24. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после внедрения ПУЗ?
1 – Ухудшилось
2 – Не изменилось
3 – Улучшилось в лучшую сторону
4 – Не знаю
25. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и онкологической службы?
1 – Ухудшилось
2 – Не изменилось
3 – Улучшилось в лучшую сторону
4 – Не знаю
26. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и фтизиатрической службы?
1 – Ухудшилось
2 – Не изменилось
3 – Улучшилось в лучшую сторону
4 – Не знаю
27. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и службы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД?
1 – Ухудшилось
2 – Не изменилось
3 – Улучшилось в лучшую сторону
4 – Не знаю
28. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после внедрения Интегрированной модели службы родовспоможения и детства?
1 – Ухудшилось
2 – Не изменилось
3 – Улучшилось в лучшую сторону
4 – Не знаю
29. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и психиатрической службы?
1 – Ухудшилось
2 – Не изменилось
3 – Улучшилось в лучшую сторону
4 – Не знаю
30. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и наркологической службы?
1 – Ухудшилось
2 – Не изменилось
3 – Улучшилось в лучшую сторону
4 – Не знаю
31. Применяется ли в Вашей поликлинике электронный документооборот?
1 – Да
2 – Частично
3 – Нет
4 – Не знаю
32. Используете ли Вы в Вашей поликлинике смарт-приложения для предоставления услуг здравоохранения?
1 – Да

- 2 – Частично
 3 – Нет
 4 – Не знаю
33. Внедрена ли программа «Damumed» в Вашей поликлинике?
 1 – Да
 2 – Частично
 3 – Нет
 4 – Не знаю
34. Как в целом Вы оцениваете доступность Вашей поликлиники для прикрепленного населения?
 1 – Очень плохо
 2 – Плохо
 3 – Средне
 4 – Хорошо
 5 – Отлично
 6 – Не знаю
35. Удовлетворены ли пациенты качеством предоставляемых услуг здравоохранения в Вашей поликлинике (по Вашему мнению)?
 1 – Да
 2 – Частично
 3 – Нет
 4 – Не знаю
36. Обеспечена ли Ваша поликлиника нижеследующими специалистами?

Специалист	1 – Да	2 – Нет	3 – Не знаю
ВОП	1	2	3
Терапевтом	1	2	3
Педиатром	1	2	3
Кардиологом	1	2	3
Хирургом	1	2	3
Травматолог-ортопедом	1	2	3
Онкологом	1	2	3
Маммологом	1	2	3
Фтизиатром	1	2	3
Инфекционистом	1	2	3
Акушер-гинекологом	1	2	3
Эндокринологом	1	2	3
Психиатром	1	2	3
Наркологом	1	2	3
Невропатологом	1	2	3
Офтальмологом	1	2	3
Оториноларингологом	1	2	3
Пульмонологом	1	2	3
Нефрологом	1	2	3
Физиотерапевтом	1	2	3
Гастроэнтерологом	1	2	3
Дерматологом	1	2	3
Аллергологом	1	2	3
Иммунологом	1	2	3
Стоматологом	1	2	3
Гериатром	1	2	3

37. Как обеспечена Ваша поликлиника нижеследующими специалистами?

Специалист	1 – Очень плохо 2 – Плохо 3 – Посредственно 4 – Хорошо 5 – Отлично					6 – Не знаю
	1	2	3	4	5	
ВОП	1	2	3	4	5	6
Терапевтом	1	2	3	4	5	6
Педиатром	1	2	3	4	5	6
Кардиологом	1	2	3	4	5	6
Хирургом	1	2	3	4	5	6
Травматолог-ортопедом	1	2	3	4	5	6
Онкологом	1	2	3	4	5	6
Маммологом	1	2	3	4	5	6
Фтизиатром	1	2	3	4	5	6
Инфекционистом	1	2	3	4	5	6
Акушер-гинекологом	1	2	3	4	5	6
Эндокринологом	1	2	3	4	5	6
Психиатром	1	2	3	4	5	6
Наркологом	1	2	3	4	5	6
Невропатологом	1	2	3	4	5	6
Офтальмологом	1	2	3	4	5	6
Оториноларингологом	1	2	3	4	5	6
Пульмонологом	1	2	3	4	5	6
Нефрологом	1	2	3	4	5	6
Физиотерапевтом	1	2	3	4	5	6
Гастроэнтерологом	1	2	3	4	5	6
Дерматологом	1	2	3	4	5	6
Аллергологом	1	2	3	4	5	6
Иммунологом	1	2	3	4	5	6
Стоматологом	1	2	3	4	5	6
Гериатром	1	2	3	4	5	6

38. Как часто проводятся обучающие семинары и/или курсы по Вашей специальности в Вашей организации (не путать с циклами повышения квалификации)?

- 1 – 4 и более раз в год
- 2 – 2-3 раза в год
- 3 – 1 раз в год
- 4 – Не проводятся
- 5 – Не знаю

39. Принимаете ли Вы участие в какой-либо инициативе?

- 1 – Да
- 2 – Нет
- 3 – Если «Да», то в какой/каких?

40. Легче ли стало получить консультацию профильного специалиста после их интеграции в ПМСП?

- 1 – Да, стало легче
- 2 – Нет, процедура усложнилась
- 3 – Ничего не изменилось
- 4 – Не знаю

41. Повысила ли интеграция профильных служб в ПМСП нагрузку на поликлинику?

- 1 – Да, нагрузки стало больше

- 2 – Нет, интеграция уменьшила нагрузку
- 3 – Ничего не изменилось
- 4 – Не знаю

Перспектива

42. Какие изменения в обслуживании населения Вы ожидаете от дальнейшей интеграции ПМСП и СОЗ?
- 1 – Изменения произойдут в худшую сторону
 - 2 – Изменений не будет
 - 3 – Изменения произойдут в лучшую сторону
 - 4 – Не знаю
43. Каких профильных специалистов по Вашему мнению необходимо дополнительно интегрировать в ПМСП? _____
44. Что по Вашему мнению необходимо улучшить/дополнить для дальнейшего продвижения интеграции ПМСП и СОЗ? _____

Дата: _____

Подпись: _____

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Анкета по изучению уровня осведомлённости респондентов (руководителей и специалистов Управлений охраны общественного здоровья г. Алматы), а также состояния интеграции ПМСП и СОЗ в РК и перспектив её развития на примере г. Алматы

Уважаемый респондент!

В рамках научного исследования, проводимого в Казахском медицинском университете «ВШОЗ», в целях изучения уровня осведомлённости респондентов (руководителей и специалистов Управлений охраны общественного здоровья г. Алматы), а также состояния интеграции ПМСП и СОЗ в РК и перспектив её развития на примере г. Алматы, предлагаем Вам принять участие в анонимном опросе.

Перед началом, мы хотим, чтобы Вы знали:

- *Участие в опросе является добровольным и анонимным.*
- *Ваше мнение представляет для нас особую ценность, так как будет учтено при разработке мер по улучшению предоставления услуг здравоохранения.*

Пожалуйста, внимательно прочитайте вопросы. При ответе на вопрос, сначала просмотрите все предложенные варианты и отметьте наиболее подходящий по Вашему мнению. Все вопросы имеют 1 (один) вариант ответа. Если к заданному вопросу имеются несколько ответов, это будет указано в скобках после вопроса.

Вся информация, полученная от Вас, является строго конфиденциальной и не будет использована в других целях.

Вам потребуется около 20 минут, чтобы ответить на все вопросы.

Заранее благодарим за участие.

По всем возникшим вопросам Вы можете связаться с главным исследователем:

Есимов Наби Болатович

Мобильный: +77022962888

E-mail: nabi_es@mail.ru

Аббревиатуры, использованные в анкете:

ВОП – врач общей практики

ОЗ – общественное здравоохранения

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

ПУЗ – программа управления заболеваниями

РК – Республика Казахстан

СОЗ – Служба общественного здоровья

Паспортная часть

49. Укажите Ваш пол:

1 – Мужской

2 – Женский

50. Укажите Ваш возраст (полных лет); дату рождения (полностью) и Вашу возрастную группу: _____ лет; число _____ месяц _____ год _____

1 – от 18 лет до 25 лет

2 – от 26 лет до 44 лет

3 – от 45 лет до 60 лет

4 – от 61 года до 75 лет

5 – от 76 лет до 90 лет

- 6 – 91 года и старше
51. Укажите медицинскую организацию в которой Вы работаете:
- 1 – Городская поликлиника № _____ района г. Алматы
 - 2 – Управление охраны ОЗ _____ района г. Алматы
52. Укажите Вашу занимаемую должность:
- 1 – Директор (главный врач)
 - 2 – Заместитель директора (заместитель главного врача)
 - 3 – Заведующий отделением
 - 4 – Врач
 - 5 – Медсестра/медбрат
 - 6 – Руководитель Управления охраны общественного здоровья
 - 7 – Заместитель руководителя Управления охраны общественного здоровья
 - 8 – Руководитель отдела Управления охраны общественного здоровья
 - 9 – Главный специалист Управления охраны общественного здоровья
 - 10 – Ведущий специалист Управления охраны общественного здоровья
 - 11 – Другое _____
53. Укажите общий стаж:
- 1 – до 5 лет
 - 2 – от 6 лет до 10 лет
 - 3 – от 11 лет до 15 лет
 - 4 – от 16 лет до 20 лет
 - 5 – более 21 года
54. Укажите специальность по которой Вы сейчас работаете: _____
55. Укажите стаж по специальности:
- 1 – до 5 лет
 - 2 – от 6 лет до 10 лет
 - 3 – от 11 лет до 15 лет
 - 4 – от 16 лет до 20 лет
 - 5 – более 21 года
56. Укажите стаж по ныне занимаемой должности:
- 1 – до 5 лет
 - 2 – от 6 лет до 10 лет
 - 3 – от 11 лет до 15 лет
 - 4 – от 16 лет до 20 лет
 - 5 – более 21 года
57. Какую квалификационную категорию Вы имеете?
- 1 – Высшая
 - 2 – Первая
 - 3 – Вторая
 - 4 – Без категории

Осведомлённость

58. Какое из нижеследующих определений об общественном здравоохранении предоставила ВОЗ в 1988 г., и которое остаётся актуальным, широко используемым по сей день?
- 1 – Наука и практика предупреждения болезней, продления жизни и укрепления здоровья посредством организованных действий, предпринимаемых обществом.
 - 2 – Наука и конкретная деятельность по охране и укреплению здоровья населения, продлению жизни посредством мобилизации усилий общества и проведению соответствующих организационных мероприятий на различных уровнях.
 - 3 – Область научной и практической деятельности, обеспечивающей управление здравоохранением как одной из крупнейших социальных систем, где медицина

является одним из компонентов наряду с экономикой, социологией, политическими науками, промышленностью.

59. Служба общественного здоровья в Республике Казахстан – это:

- 1 – Эпидемиологическая служба
- 2 – Служба формирования здорового образа жизни
- 3 – Служба рационализации питания
- 4 – Служба, сформированная на основе интеграции всех вышеперечисленных служб
- 5 – Не знаю

60. Предпринимаются ли шаги для решения проблем ПМСП в нашем государстве (по Вашему мнению)?

- 1 – Да
- 2 – Нет
- 3 – Не знаю

61. Предпринимаются ли шаги для решения проблем СОЗ в нашем государстве (по Вашему мнению)?

- 1 – Да
- 2 – Нет
- 3 – Не знаю

62. Знаком ли Вам термин «инициатива», используемый в Общественном здравоохранении?

- 1 – Да
- 2 – Нет

63. Известны ли Вам нижеследующие инициативы по интеграции ПМСП и СОЗ?

№	Название инициативы	Ответ	
		Да	Нет
1	Программа управления заболеваниями	Да	Нет
2	Интеграция ПМСП и фтизиатрической службы	Да	Нет
3	Интеграция ПМСП и службы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД	Да	Нет
4	Интегрированная модель службы родовспоможения и детства	Да	Нет
5	Интеграции ПМСП и онкологической службы	Да	Нет
6	Интеграции ПМСП и психиатрической службы	Да	Нет
7	Интеграции ПМСП и наркологической службы	Да	Нет
8	Реабилитационно - оздоровительная программа «Оналту»	Да	Нет

64. Действуют ли в поликлиниках г. Алматы нижеследующие инициативы по интеграции ПМСП и СОЗ?

№	Название инициативы	Ответ		
		Да	Нет	Не знаю
1	Программа управления заболеваниями	Да	Нет	Не знаю
2	Интеграция ПМСП и фтизиатрической службы	Да	Нет	Не знаю
3	Интеграция ПМСП и службы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД	Да	Нет	Не знаю
4	Интегрированная модель службы родовспоможения и детства	Да	Нет	Не знаю
5	Интеграции ПМСП и онкологической службы	Да	Нет	Не знаю
6	Интеграции ПМСП и психиатрической службы	Да	Нет	Не знаю
7	Интеграции ПМСП и наркологической службы	Да	Нет	Не знаю

65. Улучшило ли предоставление услуг здравоохранения поликлиниками г. Алматы?

№	Название инициативы	Ответ		
		Да	Нет	Не знаю
1	Программа управления заболеваниями	Да	Нет	Не знаю
2	Интеграция ПМСП и фтизиатрической службы	Да	Нет	Не знаю

3	Интеграция ПМСП и службы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД	Да	Нет	Не знаю
4	Интегрированная модель службы родовспоможения и детства	Да	Нет	Не знаю
5	Интеграции ПМСП и онкологической службы	Да	Нет	Не знаю
6	Интеграции ПМСП и психиатрической службы	Да	Нет	Не знаю
7	Интеграции ПМСП и наркологической службы	Да	Нет	Не знаю

66. Приблизило ли оказание услуг здравоохранения прикрепленному населению поликлиник г. Алматы?

№	Название инициативы	Ответ		
		Да	Нет	Не знаю
1	Программа управления заболеваниями	Да	Нет	Не знаю
2	Интеграция ПМСП и фтизиатрической службы	Да	Нет	Не знаю
3	Интеграция ПМСП и службы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД	Да	Нет	Не знаю
4	Интегрированная модель службы родовспоможения и детства	Да	Нет	Не знаю
5	Интеграции ПМСП и онкологической службы	Да	Нет	Не знаю
6	Интеграции ПМСП и психиатрической службы	Да	Нет	Не знаю
7	Интеграции ПМСП и наркологической службы	Да	Нет	Не знаю

67. Сообщалось ли Вам о введении в поликлиниках г. Алматы той или иной инициативы?

- 1 – Да
- 2 – Нет
- 3 – Не знаю

68. Знакома ли Вам Рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения?

- 1 – Да
- 2 – Нет

Состояние

69. Какие трудности существуют в ПМСП на сегодняшний день по Вашему мнению (возможны несколько вариантов ответа)?

- 1 – Нехватка квалифицированных кадров
- 2 – Низкие зарплаты
- 3 – Нехватка профильных специалистов
- 4 – Отсутствие преемственности между специалистами
- 5 – Прочее _____

70. Отразилась ли на Вашей профессиональной деятельности политика интеграции ПМСП и СОЗ?

- 1 – Да, в целом улучшила работу
- 2 – Нет, усложнила работу
- 3 – Изменений не произошло
- 4 – Не знаю

71. Как Вы оцениваете взаимодействие поликлиник со стационарами в г. Алматы?

- 1 – Очень плохо
- 2 – Плохо
- 3 – Посредственно
- 4 – Хорошо
- 5 – Отлично
- 6 – Не знаю

72. Как Вы оцениваете взаимодействие ВОП с профильными специалистами в поликлиниках г. Алматы?
- 1 – Очень плохо
 - 2 – Плохо
 - 3 – Посредственно
 - 4 – Хорошо
 - 5 – Отлично
 - 6 – Не знаю
73. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после внедрения ПУЗ?
- 1 – Ухудшилось
 - 2 – Не изменилось
 - 3 – Улучшилось в лучшую сторону
 - 4 – Не знаю
74. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и онкологической службы?
- 1 – Ухудшилось
 - 2 – Не изменилось
 - 3 – Улучшилось в лучшую сторону
 - 4 – Не знаю
75. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и фтизиатрической службы?
- 1 – Ухудшилось
 - 2 – Не изменилось
 - 3 – Улучшилось в лучшую сторону
 - 4 – Не знаю
76. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и службы по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД?
- 1 – Ухудшилось
 - 2 – Не изменилось
 - 3 – Улучшилось в лучшую сторону
 - 4 – Не знаю
77. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после внедрения Интегрированной модели службы родовспоможения и детства?
- 1 – Ухудшилось
 - 2 – Не изменилось
 - 3 – Улучшилось в лучшую сторону
 - 4 – Не знаю
78. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и психиатрической службы?
- 1 – Ухудшилось
 - 2 – Не изменилось
 - 3 – Улучшилось в лучшую сторону
 - 4 – Не знаю
79. Как изменилось предоставление услуг здравоохранения после интеграции ПМСП и наркологической службы?
- 1 – Ухудшилось
 - 2 – Не изменилось
 - 3 – Улучшилось в лучшую сторону
 - 4 – Не знаю
80. Применяется ли в Вашей организации электронный документооборот?
- 1 – Да

- 2 – Частично
 3 – Нет
 4 – Не знаю
81. Используете ли Вы в Вашей организации смарт-приложения для предоставления услуг здравоохранения?
 1 – Да
 2 – Частично
 3 – Нет
 4 – Не знаю
82. Используете ли Вы программу «Damumed» для предоставления услуг здравоохранения?
 1 – Да
 2 – Частично
 3 – Нет
 4 – Не знаю
83. Как в целом Вы оцениваете доступность поликлиник для прикрепленного населения?
 1 – Очень плохо
 2 – Плохо
 3 – Посредственно
 4 – Хорошо
 5 – Отлично
 6 – Не знаю
84. Удовлетворены ли пациенты качеством предоставляемых услуг здравоохранения в поликлиниках г. Алматы (по Вашему мнению)?
 1 – Да
 2 – Частично
 3 – Нет
 4 – Не знаю
85. Обеспечены ли поликлиники г. Алматы нижеследующими специалистами?

Специалист	1 – Да	2 – Нет	3 – Не знаю
ВОП	1	2	3
Терапевтом	1	2	3
Педиатром	1	2	3
Кардиологом	1	2	3
Хирургом	1	2	3
Травматолог-ортопедом	1	2	3
Онкологом	1	2	3
Маммологом	1	2	3
Фтизиатром	1	2	3
Инфекционистом	1	2	3
Акушер-гинекологом	1	2	3
Эндокринологом	1	2	3
Психиатром	1	2	3
Наркологом	1	2	3
Невропатологом	1	2	3
Офтальмологом	1	2	3
Оториноларингологом	1	2	3
Пульмонологом	1	2	3
Нефрологом	1	2	3
Физиотерапевтом	1	2	3

Гастроэнтерологом	1	2	3
Дерматологом	1	2	3
Аллергологом	1	2	3
Иммунологом	1	2	3
Стоматологом	1	2	3
Гериатром	1	2	3

86. Как обеспечены поликлиники г. Алматы нижеследующими специалистами?

Специалист	1 – Очень плохо 2 – Плохо 3 – Посредственно 4 – Хорошо 5 – Отлично					6 – Не знаю
	1	2	3	4	5	
ВОП	1	2	3	4	5	6
Терапевтом	1	2	3	4	5	6
Педиатром	1	2	3	4	5	6
Кардиологом	1	2	3	4	5	6
Хирургом	1	2	3	4	5	6
Травматолог-ортопедом	1	2	3	4	5	6
Онкологом	1	2	3	4	5	6
Маммологом	1	2	3	4	5	6
Фтизиатром	1	2	3	4	5	6
Инфекционистом	1	2	3	4	5	6
Акушер-гинекологом	1	2	3	4	5	6
Эндокринологом	1	2	3	4	5	6
Психиатром	1	2	3	4	5	6
Наркологом	1	2	3	4	5	6
Невропатологом	1	2	3	4	5	6
Офтальмологом	1	2	3	4	5	6
Оториноларингологом	1	2	3	4	5	6
Пульмонологом	1	2	3	4	5	6
Нефрологом	1	2	3	4	5	6
Физиотерапевтом	1	2	3	4	5	6
Гастроэнтерологом	1	2	3	4	5	6
Дерматологом	1	2	3	4	5	6
Аллергологом	1	2	3	4	5	6
Иммунологом	1	2	3	4	5	6
Стоматологом	1	2	3	4	5	6
Гериатром	1	2	3	4	5	6

87. Как часто проводятся обучающие семинары и/или курсы по Вашей специальности в Вашей организации (не путать с циклами повышения квалификации)?

1 – 4 и более раз в год

2 – 2-3 раза в год

3 – 1 раз в год

4 – Не проводятся

5 – Не знаю

88. Принимаете ли Вы участие в какой-либо инициативе?

1 – Да

2 – Нет

3 – Если «Да», то в какой/каких?

89. Повысила ли интеграция профильных служб в ПМСП нагрузку на поликлиники г. Алматы?

- 1 – Да, нагрузки стало больше
- 2 – Нет, интеграция уменьшила нагрузку
- 3 – Ничего не изменилось
- 4 – Не знаю

Перспектива

90. Какие изменения в обслуживании населения Вы ожидаете от дальнейшей интеграции ПМСП и СОЗ?

- 1 – Изменения произойдут в худшую сторону
- 2 – Изменений не будет
- 3 – Изменения произойдут в лучшую сторону
- 4 – Не знаю

91. Каких профильных специалистов по Вашему мнению необходимо дополнительно интегрировать в ПМСП? _____

92. Согласны Вы ли со следующими утверждениями?

№	Утверждение	Ответ		
		Да	Нет	Не знаю
1	Необходимо увеличить штат имеющихся профильных специалистов в поликлинике для улучшения качества предоставления услуг здравоохранения.	Да	Нет	Не знаю
2	Необходимо расширить часы приёма имеющихся профильных специалистов в поликлинике для увеличения доступности предоставления услуг здравоохранения.	Да	Нет	Не знаю
3	Необходимо повысить квалификацию имеющихся профильных специалистов в поликлинике для улучшения качества предоставления услуг здравоохранения.	Да	Нет	Не знаю

93. Что по Вашему мнению необходимо улучшить/дополнить для дальнейшего продвижения интеграции ПМСП и СОЗ? _____

Дата: _____

Подпись: _____

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Обзорный вопросник

Обзорный вопросник был разработан для осуществления первоначального сбора данных о преобразованиях в сфере предоставления услуг здравоохранения. Он также может быть полезным инструментом для определения инициатив и для сбора необходимой дополнительной информации.

Название исследования

Имеет ли инициатива конкретное название, используемое для ее обозначения? Если нет, то какой применимый заголовок лучше всего описывает её?

Страна или регион

Где проводится инициатива?

Ваш профиль

В качестве кого вы принимаете участие в данной инициативе?

- Поставщик услуг здравоохранения (например, врач, медсестра и т.д.)
- Менеджер здравоохранения (например, руководитель организации, заведующий отделением и т.д.)
- Разработчик политики (например, сотрудник министерства здравоохранения)
- Спонсор
- Другое (пожалуйста, укажите) _____

Шкала исследования

Каков масштаб инициативы (например, по всей стране, в области и т.д.)?

- Государственный (эта инициатива применяется по всей стране)
- Региональный (инициатива распространяется только на конкретный регион или область)
- Районный (инициатива распространяется только на конкретный район)
- Другое (пожалуйста, _____ укажите)

Дата начала

Какова длительность реализации инициативы?

- В течение года
- Менее 2 лет
- Более 2 лет
- Более 5 лет
- Не знаю точно

Этап внедрения

На какой фазе находится данная инициатива?

- Стратегическая фаза (например, нет фактической реализации/этап внедрения, в процессе создания платформы для изменений посредством сбора пакета услуг и определения приоритетных нужд здоровья населения)
- Пилотирование (например, начало проведения эксперимента и пилотирование новых подходов, недавнее внедрение преобразований).
- Масштабирование (например, обеспечение внедрения новых моделей медицинской помощи до уровня стандартной практики и включения в системные процедуры)
- Не уверен

Целевая аудитория

Как была определена целевая группа населения для этой инициативы? Выберите все подходящие варианты. Ответьте на вопрос: существуют ли у целевой группы населения какие-либо ограничения в доступе к услугам инициативы?

- Заболевание(я) (например, БСК, ВИЧ/СПИД, диабет и т.д.)
- Пол
- Возраст (например, дети, пожилые люди, и т.д.)
- География (например, только люди, живущие в определенной местности, в сельской, городской и т.д.)
- Уязвимые группы населения (например, потребители инъекционных наркотиков, группы мигрантов и т.д.)
- Не уверен
- Другое (пожалуйста, укажите)

Цели

Что из следующего было главной целью, которую эта инициатива хотела улучшить? Выберите самый важный.

- Улучшение комплексности предоставления услуг (например, расширение услуг длительного ухода, доступных на всех этапах жизненного цикла)
- Улучшение координации предоставления услуг (например, обеспечение отбора, проектирования, организации, управления и совершенствования услуг с целью достижения наилучших результатов)
- Повышение эффективности медицинской помощи (например, степень предоставления услуг в соответствии с имеющимися фактическими данными)
- Улучшение степени ориентированности на людей (например, степень пациент-ориентированности)

Управление

Пожалуйста, кратко опишите, кто управляет или курирует этой инициативой (например, врачи, менеджеры и управляющие медицинских организаций, государственный исполнительный орган и т. д.).

Параметр (ы)

На улучшение каких услуг направлена инициатива? (Выбрать все, что подходит)

- Амбулаторных услуг
- Стационарных услуг
- Ухода на дому

Услуги

Какие из ниже перечисленных услуг здравоохранения преобразуются в соответствии с данным исследованием (Выбрать все, что подходит)?

- Наркология
- Ортопедия
- Амбулатория
- Питание и гигиена
- Педиатрия
- Физиотерапия
- Диагностика
- Психотерапия
- Неотложная помощь
- Здоровье школьников
- Планирование семьи
- Специализированный уход
- Укрепление здоровья
- Хирургия
- Уход на дому
- Телемедицина

Трудовые ресурсы здравоохранения _____

- Какие из ниже перечисленных кадров в здравоохранении являются целевыми в данном исследовании? (Выбрать все, что подходит)

- Специалисты в области здравоохранения
- Руководители организации

- Менеджеры организации
- Врачи общей практики
- Терапевты
- Узкоспециализированные специалисты
- Диетологи
- Физиотерапевты
- Акушеры
- Фельдшеры
- Медсестры
- Фармацевты
- Социальные работники
- Парамедики
- Лица, оказывающие неофициальный уход

Финансирование

Был ли выделен определенный бюджет для финансирования инициативы?

- Да, на поддержку инициативы, помимо регулярных бюджетных расходов, были определены/выделены дополнительные ресурсы

- Нет, инициатива не получила какого-либо определенного финансирования.

Не знаю

Если да, то как финансируется эта инициатива? (Выбрать все, что подходит)

- Государственное финансирование

- Частные инвестиции

- Международные организации (например, Европейский союз, Глобальный фонд, USAID)

- Медицинское страхование здоровья

- Не знаю

Другие

Результаты

Были ли определены критерии контроля за результатами инициативы? (например, были ли установлены конкретные цели улучшения для достижения результатов в отношении здоровья; мониторинг внедрения основных принципов и стандартных процедур, подготовка/переподготовка специалистов, оценка внедрения новых структур ухода, и т. д.).

- Да, осуществляются меры по мониторингу эффективности инициативы

- Нет, в настоящее время мониторинг результатов, связанных с инициативой, отсутствует

- Не знаю

Если да, кто отвечает за мониторинг и оценку инициативы? Были ли опубликованы результаты внедрения инициативы на сегодняшний день? Были ли достигнуты ожидаемые результаты?

Заключительные комментарии

Если Вы хотите поделиться с нами какой-либо другой информацией, мы будем Вам признательны.

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Протокол интервью для опроса ключевых информаторов

Следующий протокол, являющийся примером руководства для проведения интервью, был использован в процессе разработки Компендиума. Согласно этому руководству, интервью включает разделы для формирования окончательного письменного профиля инициативы. Руководство также предоставляет рекомендации, которые могут применяться при формировании инициативы. Предлагаемое интервью является полуструктурированным, в связи с этим поставленные вопросы могут быть соблюдены без особой строгости. Тем не менее, его использование в собеседовании может помочь ключевым информаторам в подготовке желаемой информации и поможет поддерживать дискуссию в правильном направлении, обеспечивая сбор необходимой информации.

Протокол интервью с ключевыми информаторами

Уважаемый участник интервью!

Данный протокол интервью был составлен для дальнейшего сбора информации о преобразованиях в предоставлении услуг здравоохранения. Изложенные вопросы основываются на материалах обзорного опросника и направлены на получение более подробного описания информации об этой инициативе и действий для ее развития.

Длительность интервью, проводимого в виде собеседования, составляет 60-90 минут. Вопросы для обсуждения сгруппированы по следующим ключевым разделам: определение проблемы; основные вехи развития инициативы; процессы предоставления услуг здравоохранения; факторы, способствующие развитию системы здравоохранения; результаты инициативы; изменения в управлении. При подготовке к этому интервью, пожалуйста, ознакомьтесь с поставленными вопросами, отметив те ключевые темы, которые актуальны.

Если у Вас возникнут какие-либо вопросы до обсуждения, пожалуйста, свяжитесь с нами по адресу nabi_es@mail.ru Мы ждём возможности в дальнейшем связаться с Вами и заранее благодарим Вас за Вашу поддержку.

С уважением, команда КМУ «ВШОЗ».

Раздел первый: определение проблемы

Этот раздел направлен на понимание того, что в первую очередь повлияло на развитие инициативы. Он направлен на изучение: проблем здоровья целевой группы населения, предоставления целевой группе населения услуг здравоохранения, их возможного сочетания и дополнения друг друга для стимулирования развития инициативы.

Этот раздел важен для определения целей, ради которых инициатива была впервые заявлена, и для решения проблем, возникающих в процессе развития инициативы.

Вопрос: Что послужило толчком для развития инициативы?

Вопрос: Какие трудности инициатива пыталась решить и как они впервые были выявлены?

Вопрос: Рассмотрите, была ли проблема развития инициативы связана с:

Населением (например, бремя болезни, неравенство отношении здоровья, низкий доступ к услугам здравоохранения)

- Предоставлением услуг здравоохранения (например, ограниченный пакет доступных услуг, низкий потенциал кадровых ресурсов здравоохранения, низкое качество услуг)

- Системой здравоохранения (например, высокая стоимость услуг здравоохранения, низкая финансовая защищённость населения, низкий доступ к услугам здравоохранения)

Раздел второй: основные вехи развития инициативы

Этот раздел призван резюмировать изменения, которые происходили с течением времени, описывая ключевые даты и вехи на протяжении всего процесса разработки инициативы с момента её планирования и запуска и по сегодняшний день

Вопрос: Можете ли Вы описать, какие изменения происходили с течением времени? Примите во внимание этапы реализации, описывая ключевые вехи в планировании и запуске инициативы, с момента ее начальной подготовки и по сегодняшний день

Раздел третий: процессы предоставления услуг здравоохранения

Этот раздел посвящен описанию изменений, которые были внесены в целях улучшения процессов предоставления услуг здравоохранения. Он учитывает преобразования, запланированные или реализованные, а именно: выбор услуг, разработку лечения, организацию поставщиков, управление предоставлением услуг и процессы, созданные для дальнейшего повышения эффективности

Выбор услуг

Определение приоритета услуг здравоохранения для определённой группы населения проводится с целью укрепления, сохранения и восстановления здоровья человека на протяжении его жизненного цикла. Определение приоритета услуг здравоохранения обеспечивает широкий спектр услуг в виде охраны здоровья, укрепления здоровья, профилактики заболеваний, диагностики, управления, лечения, долгосрочного ухода, реабилитации, паллиативной помощи, предоставляемых в соответствии с потребностями отдельных лиц населения.

Вопрос: Как были определены приоритеты при выборе услуг?

Вопрос: Рассмотрите, какие меры были приняты:

- Перечень услуг (например, были ли внесены изменения в пакет предоставления услуг и если да, то какие?)

- Оценка потребностей населения в здравоохранении (например, как учитывались потребности, факторы риска для определённой группы населения при выборе услуг?)

Виды услуг (например, в результате преобразований, какие услуги здравоохранения предоставляются в настоящее время?)

Разработка лечения

Стандартизация курсов услуг в соответствии с доказательной медициной, разработка путей предоставления услуг здравоохранения и механизмов для управления переходами между типами и уровнями помощи, а также индивидуализация услуг в соответствии с потребностями конкретного человека.

Вопрос: Были ли установлены приоритеты при выборе услуг?

Вопрос: Рассмотрите, какие меры были приняты для нижеследующего, и где они применяются.

- Стандартизация практики (например, были ли стандартизованы службы в соответствии с опытом доказательной медицины?)
- Дополнительные пути (например, существуют ли какие-либо дополнительные пути обслуживания, определяющие маршрут для лечения специфического случая?)
- Связи (например, как связаны услуги между поставщиками услуг здравоохранения и организациями здравоохранения в случаях единственного эпизода обращения или, когда для выздоровления требуется дополнительное время?)

Организация поставщиков

Корректировка кадровых ресурсов здравоохранения в соответствии с выбранными услугами и их структурой. Распределение профессиональных ролей и объёма услуг в соответствии с практической моделью предоставления услуг.

Вопрос: Были ли установлены приоритеты при выборе услуг?

Вопрос: Рассмотрите, какие меры были приняты для нижеследующего и где они применяются.

- Планы и бюджеты (например, как спланированы и финансированы услуги?)
- Места предоставления услуг (например, в каких организациях предоставляются услуги здравоохранения?)
- Практические модели (например, какова структура модели предоставления услуг, в рамках которой организована служба здравоохранения?)

Управление услугами

Процесс планирования, бюджетирования, согласования ресурсов, контроля за реализацией и мониторингом результатов для поддержания уровня стабильности и порядка в предоставлении услуг.

Вопрос: Были ли установлены приоритеты при выборе услуг?

Вопрос: Рассмотрите, какие меры были приняты для нижеследующего и где они применяются.

- Планы и бюджеты (например, как спланированы и финансированы услуги?)
- Обеспечение ресурсами (например, какие необходимы ресурсы для предоставления услуг, включая их первоначальное инвестирование, распределение и обслуживание?)
- Операции (например, предоставляются ли услуги здравоохранения соответствующим образом?)
- Измерение и решение проблем (например, соответствуют ли предоставляемые услуги здравоохранения установленным целям?)

Повышение производительности

Процесс создания обратной связи, который позволяет системе обучения спонтанно тестировать и принимать корректировки.

Вопрос: Были ли установлены приоритеты при выборе услуг?

Вопрос: Рассмотрите, какие меры были приняты для нижеследующего и где они применяются.

- Механизмы обучения (например, существует ли на местах система непрерывного обучения и инноваций?)

- Клиническое руководство (например, способствуют ли процессы регулярного мониторинга предоставления услуг их уровню предоставления, приближённого к оптимальному?)

Вовлечение и укрепление людей, семей и сообществ

Вопрос: Какие усилия были предприняты для вовлечения и укрепления людей на протяжении всего процесса предоставления услуг?

Вопрос: Рассмотрите нижеследующее, как возможные примеры конкретных действий.

- Поощрение принятия решений пациентами
- Повышение информированности населения об отдельных заболеваниях
- Повышение медицинской грамотности
- Усилия по индивидуализации лечения
- Поддержка самоорганизованности пациентов
- Поощрение совместного принятия решений

Раздел четвёртый: факторы, способствующие развитию системы здравоохранения

В целях оптимизации и усиления интеграции услуг здравоохранения, система здравоохранения должна обеспечить благоприятные условия, в которых могут происходить изменения в сфере оказания услуг. Этот раздел служит для описания, как структура инициативы была создана в соответствии с пятью ключевыми системными факторами: подотчётность, стимулы, компетенции, информация и инновация.

Подотчётность

Механизмы подотчётности четко определяют способы, с помощью которых субъекты должны выполнять свои функции, распределяя четкие роли и обязанности.

- Были ли четко определены роли и взаимодействия между участниками инициативы и организациями?

- Были ли приняты какие-либо законы и/или нормативные акты, которые поддерживают преобразования в предоставлении услуг здравоохранения?

Стимулы

Могут включать в себя финансовые или нефинансовые стимулы для участия или поддержки преобразований предоставления услуг здравоохранения. Они могут предоставляться поставщикам или населению.

- Были ли внесены какие-либо изменения в способ приобретения услуг? (например, изыскание новых источников финансирования)

- Изменилась ли модель, посредством которой оплачиваются услуги поставщиков? (например, введение платы за производительность, подушевой доход или корректировка оплаты с учётом рисков)

- Была ли внедрена финансовая стимуляция в виде предоставления вознаграждения поставщикам услуг здравоохранения за конкретные услуги? (например, денежные выплаты за расширенное предоставление услуг, за предоставление отдельных услуг или за достижение конкретных результатов здоровья)

- Были ли введены нефинансовые стимулы для мотивации работы поставщиков услуг? (например, сертификаты соответствия)

- Были ли созданы стимулы для населения? (например, снижение цен товаров и услуг)

Компетенции

Компетенции описывают знания и навыки работников здравоохранения для обеспечения качественных результатов оказания услуг здравоохранения пациентам и населению.

- Какие образовательные возможности были созданы для работников здравоохранения по улучшению профессиональных знаний и навыков?

- Какие возможности были разработаны для работников здравоохранения в рамках повышения их квалификации и усовершенствования их профессиональных навыков, выходящих за рамки их традиционной подготовки?

- Проводились ли какие-либо периодические оценки знаний, навыков поставщиков услуг?

Информация

Данный раздел рассматривает, как используется информация и происходит обмен данными для определения факторов, обеспечивающих непрерывность предоставления услуг и их соответствие потребностям.

- Каким образом происходит обмен информацией между каждым из следующих участников: населением, поставщиками, менеджерами и политиками?

- Как собирается информация об оказании услуг? Как она перемещается между поставщиками и уровнями помощи?

- Использовались ли информационные технологии?

Инновации

Инновации рассматривают, обладает ли система здравоохранения оптимальными ресурсами информационных технологий, лекарствами и медицинскими технологиями для предоставления услуг на местах.

- Что было бы, если бы какие-либо клинические инновации были внедрены? (например, диагностическое оборудование, хирургическое оборудование, устройства для мониторинга состояния здоровья)

- Что было бы, если бы были внедрены какие-либо инновации в сфере здравоохранения? (например, электронные медицинские записи)

- Что было бы, если бы какие-либо управленческие инновации были внедрены? (например, рациональные инструменты управления)

- Были ли внедрены какие-либо инструменты для улучшения клинических, обслуживающих и управленческих инноваций?

Раздел пятый: результаты

Эти вопросы направлены на то, чтобы понять, какие изменения произошли после реализации инициативы. Они должны быть заданы ключевым информаторам, участвующим в оценке всей инициативы или её результатов.

Вопрос: Какого результата инициатива намеревалась достичь? Определены ли индикаторы в качестве итоговых показателей? Если да, то каковы они и были ли они выполнены? Можете ли вы описать результаты официальных оценок и рассмотреть возможность предоставления конкретных результатов?

Раздел шестой: Изменения в управлении

Этот заключительный раздел направлен на понимание роли тех, кто участвует в реализации инициативы на всех уровнях, где произойдут изменения. Для усиления роли и обязанностей участников инициативы рассматриваются ключевые факторы, которые могли бы способствовать реализации инициативы.

Основные участники

Системные [макро] участники. Это всеохватывающий уровень, в котором задаются направление и архитектура институциональных механизмов. К числу действующих лиц на макроуровне относятся, например, Министерство здравоохранения и другие правительственные подразделения, государственные или республиканские центры, медицинские школы и крупные национальные научно-исследовательские институты.

Вопрос: Какие системные участники были вовлечены в разработку инициативы? Какова была их роль в этом процессе? Опишите те ключевые факторы, которые способствовали или препятствовали реализации инициативы.

Организационные [мезо] участники. Этот уровень предоставления услуг описывает, где на практике формируются решения, принимаемые путем интерпретации и внедрения в практику. Спектр организаций на этом уровне может широко варьировать.

Вопрос: Какие участники на субгосударственном уровне были вовлечены в разработку инициативы? Какова была их роль в этом процессе? Опишите те ключевые факторы, которые способствовали или препятствовали реализации инициативы.

Клинические [микро] участники. Самый оперативный уровень предоставления услуг. Микроуровень относится к процессам предоставления клинических и неклинических услуг, включает в себя работников здравоохранения, менеджеров здравоохранения, администраторов здравоохранения и поставщиков услуг здравоохранения.

Вопрос: Какие участники на субгосударственном уровне были вовлечены в разработку инициативы? Какова была их роль в этом процессе? Опишите те ключевые факторы, которые способствовали или препятствовали реализации инициативы.

Инициирование изменений. Основываясь на этапах, которые обсуждались ранее, каков был процесс планирования и создания инициативы? Обсуждали ли Вы как инициатива развивалась и поддерживалась? Как изначально были вовлечены основные заинтересованные стороны?

Реализация. Основываясь на этапах, которые обсуждались ранее, каков был процесс реализации преобразований инициативы? Опишите те ключевые факторы, которые способствовали или препятствовали внедрению инициативы.

Движение вперед. На основании текущего статуса инициативы каковы краткосрочные и долгосрочные планы её продолжения? Какие шаги будут ключевыми для достижения этих планов? Какие препятствия, если таковые имеются, необходимо преодолеть в достижении этих целей?

Основные моменты Учитывая ретроспективный анализ и анализ Вашего опыта на сегодняшний день, какие ключевые факторы поддерживали развитие инициативы? Можете ли Вы описать, какие важные уроки Вы извлекли для обмена опытом с другими специалистами?

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Инструмент: Проверка соответствия

Ниже приводится обзор соответствия, в котором излагаются вопросы, которые необходимо задать для обеспечения точности информации, представленной в профиле инициативы. Это также даёт возможность ключевым информаторам прокомментировать любые элементы, которые, по их мнению, улучшат профиль инициативы. Нижеприведенный опрос следует тем же схемам, которые были использованы при разработке профиля инициативы в Компендиуме. Если были произведены какие-либо коррекции в одной из частей профиля инициативы, убедитесь в синхронных изменениях данного шаблона.

Обзор проверки соответствия

Цель этого опроса - подтвердить точность разработанного профиля инициатив по укреплению интегрированного предоставления услуг здравоохранения. Этот процесс проверки предусматривает Ваше согласие с содержимым до окончательного редактирования и публикации. Обратите внимание, что в качестве сигнального документа профиль инициативы по-прежнему может быть изменён стилистически и/или структурно, согласно Вашим замечаниям.

Перед заполнением этого опроса, пожалуйста, сначала прочитайте профиль инициативы полностью. Опрос был структурирован для анализа содержания каждого из пяти разделов профиля инициативы. Это займет не более 30 минут.

Если у Вас возникли какие-либо вопросы или технические трудности, пожалуйста свяжитесь с нами по электронному адресу nabi_es@mail.ru

Заранее благодарим Вас за Ваше время и поддержку.

С уважением, команда ВШОЗ.

Контактная информация

Для получения дополнительных разъяснений о Ваших замечаниях может возникнуть необходимость связаться с Вами. Пожалуйста, оставьте Вашу контактную информацию.

ФИО:

Организация:

Занимаемая должность:

Страна, город:

Адрес электронной почты:

Номер телефона:

Проверка содержания

Следующие вопросы были структурированы в соответствии с разделами профиля инициативы для оценки точности его содержания. Отвечая на вопросы, пожалуйста, обратитесь к каждому разделу, чтобы проверить, является ли предоставленный материал достоверным.

Раздел первый: Обзор. В целом, описывает ли обзор точное содержание инициативы? Например: имена, места и события точны и правильно написаны; статистические данные соответствуют; важные факты не были упущены.

- Да
 - Не знаю
 - Нет
 - Если нет – пожалуйста объясните
-
-

Раздел второй: Определение проблемы. Была ли точно описана причина происходящих изменений? Например: статистические ссылки достоверны; обсуждаемый эпидемиологический и социальный контекст является точным; любые контекстно-специфические факторы были надлежащим образом описаны.

- Да
 - Не знаю
 - Нет
 - Если нет – пожалуйста объясните
-
-

Раздел третий: Преобразование предоставления услуг здравоохранения. Было ли правильно оформлено описание преобразования предоставления услуг здравоохранения? Например: временные рамки преобразований верны; сведения о предоставляемых услугах описаны правильно; сведения о том, как организованы поставщики услуг здравоохранения являются точными; управление предоставлением услуг описано правильно; было чётко описано участие граждан и сообществ.

- Да
 - Не знаю
 - Нет
 - Если нет – пожалуйста объясните
-
-

Раздел четвертый: Факторы, способствующие развитию системы здравоохранения. Были ли правильно описаны факторы системы здравоохранения, способствующие преобразованиям правильно описаны? Например: любые упомянутые документы правильно написаны и точны при представлении информации; предпринятые действия были правильно отнесены к субъектам и организациям.

- Да
 - Не знаю
 - Нет
 - Если нет – пожалуйста объясните
-
-

Раздел пятый: Процесс изменения. Правильно ли перечислены субъекты и точно ли описаны их роли? Правильно ли описаны результаты в одноимённой главе? Правильно ли был изложен процесс изменения? Например: никаких ключевых результатов не пропущено; приведенные

статистические данные и цифры являются точными; роли и процессы правильно суммированы.

- Да
 - Не знаю
 - Нет
 - Если нет – пожалуйста объясните
-
-

Утверждение профиля инициативы

Исходя из Вашего понимания инициативы, рассмотрите следующие заключительные вопросы.

В целом, является ли содержание, представленное в запрошенном профиле инициативы правильным? Если нет, то какая, если таковая имеется, информация искажена, отсутствует или может быть расширена? Например: ключевые аспекты, которые улучшат понимание; пропущенные мероприятия; контекстуальные факторы, требующие большего/меньшего внимания?

По Вашему мнению, исходя из точности содержания профиля инициативы, выберите один из следующих

- Я подтверждаю, что содержание профиля исследования является точным, никаких пересмотров/изменений не требуется
- Я подтверждаю, что содержание профиля исследования является точным, с отмеченными изменениями
- Пожалуйста, свяжитесь со мной для обсуждения

Есть ли у Вас дополнительные комментарии к профилю инициативы до отправки Вашего ответа?

Спасибо!

Дата:

Подпись: