

УДК 614.2:614.881

В.И. АХМЕТОВ<sup>1</sup>, Г.Ж. ТОКМУРЗИЕВА<sup>2</sup>, Е.С. УТЕУЛИЕВ<sup>2</sup>, М.К. САПАРБЕКОВ<sup>2</sup>,  
Г.Ч. АБДИКАРИМОВА<sup>2</sup>, Д.Н. МАХАНБЕТКУЛОВА<sup>2</sup><sup>1</sup>Управление здравоохранения, г. Алматы, Республика Казахстан,<sup>2</sup>Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы, Республика Казахстан

## УКРЕПЛЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА СЛУЖБ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ: СТРАТЕГИЯ МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫХ МЕР ПО СНИЖЕНИЮ НЕРАВЕНСТВА В УРОВНЯХ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

*В настоящее время в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 гг. в службе общественного здравоохранения Казахстана в качестве важных приоритетов выдвигаются разработка и реализация научно обоснованных мер, основанных на межсекторальном взаимодействии в реализации социальной, экономической и экологической политики обеспечения здоровья граждан и снижения неравенства в услугах, формирующих здоровье.*

**Цель исследования.** Сформировать методологические подходы к созданию модели межсекторального взаимодействия по снижению неравенств в уровнях здоровья населения в Казахстане.

**Материал и методы.** В связи с реализацией Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 гг. проведено аналитическое изучение международного опыта в вопросах развития межсекторального взаимодействия в укреплении здоровья населения и создания благоприятной среды для изменения в отношении своего здоровья. В работе был применен комплекс методик: аналитический, контент-анализ, SWOT-анализ, вероятностно-статистический метод.

**Результаты и обсуждение.** В обзоре литературы представлены лучшие международные практики системы общественного здравоохранения по внедрению межсекторальных подходов в области охраны здоровья населения. Они представляют собой комплекс мер, включающих в себя: создание службы общественного здоровья, развитие межсекторального взаимодействия, приоритетное развитие первичной медицинской помощи (ПМСП) и интеграция всех уровней медицинской помощи вокруг пациента.

**Выводы.** При внедрении в Казахстане межсекторальных подходов серьезной проблемой для общественного здравоохранения является существующее неравенство в отношении здоровья и благополучия населения. Это – сопутствующие здоровью риски, которые зависят от социально-демографических, медицинских детерминант, что вызывает необходимость внедрения в стране межсекторальных действий, которые предполагают вовлечение соответствующих областей, работающих как в сфере государственной политики, так и вне ее.

**Ключевые слова:** общественное здравоохранение, первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), неравенство, межсекторальный подход.

**И**звестно, что общественное здравоохранение является одним из актуальных направлений развития здравоохранения в будущем. Сегодня в основе политики общественного здравоохранения, согласно документам ВОЗ, других ведущих международных организаций лежит дальнейшее совершенствование процессов развития общественного здравоохранения на национальном, региональном уровнях, которое будет способствовать оздоровлению населения, развитию финансовой базы отрасли, повышению социальной защищенности граждан, их психологической и материальной заинтересованности в укреплении собственного здоровья.

Эксперты ВОЗ, отечественные и зарубежные исследователи полагают, что системы здравоохранения должны постоянно адаптироваться и развиваться с учетом условий,

в которых они существуют [1-11]. При этом эффективность преобразований в области общественного здравоохранения будет возрастать при использовании и внедрении следующих организационных методологических подходов:

- 1) системный подход;
- 2) межсекторальное взаимодействие;
- 3) решение проблем на всех уровнях – государственные органы, СМИ, группы лоббирования, частные и государственные предприятия, промышленность, индустрия развлечений и спорта, законодательство, правоохранительные органы и учреждения и другие;
- 4) постоянный, целенаправленный мониторинг эпидемиологических, экономических и социальных аспектов состояния здоровья.

В Алма-Атинской декларации о первичной медико-

**Контакты:** Сапарбеков Мурат Какимжанович, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой эпидемиологии, доказательной медицины и биостатистики, КМУ «ВШОЗ», г. Алматы. Тел.: + 7 707 682 33 10, + 7 775 967 43 23, e-mail: m.saparbekov@ksph.kz

**Contacts:** Murat Kakimzhanovich Saparbekov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the department of Epidemiology, Evidential Medicine and Biostatistics, Kazakhstan's medical university "KSPH", Almaty. Ph.: + 7 707 682 33 10, + 7 775 967 43 23, e-mail: m.saparbekov@ksph.kz

санитарной помощи 1978 г. впервые была официально закреплена острая необходимость в межсекторальных подходах к общественному здравоохранению [12, 13]. В Казахстане, в условиях интеграции медицинских услуг с акцентом на модернизацию ПМСП, роль межсекторального взаимодействия закономерно повышается. Особенно, как считают эксперты ВОЗ, межсекторальные действия наиболее эффективны в Программах «Здоровые города», поскольку считается, что такие действия не мешают, а наоборот, усиливают прочность потенциала сектора здравоохранения по выработке политики [14].

Последние дискуссии в литературе о социальных детерминантах здоровья показали, что серьезной проблемой для общественного здравоохранения являются неравенства в отношении здоровья и благополучия населения стран. Существуют резкие различия в здоровье населения между различными территориями и социальными группами внутри одной страны. Отметим, что неравенства в здоровье в реальной мере относятся как к состоянию окружающей среды, так и сопутствующим рискам для здоровья, которые варьируют в значительной степени в зависимости от целого ряда социально-демографических детерминант.

Цель исследования – сформировать методологические подходы к созданию модели межсекторального взаимодействия по снижению неравенств в уровнях здоровья населения в Казахстане.

#### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В связи с реализацией Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 гг. проведено аналитическое изучение международного опыта в вопросах развития межсекторального взаимодействия в укреплении здоровья населения и создания благоприятной среды для изменения в отношении своего здоровья. В работе был применен комплекс методик: аналитический, контент-анализ, SWOT-анализ, вероятностно-статистический метод. Статистический анализ эпидемиологических материалов проводился с использованием SPSS (Statistical Package for Social Science), являющимся международным стандартом обработки статистической информации.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На 61-й сессии Европейского Регионального Комитета ВОЗ в г. Баку (Азербайджан) 12-15 сентября 2011 г. были представлены следующие проблемы и задачи охраны общественного здоровья и систем здравоохранения в Европе:

1. Проблемы, касающиеся здоровья и социальной справедливости

- Как повысить уровень и улучшить распределение показателей здоровья, материального благосостояния и социального благополучия за счет деятельности систем здравоохранения и стратегий охраны общественного здоровья?

2. Проблемы, стоящие перед обществом и системами здравоохранения

- Как обеспечить устойчивость охраны общественного здоровья и систем здравоохранения?

3. Проблемы, касающиеся индивидуальных медицинских услуг и службы общественного здравоохранения (СОЗ)

- Во многих странах, регионах службы общественного здравоохранения все еще не удовлетворяют необходимым требованиям.

- Как проводить мониторинг, управление и совершенствование деятельности в целях повышения ее эффективности и рентабельности?

Следует отметить, что вышеперечисленные проблемы и задачи имеют место и в Казахстане.

С целью укрепления здоровья населения для обеспечения устойчивого социально-экономического развития страны в республике предпринимаются действия по созданию службы общественного здравоохранения (СОЗ) и развитию межсекторального взаимодействия.

В литературе существуют различные определения понятия «общественное здравоохранение» (синоним: охрана общественного здоровья, public health).

Всемирной организацией здравоохранения было предложено принять определение СОЗ, первоначально выдвинутое в 1920 г. Winslow [15] и переработанное в 1988 г. Donald Acheson [16], которое в настоящее время получило широкое признание: «общественное здравоохранение – это наука и практика предупреждения болезней, продления жизни и укрепления здоровья посредством организованных усилий общества».

ВОЗ также предложила сохранить определение понятия «система здравоохранения», которое было утверждено в 2008 г. Таллиннской хартией [17].

«Система здравоохранения – это совокупность всех государственных и частных организаций, учреждений, структур и ресурсов, предназначение которых – улучшать, сохранять или восстанавливать здоровье людей. Эта система предоставляет индивидуальные и общественные услуги здравоохранения, а также оказывает влияние на политику и деятельность других секторов, с тем, чтобы в них уделялось должное внимание социальным, экологическим и экономическим детерминантам здоровья».

Необходимо иметь в виду, что система здравоохранения играет центральную роль в руководстве общественным здравоохранением и медицинском обслуживании населения. ВОЗ представляет систему здравоохранения своеобразным ключевым каналом для организованных действий общества в плане общественного здравоохранения и улучшения здоровья. Система здравоохранения только тогда эффективна, когда она включает мощный элемент служб общественного здравоохранения.

Важным звеном системы медицинского обслуживания является первично-медицинская помощь (ПМСП), которая, по рекомендации ВОЗ, должна функционировать в тесной связи со службами общественного здравоохранения в целях улучшения показателей здоровья. По определению Алма-Атинской декларации (1978): «ПМСП составляет важную часть медико-санитарного обеспечения и базируется на практических научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологиях, которые должны быть повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям в общине при их всестороннем участии в этой работе и при таких затратах, которые община и страна в целом могут позволить на каждом этапе своего развития в духе самостоятельности и самоопределения. Она составляет неотъем-

лемую часть как национальной системы здравоохранения, осуществляя ее главную функцию и являясь ее центральным звеном, так и всеобщего социально-экономического развития общества. Она является первым уровнем контакта отдельных лиц, семьи и общины с национальной системой здравоохранения, максимально приближает медико-санитарную помощь к месту жительства и работы людей и представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны здоровья народа, нацелена на решение основных медико-санитарных проблем в общине и обеспечивает соответственно службы оздоровления, профилактики, лечения и реабилитации» [18].

К сожалению, как отмечает Evelyne de Leeuw (2015), несмотря на то, что мировое сообщество в сфере здравоохранения выразило твердую приверженность и поддержку этой декларации, в литературе отсутствовали фактические данные, свидетельствующие об эффективности межсекторальных подходов в политике, управлении и действиях [13]. Автор отметила, что, по-видимому, «громкие слова и большие амбиции» на самом деле препятствовали простым, межсекторальным задачам общественного здравоохранения: предотвратить заболевание, продлить жизнь, содействовать укреплению здоровья и сократить разрыв в равном доступе к услугам сферы здравоохранения.

В настоящее время у специалистов нет единого подхода к межсекторальным действиям в сфере здравоохранения. Так, В. Hadson, В. Hardy (2002) рассматривают межсекторальность «как взаимные действия по схеме: изоляция – знакомство – коммуникация – сотрудничество – интеграция» [19]. Другие авторы [20] межсекторальные действия отождествляют с «созданием сетей – координацией – взаимодействием – сотрудничеством».

Кроме того, несмотря на позитивные тенденции в улучшении здоровья населения, многие исследователи [21-26] с тревогой сообщают, что улучшения в состоянии здоровья достигнуты не везде и не равным образом для всех граждан. Директор Европейского регионального бюро ВОЗ Zsuzsanna Jakab (2014) отмечает, что в последнее время в Европе широко распространены несправедливые различия по показателям здоровья между обществами и их отдельными группами. Они отражают различия в условиях жизни людей и влияют на масштабы и тенденции в проявлениях несправедливости в отношении здоровья. Социальные неравенства в отношении здоровья являются прямым нарушением права человека на здоровье, они неправомерны и несправедливы [27].

В литературе термин «неравенство в здоровье» часто используют как синоним «несправедливости в здоровье» [28]. Исследователи отмечают, что неравенство в области здоровья увеличивается как внутри стран, так и между ними. Кроме того, большое неравенство с точки зрения состояния здоровья разделяет различные группы людей во всех странах независимо от дохода.

Установлено, что в странах с высоким уровнем доходов разница в ожидаемой продолжительности жизни, составляющая более десяти лет, существует между различными группами в зависимости от таких факторов, как этническая принадлежность, пол, социально-экономическое положение и географический район проживания.

В странах с низким уровнем доходов во всех регионах наблюдаются существенные различия в показателях смертности детей, в зависимости от уровня благосостояния домашнего хозяйства. Иными словами, социально-экономические условия (социальные детерминанты) оказывают значительное влияние на здоровье людей на протяжении всей жизни.

Возрастающее количество исследований по изучению социальных детерминант здоровья [29, 30, 31] указывают, что неравенства в отношении здоровья и благополучия населения стран являются серьезной проблемой для общественного здравоохранения. Большинство авторов приходит к единому мнению, что неравенства в отношении здоровья в равной мере относятся как к состоянию окружающей среды, так и сопутствующим рискам для здоровья, которые варьируют в значительной степени от целого ряда социально-демографических детерминант.

Всемирная организация здравоохранения (2012) отмечает, часто социально-экономические и демографические неравенства в уровнях воздействия вредных факторов окружающей среды существуют повсеместно и определяются такими параметрами, влияющие на риск экспозиции, как доход, уровень образования, занятость, возраст, пол, расовая/этническая принадлежность, а также проживание в конкретной местности или среде [15].

Многие «неравенства» (inequalities) в отношении экологических условий и здоровья, особенно если они связаны с социально-экономическими факторами или полом человека, могут быть квалифицированы как «несправедливость» (inequalities) – поскольку они социально неправомерны и предотвратимы. В основе неравенств чаще всего лежит «несправедливое распределение», экологических рисков среди различных групп населения, а также «процессуальная несправедливость», т.е. неравные возможности различных групп населения оказывать влияние на решения, затрагивающие их непосредственную среду проживания.

Обзор мировой литературы по вопросам здоровья и благополучия людей свидетельствует, что уменьшение или сглаживание неравенства в здоровье рассматривается сегодня в мире как государственная политика, направленная на поддержание и совершенствование здоровья населения.

Председатель Европейского обзора социальных детерминант здоровья и разрыва по показателям здоровья Michael Marmot в своем выступлении на заседании Комиссии по социальным детерминантам здоровья (КСДЗ) отметил, что «охрана здоровья нередко отождествляется с медицинской помощью и общественным здравоохранением в сочетании с программами борьбы с болезнями. Однако к этим подходам необходимо добавить еще один, который заключается в том, что неравенство в отношении здоровья определяется условиями, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и старятся, а также несправедливым распределением власти, властных полномочий, финансовых и других ресурсов, от которых зависят эти условия повседневной жизни» [35].

С целью укрепления здоровья населения и повышения уровня его благополучия, сокращения несправедливых различий в отношении здоровья и развития ориентированных на человека систем здравоохранения, Всемирная организация здравоохранения рекомендует следующие подходы:

1. Обеспечение всеобщего охвата услугами медико-санитарной помощи;

2. Усиление внимания поведенческим факторам, таким как курение, характер питания, потребление алкоголя и т.п. ВОЗ поддерживает оба взаимодополняющих подхода.

Международный опыт свидетельствует, что наиболее эффективное межсекторальное взаимодействие осуществляется в Проекте ВОЗ «Здоровые города». Данный проект начал свою работу в 1988 году как проект с целью: повысить приоритетность здоровья в социальной и политической повестке дня городов [31, 32]. В ее основе лежит признание ключевого значения межсекторальных действий на местном уровне. Проект включает в себя 4 элемента:

1. Политическая приверженность.
2. Межсекторальное сотрудничество.
3. Стратегическое планирование здравоохранения в городах.
4. Формальные и неформальные сети во всех сферах общества.

Межсекторальные действия предполагают вовлечение соответствующих секторов, функционирующих как в сфере государственной политики, так и вне ее, в осуществлении мер вмешательства, имеющий многоаспектный характер. Это органы и учреждения, обеспечивающие доступность населения к услугам, формирующим потенциал здоровья (физическая культура и спорт, рациональное питание, снижение травматизма, поведенческих факторов риска, экологических и социальных, медицинских).

Здесь уместно подчеркнуть, что Программой развития «Алматы-2020» поставлена задача дальнейшего развития Алматы как современного города международного уровня, комфортного для жизни и работы горожан, являющегося центром притяжения туристов, грузопотоков, инновационного бизнеса и капитала. Заметим, что 7 приоритетов развития города Алматы до 2020 года направлены на реализацию ключевого принципа «Забота о каждом человеке». Причем, сформированная государственная политика в области здоровья населения крупного мегаполиса Казахстана – г. Алматы основана на рекомендациях Всемирной организации здравоохранения.

В апреле 2017 г. г. Алматы вошел в европейскую сеть ВОЗ «Здоровые города», в результате которого впервые были заложены реальные инициативы, позволяющие обеспечить комплексный подход к укреплению здоровья и благополучия граждан. Проект «Здоровые города» объединяет все инициативы в вопросах охраны здоровья и в настоящее время является одним из универсальных рычагов улучшения здоровья населения. Подкомпонентами проекта являются программы «Здоровые школы», «Здоровые университеты», «Здоровые рабочие места», «Клиники, способствующие укреплению здоровья», целевые программы ВОЗ, CDC и других международных организаций.

С целью разработки модели межсекторального подхода в охране здоровья и благополучия населения г. Алматы в 2017 г. Управлением здравоохранения г. Алматы совместно с Казахстанским медицинским университетом «ВШОЗ» проводится аналитическое исследование межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения и обоснования технологии его оптимизации.

По результатам исследования будут разработаны технологии интеграции мер, направленных на формирование здорового образа жизни, снижение неравенства к услугам, формирующим здоровье, реализацию механизмов индивидуальной ответственности гражданина за здоровье и вклада общества, основанных на объективных измеряемых индикаторах оценки. Реализация проекта обеспечит вхождение г. Алматы в Европейский проект «Здоровые города», повысит эффективность перехода Казахстана к «зеленой экономике».

Таким образом, основываясь на данных литературы, необходимо заключить, что актуальность внедрения комплекса межсекторальных мер по снижению неравенства в уровнях здоровья населения в Казахстане очевидна. Она решает важную проблему, имеющую народнохозяйственное значение, отвечает запросам медицинской науки и общественного здравоохранения.

## ВЫВОДЫ

При внедрении в Казахстане межсекторальных подходов серьезной проблемой для общественного здравоохранения является существующее неравенство в отношении здоровья и благополучия населения. Это – сопутствующие здоровью риски, которые зависят от социально-демографических, медицинских детерминант, что вызывает необходимость внедрения в стране межсекторальных действий, которые предполагают вовлечение соответствующих областей, работающих как в сфере государственной политики, так и вне ее.

## Прозрачность исследования

*Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.*

## Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

*Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.*

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Проект отчета о 63-й сессии Европейского регионального Комитета ВОЗ // ВОЗ, Чешме, Измир, Турция, 16-19 сентября 2013 г. – Копенгаген, Европейское региональное бюро, 2013. – 61 с.
- 2 Обзор потенциала и услуг общественного здравоохранения в Европейском регионе. ВОЗ. – Копенгаген, 2012. – 79 с.
- 3 Улучшение состояния окружающей среды и здоровья в Европе: насколько мы продвинулись в достижении этих целей? ВОЗ. – Копенгаген, 2015. – 143 с.
- 4 Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009: здоровье и системы здравоохранения. ВОЗ. – Копенгаген. – 205 с. (пер.с англ.)
- 5 Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение. – М., 2014. – 608 с.
- 6 Вялков А.И. Медицинская профилактика. Современные технологии. Руководство. – М., 2009. – 231 с.
- 7 Вялков А.И., Кучеренко В.З. Клинический менеджмент. – М., 2006. – 204 с.

- 8 Татарников М.А. Управление качеством медицинской помощи. – М., 2016. – 304 с.
- 9 Аканов А.А. Здоровоохранение Казахстана – прошлое, настоящее, будущее. – Астана, 2005. – 122 с.
- 10 Аканов А.А., Девятко В.Н., Кульжанов М.К. Ответственное здравоохранение в Казахстане: концепция, проблемы и перспективы. – Алматы, 2001. – 100 с.
- 11 Токмурзиева Г.Ж. Концептуальные и методологические основы формирования и реализации целевых программ оздоровления населения в системе общественного здравоохранения Республики Казахстан: автореф. дисс. докт. меднаук. – Алматы, 2008. – 43 с.
- 12 Алма-Атинская декларация, 1978 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015 <http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>.
- 13 Evelyne de Leeuw. Межсекторальное взаимодействие, политика и стратегическое руководство в здоровых городах Европы. – Public Health Panorama. – 2015. – Vol.1. – P.111-204
- 14 Capello R. The city network paradigm measuring urban network externalities // Urban study. – 2000. – Vol. 37(11). – P. 1925-1945
- 15 Неравенства в отношении экологических условий и здоровья в Европе. Доклад о проведенной оценке. Рабочее резюме. ВОЗ. – Копенгаген, 2012. – 8 с. (пер с англ.)
- 16 Donald Acheson. Public Health in England. The report of the Committee of inquiry into the Future Development of the Public Health Function. – London, HMSO, 1988. – 31 p.
- 17 Таллиннская хартия: система здравоохранения для здоровья и благосостояния. ВОЗ. – Копенгаген, 2008. – 159 с.
- 18 Отчет о Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата. ВОЗ. – Женева, 1978. – 101 с. (пер с англ.)
- 19 Hudson B., Hardy B. What is a successful partnership and how can it be measured? // New Labor and the governance of Welfare. – Bristol: Policy Press: 2002. – P. 51-66
- 20 The partnerships analysis tool for partners in health promotion. – Melbourne VicHealth, 2011. – 11 p.
- 21 National Healthy cities networks. A powerful force for health and sustainable development in Europe. WHO. – 2003. – 76 p.
- 22 Agis D. Tsourgos. Европейская сеть «Здоровые города». Почти 30 лет межсекторальных инноваций. – Вильнюс, Литва, 2015. – 9 с.
- 23 Cohen J. et al. School climate: research, policy, practice, and teacher education // Teachers College Record. – 2009. – Vol. 111. – P. 180–213
- 24 Антонова Е.В. Здоровье российских подростков 15-17 лет: состояние, тенденции и научное обоснование программы его сохранения и укрепления. – М., 2009. – 115 с.
- 25 Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: заключительный доклад // ВОЗ, Копенгаген, 2014. – 275 с. (пер с англ.)
- 26 Здоровье 2020: основы Европейской политики в поддержку действий всех государств и общества в интересах здоровья и благополучия. ВОЗ, - Копенгаген, 2012. – 161 с. (пер с англ.)
- 27 Zsuzsanna Jakab. Предисловие к обзору социальных детерминант по показателям здоровья в Европе // Обзор социальных детерминант по показателям здоровья в Европе: заключительный доклад. ВОЗ. – Копенгаген, 2014. – С. 20-21
- 28 Kaplan G.A. Childhood socioeconomic position and cognitive function in adulthood // International J. of Epidemiology. – 2001. – Vol. 30. – P. 256-263
- 29 Курбатов А.В., Амлаев К.Р., Муравьев К.А. Современное состояние проблемы неравенства в здоровье: экологические, гендерные, экономические аспекты (обзор) // Вест. Ставропольского университета. – 2011. - №74. – С. 24
- 30 Амлаев К.Р. Неравенства в здоровье. Приверженность к лечению и медицинская грамотность населения. – Ставрополь, 2015. – 159 с.
- 31 Stucler D., Basu S., Makee M. Budget crises, health and social welfare programs // British Medical Journal. – 2010. – Vol. 340. – P. 3311

## REFERENCES

- 1 Proekt otcheta o 63-ey sessii Evropeyskogo regional'nogo Komiteta VOZ. VOZ, Cheshme, Izmir, Turtsiya, 16-19 sentyabrya 2013 g. [Draft of the report on the 63rd session of the European regional Committee of WHO//WHO, to Cheshma, Izmir, Turkey, on September 16-19, 2013]. Copenhagen, European regional office; 2013. P. 61
- 2 Obzor potentsiala i uslug obshchestvennogo zdravookhraneniya v Evropeyskom regione. VOZ [The review of potential and services of public health care in the European region WHO]. Copenhagen; 2012. P. 79
- 3 Uluchshenie sostoyaniya okruzhayushchey sredy i zdorov'ya v Evrope: naskol'ko my prodivinulis' v dostizhenii etikh tseley? VOZ [Improvement of state of environment and health in Europe: as far as did we progress in achievement of these purposes? WHO]. Copenhagen; 2015. P. 143
- 4 Doklad o sostoyanii zdravookhraneniya v Evrope.2009: zdorov'e i sistemy zdravookhraneniya. VOZ [The report on a condition of health care in Europe.2009: health and health care systems. WHO]. Copenhagen. P. 205
- 5 Medic VA, Yuryev VK. Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie [Public health and health care]. Moscow; 2014. P. 608
- 6 Vyalkov AI. Meditsinskaya profilaktika. Sovremennyye tekhnologii. Rukovodstvo [Medical prophylaxis. Modern technologies. Management]. Moscow; 2009. P. 231
- 7 Vyalkov AI, Kucherenko VZ. Klinicheskiy menedzhment [Clinical management]. Moscow; 2006. P. 204
- 8 Tatarnikov MA. Upravlenie kachestvom meditsinskoy pomoshchi [Quality management of a medical care]. Moscow; 2016. P. 304
- 9 Akanov AA. Zdravookhranenie Kazakhstana – proshloe, nastoyashchee, budushchee [Health care of Kazakhstan – the past, real, future]. Astana; 2005. P. 122
- 10 Akanov AA, Devyatko VN, Kulzhanov MK. Obshchestvennoe zdravookhranenie v Kazakhstane: kontseptsiya, problema i perspektivy [Public health care in Kazakhstan: concept, problems and prospects]. Almaty; 2001. P. 100
- 11 Tokmurziyeva GZh. Kontseptual'nye i metodologicheskie osnovy formirovaniya i realizatsii tselevykh programm ozdorovleniya naseleniya v sisteme obshchestvennogo zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan: avtoref. diss. d-r

*Med. Nauk* [Conceptual and methodological bases of formation and implementation of target programs of improvement of the population in the system of public health care of the Republic of Kazakhstan: abstract doctor of medical sciences]. Almaty; 2008. P. 43

12 *Alma-Atinskaya deklaratsiya, 1978 g.* [Almaty declaration, 1978]. Copenhagen: European regional office of WHO, 2015. Available from: <http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>.

13 Evelyne de Leeuw. Intersectoral interaction, policy and strategic leadership in healthy cities in Europe. *Public Health Panorama*. 2015;1:111-204

14 Capello R. The city network paradigm measuring urban network externalities. *Urban study*. 2000;37(11):1925-45

15 *Neravenstva v otnoshenii ekologicheskikh usloviy i zdorov'ya v Evrope. Doklad o provedennoy otsenke. Rabochee rezyume. VOZ* [Inequalities concerning ecological conditions and health in Europe. The report on the carried-out assessment. Working summary. WHO]. Copenhagen; 2012. P. 8

16 Donald Acheson. Public Health in England. The report of the Committee of inquiry into the Future Development of the Public Health Function. London, HMSO; 1988. P. 31

17 *Tallinskaya khartiya: sistema zdravookhraneniya dlya zdorov'ya i blagosostoyaniya. VOZ* [Tallinn charter: a health care system for health and welfare. WHO]. Copenhagen; 2008. P. 159

18 *Otchet o Mezhdunarodnoy konferentsii po pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi, Alma-Ata. VOZ* [Report on the International conference on primary health care, Alma-Ata// WHO]. Geneva; 1978. P. 101

19 Hudson B, Hardy B. What is a successful partnership and how can it be measured? New Labor and the governance of Welfare. Bristol: Policy Press; 2002. P. 51-66

20 The partnerships analysis tool for partners in health promotion. Melbourne VicHealth; 2011. P. 11

21 National Healthy cities networks. A powerful force for health and sustainable development in Europe. WHO; 2003. P. 76

22 Agis D. Tsouros. *Evropeyskaya set' «Zdorovye goroda»*. *Pochti 30 let mezhshektoral'nykh innovatsii* [European network "Healthy Cities". Nearly 30 years intersectoral innovations]. Vilnius, Lithuania; 2015. P. 9

23 Cohen J. et al. School climate: research, policy, practice, and teacher education. *Teachers College Record*. 2009;111: 180–213

24 Antonova EV. *Zdorov'e rossiyskikh podrostkov 15-17 let: sostoyanie, tendentsii i nauchnoe obosnovanie programmy ego sokhraneniya i ukrepleniya* [Health of the Russian teenagers of 15-17 years: state, tendencies and scientific justification of the program of his preservation and strengthening]. Moscow; 2009. P. 115

25 *Obzor sotsial'nykh determinant i razryva po pokazatelyam zdorov'ya v Evropeyskom regione VOZ: zaklyuchitel'nyy doklad. VOZ* [The review of social determinants and a gap on health indicators in the European region of WHO: final report. WHO]. Copenhagen; 2014. P. 275

26 *Zdorov'e 2020: osnovy Evropeyskoy politiki v podderzhku deystviy vseh gosudarstv i obshchestva v interesakh zdorov'ya i blagopoluchiya. VOZ* [Health of 2020: fundamentals of the European policy in support of actions of all states and society

for the benefit of health and wellbeing. WHO]. Copenhagen; 2012. P. 161

27 Zsuzsanna Jakab. *Predislovie k obzoru sotsial'nykh determinant po pokazatelyam zdorov'ya v Evrope. Obzor sotsial'nykh determinant po pokazatelyam zdorov'ya v Evrope: zaklyuchitel'nyy doklad. VOZ* [The preface to the review of social determinants on health indicators in Europe//the Review of social determinants on health indicators in Europe: final report. WHO]. Copenhagen, 2014. P. 20-1

28 Kaplan GA. Childhood socioeconomic position and cognitive function in adulthood. *International J. of Epidemiology*. 2001;30:256-63

29 Kurbatov AV, Amlayev KR, Muravyov KA. The current state of a problem of inequality in health: ecological, gender, economic aspects (review). *Vest. Stavropol'skogo universiteta = Bulletin of the University of Stavropol*. 2011;74:24 (In Russ.)

30 Amlayev KR. *Neravenstva v zdorov'e. Priverzhennost' k lecheniyu i meditsinskaya gramotnost' naseleniya* [Inequalities in health. Commitment to treatment and medical literacy of the population]. Stavropol; 2015. P. 159

31 Stueler D, Basu S, Makee M. Budget crises, health and social welfare programs. *British Medical Journal*. 2010;340:3311

#### ТҰЖЫРЫМ

**В.И. АХМЕТОВ<sup>1</sup>, Г.Ж. ТОҚМҰРЗИЕВА<sup>2</sup>, Е.С. ӨТЕУЛИЕВ<sup>2</sup>, М.К. САПАРБЕКОВ<sup>2</sup>, Г.Ч. ӨБДІҚАДЫРОВА<sup>2</sup>, Д.Н. МАХАНБЕТҚҰЛОВА<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Денсаулық сақтау басқармасы, Алматы қ., Қазақстан Республикасы,

<sup>2</sup>Қазақстандық медициналық университеті «ҚДСЖМ», Алматы қ., Қазақстан Республикасы

#### **ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНІҢ ӘЛЕУЕТІН КҮШЕЙТУ: ХАЛЫҚТЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ДЕҢГЕЙІНДЕГІ ТЕҢСІЗДІКТІ ТӨМЕНДЕТУ ЖӨНІНДЕГІ СЕКТОРАРАЛЫҚ ШАРА СТРАТЕГИЯСЫ**

Қазіргі уақытта Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамыту мемлекеттік бағдарламасы «Денсаулық» 2016-2019 жж. сәйкес Қазақстанның қоғамдық денсаулық сақтау жүйесінің негізгі алғышарттары ретінде социальді, экономикалық және экологиялық саясаттармен қамтамасыз етілетін азаматтардың денсаулығы мен денсаулықты қалыптастыратын қызметтер арасындағы теңсіздікті төмендететін сектораралық өзара іс-қимылға негізделген ғылыми шараларды әзірлеу және жүзеге асыру.

**Зерттеудің мақсаты.** Қазақстандағы халық денсаулығы деңгейіндегі теңсіздікті төмендету үшін сектораралық өзара іс-қимыл жасау моделін құру бойынша әдістемелік тәсілдерді қалыптастыру.

**Материал және әдістері.** Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамыту мемлекеттік бағдарламасы «Денсаулық» 2016-2019 жж. сәйкес халықтың денсаулығын жақсартатын және әр азаматтың өз денсаулығын жақсартатын қолайлы ортаны қалай құруға болатыны жайлы сектораралық өзара іс-қимылды қалыптастыру бойынша халықаралық тәжірибені аналитикалық тұрғыда зерделеу. Жұмысты орындау барысында кешенді әдістер қолданылды: аналитикалық, контент – талдау, SWOT – талдау, ықтимал – статистикалық әдіс.

**Нәтижелері және талқылауы.** Әдеби шолуда халық денсаулығын қорғау бойынша ең озық халықаралық тәжірибелерден алынған қоғамдық денсаулық сақтау жүйесіндегі сектораралық тәсілдер ұсынылған. Олар кешенді шаралардан тұрады: қоғамдық денсаулық қызметін құру, сектораралық өзара байланысты жетілдіру, алғашқы медициналық көмекті басым

түрде жетілдіру және медициналық көмекті көрсететін барлық деңгейлерді науқас айналасында интеграциялау.

**Қорытынды.** Қазақстанда сектораралық тәсілдерді енгізу барысында қоғамдық денсаулық сақтау үшін халықтың әл - ауқаты мен денсаулығына қатысты теңсіздік өзекті мәселе болып табылады. Бұл – медициналық детерминанттарға, әлеуметтік – демографияға байланысты денсаулыққа ілеспе тәуекелдер. Ол мемлекеттік саясат жүйесінде ғана емес, басқа да тиісті аймақтарда қолданылатын сектораралық тәсілдерді жүзеге асыруын айқындайды.

**Негізгі сөздер:** қоғамдық денсаулық сақтау, алғашқы медико-санитарлық көмек (АМСК), теңсіздік, сектораралық тәсіл.

#### SUMMARY

V.I. AKHMETOV<sup>1</sup>, G.Zh. TOKMURZIYEVA<sup>2</sup>, E.S. UTEULIYEV<sup>2</sup>,  
M.K. SAPARBEKOV<sup>2</sup>, G.Ch. ABDIKADYROVA<sup>2</sup>,  
D. N. MAKHANBETKULOVA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Management of health care, Almaty c., Republic of Kazakhstan,  
<sup>2</sup>Kazakhstan 's medical university "KSPH", Almaty c., Republic of Kazakhstan

#### STRENGTHENING OF CAPACITY OF SERVICES OF PUBLIC HEALTH CARE IN KAZAKHSTAN: THE STRATEGY OF INTER-SECTORAL MEASURES FOR DECREASE IN INEQUALITY IN LEVELS OF HEALTH OF THE POPULATION

Now according to the State program of development of health care of the Republic of Kazakhstan "Densaulыq" for 2016-2019 in service of public health care of Kazakhstan as important priorities development and realization of the scientifically based measures based on intersectoral interaction in realization of social, economic

and environmental policy of ensuring health of citizens and decrease in inequality to the services forming health moves forward.

**Research objective.** To create methodological approaches to creation of model of intersectoral interaction on decrease in inequalities in levels of health of the population in Kazakhstan.

**Material and methods.** Due to the implementation of the state program of development of health care of the Republic of Kazakhstan "Densaulыq" for 2016-2019 analytical studying of the international experience in questions of development of intersectoral interaction in strengthening of health of the population and creation of the favorable environment for change in the relation of the health is carried out. In work the complex of techniques was applied: analytical, content - the analysis, SWOT – the analysis, probabilistically – a statistical method.

**Results and discussion.** The best international practitioners of system of public health care on introduction of intersectoral approaches in the field of public health care are presented in the review of literature. They represent a package of measures, including: creation of service of public health, development of intersectoral interaction, priority development of primary medical care (PHC) and integration of all levels of a medical care around the patient.

**Conclusion.** At introduction in Kazakhstan of intersectoral approaches a serious problem for public health care is the existing inequality concerning health and wellbeing of the population. These are the scratches accompanying health which depend from socially – demographic, medical determinants that causes the necessity of introduction in the country of intersectoral actions which assume involvement of the respective areas working both in the sphere of state policy and out of it.

**Key words:** public health care, initially the physician-sanitary help (IPSH), inequality, intersectoral approach.

Для ссылки: Ахметов В. И., Токмурзиева Г.Ж., Утеулиев Е.С., Сапарбеков М.К., Абдикадырова Г.Ч., Маханбеткулова Д.Н. Укрепление потенциала служб общественного здравоохранения в Казахстане: стратегия межсекторальных мер по снижению неравенства в уровнях здоровья населения // Медицина (Алматы). – 2017. - №11 (185). – С. 2-8

Статья поступила в редакцию 06.10.2017 г.

Статья принята в печать 13.11.2017 г.