

УДК 332.143, 614.2
DOI: 10.56871/MHCO.2024.55.22.001

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ДОСТУПНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

© Дмитрий Николаевич Бегун, Евгений Леонидович Борщук,
Екатерина Владимировна Булычева, Динара Сейсенбаевна Омарова

Оренбургский государственный медицинский университет. 460000, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6

Контактная информация: Евгений Леонидович Борщук — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: be@orgma.ru ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3617-5908> SPIN: 9276-2040

Для цитирования: Бегун Д.Н., Борщук Е.Л., Булычева Е.В., Омарова Д.С. Удовлетворенность населения Республики Казахстан доступностью медицинской помощи // Медицина и организация здравоохранения. 2024. Т. 9. № 2. С. 70–80. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2024.55.22.001>

Поступила: 06.05.2024

Одобрена: 14.06.2024

Принята к печати: 15.07.2024

РЕЗЮМЕ. В настоящее время одной из главных научных и практических проблем в области общественного здоровья и здравоохранения является повышение доступности медицинской помощи населению. При этом «слепая» оптимизация и интуитивное принятие управленческих решений не могут быть эффективными. В связи с этим требуются научно обоснованные подходы, направленные на повышение доступности медицинской помощи населению. По этой причине становится очевидной актуальность изучения критериев доступности медицинской помощи населению в субъективных оценках с учетом регионального компонента в странах с большой территориальной протяженностью. Данные для настоящего исследования получены путем анализа результатов опроса 1500 человек, проживающих в северных (n=500), западных (n=500) и южных (n=500) регионах Республики Казахстан. Для оценки доступности медицинской помощи использована анкета, разработанная Н.В. Юргель и соавт. Полученные данные позволили выявить, что систематическая оценка доступности медицинской помощи населению путем опроса является необходимой. Приведенный анализ по некоторым критериям доступности медицинской помощи населению Республики Казахстан показал, что требуется дифференцированный подход в определении стратегических приоритетов обеспечения населения услугами здравоохранения. Выявленные с помощью проведенного опроса региональные особенности свидетельствуют о необходимости адаптации любых федеральных программ здравоохранения под специфику региона, особенно в странах с большой территориальной протяженностью.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: доступность медицинской помощи, региональное здравоохранение, Республика Казахстан

SATISFACTION OF THE POPULATION OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN WITH THE ACCESSIBILITY OF MEDICAL CARE

© Dmitry N. Begun, Evgeny L. Borshchuk, Ekaterina V. Bulycheva, Dinara S. Omarova

Orenburg State Medical University. 6 Sovetskaya, Orenburg 460000 Russian Federation

Contact information: Evgeny L. Borshchuk — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Public Health. E-mail: be@orgma.ru ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3617-5908> SPIN: 9276-2040

For citation: Begun DN, Borshchuk EL, Bulycheva EV, Omarova DS. Satisfaction of the population of the Republic of Kazakhstan with the accessibility of medical care. Medicine and Health Care Organization. 2024;9(2):70–80. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2024.55.22.001>

Received: 06.05.2024

Revised: 14.06.2024

Accepted: 15.07.2024

ABSTRACT. Currently one of the main scientific and practical problems in the field of public health and healthcare is the availability of medical care aimed at increasing public satisfaction with medical services. At the same time “blind” optimization and decision-making management on the level of pure intuition cannot be more effective compared to scientifically based approaches to solving the problem of accessibility of medical care. In this regard relevance of studying the criteria for accessibility of medical care to the population in subjective assessments, taking into account the regional component in countries with a large territorial extent becomes obvious. The data for this study were obtained by including 1,500 people living in the northern (n=500), western (n=500) and southern (n=500) regions of the Republic of Kazakhstan. To assess the availability of medical care, a questionnaire developed by N.V. Yurgel et al. was used. The data obtained revealed the need of a systematic assessment of the availability of medical care to the population through a survey. The above analysis based on certain criteria of accessibility of medical care to the population of the Republic of Kazakhstan has shown that a differentiated approach is required in determining strategic priorities for providing health services to the population. The identified regional features of the survey data indicate the need to adapt any federal health programs to the specifics of the region, especially in countries with a large territorial extent.

KEYWORDS: accessibility of medical care, regional healthcare, the Republic of Kazakhstan

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время одной из главных научных и практических проблем в области общественного здоровья и здравоохранения является доступность медицинской помощи, нацеленная на повышение удовлетворенности населения медицинскими услугами [1]. Многие страны стремятся улучшить доступность медицинской помощи населению посредством широкого диапазона проводимых мероприятий, направленных на совершенствование интеграции и координирования производственных и технологических процессов в медицинской организации, совершенствования нормативно-правовой базы. Опыт «слепой» оптимизации и интуитивного принятия управленческих решений определил необходимость использования научно обоснованных подходов для решения проблемы доступности медицинской помощи. Для этого требуется анализ целого ряда параметров, позволяющих провести детализацию задач, мероприятий и результирующих показателей в рамках общей проблемы. В связи с этим становится очевидной актуальность изучения критериев доступности медицинской помощи населению.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести оценку доступности медицинской помощи населению, проживающему в регионах Республики Казахстан.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данные для настоящего исследования получены путем анализа результатов опроса 1500 че-

ловек, проживающих в северных (n=500), западных (n=500) и южных (n=500) регионах Республики Казахстан. Для этого была использована анкета, разработанная Н.В. Юргель и соавт. [2]. Анкета включала блоки, позволяющие оценить возможность свободного выбора медицинской организации и врача, наличие врачей-специалистов, возможность оплаты медицинских услуг, удовлетворенность условиями и результатами оказания медицинской помощи, информированность по различным вопросам, основные причины обращения за медицинской помощью, причины отказа, жалобы на различные аспекты оказания медицинской помощи.

Проведение опроса осуществлялось в строгом соответствии с правилами, основанными на стандартных социологических практиках, а также в соответствии с четким выполнением требований к выборке. Определение размера выборки для проведения опроса в регионах Республики Казахстан осуществлялось по табличному способу К.А. Отдельновой [3], по которому минимальный объем выборки для исследований повышенной точности при планируемом уровне статистической значимости $p=0,05$ должен составлять 400 человек. Объем 500 человек для каждой группы взят с учетом возможности получения неполных или некорректных ответов.

Статистический анализ полученных данных проводился путем расчета относительных величин: интенсивных и экстенсивных показателей. Определение уровня статистической значимости различий между группами проведен с помощью критерия χ^2 Пирсона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

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

Республики Казахстан составляла всего лишь 10,4–15,4%. В южных регионах также фиксировалось максимальное количество человек, которые занимались самолечением (19,8%), что в 9,9–14,2 раза выше, чем в северных и западных регионах (рис. 1).

Каждый третий житель Республики Казахстан нуждался в консультативной (39,5%) и лечебно-диагностической (35,5%) медицинской помощи. При этом максимальное количество населения, нуждающегося в консультативной помощи, выявлено в южных регионах (58,8%). Здесь же и дополнительно в западных регионах 41% населения также нуждались в лечебно-диагностической медицинской помощи. Обращает на себя внимание тот факт, что в южных регионах лишь 0,2% населения нуждались в профилактической помощи, тогда как в северных и западных регионах число жителей с таким запросом на медицинскую помощь составляло 42,8 и 31,8% соответственно (табл. 1).

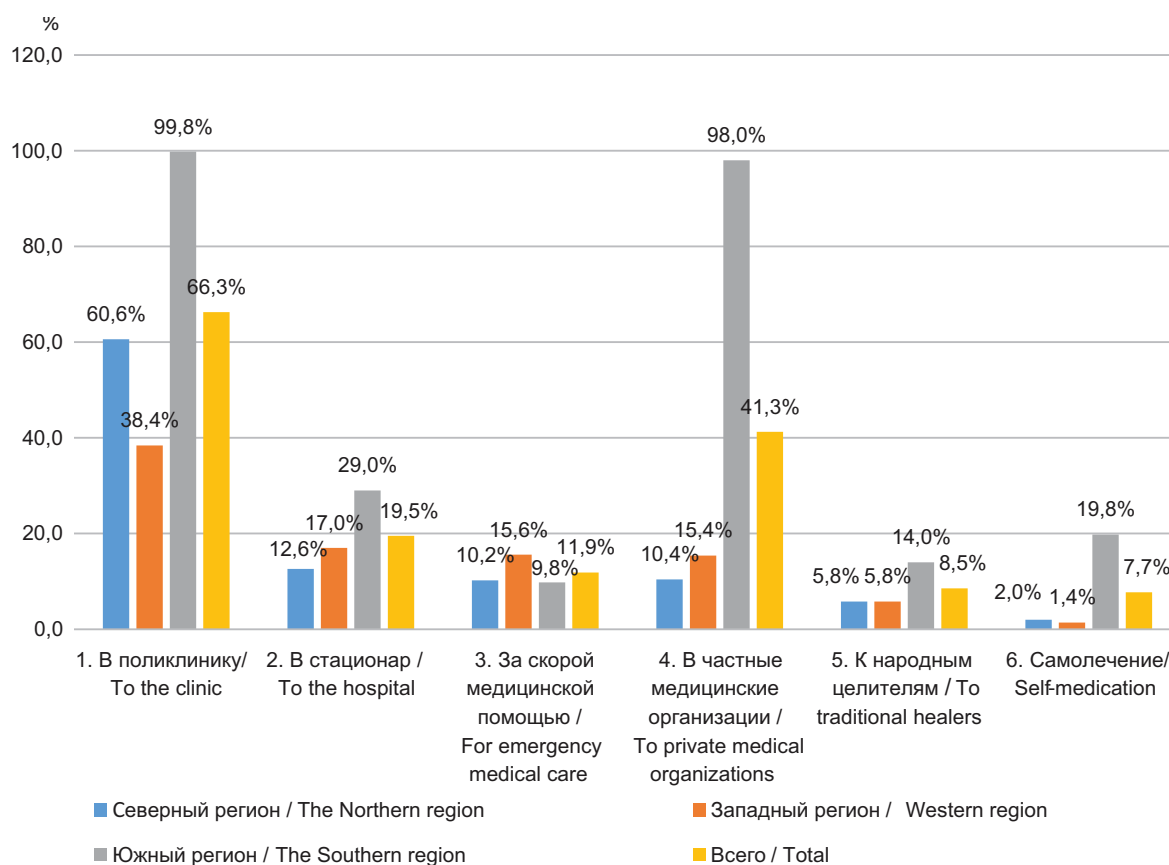


Рис. 1. Распределение респондентов с учетом обращаемости за медицинской помощью. 1 — χ^2 Пирсона = 432,4, $cc=2$, $p < 0,001$; 2 — χ^2 Пирсона = 45,8, $cc=2$, $p < 0,001$; 3 — χ^2 Пирсона = 10,0, $cc=2$, $p < 0,05$; 4 — χ^2 Пирсона = 998,6, $cc=2$, $p < 0,001$; 5 — χ^2 Пирсона = 28,7, $cc=2$, $p < 0,001$; 6 — χ^2 Пирсона = 153,2, $cc=2$, $p < 0,001$

Fig. 1. Distribution of respondents taking into account the need for medical care. 1 — χ^2 Pearson = 432,4, $cc=2$, $p < 0,001$; 2 — χ^2 Pearson = 45,8, $cc=2$, $p < 0,001$; 3 — χ^2 Pearson = 10,0, $cc=2$, $p < 0,05$; 4 — χ^2 Pearson = 998,6, $cc=2$, $p < 0,001$; 5 — χ^2 Pearson = 28,7, $cc=2$, $p < 0,001$; 6 — χ^2 Pearson = 153,2, $cc=2$, $p < 0,001$

Таблица 1

Распределение населения с учетом цели обращения за медицинской помощью (%)

Table 1

Distribution of the population, taking into account the purpose of seeking medical care (%)

Контингент населения / The population contingent	Цель обращения / The purpose of the appeal		
	профилактическая / preventive	консультативная / advisory	лечебно-диагностическая / medical and diagnostic
Все регионы / All regions	24,9	39,5	35,5
Северные регионы / Northern regions	42,8	32,6	24,6
Западные регионы / Western regions	31,8	27,2	41,0
Южные регионы / Southern regions	0,2	58,8	41,0

Примечание: χ^2 Пирсона = 293,6, $ss=4$, $p < 0,001$.*Note:* χ^2 Pearson = 293.6, $ss=4$, $p < 0.001$.

Выявленные различия статистически значимы (χ^2 Пирсона = 293,6, $ss=4$, $p < 0,001$).

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

Дополнением к картине доступности медицинской помощи населению, наряду с представленной выше частотой причин обращаемости населения, являются данные опроса об отсутствии специалистов в регионах (рис. 2).

Так, по мнению жителей Республики Казахстан, меньше всего имеется дефицит в оториноларингологах (5,7%), а больше всего не хватает офтальмологов. Чаще всего жители отмечали дефицит офтальмологов (21,6%) и участковых терапевтов (22,2%) в северных регионах; эндокринологов (20,4%) в западных регионах и дефицит стоматологов (29,8%) и эндокринологов (28,8%) в южных регионах.

Интересными стали результаты анализа сопоставления внутри одного региона частоты причин обращаемости и дефицит специалистов. Так, при максимальной обращаемости по причине болезней эндокринной системы в северном регионе (17,6%) выявлен минимальный удельный вес ответов населения о том, что в регионе наблюдается дефицит эндокринологов (4,8%), что косвенно может свидетельствовать о достаточном кадровом обеспечении по этому профилю в данном регионе. Другая ситуация выявлена там же при сопоставлении частоты причин обращения по поводу болезней глаза, которая была минимальной (3,4%), при этом каждый пятый житель северных регионов отметил дефицит офтальмологов. Становится очевидным, что низкая обращаемость за медицинской помощью к офтальмологу обусловлена, вероятно, не отсутствием жалоб по этой нозологии у населения, а отсутствием специалиста, к которому можно с этими жалобами обратиться. Это предположение также может быть подтверждено тем, что в этом же регионе до 72,4% опрошенных отметили, что получали отказ в обследовании и лечении, что, вероятно, может быть связано с дефицитом специалистов или необходимого оборудования для обследования. В западных регионах до 59,8% опрошенных также получали отказы в обследовании и лечении, и только в южных регионах отказано было лишь в 9,2% случаев.

Отказ в обследовании населению может быть связан с разными причинами (рис. 3). Так, чаще всего населению исследуемых регионов отказывали в эндоскопических исследованиях (17,6%), а реже всего — в диспансерном наблюдении.

Таблица 2

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

Table 2

The frequency of the population seeking medical care, taking into account the reasons for treatment (%)

Причина обращения / The reason for the appeal	Регионы / Regions			
	все / all	северный / northern	западный / western	южный / southern
Болезни органов кровообращения / Diseases of the circulatory system	8,5	10,6	10	4,8
Болезни органов дыхания / Respiratory diseases	8,8	13,6	11	1,8
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани / Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	6,6	5,8	13,8	0,2
Болезни мочеполовой системы / Diseases of the genitourinary system	7,3	8,4	8,6	4,8
Болезни эндокринной системы / Diseases of the endocrine system	15,3	17,6	10,4	18,0
Болезни нервной системы / Diseases of the nervous system	6,6	8,0	9,8	2,0
Болезни глаза / Eye diseases	10,5	3,4	8,4	19,8

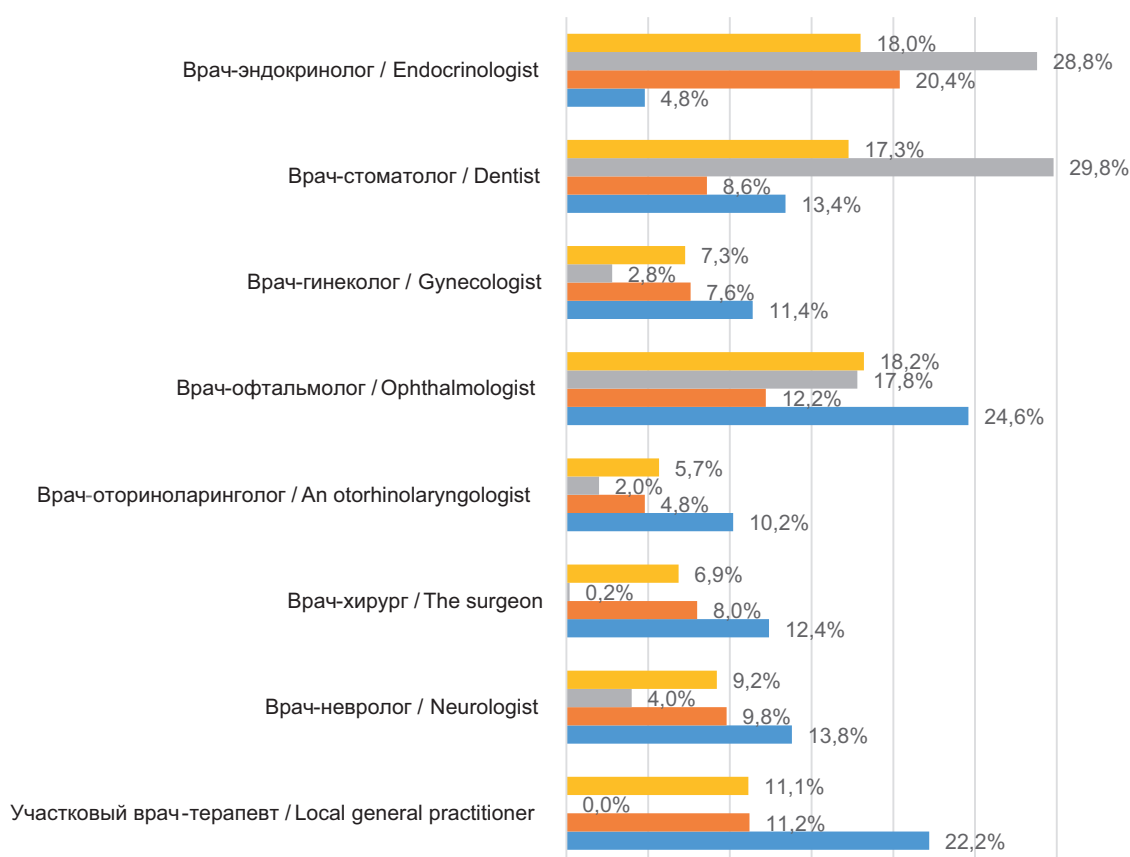


Рис. 2. Данные опроса о факте отсутствия профильных специалистов в медицинских организациях

Fig. 2. Survey data on the fact of the absence of specialized specialists in medical organizations

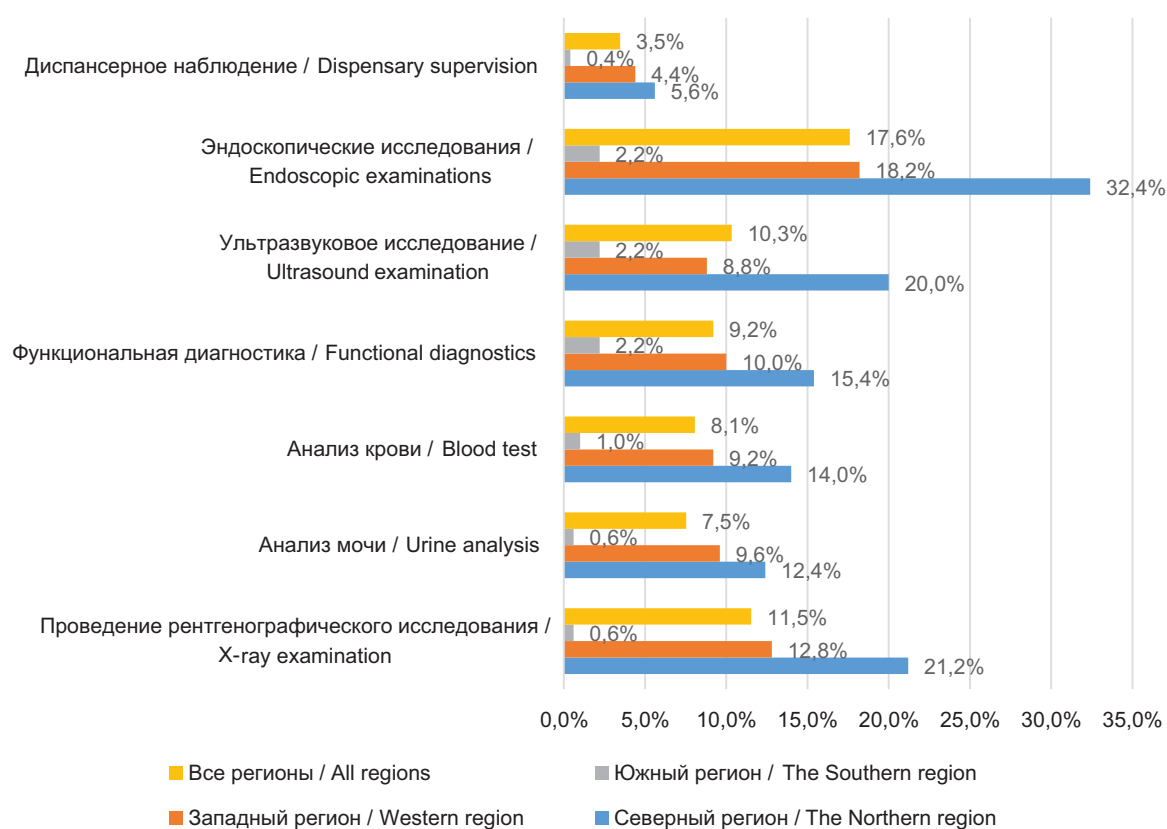


Рис. 3. Отказы населению в различных видах медицинской помощи

Fig. 3. Refusals to the population in various types of medical care

При этом частота отказов в медицинской помощи была максимально высокой среди населения северных регионов Республики Казахстан, а минимальная — среди населения южных регионов.

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

Учитывая рекомендуемую длительность приема одного пациента для разных специалистов, которая находится в пределах от 10 до 22 минут, время ожидания приема врача в очереди также должно находиться в этих пределах. Однако установлено, что не всегда эта хронологическая регламентация соблюдается (табл. 3).

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

Врачу-неврологу, согласно рекомендуемым нормам, на прием одного пациента отводится до 22 минут. При этом от 30 минут до 1 часа ожидали прием каждый пятый житель. Максимальное число жителей (40,2%), ожидавших приема врача более 30 минут, проживали в южных регионах, тогда как в остальных регионах процент жителей с такими проблемами был на уровне 13,4–20,6%.

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

Во всех регионах установлено практически одинаковое количество респондентов (от 21,1

Таблица 3

Время ожидания в очереди врача-специалиста населением (%)

Table 3

Waiting time in the queue of a specialist doctor by the population (%)

Врач и контингент респондентов / The doctor and the contingent of respondents	Время ожидания в очереди / Waiting time in the queue				
	до 15 мин / up to 15 minutes	до 30 мин / up to 30 minutes	до 1 ч / up to 1 hour	до 2 ч / up to 2 hours	более 2 ч / more than 2 hours
1. Участковый врач-терапевт / Local general practitioner					
Все регионы / All regions	55,2	26,0	14,6	3,8	0,5
Северный регион / The Northern region	55,2	22,0	15,2	7,0	0,6
Западный регион / Western region	61,4	21,8	11,6	4,4	0,8
Южный регион / The Southern region	48,9	34,1	17,0	0,0	0,0
2. Врач-невролог / Neurologist					
Все регионы / All regions	25,8	52,4	19,2	2,3	0,2
Северный регион / The Northern region	25,7	51,2	20,6	2,1	0,4
Западный регион / Western region	25,1	58,4	13,4	3,0	3,0
Южный регион / The Southern region	29,9	29,9	40,2	0,0	0,0
3. Врач-хирург / The surgeon					
Все регионы / All regions	28,0	42,5	27,0	2,3	0,3
Северный регион / The Northern region	24,8	45,4	25,9	3,2	0,6
Западный регион / Western region	32,8	39,4	26,1	1,7	0,0
Южный регион / The Southern region	14,3	42,9	42,9	0,0	0,3
4. Врач-оториноларинголог / An otorhinolaryngologist					
Все регионы / All regions	30,7	42,6	23,4	3,2	0,2
Северный регион / The Northern region	28,3	42,7	25,9	2,8	0,2
Западный регион / Western region	32,2	42,2	21,2	4,2	0,2
Южный регион / The Southern region	34,7	43,9	21,4	0,0	0,0
5. Врач-офтальмолог / Ophthalmologist					
Все регионы / All regions	31,9	43,6	20,5	2,2	1,7
Северный регион / The Northern region	24,5	45,5	26,2	1,7	2,2
Западный регион / Western region	36,7	39,0	19,1	3,4	1,8
Южный регион / The Southern region	42,5	52,8	4,7	0,0	0,0
6. Врач-гинеколог / Gynecologist					
Все регионы / All regions	26,8	43,0	27,2	1,8	1,3
Северный регион / The Northern region	21,6	45,1	29,9	2,2	1,3
Западный регион / Western region	37,2	39,7	19,9	1,8	1,4
Южный регион / The Southern region	8,5	46,6	44,1	0,0	0,9

Окончание табл. 3 / Ending of the Table 3

Врач и контингент респондентов / The doctor and the contingent of respondents	Время ожидания в очереди / Waiting time in the queue				
	до 15 мин / up to 15 minutes	до 30 мин / up to 30 minutes	до 1 ч / up to 1 hour	до 2 ч / up to 2 hours	более 2 ч / more than 2 hours
7. Врач-стоматолог / Dentist					
Все регионы / All regions	41,9	37,7	17,5	2,8	0,1
Северный регион / The Northern region	26,5	47,3	23,2	3,0	0,0
Западный регион / Western region	45,6	32,3	18,5	3,4	0,2
Южный регион / The Southern region	73,2	25,7	0,6	0,6	0,0

до 25,9%), которые отметили, что ожидали прием оториноларинголога от 30 минут и дольше, тогда как рекомендуемый норматив составляет всего лишь 16 минут.

Приема врача-гинеколога каждый третий опрошенный ожидал от 30 минут и дольше при рекомендуемой норме приема в 22 минуты. Причем максимальное число населения, которое отметило такую длительность ожидания приема, было в южных регионах (45,0%), тогда как в западных и северных регионах доля лиц, отметивших эту длительность приема, составляло, соответственно, 23,1 и 33,4%.

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

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

Помимо того, что доступность медицинской помощи может ограничиваться длительным ожиданием приема, еще одним существенным фактором снижения доступности может являться удобство графика приема для трудоспособного населения. Каждый третий опрошенный отмечал неудобство в графиках приема врачей, причем максимальное число респондентов, указывающих на этот факт, выявлено в западных (47,6%) и северных (47,0%) регионах.

Причины неудобства графиков приема врачей для жителей Республики Казахстан в 36,4% случаев — это отсутствие возможности попасть на прием до 15:00; в 33,4% случаев — отсутствие возможности попасть на прием к врачу в выходной день; и в 30,2% случаев — несоответствие графика приема врача с рабочим временем респондента. При этом главной и единственной причиной неудобства графика приема

врача в южных регионах население считало несоответствие графика врача со своим рабочим временем (100%); в северных регионах ведущей причиной неудобства графика приема врача население считало отсутствие возможности попасть на прием до 15:00 (45,2%); в западных регионах — отсутствие возможности попасть на прием к врачу в выходные дни (41,4%).

Снижение доступности медицинской помощи, по мнению 39,4% респондентов, связано с увеличением объема платной медицинской помощи. В представленной иллюстрации (рис. 4) о негативных явлениях особенно выделяются данные ответов населения южных регионов, среди которых зафиксирована максимальная частота по таким критериям, как увеличение объема платных медицинских услуг (47,6%), высокая стоимость лекарств (44,0%), большие очереди на прием (29,8%), снижение качества обслуживания (22,6%) и плохое оснащение (20,6%) медицинских учреждений.

Приведенный анализ по некоторым критериям доступности медицинской помощи населению Республики Казахстан показал, что требуется дифференцированный подход в определении стратегических приоритетов обеспечения населения услугами здравоохранения [4]. Это становится крайне актуальным, поскольку Министерством здравоохранения Республики Казахстан непрерывно и систематически проводится работа по совершенствованию доступности оказываемой медицинской помощи населению для снижения жалоб населения на медицинский персонал [5].

Установленные факты высокой частоты ответов опрошенного населения с учетом региона проживания об увеличении объема платных медицинских услуг, о дефиците специалистов, увеличенных сроках ожидания приема, отказах в оказании медицинской помощи, о недостаточном оснащении сопоставляются и с другими исследованиями и опытом совершенствования

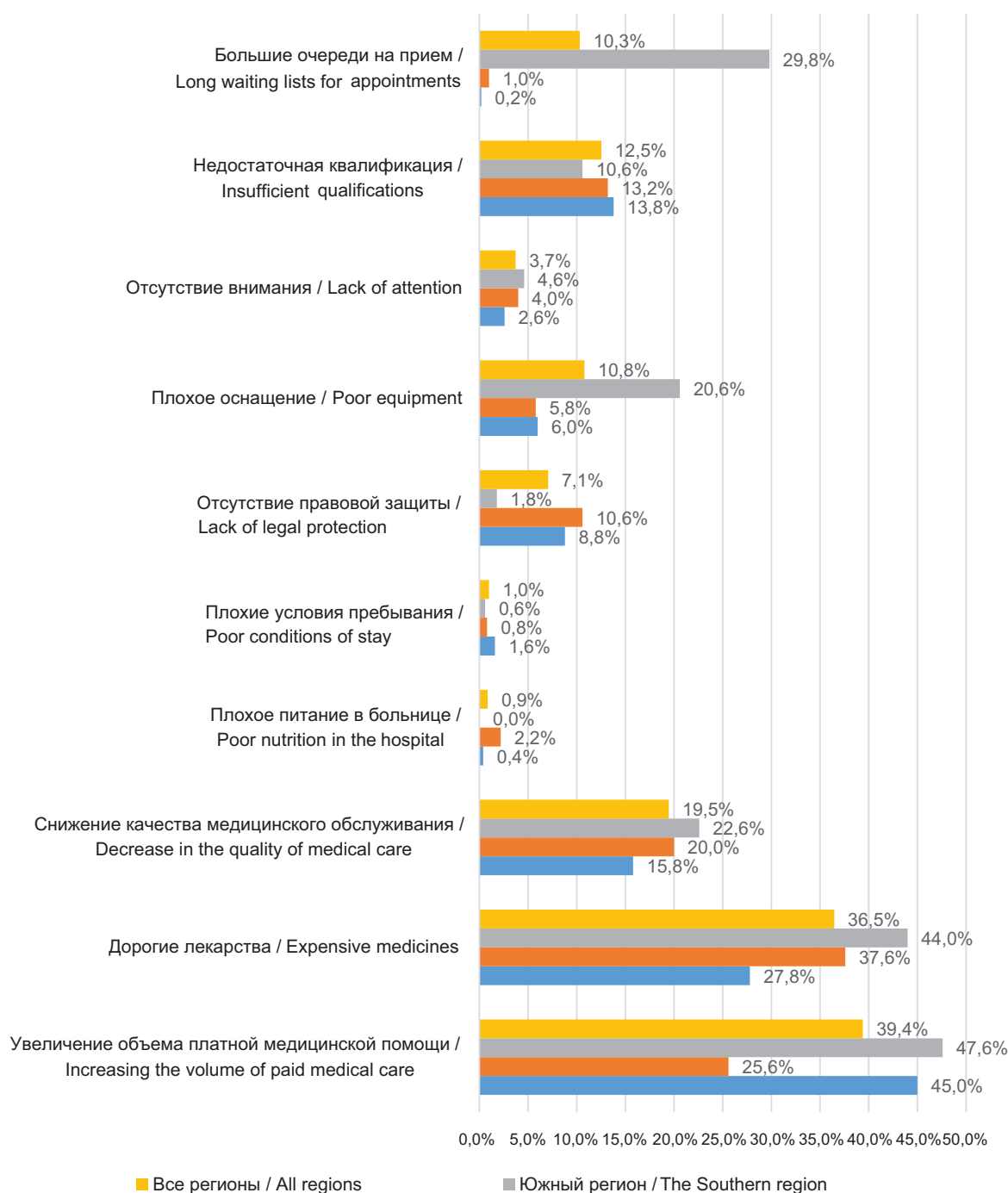


Рис. 4. Частота негативных явлений, снижающих доступность медицинской помощи

Fig. 4. The frequency of negative phenomena that reduce the availability of medical care

доступности медицинской помощи в других странах. Так, в Российской Федерации в статье 10 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ законодателем представлены критерии доступности медицинской помощи [6]. Как отмечает С.Н. Шелепов [7], указанный перечень критериев можно экстраполировать и на услуги здравоохранения в целом, но со следующими дополнениями: достаточный объем

лекарственного обеспечения граждан; проведение медицинских вмешательств и манипуляций с использованием медицинских технологий в медицинских организациях в соответствии с требованиями безопасности; предоставление услуг здравоохранения медицинскими специалистами. В ходе предоставления услуг здравоохранения специфика заключается в том, что граждане, обращающиеся в соответствующие

организации за их получением, зачастую не могут ждать, не в состоянии отстаивать свои права на получение того или иного объема указанных услуг, не могут оплачивать дорогостоящие услуги, но тем не менее рассчитывают на необходимый (не минимальный) объем и диапазон услуг. Во многих странах значимыми проблемами, компрометирующими равный и справедливый доступ граждан к услугам здравоохранения, следует признать прогрессирующий процесс замещения бесплатного медицинского обслуживания платными услугами [7]. Вместе с тем сложно игнорировать рост удельного веса респондентов, обращающихся в частные клиники и медицинские центры, при этом доля тех, кто в своем выборе ограничивается исключительно коммерческими организациями, незначительна — жителям региона скорее свойственно ситуативное варьирование между организациями обоих видов собственности [8].

Анализ статистических данных свидетельствует об отсутствии дефицита в оборудовании и кадров (кроме врачей-эндокринологов) в медицинских организациях исследуемых регионов. Наличие неудовлетворенности населения регионов Республики Казахстан доступностью медицинской помощи по вышепредставленным показателям на фоне отсутствия проблем в укомплектованности медицинскими кадрами и оснащением, вероятно, связано с несовершенством организации медицинской помощи на местах и требует дальнейшего изучения для разработки управленческих решений по ее совершенствованию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты социологического опроса об удовлетворенности населения Республики Казахстан доступностью медицинской помощи свидетельствуют о необходимости выяснения причин ее снижения по некоторым критериям и совершенствования существующей организации оказания медицинской помощи. В южных регионах повышение удовлетворенности населения доступностью медицинской помощи должно осуществляться за счет увеличения кадров по профилям «эндокринология» и «стоматология», расширения возможностей обследования населения с помощью эндоскопических и ультразвуковых исследований, сокращения ожидания приема в очереди у врачей-неврологов, хирургов, оториноларингологов, гинекологов, а также за счет снижения бремени финансовых расходов на платные медицинские услуги и лекарства. В северных регионах не-

обходимо усиление доступности медицинской помощи по эндокринологическому профилю, совершенствование организации работы офтальмологов, участковых терапевтов, расширение возможностей обследования населения с помощью эндоскопических исследований. В западных регионах повышение удовлетворенности населения доступностью медицинской помощи требует совершенствования медицинской помощи населению при обращении по причине более костно-мышечной системы, повышения доступности медицинской помощи по эндокринологическому профилю, увеличения в медицинских организациях оториноларингологов и расширения возможностей обследования населения с помощью эндоскопических исследований.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие анкетированных на публикацию данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Consent for publication. The authors received written consent from the respondents to publish the data.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова Е.И., Бессчетнова О.В. Показатели доступности и качества медицинской помощи, обеспечивающие удовлетворенность населения медицинской помощью в различных странах мира. Экспертный

- обзор. М.: НИИОЗММ ДЗМ: 2021; Доступен по: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=47406124> (дата обращения: 27.12.2024).
2. Всероссийское социологическое исследование. Изучение мнения населения Российской Федерации о доступности и качестве медицинской помощи. М.: Росздравнадзор; 2009.
 3. Наркевич А.Н., Виноградов К.А. Методы определения минимально необходимого объема выборки в медицинских исследованиях. Социальные аспекты здоровья населения. 2019;65(6):10. Доступен по: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1123/30/lang,ru> (дата обращения: 27.12.2024).
 4. Кодзиков Р.Л. Стратегические приоритеты обеспечения населения услугами здравоохранения. Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2024; 1–4:108–111. DOI: 10.24412/2500-1000-2024-1-4-108-111.
 5. Рахимова Л.Ж., Есполова Г.Д. Проблемы доступности медицинской помощи за рубежом и в Казахстане. Journal of Health Development. 2014;2(11):43–48.
 6. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Доступен по: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1123/30/lang,ru/> (дата обращения: 27.12.2024).
 7. Шелепов С.Н. К вопросу о доступности медицинской помощи: российское и зарубежное законодательство. Образование и право. 2022;12:74–79. DOI: 10.24412/2076-1503-2022-12-74-79.
 8. Калашников К.Н. Качество и доступность для населения медицинской помощи (региональный аспект). Проблемы развития территории. 2023;4(27):113–128. DOI: 10.15838/ptd.2023.4.126.7.
 9. Aksenova E.I., Besschetnova O.V. Indicators of accessibility and quality of medical care, ensuring public satisfaction with medical care in various countries of the world. Expert review. Moscow: Gosudarstvennoe byudzhethnoe uchrezhdenie goroda Moskvy “Nauchno-issledovatel’skii institut organizatsii zdravookhraneniya i meditsinskogo menedzhmenta Departamenta zdravookhraneniya goroda Moskvy”; 2021. Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=47406124> (accessed: 27.12.2024). (In Russian).
 2. All-Russian sociological research. Studying the opinion of the population of the Russian Federation on the availability and quality of medical care. Moscow: Roszdravnadzor; 2009. (In Russian).
 3. Narkevich A.N., Vinogradov K.A. Methods for determining the minimum required sample size in medical research. Social aspects of public health. 2019;65(6):10. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1123/30/lang,ru/> (accessed: 27.12.2024). (In Russian).
 4. Kodzikov R.L. Strategic priorities of providing the population with health services. International Journal of Humanities and Natural Sciences. 2024;1–4:108–111. DOI: 10.24412/2500-1000-2024-1-4-108-111. (In Russian).
 5. Rakhimova L.Zh., Espolova G.D. Problemy dostupnosti meditsinskoi pomoshchi za rubezhom i v Kazakhstane. Journal of Health Development. 2014;2(11):43–48. (In Russian).
 6. Federal’nyy zakon ot 21 noyabrya 2011 g. N 323-FZ “Ob osnovakh okhrany zdorov’ya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1123/30/lang,ru/> (accessed: 27.12.2024). (In Russian).
 7. Shelepov S.N. On the issue of accessibility of medical care: Russian and foreign legislation. Obrazovanie i pravo. 2022; 12: 74–79. DOI: 10.24412/2076-1503-2022-12-74-79. (In Russian).
 8. Kalashnikov K.N. Quality and access to health care for population (regional aspect). Problems of Territory’s Development. 2023; 4(27):113–128. DOI: 10.15838/ptd.2023.4.126.7. (In Russian).

REFERENCES

1. Aksenova E.I., Besschetnova O.V. Indicators of accessibility and quality of medical care, ensuring public satisfac-