

НАО «Казахский национальный медицинский университет имени
С.Д. Асфендиярова»

УДК 614.27+616-039.57-053.9

На правах рукописи

НАЗАРБАЕВ АДИЛЕТ АПЕТУЛЫ

**Состояние и оценка финансирования лекарственного обеспечения
взрослого населения на уровне ПМСП**

8D10101 – Общественное здравоохранение

Диссертация на соискание степени
доктора философии PhD

Научный консультант
кандидат медицинских наук,
профессор
А.Н. Нурбақыт

доктор медицинских наук.
профессор
Т.С. Нургожин

Зарубежный консультант
Professor
Lorena Dini

Республика Казахстан
Алматы, 2025

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	3
ОПРЕДЕЛЕНИЯ	4
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	7
ВВЕДЕНИЕ	8
1 АНАЛИЗ МЕЖДУНАРОДНОГО И ОТЕЧЕСТВЕННОГО ОПЫТА ПО ЛЕКАРСТВЕННОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ	12
1.1 Лекарственное обеспечение на уровне первичной медико-санитарной помощи: мировой опыт.....	12
1.2 Практика развития применения лекарственных средств на уровне первичной медико-санитарной помощи.....	16
1.3 Анализ нормативно-правового регулирования в области лекарственного обеспечения взрослого населения на уровне первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан.....	20
2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	24
3 АНАЛИЗ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 2019–2022	30
4 ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ	54
4.1 Изучение организации лекарственного обеспечения на примере первичной медико-санитарной помощи г. Алматы и Алматинской области.....	54
4.2 Барьеры лекарственного обеспечения на уровне первичной медико-санитарной помощи через призму медицинских специалистов.....	57
4.2.1 Анализ организации лекарственного обеспечения мегаполиса г. Алматы и Алматинской области.....	57
4.2.2 Анализ организации лекарственного обеспечения в городах и селах Алматинской области.....	64
5 УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ СОСТОЯНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ	72
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	88
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	95
ПРИЛОЖЕНИЕ А – Свидетельство об авторском праве	107
ПРИЛОЖЕНИЕ Б – Анкета для руководителей первичной медико-санитарной помощи (главные врачи, заместители главного врача)	108
ПРИЛОЖЕНИЕ В – Анкета для медицинских работников	109
ПРИЛОЖЕНИЕ Г – Анкета для пациентов	112

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:
Конституция Республики Казахстан: принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года.

Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: принят 7 июля 2020 года, №360.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Перечня лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями): утв. 5 августа 2021 года, №ҚР ДСМ-75.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении перечня хронических заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению: утв. 23 сентября 2020 года, №ҚР ДСМ-109/2020.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении перечня социально значимых заболеваний: утв. 23 сентября 2020 года, №ҚР ДСМ-108/ 2020.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил оплаты стоимости фармацевтических услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования субъектам в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий: утв. 27 ноября 2020 года, №ҚР ДСМ-210/2020.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применяются следующие термины с соответствующими определениями:

Взаимодействие – «повторяющийся процесс активного запроса знаний, опыта, суждений и ценностей людей, выбранных для представления широкого спектра непосредственных интересов в конкретном вопросе, с двумя целями: создание общего понимания; принятие актуальных, прозрачных и эффективных решений [1].

Заинтересованные стороны – определены как «конкретные личности, организации или группы, которые непосредственно вовлечены в процесс и результаты проект, исследования или политической деятельности» [1, р. 182].

Здоровье – состояние полного физического, духовного (психического) и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Здравоохранение – система мер политического, экономического, правового, социального, культурного, медицинского характера, направленных на предупреждение и лечение болезней, поддержание общественной гигиены и санитарии, сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его активной долголетней жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Казахстанский национальный лекарственный формуляр – перечень лекарственных средств с доказанной клинической безопасностью и эффективностью, а также орфанных (редких) лекарственных препаратов, являющийся обязательной основой для разработки лекарственных формуляров медицинских организаций и формирования списков закупок лекарственных средств в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования.

Карманные расходы – это любые прямые расходы домашних хозяйств, включая безвозмездные выплаты и натуральную плату практикующим врачам и поставщикам фармацевтических препаратов, терапевтических приборов и других товаров и услуг, основной целью которых является содействие восстановлению или улучшению состояния здоровья отдельных лиц или групп населения. Они являются частью частных расходов на здравоохранение.

Качество медицинской помощи – степень соответствия предоставляемой помощи установленным стандартам.

Лекарственный формуляр организации здравоохранения – перечень лекарственных средств для оказания медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, сформированный на основе Казахстанского национального лекарственного формуляра и одобренный руководителем организации в порядке, устанавливаемом уполномоченным органом.

Лекарственное средство – средство, представляющее собой или содержащее вещество либо комбинацию веществ, вступающее в контакт с организмом человека, предназначенное для лечения, профилактики заболеваний человека или восстановления, коррекции или изменения его физиологических функций посредством фармакологического, иммунологического либо метаболического воздействия, или для диагностики заболеваний и состояния человека.

Менеджер в области здравоохранения – первый руководитель, осуществляющий управление государственной медицинской организацией.

Организация здравоохранения – юридическое лицо, осуществляющее деятельность в области здравоохранения.

Оценка технологий здравоохранения – комплексная оценка сравнительной доказанной клинической и клинико-экономической (фармакоэкономической) эффективности и безопасности технологий здравоохранения, а также экономических, социальных и этических последствий их применения, проводимая для принятия решений в области здравоохранения.

Пациенты с высокими затратами на лечение – группа лиц, на которую приходится непропорционально бóльшая доля медицинских расходов.

Перечень лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями) – перечень лекарственных средств, медицинских изделий и специализированных лечебных продуктов, закупаемых за счет бюджетных средств и (или) активов фонда социального медицинского страхования в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях, включающий наименования и характеристики лекарственных средств, медицинских изделий и специализированных лечебных продуктов в разрезе отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями).

Предельная цена на торговое наименование лекарственного средства для розничной реализации – цена на торговое наименование лекарственного средства, включенного в перечень лекарственных средств, подлежащих ценовому регулированию, выше которой не может осуществляться его розничная реализация.

Предельная цена на лекарственное средство – цена, выше которой не может быть осуществлена реализация лекарственного средства.

Система здравоохранения – совокупность государственных органов и субъектов здравоохранения, деятельность которых направлена на обеспечение прав граждан Республики Казахстан на охрану здоровья;

Солидарная ответственность за здоровье – распределение ответственности за поддержание и укрепление здоровья как индивидуального,

так и общественного, а также за снижение рисков заболеваний между государством, работодателем и гражданином.

Технология здравоохранения – применение знаний и навыков, которые используются для укрепления здоровья, профилактики, диагностики, лечения болезни, реабилитации пациентов и оказания паллиативной медицинской помощи, включая вакцины, лекарственные препараты и медицинские изделия, процедуры, манипуляции, операции, скрининговые, профилактические программы, в том числе информационные системы.

Трансляция знаний – меры направленные на гарантирование использования данных исследований для обоснования принятия решений [1, р. 182].

Фонд социального медицинского страхования – некоммерческая организация, производящая аккумулирование отчислений и взносов, а также осуществляющая закуп и оплату услуг субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в объемах и на условиях, которые предусмотрены договором закупа медицинских услуг, и иные функции, определенные законами Республики Казахстан.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

FDA	– Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов
BNF	– Британский национальный формуляр
HCUs	– Потребители с высокими затратами
АЛО	– Амбулаторное лекарственное обеспечение
ВВП	– Внутренний валовый продукт
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ВОП	– Врачи общей практики
ВОУЗ	– Всеобщий охват услугами здравоохранения
ПВЗЛ	– Пациенты с высокими затратами на лечение
ГОБМП	– Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ДМ	– Доказательная медицина
ИСЛО	– Информационная система лекарственного обеспечения
КНФ	– Казахстанский национальный формуляр
ЛС	– Лекарственные средства
МЗ	– Министерство здравоохранения
МНН	– Международное непатентованное наименование
НЗГП	– Не высокочатратная группа пациентов
ОСМС	– Обязательное социальное медицинское страхование
ОЭСР	– Организации экономического сотрудничества и развития
ПСЛС	– Проблема, связанная с лекарственными средствами
ПМСП	– Первичная медико-санитарная помощь
РК	– Республика Казахстан
СНСД	– Страны с низким и средним уровнем дохода
США	– Соединённые Штаты Америки
ЦУР	– Цели устойчивого развития

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) направлена на обеспечение максимально возможного уровня здоровья и благополучия населения, удовлетворение медицинских потребностей всех пациентов на уровне сообщества, объединяя уход, профилактику и медицинское образование [2]. Всеобщий охват услугами здравоохранения включает в себя мероприятия по совершенствованию ПМСП, чтобы обеспечить справедливость и улучшить работу систем здравоохранения за счет снижения общих расходов на здравоохранение, одновременно улучшая здоровье населения и доступ к нему [3]. Межнациональные и внутринациональные исследования подтверждают связь ПМСП с более справедливым распределением медицинских услуг среди населения [4].

Одним из неотъемлемых задач ПМСП является обеспечение основными лекарственными средствами (ЛС), которые должны быть доступны в любое время в достаточном количестве [5]. Согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) лекарственное обеспечение включает в себя исследование производства, распределения, назначения и применения лекарственных препаратов в обществе, с учётом их социальных, медицинских и экономических последствий [6]. В задачи лекарственного обеспечения входит не только удовлетворение спроса на лекарства, но и соблюдение правил обращения лекарств внутри медицинской организации в свете требований, предъявляемых к этой специфической группе товаров [7]. Ненадлежащее применение ЛС приводит к неэффективному использованию медицинских ресурсов, увеличивает риск побочных эффектов и усугубляет клинические исходы. В более чем 50% стран отсутствуют эффективные меры по содействию рациональному применению ЛС. В развивающихся странах менее 40% пациентов в государственном секторе и 30% в частном получают лечение в соответствии с клиническими рекомендациями [7, р. 3-38]. Одной из основных проблем в Республике Казахстан является некорректное формирование потребности ЛС медицинскими организациями [8].

Наличные платежи или выплаты из кармана (out-of-pocket payments) представляют собой серьезное препятствие для справедливого доступа населения к жизненно необходимым ЛС. Опросы домохозяйств в Казахстане указывают на рост наличных платежей за амбулаторные лекарства, включая те, которые покрываются ГОБМП и ОСМС.

Рост пожилого населения, вместе с тем и неинфекционных заболеваний, требует углубленного изучения вопросов обеспечения ЛС и расширения его перечня [9] на уровне ПМСП. Некоторые страны пересматривают модели обеспечения ЛС, вовлекая мультидисциплинарную команду [10, 11]. Таким образом, актуальность настоящего исследования заключается в анализе лекарственного обеспечения на уровне ПМСП в контексте роста потребностей

населения и увеличения числа неинфекционных заболеваний, выявлении барьеров, а также в оценке степени удовлетворённости населения состоянием лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне.

Цель исследования: Анализ финансирования и управления лекарственным обеспечением на уровне первичной медико-санитарной помощи, изучение степени удовлетворенности населения доступностью лекарственных средств.

Задачи исследования:

1. Исследовать международный и отечественный опыт обеспечения лекарственными средствами на уровне первичной медико-санитарной помощи.

2. Анализ финансирования системы лекарственного обеспечения населения Республики Казахстан в период с 2019 по 2022 гг.

3. Изучить организацию системы обеспечения лекарственными средствами на уровне первичной медико-санитарной помощи.

4. Оценить степень удовлетворенности населения состоянием лекарственного обеспечения взрослого населения на амбулаторном уровне.

5. Изучить карманные расходы населения на ЛС г. Алматы и Алматинской области.

Объекты исследования

Лекарственное обеспечение, карманные расходы, удовлетворенность населения, доступ к лекарствам, политика в области лекарственного обеспечения.

Объем наблюдения: 54 менеджера ПМСП; сотрудники ПМСП - 421 респондент г. Алматы и 770 Алматинской области; население 2013 человек из них 728 по г. Алматы, и 1285 по Алматинской области

Единицы наблюдения:

- законодательные и нормативно-правовые акты;
- расходы на ЛС;
- опросник для населения и медицинских работников.

Методы исследования:

- информационно-аналитический метод;
- социологический метод;
- статистический метод.

Научная новизна исследования определяются следующими признаками:

- впервые проведен анализ использования лекарственных препаратов в Республике Казахстан за период с 2019 по 2022 годы, который выявил высокозатратную группу пациентов. Несмотря на малую долю в общей популяции пациентов, получавших медицинскую помощь в рамках АЛО, эти пациенты оказывают значительное влияние на структуру затрат в системе здравоохранения.

- определены барьеры в своевременном обеспечении ЛС на уровне ПМСП, которые связаны с недостаточностью финансирования; проблемы с несвоевременной поставкой и доставкой ЛС со стороны внешних организаций, нехваткой клинических фармакологов, а также отсутствием некоторых ЛС,

включенных в клинические протоколы и в Перечне, утвержденном приказом №75. Эти факторы значительно сказываются на доступности ЛС и требуют решения для улучшения работы системы ПМСП.

- обоснованы факторы, влияющие на доступность ЛС, связанные с деятельностью главной медицинской сестрой; клинического фармаколога и учетом мнения медицинского персонала, а также с потребностью персонала в обучении по формированию заявок на ЛС и проведению разъяснительной работы по нормативным документам в сфере обращения ЛС (особенно на районном уровне).

- продемонстрирована основная причина карманных расходов на ЛС связана с отсутствием положенных ЛС в ПМСП и и удобством в плане расстояния и доступности покупки препаратов за собственные средства ($p=0,004$), в частности это выявлено среди населения в возрасте 50-59 лет в обоих регионах.

Практическая и теоретическая значимость:

1. Ретроспективный анализ затрат на ЛС в рамках амбулаторного лекарственного обеспечения населения предоставляет возможность углубленно понять механизмы и факторы, влияющие на использование медикаментов в системе здравоохранения Республики Казахстан. Практическая значимость диссертации заключается в том, что полученные результаты могут быть использованы для разработки и корректировки государственной политики в области лекарственного обеспечения, а также для оптимизации финансовых и организационных аспектов в здравоохранении.

2. Исследование выявляет ключевые области, требующие внимания со стороны органов здравоохранения, включая необходимость внедрения целевых стратегий по сдерживанию затрат на лекарства, особенно высокочрезмерной группы пациентов. Анализ факторов, влияющих на рост затрат, а также оценка полипрагмазии, могут стать основой для оптимизации процессов назначения и использования медикаментов. Полученные результаты могут быть применены для разработки программ улучшения медицинской помощи и снижения нагрузки на пациентов и государство.

3. Опрос медицинских сотрудников выявил потребность в обучении по вопросам формирования заявок на ЛС, а также в проведении семинаров на уровне ПМСП для разъяснения нормативных документов в сфере лекарственного обеспечения, особенно среди сотрудников, работающих на ПМСП районного уровня Алматинской области.

4. Определение факторов, влияющих на доступность ЛС, таких как участие специалистов медицинских организаций, а также причин покупки лекарств за счет собственных средств среди населения, позволит пересмотреть существующие практики работы ПМСП с целью улучшения эффективности их функционирования и оптимизации процессов лекарственного обеспечения.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. В период 2019–2022 годов структура финансирования АЛО в Республике Казахстан демонстрировала тенденцию к росту доли расходов,

покрываемых за счёт средств обязательного социального медицинского страхования.

2. Пандемия COVID-19 в 2020–2021 гг. оказала значительное влияние на структуру и объём АЛО взрослого населения Республики Казахстан, что выразилось в резком росте закупок антибактериальных, антикоагулянтных и гормональных препаратов, согласующемся с международными клиническими рекомендациями и глобальной практикой.

3. Распределение расходов на ЛС демонстрирует значительные расхождения: 5% населения получают рецептурные препараты, покрываемые ГОБМП и ОСМС, что составляет почти три четверти всех расходов. Среди детей основными заболеваниями, способствующими высоким расходам, были редкие наследственные заболевания и злокачественные новообразования, в то время как у взрослых основными драйверами расходов были рак и диабет.

4. Основные проблемы системы лекарственного обеспечения на уровне ПМСП, такие как недостаточность финансирования, нарушение логистики, недостаточное участие ключевых специалистов при формировании потребности в ЛС, а также потребности в дополнительном обучении медицинских сотрудников, требует разработки соответствующих мероприятий со стороны организаторов здравоохранения.

5. Расходы на приобретение лекарств из собственного кармана, а также сохраняющиеся проблемы с доступностью медикаментов свидетельствуют о необходимости пересмотра процессов лекарственного обеспечения на уровне ПМСП.

Публикации

По теме диссертационного исследования опубликовано 4 научных труда, 1 статья в международном научном издании, входящего в базу данных Scopus, 3 статьи в изданиях, рекомендованных Комитетом по контролю в сфере образования и науки Министерства науки и высшего образования Республики Казахстан. Также подготовлена методическая рекомендация «Актуальные аспекты лекарственного обеспечения в первичной медико-санитарной помощи», Алматы, 2025, - 58 с., ISBN 978-601-246-828-1, (Приложение А).

Личный вклад автора заключается в разработке теоретической и методологической программы исследования, формировании цели, задач исследования, организации и проведении исследования, непосредственном участии во всех этапах исследовательских работ, в статистической обработке данных, написании разделов диссертации, интерпретации и обсуждении результатов, формулировании положений, выносимых на защиту, а также, выводов и практических рекомендаций.

Объём и структура диссертации

Диссертационная работа состоит из введения, 5 разделов, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы, включающего 163 литературных источника. Диссертация изложена на 106 странице, иллюстрирована 23 таблицами, 14 рисунками, содержит 4 приложения.

1 АНАЛИЗ МЕЖДУНАРОДНОГО И ОТЕЧЕСТВЕННОГО ОПЫТА ПО ЛЕКАРСТВЕННОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

1.1 Лекарственное обеспечение на уровне первичной медико-санитарной помощи: мировой опыт

Обеспечение доступа к лекарственным средствам (ЛС) на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) играет решающую роль в повышении эффективности медицинского обслуживания, предотвращении развития осложнений и сохранении здоровья населения [12].

Глобальный рост доли пожилого населения в сочетании с растущей распространенностью неинфекционных заболеваний (НИЗ) во всем мире подчеркивает острую необходимость разработки стратегий для обеспечения доступа к основным лекарствам и повышения их доступности [9; 13-15]. За последние два десятилетия в странах, входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), произошло двукратное увеличение фармацевтических расходов на душу населения [16]. Однако финансирование лекарственного обеспечения остается одной из ключевых проблем систем здравоохранения по всему миру, что обусловлено высокой стоимостью отдельных препаратов и возрастающим спросом на фармацевтические услуги для удовлетворения нужд населения в медицинской помощи.

Усиление финансирования ПМСП может существенно способствовать достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ). Исследования, направленные на совершенствование механизмов финансирования ПМСП, имеют решающее значение для укрепления системы здравоохранения, особенно с точки зрения роли высших учебных заведений в разработке мотивированной политики. В рамках таких мероприятий могут быть реализованы стратегии, направленные на снижение доли затрат из собственных средств, обеспечение устойчивого распределения бюджетных средств для ПМСП, внедрение проектных стимулов, ориентированных на предоставление качественной медицинской помощи без возникновения непредвиденных последствий, а также анализ продуктивности многообразных моделей предоставления услуг ПМСП на основе данных, релевантных для местных условий [17-20].

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), свыше половины ЛС на глобальном уровне не используются надлежащим образом, что выражается в их неправильном назначении, распределении и реализации. Это свидетельствует о значительных недостатках в системе управления фармацевтическими препаратами [21]. Кроме того, Kara Hanson и ее коллеги подчеркивают, что значительные ресурсы здравоохранения часто тратятся на неэффективные методы, такие как покупка запатентованных лекарств, где есть общие альтернативы, которые столь же эффективны и дешевы [22]. Решение этих проблем имеет решающее значение для оптимизации финансирования ПМСП и обеспечения экономичного оказания медицинской помощи.

Steven Morgan соавторами провели комплексный анализ изменений объема и стоимости ЛС для ПМСП в странах с высокоразвитыми универсальными системами здравоохранения, в результате которого определили, что средние расходы на шесть основных категорий рецептурных препаратов составили: 77 долларов на душу населения в странах с государственным финансированием, 99 долларов в странах с универсальной системой социального страхования и 1598 долларов в Канаде [23]. Основная часть расходов была направлена на лечение гипертонии (от 39% в Австралии до 57% в Германии). Среднее количество дней терапии, приобретенных на душу населения, варьировалось от 198 дней в Норвегии до 279 дней в Германии. Исследование выявило 600% различий в расходах на шесть основных категорий препаратов ПМСП среди стран с высоким уровнем дохода, что обусловлено различиями в выборе препаратов в рамках терапевтических категорий и ценами на ЛС. Авторы также подчеркнули, что в странах с моделью финансирования здравоохранения с одним плательщиком наблюдается снижение средней стоимости ЛС, что способствует уменьшению затрат на препараты и внедрению более эффективных лечебных стратегий, демонстрируя экономические преимущества оптимизированных моделей финансирования здравоохранения [24-27].

Richard Ofori-Asenso и его соавторы [28] обнаружили в своих систематических обзорах, что общая приверженность назначению основных лекарств достигла 88,0%. Интересно, что обязательства государственных учреждений здравоохранения были выше (93,5%) по сравнению с частными учреждениями (83,95%), и Holloway и его соавторы также подтвердили эту тенденцию [29]. Повышение доступности лекарств, включенных в список основных лекарств, играет решающую роль в повышении соблюдения этих рекомендаций. Однако совпадению часто мешают такие проблемы, как недостаточное распространение информации или неэффективное обращение с основными лекарствами. Кроме того, некоторые исследования показывают, что поставщики медицинских услуг часто полагаются на фармацевтических производителей или их представителей в качестве основного источника информации при назначении лекарств [30-33].

Поставки лекарств в Бразилии улучшились с 37% в 1996 году до 47% в 2008 году [34]. Основная составляющая фармацевтических услуг направлена, прежде всего, на приобретение лекарств и принадлежностей, в том числе на лечение заболеваний, охваченных программами ПМСП. Интересно, что финансирование также распространяется на лекарственные травы и гомеопатические фармакопеи. Опрос показал, что около 11% муниципалитетов выбрали централизованный подход к управлению фондами фармацевтической деятельности, передав обязанности по закупкам, логистике и распределению государственным органам. Напротив, 31% муниципалитетов внедрились полностью децентрализованную модель управления, а большинство приняли частично децентрализованную систему. С 2010 по 2015 год расходы на ЛС на душу населения увеличились 15,71 реала до 21,04 реала в день, однако лишь 9,7% сотрудников Министерства здравоохранения оценили выделенные

средства как достаточные для удовлетворения потребностей населения в лекарствах. Это открытие подчеркивает постоянный дефицит финансирования лекарств на уровне ПМСП и необходимость переоценки существующей модели фармацевтического финансирования [35-39].

В своей работе Shabir Moosa указывает, что правительства стран Африки к югу от Сахары тратят в среднем 16 долларов на душу населения на ПМСП и 23 доллара на денежные расходы, большая часть которых идет на закуп ЛС предоставляемых международными фармацевтическими компаниями. Тем самым автор предлагает перераспределить эти средства в единый национальный фонд через налогообложение для более справедливого распределения и эффективного использования финансовых ресурсов [40].

Исследование Thara показало, что в учреждениях ПМСП в среднем на одного пациента прописывалось 2,65 лекарства. Примерно 55,6% пациентов ПМСП сообщили о частичном, и всех назначенных им ЛС в частных аптеках, расположенных поблизости. Проведенное исследование акцентирует внимание на необходимости расширения перечня медикаментов, предоставляемых бесплатно в государственных организациях ПМСП, а также на обеспечении их доступности в течение всего периода как меры, направленной на решение данной проблемы [41]. Kara Hanson соавторами предложили «Модель финансирования на основе численности населения», которая направлена на стимулирование равного доступа к медицинским услугам и создание финансовых стимулов для повышения эффективности медицинских платежей. Этот подход также позволяет странам определять пакет ПМСП на основе подушевого финансирования, что позволяет им предоставлять услуги, включенные в модель ПМСП. Такая система может изменять приоритеты обслуживания и поддерживать интеграцию вертикальных программ в ПМСП. Кроме того, авторы предполагают, что эта модель может увеличить финансирование основных лекарств либо за счет прямого распределения, либо за счет схем компенсации амбулаторных лекарств, поскольку на лекарства приходится значительная часть расходов из собственных средств в странах с низким и средним уровнем дохода [42, 43].

ПМСП является основой национальных стратегий, направленных на улучшение доступа к основным лекарствам. Эти лекарства необходимы для лечения острых и хронических заболеваний, которые в значительной степени способствуют улучшению здоровья и качества жизни. Обеспечение равного доступа к основным лекарствам остается важной целью с упором на то, чтобы сделать эти методы лечения доступными для всех нуждающихся [44]. Ограниченный доступ к жизненно необходимым лекарственным средствам остается актуальной проблемой для развивающихся стран. Одно из наиболее признанных определений доступности опирается на принцип равенства, который трактуется как «обеспечение равного доступа к медицинской помощи, основанной на потребностях населения» [44, p. 559-571.e14.]. В настоящее время адекватный доступ к лекарствам признан ключевым компонентом решения проблем здравоохранения [45]. Однако в таких регионах, как Африка и Индия,

постоянно низкий уровень закупок основных лекарств указывает на продолжающееся неравенство и неспособность полностью соблюдать эти принципы [46]. Системы ПМСП играют ключевую роль в обеспечении справедливого доступа к основным лекарственным средствам и поддержании здоровья населения.

Согласно оценкам ВОЗ, обеспечение доступа к медицинским услугам и основным лекарственным средствам не только способствует спасению жизней, но и значительно улучшает их качество. Тем не менее, около 267 миллионов человек, что составляет половину населения Африки, до сих пор лишены стабильного доступа к жизненно важным лекарственным препаратам [46, р. 698907]. В каждой стране эксперты регулярно проводят мониторинг и оценку доступности не менее 20 основных лекарств, что позволяет выявить существующие пробелы и проблемы [46, р. 698907]. Аналогично, исследование, проведенное Министерством международного развития Великобритании, демонстрирует, что почти треть мирового населения мира продолжает сталкиваться с барьерами в доступе к основным медикаментам [47]. Это подчеркивает острую необходимость усиления усилий систем здравоохранения по обеспечению широкой доступности основных лекарств и обеспечению справедливости в области здравоохранения во всем мире.

Рыночные цены на основные лекарства, наряду с правилами, регулирующими фармацевтическую торговлю, создают значительные трудности для эффективного оказания первичной медико-санитарной помощи. Даже в регионах, где есть лекарства, их распространению часто препятствует плохое качество инфраструктуры здравоохранения. Ограниченный доступ к ЛС обусловлен не только высокими ценами и патентными барьерами, но также недостаточно налаженной коммуникационной стратегией и развития транспортными инфраструктурами. Чтобы гарантировать своевременную и надежную доставку медицинских услуг, в том числе ЛС в удаленные регионы, нужны инвестиции в инфраструктуру, что включает в себя улучшение транспортной логистики, построение доступных дорожных сетей и надежную систему транспортировки. Также децентрализация процессов закупок в медицинских организациях может помочь уменьшить задержки в распределении ЛС. Хотя такая децентрализация может вызвать риски, связанные с безопасностью и контролем медицинских ресурсов, развитие местных систем доставки медикаментов является важным для обеспечения их доступности и улучшения управления рецептурными средствами [48-51].

Государства с эффективно функционирующими системами ПМСП демонстрируют более высокий уровень удовлетворенности пациентов, значительное улучшение показателей здоровья населения и оптимизацию расходов на здравоохранение. ПМСП является основой для улучшения общего состояния здоровья населения: без надежной инфраструктуры становится все труднее предоставлять основные медицинские услуги, включая лекарства. Системы ПМСП выполняют важную функцию в поддержании равновесия между

соблюдением прав интеллектуальной собственности и обеспечением доступности жизненно необходимых лекарственных средств для населения.

Таким образом, ПМСП выступает ключевым элементом укрепления системы здравоохранения и обеспечения равного доступа к медицинским услугам. Эффективная реализация стратегий Всемирной организации здравоохранения в значительной степени зависит от финансирования ПМСП, в частности от рационального управления фармацевтическими расходами. Значительные международные различия в средней стоимости лекарственных средств для ПМСП в основном обусловлены ценовыми диспропорциями в терапии. Для устранения этих неравенств необходимо принимать меры, направленные на улучшение как физической, так и экономической доступности лекарственных средств, что позволит укрепить ПМСП как ключевой ресурс для развития систем здравоохранения и достижения всеобщего охвата медицинскими услугами [30, p. iii1-iii2].

1.2 Практика развития применения лекарственных средств на уровне первичной медико-санитарной помощи

Обеспечение ЛС, особенно в рамках ПМСП, является стратегически значимым и ключевым элементом системы здравоохранения каждой страны. Страны и органы здравоохранения при принятии решений основываются на выбор основных ЛС для включения в «Лекарственные формуляры» [52]. Лекарственные формуляры представляют собой постоянно обновляемые списки ЛС, доступных для использования в системе здравоохранения [53].

Управление формуляром – это сложный процесс, требующий клинической оценки со стороны поставщиков медицинских услуг, чтобы определить, как следует использовать лекарства на основе данных о безопасности, клинической и клинико-экономической эффективности. Управление ЛС и их использование включает обзор новых препаратов и/или классов лекарств на основе клинических данных, экономических соображений и других факторов.

В США Центр оценки и исследований ЛС, являющийся подразделением Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA), ответственен за регистрацию ЛС. После утверждения FDA, новые препараты вводятся в клиническую практику в рамках программ Medicare, Medicaid и страховых компаний [50, p. 495-501; 53, p. e0304023; 54]. Британский национальный формуляр (BNF) является независимым профессиональным изданием, широко используемым медицинскими работниками Великобритании [55]. Электронный форум BNF, позволяет членам комитета получать обновления по электронной почте о необходимых изменениях. Члены комитета направляют свои мнения, которые затем сопоставляются председателем комитета, после этого принимается решение о принятии или отклонении изменений. Если мнения членов комитета различаются, эти вопросы выносятся на очное заседание для обсуждения и согласования окончательного решения [56-58].

Системы управления лекарственными формулярами могут различаться по методологии, но обычно включают ключевые компоненты процесса использования лекарств, такие как назначение, расшифровка, выдача, введение и мониторинг. Стратегия управления формулярами также должны включать постоянные усилия по обеспечению качества и мониторингу побочных реакций на лекарства [59]. University Health System Consortium [59, p. 443-451] провела опрос среди 52 медицинских учреждений, где было выявлено, что большинство учреждений имеют письменные правила подачи и обработки запросов на лекарственный формуляр. Механизмы внесения изменений варьируются от запросов врачей, направляемых напрямую в комитет по фармации и терапии, до ее подкомитетов [51, p. e2125179]. Также были выявлены различия в процессе проверки лекарств для запросов на добавления в формуляр. В двух третях опрошенных медицинских центров фармацевты несут основную ответственность за рассмотрение материалов, связанных с запросами на добавление ЛС в формуляр, в то время как в одной четверти учреждений врачи и фармацевты работают совместно при рассмотрении этих запросов [60]. Часто ответственность за управление формуляром возлагается на комитет по фармации и терапии, представляющий собой межпрофессиональную группу, оценивающую и обеспечивающую надлежащее использование лекарств в учреждении [53, p. e0304023].

Формуляр ПМСП служит основным справочным материалом для работников первичного звена здравоохранения, предоставляя информацию о рациональном выборе и использовании ЛС, а также об общем лекарственном менеджменте. На Филиппинах руководство по формуляру включает проверенные экспертами назначения, основанные на местных стандартах, а также информацию о проблемах, таких как устойчивость к противомикробным препаратам [61]. При изучении назначения ЛС врачами ПМСП [62] была выявлена значительная вариабельность в размерах и составах формуляров. Из 4655 врачей и 4930707 пациентов было выписано 41378903 амбулаторных рецепта, из которых 23% были новыми. Медианный размер формуляра варьировался от 150 до 296 препаратов. В четырех центрах ПМСП было зарегистрировано 1527 уникальных новых назначений, при этом частота назначения препаратов из основного списка колебалась от 0 до 100%. Это свидетельствует о различиях в назначении ЛС между врачами и учреждениями [62, p. 185-191].

Рациональное использование лекарственных средств является важным аспектом обеспечения качества медицинской помощи и улучшения состояния здоровья пациентов и населения в целом. В рамках рекомендаций по развитию фармацевтических услуг на уровне ПМСП выделены следующие функции и роли [63, p. 827-836]:

1. Функции, связанные с государственной политикой, организацией и управлением фармацевтическими системами и услугами:

– участие в разработке, реализации и оценке фармацевтической политики в пределах зоны ответственности соответствующей службы;

- разработка и обновление законодательства, установление норм фармацевтических услуг и соблюдение действующего законодательства, включая этические и биоэтические аспекты;
- планирование, внедрение, управление и оценка фармацевтических услуг;
- организация и управление поставками ЛС и других жизненно важных предметов первой необходимости;
- контроль за наличием и рациональным использованием ЛС и других предметов первой необходимости в условиях стихийных бедствий и санитарных чрезвычайных ситуаций;
- охрана здоровья и безопасности населения, а также окружающей среды;
- содействие доступу, качеству, безопасности и рациональному использованию ЛС;
- координация или участие в работе аптечных и терапевтических комитетов (по отбору ЛС) и других комитетов, связанных с фармацевтическими услугами.

2. Функции, связанные с ЛС:

- разработка, подготовка и хранение препаратов, необходимых для оказания услуг;
- переупаковка ЛС и других предметов первой необходимости;
- принять необходимые меры для обеспечения качества ЛС на всех этапах цепочки поставок;
- принять необходимые меры для надлежащего регулирования отходов ЛС и других предметов первой необходимости.

3. Функции, непосредственно связанные с пациентами, семьями и обществом:

- разработка и поддержка программ по профилактике заболеваний, а также укреплению, защите и реабилитации здоровья;
- отпуск ЛС;
- разработка мероприятий по пропаганде рационального использования ЛС, ориентированных на население и медицинский коллектив;
- оказание фармацевтической помощи, включая фармакотерапевтическое наблюдение;
- участие в программах фармаконадзора.

4. Функции, связанные с исследованиями и управлением знаниями:

- участие в планировании, мониторинге и оценке клинических исследований с соблюдением биоэтических принципов;
- разработка, мониторинг и оценка медицинских исследований;
- управление информацией и развитие компетенций, связанных с ЛС;
- содействие непрерывному образованию специалистов в фармацевтических службах и командах здравоохранения.

Проблема, связанная с ЛС, определяется как событие или обстоятельство, которое мешает достижению желаемых результатов лечения. Это включает ненужное или неэффективное лечение, побочные эффекты, неподобающую

дозировку и плохую приверженность [64]. Неопределенные или потенциальные ПМСП могут приводить к ненужным амбулаторным визитам, госпитализациям и удлинению лечения, увеличивая финансовое бремя на пациентов [65]. В США проблемы, связанные с ЛС, являются одной из главных причин смертности, составляя 3-6% госпитализаций и стоят 130 миллиардов долларов ежегодно. Исследования в ПМСП показали, что заболеваемость из-за проблем с ЛС в учреждениях ПМСП серьезная, с медианой 70,04% пациентов с хотя бы одним имеющими проблемы. Также было выявлено, что частота и количество ПСЛС на одного пациента в этих учреждениях высокие, особенно в процессе выписывания рецептов. Основной причиной проблем, связанных с ЛС, является неправильное назначение лекарств, что указывает на необходимость постоянного образования медицинских работников, и которые могут быть предотвращены с помощью инструментов оценки рисков [66-73].

Проект ARMIN в Германии был реализован в Саксонии и Тюрингии и стал первым междисциплинарным проектом по управлению ЛС, разработанным при участии врачей, фармацевтов и данных из системы обязательного медицинского страхования. ARMIN помог улучшить коммуникацию между профессионалами, определив четкие роли и процессы для проверки рисков, а также для составления и регулярного обновления планов приема лекарств [74].

Таким образом, управление лекарственными формулярами является ключевым процессом в системе здравоохранения, обеспечивающим рациональное использование и доступность лекарств, а также учет клинических и экономических факторов при принятии решений о введении новых препаратов. Эффективное управление формулярами требует междисциплинарного подхода, включающего активное сотрудничество врачей, фармацевтов и других специалистов, что способствует улучшению качества медицинской помощи и безопасному использованию лекарств. Для эффективного реформирования системы здравоохранения важно отслеживать ключевые показатели, которые отражают основные принципы ПМСП, такие как непрерывность медицинской помощи, ориентация на пациента и население, координация лечения, профилактика, укрепление здоровья и автономия пациентов. Важным аспектом обеспечения ЛС на уровне ПМСП является не только доступность препаратов, но и учет факторов риска, таких как количество принимаемых лекарств, возраст и состояние пациента, которые могут быть связаны с возникновением проблем, связанных с ЛС.

Взаимодействие между различными специалистами, включая врачей общей практики и фармацевтов, играет ключевую роль в раннем выявлении и вмешательстве при ПСЛС, а также в обеспечении надлежащего использования лекарств. Это взаимодействие способствует улучшению качества лечения и снижению рисков для здоровья пациентов.

1.3 Анализ нормативно-правового регулирования в области лекарственного обеспечения взрослого населения на уровне первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан

Анализ реализации услуг здравоохранения представляет собой сложный процесс, требующий многофакторного подхода и рассмотрения в среднесрочной и долгосрочной перспективе [75-81]. Анализ неоднородности процессов реализации должен проводиться с разных точек зрения и должен включать контекст реализации как ключевой элемент процесса [75, р. 319-349; 76, р. 250-259; 77, р. 2115-2127; 78, р. 159-160; 79, р. 311-321; 80, р. 704-721; 81, р. 370-374]. Контекстные элементы включают потребности и интересы субъектов, структуру системы здравоохранения и реализацию правовых рамок для достижения конкретных целей [82-85].

Основная цель настоящего исследования заключалась в том, чтобы лучше понять систему лекарственного обеспечения взрослого населения на амбулаторном уровне (АЛО) в Республике Казахстан путем сосредоточения анализа на двух факторах: правовой базе, которая определяется как соответствующие правила, законы и положения, и организационной практике, которая определяется как реализация правовой базы организациями и связанными с ней лицами, то есть то, как правовая база реализуется на практике. Помимо этого, настоящий анализ нацелен на выявление важных препятствий и возможностей, чтобы дать рекомендации по совершенствованию действующей системы правового регулирования в сфере лекарственного обеспечения.

В рамках настоящего исследования была разработана концептуальная основа для анализа нормативно-правового регулирования в сфере АЛО взрослого населения Казахстана (рисунок 1). В настоящем анализе правовая основа была взята в качестве отправной точки. Затем было проанализировано, как различные стейкхолдеры осуществляют деятельность и взаимодействуют для реализации АЛО в реальной жизни, то есть как правовая база применяется на практике.

Нормативно-правовые акты, регулирующие лекарственное обеспечение на уровне ПМСП.

Право граждан Республики Казахстан на охрану здоровья и получение установленного законом гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) гарантировано Статьей 29 Конституции РК, обладающей высшей юридической силой.

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» определяет основные принципы регулирования здравоохранения, включая равенство граждан в доступе к безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи, а также ГОБМП. Он также признает здоровье населения и эффективность ЛС как важные элементы национальной безопасности, подчеркивая важность доступности и рационального использования лекарственных препаратов и медицинских изделий. Кодекс гарантирует гражданам право на получение медицинской помощи и ЛС в рамках ГОБМП, и системе ОСМС. Использование лекарств в системе ГОБМП возможно только при их регистрации в РК и включении в национальный лекарственный формуляр, однако в исключительных случаях могут быть использованы в другие средства (рисунок 1).



Рисунок 1 – Нормативно-правовое регулирование в сфере АЛО взрослого населения Казахстана

ГОБМП формируется на основе принципов универсальности и доступности, а также доказательности и регулируемости, что способствует обеспечению эффективности и справедливости системы здравоохранения. Министерство здравоохранения (МЗ) регулирует цены на ЛС и медицинские изделия в рамках ГОБП и ОСМС, разрабатывает правила их регулирования и утверждает предельные цены. Также оно отвечает за обновление Казахстанского национального лекарственного формуляра (КНФ) и перечня лекарств, которые предоставляются гражданам бесплатно или на льготных условиях. В дополнение, Кодекс регулирует Перечень амбулаторно льготного обеспечения, который включает лекарства и медицинские изделия, закупаемые за счет бюджета или фонда ОСМС для оказания первичной и специализированной помощи гражданам с определенными заболеваниями. Это обеспечивает доступ к необходимым препаратам для наиболее уязвимых групп населения. Предельные цены на лекарства и медицинские изделия, закупаемые в рамках ГОБМП и ОСМС, устанавливаются на основе цен производителей и используются для формирования оптовых и розничных цен.

С целью развития социально-ориентированной системы здравоохранения в условиях рыночной экономики в Казахстане внедрена формулярная система, позволяющая ограничить количество постоянно применяемых препаратов определенным Перечнем ЛС, что значительно облегчает процесс закупки, снижает расходы на ЛС и оптимизирует лекарственную терапию. В Кодексе РК термин «формулярная система» обозначает процесс регулярной оценки и отбора ЛС для включения в лекарственные формуляры, их актуализацию и предоставление соответствующей информации для обеспечения рационального использования препаратов. Казахстанский национальный лекарственный

формуляр представляет собой перечень ЛС, которые имеют доказанную клиническую безопасность и эффективность, включая орфанные препараты. Он является обязательной основой для разработки формуляров медицинской организации и списков закупок ЛС в рамках ГОБМП и ОСМС. Руководители медицинских организаций несут ответственность за создание и утверждение формуляров, основываясь на КНФ, для обеспечения оказания медицинской помощи в рамках указанных систем. Обеспечение лекарствами на амбулаторном уровне осуществляется согласно приказам МЗ РК, включая Перечень лекарств и изделий для бесплатного или льготного обеспечения граждан с определенными заболеваниями, обновляемый на основе действующих регламентов.

Всего в Перечень АЛО, согласно приказу, входит 532 позиции ЛС для лечения 134 наименований заболеваний или патологических состояний, 80 из которых относятся к категориям пациентов «взрослые», «взрослые, состоящие на динамическом учете» и «все категории», подразумевающей как взрослых, так и детей. Анализ показал, что после удаления дублирующих значений, по коду в перечень входят 347 наименований лекарственных препаратов.

Приказом МЗ РК от 23.09.2020 г. №ҚР ДСМ-109/2020 утвержден Перечень двадцати пяти хронических или патологических состояний, которые требуют динамического наблюдения за пациентами. Другим приказом МЗ РК от 23.09.2020г. №ҚР ДСМ-108/2020, утвержден перечень социально значимых заболеваний, который в свою очередь определяет перечень из 3 наименований заболеваний/групп заболеваний, объединяющих в себе около 313 кодов международной классификации болезней 10 (МКБ-10). Оплата фармацевтических услуг в рамках ГОБМП или ОСМС регулируется приказом МЗ РК от 27.11.2020 №ҚР ДСМ-210/2020, который устанавливает правила оплаты этих услуг, а также медицинской помощи и медицинских изделий.

В целом, систему лекарственную политику в Республике Казахстан можно представить схематично (рисунок 2).

В результате анализа системы лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне в Республике Казахстан были выявлены ключевые аспекты правового и организационного регулирования, обеспечивающие доступность, безопасность и эффективность медикаментов для граждан. Основными нормативно-правовыми актами, регулирующими эту сферу, являются Конституция РК, а также Кодекс о здоровье народа и системе здравоохранения РК, а также различные подзаконные акты, такие как приказы Министерства здравоохранения РК, которые детализируют перечни лекарств и правила их предоставления в рамках ГОБМП и ОСМС.

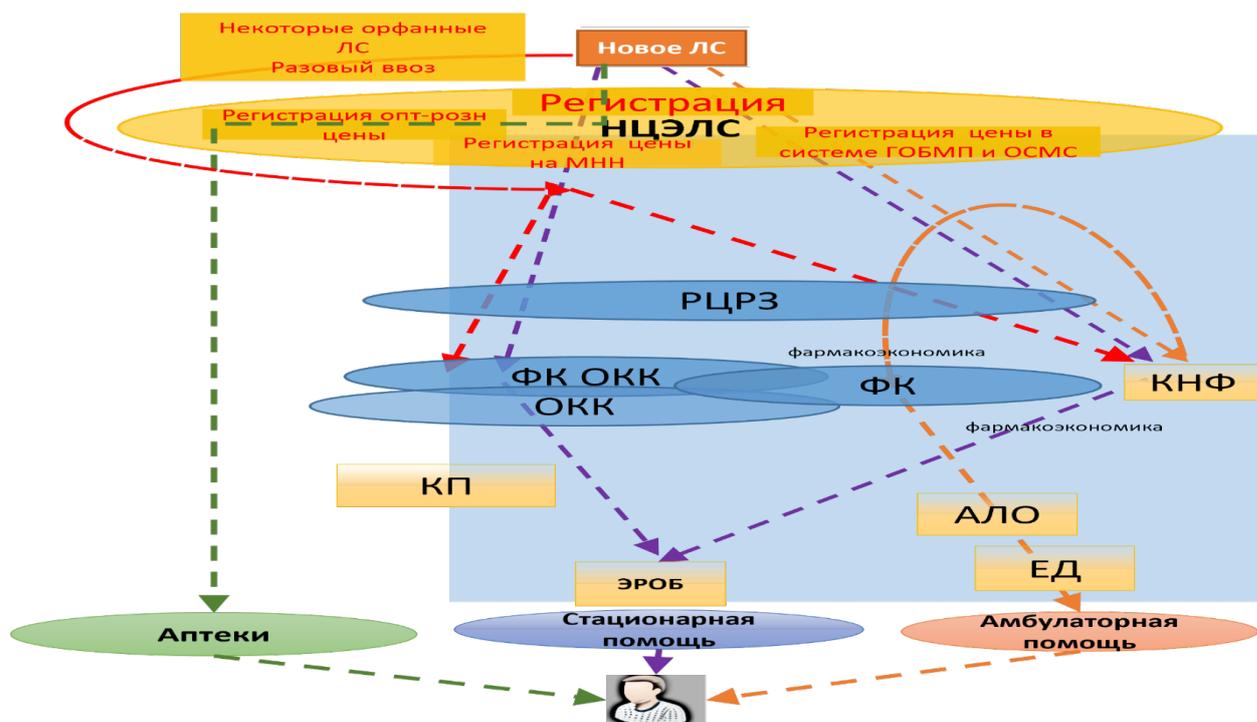


Рисунок 2 – Схема принятия решений и организации в сфере лекарственного обеспечения населения Республики Казахстан

Основные выводы исследования свидетельствуют о высоком уровне правового регулирования, направленного на обеспечение равного доступа граждан к качественной медицинской помощи и лекарствам. Однако выявлены и некоторые проблемы, связанные с несовершенством механизма реализации правовых норм на практике, такими как сложности с доступностью лекарств в сельской местности, недостаточная координация между различными стейкхолдерами и проблемы, связанные с ценовым регулированием на лекарственные средства. Кроме того, анализ показал важность формулярной системы как инструмента оптимизации закупок и снижения расходов на лекарства, что способствует рациональному использованию ресурсов и улучшению качества лечения. В то же время необходимо продолжать совершенствование нормативно-правовой базы, ориентируя её на улучшение практической реализации прав граждан и устранение существующих барьеров, таких как ограниченность списка доступных лекарств и сложность в его обновлении. В заключение, для повышения эффективности системы лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне в Казахстане важно усилить сотрудничество между государственными организациями, поставщиками медицинских услуг и пациентами, а также совершенствовать процессы контроля и оценки использования ЛС, и повысить информированность граждан о своих правах и доступных медицинских услугах.

2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На первом этапе исследования были определены цель и задачи. Наша цель заключалась в анализе финансирования и управления лекарственным обеспечением на уровне первичной медико-санитарной помощи среди населения, в оценке степени удовлетворенности населения доступностью и качеством лекарственного обеспечения. Мы разработали этапы исследования, на основе которых сформулирована методология исследовательской работы (таблица 1).

Таблица 1 – Этапы и задачи исследовательской работы

Этап	Задачи	Методы и методология исследования
1	Изучить мировой и отечественный опыт лекарственного обеспечения на уровне ПМСП	Обзор литературы в базе данных Pubmed, Cochrane, google scholarship и др. Анализ нормативно-правовых документов РК
2	Проанализировать финансирование лекарственного обеспечения населения в Республике Казахстан за 2019-2022 гг. или 2019-2022	Метод исследования: аналитический, статистический.
3	Изучить организацию лекарственного обеспечения на уровне ПМСП	Количественный и качественный метод (опрос 54 менеджеров здравоохранения и 421 респондентов г. Алматы и 770 Алматинской области)
4	Оценить степень удовлетворенности населения состоянием лекарственного обеспечения взрослого населения на уровне ПМСП	Социологический опрос населения (количественный метод) 2013 человек, из них: 728 из г. Алматы и 1285 из Алматинской области
5	Изучить карманные расходы населения ЛС г. Алматы и Алматинской области.	Смешанный метод исследования: количественный и качественный среди заинтересованных сторон. Количество респондентов?

Организация исследования

На первом этапе был изучен мировой и отечественный опыт лекарственного обеспечения на уровне ПМСП с использованием библиографических баз данных, таких как Pubmed, Cochrane, Google scholar, TripDatabase, и других. Для проведения поиска были разработаны ключевые слова, такие как: лекарственное обеспечение, первичная медико-санитарная помощь, амбулаторная помощь, лекарственный формуляр, выплаты из кармана, удовлетворенность населения, и др. В результате было проанализировано более 143 источников литературы (см. раздел 1). Также были проанализированы нормативно-правовые документы, регулирующие лекарственное обеспечение в Республике Казахстан, на основе которых был разработан алгоритм, способствующий лучшему пониманию процессов лекарственного обеспечения на уровне ПМСП.

На втором этапе исследования для анализа финансирования лекарственного обеспечения взрослого населения в Республике Казахстан за период 2018-2022 гг. было проведено обсервационное исследование, основанное на данных Информационной системы лекарственного обеспечения (ИСЛО). Это исследование имело целью оценить использование и затраты на лекарственные препараты в рамках государственных программ, таких как ГОБМП и ОСМС, для определения эффективных путей оптимизации расходов на лекарства в системе здравоохранения.

Данные ИСЛО представляют собой обширный и детализированный набор информации, который охватывает все рецепты и отпуск товаров поставщиками фармацевтических услуг или услуг по учету и продаже, включенных в эти программы. В учетных записях системы содержатся обезличенные демографические данные пациентов, такие как идентификационный номер РПН, дата рождения, пол, а также регион, что позволяет проводить анализ по различным социально-демографическим группам. Также учитываются диагнозы пациентов, прописанные лекарственные препараты и медицинские изделия, такие как международные непатентованные наименования, торговые наименования, количество, цена, номер рецепта, дата рецепта и отпуска. Дополнительно фиксируется источник финансирования, что дает возможность проследить, из какого фонда или программы были выделены средства на приобретение медикаментов.

Все заболевания классифицированы в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), что позволяет стандартизировать диагностику и облегчить меж страновое сравнение, а также более точно анализировать распределение затрат по различным заболеваниям и группам населения.

Анализ был проведен на пациентах, получавших медицинские услуги в рамках ГОБМП и ОСМС, а также амбулаторные ЛС по рецептам в период с января 2018 года по декабрь 2022 года. Изначально планировалось провести анализ за 2018 по 2022 годы, однако в процессе анализа выяснилось, что база данных за 2018 год не полная и не пригодна для дальнейшего анализа. Это могло значительно исказить результаты исследования, дальнейшее исследование было проведено за период с января 2019 года по декабрь 2022 года, что позволило использовать более точные и полные данные.

Анализ баз данных ИСЛО проводился с использованием программного обеспечения Microsoft Power BI и использованием многофункционального языка запросов DAX, что позволило анализировать большой объем данных. После выгрузки данных из Microsoft Power BI они были дополнительно обработаны и проанализированы в программе Microsoft Excel, что обеспечило удобство работы с большим объемом информации.

Чтобы изучить различия в расходах на лекарственные препараты и характеристиках пациентов в группах потребителей рецептурных препаратов были выделены пациенты с повышенными расходами на лекарства, то есть пациенты с высокими затратами на лечение (ПВЗЛ). ПВЗЛ были определены как

пациенты, чьи расходы на лекарства превышали пороговое значение, установленное на уровне топ-5% самых высоких затрат. Запрос в Power BI был построен следующим образом:

```
//high-cost users = 5 percentile
VAR high_cost = PERCENTILE.INC('Table'[Сумма], 0.95)
VAR low_cost = PERCENTILE.INC('Table'[Сумма], 0.05)

VAR result = SWITCH( TRUE(),
    'Table'[Сумма] >= high_cost, 1,
    'Table'[Сумма] >= low_cost, 2,
```

где Table – обозначение объединенной таблицы данных ИСЛО за исследуемый период.

Это позволило сосредоточиться на группе пациентов, чьи затраты на медикаменты значительно выше средних, что является важным для оптимизации расходов на здравоохранение. Так как объем данных за четыре исследуемых года превышал возможности Power BI, дальнейший анализ особенностей потребления ЛС среди группы высокотратных и низкотратных пациентов был ограничен только данными за 2022 год. Изначально анализировалась база данных амбулаторного лекарственного обеспечения за четыре года, однако при попытке объединить все данные возникали технические проблемы, связанные с обработкой слишком большого объема информации, что приводило к ошибке в Power BI. Кроме того, структура амбулаторного лекарственного обеспечения изменялась на протяжении рассматриваемых лет: перечень препаратов расширялся и корректировался, что могло исказить результаты исследования. Таким образом, выбор 2022 года для более детализированного анализа был обусловлен как техническими ограничениями, так и тем, что структура лекарственного обеспечения в этом году наиболее близка к текущему состоянию, что позволило получить более точные и актуальные выводы. Для этого был введен следующий запрос на языке DAX:

```
Сумма =
VAR USER = 'Table'[РПНID]

VAR RESULT =
SUMX(
    FILTER(
        '2022',
        '2022'[РПНID] = USER
    ),
    '2022'[сумма]
)
RETURN RESULT
```

В рамках исследования были проведены сравнения по различным показателям, таким как количество пациентов, средние затраты на одного пациента и общие ежегодные расходы на лекарства. Эти данные позволили выявить тенденции и закономерности в потреблении лекарств среди разных групп пациентов.

Кроме того, в ходе исследования были выделены 10 наиболее затратных диагнозов среди ПВЗЛ. Эти диагнозы были проанализированы как в общей группе (включая все возрастные группы), так и отдельно для детей младше 18 лет и взрослых. Сравнение этих диагнозов с диагнозами, наиболее распространенными среди всего населения, дало возможность выявить, какие заболевания способствуют наибольшим расходам на лекарства, и как эта информация может быть использована для улучшения планирования медицинских расходов в будущем.

С целью изучения организации лекарственного обеспечения на уровне ПМСП был проведен интервьюирование среди 54 менеджеров ПМСП и 1191 медицинского работника (врачи общей практики, фармацевты, узкие специалисты и старшие медицинские сестры). В рамках исследования анализировалась организация лекарственного обеспечения в г. Алматы и Алматинской области, а также проводилось сравнение между городом и селом Алматинской области. Распространение опросников проводилось с поддержкой управления здравоохранения двух регионов. Участие в опросе было добровольным и анонимным (Приложения Б, В, Г). Исследование одобрено Локальным этическим комитетом КазНМУ (№18 от 6 февраля 2023 г.).

Интервьюирование менеджеров ПМСП: целевой группой были заместители и главные врачи ПМСП. Мы задали пять вопросов, которые представлены в (Приложения Б). 30 менеджеров были из ПМСП Алматинской области и 24 менеджеров из г. Алматы. Интервьюирование проводилось по телефону и оффлайн встречи. Запись проводилось в бумажной версии. После согласования ответов с респондентами, был проведен анализ данных. Для анализа данных, полученных в ответах на вопросы о проблемах в сфере лекарственного обеспечения на уровне ПМСП, был применен метод тематического анализа. Этот метод подходит для выявления ключевых проблем, озвученных менеджерами, а также для анализа причин их возникновения и предложений по их решению. После сбора данных мы провели группировку ответов по каждому вопросу. Ответы на первые три вопроса были проанализированы с использованием процентного соотношения ответов респондентов. Для анализа двух других вопросов мы выделили две основные категории: проблемы (например, «недостаток финансирования», «дефицит специалистов», «проблемы с информационной системой») и предложенные решения (например, «создание запасов ЛС на пять лет», «устранение ежегодных лимитов»). Затем данные были разбиты на более мелкие фрагменты, и каждому фрагменту был присвоен код, отражающий суть проблемы или предложения как: код: финансирование; код: обеспечение ЛС; код: другие причины. В результате проведенного анализа были выявлены основные проблемы, с которыми

сталкиваются менеджеры в сфере лекарственного обеспечения, а также сопоставлены эти проблемы с предложениями по их решению.

Опрос медицинских работников: согласно расчету перекрестного исследования размера выборки такова:

$$n = deff \times \frac{N \cdot \hat{p}(1 - \hat{p})}{(N - 1) \frac{d^2}{z_{\alpha}^2} + \hat{p}(1 - \hat{p})}$$

где n – размер выборки;

N – генеральная совокупность;

$deff$ – 1 (эффект конструкции – случайная выборка);

\hat{p} – 0,5;

d – 0,05 (желаемая абсолютная точность или абсолютный уровень точности);

z_{α}^2 – 1,96 (z-показатель).

Статистический анализ был проведен с использованием программы SPSS13, где для описания данных применялся описательный анализ. Для проверки взаимосвязей между переменными использовался критерий хи-квадрат. Статистическая значимость результатов оценивалась на уровне $p < 0,05$, что позволяет утверждать о наличии достоверных различий.

На следующем этапе для оценки степени удовлетворенности взрослого населения состоянием лекарственного обеспечения на уровне ПМСП и анализа масштабов карманных расходов граждан РК на ЛС, входящие в перечень амбулаторного лекарственного обеспечения в рамках ГОБМП и ОСМС, был разработан детализированный опросник, состоящий из 41 вопроса. Вопросы были смешанные, включающие как открытые, так и закрытые вопросы, что позволило респондентам оставлять свои комментарии и дополнительные замечания (Приложение В). Опросник охватывал различные аспекты удовлетворенности населения лекарственным обеспечением в ПМСП, а также позволил изучить, какие препараты респонденты приобретают ежемесячно за свой счет и проанализировали были ли данные препараты в перечне лекарственного обеспечения в рамках ГОБМП и ОСМС. Гендерное распределение в исследовании не предусматривалось, соответственно оба пола были представлены среди участников. Этническая принадлежность также не ограничивалась, что позволило включить граждан РК разных национальностей и этнических групп. Критерии включения в исследование включали добровольное согласие на участие; возраст 18-74 года, а также место проживания (Алматы или Алматинской области). Исключения составили лица, которые не согласились на участие в исследовании, а также те, кто был признан недееспособными или не мог дать согласие самостоятельно, в соответствии с законодательством.

Опрос проводился с использованием Google Forms и бумажной версии, среди жителей г. Алматы и Алматинской области. В исследовании приняли участие 2013 человек, из которых 728 респондентов из г. Алматы, и 1285 из Алматинской области. Из общего числа участников - 1133 состояли на

диспансерном учете, из которых 406 (56,8%) респондентов из г. Алматы и 727(59,5%) из Алматинской области.

Для идентификации независимых факторов, *влияющих на доступность ЛС*, был применен многофакторный анализ с использованием модели логистической регрессии. Отношения шансов (ОШ) с 95% доверительными интервалами (ДИ) рассчитывались после одновременной коррекции на потенциальные искажающие факторы. В анализе учитывались такие независимые переменные, как: сложности при формировании заявки на ЛС, ответственные лица, контролирующие расходование ЛС, эксперты по назначениям ЛС пациентам в медицинской организации, учет мнения медицинского персонала при формировании заявок на ЛС, наличие информации (жалобы, положительные отзывы) о качестве закупленных ЛС, наличие лекарственной формулярной комиссии.

Независимые факторы, *влияющие на затраты граждан на ЛС за счет собственных средств*, были определены с помощью многофакторного анализа с использованием модели логистической регрессии. Мы включили восемь переменных модели логистической регрессии, которые показали влияние на затраты из собственных средств на ЛС: возраст, пол, уровень образования, материальное положение, статус человека, семейное положение, состояние здоровья, а также наличие диспансерного наблюдения.

Аналогично, как в предыдущей задаче, статистический анализ данных проводился с использованием SPSS 13. Категориальные переменные были представлены в процентах и сравнивались с использованием критерия хи-квадрат. Статистическая значимость определялась по значению $p < 0,05$, что считалось статистически значимым.

3 АНАЛИЗ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 2019–2022

В Казахстане система предоставления медицинских услуг населению организована через два основных пакета: ГОБМП и ОСМС. ГОБМП охватывает граждан РК, иностранцев и лиц без гражданства, установивших постоянное место жительства в границах страны. В состав ГОБМП входят специализированные службы здравоохранения, в том числе неотложная медицинская помощь с использованием медицинской авиации. ПМСП включает диагностические, лечебные и профилактические обследования, а также санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия в очагах инфекционных заболеваний. Специализированная амбулаторная помощь включает диагностику и профилактику ВИЧ и туберкулеза, неотложную медицинскую помощь и лечение хронических заболеваний. В стационаре ГОБМП охватывает лечение этих заболеваний, а также помощь при инфекциях, представляющих опасность для окружающих. Обеспечение ЛС, медицинскими изделиями и иммунобиологическими препаратами также входит в пакет, соответствуя перечню заболеваний, для которых предусмотрены прививки и специализированная помощь. Лицам, охваченным системой ОСМС в Казахстане, предоставляется расширенный спектр медицинских услуг с учетом их страхового статуса.

Структура финансирования ОСМС в Казахстане разнообразна и отражает вклады различных категорий граждан и государства. Работодатели отчисляют 3% зарплаты работника в Фонд ОСМС, что не превышает ~21 147 тенге, а сотрудники самостоятельно отчисляют 2% своего дохода с максимальным лимитом ~13 808 тенге. Индивидуальные предприниматели и лица, занимающиеся частной практикой, вносят 5%, что составляет 1,4 месячного расчетного показателя (МРП) или ~5 062 тенге. Самозанятые граждане используют многоуровневую систему оплаты: жители городов вносят 1 МРП (~3 630 тенге), а жители сельской местности – 0,5 МРП (~1 815 тенге). Независимые плательщики вносят 5% от минимальной заработной платы, которая составляет около 3495 тенге. Государство обязуется обеспечить медицинское страхование для 15 льготных категорий граждан, что включает 11 миллионов казахстанцев. К этим категориям относятся дети, безработные, беременные женщины, находящиеся в отпуске по уходу за ребенком, лица, осуществляющие уход за инвалидами, пенсионеры, ветераны, лица, отбывающие наказание, лица, находящиеся в СИЗО, неработающие матери, многодетные матери, лица с инвалидностью, учащиеся различных образовательных учреждений, а также безработные получатели государственной адресной социальной помощи. Ежегодный взнос на одного человека в рамках этих категорий установлен на уровне ~4 512 тенге.

Существует список лекарств – перечень амбулаторно-лекарственного обеспечения (АЛО), компенсация которых осуществляется за счет как

бюджетных средств, так и средств фонда ОСМС. В этом перечне приведены наименования и характеристики медицинских изделий, специально разработанных для конкретных категорий льготников, имеющих определенные заболевания. Объем этого списка относится к амбулаторно-поликлинической медицинской помощи. Министерство здравоохранения (МЗ) последовательно проводит периодические проверки и утверждение этого списка, чтобы поддерживать его актуальность и эффективность.

Анализ базы данных информационной системы лекарственного обеспечения (ИСЛО), за период с 2019 по 2022 годы, показал, что всего за исследуемый период лекарственные средства и изделия медицинского назначения в рамках АЛО получило 3,96 млн. человек. Всего было выписано и обеспечено 54,33 млн. рецептов на общую сумму 578,69 млрд. тенге. Также было подсчитано, что всего АЛО покрыло за пятилетний период 906 наименований ЛС и ИМН для лечения 137 различных диагнозов (рисунок 3).

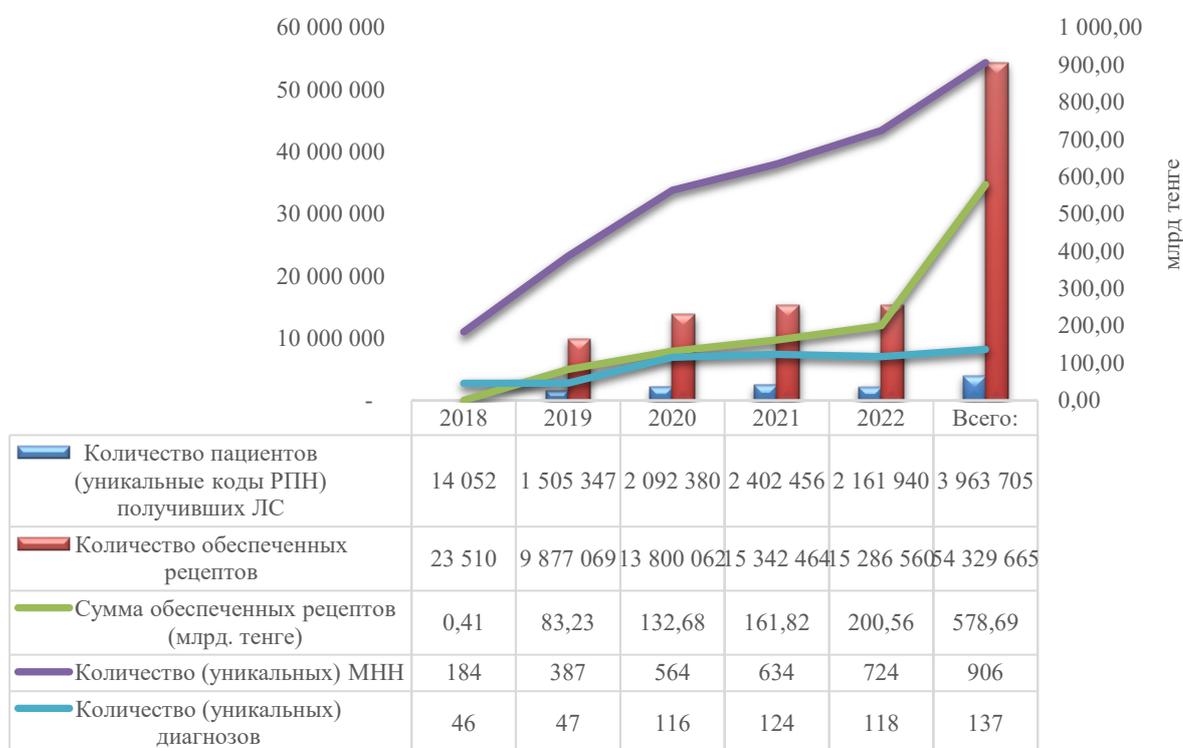


Рисунок 3 – Данные по Республике Казахстан об амбулаторном лекарственном обеспечении согласно базы данных ИСЛО за 2018-2022 годы

Согласно ИСЛО, в 2018 году всего 14 тыс. пациентов получили ЛС и ИМН на сумму менее одного миллиарда тенге, что не может соответствовать действительности и скорее всего связано с неполной базой данных ИСЛО за этот год. В связи с этим, в рамках настоящего исследования было решено исключить 2018 год из анализа с целью недопущения некорректных выводов.

По полученным данным, в целом в стране в период с 2019 по 2022 гг. наблюдался значительный и стабильный рост затрат на АЛО. Так, в 2019 году всего было выдано 9,88 млн. рецептов на общую сумму 83,23 млрд. тенге, а в

2022 количество обеспеченных рецептов выросло в 1,5 раза и повлекло за собой рост затрат на в 2,5 раза.

Количество МНН, выдаваемых ежегодно в рамках АЛО за анализируемый период, выросло с 387 позиций в 2019 до 724 в 2022 (рост на 187%). Что касается показаний, по которым пациенты получали ЛС и ИМН в рамках АЛО, то количество диагнозов в период с 2019 по 2022 гг. выросло в 2,5 раза (118 против 47 в 2022 и 2019 годах соответственно).

Число пациентов, получивших ЛС и ИМН в рамках АЛО за анализируемый период хоть и также показало рост, но темпы прироста были ниже, чем рост общих затрат на лекарственное обеспечение - 1,5 млн. человек в 2019 против 2,2 млн. в 2022 (прирост в 1,4 раза). Это указывает на тенденцию к увеличению расходов на лечение одного пациента, что может быть связано как с ростом стоимости препаратов, так и с расширением перечня АЛО в рамках одних и тех же диагнозов (рисунок 4).

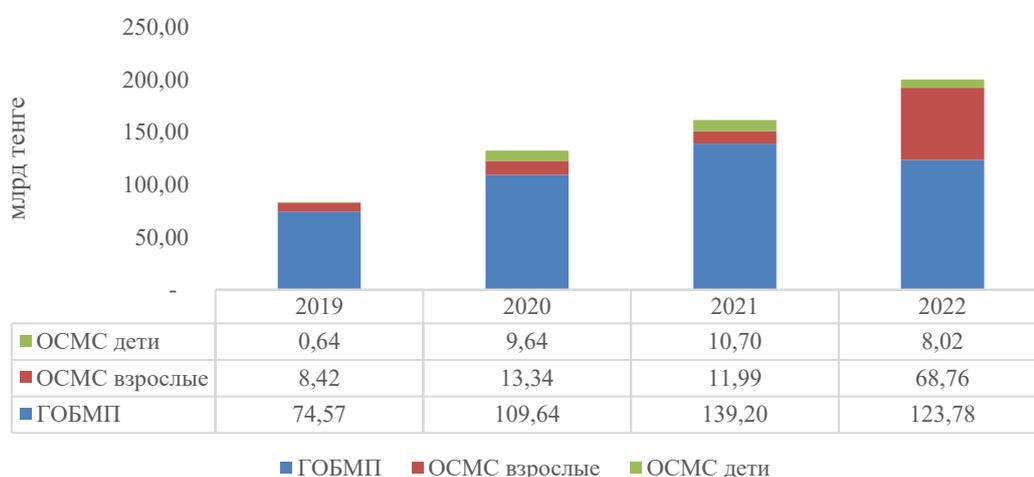


Рисунок 4 – Затраты на АЛО за период с 2019 по 2022 в разрезе источников финансирования: ГОБМП, ОСМС для взрослых и ОСМС для детей

Интересен тот факт, что наибольший прирост количества пациентов, получивших медицинскую помощь в рамках АЛО и числа показаний, по которым данная помощь была оказана, наблюдался в 2021 году, с дальнейшим снижением в 2022 году. Это может быть связано с последствиями COVID-19 и ростом спроса на амбулаторное лекарственное обеспечение в период пандемии. В 2021 году многие пациенты, перенесшие острые заболевания, а также хронические больные, нуждались в постоянном медикаментозном лечении и поддержке в условиях ограниченного доступа к стационарной медицинской помощи. Пандемия вызвала увеличение заболеваемости рядом инфекционных и хронических заболеваний, что привело к повышению потребности в лекарственных средствах, особенно антибактериальных средств. Однако, в 2022 году, с ослаблением карантинных мер наблюдается некоторое снижение спроса на АЛО, что может свидетельствовать о стабилизации состояния здравоохранения и улучшению доступности других видов медицинской помощи.

В связи с внедрением в Казахстане системы ОСМС следующим этапом в рамках настоящего исследования были проанализированы затраты на АЛО в разрезе источников финансирования: ГОБМП, ОСМС для взрослых и ОСМС для детей.

Анализ показал, что доля расходов на АЛО из ГОБМП оставалась самой высокой на протяжении всех четырех лет, но в 2022 году она заметно снизилась с 89 до 62%, что связано с увеличением финансирования из других категорий, особенно ОСМС для взрослых. Доля финансирования из этой категории значительно возросла в 2022 году, достигнув 34,3% от общего объема затрат против 10% в 2019 году. Доля затрат из средств ОСМС для детей варьировалась от менее чем 1% в 2019 году до ~7% в 2020 и 2021 годах, а в 2022 году снизилась до 4,0%. Следует отметить, что на протяжении исследуемого периода, несмотря на колебания в процентных соотношениях, наблюдался рост затрат по всем источникам финансирования в абсолютном выражении, за исключением финансирования АЛО из средств ОСМС для детского населения в 2022 году (рисунок 5).

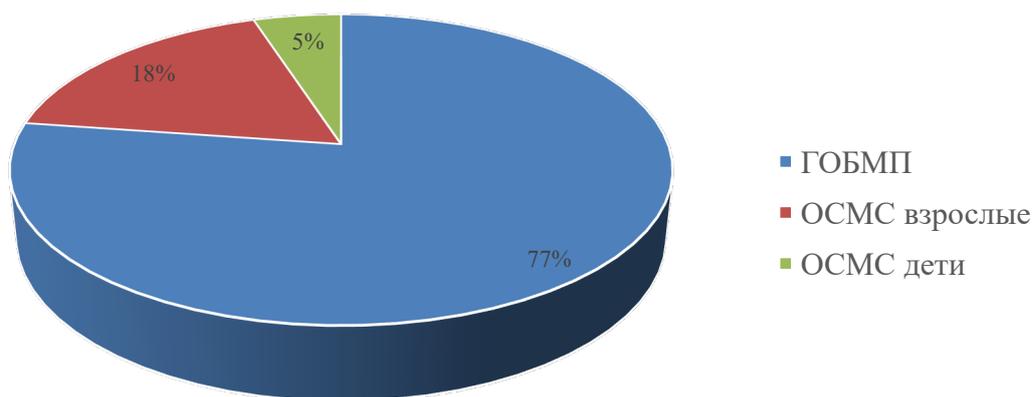


Рисунок 5 – Доля затрат на АЛО за период с 2019 по 2022 годы в разрезе источников финансирования

Анализ суммарных данных за период с 2019 по 2022 годы свидетельствует о том, что основная доля затрат в системе АЛО сосредоточена на ГОБМП и составляет 77,3% от общих расходов. Это подчеркивает ключевую роль ГОБМП в обеспечении населения РК лекарственными средствами на амбулаторном уровне. Финансирование из ОСМС для взрослых занимает второе место в обеспечении АЛО, составляя 17,7%, что свидетельствует о возрастающей значимости данного механизма обеспечения лекарственными средствами для взрослого населения. В то же время доля расходов ОСМС для детей составила 5,0% от общего объема затрат.

Таким образом, принимая во внимание, что взносы за детей и некоторые категории взрослого населения Казахстана в ФСМС осуществляются государством, можно констатировать, что более 80% затрат на лекарства,

выдаваемые населению бесплатно по рецептам, финансируются из государственного бюджета.

Анализ затрат на АЛО по регионам РК за рассматриваемый период (рисунок 6) показывает значительные различия в объемах расходов. Так, наибольшие затраты зафиксированы в Алматы – 86,01 млрд. тенге, что составляет 14,86% от общего объема затрат по стране. Астана также демонстрирует значительные расходы – 48,90 млрд. тенге, что составляет 8,45% от общего объема.

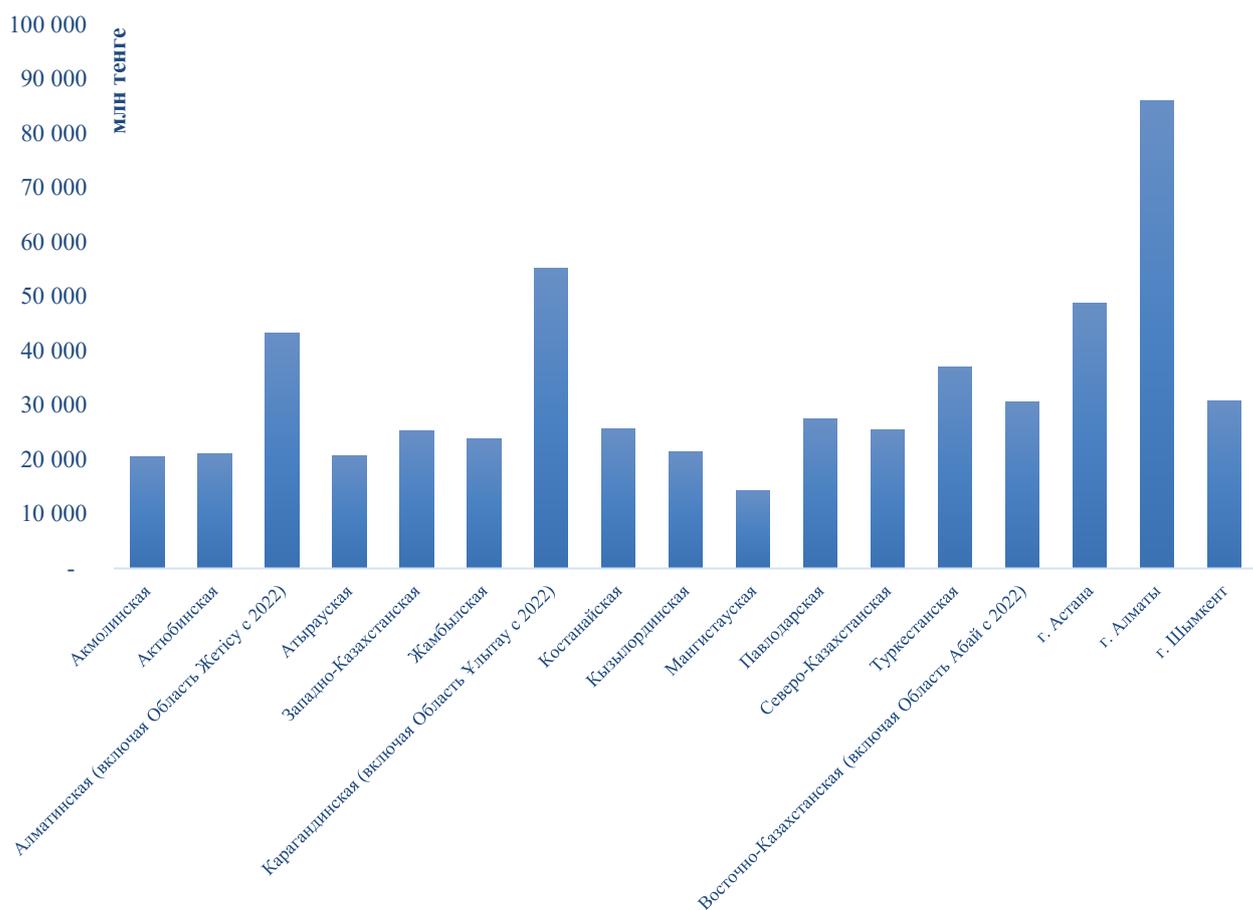


Рисунок 6 – Анализ затрат на АЛО в разрезе регионов РК за 2019-2022 гг.

Среди областей наибольшие затраты наблюдаются в Карагандинской области (включая область Ұлытау с 2022 года) – 55,22 млрд. тенге (9,54%), Алматинской области (включая область Жетісу с 2022 года) – 43,35 млрд. тенге (7,48%), Туркестанской области – 37,10 млрд. тенге (6,41%) и Восточно-Казахстанской области (включая область Абай) – 30,57 млрд. тенге (5,28%). Наименьшие затраты зарегистрированы в Мангистауской области – 14,23 млрд. тенге (2,46%), что может указывать на ограниченные потребности в медицинских услугах или недостаточное финансирование.

Анализ средних затрат на амбулаторное лекарственное обеспечение (АЛО) на душу населения, рассчитанный как соотношение общих затрат и средней численности населения за анализируемый период, предоставляет более детализированное представление о доступности медицинских услуг в различных регионах РК (рисунок 7).

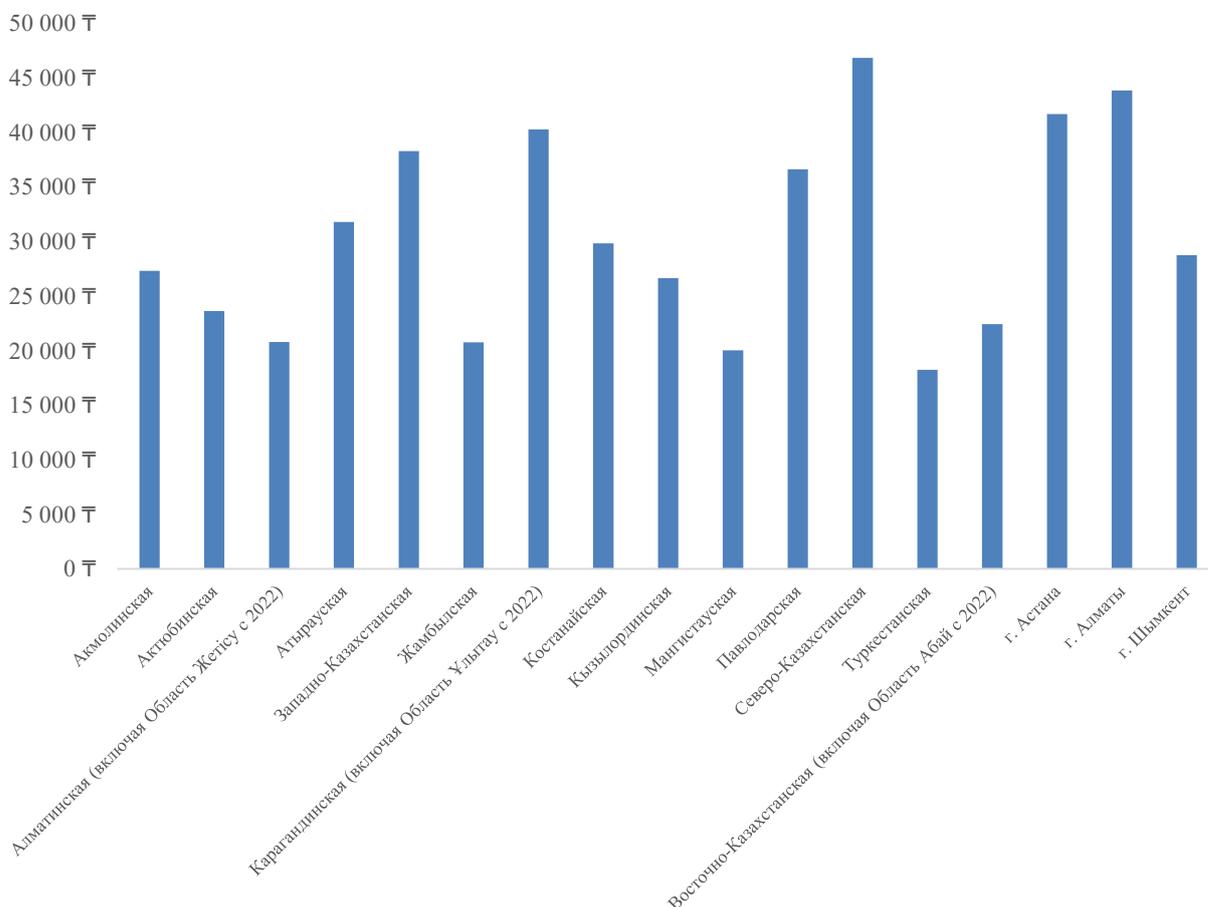


Рисунок 7 – Анализ средних затрат на АЛО на душу населения за 2019-2022 гг в разрезе регионов РК

В целом по РК средние затраты на АЛО за рассматриваемый период составили 30 696 тенге на душу населения. Наиболее высокие средние затраты зафиксированы в Северо-Казахстанской области – 46 818 тенге, что может свидетельствовать о высоком уровне потребности в медицинских услугах или о более развитой системе обеспечения. Карагандинская область (включая область Ұлытау) также демонстрирует значительные расходы на уровне 40 254 тенге на человека, что подчеркивает её важность в системе здравоохранения.

Города Алматы и Астана имеют средние затраты на уровне 43 827 тенге и 41 667 тенге соответственно. Эти показатели подтверждают высокую доступность медицинских услуг в столичных регионах, что, вероятно, связано с более развитой инфраструктурой и наличием большего количества медицинских учреждений.

В то же время, наименьшие средние затраты наблюдаются в Туркестанской области, Мангистауской области и Алматинской области (включая область Жетісу) с показателями на уровне 18 247, 20 028 и 20 768 тенге на человека соответственно, что может указывать на недостаточное финансирование, меньшую доступность или низкие потребности в медицинских услугах в указанных регионах.

Эти данные подчеркивают необходимость более глубокого анализа потребностей в медицинских услугах и распределения ресурсов в системе АЛО. Региональное неравенство в средних затратах на АЛО свидетельствует о необходимости корректировки стратегии финансирования, направленной на обеспечение более равномерного доступа к медицинским услугам для всего населения страны. Применение таких мер может включать увеличение инвестиций в менее финансируемые регионы, что позволит улучшить доступность и качество медицинской помощи для всех групп населения.

Анализ затрат на АЛО в разрезе пола позволяет выделить ряд интересных закономерностей и тенденций в распределении ресурсов между мужчинами и женщинами. Данные показывают, что в целом по РК общие затраты на АЛО для мужчин составили 282,58 млрд. тенге, тогда как для женщин – 296,11 млрд. тенге. Это указывает на то, что расходы на медицинские услуги для женщин, чуть выше и составляют 51% от общего объема затрат (рисунок 8).

При этом, в некоторых регионах наблюдается значительное преобладание расходов на АЛО для женщин. Так в Акмолинской, Павлодарской и Восточно-казахстанской (включая область Абай с 2022 года) перевес в потреблении АЛО в пользу женщин составил 56 против 44% в Атырауской и Мангистауской областях, напротив, наблюдается ярко выраженная разница с перевесом в пользу мужчин – 63% против 37 и 58% против 42% соответственно. Расходы на мужчин составили 13,03 млрд. тенге, что соответствует 63%, а на женщин – 7,76 млрд. тенге, или 37%. В крупных городах, таких как Алматы и Астана, расходы на женщин также выше. Так, в Алматы затраты на женщин составили 25,90 млрд. тенге (53%), а на мужчин – 23,01 млрд. тенге (47%). В Шымкенте, напротив, затраты на мужчин немного превышают расходы на женщин (53 против 47%). Данные результаты могут указывать на различия в здоровье или доступности медицинских услуг для разных полов в различных регионах страны.

В среднем по РК расходы на АЛО для женщин составляют 51%, что может указывать на более высокую потребность в медицинских услугах среди женщин или на специфические факторы, влияющие на их здоровье. Мужчины, в свою очередь, демонстрируют более высокие затраты в определенных регионах, таких как Атырауская и Мангистауская области, что может быть связано с более высокими уровнями заболеваемости или обращаемости в медицинские организации (рисунок 8).

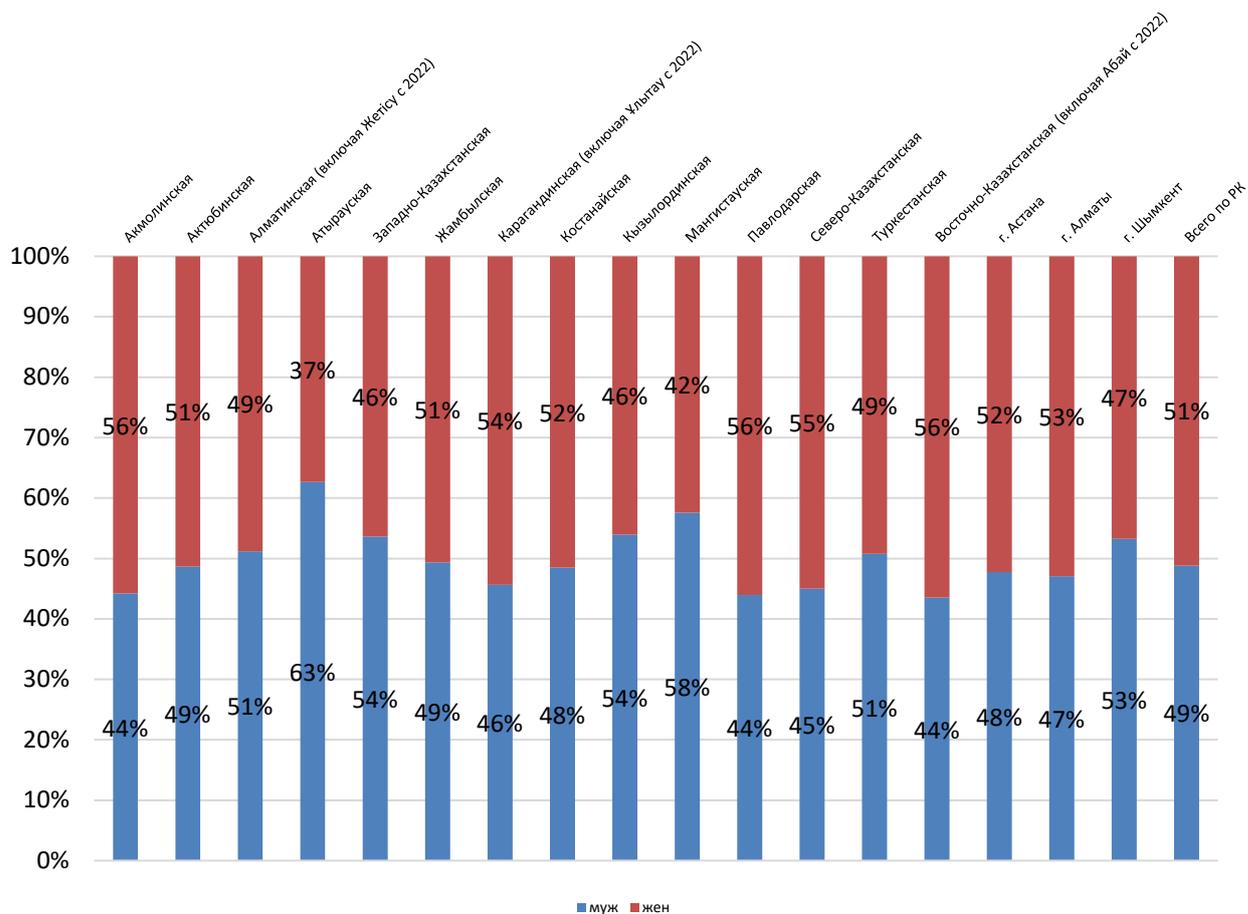


Рисунок 8 – Распределение затрат по полу в разрезе регионов РК за 2019-2022 гг.

Полученные данные указывают на необходимость более глубокого изучения факторов, влияющих на различия в затратах на АЛЮ между полами. Важно также рассмотреть, как социальные и экономические факторы могут влиять на потребности в медицинских услугах, и учитывать эти аспекты при разработке программ и стратегий по улучшению доступности медицинской помощи для обоих полов. Региональные различия подчеркивают важность адаптации медицинских услуг к специфическим потребностям населения, что может улучшить здоровье и благополучие всех групп граждан.

Анализ данных о затратах на АЛЮ в РК позволяет выделить несколько интересных закономерностей и потенциальных гипотез.

Региональные различия: Существенные различия в расходах на АЛЮ между регионами указывают на наличие неравномерности в доступности или потребности в медицинских услугах. Это может быть связано как с экономическим состоянием регионов, так и с различиями в инфраструктуре здравоохранения.

Высокие затраты в городах: Города Алматы и Астана демонстрируют самые высокие затраты на АЛЮ. Это может свидетельствовать о более высоком уровне потребности в медицинских услугах в урбанизированных районах, где

сосредоточено большее количество населения, а также о наличии более развитой инфраструктуры.

Низкие затраты в некоторых областях: Региональная разница в расходах также поднимает вопросы о недостаточном финансировании, меньшей доступности медицинских услуг или низких потребностях в этих областях. Это может быть признаком того, что в некоторых регионах система здравоохранения требует реформ для улучшения доступа к медицинским услугам.

Гипотеза о потребностях: Высокие затраты на душу населения в Северо-Казахстанской и Карагандинской областях могут говорить о более высоком уровне медицинских потребностей, что требует дальнейшего изучения. Возможно, в этих регионах население обращается за медицинской помощью чаще или сталкивается с более сложными случаями заболеваний.

Необходимость корректировки финансирования: Неравномерное распределение затрат подчеркивает необходимость корректировки стратегии финансирования системы здравоохранения, что может включать пересмотр приоритетов в распределении ресурсов и инвестиций в менее обеспеченные регионы.

Анализ потребностей и ожиданий населения: важно учитывать не только финансовые затраты, но и удовлетворенность населения услугами здравоохранения. Проведение опросов и исследований может помочь выяснить, насколько население удовлетворено доступностью и качеством медицинских услуг, что позволит адаптировать систему здравоохранения к реальным потребностям граждан. Эти наблюдения могут служить основой для дальнейших исследований и анализа в области медицинского обеспечения, а также для разработки стратегий, направленных на повышение качества и доступности медицинских услуг в РК.

Анализ по годам показал, что 2020 год является поворотным моментом в системе АЛО. В условиях пандемии COVID-19 наблюдался резкий рост как количества пациентов (+33,6%), так и общего объема закупок (+58,6%). Структура закупок сместилась в сторону дорогостоящих препаратов для лечения тяжёлых и хронических состояний, включая антикоагулянты, онкопрепараты и иммунобиологические средства. Впервые был зафиксирован повсеместный рост затрат в большинстве регионов. В свою очередь, 2021 год характеризуется стабилизацией и закреплением трендов предыдущего года. Темп роста по охвату пациентов замедлился (+3,2%), однако затраты на АЛО продолжили расти (+21,7%). Продолжилась закупка лекарств по расширенным нозологиям, включая орфанные заболевания. Структура АЛО сохраняла фокус на дорогостоящих препаратах.

В период пандемии 2020 год стал пиковым как по темпам прироста сумм затрат на АЛО (+58,6%), так и по увеличению охвата пациентов (+33,6%), что напрямую коррелирует с началом пандемии и мобилизацией ресурсов системы здравоохранения. В 2021 году положительная динамика сохранилась, однако уже в 2022 году наблюдается обратная тенденция — спад объёмов на 9,8% и сокращение охваченного контингента на 22,6%.

Следует отметить, что пандемия COVID-19 оказала не только краткосрочное, но и долговременное влияние на систему лекарственного обеспечения, в особенности для пациентов с хроническими заболеваниями. Исследования показывают, что наличие таких заболеваний, как сахарный диабет, онкологические, сердечно-сосудистые и лёгочные болезни, существенно повышает риск тяжёлых последствий при инфицировании SARS-CoV-2, включая летальный исход и необходимость интенсивной терапии [88,89]. Это обусловлено как особенностями иммунного ответа у таких пациентов, так и необходимостью постоянного контроля и терапии, доступ к которым был нарушен в условиях пандемии.

Более того, по данным международного обзора, COVID-19 существенно дестабилизировал системы наблюдения и лечения хронических заболеваний во многих странах, включая те, где ресурсы ограничены. Пациенты сталкивались с трудностями в получении регулярного лечения, доступе к лекарствам и консультациям, что в дальнейшем могло привести к ухудшению состояния и повышению потребности в дорогостоящей терапии. В этом контексте зафиксированный в Казахстане рост расходов на АЛЮ в 2020–2021 годах может быть отчасти объяснён именно этими факторами. Пандемия также спровоцировала изменения в самой структуре потребления лекарств. Согласно результатам анализа, в 2020 году был зафиксирован рост закупа антибактериальных препаратов, особенно макролидов (азитромицин), фторхинолонов и цефалоспоринов. Этот тренд наблюдался и в 2021 году, хотя темпы прироста замедлились. Увеличение закупа антибиотиков в амбулаторном сегменте в рассматриваемые годы может быть связано с эмпирическим назначением антибактериальной терапии пациентам с подозрением на COVID-19 или лёгкими формами пневмонии.

Таблица 2. Динамика по обеспечению антибактериальными препаратами в рамках АЛЮ в 2019–2022 гг.

Год	Кол-во пациентов	Затраты в млн тенге
2019	18 750	6 303
2020	358 693	82 091
2021	272 728	64 424
2022	94 548	17 278

Данные анализа согласуются с глобальными наблюдениями. Согласно докладу ВОЗ (апрель 2024 года), более 75% пациентов, госпитализированных с COVID-19, получали антибиотики несмотря на то, что доля подтверждённых бактериальных инфекций составляла менее 8% [90]. Подобное несоответствие привело к обеспокоенности ростом антимикробной устойчивости. Аналогичные выводы представлены и в систематическом обзоре Некmat и соавторы [91], в котором подчёркивается широкое, но не всегда обоснованное применение

антибиотиков при COVID-19, преимущественно в условиях отсутствия явных признаков бактериальной коинфекции.

Таким образом, зафиксированный в Казахстане рост закупа антибактериальных препаратов в 2020–2021 годах, вероятно, отражает общемировую практику назначения антибиотиков при COVID-19. Это подчёркивает необходимость усиления мер антимикробного надзора, а также дальнейшего анализа обоснованности включения тех или иных антибактериальных препаратов в программу АЛО.

Наряду с этим, данные показали также рост потребления гормональных препаратов, в частности глюкокортикостероидов (дексаметазон, метилпреднизолон), что согласуется с международной клинической практикой. Согласно результатам исследований и рекомендациям ВОЗ, глюкокортикостероиды стали стандартом лечения пациентов с тяжёлой формой COVID-19, нуждающихся в кислородной поддержке. В частности, исследование RECOVERY показало снижение летальности у госпитализированных пациентов, получавших дексаметазон, особенно среди тех, кто находился на ИВЛ. Более поздние метаанализы подтвердили эффективность метилпреднизолона как препарата с высокой проникающей способностью в лёгочную ткань и выраженным противовоспалительным действием [92,93]. В этом контексте рост закупа глюкокортикостероидов в Казахстане в 2020–2021 годах можно считать ожидаемым и обоснованным.

Также, в 2020 году был зафиксирован резкий рост закупок антикоагулянтов — такие МНН, как эноксапарин, далтепарин и фондапаринукс демонстрировали кратное увеличение объёмов. Эти данные согласуются с международными клиническими рекомендациями, согласно которым использование терапевтических доз антикоагулянтов у пациентов с COVID-19 и высоким риском тромбозов стало стандартной практикой [94]. Таким образом, увеличение закупа данной группы препаратов представляется обоснованным и отражает адаптацию системы здравоохранения к изменившейся клинической картине и практике ведения пациентов в условиях пандемии.

Значительным последствием пандемии стал рост роли первичной медико-санитарной помощи, которая взяла на себя лечение пациентов с лёгкими формами заболевания, а также наблюдение за хроническими пациентами. В этом контексте ускорилось внедрение электронных рецептов, дистанционного консультирования и цифровых платформ для логистики. Эти факторы способствовали как расширению охвата, так и улучшению планирования лекарственных нужд, на систему лекарственного обеспечения, в особенности для пациентов с хроническими заболеваниями. Исследования показывают, что наличие таких заболеваний, как сахарный диабет, онкологические, сердечно-сосудистые и лёгочные болезни, существенно повышает риск тяжёлых последствий при инфицировании SARS-CoV-2, включая летальный исход и необходимость интенсивной терапии [89-92]. Это обусловлено как особенностями иммунного ответа у таких пациентов, так и необходимостью

постоянного контроля и терапии, доступ к которым был нарушен в условиях пандемии.

Более того, по данным международного обзора, COVID-19 существенно дестабилизировал системы наблюдения и лечения хронических заболеваний во многих странах, включая те, где ресурсы ограничены. Пациенты сталкивались с трудностями в получении регулярного лечения, доступе к лекарствам и консультациям, что в дальнейшем могло привести к ухудшению состояния и повышению потребности в дорогостоящей терапии [88]. В этом контексте зафиксированный в Казахстане рост расходов на АЛО в 2020–2021 годах может быть отчасти объяснён именно этими факторами.

Таким образом, анализ показал, что АЛО в Республике Казахстан за 2019–2022 гг. характеризуется устойчивым ростом охвата и финансирования, с акцентом на тяжёлые, хронические и орфанные заболевания. Пандемия COVID-19 в 2020–2021 годах выступила мощным катализатором как увеличения охвата, так и масштабирования закупок дорогостоящих препаратов.

В таблице 3 приведены 20 наиболее затратных МНН, которые были ассоциированы в совокупности с 35% от всех затрат на АЛО, а 80% всех затрат приходится на перечень из не более чем 100 МНН. В разрезе регионов перечни наиболее затратных ЛС и ИМН, обеспечиваемых в рамках АЛО, варьируют незначительно. Как показано в таблице 3, МНН из топ-20 наиболее затратных позиций по стране входят в аналогичные рейтинги в 10 регионах и более.

Таблица 3 – Топ 20 МНН по затратам в рамках АЛО в РК в 2019–2022 гг

МНН	Сумма в млрд. тенге	Доля от всех затрат, %
1	2	3
Голимумаб	16.23	3
Трастузумаб	14.68	3
Иматиниб	13.67	2
Идурсульфаз	13.43	2
Амлодипин	13.26	2
Ибрутиниб	11.40	2
Инсулин гларгин	11.08	2
Метотрексат	10.59	2
Сунитиниб	10.25	2
Палиперидон	9.92	2
Тест полосы для определения глюкозы в крови	9.15	2
Лираглутид	9.06	2
ЛС факторов свертывания крови VIII плазменный с показанием лечения болезней Виллебранда с ограничением применения у детей младшего возраста (до 6 лет)	8.92	2
Элтромбопаг	8.79	2

Продолжение таблицы

1	2	3
---	---	---

Кандесартан	7.35	1
Аталурен	7.33	1
Инсулин детемир	7.22	1
Канаглифлозин	7.15	1
Моксонидин	7.09	1
Периндоприл	7.01	1

Таблица 3 демонстрирует, что топ 20 МНН по затратам в рамках АЛЮ за анализируемый период не сильно отличается от данных анализа по торговым наименованиям. Было подсчитано, что 20 наиболее затратных МНН ассоциированы в совокупности с 35% от всех затрат на АЛЮ, а 80% всех затрат приходится на перечень из не более чем 100 МНН.

В разрезе регионов перечни наиболее затратных ЛС и ИМН, обеспечиваемых в рамках АЛЮ, варьируют незначительно. Как показано в таблице 3, МНН из топ-20 наиболее затратных позиций по стране входят в аналогичные рейтинги в 10 регионах и более (рисунок 9).

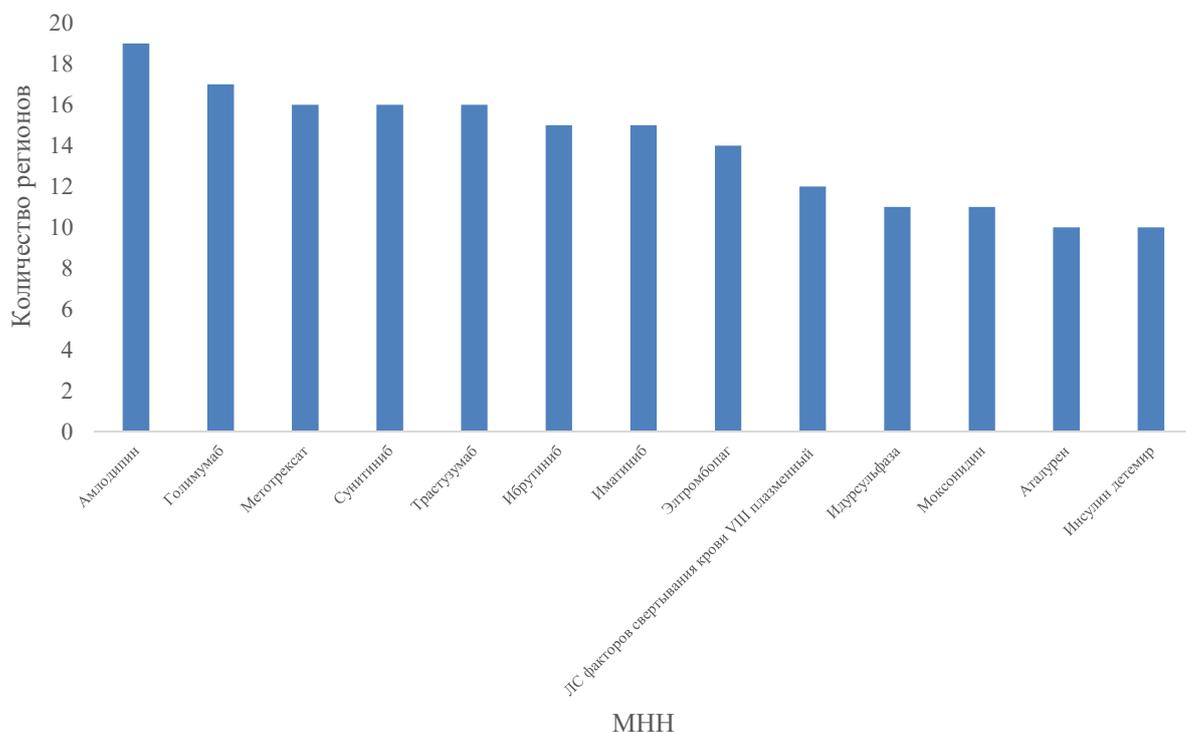


Рисунок 9 – МНН, вошедшие в топ-20 по затратам в 10 и более регионах

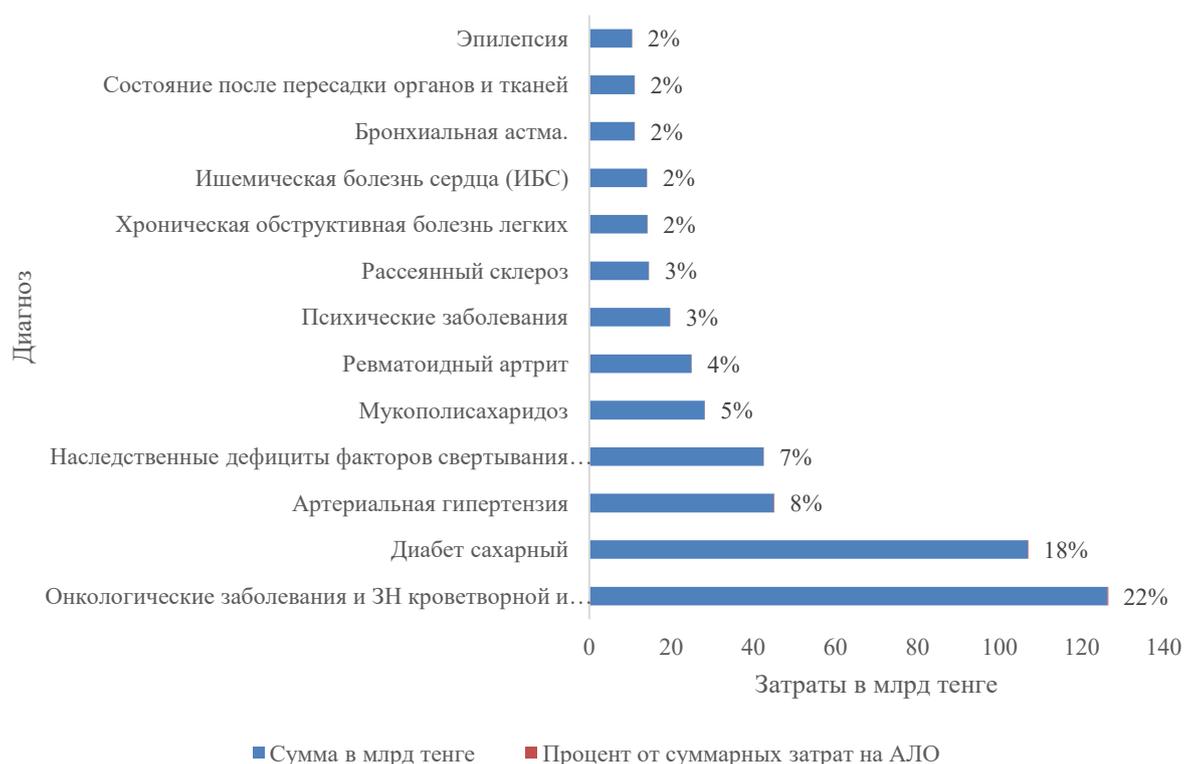


Рисунок 10 – Диагнозы, ассоциированные с >80% от суммарных затрат на АЛО в РК за период 2019–2022 гг., оба пола

В соответствии с рисунком 10, в целом по стране в десятку лидеров по затратам в рамках АЛО вошли неинфекционные заболевания, при этом в первой тройке лидируют такие заболевания как онкологические заболевания и злокачественные новообразования кроветворной и родственных им тканей, сахарный диабет и артериальная гипертензия, что вполне объяснимо в контексте глобальной эпидемиологии неинфекционных заболеваний, а также их высокой частоты в Казахстане. При этом в суммарном выражении среди женщин тройка диагнозов-лидеров в рамках лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне повторяет картину по стране (рисунок 11). В то время как среди мужчин в первую тройку помимо онкологии и диабета входят наследственные дефициты факторов свертывания. Артериальная гипертензия у мужчин по затратам на АЛО занимает пятое место, уступая мукополисахаридозу (рисунок 11).

Разница в расходах на лечение таких болезней образа жизни, как артериальная гипертензия (10% у женщин против 5% у мужчин) и сахарный диабет (22% против 14% соответственно) может быть связана с большей продолжительностью жизни у женщин и большей склонности к малоподвижному образу жизни.

Примечательно, что среди топ-10 заболеваний по общим расходам на АЛО присутствуют психические расстройства как у мужчин, так и у женщин, что подчеркивает их возрастающее воздействие на систему здравоохранения. В дополнение, у обоих полов в топ кодов МКБ, ассоциированных с 80% и более процентами всех затрат на АЛО вошли такие заболевания, как хроническая

обструктивная болезнь легких, ИБС, ревматоидный артрит, бронхиальная астма и эпилепсия.



Рисунок 11 – Диагнозы, ассоциированные с >80% от суммарных затрат на АЛО в РК за период 2019–2022 гг., женщины

Было выявлено, что среди женщин более выражены затраты на лечение ревматоидного артрита (7% от всех затрат на АЛО и 4-е место), что может быть связано с более высокой заболеваемостью аутоиммунными заболеваниями в женской популяции. В то время как среди мужчин эти расходы составляют лишь 2%, что подчеркивает гендерные различия в патогенезе и лечении этого заболевания.

Среди позиций, по которым перечень наиболее затратных диагнозов в рамках АЛО отличался в разрезе полов следует отметить рассеянный склероз (3% или 5-е место) и первичную легочную гипертензию (2%) у женщин и состояние после пересадки органов и тканей (2%), анкилозирующий спондилит (2%) и мышечную дистрофию Дюшена (2%) у мужчин (рисунок 12).

Глубокое понимание характеристик пациентов с высокими затратами на медикаменты по всей территории Казахстана имеет важное значение для формирования обоснованной политики и планирования в области здравоохранения. Настоящее исследование направлено на изучение особенностей пациентов с высокими расходами на ЛС в Казахстане в сравнении с другими группами пациентов.

В рамках настоящей диссертационной работы было проанализировано распределение расходов на лекарственные препараты в амбулаторной помощи

среди населения РК и изучены основные характеристики ПВЗЛ или пациентов с высокими затратами на АЛО.



Рисунок 12 – Диагнозы, ассоциированные с >80% от суммарных затрат на АЛО в РК за период 2019–2022 гг., мужчины

В общей сложности, за анализируемый период 3,96 миллиона пациентов получили помощь в рамках АЛО. Анализ показал, что расходы на медикаментозное обеспечение, превышающие 95-й процентиль для ПВЗЛ, охватывали от 146 733 человека в 2019 году до 180 566 человек в 2022 году (таблица 4), на обеспечение которых было затрачено от 61,3 млрд. тенге в 2019 г. и до 157,6 млрд. тенге в 2022 г. Следовательно, эти ПВЗЛ, составляющие всего 5% от общей численности населения Казахстана, получающего лекарственные препараты на амбулаторном уровне в рамках ГОБМП и ОСМС, сыграли существенную финансовую роль, обеспечив от 73% в 2019 до 79% в 2022 году от всех расходов на рецептурные препараты (рисунок 13). Средние затраты на 1 ВЗП составляли от 2,05 млн. тенге в 2019 году до 2,26 млн. тенге в 2022 году.

Для того чтобы оценить характеристики пациентов, получающих АЛО в рамках ГОБМП и ОСМС в Казахстане, автором данной диссертационной работы были проанализированы данные за 2022 год.

Таблица 4 – Расходы на АЛО у ПВЗЛ и НПВЗЛ по возрасту и полу

	ПВЗЛ	НПВЗЛ
--	------	-------

Пол и возраст	Н что это?	%	средняя стоимость на пациента, тыс. тенге	общие затраты, млрд. тенге	Н Что это?	%	средняя стоимость на пациента, тыс. тенге	общие затраты, млрд. тенге
Жен	104 886	58	1,127.26	70,99	1 239 604	60,4	24,87	30,82
Муж	75 680	41,9	1,727.49	78,28	814 405	39,6	25,33	20,64
0-5 лет	646	0,6	7,379.24	4,77	275984	13,4	2,58	0,71
6-10 лет	2078	1,9	5,221.06	10,84	109840	5,3	7,92	0,87
11-15 лет	3245	3	3,069.93	10,3	60590	2,9	14,09	0,85
16-20 лет	3062	2,8	2,564.78	7,85	33277	1,6	20,26	0,68
21-25 лет	2105	2	2,480.10	5,22	19744	1	26,80	0,53
26-30 лет	2750	2,5	1,606.57	4,42	26826	1,3	26,52	0,71
31-35 лет	4317	4	1,896.86	8,18	39283	1,9	27,86	1,09
36-40 лет	5494	5,1	1,503.24	8,26	51066	2,5	28,98	1,48
41-45 лет	6163	5,7	1,478.79	9,09	67570	3,3	28,60	1,93
46-50 лет	7660	7,1	1,263.56	9,65	99111	4,8	28,60	2,83
51-55 лет	9524	8,8	1,182.33	11,26	144316	7	28,83	4,17
56-60 лет	12373	11,4	1,102.71	13,64	201623	9,8	30,21	6,09
61-65 лет	16231	15	982.71	15,96	270135	13,2	31,27	8,45
66-70 лет	13827	12,8	949.79	13,45	248289	12,1	32,10	7,96
71-75 лет	10962	10,1	942.83	10,32	201025	9,8	33,63	6,76
76-80 лет	4 441	4,1	851.89	3,78	90 604	4,4	33,48	3,03
81-85 лет	2 411	2,2	814.82	1,96	76 795	3,7	29,84	2,29
86-90 лет	736	0,7	906.09	0,67	30 158	1,5	28,09	0,85
91-95 лет	88	0,1	380.36	0,03	6 510	0,3	24,59	0,16
96-100 лет	8	0	369.77	0	1 165	0,1	19,16	0,02
100+ лет	1	-	279.24	0	98	0	16.30	0
Примечания:								
1. ПВЗЛ – Пациенты с высокими затратами на лечение.								
2. НПВЗЛ – Пациенты с не высокими затратами на лечение								

В 2022 году не наблюдалось значительных различий по полу между ПВЗЛ и НПВЗЛ. В среднем женщины составляли 58,1% в группе с высокими расходами и 60,4% в группе с низкими затратами за анализируемый период. За исключением детей младше 10 лет, где была значительная разница (2,5% в ПВЗЛ и 18,8% в НПВЗЛ), не было значительных различий в возрасте между группами. Около 30% пользователей рецептурных препаратов в обеих группах были старше 65 лет, причем среди пожилых людей пациенты старше 66 лет составляли 7,1% в группе с высокими расходами и 10,0% в группе с низкими расходами.

Полипрагмазия является распространенной клинической проблемой как глобально, так и в Казахстане, в частности. Как показал данный анализ, ПВЗЛ значительно чаще выписывали множества ЛС для лечения одного или нескольких заболеваний, по сравнению с пациентами не относящимися к высокозатратным. Количество препаратов, назначенных пациентам из группы ПВЗЛ, показало значительное различие, как указано в таблице 5. Более половины людей из группы с высокими расходами получали более шести разных ЛС в год.

В НПВЗЛ большинство пациентов получало пять или менее ЛС, при этом 84,5% всех фармацевтических расходов приходилось на эту группу.

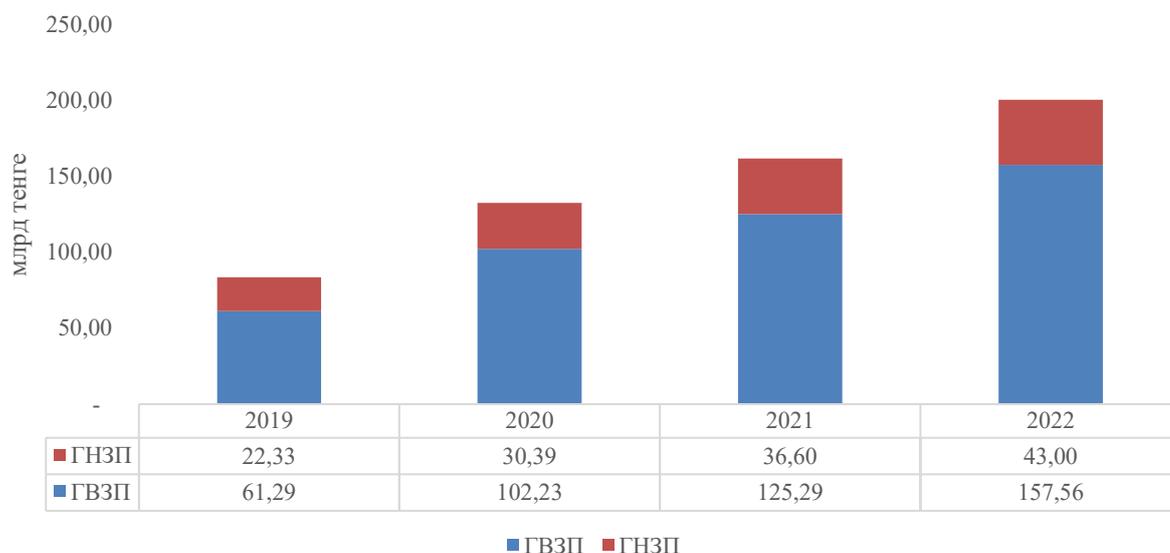


Рисунок 13 – Распределение затрат на АЛО в 2019–2022 гг. между ПВЗЛ и НПВЗЛ

Таблица 5 – Фармацевтические расходы в зависимости от количества принимаемых препаратов (разные классы АТС)

Количество ЛС	ПВЗЛ					НПВЗЛ				
	N	%	средние затраты на пациента, тенге	общие затраты, млрд. тенге	%	N	%	средние затраты на пациента, тенге	общие затраты, млрд. тенге	%
1-5	47 395	43.8	2 235 630	105.96	71.1	1 736 338	84.5	17 038	29.72	57.7
6-10	36 844	34.1	794 788	29.28	19.6	282 727	13.8	62 625	17.64	34.3
11-15	17 878	16.5	571 916	10.22	6.9	32 521	1.6	114 660	3.73	7.3
16-20	5 116	4.7	574 219	2.94	2.0	2 317	0.1	154 721	0.36	0.7
21-	889	0.8	769 462	0.68	0.5	103	0.0	171 759	0.02	0.0

Примечания:
1. ПВЗЛ – Пациенты с высокими затратами на лечение.
2. НПВЗЛ – Пациенты с не высокими затратами на лечение

Примечательно, что в группе ПВЗЛ средние затраты на пациентов, использующих пять и менее ЛС, превышали как минимум в 2,8 раза, чем в подгруппах, которым назначалось более пяти препаратов. В отличие от этого, в группе с низкими расходами была явная корреляция между средней стоимостью и количеством потребляемых медикаментов (таблица 6).

Таблица 6 – Расходы на лекарственные препараты в разрезе диагноза (по совокупным затратам) – топ-10 наиболее затратных диагнозов

Диагноз, код МКБ-10	ПВЗЛ					Заболевание, код МКБ-10	НПВЗЛ				
	N	%	средние затраты на пациента, тенге	общие затраты, млрд. тенге	%		N	%	средние затраты на пациента, тенге	общие затраты, млрд. тенге	%
Онкологические заболевания, C00-97, D00-48 (кроме D35.2)	12 557	5.4	2 138 469	26.85	18.0	Сахарный диабет, E10-E11	323 146	10.5	52 495	16.92	32.9
Сахарный диабет, E10-E11	57 549	24.8	375 291	21.61	14.5	Артериальная гипертензия, I10-I15	1 060 178	34.4	11 512	12.05	23.4
Злокачественные новообразования, D45-47.9, C81-C96 D56, D57, D59.5, D61, D69.3, D76. 0.	2 724	1.2	7 253 941	19.76	13.3	Ишемическая болезнь сердца (ИБС), I20-I25	409 647	13.3	8 289	3.32	6.4
Наследственные дефициты факторов свертывания крови, D66-D68	1 046	0.5	13 294 518	13.91	9.3	Хроническая обструктивная болезнь легких, J44	56 167	1.8	49 732	2.79	5.4
Мукополисахаридоз, E76.0, E76.1, E76.2, E76.3, E76.8	79	0	116 444 801	9.20	6.2	Бронхиальная астма, J45	76 919	2.5	34 996	2.69	5.2
Ревматоидный артрит, M05-M06	8 154	3.5	794 328	6.48	4.3	Эпилепсия, G40	58 407	1.9	38 220	2.23	4.3
Психические расстройства, F00-F99	7 368	3.2	643 751	4.74	3.2	Ревматоидный артрит, M05-M06	30 366	1	70 453	2.14	4.2
Рассеянный склероз, G35	1 551	0.7	3 058 508	4.74	3.2	Психические расстройства, F00-F99	44 495	1.4	36 378	1.63	3.2
Спинальная мышечная атрофия, G12	41	0	114 416 847	4.69	3.1	Аритмии, I47-I48	33 010	1.1	46 969	1.55	3.0
Мышечная дистрофия Дюшенна, G71.0	29	0	141 082 323	4.09	2.7	Рак, C00-97, D00-48 (кроме D35.2)	22 231	0.7	62 165	1.38	2.7
Примечания:											
1. ПВЗЛ – Пациенты с высокими затратами на лечение.											
2. НПВЗЛ – Пациенты с не высокими затратами на лечение											

Анализ выявил значительные различия в десяти самых дорогостоящих заболеваниях между ПВЗЛ и НПВЗЛ, при этом общими заболеваниями, присутствующими в обеих группах, являются диабет, остеоартрит, психические заболевания и некоторые виды рака. Особенно стоит отметить, что диабет mellitus входил в топ-3 самых дорогих заболеваний в обеих группах, заняв второе место в группе ПВЗЛ и первое место в группе с низкими расходами. Рак занимал первое место по стоимости в группе ПВЗЛ и был также среди первых десяти в группе с низкими расходами (таблица 7).

Таблица 7 – Расходы на лекарственные препараты в разрезе диагнозов (по совокупным затратам) – топ-10 наиболее затратных диагнозов - среди взрослых и детей в ПВЗЛ

Диагноз, код МКБ-10	N	%	Средние затраты на пациента, тенге	Общие затраты, млрд. тенге	%
ПВЗЛ, дети					
Наследственные дефициты факторов свертывания крови, D66-D68	510	4.8	13 121 378	6.69	21.9
Мукополисахаридоз, E76.0, E76.1, E76.2, E76.3, E76.8	65	0.6	93 819 577	6.10	19.9
Спинальная мышечная атрофия, G12	38	0.4	114 130 428	4.34	14.2
Мышечная дистрофия Дюшенна, G71.0	29	0.3	140 950 626	4.09	13.4
Сахарный диабет, E10-E11	3 367	31.6	678 748	2.28	7.5
Злокачественные новообразования, D45-47.9, C81-C96 D56, D57, D59.5, D61, D69.3, D76. 0.	330	3.1	4 985 156	1.65	5.4
Муковисцидоз (кистозный фиброз), E84	163	1.5	5 289 994	0.86	2.8
Гипофизарный нанизм, синдром Шерешевского-Тернера, E23	827	7.8	962863.68	0.79616992	2.6
Ювенильный артрит, M08	510	4.8	13121377.6	6.69215584	21.9
Другие сфинголипидозы, E75.2	65	0.6	93819576.64	6.09813664	19.9
ПВЗЛ, взрослые					
Онкологические заболевания, C00-97, D00-48 (кроме D35.2)	12536	5.7	2 134 785	26.76	22.6
Сахарный диабет E10-E11	54187	24.5	356 412	19.30	16.3
Злокачественные новообразования, D45-47.9, C81-C96 D56, D57, D59.5, D61, D69.3, D76. 0.	2394	1.1	7 558 779	18.10	15.3
Наследственные дефициты факторов свертывания крови, D66-D68	536	0.2	13 435 425	7.20	6.1
Ревматоидный артрит, M05-M06	8154	3.7	793 868	6.47	5.5
Психические заболевания, F00-F99	7301	3.3	646 974	4.72	4
Рассеянный склероз, G35	1538	0.7	3 064 955	4.71	4
Мукополисахаридоз, E76.0, E76.1, E76.2, E76.3, E76.8	14	0	220 877 521	3.09	2.6
Состояние после трансплантации органов и тканей, Z94	1966	0.9	1 563 330	3.07	2.6
Псориаз, L40	1009	0.5	2 880 302	2.91	2.5
Примечание – ПВЗЛ - Пациенты с высокими затратами на лечение					

Сравнительный анализ расходов на АЛО среди детей (лица моложе 18 лет) и взрослых с ПВЗЛ затратами выявил следующие ключевые различия и общие тенденции.

1. Основные заболевания и их вклад в расходы:

Дети:

– наследственные дефициты факторов свертывания крови (D66-D68) – наибольшие расходы среди детей, составляющие 21,9% от всех затрат. Средняя стоимость лечения одного пациента составляет 13 121 378 тенге;

– мукополисахаридоз (E76.0-E76.3) занимает второе место, с долей расходов в 19,9% и средними затратами 93 819 577 тенге на пациента;

– спинальная мышечная атрофия (G12) и мышечная дистрофия Дюшенна (G71.0) – также входят в число самых затратных заболеваний среди детей, с затратами 114 130 428 и 140 950 626 тенге на пациента соответственно.

Взрослые:

– онкологические заболевания (C00-97, D00-48) занимают первое место среди взрослых с долей в 22,6% от всех расходов. Средняя стоимость лечения составляет 2 134 785 тенге;

– сахарный диабет (E10-E11) – второе по значимости заболевание среди взрослых, с долей расходов в 16,3% и средней стоимостью лечения 356 412 тенге на пациента;

– в отличие от детей, среди взрослых важную роль играют психические заболевания (F00-F99) и рассеянный склероз (G35), с затратами 4 и 4,7% соответственно.

2. Объемы затрат и количество пациентов:

Среди детей наибольшие расходы связаны с редкими наследственными заболеваниями, что отражается в малом количестве пациентов, но очень высоких затратах на лечение каждого из них. Например, на мукополисахаридоз было потрачено 6,1 млрд. тенге на 65 пациентов, что дает среднюю сумму 93 819 577 тенге на пациента.

Взрослые: среди взрослых наблюдается больший охват пациентов, но расходы на каждого пациента ниже. Например, сахарный диабет среди взрослых составляет 24,5% от всех расходов, но средняя стоимость лечения одного пациента – 356 412 тенге за год.

3. Распределение по заболеваниям:

– у детей в топ-10 заболеваний с высокими затратами выделяются заболевания, которые имеют редкие и тяжелые формы, такие как спинальная мышечная атрофия, мышечная дистрофия Дюшенна, и мукополисахаридоз. Эти болезни требуют длительного и дорогостоящего лечения, что отражается в высоких расходах;

– у взрослых основную долю составляют более распространенные заболевания, такие как онкологические заболевания и сахарный диабет, которые имеют большое количество пациентов, но расходы на лечение одного пациента в сравнении с детьми значительно ниже.

Таким образом, основные различия между детьми и взрослыми в рамках высоких затрат на амбулаторное лекарственное обеспечение заключаются в более высоких расходах на редкие заболевания среди детей, в то время как среди взрослых основную долю составляют более распространенные хронические заболевания, такие как онкология и сахарный диабет.

В Казахстане существует перечень ЛС, медицинских изделий и специализированных товаров, стоимость которых компенсируется за счет средств государственного бюджета, и через ОСМС. Этот список регулярно обновляется МЗ для поддержания его актуальности и обеспечения эффективного удовлетворения потребностей граждан с особыми заболеваниями.

За период 2019–2022 гг. Казахстан значительно расширил систему амбулаторного лекарственного обеспечения, покрыв к 2022 году 137 заболеваний и потратив за этот период более 578,69 млрд. тенге. Эти средства обеспечили ЛС 3,96 млн. пациентов через 54,32 миллиона рецептов. Если сравнить данный показатель с 2019 годом, расходы на АЛО составили 82,23 млрд. тенге, а покрытие было ограничено 47 заболеваниями. За тот же период количество компенсируемых медикаментов и изделий медицинского назначения увеличилось в 1,3 раза.

Тем не менее, несмотря на этот существенный рост, существует значительный разрыв между государственными инициативами и собственными «карманными» расходами населения. Так, в 2022 году в рамках ГОБМП и ОСМС расходы на АЛО составили 200,4 млрд. тенге, тем не менее согласно Национальным счетам здравоохранения, казахстанцы потратили на покупку ЛС около 450,7 млрд. тенге собственных средств [86, 87], что почти в три раза больше. Этот дисбаланс подчеркивает ограничения действующей системы возмещения в Казахстане, особенно в сравнении с такими странами, как Великобритания и Германия, где более комплексное покрытие для хронических и редких заболеваний предоставляется в рамках универсальных систем здравоохранения.

Уникальной проблемой Казахстана являются высокие расходы на лечение редких заболеваний, таких как мышечная дистрофия Дюшенна и мукополисахаридоз. Как показали результаты исследования, в 2022 году 22,4% от всех расходов на АЛО среди ПВЗЛ было направлено на лечение редких заболеваний. Это существенная доля по сравнению с такими странами, как Южная Корея, где расходы на здравоохранение в большей степени ориентированы на хронические заболевания, а не на редкие, высокочатотные заболевания [61, р. 2390-2396].

В разрезе групп препаратов в Казахстане наибольшие затраты связаны с потреблением препаратов и МИ для лечения неинфекционных заболеваний, таких как, онкологические заболевания, сахарный диабет, артериальная гипертензия и ИБС, а также ревматоидных заболеваний у женщин и наследственных заболеваний крови у мужчин. Среди детского населения самые высокие затраты были ассоциированы с орфанными заболеваниями такими, как например, муковисцидоз.

Для сравнения, в Британской Колумбии (Канада) аналогичный анализ показал, что самые высокие затраты были связаны с гипотензивными средствами, статинами, антацидами, препаратами для лечения диабета и антипсихотиками [60, p. 697-718].

Несмотря на то, что в Казахстане реализованы меры по контролю цен на медикаменты, эта политики пока не снизила значительно растущие расходы, особенно на орфанные препараты.

Таким образом, анализ затрат на АЛО в Казахстане демонстрирует как общие закономерности, так и специфические различия в зависимости от пола. Заболевания, связанные с высокой смертностью, такие как онкологические заболевания и диабет, остаются ведущими драйверами расходов на лечение, но их распределение между полами имеет выраженную специфику. Это указывает на необходимость мультидисциплинарного подхода в медицинском обслуживании, с учетом половых различий в заболеваемости и расходах на лечение.

Половые различия в заболеваемости, такие как более высокая доля расходов на ревматоидный артрит и психические заболевания среди женщин или наследственные дефициты факторов свертывания крови и мужские формы мукополисахаридоза среди мужчин, подчеркивают важность гендерной ориентации в здравоохранении для оптимизации затрат и повышения эффективности лечения.

Существуют данные, свидетельствующие о том, что ограниченная группа пациентов может оказывать непропорциональное влияние на расходы на здравоохранения, включая затраты на АЛО. В частности, исследования, проведенные в развитых странах, показывают, что на 5% населения расходуется половина всех затрат на здравоохранение [88-91]. Настоящее исследование подтвердило настоящую гипотезу в отношении Казахстана. Так, было подсчитано, что на 5% потребителей АЛО в 2022 году было израсходовано 74% от всех затрат на АЛО.

Анализ данных также показал, что 16 наиболее затратных торговых наименований, обеспечиваемых в рамках программы АЛО, не имели альтернатив, и, как правило, представляли собой оригинальные препараты. Это может свидетельствовать о низкой доступности генерических лекарственных средств на фармацевтическом рынке Республики Казахстан, что ограничивает возможности для снижения затрат на медикаменты в рамках государственных программ.

Кроме того, анализ показал, что 20 наиболее затратных МНН составляют 35% от всех расходов на АЛО, а 80% всех затрат приходятся на перечень из не более чем 100 МНН. Эти результаты подчеркивают концентрацию расходов на относительно небольшом числе препаратов, что открывает возможность для более эффективного управления закупками и оптимизации затрат в системе здравоохранения страны.

Разрыв между доступностью оригинальных ЛС и генериков продолжает увеличиваться. Для стимулирования разработки непатентованных ЛС страны

должны поддерживать исследования оригинальных препаратов, укреплять патентные системы и защищать интеллектуальную собственность [92-105]. Также необходимы стимулы для развития производственной инфраструктуры, включая финансовую и политическое содействие для решения экономических вопросов, связанных с производством лекарств. Доступность также сильно варьируется в зависимости от типа лекарств, варьируясь от 24,1 до 87,1% в период с 2009 по 2020 год [106-124]. Несмотря на существующие меры, по-прежнему существует необходимость в оценке того, соответствует ли лекарственное обеспечение ПМСП современным требованиям и потребностям жителей. Это требует всесторонней оценки с участием многих заинтересованных сторон, включая медицинские учреждения, врачей, фармацевтов и пациентов [125-133].

Политическая поддержка, по-видимому, играет решающую роль в повышении доступности лекарств, подчеркивая важность эффективной фармацевтической политики [134-139].

4 ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

4.1 Изучение организации лекарственного обеспечения на примере первичной медико-санитарной помощи г. Алматы и Алматинской области

Процесс формирования заявок на ЛС в ПМСП осуществляется на основании заявок от различных отделений ПМСП, которая рассматриваются Формулярной комиссией ПМСП. Формулярная комиссия создается на основании приказов: №ҚР ДСМ-326/202 от 24 декабря 2020 года, утверждающего правила разработки лекарственных формуляров; №ҚР ДСМ-28 от 6 апреля 2021 года, регулирующего деятельность формулярной системы; и приказа №ҚР ДСМ-320/2020, устанавливающего правила фармаконадзора и мониторинга безопасности медицинских изделий.

С целью определения существующей практики мы провели интервьюирование руководителей ПМСП, который состоял из пяти вопросов. В опросе приняли участие руководители 46 государственных ПМСП, и 8 частных ПМСП. В процессе формирования заявок на ЛС на уровне ПМСП участвуют 92,6% случаев заместитель главного врача, 79,6% врач общей практики, 75,9% провизор, а также 70,4% клинический фармаколог. В некоторых ПМСП дополнительно задействованы профильные специалисты, медсестры, заведующие отделениями и главный врач (рисунок 14).



Рисунок 14 – Участники процесса лекарственного обеспечения в ПМСП

При этом в состав формулярной комиссии ПМСП в 100,0% входит заместитель главного врача и 87,0% провизоры. Участие ВОП зафиксировано в 55,6% случаев, заведующих отделений 11,1%, профильных специалистов 1,9%,

что в сумме составляет 68,6%. То, что врачи не всегда участвуют в формулярной комиссии ПМСП менеджеры объясняют наличием в составе заместителя главного врача, который владеет в целом ситуацией в ПМСП, а также занятостью врачей основной деятельностью как прием пациентов и другое. Также участие медицинских сестер в формулярной комиссии на практике составило 13,0% (рисунок 14). К сожалению, клинические фармакологи участвуют в комиссии не всегда, что наблюдается почти в 50,0% случаев, возможно это связано с кадровой недостаточностью. По данным ННЦРЗ филиала г. Алматы из 20,75 штатных единиц клинического фармаколога заняты 13,5, по Алматинской области 4,5.

Существующие проблемы в сфере лекарственного обеспечения на уровне ПМСП, согласно мнению менеджеров, включают несколько ключевых аспектов. Одна из основных проблем - недостаточность финансирования (n=15), что, в частности, приводит к нехватке ЛС из-за числа вновь выявленных пациентов или в результате роста заболеваемости. Также выделяется проблема несвоевременного обеспечения ЛС со стороны внешних организаций и/или непредвиденных ситуаций, связанных с миграцией или прибытием вновь поступающих пациентов (n=20). Среди прочих проблем респонденты (n=10) отметили следующие: дефицит клинических фармакологов (2), плохая работа портала ИСЛО (1), наличие большого числа новых ЛС, входящих в клинические протоколы лечения, но отсутствующих в приказе №75, что негативно влияет на соблюдение протоколов лечения (2), а также отсутствие в списках комбинированных антигипертензивных препаратов (1). Кроме того, респонденты выразили следующие замечания, которые усложняют процесс обеспечения: *«сложность расчета потребности в ЛС с учетом: изменения схемы лечения; выбытия пациентов, или появления вновь выявленных и прибывших пациентов, не получающих препараты в области; при этом количество лекарств, требующих для обеспечения, сокращается в связи с ограничениями, установленными органами здравоохранения. Также имеются жалобы от пациентов, которые не желают принимать дешевые ЛС»*.

Для решения обозначенных проблем менеджеры предлагают создать запасы ЛС на пять лет, что позволит проводить конкурсы на поставки лекарств на пятилетний период. Также они выступают за устранение ежегодных лимитов на финансирование, что даст возможность более эффективно управлять запасами ЛС и обеспечить непрерывность лечения (таблица 8).

Таким образом, результаты интервьюирования менеджеров показывают, что в процессе формирования заявок на ЛС в большинстве случаев участвуют ключевые специалисты ПМСП. Для улучшения координации между всеми участниками процесса рекомендуется рассмотреть возможность расширения участия врачей, что позволит более эффективно обеспечивать потребности в ЛС. Внедрение долгосрочных планов обеспечения, улучшение кадрового обеспечения, а также повышение эффективности координации с внешними поставщиками и государственными органами могут быть необходимыми мерами для решения проблем лекарственного обеспечения.

Таблица 8 – Проблемы лекарственного обеспечения в ПМСП

Количество респондентов	n-15	n-20	n-10	Предложения
Причины	Финансирования	Обеспечения ЛС	Другие причины	
Детализация причин	<ul style="list-style-type: none"> – нехватка или лимит выделенного финансирования; – ограничение суммы на заявку – сокращение объёма заявки – нехватка ЛС для вновь выявленных, прибывших пациентов – нехватка финансирования при росте заболеваемости 	<ul style="list-style-type: none"> – несвоевременное обеспечение ЛС со стороны СК-фармации; – время ожидания ЛС занимает долгое время – длительное согласование дополнительной заявки – непредвиденные больные, вновь прибывшие или уменьшение заплаченных средств – из-за миграции пациентов, длительное согласование ЛС для них, что вызывает недовольство со стороны потребителей медицинских услуг 	<ul style="list-style-type: none"> – проблемы с полным обеспечением ЛС, привозят комбинированные препараты с дозой ниже терапевтической; – наименование, необходимый для удовлетворения потребности пациентов ограничен по стационаро замещающей помощи; – пациенты требуют ЛС, которые не поставляются; – очень много новых ЛС, которые не входят в приказ 75, но включены в протоколы лечения и назначаются, но не могут быть обеспечены в рамках местного бюджета; – в списках нет комбинированных антигипертензивных препаратов; – отсутствие или нехватка клинических фармакологов (2); – портал ИСЛО плохо работает невозможно своевременно обеспечить рецепт (1) 	<ul style="list-style-type: none"> – необходимо увеличить перечень ЛС, которые выдают для пациентов в ПМСП; – нет резерва, надо конкурсы проводить каждые 5 лет; – ежегодный лимит не нужно

4.2 Барьеры лекарственного обеспечения на уровне первичной медико-санитарной помощи через призму медицинских специалистов

4.2.1 Анализ организации лекарственного обеспечения мегаполиса г. Алматы и Алматинской области

В опросе приняли участие 421 респондент из г. Алматы и 770 респондентов из Алматинской области. Наибольшее количество участников составили молодые специалисты с опытом работы до 5 лет (40,0%), преобладали женщины - 79,3%, а также специалисты, работающие в государственных организациях. В целом, в опросе большую долю составил средний медицинский персонал (57,9%), в частности в Алматинской области 64,5%. Среди респондентов из г. Алматы в два раза больше было ВОП, составивших 42,0% ($p < 0,001$) (таблица 9).

Таблица 9 – Характеристика участников опроса и взаимодействие по вопросам ЛС между заинтересованными сторонами в г. Алматы и Алматинской области

Характеристика участников опроса		Алматы (%)	Алматинская область (%)	Всего (%)	P
1		2	3	4	5
Стаж работы	до 5 лет	184 (43,7)	292 (37,9)	476 (40,0)	0,010
	6-10 лет	96 (22,8)	151 (19,6)	247 (20,7)	
	11-15 лет	56 (13,3)	126 (16,4)	182 (15,3)	
	16-20 лет	32 (7,6)	51 (6,6)	83 (7,0)	
	21 и более	53 (12,6)	150 (19,5)	203 (17,0)	
Пол	женский	353 (83,8)	592 (76,9)	945 (79,3)	0,005
	мужской	68 (16,2)	178 (23,1)	246 (20,7)	
Профессия	ВОП	177 (42,0)	172 (22,3)	349 (29,3)	<0,001
	Средний медицинский персонал	192 (45,6)	497 (64,5)	689 (57,9)	
	Фармацевт	11 (2,6)	46 (6,0)	57 (4,8)	
	Другое	41 (9,7)	55 (7,1)	96 (8,1)	
Место работы	Государственная организация	391 (92,9)	594 (77,1)	985 (82,7)	<0,001
	Частная организация	30 (7,1)	176 (22,9)	206 (17,3)	
Система здравоохранения гарантирует безопасность фармакотерапии	да	373 (88,6)	708 (91,9)	1081 (90,8)	0,004
	нет	9 (2,1)	26 (3,4)	35 (2,9)	
	затрудняюсь ответить	39 (9,3)	36 (4,7)	75 (6,3)	
Готовность сотрудников ПМСП предоставить консультацию пациентам	да	343 (81,5)	602 (78,2)	945 (79,3)	0,004
	нет	32 (7,6)	105 (13,6)	137 (11,5)	
	затрудняюсь ответить	46 (10,9)	63 (8,2)	109 (9,2)	
Успех лечения зависит от предоставления профессиональных услуг по физическому	да	339 (80,5)	618 (80,3)	957 (80,4)	0,682
	нет	43 (10,2)	96 (12,5)	139 (11,7)	
	затрудняюсь ответить	39 (9,3)	56 (7,3)	95 (8,0)	

Продолжение таблицы 9

1	2	3	4	5	6
консультированию в дополнение к отпуску лекарств					
Обращение пациентов за советом по фармакотерапии	да	331 (78,6)	597 (77,5)	928 (77,9)	0,242
	нет	64 (15,2)	115 (14,9)	179 (15,0)	
	затрудняюсь ответить	26 (6,2)	58 (7,5)	84 (7,1)	
Обращение к врачу-коллеге, если сомневаются касательно лекарственного взаимодействия	да	335 (79,6)	583 (75,7)	918 (77,1)	0,001
	нет	61 (14,5)	124 (16,1)	185 (15,5)	
	затрудняюсь ответить	25 (5,9)	63 (8,2)	88 (7,4)	

Статистически значимым оказался результат по вопросу доверия респондентов к системе здравоохранения в части гарантии безопасности фармакотерапии ($p=0,004$), а также по готовности предоставить консультацию пациентам ($p=0,004$). Кроме того, респонденты обоих регионов выразили готовность обратиться к врачу-коллеге в случае сомнений относительно вопросов лекарственного взаимодействия, что составило 77,1% ($p<0,001$) (таблица 9).

Около трети респондентов в обоих регионах указали наличие трудностей при формировании заявки на ЛС, что составило 29,6% ($p<0,001$). В качестве основных проблем респонденты из г. Алматы отметили сложности с функционированием существующей системы, а из Алматинской области – с выбором действующих веществ. В обоих регионах респонденты также упомянули затруднения при расчете дозировки инсулинов, аэрозолей, а также проблемы с соблюдением сроков доставки лекарств и отсутствием некоторых ЛС в КНФ. Более половины респондентов (54,2%) обоих регионов отметили задержки в доставке ЛС, при этом 14,7% затруднились с ответом $p<0,001$.

Положительной тенденцией является то, что мнение медицинского персонала всегда или часто учитывается при формировании заявок на ЛС у 81,1% респондентов ($p<0,001$). Треть респондентов (33,8%) сообщают, что информация о качестве закупленных ЛС, включая жалобы и положительные отзывы, поступает регулярно ($p<0,001$), при этом чаще всего получают положительные отзывы – 48,7% ($p<0,001$).

Ответственными за контроль расходования ЛС являются все сотрудники, использующие расходные материалы, что составило 55,2% ($p=0,034$). 79,8% респондентов сообщили о наличии лекарственной формулярной комиссии в ПМСП, в составе которой, по мнению респондентов, должны быть заместитель главного врача (59,8%, $p<0,001$), фармацевт (42,5%, $p<0,001$), врачи (23,8%, $p<0,001$), медицинские сестры (19,8%, $p<0,001$) и клинический фармаколог (29,8%, $p=0,01$). При этом участие среднего медицинского персонала, фармацевтов, врачей и главного врача было выше в Алматинской области по сравнению с городом Алматы (таблица 10).

Таблица 10 – Процессы формирования заявок и сложности в ПМСП

Вопросы		Алматы - N (%)	Алматинская область - N (%)	Всего (%)	P
1		2	3	4	5
Наличие сложности при формировании заявки ЛС	да	121 (28,7)	231 (30,0)	352 (29,6)	<0,001
	нет	242 (57,5)	368 (47,8)	610 (51,2)	
	затрудняюсь ответить	58 (13,8)	171 (22,2)	229 (19,2)	
Виды сложности при формировании заявки ЛС	система иногда не работает	6 (1,4)	-	6 (0,5)	<0,001
	действующие вещества неправильно	-	5 (0,6)	5 (0,4)	
	при расчете инсулинов, при дозировке аэрозолей	4 (1,0)	24 (3,1)	28 (2,4)	
	не все нужные лекарства есть в КНФ	1 (0,2)	6 (0,8)	7 (0,6)	
	срок приезда лекарств	1 (0,2)	10 (1,3)	11 (0,9)	
	прочие	2 (0,5)	2 (0,3)	4 (0,3)	
Бывает ли задержка доставки ЛС в рамках ОСМС и ГОБМП	да	251 (59,6)	395 (51,3)	646 (54,2)	<0,001
	нет	136 (32,3)	234 (30,4)	370 (31,1)	
	затрудняюсь ответить	34 (8,1)	141 (18,3)	175 (14,7)	
При составлении заявок на ЛС учитывается ли мнение медицинского персонала	всегда учитывается	307 (74,5)	412 (53,5)	719 (60,8)	<0,001
	часто учитывается	66 (16,0)	186 (24,2)	252 (21,3)	
	крайне редко	32 (7,8)	163 (21,2)	195 (16,5)	
	никогда не учитывается	7 (1,7)	9 (1,2)	16 (1,4)	
Получаете ли Вы информацию (жалобы, положительные отзывы) о качестве приобретенных ЛС	да, часто	148 (35,2)	254 (33,0)	402 (33,8)	<0,001
	да, редко	176 (41,8)	241 (31,3)	417 (35,0)	
	не поступает	67 (15,9)	160 (20,8)	227 (19,1)	
	затрудняюсь ответить	30 (7,1)	115 (14,9)	145 (12,2)	
Если да, то какая информация поступает чаще	положительные отзывы	223 (59,8)	306 (42,9)	529 (48,7)	<0,001
	негативные отзывы	54 (14,5)	139 (19,5)	193 (17,8)	
	и те и другие в равной степени	96 (25,7)	269 (37,7)	365 (33,6)	

Продолжение таблицы 10

	1	2	3	4	5
Ответственные лица, контролирующие расходование лекарственных средств	каждый работник, использующий расходные материалы	250 (59,4)	408 (53,0)	658 (55,2)	0,034
	материально ответственный по подразделению	102 (24,2)	186 (24,2)	288 (24,2)	0,978
	заведующий отделением	46 (10,9)	83 (10,8)	129 (10,8)	0,938
	заведующий аптекой	81 (19,2)	230 (29,9)	311 (26,1)	<0,001
	главная медицинская сестра	51 (12,1)	229 (29,7)	280 (23,5)	<0,001
	представитель администрации	28 (6,7)	29 (3,8)	57 (4,8)	0,026
	затрудняюсь ответить	32 (7,6)	85 (11,0)	117 (9,8)	0,057
Наличие в медицинской организации лекарственной формулярной комиссии	да	357 (84,8)	589 (77,0)	946 (79,8)	<0,001
	нет	12 (2,9)	79 (10,3)	91 (7,7)	
	затрудняюсь ответить	52 (12,4)	97 (12,7)	149 (12,6)	
Участники формулярной комиссии	Заместитель главного врача (да)	283 (67,2)	429 (55,7)	712 (59,8)	<0,001
	Главный врач (да)	67 (15,9)	222 (28,8)	289 (24,3)	<0,001
	Фармацевт (да)	143 (34,0)	363 (47,1)	506 (42,5)	<0,001
	Врачи (да)	55 (13,1)	229 (29,7)	284 (23,8)	<0,001
	Медицинские сестры-средний медицинский персонал (да)	41 (9,7)	195 (25,3)	236 (19,8)	<0,001
	Клинический фармаколог (да)	106 (25,2)	249 (32,3)	355 (29,8)	0,010
	Экономист (да)	37 (8,8)	49 (6,4)	86 (7,2)	0,122
	Юрист (да)	9 (2,1)	19 (2,5)	28 (2,4)	0,720
Кто проводит экспертизу по назначениям ЛС пациентам в медицинской организации (несколько вариантов ответов)	Другие (да)	14 (3,3)	9 (1,2)	23 (1,9)	0,010
	Клинический фармаколог	311 (73,9)	394 (51,2)	705 (59,2)	<0,001
	Врач-эксперт по аудиту	72 (17,1)	299 (38,8)	371 (31,2)	
	другое	22 (5,2)	52 (6,8)	74 (6,2)	
Клинический фармаколог и врач-эксперт по аудиту	16 (3,8)	25 (3,2)	41 (3,4)		

Экспертизу назначений ЛС пациентам в ПМСП г. Алматы чаще всего проводит клинический фармаколог, в то время как в Алматинской области эту роль выполняет врач-эксперт по аудиту ($p < 0,001$), что возможно связано с кадровым дефицитом клинических фармакологов в Алматинской области. Респонденты отметили, что основным источником получения информации являются конференции (75,4%), в то время как лишь 59,3% указали на проведение полного разъяснения приказов, касающихся формирования заявок на ЛС. 67,4% респондентов прошли обучение по формированию заявок на ЛС ($p = 0,004$), при этом 84,1% выразили потребность в дальнейшем обучении (таблица 11).

Таблица 11 – Повышение квалификации по процессам формирования заявок на ЛС

Вопрос	Ответ	Город (%)	Область (%)	Total (%)	P
Участие в конференции	нет	80 (19,0)	213 (27,7)	293 (24,6)	<0,001
	да	341 (81,0)	557 (72,3)	898 (75,4)	
От коллег	нет	345 (81,9)	631 (81,9)	976 (81,9)	1,000
	да	76 (18,1)	139 (18,1)	215 (18,1)	
Их научных статей	нет	384 (91,2)	687 (89,2)	1071 (89,9)	0,275
	да	37 (8,8)	83 (10,8)	120 (10,1)	
Другое	нет	385 (91,4)	718 (93,2)	1103 (92,6)	0,257
	да	36 (8,6)	52 (6,8)	88 (7,4)	
Проводится ли разъяснение приказов связанные по формированию заявок на лекарственные средства?	Да, в достаточном объеме	266 (63,3)	440 (57,1)	706 (59,3)	<0,001
	Да, но в недостаточном объеме	136 (32,4)	217 (28,2)	353 (29,7)	
	нет	18 (4,3)	113 (14,7)	131 (11,0)	
Проходили ли вы обучение по формированию заявок на ЛС (методы по прогнозу и вычету расчетов)?	да	309 (73,6)	493 (64,0)	802 (67,4)	0,004
	нет	109 (26,0)	272 (35,3)	381 (32,0)	
	затрудняюсь ответить	2 (0,5)	5 (0,6)	7 (0,6)	
Насколько вам необходимо обучение по формированию заявок на лекарственные средства?	Да, необходимо для расчета потребности	349 (83,9)	638 (84,3)	987 (84,1)	0,863
	Нет, необходимости	67 (16,1)	119 (15,7)	186 (15,9)	

Простой логистический регрессионный анализ показал, что доступность ЛС в Алматинской области и Алматы значимо зависит от нескольких факторов. Уровень ответственности специалистов, таких как заведующие отделениями (ОШ = 3,47; 95% ДИ 2,32–5,21), заведующие аптеками (ОШ = 3,30; 95% ДИ 2,43–4,49) и представители администрации (ОШ = 3,53; 95% ДИ 1,96–6,35), а также

привлечение клинических фармакологов и врачей-экспертов (ОШ = 2,09; 95% ДИ 1,07–4,10) способствуют улучшению доступности ЛС. Важно также учитывать мнение медицинского персонала при формировании заявок (ОШ = 4,12; 95% ДИ 3,00–5,65). Отсутствие информации о качестве ЛС (ОШ = 5,39; 95% ДИ 3,68–7,89) и отсутствие лекарственной формулярной комиссии (ОШ = 2,27; 95% ДИ 1,45–3,58) значительно ухудшают доступность, таблица 12.

Множественный логистический регрессионный анализ показал, что доступность ЛС в Алматы и Алматинской области зависит от нескольких факторов. Учет мнения медицинского персонала (ОШ 3,38; 95% ДИ 2,22–5,12), ответственность заведующих отделениями (ОШ 2,27; 95% ДИ 1,28–4,01) и материально ответственных лиц (ОШ 2,5; 95% ДИ 1,64–3,8) положительно влияет на доступность ЛС. Привлечение врачей-экспертов и клинических фармакологов (ОШ 2,55; 95% ДИ 1,01–6,46) способствует лучшему обеспечению ЛС. Наличие лекарственной формулярной комиссии не оказывает значительного влияния (ОШ 0,77; 95% ДИ 0,4–1,47), (таблица 12).

Таким образом, наши результаты по вопросу лекарственного обеспечения в г. Алматы и Алматинской области продемонстрировал высокое доверие респондентов к системе здравоохранения, готовность консультировать пациентов и обращаться к коллегам по вопросам взаимодействия ЛС. Обе территории сталкиваются с проблемами при составлении заявок на ЛС (29,6%), при этом в Алматы проблемы связаны с функциональностью системы, а в Алматинской области – с выбором действующих веществ. Также отмечаются сложности в расчете дозировок инсулинов и аэрозолей, задержки в доставке и отсутствие некоторых ЛС в КНФ. Положительно оценивается учет мнения медицинского персонала при формировании заявок на ЛС (81,1%) и регулярное получение информации о качестве ЛС. В Алматы экспертизу назначений ЛС проводят клинические фармакологи, а в Алматинской области – врачи-эксперты, что связано с дефицитом клинических фармакологов. Логистический регрессионный анализ выявили, что доступность ЛС в Алматы и Алматинской области зависит от уровня ответственности заведующих отделениями, заведующих аптеками, представителей администрации и учета мнения медицинского персонала. Привлечение клинических фармакологов и врачей-экспертов также улучшает доступность ЛС. Участие клинического фармаколога способствует снижению ненужных госпитализаций и назначений лекарств, а также помогает избежать полипрагмазии и оптимизировать эффективное назначение препаратов [150-153]. Отсутствие информации о качестве ЛС и лекарственной формулярной комиссии ухудшает доступность, при этом наличие комиссии не оказывает значимого влияния.

Таблица 12 – Простой и множественный логистический регрессионный анализ факторов, влияющих на доступность ЛС (Алматы и Алматинской области)

Анализ факторов		Простой AOR (95%CI)	Множественный AOR (95%CI)
Сложности при формировании заявки ЛС	да	1	1
	нет	4,16(3,00;5,77)	3,95(2,63;5,93)
	затрудняюсь ответить	3,19(1,99;5,09)	1,43(0,79;2,62)
Ответственных лиц, контролирующих расходование ЛС	каждый работник, использующий расходные материалы	0,31(0,24;0,4)	0,58(0,39;0,86)
	ответственный (материально ответственный) по подразделению	0,37(0,27;0,51)	2,5(1,64;3,8)
	заведующий отделением	3,47(2,32;5,21)	2,27(1,28;4,01)
	заведующий аптекой	3,30 (2,43;4,49)	1,41(0,93;2,14)
	представитель администрации	3,53 (1,96;6,35)	1,25(0,57;2,78)
Эксперты по назначениям ЛС пациентам в медицинской организации	Клинический фармаколог	1	1
	Врач-эксперт по аудиту	1,65(1,22;2,22)	1,97(1,29;3,02)
	другое	1,58(0,92;2,73)	1,74(0,81;3,74)
	Клинический фармаколог и врач-эксперт по аудиту	2,09(1,07;4,10)	2,55(1,01;6,46)
Учет мнение медицинского персонала при формировании заявок на ЛС	всегда учитывается	1	1
	часто учитывается	4,12(3,00;5,65)	3,38(2,22;5,12)
	крайне редко	0,72(0,44;1,19)	0,4(0,22;0,72)
	никогда не учитывается	1,02(0,26;4,00)	0,91(0,14;6,14)
Наличие информации (жалобы, положительные отзывы) о качестве закупленных ЛС	да, часто	1	1
	да, редко	0,89(0,65;1,22)	0,71(0,48;1,06)
	не поступает	5,39(3,68;7,89)	6,52(3,98;10,69)
	затрудняюсь ответить	1,8(1,08;3,01)	2,72(1,41;5,26)
Наличие лекарственной формулярной комиссии	да	1	1
	нет	2,27(1,45;3,58)	0,77(0,4;1,47)
	затрудняюсь ответить	1,01(0,66;1,54)	0,64(0,34;1,19)
Регион	город	1	1
	область	1,09(0,84;1,42)	0,88(0,62;1,24)
Организация	Государственная организация	1	1
	Частная организация	1,32(0,96;1,83)	0,83(0,53;1,29)

4.2.2 Анализ организации лекарственного обеспечения в городах и селах Алматинской области

В Алматинской области наибольшее количество респондентов имели стаж работы менее пяти лет (37,9%), являлись женщинами (76,9%), представляли средний медицинский персонал (64,5%), работали в государственных организациях 77,1% (таблица 13).

Большинство респондентов из обеих групп считают, что система здравоохранения гарантирует безопасность фармакотерапии (91,9%). При этом более высокую готовность консультировать по вопросам фармакотерапии продемонстрировали респонденты сельской местности (83,9%) по сравнению с городскими специалистами (72,4%). Также респонденты из сельской местности чаще связывают успех лечения с предоставлением профессиональных консультаций, в дополнение к отпуску лекарств (86,3% против 74,2% среди городских специалистов). Вопросы фармакотерапии обсуждают с коллегами как городские, так и сельские респонденты (таблица 13).

Таблица 13 – Характеристика участников опроса Алматинской области (город и село) и взаимодействие по вопросам ЛС между заинтересованными сторонами

Опрос		Город (%)	Село (%)	Всего (%)	P
1		2	3	4	4
Стаж работы	до 5 лет	142 (37,0)	150 (38,9)	292 (37,9)	0,002
	6-10 лет	76 (19,8)	75 (19,4)	151 (19,6)	
	11-15 лет	82 (21,4)	44 (11,4)	126 (16,4)	
	16-20 лет	22 (5,7)	29 (7,5)	51 (6,6)	
	21 и более	62 (16,1)	88 (22,8)	150 (19,5)	
Пол	женский	266 (69,3)	326 (84,5)	592 (76,9)	<0,001
	мужской	118 (30,7)	60 (15,5)	178 (23,1)	
Профессия	ВОП	99 (25,8)	73 (18,9)	172 (22,3)	<0,001
	Средний медицинский персонал	237 (61,7)	260 (67,4)	497 (64,5)	
	фармацевт	35 (9,1)	11 (2,8)	46 (6,0)	
	другое	13 (3,4)	42 (10,9)	55 (7,1)	
Место работы	Государственная организация	233 (60,7)	361 (93,5)	594 (77,1)	<0,001
	Частная организация	151 (39,3)	25 (6,5)	176 (22,9)	
Система здравоохранения гарантирует безопасность фармакотерапии	да	347 (90,4)	361 (93,5)	708 (91,9)	0,055
	нет	19 (4,9)	7 (1,8)	26 (3,4)	
	затрудняюсь ответить	18 (4,7)	18 (4,7)	36 (4,7)	
Готовность предоставить консультацию пациент там	да	278 (72,4)	324 (83,9)	602 (78,2)	<0,001
	нет	88 (22,9)	17 (4,4)	105 (13,6)	
	затрудняюсь ответить	18 (4,7)	45 (11,7)	63 (8,2)	

Продолжение таблицы 13

1	2	3	4	5	6
Успех лечения зависит от предоставления профессиональных услуг по физическому консультированию в дополнение к отпуску лекарств	да	285 (74,2)	333 (86,3)	618 (80,3)	<0,001
	нет	70 (18,2)	26 (6,7)	96 (12,5)	
	затрудняюсь ответить	29 (7,6)	27 (7,0)	56 (7,3)	
Частота обращения пациентов за советом по фармакотерапии	да	269 (70,1)	328 (85,0)	597 (77,5)	<0,001
	нет	84 (21,9)	31 (8,0)	115 (14,9)	
	затрудняюсь ответить	31 (8,1)	27 (7,0)	58 (7,5)	
Обращение к врачу-коллеге, если сомневаются касательно лекарственного взаимодействия	да	294 (76,6)	289 (74,9)	583 (75,7)	<0,001
	нет	77 (20,1)	47 (12,2)	124 (16,1)	
	затрудняюсь ответить	13 (3,4)	50 (13,0)	63 (8,2)	

Около 30,0% респондентов отметили трудности при формировании заявок на ЛС. При этом показатель среди городских специалистов был в два раза выше, чем среди сельских ($p < 0,001$). Важно отметить, что 22,2% респондентов затруднились ответить на этот вопрос, особенно среди сельских специалистов (31,3%), что может свидетельствовать о наличии определенных трудностей. Среди городских респондентов основными проблемами были сложности, связанные с выбором действующих веществ, расчетом дозировок инсулинов и аэрозолей, а также с соблюдением сроков доставки ЛС. В то время как респонденты из сельской местности отметили отсутствие некоторых ЛС в КНФ или другие, не детализированные сложности.

Задержки в поставках ЛС в рамках ГОБМП и ОСМС были констатированы у 51,3% респондентов, при этом наибольший процент таких респондентов составили специалисты из городской местности. В то же время 18,3% опрошенных затруднились с ответом, при этом эта доля была значительно выше среди респондентов из сельских территорий (31,6%), в сравнении с городскими специалистами (4,9%) ($p < 0,001$) (таблица 14).

Учет мнения медицинского персонала при формировании заявок на ЛС на постоянной или регулярной основе был зафиксирован у 77,7% респондентов. Однако этот показатель был значительно более выражен среди городских специалистов (93,7%), по сравнению с сельскими (61,7%) ($p < 0,001$).

Таблица 14 – Процессы формирования заявок и сложности

Процесс формирования		Город N (%)	Село N (%)	Всего	P
1		2	3	4	5
Наличие сложности при формировании заявки ЛС	да	159 (41,4)	72 (18,7)	231 (30,0)	<0,001
	нет	175 (45,6)	193 (50,0)	368 (47,8)	
	затрудняюсь ответить	50 (13,0)	121 (31,3)	171 (22,2)	
Виды сложности при формировании заявки ЛС	действующие вещества неправильно	5 (1,3)		5 (,6)	<0,001
	при расчете инсулинов, при дозировке аэрозолей	24 (6,3)		24 (3,1)	
	не все нужные лекарства есть в КНФ		6 (1,6)	6 (,8)	
	срок приезда лекарств	10 (2,6)		10 (1,3)	
	прочие		2 (,5)	2 (,3)	
Бывает ли задержка доставки ЛС в рамках ОСМС и ГОБМП	да	240 (62,5)	155 (40,2)	395 (51,3)	<0,001
	нет	125 (32,6)	109 (28,2)	234 (30,4)	
	затрудняюсь ответить	19 (4,9)	122 (31,6)	141 (18,3)	
Учитывается ли мнение медицинского персонала при формировании заявок на ЛС	всегда учитывается	224 (58,3)	188 (48,7)	412 (53,5)	<0,001
	часто учитывается	136 (35,4)	50 (13,0)	186 (24,2)	
	крайне редко	24 (6,3)	139 (36,0)	163 (21,2)	
	никогда не учитывается		9 (2,3)	9 (1,2)	
Поступает ли Вам информация (жалобы, положительные отзывы) о качестве закупленных ЛС	да, часто	164 (42,7)	90 (23,3)	254 (33,0)	<0,001
	да, редко	136 (35,4)	105 (27,2)	241 (31,3)	
	не поступает	66 (17,2)	94 (24,4)	160 (20,8)	
	затрудняюсь ответить	18 (4,7)	97 (25,1)	115 (14,9)	
Если да, то какая информация поступает чаще	положительные отзывы	190 (50,7)	116 (34,2)	306 (42,9)	<0,001
	негативные отзывы	110 (29,3)	29 (8,6)	139 (19,5)	
	и те и другие в равной степени	75 (20,0)	194 (57,2)	269 (37,7)	

Продолжение таблицы 14

	1	2	3	4	5
Ответственные лица, контролирующие расходование ЛС	каждый работник, использующий расходные материалы	171 (44,5)	237 (61,4)	408 (53,0)	<0,001
	ответственный (материально ответственный) по подразделению	58 (15,1)	128 (33,2)	186 (24,2)	<0,001
	заведующий отделением	38 (9,9)	45 (11,7)	83 (10,8)	0,430
	заведующий аптекой	84 (21,9)	146 (37,8)	230 (29,9)	<0,001
	главная медицинская сестра	70 (18,2)	159 (41,2)	229 (29,7)	<0,001
	представитель администрации	9 (2,3)	20 (5,2)	29 (3,8)	0,039
	затрудняюсь ответить	56 (14,6)	29 (7,5)	85 (11,0)	0,002
Наличие в медицинской организации лекарственной формулярной комиссии	да	277 (73,1)	312 (80,8)	589 (77,0)	0,001
	нет	69 (18,2)	10 (2,6)	79 (10,3)	
	затрудняюсь ответить	33 (8,7)	64 (16,6)	97 (12,7)	
Участники формулярной комиссии	Заместитель главного врача (да)	150 (39,1)	279 (72,3)	429 (55,7)	0,001
	Главный врач (да)	72 (18,8)	150 (38,9)	222 (28,8)	0,001
	Фармацевт (да)	139 (36,2)	224 (58,0)	363 (47,1)	0,001
	Врачи (да)	75 (19,5)	154 (39,9)	229 (29,7)	0,001
	Медицинские сестры-средний медицинский персонал (да)	54 (14,1)	141 (36,5)	195 (25,3)	0,001
	Клинический фармаколог (да)	97 (25,3)	152 (39,4)	249 (32,3)	0,001
	Экономист (да)	32 (8,3)	17 (4,4)	49 (6,4)	0,026
	Юрист (да)	9 (2,3)	10 (2,6)	19 (2,5)	0,825
	Другие (да)		9 (2,3)	9 (1,2)	0,003

Регулярное получение информации о качестве закупленных ЛС отмечено 33,0% респондентами, при этом доля городских специалистов (42,7%) была выше, чем среди сельских (23,3%). 19,5% респондентов сообщили о наличии отрицательных отзывов по поводу закупленных ЛС, причем этот показатель был более характерен для городских специалистов (29,3%), в отличие от сельских (8,6%). В то же время, более половины респондентов из сельской местности (57,2%) отметили наличие как отрицательных, так и положительных отзывов о ЛС, тогда как среди городских специалистов этот показатель составил 20,0% ($p < 0,001$).

Большинство респондентов (53,0%) утверждают, что ответственность за контроль расходования ЛС лежит на всех сотрудниках, использующих расходные материалы. Около трети опрошенных выделили заведующего аптекой (29,9%) и главную медицинскую сестру (29,7%) как ответственных за этот процесс. Все эти показатели были более выражены среди респондентов из сельской местности по сравнению с городскими ($p < 0,001$) (таблица 14).

77,0% респондентов сообщили о наличии формулярной комиссии в медицинских учреждениях. В составе комиссии, по мнению респондентов, должны быть заместитель главного врача (55,7%), фармацевт (47,1%), главный врач (28,8%), врачи (29,7%), средняя медицинская сестра (25,3%) и клинический фармаколог (32,3%) (таблица 14).

Экспертизу назначения ЛС пациентам проводят клинические фармакологи, о чем сообщили 51,2% респондентов. Этот показатель был выше среди специалистов городских медицинских организаций (61,5%) по сравнению с сельскими (40,9%). В сельской местности преобладает экспертиза, проводимая врачами-экспертами по аудиту (48,2%), в то время как среди городских специалистов этот показатель составил 29,4%. Это, вероятно, связано с кадровым дефицитом клинических фармакологов в сельских регионах Алматинской области ($p < 0,001$) (таблица 14).

Только 10,8% респондентов получают информацию через научные публикации ($p < 0,001$), в то время как подавляющее большинство (72,3%) получают ее посредством участия в конференциях, что не имеет статистической значимости. Около трети респондентов в обоих регионах указали на недостаточное разъяснение приказов, касающихся формирования заявок на ЛС. 14,7% респондентов, преимущественно из сельской местности (24,4%), сообщили о полном отсутствии разъяснений этих приказов ($p < 0,001$) (таблица 15).

Около трети опрошенных (35,3%) не прошли обучение по формированию заявок на ЛС, причем среди специалистов сельской местности этот показатель был выше (42,5%) по сравнению с городскими (28,1%). При этом 84,3% респондентов выразили потребность в дополнительном обучении по данному вопросу ($p < 0,001$) (таблица 15).

Таблица 15 – Повышение квалификации по процессам формирования заявок на ЛС

Повышение квалификации		Город N (%)	Село - N (%)	Всего	P
Участие в конференции	нет	99 (25,8)	114 (29,5)	213 (27,7)	0,244
	да	285 (74,2)	272 (70,5)	557 (72,3)	
От коллег	нет	319 (83,1)	312 (80,8)	631 (81,9)	0,418
	да	65 (16,9)	74 (19,2)	139 (18,1)	
Их научных статей	нет	327 (85,2)	360 (93,3)	687 (89,2)	<0,001
	да	57 (14,8)	26 (6,7)	83 (10,8)	
Другое	нет	374 (97,4)	344 (89,1)	718 (93,2)	<0,001
	да	10 (2,6)	42 (10,9)	52 (6,8)	
Проводится ли разъяснение приказов связанные по формированию заявок на ЛС	Да, в достаточном объеме	246 (64,1)	194 (50,3)	440 (57,1)	<0,001
	Да, но в недостаточном объеме	119 (31,0)	98 (25,4)	217 (28,2)	
	нет	19 (4,9)	94 (24,4)	113 (14,7)	
Проходили ли вы обучение по формированию заявок на ЛС (методы по прогнозу и вычету расчетов)?	да	271 (70,6)	222 (57,5)	493 (64,0)	<0,001
	нет	108 (28,1)	164 (42,5)	272 (35,3)	
	затрудняюсь ответить	5 (1,3)		5 (,6)	
Насколько вам необходимо обучение по формированию заявок на лекарственные средства?	Да, необходимо для расчета потребности	301 (78,4)	337 (90,3)	638 (84,3)	<0,001
	Нет, необходимости	83 (21,6)	36 (9,7)	119 (15,7)	

Простой логистический регрессионный анализ показал, что доступность ЛС в Алматинской области зависит от ответственности заведующих аптеками (ОШ = 3,78; 95% ДИ 2,57–5,57) и заведующих отделениями (ОШ = 2,87; 95% ДИ 1,72–4,77), а также привлечения клинических фармакологов и врачей-экспертов (ОШ = 1,86; 95% ДИ 0,83–4,19). Учет мнения медицинского персонала (ОШ = 5,65; 95% ДИ 3,80–8,39) улучшает доступность. Отсутствие информации о качестве ЛС (ОШ = 2,83; 95% ДИ 1,81–4,42) и наличие лекарственной формулярной комиссии (ОШ = 2,12; 95% ДИ 1,29–3,47) ухудшают доступность. Тип организации и регион не влияют на доступность ЛС (таблица 16).

Таблица 16 – Простой и множественный логистический регрессионный анализ факторов влияющих на доступность ЛС (Алматинская область: город и село)

Анализ факторов		Простой AOR (95%CI)	Множественный AOR (95%CI)
Сложности при формировании заявки ЛС	да	1	1
	нет	7,65(4,84;12,00)	6,37(3,56;11,41)
	затрудняюсь ответить	5,82(3,2;10,00)	4,05(1,78;9,26)
Ответственных лиц, контролирующих расходование ЛС	каждый работник, использующий расходные материалы	0,3(0,21;0,42)	0,62(0,36;1,07)
	ответственный (материально ответственный) по подразделению	2,89(1,88;4,44)	2,1(1,14;3,87)
	заведующий отделением	2,87(1,72;4,77)	1,04(0,5;2,17)
	заведующий аптекой	3,78(2,57;5,57)	2,37(1,34;4,17)
	представитель администрации	1,73(0,79;3,79)	1,28(0,45;3,68)
Эксперты по назначениям ЛС пациентам в медицинской организации	Клинический фармаколог	1	1
	Врач-эксперт по аудиту	1,53(1,06;2,19)	1,69(0,95;3,01)
	другое	1,54(0,77;3,04)	6,35(1,79;22,56)
	Клинический фармаколог и врач-эксперт по аудиту	1,86(0,83;4,19)	3,97(0,97;16,23)
Учет мнение медицинского персонала при формировании заявок на ЛС	всегда учитывается	1	1
	часто учитывается	5,65(3,80;8,39)	4,76(2,7;8,41)
	крайне редко	0,8(0,43;1,49)	0,42(0,19;0,95)
Наличие информации (жалобы, положительные отзывы) о качестве закупленных ЛС	да, часто	1	1
	да, редко	0,82(0,55;1,22)	0,4(0,23;0,7)
	не поступает	2,83(1,81;4,42)	2,37(1,19;4,72)
	затрудняюсь ответить	1,02(0,54;1,9)	0,64(0,24;1,68)
Наличие лекарственной формулярной комиссии	да	1	1
	нет	2,12(1,29;3,47)	0,78(0,36;1,71)
	затрудняюсь ответить	0,74(0,42;1,31)	0,43(0,17;1,1)
Организация	Государственная организация	1	1
	Частная организация	0,94(0,65;1,37)	0,68(0,38;1,2)
Регион	город	1	1
	село	1,35(0,97;1,87)	1,5(0,92;2,47)

Множественный логистический регрессионный анализ показал, что в Алматинской области доступность ЛС зависит от ответственности заведующих аптеками (ОШ = 2,37; 95% ДИ 1,34–4,17) и материально ответственных лиц (ОШ = 2,1; 95% ДИ 1,14–3,87), а также привлечения экспертов (ОШ = 3,97; 95% ДИ 0,97–16,23). Учет мнения медицинского персонала (ОШ = 4,76; 95% ДИ 2,7–8,41) улучшает доступность, а отсутствие информации о качестве ЛС (ОШ = 2,37; 95% ДИ 1,19–4,72) и формулярной комиссии (ОШ = 0,78; 95% ДИ 0,36–1,71) ухудшают ее. Регион (город/село) и тип организации не влияют на доступность ЛС, таблица 16.

Из проведенного анализа следует, что большинство респондентов из обеих групп считают систему здравоохранения гарантией безопасности фармакотерапии. Сельские специалисты демонстрируют более высокую готовность консультировать по вопросам фармакотерапии и считают консультации важным фактором для успеха лечения. Задержки в поставках ЛС чаще фиксируются у городских специалистов, хотя сельские респонденты имеют больше неопределенности по этому вопросу. Учет мнений медицинского персонала при формировании заявок более выражен в городской местности. Отсутствие разъяснений по приказам о формировании заявок наблюдается среди сельских специалистов. Необходимость в обучении по формированию заявок на ЛС заявляют большинство респондентов, особенно из сельской местности. Простой и множественный логистический регрессионный анализ подчеркнул важность должностных позиций и участия медицинского персонала в процессе обеспечения ЛС на уровне ПМСП.

5 УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ ОБЕСПЕЧЕНИЕМ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

В опросе участвовало 2013 человек, из которых 728 респондентов из г. Алматы и 1285 из Алматинской области. Среди участников преобладали женщины (60,0%), большинство респондентов имели средне-специальное или высшее образование, 66,7% опрошенных были трудоустроены и 60,4% состояли в браке (таблица 17).

Таблица 17 – Характеристика участников опроса

Характеристика		Место проживания			Р	
		Алматы (%)	Алматинская область			Всего (%)
	город (%)		село (%)			
Ваш возраст	18-29	178 (24,5)	122 (18,2)	116 (18,9)	416 (20,7)	0,001
	30-39	156 (21,4)	196 (29,3)	163 (26,5)	515 (25,6)	
	40-49	139 (19,1)	174 (26,0)	118 (19,2)	431 (21,4)	
	50-59	147 (20,2)	107 (16,0)	96 (15,6)	350 (17,4)	
	>60	108 (14,8)	71 (10,6)	122 (19,8)	301 (15,0)	
	Итого	728(100,0)	670 (100,0)	615 (100,0)	2013(100,0)	
Гендерная принадлежность	женский	425(58,4)	397 (59,3)	385 (62,6)	1207(60,0)	0,261
	мужской	303(41,6)	273 (40,7)	230 (37,4)	806(40,0)	
	Итого	728(100,0)	670 (100,0)	615 (100,0)	2013(100,0)	
Укажите, пожалуйста, уровень Вашего образования:	Незаконченное среднее	63 (9,0)	46 (6,9)	68 (11,1)	177 (9,0)	0,006
	Среднее специальное	237 (34,0)	193 (29,2)	176 (28,6)	606 (30,7)	
	Высшее	398 (57,0)	424 (64,0)	371 (60,3)	1193 (60,4)	
	Итого	728(100,0)	670(100,0)	615(100,0)	2013(100,0)	
Укажите, пожалуйста, Ваш социальный статус	Рабочий, предприниматель, служащий	493 (68,0)	470 (70,2)	377 (61,3)	1340 (66,7)	0,001
	Домохозяйка	62 (8,6)	96 (14,3)	45 (7,3)	203 (10,1)	
	Пенсионер	119 (16,4)	71 (10,6)	150 (24,4)	340 (16,9)	
	Безработный	21 (2,9)	19 (2,8)	23 (3,7)	63 (3,1)	
	Военнослужащий	8 (1,1)	14 (2,1)	11 (1,8)	33 (1,6)	
	Учащийся-студент	22 (3,0)	0 (0,0)	9 (1,5)	31 (1,5)	
Семейное положение	Никогда не состоял (а) в браке	177 (25,4)	131 (19,8)	113 (18,4)	421 (21,3)	0,006
	Женат (замужем)	398 (57,0)	424 (64,0)	371 (60,3)	1193 (60,4)	
	Вдова (вдовец)	63 (9,0)	46 (6,9)	68 (11,1)	177 (9,0)	
	Разведен (а)	60 (8,6)	62 (9,4)	63 (10,2)	185 (9,4)	

Изучение удовлетворенности взрослого населения обеспечением лекарственными средствами на уровне ПМСП г. Алматы и Алматинской области.

Ежемесячные карманные расходы на консультации медицинских специалистов, лекарства, диагностику и лабораторные обследования в размере более 10 тысяч тенге были зарегистрированы у 32,0% респондентов, при этом эта цифра была значительно выше среди жителей Алматинской области 44,0%, в то время как в г. Алматы она составила 20,1% ($p < 0,001$). Удовлетворительным оценили состояние здоровья 36,3% респондентов, где среди жителей Алматинской области данный показатель составил 40,8%. Плохое состояние здоровья определило 3,8% участников опроса, где наибольшее количество респондентов были из Алматы - 5,5%. Основными причинами плохого самочувствия респонденты называли квалификацию медицинского персонала (9,1% среди жителей г. Алматы $p = 0,005$). Прочие причины не имели статистической значимости, однако часто упоминалось невнимательное отношение к собственному здоровью (36,4%) и недостаток финансовых средств для профилактики, диагностики и лечения (46,8%). 5,1% респондентов не были осведомлены о своем статусе застрахованности в системе ОСМС, в то время как 20,7% относились к льготным категориям населения ($p < 0,001$).

58,5% респондентов состояли на диспансерном наблюдении в ПМСП, при этом среди жителей Алматинской области этот показатель был немного выше - 59,5%, в то время как в г. Алматы он составлял 56,8%. В последующем был проведен анализ среди респондентов, состоящих на диспансерном учете. Все респонденты на учете сообщили, что получают лекарства в рамках ОСМС или ГОБМП ($p = 0,055$). Около 41,9% респондентов получают два наименования ЛС. В Алматы 37,2% респондентов получают одно наименование ЛС, тогда как в Алматинской области 31,4% получают более трех наименований ($p = 0,004$).

29,5% респондентов сталкиваются с задержками в получении ЛС, при этом только 16,1% из них оценивают сроки получения как приемлемые. 8,4% респондентов сообщили, что не получают положенные ЛС ($p < 0,001$). Несмотря на то, что 62,1% респондентов отметили получение ЛС вовремя, 61,9% респондентов указали, что вынуждены были приобретать лекарства, положенные в рамках ГОБМП или ОСМС, за свой счет, при этом в Алматинской области этот показатель составил 65,7% ($p < 0,001$).

Основной причиной покупки ЛС за счет собственных средств стало неполучение положенных лекарств (52,5% в Алматинской области, среди респондентов Алматы - 87,9%). Второй причиной называли удобство или близость покупки за свой счет (45,4%), что в основном касалось жителей Алматинской области (60,9%), что, вероятно, связано с графиком работы аптек и расположением аптечных пунктов ($p = 0,004$).

Наибольшая доля респондентов в Алматы (47,5%) выразила высокую степень удовлетворенности лекарственным обеспечением на уровне ПМСП, в то время как в Алматинской области общий уровень удовлетворенности составил 48,1% участников опроса (таблица 18).

Таблица 18 – Лекарственное обеспечение на уровне ПМСП

Фактор		Место проживания			P
		город (%)	область (%)	всего (%)	
1		2	3	4	5
Материальное положение (месячный доход)	От 100 000 тенге до 150 000 тенге в месяц	261 (35,9)	644 (50,1)	905 (45,0)	<0,001
	От 151000 тенге до 200000 тенге в месяц	335 (46,0)	427 (33,2)	762 (37,9)	
	От 201 000 тенге и выше	132 (18,1)	214 (16,7)	346 (17,2)	
	Итого	728 (100,0)	1285(100,0)	2013 (100,0)	
Сколько примерно в месяц Вы тратите на: консультацию медицинского специалиста, ЛС, диагностику, лабораторные обследования	До 2500 тенге	147(20,2)	110(16,4)	116(18,9)	<0,001
	От 2500 до 5000 тенге	168(23,1)	100(14,9)	80(13,0)	
	От 5000 до 10000 тенге	151(20,7)	92(13,7)	115(18,7)	
	От 10000 тенге и выше	146(20,1)	295(44,0)	197(32,0)	
	Не трачу	116(15,9)	73(10,9)	107(17,4)	
	Итого	728(100,0)	670(100,0)	615(100,0)	
Как в целом Вы оценили бы состояние Вашего здоровья	Отличное	192 (26,4)	363 (28,2)	555 (27,6)	<0,001
	Хорошее	290 (39,8)	361 (28,1)	651 (32,3)	
	Удовлетворительное	206 (28,3)	524 (40,8)	730 (36,3)	
	Плохое	40 (5,5)	37 (2,9)	77 (3,8)	
	Итого	728 (100,0)	1285(100,0)	2013 (100,0)	
Если Вы считаете, что состояние Вашего здоровья ПЛОХОЕ, то с чем это связано? (возможно, несколько вариантов ответов)	С невниманием к своему здоровью	14 (35,0)	14 (37,8)	28 (36,4)	0,926
	С отсутствием финансовых средств на профилактику, диагностику и лечение	13 (32,5)	23 (62,2)	36 (46,8)	0,026
	С низкой квалификацией медицинского персонала	7 (17,5)	0 (0,0)	7 (9,1)	0,005
	С отдаленностью поликлиники или стационара от места проживания	12 (30,0)	17 (45,9)	29 (37,7)	0,271
	С отсутствием времени на обследование и лечение	12 (30,0)	17 (45,9)	29 (37,7)	0,271
	Итого	40 (100,0)	37 (100,0)	77 (100,0)	
Статус застрахованности	Я застрахован в системе ОСМС	479 (68,4)	883 (69,8)	1362 (69,3)	<0,001
	Я отношусь к льготным категориям населения (ГОБМП)	130 (18,6)	277 (21,9)	407 (20,7)	
	У меня частная страховка/страховка от работодателя	50 (7,1)	45 (3,6)	95 (4,8)	
	Не знаю	41 (5,9)	60 (4,7)	101 (5,1)	

Продолжение таблицы 18

	1	2	3	4	5
Состоите ли вы на динамическом наблюдении (диспансерном учете)	да	406 (56,8)	727 (59,5)	1133(58,5)	<0,001
	нет	309 (43,2)	495 (40,5)	804 (41,5)	
Как часто вы принимаете лекарства	по необходимости	409 (56,2)	737 (57,4)	1146 (56,9)	0,304
	регулярно курсами (раз в полгода, раз в год и т.д.)	176 (24,2)	281 (21,9)	457 (22,7)	
	ежедневно/постоянно	143 (19,6)	267 (20,8)	410 (20,4)	
	Итого	728 (100,0)	1285(100,0)	2013 (100,0)	
Положены ли вам лекарства в рамках ГОБМП/ОСМС (бесплатно)?	Да	406 (56,8)	727 (59,5)	1133 (58,5)	0,055
	нет	309 (43,2)	495 (40,5)	804 (41,5)	
Сколько наименований лекарств вы получаете бесплатно на амбулаторном уровне (в поликлинике)?	1	151 (37,2)	195 (26,8)	346 (30,5)	0,004
	2	171 (42,1)	304 (41,8)	475 (41,9)	
	3 и более	84 (20,7)	228 (31,4)	312 (27,5)	
	Итого	406 (100,0)	727 (100,0)	1133 (100,0)	
Получаете ли вы положенные вам на бесплатной основе лекарства в срок?	Я получаю лекарства в срок	270 (66,5)	434 (59,7)	704 (62,1)	0,001
	Я получаю лекарства с задержкой, но время ожидания приемлемо	55 (13,5)	127 (17,5)	182 (16,1)	
	Я получаю лекарства с задержкой	39 (9,6)	113 (15,5)	152 (13,4)	
	Я не получаю положенные лекарства	42 (10,3)	53 (7,3)	95 (8,4)	
	Итого	406 (100,0)	727 (100,0)	1133 (100,0)	
Приходилось ли вам покупать за свой счет лекарства, положенные вам в рамках ГОБМП/ОСМС (бесплатно)?	да	223 (54,9)	478 (65,7)	701 (61,9)	<0,001
	нет	183 (45,1)	249 (34,3)	432 (38,1)	
	Итого	406 (100,0)	727 (100,0)	1133 (100,0)	
Если вы ответили на предыдущий вопрос «Да» укажите по какой причине?	У меня не было выбора, так как я не получил положенные ЛС	196 (87,9)	172 (36,0)	368 (52,5)	0,004
	Мне было легче/ближе/удобнее купить за свой счет	27 (12,1)	291 (60,9)	318 (45,4)	
	Меня не устраивает качество лекарств выдаваемых бесплатно		15 (3,1)	15 (2,1)	
	Итого	223 (100,0)	478 (100,0)	701 (100,0)	

В целом более 70,0% респондентов в обоих регионах выразили согласие, как полное, так и частичное, о том, что врачи или фармацевты предоставляют достаточно информации о приеме ЛС и помогают в получении необходимых препаратов. Около 10-15% респондентов, преимущественно из Алматинской области, высказали нейтральное или отрицательное мнение относительно того, что лекарства предоставляются в комфортных условиях (таблица 19).

Таблица 19 – Удовлетворенность пациентов информированием и оказанием услуг по вопросам лекарственного обеспечения

Фактор		Место проживания			P
		город (%)	область (%)	всего (%)	
1		2	3	4	5
На сколько вы удовлетворены лекарственным обеспечением на уровне ПМСП?	Очень удовлетворен	193 (47,5)	237(32,6)	430(38,0)	0,001
	Удовлетворен	176 (43,3)	350(48,1)	526(46,4)	
	Нейтрально	31 (7,6)	71(9,8)	102(9,0)	
	Неудовлетворен	6 (1,5)	69(9,5)	75(6,6)	
	Итого	406 (100,0)	727(100,0)	1133(100,0)	
Фармацевт/врач помогает мне получить лекарства	Согласен	302 (74,4)	453(62,3)	755(66,6)	0,001
	Полностью согласен	70 (17,2)	130(17,9)	200(17,7)	
	Нейтрально	29 (7,1)	71(9,8)	100(8,8)	
	Не согласен	5 (1,2)	73(10,0)	78(6,9)	
	Итого	406 (100,0)	727(100,0)	1133(100,0)	
Фармацевт/врач помогает решить любые проблемы, касающиеся лекарств	Согласен	280 (69,0)	421(57,9)	701(61,9)	0,002
	Полностью согласен	82 (20,2)	174(23,9)	256(22,6)	
	Нейтрально	24 (5,9)	47(6,5)	71(6,3)	
	Не согласен	20 (4,9)	85(11,7)	105(9,3)	
	Итого	406 (100,0)	727(100,0)	1133(100,0)	
Фармацевт/врач отвечает на все мои вопросы	Согласен	296 (72,9)	448(61,6)	744(65,7)	0,001
	Полностью согласен	73 (18,0)	179(24,6)	252(22,2)	
	Нейтрально	19 (4,7)	31(4,3)	50(4,4)	
	Не согласен	16 (3,9)	69(9,5)	85(7,5)	
	Полностью не согласен	2 (0,5)		2(,2)	
	Итого	406 (100,0)	727(100,0)	1133(100,0)	
Фармацевт/врач относится ко мне с уважением	Согласен	306 (75,4)	429(59,0)	735(64,9)	0,001
	Полностью согласен	68 (16,7)	205(28,2)	273(24,1)	
	Нейтрально	23 (5,7)	7(1,0)	30(2,6)	
	Не согласен	9 (2,2)	86(11,8)	95(8,4)	
	Итого	406 (100,0)	727(100,0)	1133(100,0)	
Количество лекарств было достаточным	Согласен	294 (72,4)	458(63,0)	752(66,4)	0,001
	Полностью согласен	74 (18,2)	161(22,1)	235(20,7)	
	Нейтрально	32 (7,9)	37(5,1)	69(6,1)	
	Не согласен	4 (1,0)	71(9,8)	75(6,6)	
	Полностью не согласен	2 (0,5)		2(,2)	
	Итого	406 (100,0)	727(100,0)	1133(100,0)	
Все необходимые лекарства были получены в полном объеме	Согласен	300 (73,9)	496(68,2)	796(70,3)	0,001
	Полностью согласен	76 (18,7)	148(20,4)	224(19,8)	
	Нейтрально	27 (6,7)	20(2,8)	47(4,1)	
	Не согласен	3 (0,7)	63(8,7)	66(5,8)	
	Итого	406(100,0)	727(100,0)	1133(100,0)	

Продолжение таблицы 19

	1	2	3	4	5
Названия лекарств на упаковках отчетливые и легко читаются	Согласен	292 (71,9)	406(55,8)	698(61,6)	0,001
	Полностью согласен	75 (18,5)	194(26,7)	269(23,7)	
	Нейтрально	28 (6,9)	56(7,7)	84(7,4)	
	Не согласен	7 (1,7)	65(8,9)	72(6,4)	
	Полностью не согласен	4 (1,0)	6(,8)	10(,9)	
	Итого	406 (100,0)	727(100,0)	1133(100,0)	
Инструкции по применению и информация на стикерах напечатаны отчетливо и понятно	Согласен	325 (80,0)	424(58,3)	749(66,1)	0,001
	Полностью согласен	64 (15,8)	158(21,7)	222(19,6)	
	Нейтрально	15 (3,7)	75(10,3)	90(7,9)	
	Не согласен		64(8,8)	64(5,6)	
	Полностью не согласен	2 (0,5)	6(,8)	8(,7)	
	Итого	406 (100,0)	727(100,0)	1133(100,0)	
Внешний вид лекарств и качество хорошее	Согласен	305 (75,1)	488(67,1)	793(70,0)	0,001
	Полностью согласен	73 (18,0)	127(17,5)	200(17,7)	
	Нейтрально	27 (6,7)	48(6,6)	75(6,6)	
	Не согласен		64(8,8)	64(5,6)	
	Полностью не согласен	1 (0,2)		1(,1)	
	Итого	406 (100,0)	727(100,0)	1133(100,0)	
До аптеки/поликлиники легко добраться	Согласен	301 (74,1)	466(64,1)	767(67,7)	0,005
	Полностью согласен	61 (15,0)	129(17,7)	190(16,8)	
	Нейтрально	27 (6,7)	61(8,4)	88(7,8)	
	Не согласен	17 (4,2)	71(9,8)	88(7,8)	
	Итого	406 (100,0)	727(100,0)	1133(100,0)	
	Зона ожидания комфортная	Согласен	298 (73,4)	442(60,8)	
Полностью согласен		62 (15,3)	112(15,4)	174(15,4)	
Нейтрально		34 (8,4)	97(13,3)	131(11,6)	
Не согласен		9 (2,2)	71(9,8)	80(7,1)	
Полностью не согласен		3 (0,7)	5(,7)	8(,7)	
Итого		406 (100,0)	727(100,0)	1133(100,0)	
Аптека/кабинет выдачи лекарств чистая/ый и аккуратная/ный	Согласен	315 (77,6)	471(64,8)	786(69,4)	0,001
	Полностью согласен	66 (16,3)	133(18,3)	199(17,6)	
	Нейтрально	20 (4,9)	45(6,2)	65(5,7)	
	Не согласен	5 (1,2)	78(10,7)	83(7,3)	
	Итого	406 (100,0)	727(100,0)	1133(100,0)	
	Рабочие часы аптеки/кабинета выдачи лекарств приемлемы для меня	Согласен	308 (75,9)	479(65,9)	
Полностью согласен		84 (20,7)	175(24,1)	259(22,9)	
Нейтрально		13 (3,2)	10(1,4)	23(2,0)	
Не согласен		1 (0,2)	63(8,7)	64(5,6)	
Итого		406 (100,0)	727(100,0)	1133(100,0)	
Врач/фармацевт объяснил мне причину назначения лекарства		Согласен	316 (77,8)	465(64,0)	781(68,9)
	Полностью согласен	66 (16,3)	153(21,0)	219(19,3)	
	Нейтрально	17 (4,2)	34(4,7)	51(4,5)	
	Не согласен	6 (1,5)	71(9,8)	77(6,8)	
	Полностью не согласен	1 (0,2)	4(0,6)	5(0,4)	
	Итого	406 (100,0)	727(100,0)	1133(100,0)	

Продолжение таблицы 19

1		2	3	4	5
Врач/фармацевт объяснил как, когда и в каких дозах принимать лекарства	Согласен	307 (75,6)	437(60,1)	744(65,7)	0,001
	Полностью согласен	72 (17,7)	165(22,7)	237(20,9)	
	Нейтрально	4 (1,0)	31(4,3)	35(3,1)	
	Не согласен	18 (4,4)	85(11,7)	103(9,1)	
	Полностью не согласен	5 (1,2)	9(1,2)	14(1,2)	
	Итого	406 (100,0)	727(100,0)	1133(100,0)	
Врач/фармацевт разъяснил мне какие могут быть побочные эффекты от принятия лекарства	Согласен	321 (79,1)	450(61,9)	771(68,0)	0,001
	Полностью согласен	58 (14,3)	157(21,6)	215(19,0)	
	Нейтрально	11 (2,7)	43(5,9)	54(4,8)	
	Не согласен	14 (3,4)	73(10,0)	87(7,7)	
	Полностью не согласен	2 (0,5)	4(0,6)	6(0,5)	
	Итого	406 (100,0)	727(100,0)	1133(100,0)	
Врач/фармацевт объяснил мне как хранить лекарства	Согласен	322 (79,3)	524(72,1)	846(74,7)	0,012
	Полностью согласен	58 (14,3)	113(15,5)	171(15,1)	
	Нейтрально	8 (2,0)	17(2,3)	25(2,2)	
	Не согласен	18 (4,4)	73(10,0)	91(8,0)	
	Итого	406 (100,0)	727(100,0)	1133(100,0)	
Врач/фармацевт уделил мне достаточно времени	Согласен	319 (78,6)	497(68,4)	816(72,0)	0,001
	Полностью согласен	56 (13,8)	135(18,6)	191(16,9)	
	Нейтрально	14 (3,4)	29(4,0)	43(3,8)	
	Не согласен	15 (3,7)	66(9,1)	81(7,1)	
	Полностью не согласен	2 (0,5)		2(,2)	
	Итого	406 (100,0)	727(100,0)	1133(100,0)	
В аптеке/ кабинете выдачи лекарств было достаточно пространства для того, чтобы получить личные рекомендации по приему лекарств	Согласен	293 (72,2)	435(59,8)	728(64,3)	0,001
	Полностью согласен	75 (18,5)	151(20,8)	226(19,9)	
	Нейтрально	23 (5,7)	62(8,5)	85(7,5)	
	Не согласен	15 (3,7)	79(10,9)	94(8,3)	
	Итого	406 (100,0)	727(100,0)	1133(100,0)	

Одномерный анализ по г. Алматы показал, что затраты на ЛС зависят от возраста: наибольшие затраты у группы 18-29 лет (ОШ = 6,09; 95% ДИ 3,37–10,99) и 50-59 лет (ОШ = 3,62; 95% ДИ 2,03–6,46). Затраты выше у пенсионеров (ОШ = 3,15; 95% ДИ 2,13–4,65) и людей, не состоящих в браке (ОШ = 3,55; 95% ДИ 2,23–5,68). Женщины имеют меньшие затраты (ОШ = 0,86; 95% ДИ 0,61–1,20). Затраты также увеличиваются с наличием хронических заболеваний (ОШ = 6,90; 95% ДИ 4,27–11,15) и при доходах от 151 000 до 200 000 тенге (ОШ = 1,54; 95% ДИ 0,94–2,52). Наличие высшего образования связано с меньшими затратами (ОШ = 1), таблица 20.

Многомерный анализ по г. Алматы показал, что затраты на ЛС увеличиваются у людей в возрасте 18-29 лет (ОШ = 2,35; 95% ДИ 1,02–5,41) и

50-59 лет (ОШ = 2,36; 95% ДИ 1,14–4,90). Затраты выше также у людей с доходом от 151 000 до 200 000 тенге (ОШ = 1,72; 95% ДИ 0,94–3,15) и у тех, кто имеет хронические заболевания (ОШ = 8,60; 95% ДИ 4,78–15,50). Женщины имеют меньшие затраты (ОШ = 0,79; 95% ДИ 0,52–1,21). Пенсионеры и люди, не состоящие в браке, имеют схожие затраты с другими категориями (ОШ = 0,79; 95% ДИ 0,45–1,39 и ОШ = 1,44; 95% ДИ 0,71–2,91 соответственно). Уровень образования (высшее или среднее) не оказывает значительного влияния на затраты.

Таблица 20 – Одномерный и многомерный анализ по г. Алматы по факторам, влияющие на затраты из собственных средств на ЛС

Факторы	Одномерный	Многомерный анализ
18-29	6,09(3,37;10,99)	2,35(1,02;5,41)
30-39	2,43(1,35;4,35)	1,38(0,64;2,98)
40-49	2,91(1,63;5,19)	1,66(0,78;3,56)
50-59	3,62(2,03;6,46)	2,36(1,14;4,9)
Старше 60	1	1
мужчины	1	1
женщины	0,86(0,61;1,2)	0,79(0,52;1,21)
От 100 000 тенге до 150 000 тенге в месяц	0,63(0,39;1,03)	0,84(0,42;1,65)
От 151000 тенге до 200000 тенге в месяц	1,54(0,94;2,52)	1,72(0,94;3,15)
От 200 000 тенге и выше	1	1
Отличное	1,41(0,63;3,16)	0,51(0,2;1,34)
Хорошее	2,38(1,09;5,21)	1,25(0,5;3,14)
Удовлетворительное	1,5(0,68;3,29)	1,33(0,53;3,34)
плохое	1	1
работающий	1	1
пенсионеры	3,15(2,13;4,65)	0,79(0,45;1,39)
Никогда не состоял (а) в браке	3,55(2,23;5,68)	1,44(0,71;2,91)
Женат (замужем)	1,39(0,7;2,78)	0,91(0,53;1,55)
Вдова/разведен		1
высшее	1	1
среднее	0,94(0,66;1,36)	0,91(0,57;1,45)
Население с хроническими заболеваниями	6,9(4,27;11,15)	8,6(4,78;15,5)

Таким образом, результаты исследования показали, что значительная доля респондентов из Алматинской области (44,0%) тратит более 10 тысяч тенге в месяц на медицинские услуги, что значительно превышает этот показатель в г. Алматы (20,1%). Большая часть респондентов оценивает свое здоровье как удовлетворительное, при этом среди жителей г. Алматы наблюдается более высокий процент тех, кто оценил свое здоровье как плохое. Проблемы с получением лекарств, такие как задержки и необходимость приобретения их за собственные средства, остаются актуальными для более 60% респондентов, с особенно высоким уровнем в Алматинской области (65,7%). Несмотря на эти проблемы, более 70% респондентов в обеих областях положительно оценивают информированность и помощь со стороны врачей и фармацевтов в вопросах

лекарственного обеспечения. В целом, уровень удовлетворенности доступностью и качеством лекарственного обеспечения на уровне ПМСП в Алматы и Алматинской области составляет 47,5% и 48,1% соответственно. Многомерный и одномерный анализ показали, что затраты на ЛС в г. Алматы выше у людей 50-59 лет, пенсионеров, а также у тех, кто не состоит в браке и имеет хронические заболевания. Женщины тратят меньше, а уровень образования не влияет на затраты.

Анализ организации лекарственного обеспечения в городах и селах Алматинской области

В целом 38,3% респондентов в Алматинской области тратят более 10 тыс. в месяц на ЛС, при этом среди городских жителей этот показатель составляет 44,0%, что значительно выше, чем среди сельских жителей 32,0% ($p < 0,001$). Среди 37,0% респондентов оценивших свое здоровьем как плохое, наибольшее количество проблем с отсутствием финансовых средств на профилактику, диагностику и лечение отметили жители сельской местности ($p < 0,001$). Из среди 1222 респондентов 727 (59,5%) участников состоят на диспансерном учете, и анализ был проведен на основе данных этой группы. Среди них 43,1% принимают ЛС по мере необходимости, а 31,6% - ежедневно. 41,8% респондентов получают два препарата, преимущественно жители городов, тогда как 31,4% получают более трех ЛС, причем среди сельских жителей этот показатель составляет 36,3%, в отличие от 25,9% в городах ($p < 0,001$). Примерно треть сельских жителей (21,1%) сталкиваются с задержками в получении ЛС, или вовсе не получают их (8,2%), в то время как 26,2% городских жителей заявили, что получают лекарства с задержкой, но считают это время ожидания приемлемым ($p < 0,001$). В итоге, 65,7% респондентов покупали лекарства за свой счет, при этом 36,0% из них связали эту необходимость с отсутствием полученных препаратов, в то время как 60,9% указали на проблемы с доступностью и удобством местоположения аптек, и лишь 3,1% отметили неудовлетворенность качеством предоставленных ЛС (таблица 21).

Таблица 21 – Лекарственное обеспечение на уровне ПМСП в Алматинской области

Фактор		Место проживания			P
		город (%)	село (%)	всего (%)	
1		2	3	4	5
Материальное положение (месячный доход)	100000-150000	339 (50,6)	205 (49,6)	644 (50,1)	<0,001
	151000-200000	193 (28,8)	234 (38,0)	427 (33,2)	
	201 000 и выше	138 (20,6)	76 (12,4)	214 (16,7)	
	Итого	670 (100,0)	615 (100,0)	1285 (100,0)	
Какую сумму денег в месяц Вы расходуете на	До 2500	110 (16,4)	116 (18,9)	226 (17,6)	<0,001
	2500-5000	100 (14,9)	80 (13,0)	180 (14,0)	
	5000-10000	92 (13,7)	115 (18,7)	207 (16,1)	

Продолжение таблицы 21

	1	2	3	4	5
консультацию, приобретение ЛС	10000 выше	295 (44,0)	197 (32,0)	492 (38,3)	
	Не трачу	73 (10,9)	107 (17,4)	180 (14,0)	
	Итого	670 (100,0)	615 (100,0)	1285 (100,0)	
Как в целом Вы оценили бы состояние Вашего здоровья	Отличное	182 (27,2)	181 (29,4)	363 (28,2)	<0,001
	Хорошее	167 (24,9)	194 (31,5)	361 (28,1)	
	Удовлетворительное	306 (45,7)	218 (35,4)	524 (40,8)	
	Плохое	15 (2,2)	22 (3,6)	37 (2,9)	
	Итого	670 (100,0)	615 (100,0)	1285 (100,0)	
Если вы оценили свое состояние здоровья плохим, то с чем это связано?	С невнимательным отношением к своему здоровью	14 (93,3)		14 (37,8)	<0,001
	Из-за отсутствия финансовых для профилактических услуг, диагностики и лечения	1 (6,7)	22 (100,0)	23 (62,2)	<0,001
	С отдаленностью поликлиники или стационара от места проживания	1 (6,7)	16 (72,7)	17 (45,9)	<0,001
	Итого	15 (100,0)	22 (100,0)	37 (100,0)	
Статус застрахованности	Я застрахован в системе ОСМС	442 (69,1)	441 (78,1)	883 (73,3)	<0,001
	Я отношусь к льготным категориям населения (ГОБМП)	179 (28,0)	98 (17,3)	277 (23,0)	
	У меня частная страховка/страховка от работодателя	19 (3,0)	26 (4,6)	45 (3,7)	
Состоите ли вы на динамическом наблюдении (диспансерном учете)	да	347 (54,3)	380 (65,2)	727 (59,5)	<0,001
	нет	292 (45,7)	203 (34,8)	495 (40,5)	
	итого	639 (100,0)	583 (100,0)	1222 (100,0)	
Как часто вы принимаете лекарства	по необходимости	167 (48,1)	146 (38,4)	313 (43,1)	<0,001
	регулярно курсами (раз в полгода, раз в год и т.д.)	77 (22,2)	107 (28,2)	184 (25,3)	
	ежедневно/постоянно	103 (29,7)	127 (33,4)	230 (31,6)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	
Положены ли вам лекарства в рамках ГОБМП/ОСМС (бесплатно)?	Да	347 (54,3)	380 (65,2)	727 (59,5)	<0,001
	нет	292 (45,7)	203 (34,8)	495 (40,5)	
Сколько наименований лекарств вы получаете бесплатно на амбулаторном уровне (в поликлинике)?	1	88 (25,4)	107 (28,2)	195 (26,8)	<0,001
	2	169 (48,7)	135 (35,5)	304 (41,8)	
	3 и более	90 (25,9)	138 (36,3)	228 (31,4)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	

Продолжение таблицы 21

	1	2	3	4	5
Получаете ли вы положенные вам на бесплатной основе лекарства в срок?	Я получаю лекарства в срок	201 (57,9)	233 (61,3)	434 (59,7)	<0,001
	Я получаю лекарства с задержкой, но время ожидания приемлемо	91 (26,2)	36 (9,5)	127 (17,5)	
	Я получаю лекарства с задержкой	33 (9,5)	80 (21,1)	113 (15,5)	
	Я не получаю положенные лекарства	22 (6,3)	31 (8,2)	53 (7,3)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	
Приходилось ли вам покупать за свой счет лекарства, положенные вам в рамках ГОБМП/ОСМС (бесплатно)?	да	214 (61,7)	264 (69,5)	478 (65,7)	<0,001
	нет	133 (38,3)	116 (30,5)	249 (34,3)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	
Если вы ответили на предыдущий вопрос «Да» укажите по какой причине?	У меня не было выбора, так как я не получил положенные ЛС	67 (31,3)	105 (39,8)	172 (36,0)	<0,001
	Мне было легче/ближе/удобнее купить за свой счет	141 (65,9)	150 (56,8)	291 (60,9)	
	Меня не устраивает качество лекарств вы даваемых бесплатно	6 (2,8)	9 (3,4)	15 (3,1)	
	Итого	214 (100,0)	264 (100,0)	478 (100,0)	

Примерно 20,0% респондентов выразили нейтральное или неудовлетворительное отношение к лекарственному обеспечению на уровне ПМСП и информированию со стороны врача или фармацевта о назначенных ЛС, при этом данный показатель был выше среди жителей сельских населенных пунктов ($p < 0,001$), таблица 22.

Таблица 22 – Удовлетворенность пациентов информированием и оказанием услуг по вопросам лекарственного обеспечения

Фактор	Место проживания			P	
	город (%)	село (%)	всего (%)		
1	2	3	4	5	
На сколько вы удовлетворены лекарственным обеспечением на уровне ПМСП?	Очень удовлетворен	105 (30,3)	132 (34,7)	237 (32,6)	<0,001
	Удовлетворен	198 (57,1)	152 (40,0)	350 (48,1)	
	Нейтрально	41 (11,8)	30 (7,9)	71 (9,8)	
	Неудовлетворен	3 (0,9)	66 (17,4)	69 (9,5)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	

Продолжение таблицы 22

1		2	3	4	5
Фармацевт/врач помогает мне получить лекарства	Согласен	216 (62,2)	237 (62,4)	453 (62,3)	<0,001
	Полностью согласен	87 (25,1)	43 (11,3)	130 (17,9)	
	Нейтрально	37 (10,7)	34 (8,9)	71 (9,8)	
	Не согласен	7 (2,0)	66 (17,4)	73 (10,0)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	
Фармацевт/врач помогает решить любые проблемы, касающиеся лекарств	Согласен	200 (57,6)	221 (58,2)	421 (57,9)	<0,001
	Полностью согласен	110 (31,7)	64 (16,8)	174 (23,9)	
	Нейтрально	30 (8,6)	17 (4,5)	47 (6,5)	
	Не согласен	7 (2,0)	78 (20,5)	85 (11,7)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	
Фармацевт/врач отвечает на все мои вопросы	Согласен	215 (62,0)	233 (61,3)	448 (61,6)	<0,001
	Полностью согласен	115 (33,1)	64 (16,8)	179 (24,6)	
	Нейтрально	14 (4,0)	17 (4,5)	31 (4,3)	
	Не согласен	3 (,9)	66 (17,4)	69 (9,5)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	
Фармацевт/врач относится ко мне с уважением	Согласен	206 (59,4)	223 (58,7)	429 (59,0)	<0,001
	Полностью согласен	131 (37,8)	74 (19,5)	205 (28,2)	
	Нейтрально	7 (2,0)	0 (0,0)	7 (1,0)	
	Не согласен	3 (0,9)	83 (21,8)	86 (11,8)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	
Количество лекарств было достаточным	Согласен	229 (66,0)	229 (60,3)	458 (63,0)	<0,001
	Полностью согласен	93 (26,8)	68 (17,9)	161 (22,1)	
	Нейтрально	22 (6,3)	15 (3,9)	37 (5,1)	
	Не согласен	3 (,9)	68 (17,9)	71 (9,8)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	
Все необходимые лекарства были получены в полном объеме	Согласен	244 (70,3)	252 (66,3)	496 (68,2)	<0,001
	Полностью согласен	86 (24,8)	62 (16,3)	148 (20,4)	
	Нейтрально	14 (4,0)	6 (1,6)	20 (2,8)	
	Не согласен	3 (0,9)	60 (15,8)	63 (8,7)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	
Названия лекарств на упаковках отчетливые и легко читаются	Согласен	205 (59,1)	201 (52,9)	406 (55,8)	<0,001
	Полностью согласен	116 (33,4)	78 (20,5)	194 (26,7)	
	Нейтрально	23 (6,6)	33 (8,7)	56 (7,7)	
	Не согласен	3 (,9)	62 (16,3)	65 (8,9)	
	Полностью не согласен	0 (0,0)	6 (1,6)	6 (0,8)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	
Инструкции по применению и информация на стикерах напечатаны отчетливо и понятно	Согласен	209 (60,2)	215 (56,6)	424 (58,3)	<0,001
	Полностью согласен	94 (27,1)	64 (16,8)	158 (21,7)	
	Нейтрально	37 (10,7)	38 (10,0)	75 (10,3)	
	Не согласен	7 (2,0)	57 (15,0)	64 (8,8)	
	Полностью не согласен	-	6 (1,6)	6 (,8)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	

Продолжение таблицы 22

1	2	3	4	5	
Внешний вид лекарств и качество хорошее	Согласен	232 (66,9)	256 (67,4)	488 (67,1)	<0,001
	Полностью согласен	86 (24,8)	41 (10,8)	127 (17,5)	
	Нейтрально	22 (6,3)	26 (6,8)	48 (6,6)	
	Не согласен	7 (2,0)	57 (15,0)	64 (8,8)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	
До аптеки/поликлиники легко добраться	Согласен	238 (68,6)	228 (60,0)	466 (64,1)	<0,001
	Полностью согласен	79 (22,8)	50 (13,2)	129 (17,7)	
	Нейтрально	27 (7,8)	34 (8,9)	61 (8,4)	
	Не согласен	3 (,9)	68 (17,9)	71 (9,8)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	
Зона ожидания комфортная	Согласен	214 (61,7)	228 (60,0)	442 (60,8)	<0,001
	Полностью согласен	71 (20,5)	41 (10,8)	112 (15,4)	
	Нейтрально	59 (17,0)	38 (10,0)	97 (13,3)	
	Не согласен	3 (,9)	68 (17,9)	71 (9,8)	
	Полностью не согласен		5 (1,3)	5 (0,7)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	
Аптека/кабинет выдачи лекарств чистая/ый и аккуратная/ный	Согласен	239 (68,9)	232 (61,1)	471 (64,8)	<0,001
	Полностью согласен	82 (23,6)	51 (13,4)	133 (18,3)	
	Нейтрально	23 (6,6)	22 (5,8)	45 (6,2)	
	Не согласен	3 (,9)	75 (19,7)	78 (10,7)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	
Рабочие часы аптеки/кабинета выдачи лекарств приемлемы для меня	Согласен	250 (72,0)	229 (60,3)	479 (65,9)	<0,001
	Полностью согласен	87 (25,1)	88 (23,2)	175 (24,1)	
	Нейтрально	7 (2,0)	3 (,8)	10 (1,4)	
	Не согласен	3 (,9)	60 (15,8)	63 (8,7)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	
Врач/фармацевт объяснил мне причину назначения лекарства	Согласен	242 (69,7)	223 (58,7)	465 (64,0)	<0,001
	Полностью согласен	84 (24,2)	69 (18,2)	153 (21,0)	
	Нейтрально	14 (4,0)	20 (5,3)	34 (4,7)	
	Не согласен	3 (,9)	68 (17,9)	71 (9,8)	
	Полностью не согласен	4 (1,2)		4 (,6)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	
Врач/фармацевт объяснил как, когда и в каких дозах принимать лекарства	Согласен	208 (59,9)	229 (60,3)	437 (60,1)	<0,001
	Полностью согласен	103 (29,7)	62 (16,3)	165 (22,7)	
	Нейтрально	22 (6,3)	9 (2,4)	31 (4,3)	
	Не согласен	10 (2,9)	75 (19,7)	85 (11,7)	
	Полностью не согласен	4 (1,2)	5 (1,3)	9 (1,2)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	
Врач/фармацевт разъяснил мне какие могут быть побочные эффекты от принятия лекарства	Согласен	214 (61,7)	236 (62,1)	450 (61,9)	<0,001
	Полностью согласен	97 (28,0)	60 (15,8)	157 (21,6)	
	Нейтрально	22 (6,3)	21 (5,5)	43 (5,9)	
	Не согласен	10 (2,9)	63 (16,6)	73 (10,0)	
	Полностью не согласен	4 (1,2)		4 (,6)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	

Продолжение таблицы 22

	1	2	3	4	5
Врач/фармацевт объяснил мне как хранить лекарства	Согласен	255 (73,5)	269 (70,8)	524 (72,1)	<0,001
	Полностью согласен	68 (19,6)	45 (11,8)	113 (15,5)	
	Нейтрально	14 (4,0)	3 (,8)	17 (2,3)	
	Не согласен	10 (2,9)	63 (16,6)	73 (10,0)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	
Врач/фармацевт уделил мне достаточно времени	Согласен	239 (68,9)	258 (67,9)	497 (68,4)	<0,001
	Полностью согласен	90 (25,9)	45 (11,8)	135 (18,6)	
	Нейтрально	15 (4,3)	14 (3,7)	29 (4,0)	
	Не согласен	3 (,9)	63 (16,6)	66 (9,1)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	
В аптеке/ кабинете выдачи лекарств было достаточно пространства для того, чтобы получить личные рекомендации по приему лекарств	Согласен	220 (63,4)	215 (56,6)	435 (59,8)	<0,001
	Полностью согласен	89 (25,6)	62 (16,3)	151 (20,8)	
	Нейтрально	31 (8,9)	31 (8,2)	62 (8,5)	
	Не согласен	7 (2,0)	72 (18,9)	79 (10,9)	
	Итого	347 (100,0)	380 (100,0)	727 (100,0)	

Одномерный анализ показал, что затраты на ЛС в Алматинской области зависят от возраста: наибольшие у группы 30-39 лет (ОШ = 2,62; 95% ДИ 1,61–4,25), а также от пола (женщины имеют меньшие затраты, ОШ = 0,77; 95% ДИ 0,57–1,04) и уровня дохода (меньше затрат при доходах до 200 000 тенге). Люди с худшим состоянием здоровья (ОШ = 3,28; 95% ДИ 1,31–8,21 для «хорошего» и ОШ = 3,34; 95% ДИ 1,36–8,22 для «удовлетворительного») и те, кто не состоит в браке (ОШ = 3,25; 95% ДИ 2,03–5,20), имеют более высокие затраты. Также затраты выше у людей с высшим образованием (ОШ = 2,28; 95% ДИ 1,58–3,30). Наличие хронических заболеваний не оказывает значимого влияния на затраты (ОШ = 0,98; 95% ДИ 0,59–1,64), таблица 23.

Многомерный анализ показал, что затраты на ЛС в Алматинской области выше у людей в возрасте 18-29 лет (ОШ = 3,59; 95% ДИ 1,78–7,22), 30-39 лет (ОШ = 3,77; 95% ДИ 2,07–6,89) и 50-59 лет (ОШ = 3,80; 95% ДИ 2,09–6,90). Женщины тратят меньше (ОШ = 0,55; 95% ДИ 0,38–0,81). Люди с доходом от 100 000 до 150 000 тенге (ОШ = 0,44; 95% ДИ 0,25–0,76) и от 151 000 до 200 000 тенге (ОШ = 0,49; 95% ДИ 0,29–0,82) имеют меньшие затраты. Затраты выше у людей с "удовлетворительным" состоянием здоровья (ОШ = 3,26; 95% ДИ 1,21–8,81). Люди, которые никогда не состояли в браке, имеют более высокие затраты (ОШ = 4,21; 95% ДИ 2,33–7,61). Высшее образование связано с более высокими затратами (ОШ = 2,34; 95% ДИ 1,47–3,73). Наличие хронических заболеваний не влияет на затраты (ОШ = 0,65; 95% ДИ 0,35–1,22).

Таким образом затраты на ЛС в Алматинской области значительно различаются между городом и селом. В городах 44% жителей тратят более 10 тыс. тенге в месяц на лекарства, что значительно выше, чем в сельской местности, где этот показатель составляет 32%. Предыдущие исследования показали, что около трети участников покупали лекарства за собственные средства в Казахстане, что соответствует результатам нашего исследования

[154]. Мы обнаружили, что в целом большее количество респондентов удовлетворены тем, как врач или фармацевт объясняют назначенные лекарства, включая способы их приема, причины назначения и ответы на вопросы со стороны потребителей услуг.

Таблица 23 – Одномерный и многомерный анализ по Алматинской области по факторам, влияющие на затраты из собственных средств на ЛС

Факторы	Одномерный	Многомерный анализ
18-29	2,05(1,2;3,5)	3,59(1,78;7,22)
30-39	2,62(1,61;4,25)	3,77(2,07;6,89)
40-49	1,9(1,15;3,15)	2,17(1,17;4,04)
50-59	2,57(1,56;4,23)	3,8(2,09;6,9)
Старше 60	1	1
мужчины	1	1
женщины	0,77(0,57;1,04)	0,55(0,38;0,81)
От 100 000 тенге до 150 000 тенге в месяц	0,92(0,62;1,37)	0,44(0,25;0,76)
От 151000 тенге до 200000 тенге в месяц	0,77(0,5;1,18)	0,49(0,29;0,82)
От 200 000 тенге и выше	1	1
Отличное	1,49(0,58;3,79)	0,6(0,21;1,74)
Хорошее	3,28(1,31;8,21)	1,63(0,59;4,46)
Удовлетворительное	3,34(1,36;8,22)	3,26(1,21;8,81)
плохое	1	1
работающий	1	1
Пенсионеры и неработающие	0,84(0,62;1,13)	1,52(1,01;2,29)
Никогда не состоял (а) в браке	3,25(2,03;5,2)	4,21(2,33;7,61)
Женат (замужем)	1,79(1,21;2,63)	1,77(1,14;2,76)
Вдова/разведен	1	1
высшее	2,28(1,58;3,3)	2,34(1,47;3,73)
среднее	1	1
Население с хроническими заболеваниями	0,98(0,59;1,64)	0,65(0,35;1,22)

Эти результаты согласуются с другими исследованиями [155-158]. Несмотря на то, что наши респонденты удовлетворены объяснениями врачей или фармацевтов относительно причин назначения лекарств или других факторов, мы выявили низкую приверженность лечению. Другие исследования показывают, что низкая приверженность связана с тем, что пациенты забывают принимать лекарства, у них заканчиваются препараты или они не хотят их принимать [159,160]. Исследования показали, что низкая медицинская грамотность приводит к плохим результатам в области здоровья, особенно к неправильному пониманию инструкций по применению лекарств [159,161]. В конечном итоге неудовлетворенность может быть связана с поздним предоставлением или назначением лекарств. Этот факт был исследован в нескольких работах [162,163]. В нашем исследовании мы обнаружили, что жители сельской местности чаще всего сталкивались с поздним отпуском лекарств, что ведет к увеличению расходов пациентов за счет собственных средств. Отмечены большие затраты на ЛС у тех, кто не состоит в браке или имеет высшее образование. Кроме того, затраты увеличиваются при доходах

выше 100 тыс. тенге в месяц, но наличие хронических заболеваний не влияет на затраты. Это подчеркивает необходимость улучшения доступности лекарственного обеспечения, особенно в сельских регионах Алматинской области. Также важно обратить внимание на улучшение информированности и доступности препаратов, чтобы минимизировать потребность в дополнительных расходах на лекарства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лекарственное обеспечение на уровне ПМСП является приоритетным направлением системы здравоохранения любой страны, играя важную роль в повышении доступности и качества медицинской помощи и реализации политики всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ). С учетом роста затрат на здравоохранение, обусловленных эпидемиологическими и демографическими изменениями, становится крайне важным эффективное использование ЛС на уровне ПМСП. Это способствует решению ключевых проблем, связанных с улучшением здоровья населения и оптимизацией расходов на лечение. Стратегия управления лекарственными формулярами включает постоянное обновление и мониторинг с учетом изменений в клинических практиках, экономических соображений и новых данных об эффективности и безопасности препаратов. Применение лекарств на уровне ПМСП часто сопровождается вариабельностью в назначениях и их соблюдении. Проблемы, связанные с лекарственными средствами, являются важной темой на уровне ПМСП. Эти проблемы могут возникать по разным причинам, включая неправильное назначение, нежелательные реакции на препараты и неподобающую дозировку. Например, в США было установлено, что проблемы, связанные с ЛС, являются одной из ведущих причин госпитализаций и смертности. Для их предотвращения на уровне ПМСП необходимо внедрять механизмы идентификации и оценки рисков и улучшать фармацевтическое образование и подготовку специалистов.

Анализ системы лекарственного обеспечения амбулаторного уровня в Казахстане выявил ключевые правовые и организационные элементы, обеспечивающие доступность и эффективность лекарств. Основными регулирующими актами являются Конституция Республики Казахстан и Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения», а также приказы Минздрава Республики Казахстан, которые определяют перечни и правила предоставления лекарств в рамках ГОБМП и ОСМС. Несмотря на высокое правовое регулирование, существуют проблемы с доступностью лекарств в сельские регионы Алматинской области, недостаточной координацией между участниками и ценовым регулированием. Важным инструментом для оптимизации является формулярная система. Для улучшения системы требуется совершенствование нормативной базы, устранение барьеров и повышение взаимодействия между государственными органами, поставщиками и пациентами.

В Казахстане поддерживается Перечень ЛС, медицинских изделий и др., которые финансируются как из государственного бюджета, так и через систему ОСМС. Министерство здравоохранения регулярно обновляет этот список, чтобы обеспечить его актуальность и соответствие потребностям граждан, страдающих от различных заболеваний.

В период с 2019 по 2022 годы Казахстан значительно расширил систему амбулаторного лекарственного обеспечения, к 2022 году охватив 137

заболеваний и потратив на эти цели 578,69 миллиардов тенге. Эти средства были направлены на обеспечение лекарствами 3,96 миллиона пациентов, через 54,32 миллиона рецептов. В 2019 году расходы на амбулаторное лекарственное обеспечение составили лишь 83,23 миллиарда тенге, а покрытие ограничивалось 47 заболеваниями. При этом количество компенсируемых медикаментов и медицинских устройств за этот период увеличилось в 1,3 раза.

Тем не менее, несмотря на существенный рост финансирования, существует значительный разрыв между расходами государства и собственными затратами граждан. Согласно данным Национальных счетов здравоохранения, в 2022 году государственные расходы на амбулаторное лекарственное обеспечение через ГОБМП и ОСМС составили 200,4 миллиарда тенге, в то время как население потратило на покупку лекарств 450,7 миллиарда тенге — почти в три раза больше. Этот дисбаланс подчеркивает ограничения существующей системы возмещения в Казахстане.

Особую проблему Казахстана представляют высокие расходы на лечение редких заболеваний, таких как мышечная дистрофия Дюшенна и мукополисахаридоз. В 2022 году 22,4% всех расходов среди высокозатратных пациентов было направлено на лечение этих заболеваний. Это значительная доля в общих расходах на здравоохранение, что указывает на потребность в более эффективном подходе терапии орфанных заболеваний.

Изучение расходов по категориям ЛС выявил, что в РК наибольшее затраты приходятся на медикаменты для лечения неинфекционных заболеваний, такие как рак, диабет, гипертония, ИБС, а также заболевания, связанные с ревматоидными расстройствами у женщин и наследственными заболеваниями крови у мужчин. Среди детей наибольшие расходы наблюдаются на лечение орфанных заболеваний, например, муковисцидоза.

Несмотря на введенные в Казахстане меры по контролю цен на медикаменты, эта политика пока не привели к значительному снижению растущих расходов, особенно на орфанные препараты.

Половые различия в заболеваемости, такие как большая доля расходов на ревматоидный артрит и психические заболевания среди женщин, а также наследственные дефициты факторов свертывания крови и мужские формы мукополисахаридоза среди мужчин, указывают на важность гендерно ориентированного подхода в здравоохранении для оптимизации расходов и повышения эффективности лечения.

Анализ данных показал, что 20 наиболее затратных международных непатентованных наименований составляют 35% от всех расходов на АЛЮ, а 80% всех затрат приходятся на менее чем 100 МНН. Эти данные подчеркивают концентрацию расходов на ограниченное количество препаратов, что открывает возможности для более эффективного управления закупками и оптимизации расходов в системе здравоохранения Казахстана.

Анализ данных амбулаторного лекарственного обеспечения за 2019–2022 годы показал значительные различия по полу и регионам: расходы на лечение мужчин стабильно превышали аналогичные показатели для женщин, а

наибольшие затраты на одного пациента фиксировались в городах республиканского значения и малонаселённых областях с высокой долей тяжёлых клинических случаев, что свидетельствует о неоднородности использования лекарственных ресурсов и требует учёта при планировании финансирования. Пандемия COVID-19 в 2020–2021 гг. существенно повлияла на структуру и объём АЛО взрослого населения, что проявилось в резком увеличении закупок антибактериальных, антикоагулянтных и гормональных препаратов, соответствующих международным клиническим рекомендациям и глобальной практике. В течение 2019–2022 годов наблюдался рост доли расходов, покрываемых за счёт ОСМС, что отражает переход системы здравоохранения к страховой модели и перераспределение финансовой нагрузки с республиканского бюджета на фонд социального страхования. Было выявлено заболевания с высокой смертностью, такие как онкологические заболевания и диабет, остаются основными драйверами расходов на лечение, однако их распределение по полу имеет выраженные особенности. Это подчеркивает необходимость применения мультидисциплинарного подхода в медицинском обслуживании, с учетом гендерных различий в заболеваемости и затратах на терапии. Также мы выявили, что небольшая группа пациентов значительно влияет на затраты на здравоохранение, включая обеспечение ЛС. Например, исследования показывают, что 5% населения несут половину всех затрат. Мы также выявили эту тенденцию для Казахстана, в 2022 году 5% пользователей ЛС в ПМСП составили 74% всех расходов на медикаменты.

Анализ гендерного и возрастного распределения в высокозатратных и невысокозатратных группах пользователей амбулаторных лекарств в Казахстане показал, что значительных различий по гендеру нет, хотя мужчины в высокозатратной группе, как правило, расходуют больше средств, чем женщины. Примечательно, что почти половина высокозатратной группы приходится на возрастную категорию трудоспособного и фертильного возраста. Наибольшие средние затраты наблюдаются среди детей до 5 лет, в то время как в невысокозатратной группе затраты увеличиваются с возрастом. В обеих группах наибольшие расходы приходятся на возрастную категорию 61-65 лет.

Заболевания, связанные с образом жизни, такие как сахарный диабет, гипертония и ишемическая болезнь сердца, стабильно занимают лидирующие позиции в обеих группах. Однако в высокозатратной группе значительные расходы связаны с редкими наследственными заболеваниями и онкологическими заболеваниями. Более половины высокозатратной группы сталкиваются с полипрагмазией, принимая шесть и более видов лекарств ежегодно. Это подчеркивает необходимость разработки целевых стратегий для сдерживания затрат, включая регулирование цен, корректировку списков возмещения и улучшение методов, ориентированных на пациента, для оптимизации лечения и мониторинга.

Анализ факторов, влияющих на доступность ЛС на уровне ПМСП в г.Алматы и Алматинской области, выявил несколько ключевых проблем и факторов, существенно влияющих на процесс лекарственного обеспечения.

Среди основных проблем можно выделить недостаточность финансирования, особенно для вновь выявленных или прибывших пациентов, а также несвоевременную доставку ЛС со стороны внешних организаций. Дополнительные трудности связаны с нехваткой клинических фармакологов, проблемами с интеграцией новых ЛС в клинические протоколы и их отсутствием в актуализированных перечнях лекарств. Логистический регрессионный анализ показал, что доступность ЛС в Алматинской области и Алматы зависит от ряда факторов. Важными являются ответственность заведующих отделениями, аптек и администрации, а также привлечение клинических фармакологов и врачей-экспертов. Учет мнения медицинского персонала при формировании заявок также способствует улучшению доступности.

Специфические трудности, такие как расчёт доз инсулинов, дозировка аэрозолей и задержки в доставке лекарств, остаются актуальными для обеих территорий.

Решением текущих проблем в сфере лекарственного обеспечения менеджеры считают создание резерва ЛС на пять лет, что позволило бы устранить ежегодные ограничения в закупках и повысить стабильность поставок. Также необходимо усилить разъяснительную работу по нормативным актам в сфере ЛС, особенно на сельском уровне, и усилить обучение медицинских работников, что отражает более 80% запросов на повышение квалификации по формированию заявок на ЛС.

Таким образом, для улучшения доступности ЛС на уровне ПМСП в Алматы и Алматинской области необходимо комплексное решение, включающее улучшение логистики, расширение кадрового потенциала, оптимизацию нормативно-правового обеспечения и внедрение долгосрочных стратегий по управлению закупками и поставками ЛС.

Результаты проведенного исследования, в котором приняли участие 2013 человек, свидетельствуют о существенных различиях в расходах на ЛС между жителями г. Алматы и Алматинской области. Примерно 66,7% респондентов имели основное место работы, а значительная часть участников (60,0%) были женщинами с высшим или средне-специальным образованием (91,1%). Отметим, что 17,4% респондентов не тратили средства на ЛС, в то время как 32% расходовались на здравоохранение более 10 тыс. тенге. Респонденты из Алматинской области тратили на ЛС в два раза больше, чем жители г. Алматы ($p < 0,001$). Это может быть связано с различиями в доступности и уровне здравоохранения в этих регионах. Наибольшее количество респондентов было застраховано в системе ОСМС, при этом 20,7% респондентов относятся к льготным категориям населения, что также подтверждает важность государственной поддержки в сфере здравоохранения ($p < 0,001$).

На диспансерном учете находились 58,5% участников, большинство из которых получали ЛС в рамках ОСМС или ГОБМП. Более половины респондентов, особенно из Алматинской области, получали более двух наименований ЛС, что подтверждает высокую потребность в лечении и наблюдении за состоянием здоровья. Однако значительная часть респондентов

(29,5%) сталкивается с задержками в получении ЛС, что вызывает проблемы с доступностью и временными рамками получения необходимого лечения. При этом, 16,1% респондентов указали, что сроки задержки для них приемлемы, что свидетельствует о необходимости улучшения логистических и организационных процессов в сфере лекарственного обеспечения.

Важно, что несмотря на высокие показатели вовремя полученных ЛС (62,1%), 61,9% респондентов сообщают, что были вынуждены покупать лекарства за свой счет. Основной причиной этого является отсутствие положенных ЛС в ПМСП (52,5%), в частности, это было отмечено участниками из г.Алматы 87,9%. Следующей причиной было указано удобство самостоятельного приобретения ЛС 45,4%, при этом данный ответ был часто встречен среди населения Алматинской области. Это возможно, указывает на неудобства, связанные с доступностью аптек и графиком их работы ($p=0,004$). Кроме того, 20% респондентов в обоих регионах отметили, что врачи и фармацевты не предоставляют достаточной информации по приему ЛС и не помогают в получении необходимых препаратов, что указывает на необходимость улучшения коммуникации и информированности в рамках системы здравоохранения. Многомерный анализ показал, что в Алматы затраты на ЛС увеличиваются у людей в возрасте 50-59 лет, с хроническими заболеваниями и доходами от 151 000 до 200 000 тенге. В Алматинской области затраты высоки у людей в возрасте 30-39 лет и 50-59 лет, а также у тех, кто не состоял в браке. В обоих регионах женщины тратят меньше на лекарства, а люди, не состоящие в браке, не имеют значительных отличий по затратам от других групп. В Алматинской области люди с высшим образованием тратят больше, в то время как хронические заболевания не влияют на затраты. Таким образом, для улучшения доступности и эффективности лекарственного обеспечения в Алматы и Алматинской области необходимо устранить проблемы с задержками в поставках ЛС, улучшить логистику и координацию между учреждениями здравоохранения и аптеками, а также повысить информированность пациентов и медицинских работников о праве на получение лекарств и правилах их использования.

На основании проведенного исследования сделаны следующие **выводы**:

1. Анализ системы лекарственного обеспечения амбулаторного уровня в Казахстане показал, что, несмотря на полное объемлющее правовое регулирование, существуют проблемы с доступностью лекарств, особенно в сельской местности, а также с координацией между участниками и ценовым регулированием. Для оптимизации системы требуется совершенствование нормативной базы, устранение существующих барьеров и усиление взаимодействия между государственными органами, поставщиками и пациентами.

2. Анализ данных АЛЮ за 2019–2022 годы демонстрирует, что пандемия COVID-19 стала ключевым внешним фактором, оказавшим влияние как на структуру, так и на объемы лекарственного потребления. Существенный рост закупа антибактериальных, гормональных и антикоагулянтных препаратов в

2020–2021 годах отражает адаптацию системы здравоохранения Казахстана к клиническим реалиям пандемии и подтверждается мировыми данными. Эти изменения, наряду с ростом охвата и финансирования, подчёркивают необходимость дальнейшего развития системы АЛЮ с фокусом на рациональное использование ресурсов и готовность к внешним эпидемиологическим вызовам.

3. Анализ гендерного и возрастного распределения пользователей амбулаторных лекарств в Казахстане показал, что значительных различий между ПВЗЛ и НПВЗЛ по гендерному признаку нет, однако мужчины в высокозатратной группе расходуют больше средств. В высокозатратной группе наибольшие затраты связаны с детьми до 5 лет и редкими заболеваниями, а также с полипрагмазией, тогда как в не-высокозатратной группе затраты увеличиваются с возрастом, с пиковыми расходами в категории 61-65 лет. Анализ потребления амбулаторных лекарств выявил высокую асимметрию в расходах, что подчеркивает необходимость разработки целевых стратегий сдерживания затрат и улучшения подходов к лечению и мониторингу пациентов.

4. По мнению менеджеров ПМСП, основные проблемы лекарственного обеспечения связаны с недостаточностью финансирования (n=15), несвоевременным обеспечением ЛС со стороны внешних организаций (n=20) и дефицитом клинических фармакологов (2), а также с включением новых ЛС в клинический протокол, но отсутствующих в приказе №75. Менеджеры предлагают решения в виде создания резерва ЛС на пятилетний срок и устранения ежегодных лимитов на финансирование.

5. Медицинские сотрудники Алматы и Алматинской области доверяют системе здравоохранения и готовы консультировать пациентов. Положительно оценивается учет мнения персонала при формировании заявок. В Алматы экспертизу ЛС проводят клинические фармакологи, в Алматинской области — врачи-эксперты. Многие респонденты выражают потребность в дополнительном обучении по формированию заявок на ЛС.

6. Большинство респондентов в Алматы и Алматинской области довольны информационной поддержкой от врачей и фармацевтов, но около 10-15% из Алматинской области недовольны условиями предоставления ЛС. Около трети респондентов сталкиваются с задержками в получении медикаментов и расходуют более 10 тысяч тенге в месяц, при этом расходы в Алматинской области значительно выше. Основные причины — отсутствие ЛС и удаленность аптек, что особенно актуально для Алматинской области. Многомерный анализ выявил, что затраты на ЛС в Алматы выше у людей 50-59 лет, с хроническими заболеваниями и доходом от 151000 до 200000 тенге, а в Алматинской области — у людей 30-39 и 50-59 лет, не состоящих в браке и с высшим образованием. При этом женщины в обоих регионах тратят меньше.

Практические рекомендации

Для улучшения процесса лекарственного обеспечения в ПМСП рекомендуется создать долгосрочные резервы ЛС на пять лет и ускорить включение новых препаратов, отраженных в пересмотренных клинических протоколах, в приказе по формированию заявок на ЛС. Также необходимо

пересмотреть механизм финансирования, устранить ограничение ежегодных лимитов и внедрить более гибкие подходы к распределению средств на основе реальных потребностей.

Организовать регулярные тренинги и семинары для медицинского персонала, особенно в сельских ПМСП, с целью улучшения навыков формирования заявок на ЛС, а также по вопросам лекарственного взаимодействия и расчета дозировок, с учетом выявленных проблем. Это поможет повысить компетентность сотрудников и снизить количество трудностей в процессе обеспечения и назначения ЛС.

Для повышения общего уровня удовлетворенности населения необходимо улучшить логистическую (физическую) доступность лекарств в рамках государственных программ (ГОБМП и ОСМС), особенно в удаленных сельских регионах, чтобы позволит снизить карманные расходы населения и повысить доверие к системе здравоохранения. Также рекомендуется оптимизировать работу аптек, улучшив их графики и расположение, в частности, для жителей Алматинской области.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Desai P.J., Esmail L.C., Ramsey S.D. et al. Stakeholder participation in comparative effectiveness research: defining a framework for effective engagement // *J Comp Eff Res.* – 2012. – Vol. 1, Issue 2. – P. 181-194.
- 2 Deverka PA, Lavalley DC, Desai PJ, Esmail LC, Ramsey SD, Veenstra DL, et al. Stakeholder participation in comparative effectiveness research: defining a framework for effective engagement. *J Comp Eff Res.* 2012;1(2):181–94
- 3 Grimshaw J.M., Eccles M.P., Lavis J.N. et al. Knowledge translation of research findings // *Implement Sci.* – 2012. – Vol. 7. – P. 50-1-50-17.
- 4 Behera B.K., Prasad R., Shyambhavee. Primary health-care goal and principles // *Healthcare Strategies and Planning for Social Inclusion and Development.* – 2022. – Vol. 2022. – P. 221-239.
- 5 van Weel C., Kidd M.R. Why strengthening primary health care is essential to achieving universal health coverage // *CMAJ.* – 2018. – Vol. 190, Issue 15. – P. E463-E466.
- 6 Starfield B., Shi L., Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health // *Milbank Q.* – 2005. – Vol. 83, Issue 3. – P. 457-502.
- 7 Gopalakrishnan S., Udayshankar P.M., Rama R. Standard treatment guidelines in primary healthcare practice // *J Family Med Prim Care.* – 2014. – Vol. 3, Issue 4. – P. 424-429.
- 8 The world medicines situation / WHO. – Ed. 2nd. – Geneva, 2011. – 151 p.
- 9 Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: принят 7 июля 2020 года, №360-VI ЗРК // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>. 10.11.2024.
- 10 About health technologies and medicines / WHO // <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health>. 29.08.2017.
- 11 Стратегия Развития товарищества с ограниченной ответственностью «СК – ФАРМАЦИЯ» на 2019-2023 годы: утв. решением Наблюдательного совета от 20 мая 2019 года, №74 // <https://docs.yandex.kz/docs/view>. 29.08.2024.
- 12 Wirtz V.J., Moucheraud C. Beyond availability and affordability: how access to medicines affects non-communicable disease outcomes // *Lancet Public Health.* – 2017. – Vol. 2, Issue 9. – P. e390-e391.
- 13 Eickhoff C., Griese-Mammen N., Müller U. et al. Primary healthcare policy and vision for community pharmacy and pharmacists in Germany // *Pharm Pract (Granada).* – 2021. – Vol. 19, Issue 1. – P. 2248-1-2248-9.
- 14 Al Zaidan M., Mohammed A.M. et al. Pharmaceutical Care Service at Primary Health Care Centers: An Insight on Patient Satisfaction // *Int J Clin Pract.* – 2022. – Vol. 2022. – P. 6170062.
- 15 Godman B., Malmström R.E., Diogene E. et al. Are new models needed to optimize the utilization of new medicines to sustain healthcare systems? // *Expert Rev Clin Pharmacol.* – 2015. – Vol. 8, Issue 1. – P. 77-94.
- 16 OECD health statistics 2016 / Organisation for Economic Co-operation and Development // <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data>. 10.10.2024.

- 17 World medicines situation report 2011 / World Health Organization. – Geneva, 2011. – 32 p.
- 18 Hanson K., Brikci N., Erlangga D. et al. Correction to Lancet Glob Health // Lancet Glob Health. – 2023. – Vol. 11, Issue 4. – P. e504.
- 19 Morgan SG, Leopold C, Wagner AK. Drivers of expenditure on primary care prescription drugs in 10 high-income countries with universal health coverage. CMAJ. 2017 Jun 12;189(23):E794-E799. doi: 10.1503/cmaj.161481.
- 20 Ofori-Asenso, R., Brhlikova, P. & Pollock, A.M. Prescribing indicators at primary health care centers within the WHO African region: a systematic analysis (1995–2015). BMC Public Health 16, 724 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3428-8>
- 21 Holloway KA, Ivanovska V, Wagner AK, Vialle-Valentin C, Ross-Degnan D. Have we improved use of medicines in developing and transitional countries and do we know how to? Two decades of evidence. Tropical Med Int Health. 2013;18(6):656–64.
- 22 Faleiros D.R., Acurcio F.A., Álvares J. et al. Financing of Pharmaceutical Services in the municipal management of the Brazilian Unified Health System // Rev Saude Publica. – 2017. – Vol. 51, Suppl 2. – P. 14s-1-14s-10.
- 23 Thapa A.K., Ghimire N., Adhikari S.R. Access to Drugs and Out of Pocket Expenditure in Primary Health Facilities // J Nepal Health Res Counc. – 2016. – Vol. 14, Issue 34. – P. 139-142.
- 24 Cashin C, Gubanova O, Kadyrova N, et al. In: Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals. Langenbrunner J, Cashin C, O'Dougherty S, editors. The World Bank; Washington, DC, WA: 2009. Primary health carePHC per capita payment systems.
- 25 Babalola C, Awoleye S, Akinyemi J, Kotila O. Evaluation of prescription pattern in Osun State (Southwest) Nigeria. J Public Health Epidemiol. 2011;3(3):94–8.
- 26 Sambala EZ, Sapsed S, Mkandawire ML. Role of primary health care in ensuring access to medicines. Croat Med J. 2010 Jun;51(3):181-90. doi: 10.3325/2010.51.181.
- 27 Bawontuo V, Adomah-Afari A, Amoah WW, Kuupiel D, Agyepong IA. Rural healthcare providers coping with clinical care delivery challenges: lessons from three health centres in Ghana. BMC Fam Pract. 2021 Feb 5;22(1):32. doi: 10.1186/s12875-021-01379-y.
- 28 Haque M., Islam T., Rahman N.A.A. et al. Strengthening Primary Health-Care Services to Help Prevent and Control Long-Term (Chronic) Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries // Risk Manag Healthc Policy. – 2020. – Vol. 13. – P. 409-426.
- 29 Abbas N., Hasan S.S., Curley L. et al. Access to medicines - a systematic review of the literature // Res Social Adm Pharm. – 2020. – Vol. 16, Issue 9. – P. 1166-1176.

30 Ozawa S., Shankar R., Leopold C. et al. Access to medicines through health systems in low- and middle-income countries // Health Policy Plan. – 2019. – Vol. 34, Suppl. 3. – P. iii1-iii3.

31 Ouachi Z., Allenet B., Chouchane N. et al. Organisation du processus de référencement des médicaments au niveau d'établissements de santé hospitaliers: revue de la littérature internationale Formulary decision-making process in hospitals: literature review // Hosp Clin Pharm. – 2011. – Vol. 46, Issue 4. – P. 263-272.

32 Tyler L.S., Cole S.W., May J.R. et al. ASHP guidelines on the pharmacy and therapeutics committee and the formulary system // Am J Health-Syst Pharm. – 2008. – Vol. 65. – P. 1272-1283.

33 Development & Approval Process | Drugs // <https://www.fda.gov/drugs/development-approval-process-drugs>. 10.10.2024.

34 Cantrill J.A. Measuring the appropriateness of long-term prescribing in United Kingdom general practice--is the British National Formulary the 'gold standard'? // J Clin Pharm Ther. – 2000. – Vol. 25, Issue 5. – P. 341-346.

35 Lenney W. The development of a national children's formulary // Br J Clin Pharmacol. – 2015. – Vol. 79, Issue 3. – P. 441-445.

36 Drug utilization review / Academy of Managed Care Pharmacy // <https://amcp.org/about/managed-care-pharmacy-101/concepts-managed>. 10.10.2024.

37 Anagnostis E., Wordell C., Guharoy R. et al. A national survey on hospital formulary management processes // J Pharm Pract. – 2011. – Vol. 24. – P. 409-416.

38 Karel L.I., Delisle D.R., Anagnostis E.A. et al. Implementation of a formulary management process // Am J Health Syst Pharm. – 2017. – Vol. 74, Issue 16. – P. 1245-1252.

39 Dantes M.B. et al. Philippine National Formulary Manual for Primary Healthcare. – Ed. 8th. – Manila, 2014. – 317 p.

40 Galanter W., Eguale T., Gellad W. et al. Personal Formularies of Primary Care Physicians Across 4 Health Care Systems // JAMA Netw Open. – 2021. – Vol. 4, Issue 7. – P. e2117038.

41 Guidelines for the Development of Pharmaceutical Services in Primary Health Care / Pan American Health Organization. – Washington, 2011. – 82 p.

42 Classification for Drug Related Problem V9.1 // https://www.pcne.org/upload/files/417_PCNE_classification_V9-1_final. 09.04.2021.

43 Ucha-Samartín M., Pichel-Loureiro A., Vázquez-López C. et al. Economic Impact of the Resolution of Drug Related Problems in an Emergency Department // Farm Hosp. – 2013. – Vol. 37, Issue 1. – P. 59-64.

44 Plácido A.I., Herdeiro M.T., Morgado M. et al. Drug-related Problems in Home-dwelling Older Adults: A Systematic Review // Clin. Ther. – 2020. – Vol. 42, Issue 4. – P. 559-572.e14.

45 Budnitz D.S., Pollock D.A., Weidenbach K.N. et al. National Surveillance of Emergency Department Visits for Outpatient Adverse Drug Events // JAMA. – 2006. – Vol. 296, Issue 15. – P. 1858-1866.

46 Ni X.F., Yang C.S., Bai Y.M. et al. Drug-Related Problems of Patients in Primary Health Care Institutions: A Systematic Review // *Front Pharmacol.* – 2021. – Vol. 12. – P. 698907.

47 Puumalainen E., Airaksinen M., Jalava S.E. et al. Comparison of Drug-Related Problem Risk Assessment Tools for Older Adults: a Systematic Review // *Eur. J. Clin. Pharmacol.* – 2020. – Vol. 76, Issue 3. – P. 337-348.

48 *Developing Pharmacy Practice: A Focus on Patient Care* / World Health Organization. – Geneva, 2016. – 97 p.

49 Бюро национальной статистики агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан // <https://stat.gov.kz/ru/region/almatyobl/>. 10.10.2024.

50 Saastamoinen L.K., Verho J. Drug expenditure of high-cost patients and their characteristics in Finland // *Eur J Health Econ.* – 2013. – Vol. 14, Issue 3. – P. 495-502.

51 Holle M., Wolff T., Herant M. Trends in the concentration and distribution of health care expenditures in the US, 2001-2018 // *JAMA Network Open.* – 2021. – Vol. 4, Issue 9. – P. e2125179.

52 Tadrous M., Martins D., Mamdani M.M. et al. Characteristics of high-drug-cost beneficiaries of public drug plans in 9 Canadian provinces: a cross-sectional analysis // *CMAJ open.* – 2020. – Vol. 8, Issue 2. – P. E297-E303.

53 Endalamaw A., Gilks C.F., Ambaw F. et al. Correction: universality of universal health coverage: a scoping review // *PLoS One.* – 2024. – Vol. 19, Issue 5. – P. e0304023.

54 *The selection and use of essential medicines: report of the WHO expert committee on selection and use of essential medicines, 2023 (including the 23rd WHO model list of essential medicines and the 9th WHO model list of essential medicines for children)* / World Health Organization. – Geneva, 2024. – 940 p.

55 Saastamoinen LK, Verho J. Drug expenditure of high-cost patients and their characteristics in Finland. *Eur J Health Econ.* 2013;14(3):495–502. doi:10.1007/s10198-012-0393-8

56 Hovstadius B., Astrand B., Petersson G. Dispensed drugs and multiple medications in the Swedish population: an individual-based register study // *BMC Clin Pharmacol.* – 2009. – Vol. 9. – P. 11-1-11-10.

57 Saastamoinen L.K., Verho J. Register-based indicators for potentially inappropriate medication in high-cost patients with excessive polypharmacy // *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* – 2015. – Vol. 24, Issue 6. – P. 610-618.

58 Oortwijn W., Surgey G., Novakovic T. et al. The use of evidence-informed deliberative processes for health benefit package design in Kazakhstan // *Int J Environ Res Public Health.* – 2022. – Vol. 19, Issue 18. – P. 11412.

59 Wammes J.J.G., van der Wees P.J., Tanke M.A.C. et al. Systematic review of high-cost patients' characteristics and healthcare utilization // *BMJ Open.* – 2018. – Vol. 8, Issue 9. – P. e023113.

60 Pazan F., Wehling M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences // *Eur Geriatr Med.* – 2021. – Vol. 12, Issue 3. – P. 443-452.

61 Schumock GT, Li EC, Suda KJ, et al. National trends in prescription drug expenditures and projections for 2016. *Am J Health Syst Pharm.* 2016;73(14):1058-1075. doi:10.2146/ajhp160205

62 Weymann D., Smolina K., Gladstone E.J. et al. High-cost users of prescription drugs: a population-based analysis from British Columbia, Canada // *Health Serv Res.* – 2017. – Vol. 52, Issue 2. – P. 697-719.

63 Park D., Lee H., Kim D.S. High-cost users of prescription drugs: national health insurance data from South Korea // *J Gen Intern Med.* – 2022. – Vol. 37, Issue 10. – P. 2390-2397.

64 Pappa E., Kontodimopoulos N., Papadopoulos A.A. et al. Prescribed-drug utilization and polypharmacy in a general population in Greece: association with sociodemographic, health needs, health-services utilization, and lifestyle factors // *Eur J Clin Pharmacol.* – 2011. – Vol. 67, Issue 2. – P. 185-192.

65 Nazarbayev A., Nurbakyt A., Omirbayeva B. et al. Characteristics of High-Cost Beneficiaries of Prescription Drugs in Kazakhstan: A Cross-Sectional Study of Outpatient Data from 2022 // *Clinicoecon Outcomes Res.* – 2024. – Vol. 16. – P. 827-837.

66 Wang N., Yang Y., Xu L. et al. Influence of Chinese national centralized drug procurement on the price of policy-related drugs: an interrupted time series analysis // *BMC Public Health.* – 2021. – Vol. 21. – P. 1-10.

67 Yang Y., Tong R., Yin S. et al. The impact of “4 + 7” volume-based drug procurement on the volume, expenditures, and daily costs of antihypertensive drugs in Shenzhen, China: an interrupted time series analysis // *BMC Health Serv Res.* – 2021. – Vol. 21. – P. 1275-1-1275-10.

68 Policy briefing: access to essential medicines for HIV / UK Consortium on AIDS and International Development. – London, 2006. – 106 p.

69 Pecoul B. Government action needed to step up research and development for world's most neglected diseases // *Expert Rev Anti Infect Ther.* – 2005. – Vol. 3. – P. 841-843.

70 Li S., Xu W., Du W. et al. Study on the availability of pediatric essential medicines in China: based on the surveys in 19 provinces // *Chin J Health Policy.* – 2018. – Vol. 11. – P. 12-18.

71 Holloway K., Green T. et al. Drug and therapeutics committees: a practical guide. – Geneva, 2003. – 155 p.

72 Fundytus A., Sengar M., Lombe D. et al. Access to cancer medicines deemed essential by oncologists in 82 countries: an international, cross-sectional survey // *Lancet Oncol.* – 2021. – Vol. 22, Issue 10. – P. 1367-1377.

73 Stolbrink M., Thomson H., Hadfield R.M. et al. The availability, cost, and affordability of essential medicines for asthma and COPD in low-income and middle-income countries: a systematic review // *Lancet Glob Health.* – 2022. – Vol. 10, Issue 10. – P. e1423-e42.

74 Opinions on Strengthening Pharmaceutical Management in Medical Institutions to Promote the Rational Use of Medicines // https://www.gov.cn/gongbao/content/2020/content_5522549.htm. 10.10.2024.

75 Guiding Opinions of the General Office of the State Council on Promoting the Construction of a Hierarchical Diagnosis and Treatment System // https://www.gov.cn/zhengce/content/2015-09/11/content_10/158.htm. 10.10.2024.

76 Pedersen J.F., Egilstrød B., Overgaard C. et al. Public involvement in the planning, development and implementation of community health services: A scoping review of public involvement methods // *Health Soc Care Community*. – 2022. – Vol. 30, Issue 3. – P. 809-835.

77 Boivin A., Lehoux P., Burgers J. et al. What are the key ingredients for effective public involvement in health care improvement and policy decisions? A randomized trial process evaluation // *Milbank Quarterly*. – 2014. – Vol. 92, Issue 2. – P. 319-350.

78 Attree P., French B., Milton B. et al. The experience of community engagement for individuals: A rapid review of evidence: Experience of community engagement: A review // *Health & Social Care in the Community*. – 2011. – Vol. 19, Issue 3. – P. 250-260.

79 Abelson J., Forest P., Eyles J. et al. Examining the role of context in the implementation of a deliberative public participation experiment: Results from a Canadian comparative study // *Social Science & Medicine*. – 2007. – Vol. 64, Issue 10. – P. 2115-2128.

80 Florin D., Dixon J. Public involvement in health care // *BMJ*. – 2004. – Vol. 328, Issue 7432. – P. 159-161.

81 Crowley P., Green J., Freake D. et al. Primary care trusts involving the community. Is community development the way forward? // *Journal of Management in Medicine*. – 2002. – Vol. 16, Issue 4. – P. 311-322.

82 Carlisle K., Farmer J., Taylor J. et al. Evaluating community participation: A comparison of participatory approaches in the planning and implementation of new primary health-care services in northern Australia // *The International Journal of Health Planning and Management*. – 2018. – Vol. 33, Issue 3. – P. 704-722.

83 LaNoue M., Mills G., Cunningham A. et al. Concept mapping as a method to engage patients in clinical quality improvement // *Annals of Family Medicine*. – 2016. – Vol. 14, Issue 4. – P. 370-376.

84 Iyer S.P., Pancake L.S. et al. Consumer-involved participatory research to address general medical health and wellness in a community mental health setting // *Psychiatric Services*. – 2015. – Vol. 66, Issue 12. – P. 1268-1270.

85 Movsisyan A., Arnold L., Evans R. et al. Adapting evidence-informed complex population health interventions for new contexts: A systematic review of guidance // *Implementation Science*. – 2019. – Vol. 14, Issue 1. – P. 105-1-105-20.

86 Myers C.D., Kieffer E.C., Fendrick A.M. et al. How would low-income communities prioritize medicaid spending? // *Journal of Health Politics, Policy and Law*. – 2020. – Vol. 45, Issue 3. – P. 373-418.

87 Staniszevska S., Adebajo A., Barber R. et al. Developing the evidence base of patient and public involvement in health and social care research: The case for measuring impact // *International Journal of Consumer Studies*. – 2011. – Vol. 35, Issue 6. – P. 628-632.

88 Fekadu G, Bekele F, Tolossa T, Fetensa G, Turi E, Getachew M, Abdisa E, Assefa L, Afeta M, Demisew W, Dugassa D, Diriba DC, Labata BG. Impact of COVID-19 pandemic on chronic diseases care follow-up and current perspectives in low resource settings: a narrative review. *Int J Physiol Pathophysiol Pharmacol*. 2021 Jun 15;13(3):86-93

89 Lares, P. A., Dias, S., Gama, A., Moniz, M., Pedro, A. R., Soares, P., Aguiar, P., & Nunes, C. (2021). The Association Between Chronic Disease and Serious COVID-19 Outcomes and Its Influence on Risk Perception: Survey Study and Database Analysis. *JMIR public health and surveillance*, 7(1), e22794. <https://doi.org/10.2196/22794>

90 <https://www.who.int/news/item/26-04-2024-who-reports-widespread-overuse-of-antibiotics-in-patients--hospitalized-with-covid-19>

91 Hekmat, H., Rasooli, A., Siami, Z., Rutajengwa, K. A., Vahabi, Z., & Mirzadeh, F. A. (2023). A Review of Antibiotic Efficacy in COVID-19 Control. *Journal of immunology research*, 2023, 6687437. <https://doi.org/10.1155/2023/6687437>

92 Salton, F., Confalonieri, P., Meduri, G. U., et al.. (2023). Theory and Practice of Glucocorticoids in COVID-19: Getting to the Heart of the Matter-A Critical Review and Viewpoints. *Pharmaceuticals (Basel, Switzerland)*, 16(7), 924. <https://doi.org/10.3390/ph16070924>

93 Covello, R. D., Pasin, L., Fresilli, S., et al. (2023). Meta-Analysis of Glucocorticoids for Covid-19 Patients Not Receiving Oxygen. *NEJM evidence*, 2(5), EVIDoA2200283. <https://doi.org/10.1056/EVIDoA2200283>

94 Rahi, M. S., Parekh, J., Pednekar, P., Mudgal, M., Jindal, V., & Gunasekaran, K. (2023). Role of Therapeutic Anticoagulation in COVID-19: The Current Situation. *Hematology reports*, 15(2), 358–369. <https://doi.org/10.3390/hematolrep15020037>

95 Национальные счета здравоохранения // <https://nrchd.kz/ru/2017-03-12-10-51-14/nats-scheta-zdravookhraneniya-ntsz>. 10.10.2024.

96 He X., Lloyd E., Cooper S. et al. Healthcare Costs and Utilization for Patients With Systemic Lupus Erythematosus in China: A National Claims Database Study // *Value Health Reg Issues*. – 2023. – Vol. 37. – P. 88-96.

97 Stadhouders N., Kruse F., Tanke M. et al. Effective healthcare cost-containment policies: A systematic review // *Health Policy*. – 2019. – Vol. 123, Issue 1. – P. 71-79.

98 Leskelä R.L., Vanhala A., Gehrman K. et al. Economic effects of priority setting in healthcare: a scoping review of current evidence // *BMJ Open*. – 2024. – Vol. 14, Issue 11. – P. e086342.

99 Slawomirski L., Auraaen A., Klazinga N. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. –

Geneva, 2017. – 74 p.

100 Sambala EZ, Sapsed S, Mkandawire ML. Role of primary health care in ensuring access to medicines. *Croat Med J.* 2010 Jun;51(3):181-90. doi: 10.3325/2010.51.181.

101 Адилет А.Н., Ахметжан А.Д., Нурбакыт А.Н. и др. Лекарственное обеспечение в первичной медико-санитарной помощи: мировой опыт // Фармация Казахстана. – 2024. – №86(58). – С. 155-162.

102 Алмас С.А., Серикбаева Э.А., Датхаев У.М. и др. ABC/VEN-анализ лекарственного обеспечения детей, больных COVID-19, в стационаре // Фармация Казахстана. – 2023. – №61(33). – С. 285-289.

103 Кабдылканова Э.Ж., Сатмбекова Д.К., Абзалиева С.А. и др. Применение ABC/VEN анализа на примере лекарственного обеспечения городской поликлиники города Алматы // Фармация Казахстана. – 2023. – №22(59). – С. 217-229.

104 Kaboré R.M.C., Solberg E., Gates M. et al. Financing the SDGs: mobilising and using domestic resources for health and human capital // *Lancet.* – 2018. – Vol. 392, Issue 10158. – P. 1605-1607.

105 Ellner A.L., Phillips R.S. The Coming Primary Care Revolution // *J Gen Intern Med.* – 2017. – Vol. 32, Issue 4. – P. 380-386.

106 Veillard J., Cowling K., Bitton A. et al. Better Measurement for Performance Improvement in Low- and Middle-Income Countries: The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI) Experience of Conceptual Framework Development and Indicator Selection // *Milbank Q.* – 2017. – Vol. 95, Issue 4. – P. 836-883.

107 Бегалиева Г., Мажитов Т., Бюрабекова Л. Сравнительный анализ политики лекарственного обеспечения на стационарном уровне Казахстана и Сингапура // *Наука и здравоохранение.* – 2012. – №3. – С. 9-13.

108 Синявский В.М., Журавлев В.А. Организация системного управления, учета и контроля в амбулаторно-поликлинической службе // *Главврач.* – 2006. – №6. – С. 41-50.

109 Боерма И.Г., Флеминг Д.М. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи. – Копенгаген, 2001. – 182 с.

110 Чертухина О.Б., Гусева С.Л. Методы материального стимулирования сотрудников как основа повышения эффективности работы АПУ // *Главврач.* – 2006. – №1. – С. 86-93.

111 Хальфин Р.А., Какорина Е.П., Воробьев П.А. Клинико-экономические матрицы планов ведения больных как основа расчета затрат на обеспечение медицинской помощи // *Проблемы стандартизации в здравоохранении.* – 2004. – №9. – С. 3-11.

112 McCallum A., Brommels M., Robinson R. et al. The impact of primary care purchasing in Europe: a comparative case study of primary care reform // *Primary care in the driver's seat?*. – NY., 2006. – P. 105-128.

113 Алма-Атинская конференция по первичной медико-санитарной помощи / ООН // *Хроника ВОЗ.* – 1979. – Т. 3, №3. – С. 123-146.

114 Kumarasamy K.K., Toleman M.A., Walsh T.R. et al Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the UK: a molecular, biological, and epidemiological study // *The Lancet Infectious Diseases*. – 2010. – Vol. 10, Issue 9. – P. 597-602.

115 Сарвилина И.В. и др. Междисциплинарные исследования в медицине. – М., 2007. – 368 с.

116 Chang Ch.A., Chen W., Gilson M.K. Ligand configurational entropy and protein binding // *PNAS*. – 2007. – Vol. 104, Issue 5. – P. 1534-1539.

117 DiMasi J.A., Hansen R.W., Grabowski H.G. The price of innovation: new estimates of drug development costs // *Journal of Health Economics*. – 2003. – Vol. 22. – P. 151-185.

118 *Drug discovery handbook* / ed. by Sh.C. Gad. – New Jersey, 2005. – 1471 p.

119 Жусупова Г.К., Сквирская Г.П. Анализ назначения лекарственных средств на уровне первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан за период 2011-2015 годы // *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. – 2016. – №11-12. – С. 30-35.

120 Смирнова Е.В., Волкова О.А. К вопросу об организации лекарственного обеспечения при оказании первичной медико-санитарной помощи в дневных стационарах при городских поликлиниках // *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. – 2020. – №3-4. – С. 54-62.

121 Абельгазина Д.С. и др. Результаты внедрения практики рационального назначения лекарственных средств в Республике Казахстан // *Journal of Health Development*. – 2014. – Vol. 4, Issue 13. – P. 26-31.

122 Макалкина Л.Г., Жусупова Г.К., Есбатырова Л.М. и др. Анализ практики назначения лекарственных средств на амбулаторном уровне в Республике Казахстан за период 2011-2014 гг. // *Астана медициналық журналы*. – 2015. – №3. – С. 145-153.

123 Зиганшина Л.Е., Ниязов Р.Р., Зиганшин А.У. Концепция основных лекарств и этические критерии Всемирной организации здравоохранения продвижения лекарств: история и уроки для развития отечественной фармацевтической отрасли // *Казанский медицинский журнал*. – 2013. – №94(1). – С. 95-100.

124 Wiffen P., Gill M., Edwards J. et al. Adverse drug reactions in hospital patients: a systematic review of the prospective and retrospective studies // *Bandolier Extra*. – 2002. – Vol. 9, Issue 6. – P. 1-6.

125 Hogerzeil H.V. et al. Field tests for rational drug use in twelve developing countries. Original Research Article // *The Lancet*. – 1993. – Vol. 342, Issue 8884. – P. 1408-1410.

126 Абельгазина Д.С., Жусупова Г.К., Кабдуллина Р.С. и др. Результаты внедрения практики рационального назначения лекарственных средств в Республике Казахстан // *Менеджер здравоохранения Республики Казахстан*. – 2014. – №4(13). – С. 26-31.

127 Шайдуллина Л.Я., Зиганшина Л.Е. Рациональное использование лекарственных средств: вклад в развитие систем здравоохранения // Казанский медицинский журнал. – 2012. – №93(5). – С. 803-806.

128 Мушанова З.Е., Жусупова Г.К., Ихамбаева А.Н. и др. Формулярная система – основной инструмент рационального использования лекарственных средств // https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31408782&pos=1. 10.10.2024.

129 Введение в исследование потребления лекарственных средств // <https://www.apteka.ua/article/33744>. 10.10.2024.

130 Молдахметова Б.С. и др. Современные подходы к практике назначения лекарственных средств в амбулаторно-поликлинических организациях Республики Казахстан // Денсаулық сақтауды дамыту журналы. – 2013. – №1-2(66-67). – С. 43-50.

131 Жусупова Г.К. и др. Обзор системы лекарственного обеспечения населения Казахстана и использования лекарственных средств на амбулаторном уровне // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – №4. – С. 339-357.

132 Жусупова Г.К., Айсина Ж.Т., Макалкина Л.Г. Анализ лекарственного обеспечения населения на амбулаторном уровне в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет средств местного бюджета в 2015 году // Фармация Казахстана. – 2016. – №11(186). – С. 13-18.

133 Амбулаторное лекарственное обеспечение / подгот. Г.К. Жусупова, Л.М. Есбатырова, А.Р. Басибекова и др. // Лекарственный бюллетень для населения. – 2017. – Вып. 19. – С. 1-5.

134 Ross-Degnan D., Laing R., Quick J. et al. A strategy for promoting improved pharmaceutical use: The international network for rational use of drugs // Social Science & Medicine. – 1992. – Vol. 35, Issue 11. – P. 1329-1341.

135 Мулдаева Г.М. и др. Современные проблемы фармакотерапии пациентов пожилого и старческого возраста на уровне ПМСП в Казахстане: критерии STOPP/START // Медицина и экология. – 2023. – №2. – С. 57-63.

136 Абуов Д.Ж. и др. Оценка лекарственного обеспечения антигипертензионными препаратами в республике Казахстан на примере г. Алматы // Казанский медицинский журнал. – 2014. – Т. 95, №2. – С. 275-281.

137 Датхаев У.М., Жакипбеков К.С., Садыкова А.С. Современное состояние фармацевтического рынка Казахстана // Вестник казахского национального медицинского университета. – 2016. – №4. – С. 345-349.

138 Батралиева А.К. Анализ доступности лекарственных средств сельскому населению в Карагандинской области // Медицина и экология. – 2011. – №3(60). – С. 83-85.

139 Кенжебаева И.Б., Умарова Г.А. О реализации Государственной Программы развития здравоохранения Республики Казахстан" Саламатты Қазақстан" на 2011-2015 гг. // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2015. – №2(46). – С. 174-176.

140 Аденов М.М. и др. Организация внедрения активного мониторинга безопасности лекарственных средств при применении новых

противотуберкулезных препаратов в Казахстане // Фтизиопульмонология. – 2021. – №2. – С. 52-59.

141 Шопабаева А.Р., Блатов Р.М. Система здравоохранения Республики Казахстан: анализ нормативного регулирования, вопросы финансирования и лекарственного обеспечения // Фармация Казахстана. – 2016. – №8. – С. 28-36.

142 Каусова Г.К. и др. К вопросу проведения скрининговых программ на уровне первичной медико-санитарной помощи (литературный обзор) // Фармация Казахстана. – 2015. – №6. – С. 17-21.

143 Кульжанов М. К. и др. Роль НЦЭЛС в лекарственном обеспечении населения Казахстана // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2019. – №1. – С. 644-646.

144 Govender T., Suleman F., Perumal-Pillay V.A. Evaluating the implementation of the standard treatment guidelines (STGs) and essential medicines list (EML) at a public South African tertiary institution and its associated primary health care (PHC) facilities // J Pharm Policy Pract. – 2021. – Vol. 14, Issue 1. – P. 105-1-105-14.

145 Adeke A.S., Umeokonkwo C.D., Balogun M.S. et al. Essential medicines and technology for hypertension in primary healthcare facilities in Ebonyi State, Nigeria // PLoS One. – 2022. – Vol. 17, Issue 2. – P. e0263394.

146 Khatri R., Endalamaw A., Erku D. et al. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review // BMC Health Serv Res. – 2023. – Vol. 23, Issue 1. – P. 750-1-750-13.

147 Veillard J, Cowling K, Bitton A, Ratcliffe H, Kimball M, Barkley S, Mercereau L, Wong E, Taylor C, Hirschhorn LR, et al. Better Measurement for Performance Improvement in Low- and Middle-Income Countries: The Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI) Experience of Conceptual Framework Development and Indicator Selection. *Milbank Q.* 2017;95(4):836–883. doi: 10.1111/1468-0009.12301.

148 Burrone E., Gotham D., Gray A. et al. Patent pooling to increase access to essential medicines // Bulletin of the World Health Organization. – 2019. – Vol. 97, Issue 8. – P. 575-577.

149 Wirtz V.J., Hogerzeil H.V., Gray A.L. et al. Essential medicines for universal health coverage // *Lancet.* – 2017. – Vol. 389, Issue 10067. – P. 403-476.

150 Sorensen A., Grotts J.F., Tseng C.H., Moreno G. et al. Collaboration Among Primary Care-Based Clinical Pharmacists and Community-Based Health Coaches. *J Am Geriatr Soc.* 2021; 69(1): 68-76.

151 Counter D., Millar J.W.T., McLay J.S. Hospital readmissions, mortality and potentially inappropriate prescribing: a retrospective study of older adults discharged from hospital. *Br J Clin Pharmacol.* 2018; 84(8): 1757-1763.

152 Guthrie B., Makubate B., Hernandez-Santiago V., Dreischulte T. The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995-2010. *BMC Med.* 2015; 13(1): 1-10.

153 Barnett N.L. Opportunities for collaboration between pharmacists and clinical pharmacologists to support medicines optimisation in the UK. *Br J Clin Pharmacol.* 2019; 85(8): 1666-1669.

154 Jamil A., Sundetgali K., Laura S., Ainur T., Daniyar T., Sabit P., Kanatzhan K. Assessment of Satisfaction with Drug Provision of Antihypertensive Drugs at the Outpatient Level of Privileged Categories of Residents // *Int J Prev Med.* 2022 Apr 8.13:69. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_689_20.

155 Nazarbayev A.A., Nurbakhyt A.N., Akhmetzhan A.D., Imamatinova A.M. Study of drug provision of the adult population at the level of primary health care: through the prism of consumers // *Nauka i Zdravookhranenie [Science & Healthcare].* 2023, (Vol.25) 5, pp. 144-150. doi 10.34689/SH.2023.25.5.019

156 Cardosi L., Hohmeier K.C., Fisher C., Wasson M. Patient Satisfaction With a Comprehensive Medication Review Provided by a Community Pharmacist // *J Pharm Technol.* 2018 Apr. 34(2):48-53. doi: 10.1177/8755122517752158

157 Salamatullah A., Ali M., Alharbi A., Balhmer A., Jalal R., Alabdali D., Alhajjaji G. Patient Satisfaction with Pharmaceutical Services in Makkah: A Cross-sectional Study // *J Res Pharm Pract.* 2022 May 25. 10(4):174-179. doi: 10.4103/jrpp.jrpp_94_21.

158 Sarker A.R., Sultana M., Ahmed S., Mahumud R.A., Morton A., Khan J.A.M. Clients' Experience and Satisfaction of Utilizing Healthcare Services in a Community Based Health Insurance Program in Bangladesh // *Int J Environ Res Public Health.* 2018 Aug 2. 15(8):1637. doi: 10.3390/ijerph15081637

159 Kini V., Ho P.M. Interventions to Improve Medication Adherence: A Review. *JAMA.* 2018 Dec 18. 320(23):2461-2473. doi: 10.1001/jama.2018.19271

160 Piña I.L., Di Palo K.E., Brown M.T., Choudhry N.K., Cvengros J., Whalen D., Whitsel L.P., Johnson J. Medication adherence: Importance, issues and policy: A policy statement from the American Heart Association // *Prog Cardiovasc Dis.* 2021 Jan-Feb. 64:111-120. doi: 10.1016/j.pcad.2020.08.003

161 Berkman N.D., Sheridan S.L., Donahue K.E., Halpern D.J., Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review // *Ann Intern Med.* 2011. 155(2):97–107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.

162 Khudair I.F., Raza S.A. Measuring patients' satisfaction with pharmaceutical services at a public hospital in Qatar // *Int J Health Care Qual Assur.* 2013. 26:398–419. doi: 10.1108/IJHCQA-03-2011-0025

163 Ayalew M.B., Taye K., Asfaw D. et al. Patients'/clients' expectation toward and satisfaction from pharmacy services // *J Res Pharmacy Practice.* 2017. 6(1):21. doi: 10.4103/2279-042X.200995

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Свидетельство об авторском праве

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ  РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

СВИДЕТЕЛЬСТВО
О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР
ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ
№ 52563 от «11» декабря 2024 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):
НУРБАҚЫТ АРДАК НУРБАҚЫТҚЫЗЫ, Назарбаев Алилет Апетулы

Вид объекта авторского права: **произведение литературы**

Название объекта: **Анкета "Состояние и оценка финансирования лекарственного обеспечения взрослого населения на (амбулаторном) уровне первичной медико-санитарной помощи"**

Дата создания объекта: **01.01.2022**





Құжат түпнұсқалығын <http://www.kazpatent.kz/ru> сайтының
"Авторлық құқық" бөлімінде тексеруге болады <https://copyright.kazpatent.kz>
Подлинность документа возможно проверить на сайте [kazpatent.kz](http://www.kazpatent.kz)
в разделе «Авторское право» <https://copyright.kazpatent.kz>

Подписано ЭЦП Г. Амреев

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Анкета для руководителей первичной медико-санитарной помощи
(главные врачи, заместители главного врача)

Уважаемый респондент!

Участие в исследовании является добровольным и анонимным.

Опрос проводится с целью изучения текущей ситуации по лекарственному обеспечению.

Для заполнения анкеты Вам потребуется 10-15 минут.

1. Пожалуйста опишите тип вашей организации: государственная или частная.

2. Какие специалисты, по вашему мнению, участвуют в процессе формирования заявки на лекарственные средства в ПМСП? (подсказка, в соответствии приказа врач общей практики, провизор, медсестра, заместитель главного врача, клинический фармаколог).

3. Укажите какие специалисты входят в формулярную комиссию в ПМСП (подсказка, в соответствии приказа врач общей практики, провизор, медсестра, заместитель главного врача, клинический фармаколог).

4. По-вашему мнению какие существуют проблемы по лекарственному обеспечению в ПМСП. Расскажите о проблемах, которые вы видите в области обеспечения лекарственными средствами в ПМСП. Какие основные трудности или вызовы существуют?

5. Как вы считаете, существует ли нехватка клинических фармакологов в вашей организации или в ПМСП в целом? Почему, на ваш взгляд, так происходит? Поделитесь своим мнением.

Благодарим за участие!

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Анкета для медицинских работников

Уважаемый респондент!

КазНМУ проводит исследование, направленное на анализ организации обеспечения лекарственными средствами на уровне ПМСП, включенные в список Амбулаторного Лекарственного Обеспечения.

В результате данного исследования будут разработаны рекомендации по совершенствованию организации обеспечения взрослого населения лекарственными средствами на уровне ПМСП.

Участие в исследовании является добровольным и анонимным.

Для заполнения анкеты Вам потребуется 10-15 минут.

1. Стаж работы

- а) до 5 лет;
- б) 6-10 лет;
- в) 11-15 лет;
- г) 16-20 лет;
- д) 21 и более.

2. Ваш регион проживания

- А. Алматинская область город.
- Б. Алматинская область село.
- В. г. Алматы.

3. Пол

- а) женский;
- б) мужской.

4. Ваша профессия?

- а) врач общей практики;
- б) средний медицинский персонал;
- в) фармацевт;
- г) терапевт;
- д) другое, а именно _____.

5. Где вы работаете?

- а) государственная больница;
- б) частная больница;
- в) университетская больница;
- г) частный кабинет;
- д) организация первичной медико-санитарной помощи;
- е) аптека;
- ж) другое, _____.

6. Считаете ли Вы, что система здравоохранения гарантирует безопасность фармакотерапии?

- а) да;
- б) нет;
- в) затрудняюсь ответить.

7. Готовы ли вы предоставить фармацевтическое консультирование пациентам?

- а) да;
- б) нет;
- в) затрудняюсь ответить.

8. Считаете ли вы, что успех лечения зависит от предоставления профессиональных услуг по фармацевтическому консультированию в дополнение к отпуску лекарств?

- а) да;
- б) нет;
- в) затрудняюсь ответить.

9. Часто ли ваши пациенты обращаются к вам за советом по фармакотерапии?

- а) да;
- б) нет;
- в) затрудняюсь ответить.

10. Обращаетесь ли вы к врачу, если сомневаетесь касательно лекарственного взаимодействия?

- а) да;
- б) нет;
- в) затрудняюсь ответить.

11. Бывают ли сложности при формировании заявки лекарственных средств?

- а) да;
- б) нет;
- в) затрудняюсь ответить.

12. Если да, то какие сложности бывают при формировании заявки лекарственных средств?

_____.

13. Бывает ли задержка доставки лекарственных средств в рамках Обязательное социальное медицинское страхование (ОСМС) и Гарантированный объём бесплатной медицинской помощи (ГОБМП)?

- а) да;
- б) нет;
- в) затрудняюсь ответить.

14. Учитывается ли мнение медицинского персонала при формировании заявок на лекарственные средства?

- а) всегда учитывается;
- б) часто учитывается;
- в) крайне редко;
- г) никогда не учитывается.

15. Поступает ли Вам информация (жалобы, положительные отзывы) о качестве закупленных лекарственных средств?

- а) да, часто;
- б) да, редко;
- в) не поступает;
- г) затрудняюсь ответить.

16. Если да, то какая информация поступает чаще:

- а) положительные отзывы;
- б) негативные отзывы;
- в) и те и другие в равной степени.

17. Укажите должности ответственных лиц, контролирующих расходование лекарственных средств?

- а) каждый работник, использующий расходные материалы;
- б) ответственный (материально ответственный) по подразделению;
- в) заведующий отделением;
- г) заведующий аптекой;
- д) главная медицинская сестра;
- е) представитель администрации;
- ж) затрудняюсь ответить.

Благодарим за участие!

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Анкета для пациентов

Уважаемый респондент!

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова проводит исследование по изучению удовлетворенности взрослого населения лекарственным обеспечением на амбулаторном уровне.

В результате данного исследования будут разработаны рекомендации по совершенствованию организации обеспечения взрослого населения лекарственными средствами на амбулаторном уровне.

Участие в исследовании является добровольным и анонимным.

Для заполнения анкеты Вам потребуется 15-20 минут.

1. Ваш возраст:

- а) 18-29;
- б) 30-39;
- в) 40-49;
- г) 50-59;
- д) ≥ 60 .

2. Гендерная принадлежность

- а) мужской;
- б) женский.

3. Национальность

- а) казах;
- б) русский;
- в) другое _____.

4. Место проживания

- а) город Алматы;
- б) город Алматинская область;
- в) район Алматинская область.

5. Укажите, пожалуйста, уровень Вашего образования:

- а) незаконченное среднее;
- б) среднее;
- в) среднее специальное;
- г) высшее.

6. Укажите, пожалуйста, Ваш социальный статус:

- а) рабочий (-ая);
- б) домохозяйка;
- в) пенсионер;
- г) служащий (-ая);
- д) предприниматель;

- е) безработный (-ая);
- ж) военнотружущий(-ая);
- з) учащийся (студент (-ка));
- и) другие (напишите) _____

7. Семейное положение:

- а) никогда не состоял (-а) в браке;
- б) женат (замужем);
- в) вдова (вдовец);
- г) разведен (-а).

8. Ваше материальное положение (месячный доход):

- а) от 100 000 тенге до 150 000 тенге в месяц;
- б) от 151000 тенге до 200000 тенге в месяц;
- в) от 201 000 тенге и выше.

9. Сколько примерно в месяц Вы тратите на: консультацию медицинского специалиста, лекарства, диагностику, лабораторные обследования?

- а) до 2500 тенге;
- б) от 2500 до 5000 тенге;
- в) от 5000 до 10000 тенге;
- г) от 10000 тенге и выше.

10. Как в целом Вы оценили бы состояние Вашего здоровья?

- а) отличное;
- б) хорошее;
- в) удовлетворительное;
- г) плохое.

11. Если Вы считаете, что состояние Вашего здоровья ПЛОХОЕ, то с чем это связано? *(возможно, несколько вариантов ответов)*

- а) с невниманием к своему здоровью;
- б) с отсутствием финансовых средств на профилактику, диагностику и лечение;
- в) с низкой квалификацией медицинского персонала;
- г) с отдаленностью поликлиники или стационара от места проживания;
- д) с отсутствием времени на обследование и лечение;
- е) затрудняюсь ответить/не могу оценить причину;
- ж) другое (напишите) _____.

12. Статус застрахованности

- А. Я застрахован в системе ОСМС;
- Б. Я отношусь к льготным категориям населения (ГОБМП);
- В. у меня частная страховка/страховка от работодателя.

13. Физические ограничения

- а) да;
- б) нет.

14. Общее количество хронических заболеваний

- а) нет хронических заболеваний;
- б) ≥ 1 хроническое заболевание;
- в) 2 и более хронических заболеваний.

15. Состоите ли вы на динамическом наблюдении (диспансерном учете)

- а) да;
- б) нет.

16. Положены ли вам лекарства в рамках ГОБМП/ОСМС (бесплатно)?

- а) да;
- б) нет.

17. Получаете ли вы лекарства бесплатно на амбулаторном уровне (в поликлинике)?

- а) да;
- б) нет.

18. Сколько наименований лекарств вы получаете бесплатно на амбулаторном уровне (в поликлинике)

- а) 1;
- б) 2-3;
- в) ≥ 3 .

19. Как часто вы принимаете лекарства

- а) по необходимости;
- б) регулярно курсами (раз в полгода, раз в год и т.д.);
- в) ежедневно/постоянно.

20. Получаете ли вы положенные вам на бесплатной основе лекарства в срок?

- А. Я получаю лекарства в срок.
- В. Я получаю лекарства с задержкой, но время ожидания приемлемо.
- С. Я получаю лекарства с задержкой.
- Д. Я не получаю положенные лекарства.

20. Приходилось ли вам покупать за свой счет лекарства, положенные вам в рамках ГОБМП/ОСМС (бесплатно)?

- а) да;
- б) нет.

21. Если вы ответили на вопрос №21 «Да» укажите по какой причине?

- а) у меня не было выбора, так как я не получил положенные лекарства;
- б) мне было легче/ближе/удобнее купить за свой счет;
- в) меня не устраивает качество лекарств выдаваемых бесплатно, и

22. Степень удовлетворенности лекарственным обеспечением на амбулаторно-поликлиническом уровне

- а) очень удовлетворен;
- б) удовлетворен;
- в) нейтрально;
- г) неудовлетворен;
- д) очень неудовлетворен.

23. Фармацевт/врач помогает мне получить лекарства

- а) полностью согласен;
- б) скорее согласен, чем не согласен;
- в) скорее не согласен, чем согласен;
- г) категорически не согласен.

24. Фармацевт/врач помогает решить любые проблемы, касающиеся лекарств

- а) полностью согласен;
- б) скорее согласен, чем не согласен;
- в) скорее не согласен, чем согласен;
- г) категорически не согласен.

25. Фармацевт/врач отвечает на все мои вопросы

- а) полностью согласен;
- б) скорее согласен, чем не согласен;
- в) скорее не согласен, чем согласен;
- г) категорически не согласен.

26. Фармацевт/врач относится ко мне с уважением

- а) полностью согласен
- б) скорее согласен, чем не согласен
- в) скорее не согласен, чем согласен
- г) категорически не согласен.

27. Количество лекарств было достаточным

- а) полностью согласен;
- б) скорее согласен, чем не согласен;
- в) скорее не согласен, чем согласен;
- г) категорически не согласен.

28. Все необходимые лекарства были получены в полном объеме

- а) полностью согласен;
- б) скорее согласен, чем не согласен;
- в) скорее не согласен, чем согласен;
- г) категорически не согласен.

29. Названия лекарств на упаковках отчетливые и легко читаются

- а) полностью согласен;
- б) скорее согласен, чем не согласен;
- в) скорее не согласен, чем согласен;
- г) категорически не согласен.

30. Инструкции по применению и информация на стикерах напечатаны отчетливо и понятно

- а) полностью согласен;
- б) скорее согласен, чем не согласен;
- в) скорее не согласен, чем согласен;
- г) категорически не согласен.

31. Внешний вид лекарств и качество хорошее

- а) полностью согласен;
- б) скорее согласен, чем не согласен;
- в) скорее не согласен, чем согласен;
- г) категорически не согласен.

32. До аптеки/поликлиники легко добраться

- а) полностью согласен;
- б) скорее согласен, чем не согласен;
- в) скорее не согласен, чем согласен;
- г) категорически не согласен.

33. Зона ожидания комфортная

- а) полностью согласен;
- б) скорее согласен, чем не согласен;
- в) скорее не согласен, чем согласен;
- г) категорически не согласен.

34. Аптека/кабинет выдачи лекарств чистая/ый и аккуратная/ный

- а) полностью согласен;
- б) скорее согласен, чем не согласен;
- в) скорее не согласен, чем согласен;
- г) категорически не согласен.

35. Рабочие часы аптеки/кабинета выдачи лекарств приемлемы для меня

- а) полностью согласен;
- б) скорее согласен, чем не согласен;
- в) скорее не согласен, чем согласен;
- г) категорически не согласен.

36. Врач/фармацевт объяснил мне причину назначения лекарства

- а) полностью согласен;
- б) скорее согласен, чем не согласен;
- в) скорее не согласен, чем согласен;
- г) категорически не согласен.

37. Врач/фармацевт объяснил как, когда и в каких дозах принимать лекарства:

- а) полностью согласен;
- б) скорее согласен, чем не согласен;
- в) скорее не согласен, чем согласен;
- г) категорически не согласен.

38. Врач/фармацевт разъяснил мне какие могут быть побочные эффекты от принятия лекарства:

- а) полностью согласен;
- б) скорее согласен, чем не согласен;
- в) скорее не согласен, чем согласен;
- г) категорически не согласен.

39. Врач/фармацевт объяснил мне как хранить лекарства:

- а) полностью согласен;
- б) скорее согласен, чем не согласен;
- в) скорее не согласен, чем согласен;
- г) категорически не согласен.

40. Врач/фармацевт уделил мне достаточно времени:

- а) полностью согласен;
- б) скорее согласен, чем не согласен;
- в) скорее не согласен, чем согласен;
- г) категорически не согласен.

41. В аптеке/ кабинет выдачи лекарств было достаточно пространства для того, чтобы получить личные рекомендации по приему лекарств:

- а) полностью согласен;
- б) скорее согласен, чем не согласен;
- в) скорее не согласен, чем согласен;
- г) категорически не согласен.

Благодарим за участие!