



**АЛЕКСАНДР  
ИВАНКОВ**

---

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДОСТУПНОСТИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ СЕЛЬСКИХ  
ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН  
ЧЕРЕЗ ТРАНСПАРЕНТНЫЕ  
И ИНФОРМАТИВНЫЕ  
ИНСТРУМЕНТЫ ИЗМЕРЕНИЯ**

---

ПРОГРАММА  
ДЛЯ МОЛОДЫХ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ  
В ОБЛАСТИ ПУБЛИЧНОЙ ПОЛИТИКИ



*Точка зрения автора, отраженная в данном исследовании, может не совпадать с точкой зрения Фонда Сорос-Казахстан. Ответственность за факты, сведения, суждения и выводы, содержащиеся в публикации, несет автор.*

*Данное исследование подготовлено в рамках программы Фонда Сорос-Казахстан для молодых исследователей в области публичной политики. Целью данного проекта является развитие сферы публичной политики в Казахстане через повышение потенциала молодых исследователей, а также стимулирование общественного диалога.*

---

## Введение

41% населения Республики Казахстан, проживающего в условиях сельской местности<sup>1</sup>, находится в теневой зоне здравоохранения, не имея четких показателей, характеризующих уровень доступности медицинской помощи, – что является одной из причин неравного доступа сельских жителей к здравоохранению.

Казахстан, как и многие страны, сталкивается с проблемой организации равного доступа к медицинской помощи для жителей городской и сельской местности, пытаясь решить ее спорадическими активностями, не имея четкой модели сельского здравоохранения<sup>2</sup>, которая невозможна без работающей системы оценки эффективности. Так, вопрос повышения уровня доступности медицинской помощи сельскому населению постоянно находится в повестке публичных программных заявлений президента и правительства РК<sup>3</sup>.

Понятие «доступности» медицины в разных рекомендациях, страновых гайдлайнах и аналитических отчетах может заменяться понятиями «охват медицинскими услугами» или «эффективность работы сферы здравоохранения», но всегда данная группа понятий объединяется интегральным подходом к оценке, включая в себя как минимум три базовых направления для оценки: доступность ресурсов, характеристика показателей здоровья и оценка мнений потребителей услуг систем здравоохранения<sup>4</sup>.

Де-юре доступность здравоохранения в РК в релевантных НПА означает как обеспечение медицинскими организациями и персоналом в зависимости от численности населения. Де-факто в программных документах и в публичных заявлениях политиков под доступностью может подразумеваться более широкий спектр понятий – от удовлетворенности пациентов до качества работы профессионалов системы здравоохранения.

<sup>1</sup> По данным Бюро статистики АСПиР РК.

<sup>2</sup> Байжунусов Э. // О сельской медицине [https://rate.kz/outlook/o\\_selskoj\\_meditisine](https://rate.kz/outlook/o_selskoj_meditisine)

<sup>3</sup> Послание Главы государства народу Казахстана. 1 сентября 2020 г. Казахстан в новой реальности: время действий [www.akorda.kz](http://www.akorda.kz)

<sup>4</sup> Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism / edited by Christopher J. L. Murray, David B. Evans. World Health Organization. 2003

Имеющиеся данные, характеризующие доступность медицины в РК, часто парадоксальны либо как минимум не согласованы между собой. Так, например, каждый восьмой из десяти врачей работает в городе<sup>5</sup>, но запланированные расходы на медицинскую помощь со стороны государства для сельского населения могут быть в три раза меньше, чем для городского<sup>6</sup>. При этом основные демографические показатели и показатели здоровья по данным официальной статистики либо не имеют таких радикальных отрицательных различий у сельского населения, либо даже превосходят аналогичные показатели у городского населения<sup>7</sup>. Отсутствие транспарентных данных оценки доступности и противоречивость имеющихся показателей здоровья способствуют повышению рисков неэффективного планирования, усилению неравенства и возникновению барьеров при доступе к медицинским сервисам у сельского населения.

Цель проведенного исследования заключалась в изучении процесса оценки доступности медицинской помощи в РК и формулировании текущих возможностей повышения информативности имеющихся инструментов оценки с детализацией этой оценки от республиканского уровня до уровня сел.

Результаты данного исследования содержат:

- роль информативности оценки доступности медицины в формировании барьеров для социально уязвимых групп на примере сельского населения;
- концептуализацию понятия «доступность медицинской помощи» и способы оценки процесса оценки доступности медицинской помощи;
- анализ понятийного аппарата доступности медицинской помощи, процесса оценки и качества получаемых данных в РК;
- три потенциальных варианта развития сложившейся ситуации;
- выводы и конкретные практические рекомендации.

---

<sup>5</sup> Государственная Программа Развития Здравоохранения РК на 2020-2025 годы.

<sup>6</sup> Отчет о деятельности ФМС за 2020 год. Источник: [www.fms.kz](http://www.fms.kz)

<sup>7</sup> Статистический сборник «Здоровье населения РК» за 2020 г.

Оптимизация доступности здравоохранения для сельских жителей РК возможна через повышение прозрачности и информативности инструментов измерения доступности. Это должно спровоцировать рост эффективности планирования и распределения ресурсов, что будет способствовать как уменьшению неравенства, так и созданию основы для диалога всех заинтересованных сторон на основании доказательных данных.

## Методология исследования

Для решения задач данного исследования были использованы методы полуструктурированных интервью, описательного исследования и сравнительного анализа.

Интервью проводились с организаторами здравоохранения, работающими на республиканском, региональном и сельском уровнях организаций медицинской помощи, представителями академической среды в области общественного здравоохранения и независимыми экспертами в области управления здравоохранением.

Полевые работы, включающие интервьюирование, проводились в июле-октябре 2021 года. Интервьюирование проводилось индивидуально двумя методами – онлайн и оффлайн – в зависимости от локации и возможностей респондентов. Длительность интервью составляла от 45 минут до полутора часов. Вопросы интервью были сгруппированы по двум направлениям: 1) описание процесса и механизмов оценки доступности медицинской помощи; 2) текущие возможности использования данных, характеризующих доступность, для планирования медицинской помощи в целом и для сельского населения в частности.

Описательный метод исследования применялся для анализа данных из открытых официальных источников правительства РК, бюро статистики АСПИР, публичных заявлений, уставных документов и годовых отчетов о деятельности профильных организаций по оценке доступности медицинской помощи релевантных НПА, трех последних государственных программ развития здравоохранения, охватывающих период продолжительностью в 15 лет, с целью описания текущего процесса оценки доступности в РК.

Сравнительный анализ проводился для оценки логики и последовательности национального процесса оценки доступности в сравнении с международными фреймворками. Для анализа была разработана и предложена схема оценивания в каждом из трех направлений: 1) понятийный аппарат; 2) процесс и данные наличия и соответствия трех компонентов, характеризующих доступность медицинской помощи; 3) показатели здоровья, ресурсы, мнения пациентов. Референсом для создания данной схемы и в целом для концептуализации исследования выбраны опыт стран ОЭСР, рекомендации ВОЗ и аналитические отчеты профильных комитетов Еврокомиссии.

Для формирования представления о том, как в РК производится оценка доступности здравоохранения для жителей сельской местности, логика проводимого анализа была построена от общего понимания того, как оценивается доступность здравоохранения в целом по республике и какие есть реальные возможности для детализации этого мониторинга с национального уровня до уровня сел.

## Ограничения исследования

Существенным ограничением в проведении исследования стало достаточно закрытое для оценки поле экспертов в области здравоохранения. С одной стороны, основной пул экспертов – это действующие сотрудники профильного министерства или профильных ведомств, которые либо не готовы вступать в публичный диалог о текущем положении мониторинга доступности медицинской помощи, либо ограничиваются формальными ответами касательно НПА и технических вопросов; с другой стороны, за время проведения исследования произошла смена трех министров здравоохранения, что вкупе с сохраняющимися пандемическими ограничениями препятствовало свободному доступу к данным и экспертам, к диалогу и вносило коррективы в анализируемые нормативно-правовые и программные документы в режиме реального времени.

## Список использованных сокращений

<b>ОЭСР</b>	Организация экономического сотрудничества и развития
<b>РК</b>	Республика Казахстан
<b>ГПРЗ</b>	Государственная программа развития здравоохранения
<b>НП «ЗН»</b>	Национальный проект «Здоровая Нация»
<b>МЗ РК</b>	Министерство Здравоохранения Республики Казахстан
<b>ГОМБП</b>	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>ВОУЗ</b>	Всеобщий охват услугами здравоохранения
<b>НПА</b>	Нормативно-правовой акт
<b>МО</b>	Медицинская организация
<b>ОСМС</b>	Обязательное медицинское страхование
<b>АСПиР</b>	Агентство стратегического планирования и развития
<b>ПМСП</b>	Первичная медико-социальная помощь
<b>ННЦРЗ</b>	Национальный научный центр развития здравоохранения
<b>НПО</b>	Неправительственная организация
<b>МИС</b>	Медицинская информационная система

## Низкая информативность оценки доступности здравоохранения увеличивает барьеры доступа для уязвимых групп

Доступность здравоохранения – многофакторное понятие, традиционно не имеющее четкого конвенционального определения. В реальном секторе здравоохранения, академических исследованиях и аналитических отчетах под доступностью здравоохранения может пониматься довольно широкий спектр характеристик – от субъективной оценки населением барьеров доступа к медицинским услугам до характеристик моделей финансирования систем здравоохранения.

Различные международные наднациональные организации, такие как ВОЗ, ОЭСР, профильные комитеты европейской комиссии, совершают попытки унифицировать измерение доступности медицинской помощи, собирая данные согласно установленного списка индикаторов, опираясь на внутристрановые данные, сталкиваясь при этом с проблемой унификации данных, отсутствием полноты заполнения со стороны всех стран-участниц и страновыми различиями в оценке доступности медицинских услуг. Республика Казахстан зачастую либо является участником таких организаций, либо не имеет собственных данных к представлению. При этом, очевидно, что наличие публичного интегрального способа определения доступности медицинских сервисов – необходимое условие для регулярной, прозрачной и динамичной оценки оказываемых услуг.

Отсутствие в Республике Казахстан конвенционального представления о том, что стоит понимать под доступностью здравоохранения, в практике реального здравоохранения несет в себе риски неэффективного планирования медицинских услуг и увеличения неравенства, особенно для уязвимых групп населения.

Так, сельское население, традиционно относимое к уязвимым слоям, в условиях Республики Казахстан, учитывая свою значимую численность и низкую плотность проживания<sup>8</sup>, требует повышенного внимания к опти-

<sup>8</sup> Сельское население составляет почти половину населения РК. При этом плотность населения в РК одна из самых низких в мире – 6,93 чел./км<sup>2</sup>, а разница в плотности населения в городе и на селе может достигать колоссальных значений: например, плотность населения Алматы – 2917 чел./км<sup>2</sup>, наименьшая – в Актюбинской области – 2,98 чел./км<sup>2</sup>

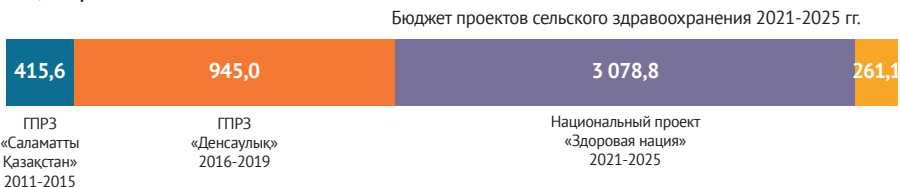


мизации доступности медицинской помощи. При этом на фоне значительного общего роста планируемых расходов в течение последних 10 лет в государственных программах развития здравоохранения РК, описывающих ключевые цели, индикаторы и необходимые ресурсы, отсутствовали конкретные запланированные мероприятия и активности, относящиеся к сельской медицине (рисунок 1).

Как итог: 41% населения республики, проживающего в исключительных географических, культурных и экономических условиях, не имеет понятных показателей, объективно характеризующих доступность медицинских услуг.

**Рисунок 1.**

Динамика бюджета государственных программ развития здравоохранения РК, млрд тенге



Неравенство в распределении ресурсов здравоохранения между городом и селом возросло в условиях увеличения финансирования отрасли в рамках смены гибридной модели финансирования (*государственная + рыночная*) на еще более гибридную (*государственная, рыночная и страховая*). Внедрение обязательного медицинского страхования в 2020 году при сохранении бюджетного финансирования, с одной стороны, кратно почти в 3 раза (*с 0,94 трлн в 2016-2019 гг. до 3,06 трлн тенге в 2020-2025 гг.*) увеличило объемы финансирования отрасли здравоохранения, с другой стороны, обнажило проблемы неравенства. Так, по данным фонда медицинского страхования, в 2020 году в РК на оплату услуг стационарной и стационарозамещающей помощи населению фондом в рамках ГОБМП было запланировано 211 миллиардов тенге, при этом городскому населению – 152,1 млрд тенге, а сельскому почти в три раза меньше – 58,9 млрд<sup>9</sup>.

При этом парадоксальность планирования распределения ресурсов здравоохранения усиливается при анализе соответствия текущих де-

<sup>9</sup> Отчет о деятельности ФМС за 2020 год. Источник: [www.fms.kz](http://www.fms.kz)

мографических показателей, показателей общественного здоровья и планируемых расходов. Так, в 2021 году в рамках реформы государственного планирования и внедрения национальных проектов (*как инструментов повышения эффективности управления государственными ресурсами*) государственная программа развития здравоохранения на 2020-2025 годы была переформатирована в национальный проект «Здоровая Нация» – с детализацией целей, индикаторов и указанием ответственных за реализацию конкретных активностей. Одной из ключевых активностей, указанных в национальном проекте в рамках развития здравоохранения, отмечена задача по повышению доступности медицинской помощи и улучшению состояния здоровья сельского населения<sup>10</sup>. В рамках данной инициативы запланирован суммарный бюджет в размере 261 млрд тенге (*рисунок 1*) на такие мероприятия, как открытие новых медицинских учреждений, полное оснащение необходимым медицинским оборудованием учреждений и интенсификация работы передвижных медицинских комплексов в сельской местности<sup>11</sup>.

К какому качественному результату должно привести такое интенсивное увеличение объема выделяемых ресурсов здравоохранения в сельской местности, из текста национального проекта до конца не ясно. Если обратиться к имеющимся в официальных статистических сборниках показателям (*которые традиционно используются в ГПРЗ и НПЗН как общие индикаторы эффективности*), складывается картина, согласно которой в сельской местности население живет дольше, умирает меньше, а заболеваемость ключевыми нозологиями на порядок ниже (*таблица 1 и рисунок 2*).

Согласно данным, приведенным в таблице 1, взятым из ежегодного статистического сборника «Здоровье населения РК», который является одним из основных публичных источников о состоянии здоровья казахстанцев, все основные показатели за 2020 год среди сельского населения не только более благополучны относительно городского населения, но и имеют положительную динамику по сравнению с предыдущим годом.

---











<sup>10</sup> Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 725 Об утверждении национального проекта «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация».

<sup>11</sup> В рамках реализации Национального проекта «Здоровая нация» запланировано до 2025 года:

- открытие 137 амбулаторных медицинских учреждений и 25 межрайонных больниц;
- доведение оснащения медицинским оборудованием до 100% к концу программы;
- увеличение ежегодного охвата сельского населения услугами ПМК до 2 млн человек.

**Таблица 1.**

Сравнение динамики основных публичных демографических показателей город/село

Показатель	2019		2020		Динамика 2020/2021	
	Город	Село	Город	Село	Город	Село
Рождаемость (на 1000 человек населения)	22,09	21	22,6	22,98	+2,3% 	+8,3% 
Смертность (на 1000 человек населения)	7,53	6,7	9,1	7,9	+20,8% 	+17,4% 
Естественный прирост (на 1000 человек населения)	14,56	14,5	13,5	15,1	-7,3% 	+4,1% 
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	8,61	8,0	8,43	6,8	-2,1% 	-14,5% 
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет)	73.08	73.35	71.21	71.64	-2,6% 	-2,3% 

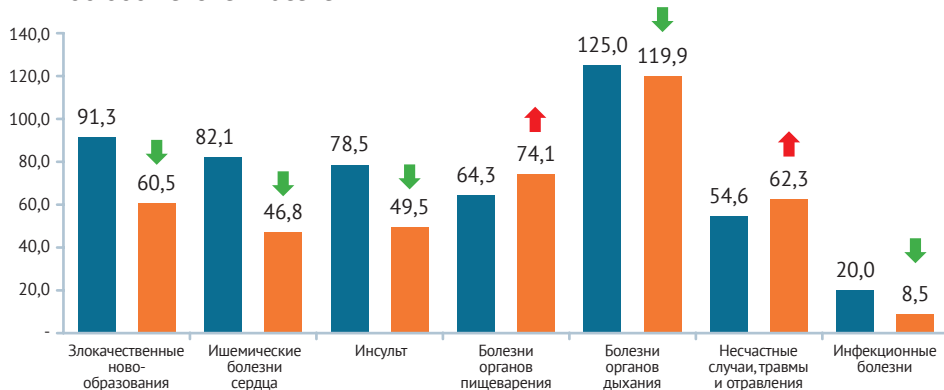
**Источник:** статистический сборник «Здоровье населения РК» за 2020 г.

Так, например, показатель младенческой смертности в сельской местности не только ниже городского (6,8 и 8,43), но и в динамике за последний год уменьшился на 14,5% – с 8,0 до 6,8 на 1000 родившихся живыми детей, что почти в 7 раз меньше, чем среди жителей города.

Аналогичная ситуация с показателями смертности от основных причин: за исключением болезней пищеварения и травм, по всем остальным причинам смертность в сельской местности в среднем на 31,9% (4,1% – 57,5%) ниже, чем в городской.

## Рисунок 2.

Показатели смертности населения по основным классам причин смерти на 100 000 человек населения



**Источник:** статистический сборник «Здоровье населения РК» за 2020 г.

Из оценки приведенных демографических показателей и показателей здоровья резонно следуют противоречивые выводы:

- публикуемые в статистических сборниках данные не используются при планировании бюджетных расходов;
- основания для запланированных бюджетных затрат порядка 300 млрд тенге отсутствуют или могут быть не убедительны;
- МЗ РК при планировании может опираться на внутренние, не публичные данные;
- МЗ РК при планировании может опираться не на доказательные данные, а на политическую конъюнктуру.

В целом парадоксальность ситуации, когда основные демографические показатели противоречат здоровой логике, согласно которой население социально уязвимых групп должно иметь более худшие показатели, а имеет лучшие, показывает неубедительную информативность оценки доступности медицинской помощи.

## Концептуализация понятия «доступность медицинской помощи»

Для полноценной характеристики процесса доступности здравоохранения в РК в рамках проведенного исследования важно было определиться с референсом «что такое доступность» и с тем, каким образом можно оценить качество процесса мониторинга доступности на территории республики. Поскольку концепция доступности является достаточно широкой, при проведении анализа за основу были взяты положения, актуальные для стран ОЭСР и ВОЗ. Так, за базовый брался следующий тезис ВОЗ: доступность в здравоохранении — это получение пациентами необходимых услуг в нужном месте и в нужное время<sup>12</sup>. При этом оценка процесса определения доступности проводилась методом сравнения с аналогичными международными фреймворками, рекомендациями, опытом, описанным в научной литературе, и оценкой последовательности, логики процесса оценки доступности здравоохранения в РК, информативности, получаемых при оценке данных.

Для создания фреймворка по оценке доступности, который должен был ответить на вопросы «что оценивать?» и «какие взять базовые компоненты оценки?», были проанализированы три подхода: Penchansky, Levesque и Shengelia. основополагающие тезисы определения доступности медицинских услуг были заложены Penchansky<sup>13</sup> в 1981 году. Penchansky входит в число тех, кто наиболее четко концептуализировал доступ с точки зрения соответствия между характеристиками поставщиков медицинских услуг и характеристиками и ожиданиями клиентов. Он предлагал рассматривать доступ как интерфейс между потенциальными пользователями и ресурсами здравоохранения и рекомендовал учитывать характеристики тех, кто предоставляет, а также тех, кто пользуется услугами. Более подробно, обобщая опыт последних 30 лет, эту модель актуализировал Levesque и соавторы в 2013 году, выделяя 5 основных категорий для измерения доступности: физическое наличие, приемлемость, экономическая доступность, адекватность, поведенческая доступность (таблица 2).

<sup>12</sup> Health Systems Performance Assessment. Debates, methods and empiricism. Edited by: Murray CJL, Evans DB. 2003, Geneva: World Health Organization.

<sup>13</sup> Penchansky R, Thomas WJ: The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981, 19: 127-140. 10.1097/00005650-198102000-00001.

**Таблица 2.****Критерии оценки доступности медицинских услуг по Levesque**

<b>Англоязычный термин</b>	<b>Смысловое значение</b>	<b>Объяснение</b>
Availability	Физическое наличие	Пространственная и своевременная доступность
Acceptability	Приемлемость	Культурная, социальная, религиозная и прочая этическая приемлемость
Affordability	Экономическая доступность	Способность людей тратить ресурсы и время на получение медицинских услуг
Appropriateness	Адекватность	Соответствие потребностям пациента
Approachability	Поведенческая доступность	Способность осознавать потребность в медицинском уходе среди населения, имеет решающее значение и определяется такими факторами, как грамотность в вопросах здоровья, знания о здоровье и убеждения, связанные со здоровьем и болезнью

**Источник:** Levesque, JF., Harris, M.F. & Russell, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 12, 18 (2013). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>.

У подобной категоризации есть два ограничения: первое – трудность интерпретации англоязычных терминов и, как следствие, подбора под них адекватных и измеримых индикаторов/вопросов; второе – ориентированность на реализованные, а не на потенциально оказываемые услуги здравоохранения с фокусом на опрос пациентов, уже получивших медицинские услуги. Это вызывает сложность при формализации и внедрении оценки доступности в рамках подобных моделей, однако задает хороший вектор для рубрикации имеющихся индикаторов и поиска новых показателей, характеризующих доступность и – шире – эффективность здравоохранения. Так, в различных странах концептуализируют мониторинг здравоохранения, объединяя до 16 направлений для анализа доступности, приемлемости и эффективности медицинской помощи (Приложения 1, 2).

Учитывая поставленные цели проводимого исследования – рассмотреть доступность с позиции оценки справедливого планирования распределения ресурсов и возможностей оптимизации способов измерения компонентов доступности медицинской помощи для сельского населения РК, – за основу был взят подход ВОЗ (*Shengelia, 2003*) с фокусом на анализе следующих компонентов: доступность ресурсов и характеристика использования медицинских сервисов через показатели здоровья, мнения пациентов.

Для понимания того, как государством РК интерпретируется термин «доступность медицинских услуг» с точки зрения нормативно-правового регулирования, как организован процесс оценки и насколько данные этих измерений доступны для общественности и информативны для самой системы здравоохранения, были выбраны следующие три направления анализа доступности: понятийный аппарат, процесс и информативность данных (*рисунок 3*).

**Рисунок 3.**

Фреймворк оценки процесса определения доступности в рамках текущего исследования



При этом для представления о том, как в РК производится оценка доступности здравоохранения для жителей сельской местности, анализ был построен от общего понимания того, как оценивается доступность здравоохранения в целом по республике и какие есть реальные возможности для детализации этого мониторинга с национального уровня до уровня сел.

## Термин «доступность» в НПА, регулирующих здравоохранение. Анализ понятийного аппарата

Несмотря на то, что термин «доступность медицинской помощи» регулярно используется в основных программных и нормативно-правовых документах, регулирующих деятельность в области здравоохранения в РК, вычленив, что подразумевается под доступностью медицинской помощи, не всегда представляется простой задачей. Так, задекларированные в Конституции РК право на охрану здоровья и право на бесплатный объем медицинской помощи обеспечены статьями 29-31 Закона РК о минимальных стандартах; при этом НПА, призванные регулировать обеспечение социальных гарантий, толкуют понятие доступности как соблюдение норматива по обеспеченности медицинскими организациями, в зависимости от численности проживающего населения, с целью обеспечения населения гарантированным объемом медицинской помощи (*таблица 3*). Также этот тезис подтверждается в Кодексе «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Как итог: де-юре доступность здравоохранения в РК – это обеспечение медицинскими организациями в зависимости от численности населения. Де-факто в программных документах и в публичных заявлениях политиков под доступностью может подразумеваться более широкий спектр понятий – от удовлетворенности пациентов до качества работы профессионалов системы здравоохранения.



Таблица 3.

Определение понятия доступности в ключевых НПА в области здравоохранения

Наименование	Объяснение
Конституция РК	Отсутствует прямое декларирование понятия доступности. Декларируется право на охрану здоровья и ГОБМП
Закон о минимальных стандартах	Отсутствует прямое декларирование понятия доступности. Обеспечивает реализацию социальных гарантий и социальных прав на ГОБМП
Норматив сети здравоохранения	Декларирует, что <b>«Обеспечение доступности услуг здравоохранения населению» заключается в соблюдении норматива сети здравоохранения</b> медицинскими учреждениями, оказывающими ГОБМП и медицинские услуги в рамках ОСМС
Перечень ГОБМП	Отсутствует прямое декларирование понятия доступности. Перечисляет виды медицинских услуг, оказываемых на бесплатной основе
Кодекс о Здравье РК	<b>Принцип доступности заключается в возможности получения гражданами и временно проживающими на территории РК гражданами гарантированного объема бесплатной медицинской помощи</b> на территории Республики Казахстан. Декларирует, что целью законодательства в области здравоохранения является доступность медицины и что доступность – один из принципов настоящего кодекса. Гарантирует равный доступ для всех граждан и доступ к информации о здоровье и здоровом образе жизни. Отдельно декларирует необходимость обеспечения сельского населения услугами на всех уровнях с организацией мобильной медицины и учета при планировании факторов, влияющих на доступность
НП «ЗН»	Декларирует доступную медицину как цель проекта, а повышение доступности – как основной ориентир. Отсутствует прямое указание, что подразумевается под доступностью. В качестве мероприятий по повышению указывается увеличение охвата медицинскими услугами и лекарствами, а в качестве индикаторов эффективности – демографические показатели и повышение уровня удовлетворенности доступностью медицинской помощи

Источник: <http://zan.gov.kz>

Отсутствие ясной и всеобъемлющей формулировки позволяет регулярно использовать данный термин в качестве целей государственных программ, игнорируя описание того, что понимается под доступностью, способы достижения и мониторинга планируемых целей, либо подменяя односторонним достижением целей по охвату МО, кадрами или спорадическим мониторингом удовлетворенности пациентов медицинской помощью, – что становится особенно чувствительным для социально уязвимых групп, в частности для сельского населения. Так, например, в части норматива для сельской местности указано минимальное количество жителей: 50 человек – для организации медицинского пункта, 800 человек – для организации фельдшерско-акушерского пункта и т. д. Соответственно, под термином «доступность» в контексте сельской медицины также понимается обеспечение населения медицинскими организациями, в зависимости от численности населения. При этом такие важные для сельской местности характеристики, как плотность населения, расстояние до медицинской организации и т. п., формально не влияют на количество медицинских организаций. В Кодексе о Здоровье РК также отдельно детализируется: **«При планировании объемов медицинской помощи для сельского здравоохранения учитываются географическая отдаленность, плотность населения, демографические показатели, особенности половозрастного состава и иные критерии, влияющие на доступность медицинской помощи»**. Однако ясный комментарий, детализирующий алгоритм учета указанных факторов, отсутствует, как и пояснение, как поступать в случае конфликта факторов (например географическая отдаленность и количество населения). В итоге цели госпрограмм становятся размытыми, а необходимость обеспечить мониторинг эффективности на уровне село/город – невозможной. В результате оценить доступность медицины, в частности доступность сельской медицины, – проблематично.

При анализе на соответствие текущего определения «доступности» полноте описания согласно тезису «доступность в здравоохранении – это получение пациентами необходимых услуг в нужном месте и в нужное время» и компонентам «показатели здоровья», «ресурсы», «мнения пациентов» установлено, что законодательно закреплено преимущественно соответствие компоненту «ресурсы».

**Таблица 4.**

Полнота определения понятия доступности в ключевых НПА в области здравоохранения

Показатель доступности	НПА			
	Конституция	Закон о минимальных стандартах*	Кодекс	НП «ЗН»
<b>Показатели здоровья</b>	-	-	-	+
Общие страновые показатели	-	-	-	+
Детализация по нозологиям/ регионам	-	-	-	-
Демографические показатели	-	-	+	-
<b>Ресурсы</b>	-	+	+	+
Наличие медицинских учреждений	-	+	+	+
Наличие медицинского персонала	-	-	-	+
Географическая отдаленность	-	-	+	-
Экономические ресурсы	-	-	-	-
<b>Мнения пациентов</b>	-	-	-	+
приемлемость	-	-	-	-
адекватность	-	-	-	-
общая удовлетворенность	-	-	-	+
пространственная и временная доступность	-	-	-	-

Источник: <http://zan.gov.kz/>

\* включая НПА о Нормативе сети и ГОБМП.

Следует отметить, что ни один из анализируемых документов не включает в определение доступности детализированные показатели здоровья, финансовую приемлемость и полноценное оценивание приемлемости для пациентов оказываемых медицинских услуг. Наиболее полными характеристиками обладает текущий вариант пятилетней программы развития здравоохранения под брендом «Национальный проект», который, не имея ясного и полного определения понятия доступности, заявляет доступность в качестве ключевой цели и частично описывает в качестве индикаторов все три компонента: показатели здоровья, ресурсы, мнения пациентов. При этом одно обстоятельство существенно ограничивает полноту в описании доступности в данном документе по сравнению другими НПА, представленными в анализе, а именно – временный характер данного НПА, который сам, по сути, является второй редакцией ГПРЗ 2020-2025; то есть нет никаких законодательных и институциональных гарантий, что данный проект не претерпит изменений и заявленные направления измерения доступности не будут скорректированы или вообще проигнорированы.

В текущем положении вещей важной инициативой должно стать законодательное закрепление понятия доступность медицинской помощи, включающее в себя измеряемость с точки зрения оценки показателей здоровья и демографических показателей, оценку удовлетворенности доступности согласно полного спектра компонентов доступности.

## Процесс и качество данных

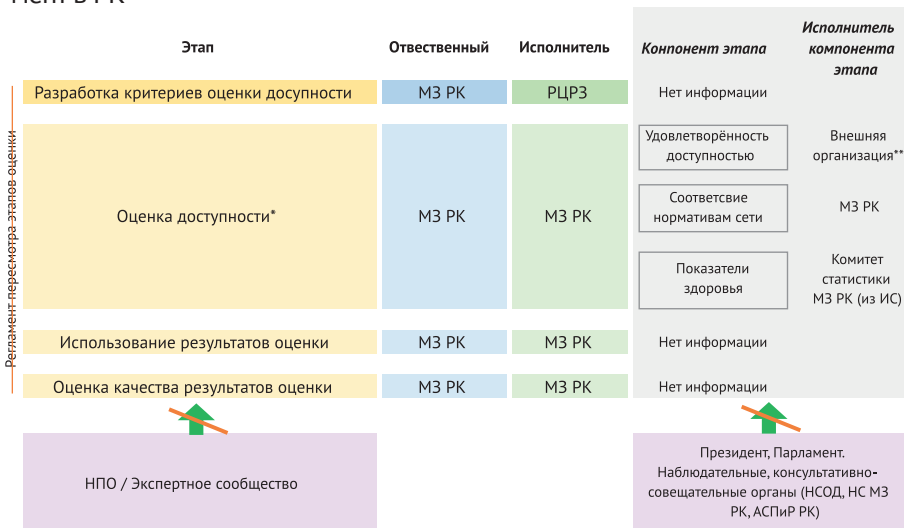
Отсутствие задекларированного фреймворка в форме нормативно-правового акта и/или действующих методических рекомендаций, описывающих понятие и основные принципы оценки доступности в широком смысле этого слова, очевидным образом обуславливает отсутствие явного и понятного процесса мониторинга доступности медицинских услуг. Так, согласно действующего Кодекса о Здоровье, органом, уполномоченным для разработки норматива сети как основного индикатора доступности медицинской помощи, исполняющим этот норматив и обеспечивающим контроль за его соблюдением, является МЗ РК. Это, с одной стороны, ограничивает возможность независимой оценки,

с другой, делает возможным вносить непрозрачные изменения в ход процесса. Отсутствие задекларированных регламентов пересмотра нормативов сети, гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), который должен этим нормативом обеспечиваться, и внешнего контроля приводит не только к непрозрачному процессу оценки, но и, банально, к неактуальным нормативам медицинских услуг, не способствующим понятному и своевременному мониторингу.

На основании действующего Кодекса, обеспечивающих его исполнение НПА, публично доступных уставов работы МЗ РК и профильных организаций и интервью экспертов схематично можно представить процесс оценки доступности медицинской помощи следующим образом (рисунок 4).

Рисунок 4.

Схематичное изображение процесса оценки доступности на текущий момент в РК



\* Под оценкой доступности подразумевается соблюдение норматива сети, однако, учитывая наличие в программных документах таких индикаторов, как показатели здоровья и удовлетворенность доступностью, данные компоненты включены в схему оценки.

\*\* ОФ «Центр аналитики и стратегических проектов», на данный момент не доступен сайт и информация о методологии опроса и отсутствует информация о текущем операторе, проводящем опрос о доступности.

Такая этапность не прописана в официальных документах, как уже отмечалось, но вытекает из логики действующих НПА и комментариев экспертов, – что еще раз подчеркивает непрозрачность и низкую эффективность данного процесса. МЗ РК, будучи основным ответственным и исполнительным звеном на каждом этапе процесса, лишь частично делегирует функции ННЦРЗ (*в части разработки критериев оценки*) и Бюро статистики (*в части агрегирования данных, относящихся к показателям здоровья*). При этом в большей части указываемых в отраслевых программах и НП «ЗН» индикаторов МЗ РК отмечает в качестве источника данных внутренние административные данные: под ними, очевидно, следует понимать данные медицинских информационных систем, которые, по мнению опрошенных экспертов, могут отличаться от официальных данных и являться труднодоступными для публичного независимого обозрения.

В результате на фоне отсутствия внятного описания и организации процесса оценки доступности страдает как возможность получения прозрачных данных профильными государственными структурами, стоящими на страже соблюдения равенства социальных гарантий, в том числе в области здравоохранения (*президент, представительные, наблюдательные, консультативно-совещательные органы*), так и возможность НПО и экспертам подключаться к анализу/повышению эффективности каждого из этапов (*рисунок 4*).

По данным опроса экспертного сообщества в рамках проведенных полуструктурированных интервью, установлены следующие сложности и проблемы оценки доступности медицинской помощи:

1. Отсутствует связная система обязательных индикаторов (*даже там, где доступность понимается как многокомпонентное понятие, требующее рассмотрения нескольких параметров*), как следствие, индикаторы используются ситуативно и избирательно, что помогает создавать красивую отчетность, но приводит к трудностям в анализе и планировании политики здравоохранения.
2. Собираемые данные – низкого качества и не детализированы до уровня конкретных сел/районов. Как следствие, отсутствие детализированных данных и возможности сравнительного анализа тормозит работу по изучению и прогнозированию фактической доступности. Низкое качество данных обусловлено дублированием вводимых данных, дезинтеграцией информационных систем, регуляторами системными и техническими сбоем.

3. Даже собираемые сейчас данные представлены разрозненно и не всегда доступны для публичного анализа, фактически отсутствуют своевременные, достаточные, понятные данные, которые должны быть фундаментом для эффективных управленческих решений в сфере здравоохранения.
4. Отсутствует четкий процесс проведения мониторинга доступности, как следствие, мониторинг становится непрозрачным, нерегулярным, некачественным.
5. Есть перекосы в финансировании между регионами в несколько раз. Это может говорить как о несправедливом распределении медицинских ресурсов, так и о провалах в планировании. Проверить данную информацию сложно в связи с закрытостью этой группы данных.

Тезисы о разрозненности данных подтверждаются при анализе источников и способов представления заявленных в НПА и программных документах показателей доступности (*Приложение 3*). Так, информация о показателях здоровья и обеспеченности ресурсами/МО представлена данными из разрозненных медицинских информационных систем. Основу данных для села представляют данные организаций ПМСП. При этом, по данным, представленным в национальном докладе о состоянии ПМСП, подготовленном ННЦРЗ им. Салидат Каирбековой: «... Всего в системе МЗ РК около 20 порталов, с которыми работает ПМСП, из них интеграция МИС проведена с 7 порталами, а остальные 13 порталов ПМСП не интегрированы и специалисты ПМСП вынуждены вносить данные из МИС в информационные системы вручную, в итоге страдает качество внесения данных в информационные системы». Разрозненность данных вкупе с вышеупомянутой непрозрачностью описания самого процесса оценки создает препятствия профильным государственным стейкхолдерам, НПО и экспертному сообществу при оценке равенства и соблюдения социальных гарантий.

Также существенным ограничением имеющихся данных, характеризующих доступность медицинской помощи, согласно проведенного анализа (*Приложение 3*), является отсутствие публичных или даже декларируемых данных, характеризующих географическую, временную доступность, оснащенность медицинским оборудованием и лекарственными средствами, приемлемость оказываемой помощи во всей широте этого понятия.

Для оценки соответствия имеющихся индикаторов международным фреймворкам проведено сравнение с показателями оценки доступности ОЭСР и показателями всеобщего охвата здравоохранением ВОЗ (таблица 5). Оценивалось использование этих показателей в практике РК как показателей доступности и/или в принципе измерение данных показателей в рутинной практике. В итоге показатели были подразделены на три группы: «используется» – декларируется как доступность в НПА и/или используется как индикатор в НП «ЗН», «не используется» – не применяется для оценки доступности, «используется частично» – декларируется как индикатор в отраслевых программах и/или используется в публичных заявлениях представителей системы здравоохранения.

Из 19 выбранных для сравнения показателей/направлений оценки доступности полноценным можно признать единственное направление – оценка охвата медицинской помощью. 6 показателей направлений практически не используются либо не измеряются, например финансовая доступность, безопасность в области здравоохранения. При этом большая часть направлений имеет техническую основу для измерения, либо прямо измеряясь как показатель, либо имея основания для расчета на основе имеющихся показателей, что подчеркивает потенциал для более широкого измерения доступности медицинской помощи и повышения уровня информативности текущих инструментов измерения.

В целом развитие текущей ситуации возможно тремя основными путями:

1) сохранение Status Quo с использованием тех данных, которые есть, в том виде, который есть;

2) создание профильной комиссии/органа для полноценной работы по выработке понятного аппарата, формированию рабочей платформы по организации обсуждения с профильными экспертами и заинтересованными сторонами для создания фреймворка оценки доступности медицинской помощи;

3) инициативное создание дашборда данных, характеризующих доступность, с интегральной агрегацией тех данных, которые уже есть, из разных источников в один и обозначением тех направлений, по которым данных нет, но они необходимы.



**Таблица 5.**

Оценка применения/возможности применения международных показателей, оценивающих доступность медицины

Показатели	Международный источник	Используется ли сейчас для оценки доступности в РК?	Возможность собирать в РК, источник
Показатели репродуктивного здоровья, здоровья матерей и здоровья детей	ВОУЗ, ВОЗ	Частично используется	Бюро национальной статистики
Инфекционные заболевания	ВОУЗ, ВОЗ	Не используется	Бюро национальной статистики
Неинфекционные заболевания	ВОУЗ, ВОЗ	Не используется	Бюро национальной статистики
Доступ к больницам	ВОУЗ, ВОЗ	Используется	Бюро национальной статистики
Обеспеченность медицинскими кадрами	ВОУЗ, ВОЗ	Используется частично	Бюро национальной статистики
Доступ к основным ЛС	ВОУЗ, ВОЗ	Не используется	МИС
Безопасность в сфере здравоохранения	ВОУЗ, ВОЗ	Не используется	Нет
Охват населения услугами здравоохранения	ОЭСР	Используется	Бюро национальной статистики
Неудовлетворенные потребности в медицинской помощи	ОЭСР	Используется частично	Нерегулярные опросы сторонними организациями
Степень охвата медицинским обслуживанием	ОЭСР	Используется частично	Бюро национальной статистики
Финансовые трудности и личные расходы	ОЭСР	Не используется	Данные МИС, ФОМС
Консультации с врачами	ОЭСР	Не используется	Бюро национальной статистики, МИС
Цифровое здоровье	ОЭСР	Используется частично	МИС
Больничные койки и заполняемость	ОЭСР	Используется частично	Бюро национальной статистики, МИС
Выписки из больниц и средняя продолжительность пребывания в больнице	ОЭСР	Используется частично	Бюро национальной статистики, МИС
Диагностические технологии	ОЭСР	Используется частично	Бюро национальной статистики, МИС
Замена бедра и колена	ОЭСР	Используется частично	МИС
Амбулаторная хирургия	ОЭСР	Используется частично	МИС
Время ожидания плановой операции	ОЭСР	Используется частично	МИС

«Используется» – декларируется как доступность в НПА и/или используется как индикатор в НП «ЗН».

«Не используется» – не применяется для оценки доступности.

«Используется частично» – декларируется как индикатор в отраслевых программах и/или используется в публичных заявлениях представителей системы здравоохранения.

## Спорадический и ситуационный мониторинг доступных данных в том виде, в каком они есть

Декларируемые цели в сфере сельской медицины в обновленном национальном проекте в области здравоохранения формируют высокие положительные ожидания. Планируется 100-процентный охват первичной медицинской и консультативно-диагностической помощью сельского населения, увеличение объемов помощи, оказываемой передвижными медицинскими комплексами и новыми модернизированными объектами здравоохранения. Важно понимать, что на текущий момент в условиях увеличения объемов финансирования можно ожидать улучшения положения в области повышения доступности медицинских сервисов для сельского населения на фоне реализации запланированных активностей.

При этом текущая ситуация с доступностью медицинских услуг для сельского населения характеризуется двумя важными обстоятельствами: непропорциональным финансированием город/село и отсутствием интегрированного мониторинга.

При сохранении текущего подхода к оценке доступности медицинских сервисов в этих обстоятельствах есть вероятность неэффективного освоения бюджетных средств и решения формальных задач: увеличение количества врачей, лечебных учреждений с сохранением ограничений доступности для жителей сельской местности, выражающихся в несоответствии предлагаемых медицинских услуг потребностям; отсутствие влияния на показатели здоровья; несправедливое распределение ресурсов здравоохранения и другие варианты ограничений доступности.

## Создание правительственной комиссии для формирования фреймворка оценки доступности медицинской помощи

В условиях повышения локальной политической активности в форме введения глобального бюджета села и страховой системы финансирования (*когда у граждан повышается уровень личных и общественных запросов в ситуации «налоги – лучший двигатель демократии», а у локальной администрации возрастает потребность в эффективном планировании и повышении качества мониторинга доступности медицинских услуг*) очевидно, что сегодняшнее состояние данных, характеризующих доступность, неприемлемо.

Основными приоритетами для повышения качества процесса оценки доступности должны стать три направления: 1) законодательное закрепление понятийного аппарата с ясным декларированием понятия «доступность» и определением ключевых измеряемых индикаторов; 2) полноценное описание процесса оценки доступности медицинской помощи с указанием ответственных лиц, организаций, сроков и механизмов взаимодействия; 3) описание требований и механизма проверки качества данных, характеризующих доступность медицинских услуг.

Для реализации этой задачи необходима методологическая и организационная поддержка профильных организаций уполномоченного органа, таких как Республиканский центр развития здравоохранения и Национальный центр общественного здравоохранения, либо отдельная рабочая правительственная группа в коллаборации с экспертным сообществом. Основными активностями должны быть разработка понятных форм сбора данных и интеграция в один информационный ресурс.

В итоге республиканская и локальная администрация будут иметь инструмент для понимания, что конкретно необходимо менять в целях повышения уровня доступности в своем регионе, а республиканский контроль будет иметь возможность наблюдать, какой эффект имеют те или иные программы или инициативы, проводимые в сельской местности. Необходимо понимать, что, помимо человеческих ресурсов, на республиканском уровне важна методическая и мотивационная поддержка человеческих ресурсов на местах, учитывая их ключевое значение в качестве источников собираемой информации.

Принимая во внимание международный опыт по созданию секторальных моделей сельского здравоохранения, в которых большое значение придается качеству собираемых данных и используется ориентир на всесторонность критериев доступности медицинской помощи, такое развитие ситуации видится перспективным. При этом трудно прогнозировать необходимые ресурсы для реализации данного варианта политики. Очевидно, что требуется организация работы на национальном уровне с созданием регулярно обновляемого информационного ресурса.

Такой вариант потенциального развития событий является оптимальным, учитывая, что понятие «доступность» требует формирования конвенционального определения, которое в данный момент в РК отсутствует, и детальной проработки процесса оценки доступности. Однако, учитывая сложность прогнозирования необходимых ресурсов и отсутствие ясной картины возможностей и мотивации профильного органа и экспертного сообщества, политико-управленческий горизонт такого развития событий видится неясным.

## **Интерактивный дашборд «доступность медицинской помощи»**

Интегральное агрегирование имеющихся данных может быть основой для регулярного, по мере поступления данных, мониторинга доступности медицинской помощи. Это позволит сравнить уровни доступности медицинской помощи между городом и селом, что может быть основой для перераспределения имеющихся ресурсов и принятия более объективных мотивированных решений при будущем планировании и инициации полномасштабной работы по созданию фреймворка оценки доступности медицинской помощи в РК.

В основе предлагаемого варианта лежит подход критической оценки имеющихся данных и набора публично доступных и доступных по запросу данных, характеризующих доступность медицины, с

максимально доступным уровнем детализации. Учитывая международный опыт, в котором критерии и контекстуальные факторы, характеризующие доступность медицинской помощи, давно известны, предлагается использовать валидированный набор показателей для характеристики состояния уровня доступности медицинской помощи. Этот набор показателей, с одной стороны, должен содержать уже имеющиеся разрозненные статистические данные с повышением уровня детализации, а с другой, данные, характеризующие доступность, которые необходимо собирать на месте методом опросов и анкетирования (*с обозначением в случае отсутствия таких данных как «данные, не доступные на данный момент»*).

Существенным ограничением эффективности такого подхода является низкое качество, отсутствие детализации и закрытость актуальных данных, касающихся финансирования, – что не позволит использовать этот вариант для глубокой оценки доступности (*до каждого конкретного села*). Однако данный агрегированный дашборд должен служить той рамкой для сбора информации, которая будет основой для регулярно обновляемого сбора актуальной информации и инструментом для сравнительного анализа доступности медицинской помощи в разных регионах. Интегральное аккумулирование имеющихся данных даст эффект транспарентности данных и проблем с качеством данных и может послужить как инструментом для общего сравнения доступности город/село, так и пилотом для внедрения национального ресурса по оценке доступности.

Учитывая заявления Агентства по стратегическому планированию и развитию, являющегося методологическим ментором реализуемых национальных проектов, о необходимости мониторинга реализации нацпроектов на качественном уровне, для оценки реального эффекта, а не только задекларированных результатов, предлагаемая интегральная оценка доступности медицинской помощи может быть актуальна как основа или часть данного мониторинга.

Учитывая работу с открытыми данными и имеющимися в наличии данными по запросу, для реализации необходимы ограниченные человеческие ресурсы. Этот вариант возможно реализовать силами профильных организаций МЗ РК (*НЦОЗ, ННЦРЗ*) или заинтересованных международных организаций – неправительственных, экспертных.

## Выводы

Доступность медицинских сервисов – это понятие, которое должно определяться совокупностью факторов и быть одной из основ для планирования и расхода ресурсов в секторе здравоохранения. Признавая это, важно понимать, что низкая информативность оценки доступности здравоохранения увеличивает барьеры доступа в первую очередь для уязвимых групп. 41% от всего населения РК, проживая в сельской местности, не имея ясных показателей, характеризующих доступность медицинской помощи, находится в состоянии неравного распределения медицинских ресурсов и, как следствие, ограниченного доступа к медицинской помощи.

Текущие инструменты оценивания доступности здравоохранения в РК демонстрируют низкий уровень информативности и парадоксальность планирования на основе этих данных. В итоге 3-кратное увеличение общего финансирования отрасли здравоохранения – с 0,94 трлн в 2016-2019 гг. до 3,06 трлн тенге в 2020-2025 гг. – при отсутствии ясного плана и конкретной отраслевой программы развития сельской медицины, обслуживающей примерно половину населения страны, только усиливает данное неравенство, а запланированные точечные активности при отсутствии ясной системы мониторинга доступности медицинской помощи вызывают пессимистичные ожидания формального освоения бюджетных средств без достижения измеримых качественных результатов.

В текущей редакции релевантных НПА под доступностью понимается исключительно соответствие запланированным непрозрачным нормам охвата населения врачами, медицинскими организациями. Отсутствие задекларированного полноценного понятия и описания процесса оценки доступности, разрозненность источников информации, характеризующих доступность, обуславливают непреодолимые препятствия для участия НПО и экспертного сообщества в улучшении этого процесса и, что более важно, не позволяют получать всем заинтересованным сторонам (*в лице исполнительной, законодательной власти и гражданского общества*) полную картину, описывающую состояние доступности медицины. При этом МЗ РК является в одном лице и оператором данных, которые характеризуют доступность медицины, и, по сути, структурой, работу которой эти данные должны оценивать. В итоге возникают

риски манипулятивного использования фрагментарной информации (например об охвате обеспеченности врачами или медицинскими учреждениями) с выдаванием этих данных за полноценную характеристику доступности здравоохранения.

Важной характеристикой данных, получаемых в результате этой фрагментарной оценки, является низкая информативность. Согласно экспертным оценкам, ключевыми причинами являются дублирование вводимых данных, собираемых из порядка 20 медицинских информационных электронных систем, дезинтеграция этих информационных систем, системные технические сбои. При этом причины низкой информативности не ограничены техническими характеристиками. При сравнении имеющихся в РК данных с показателями, используемыми ВОЗ, ОЭСР установлено, что из 19 выбранных для сравнения показателей/направлений оценки доступности полноценным можно признать единственное направление, измеряемое и публично доступное, – оценка охвата медицинской помощью и, частично, оценка показателей здоровья.

Сохранение текущей ситуации с оценкой доступности медицинской помощи несет в себе риски неэффективного планирования и траты бюджетных средств. Решение данной проблемы возможно двумя путями. В основе первого лежит создание полноценного национального органа/рабочей группы, ставящей своей целью комиссионную работу над формированием актуального для РК определения понятия «доступность медицинской помощи», с формулированием списка индикаторов, фреймворка этого процесса и требований к качеству данных. Учитывая текущее состояние процесса, сложность прогнозирования необходимых ресурсов и неясные мотивационные перспективы профильного министерства, реализация данного варианта в настоящий момент оценивается пессимистично. Второй путь подразумевает преодоление бюрократичной ригидности и заключается в инициативном создании заинтересованными НПО/экспертными группами дашборда данных, характеризующего доступность с интегральной агрегацией тех данных, которые уже есть в РК, из разных источников в один и обозначением тех направлений, по которым данных нет, но они необходимы, – что должно быть инициацией процесса повышения информативности данных, характеризующих доступность медицинской помощи.

## Рекомендации

На текущий момент основной рекомендацией, способствующей оптимизации доступности медицинской помощи для сельских жителей, является повышение общей информативности текущих инструментов оценки. Данное повышение информативности должно быть реализовано в рамках, которые ясно и понятно отвечают на вопросы: «что такое доступность?», «какие индикаторы доступности должны измеряться?», «какова структура процесса оценки с указанием ответственных, результата и возможностей для транспарентного доступа к процессу и результатам всех заинтересованных сторон?». Данные активности будут способствовать как повышению эффективности планирования и распределения ресурсов, что будет вызывать уменьшение неравенства, так и созданию базы для диалога всех заинтересованных сторон на основании доказательных данных.

Для этого предлагается 5 ключевых рекомендаций:

1. Нормативно-правовое закрепление интегрального определения доступности, обязательных индикаторов доступности:
  - а) определение должно в полной мере отражать тезис «доступность в здравоохранении – это получение пациентами необходимых услуг в нужном месте и в нужное время»;
  - б) формирование списка актуальных для РК групп индикаторов на основе международного опыта определения доступности: ОЭСР, программа ВОУЗ ВОЗ, страновые гайдлайны (*страны ОЭСР*).
2. Разработка национального фреймворка, включающего определение, индикаторы, ответственных и логику процесса оценки доступности здравоохранения.
3. Оптимизация работы медицинских информационных систем:
  - а) устранение технических и организационных проблем:
    - дублирование вводимых данных;
    - дезинтеграция информационных систем;
    - системные технические сбои.



#### 4. Интегральное аккумулирование данных на одной платформе.

Приведение в порядок институциональных взаимодействий между стейкхолдерами, собирающими внутреннюю статистику, презентующими публичную статистику и использующими данные, характеризующие доступность медицинской помощи.

#### 5. Адвокация предлагаемого фреймворка среди заинтересованных сторон.

# Приложение 1

## CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION'S PERFORMANCE FRAMEWORK

Health Status			
Health Conditions	Human Function	Well-Being	Deaths
Alterations of health status, which may be a disease, disorder, injury or trauma, or reflect other health-related states	Alterations to body functions/structures (impairment), activities (activity limitation), and participation (restrictions in participation)	Broad measures of physical/mental/social well-being of individuals	Age or condition-specific mortality rates and other derived indicators
Non-Medical Determinants of Health			
Health Behaviours	Living and Working Conditions	Personal Resources	Environmental Factors
Aspects of personal behaviour and risk factors that influence health status	Socio-economic characteristics and working conditions of population that are related to health	Measures the prevalence of factors, such as social support and life stress, that are related to health	Environmental factors that can influence health
Health System Performance			
Acceptability	Accessibility	Appropriateness	Competence
Care/service provided meets expectations of client, community, providers and paying organisations	Ability of clients/patients to obtain care/service at the right place and right time, based on needs	Care/service provided is relevant to client/patient needs and based on established standards	Individual's knowledge/skills are appropriate to care/service provided
Continuity	Effectiveness	Efficiency	Safety
Ability to provide uninterrupted, coordinated care/service across programs, practitioners, organisations, and levels of care/service, over time	Care/service, intervention or action achieves desired results	Achieving desired results with most cost-effective use of resources	Potential risks of an intervention or the environment are avoided or minimised
Community and Health System Characteristics			
Characteristics of the community or the health system that, while not indicators of health status or health system performance in themselves, provide useful contextual information.			



Source: Canadian Institute for Health Information, *Health Indicators*, 2005.

## ANNEX 1: AUSTRALIA AUSTRALIA'S NATIONAL HEALTH PERFORMANCE COMMITTEE'S FRAMEWORK

Health Status and Outcomes				
How healthy are Australians? Is it the same for everyone? Where is the most opportunity for improvement?				
Health Conditions	Human Function	Life Expectancy and Well-Being		Deaths
Prevalence of disease, disorder, injury or trauma or other health-related states.	Allerations to body, structure or function (impairment), activities (activity limitation) and participation (restrictions in participation).	Broad measures of physical, mental, and social well-being of individuals and other derived indicators such as Disability Adjusted Life Expectancy (DALE).		Age or condition specific mortality rates.
Determinants of Health				
Are the factors determining health changing for the better? Is it the same for everyone? Where and for whom are they changing for the worse?				
Environmental Factors	Socio-economic Factors	Community Capacity	Health Behaviours	Person-related Factors
Physical, chemical and biological factors such as air, water, food and soil quality resulting from chemical pollution and waste disposal.	Socio-economic factors such as education, employment per capita expenditure on health, and average weekly earnings.	Characteristics of the community such as population density, age distribution, health literacy, housing, community support services and transport.	Attitudes, beliefs knowledge and behaviours e.g. patterns of eating, physical activity, excess alcohol consumption and smoking.	Genetic related susceptibility to disease and other factors such as blood pressure, cholesterol levels and body weight.
Health System Performance				
How well is the health system performing in delivering quality health actions to improve the health of all Australians? Is it the same for everyone?				
Effective	Appropriate		Efficient	
Care, intervention or action achieves desired outcome.	Care/intervention/action provided is relevant to the client's needs and based on established standards.		Achieving desired results with most cost effective use of resources.	
Responsive	Accessible		Safe	
Service provides respect for persons and is client orientated: - respect for dignity, confidential, participate in choices, prompt, quality of amenities, access to social support networks, and choice of provider.	Ability of people to obtain health care at the right place and right time irrespective of income, geography and cultural background.		Potential risks of an intervention or the environment are identified and avoided or minimised.	
Continuous	Capable		Sustainable	
Ability to provide uninterrupted, coordinated care or service across programs, practitioners, organisations and levels over time.	An individual or service's capacity to provide a health service based on skills and knowledge.		System or organisation's capacity to provide infrastructure such as workforce, facilities and equipment, and be innovative and respond to emerging needs (research, monitoring).	

Source: National Health Performance Committee 2004. *National report on health sector performance indicators 2003*. AIHW Cat. No. HWI 78. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

## Приложение 3

Сравнительная таблица наличия и прозрачности информации о критериях доступности медицинской помощи сельскому населению в РК

Вид показателя доступности	Оператор данных	Источник	Доступность онлайн	Возможности для публичного доступа
Географическая доступность	МЗ УЗ	Внутренние данные МЗ, МИО	Нет	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Необходимо делать запрос о геолокационных координатах лечебных учреждений и делать поправки на сезонность, наличие транспортных коммуникаций, время в пути, сложность маршрута и возможность его преодоления в болезненном состоянии</li> <li>• Необходимы специальные знания для определения доступности этого показателя</li> </ul>
Кадровая обеспеченность	МЗ Комитет статистики	Внутренние данные МЗ	Есть	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Публикуются данные за прошедший год, в электронном статистическом сборнике не по всем позициям есть детализация город/село</li> <li>• Отсутствует публичная детализация по отдельным селам и лечебным учреждениям</li> </ul>
Обеспеченность мед. оборудованием и ЛС	МЗ	Внутренние данные МЗ	Нет	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Формально должен заполняться и вестись электронный регистр имеющегося оборудования, существует информационная система учета ЛС</li> </ul>
Обеспеченность коечным фондом	МЗ	Внутренние данные МЗ	Есть	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Публикуются данные за прошедший год, в электронном статистическом сборнике не по всем позициям есть детализация город/село</li> <li>• Нет публичной детализации по конкретным населенным пунктам/медицинским учреждениям</li> </ul>
Основные клинические показатели. Смертность по ключевым нозологиям. Инвалидность. Заболеваемость	МЗ	Внутренние данные МЗ	Есть	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Публикуются данные за прошедший год, в электронном статистическом сборнике не по всем позициям есть детализация город/село</li> <li>• Нет публичной детализации по конкретным населенным пунктам/медицинским учреждениям</li> <li>• Отсутствует эпидемиологическое прогнозирование даже по основным нозологиям</li> <li>• По ряду показателей необходимо делать запросы в МЗ</li> <li>• Низкий уровень собираемости показателей, связанных с работой ПМСП, что составляет основу в сельской медицине</li> </ul>
Приемлемость и наличие в клиниках возможности инклюзии	МЗ	Опрос сторонней организацией	Нет данных	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нерегулярно, без презентации методологии публикуются данные об удовлетворенности доступностью</li> <li>• Необходимо проведение регулярных замеров наличия барьеров равенства</li> <li>• Частично данные могут собираться в рамках работы системы оценки качества медицинских учреждений и сбора жалоб, оставленных в клиниках</li> </ul>

