

DOI: 10.31082/1728-452X-2019-199-1-43-46

УДК 616.12-008.1

## ПРОГРАММА УПРАВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

А.М. АРИНГАЗИНА<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-9056-2394>,Н.Б. ЕСИМОВ<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-7827-5125>,Н.Т. ИЗМАИЛОВА<sup>2</sup><sup>1</sup>Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы, Республика Казахстан,<sup>2</sup>Казахский медицинский университет непрерывного образования, г. Алматы, Республика Казахстан

Арингазина А.М.

В работе представлен обзор Программы управления заболеваниями (ПУЗ), действующей в Республике Казахстан. Исследование было проведено согласно методологии ВОЗ, описанной в руководстве «A step-by-step guide for developing profiles on health services delivery transformations», путём интервьюирования ключевых информаторов. В статье описан метод системного профилактического и мультидисциплинарного подхода к оказанию медицинской помощи при хронических неинфекционных заболеваниях (ХНЗ). В качестве ХНЗ рассмотрены хроническая сердечная недостаточность (ХСН), артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет (СД).

**Ключевые слова:** Программа управления заболеваниями, хронические неинфекционные заболевания, интеграция, инициатива, первичная медико-санитарная помощь.

**Для цитирования:** Арингазина А.М., Есимов Н.Б., Измаилова Н.Т. Программа управления заболеваниями в Республике Казахстан // Медицина (Алматы). – 2019. - №1(199). – С. 43-46

## Т Ұ Ж Ы Р Ы М

## ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА АУРУДЫ БАСҚАРУ БАҒДАРЛАМАСЫ

А.М. АРЫНГАЗИНА<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-9056-2394>,Н.Б. ЕСИМОВ<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-7827-5125>,Н.Т. ИЗМАИЛОВА<sup>2</sup><sup>1</sup>Қазақстандық медицина университеті «ҚДСЖМ», Алматы қ., Қазақстан Республикасы,<sup>2</sup>Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

Мақалада Қазақстан Республикасында Ауруды басқару бағдарламасына (АББ) шолу баяндалған. Зерттеу ДДҰ әдістемесіне сәйкес, «A step-by-step guide for developing profiles on health services delivery transformations» басшылығындағы қадамдарда суреттелген, негізгі информаторлармен сұхбаттасу арқылы жүзеге асырылды. Мақалада созылмалы инфекциянды емес аурулар (СИЕА) кезіндегі көрсетілетін медициналық көмектің жүйелі профилактикалық және мультидисциплинарлы тәсілі суреттелген. СИЕА ретінде Созылмалы жүрек жетіспеушілігі (СЖЖ), артериальді гипертензия (АГ) және қант диабеті (ҚД) қарастырылған.

**Негізгі сөздер:** ауруды басқару бағдарламасы, созылмалы инфекциянды емес аурулар, интеграция, бастама, алғаш медициналық-санитарлық көмек.

## SUMMARY

## DISEASE MANAGEMENT PROGRAM IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

AM ARINGAZINA<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-9056-2394>,NB YESSIMOV<sup>1</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-7827-5125>,NT IZMAILOVA<sup>2</sup><sup>1</sup>Kazakhstan's Medical University «KSPH», Almaty c., Republic of Kazakhstan,<sup>2</sup>Kazakh Medical University of Continuing Education, Almaty c., Republic of Kazakhstan

This paper presents an overview of the Disease Management Program (HSP) operating in the Republic of Kazakhstan. The study was conducted according to the WHO methodology, described in the «A step-by-step guide for delivery of services», by interviewing key informants. The article describes the method of systemic prophylactic and multidisciplinary approach to the provision of medical care for chronic non-communicable diseases (CND). Chronic heart failure (CHF), arterial hypertension (AH) and diabetes mellitus (DM) have been considered as CND.

**Keywords:** disease management program, chronic non-communicable diseases, integration, initiative, primary health care.

**For reference:** Aringazina AS, Yessimov NB, Izmailova NT. Disease management program in the Republic of Kazakhstan. *Meditsina (Almaty) = Medicine (Almaty)*. 2019;1(199):43-46 (In Russ.). DOI: 10.31082/1728-452X-2019-199-1-43-46

**Контакты:** Арингазина Алтын Муафиқовна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой Общественного здоровья и социальных наук, Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы, ул. Утепова, 19а, индекс 050060. E-mail: [altyn.aringazina@gmail.com](mailto:altyn.aringazina@gmail.com)

**Contacts:** Altyn M Aringazina, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Public Health and Social Sciences, Kazakhstan's Medical University «KSPH», Almaty c., Uteпова str., 19a, index 050060. E-mail: [altyn.aringazina@gmail.com](mailto:altyn.aringazina@gmail.com)

Поступила 09.01.2019

**О**сновной причиной заболеваемости и смертности во всём мире являются хронические неинфекционные заболевания (ХНЗ). Инвалидизация или преждевременная смертность (до 60 лет) вследствие этих заболеваний

становятся причиной социально-экономической стагнации развития страны. Растущее бремя болезней от неинфекционных болезней является важнейшей проблемой общественного здравоохранения в Центральной Азии и Казах-

стане [1, 2]. В Казахстане для уменьшения бремени ХНЗ, в рамках Государственной программы развития здравоохранения (ГПРЗ) «Денсаулық» на 2016-2019 годы [3], с 2013 года – в 7 поликлиниках Северо-Казахстанской и Павлодарской областей, с 2016 года – по всей республике, функционирует Программа управления заболеваниями (ПУЗ) в качестве пилотного проекта [4]. С 2018 года ПУЗ полноценно введена в действие по всей республике. ПУЗ – это система скоординированных и интегрированных медицинских вмешательств и коммуникаций для определенных групп пациентов с ХНЗ, где важным компонентом является улучшение самоменеджмента/самопомощи. Реализация ПУЗ основана на следующих подходах к оказанию медицинской помощи: профилактическом, мультидисциплинарном и системном. В качестве ХНЗ на сегодняшний день рассмотрены: хроническая сердечная недостаточность (ХСН), артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет (СД) [5].

**Цель исследования** – изучить и проанализировать внедрение Программы управления заболеваниями (ПУЗ) в Казахстане.

Исследование было проведено согласно методологии ВОЗ, описанной в руководстве «A step-by-step guide for developing profiles on health services delivery transformations», путём интервьюирования ключевых информаторов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В соответствии с методологией ВОЗ, описанной в «A step-by-step guide for developing profiles on health services delivery transformations» [6], каждая инициатива должна быть описана по следующим разделам: Определение проблемы, Преобразования предоставления услуг здравоохранения, Описание преобразований, Вовлечение и укрепление людей, семей и сообществ, Факторы, способствующие развитию системы здравоохранения, Результаты, Изменения в управлении, Основные моменты [7, 8].

### Определение проблемы

С целью управления ХНЗ и формирования солидарной ответственности за здоровье, МЗРК в рамках ГПРЗ «Денсаулық» на 2016-2019 гг. осуществляется интеграция ПУЗ в ПМСП [3].

Проект позволит улучшить вопросы профилактики ХНЗ, повысит солидарную ответственность пациентов за своё здоровье и поднимет взаимодействие медицинского персонала на новый уровень [9].

Во всём мире ХНЗ признаются в качестве одной из основных причин заболеваемости и преждевременной смертности [10].

### Рамка 1

**На решение каких проблем была направлена инициатива?**

- Постоянно повышающийся уровень ХНЗ в республике.
- Формирование солидарной ответственности среди населения.

- Реактивная, нежели проактивная направленность службы в целом.
- Низкий уровень преемственности в этапах лечения больных с ХНЗ.

### Преобразования предоставления услуг здравоохранения

#### Хронология преобразований

В 2013 г., с целью снижения бремени ХНЗ, была внедрена ПУЗ, согласно приказу МЗСР РК №211 от 01.04.2013 года «О внедрении Программы управления хроническими неинфекционными заболеваниями в пилотных регионах». Первыми пилотными областями стали Северо-Казахстанская и Павлодарская. Дальнейшим толчком развития ПУЗ стала ГПРЗ «Денсаулық» на 2016-2019 гг.

#### Описание преобразований

##### Выбор услуг

В 1980-е годы получила всеобщее распространение диспансеризация населения как система профилактических осмотров. Несмотря на практически 100% охват диспансеризацией в то время, её эффективность составляла не более 20% [11]. До 80% от всех обращений населения за медицинской помощью составляют случаи обращения в ПМСП [12].

С внедрением ПУЗ за больными осуществляется постоянный мониторинг. Больные отбираются по одной из трёх нозологий: ХСН, АГ и СД. Вся информация о здоровье конкретного больного вносится в электронный регистр, который могут просматривать все участники мультидисциплинарной команды и, при необходимости, вносить свои коррективы в ход лечения.

##### Разработка лечения

Были разработаны электронные регистры по трём вышеуказанным нозологиям, что позволило вести постоянный мониторинг состояния здоровья больного. Любое отклонение от установленной нормы в анализах или показателях незамедлительно отображается на экранах всей мультидисциплинарной команды. Таким образом, любой член команды может сразу же принять действия по коррекции состояния здоровья больного. Также электронные регистры настроены на постоянное оповещение (ежемесячное, ежеквартальное) о необходимости профилактического осмотра либо сдачи того или иного анализа.

В случае прогрессирующего ухудшения состояния здоровья больного, по не зависящим от лечебных манипуляций причинам, разработан «Краткий план действий». Совместно с психологом, социальным работником и одним из родственников больного разрабатывается план мероприятий по снижению веса либо по устранению вредных привычек и т.д. Масштаб поставленной цели зависит от «Шкалы оценки уверенности» больного.

##### Организация поставщиков

Мультидисциплинарная команда специалистов является важным аспектом в реализации ПУЗ на уровне ПМСП.

Таблица 1 - Каковы хронологические вехи развития инициативы!

Год	Описание события
2013	В 7 поликлиниках двух пилотных регионов - Северо-Казахстанской и Павлодарской областей внедряется ПУЗ по трём нозологиям: АГ, ХСН и СД.
2016-2017	Дополнительно в пяти новых регионах (Алматы, Астана, Западно-Казахстанской, Карагандинской и Костанайской областях) в пилотном режиме внедрена ПУЗ.
2018	ПУЗ внедрена повсеместно во всех регионах. В г. Алматы охвачено около 15 из 36 поликлиник во всех районах.

Залог успешной работы – тесное сотрудничество между всеми членами группы и другими специалистами ПМСП. Её состав может различаться в зависимости от нозологии, которую будут курировать специалисты. В среднем, состав команды состоит из 7-10 человек: ВОП, кардиолог либо эндокринолог, медсестра ВОП, медсестра кардиолога либо эндокринолога, реабилитолог, диетолог, специалист ЗОЖ, психолог, социальный работник, субкоординатор. Поликлиники самостоятельно могут набирать нужное количество членов мультидисциплинарной команды.

#### *Управление услугами*

В каждой поликлинике имеется свой субкоординатор ПУЗ в составе мультидисциплинарной команды. Его курирует Региональный координатор, совершающий ежеквартальные визиты в поликлинику для консультирования мультидисциплинарной команды. Координацию работы всех регионов осуществляет Национальный координатор. Региональный координационный комитет является местным организационным органом. Он призван обсуждать, решать возникшие вопросы в мультидисциплинарной команде и организациях ПМСП. Для его функционирования разрабатывается и утверждается график заседаний.

#### *Повышение производительности*

В течение всего 2016 г. ежеквартально проводились обучающие сессии (всего 4 обучающие сессии). В сентябре 2017 г. членам мультидисциплинарных команд из разных регионов страны МЗ РК была организована поездка на родину ПУЗ – в Лондон. Целью поездки были обмен опытом между странами и практическое внедрение полученных знаний.

Координаторы ПУЗ на разных уровнях (местный, региональный и национальный) оказывают постоянную консультативную помощь мультидисциплинарной команде.

В рамках ПУЗ активно используется подход «Спроси-Расскажи-Спроси», который помогает пациентам рассказать, в чем они заинтересованы, и оценить его готовность получить совет или предложения по улучшению/изменению образа жизни.

#### **Вовлечение и укрепление людей, семей и сообществ**

Инициатива ориентирована на людей и ставит их в центр всех решений. Краеугольным камнем в Программе является самоменеджмент пациента. Между пациентом и организацией заключается договор, который предусматривает солидарную ответственность всех участников инициативы. При поликлиниках работают школы здоровья, в которых пациентов обучают принципам оказания помощи самим себе, корректному отношению к собственному здоровью, обеспечивают информационным материалом по улучшению санитарной грамотности, здоровому образу жизни и самообразованию. Далее пациент ведёт дневник самоконтроля, контролируя факторы влияния на его здоровье и изменяя своё поведение. Как следствие – повышается его ответственность за собственное здоровье. Таким образом, Программа даёт возможность пациентам вместе с медицинскими работниками управлять своим заболеванием и предотвращать осложнения, тем самым способствуя развитию пациент-ориентированного подхода.

#### **Факторы, способствующие развитию системы здравоохранения**

Впервые основные положения ПУЗ были изложены в ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг. В качестве целостной программы инициатива представлена в ГПРЗ «Денсаулық» на 2016-2019 гг. Государство активно поддерживает развитие ПУЗ путём проведения обучающих семинаров как с приглашением

зарубежных специалистов, так и финансированием выезда в другие страны отечественных специалистов. По мере развития инициативы издаются и обновляются приказы МЗ РК.

Результаты инициативы всё ещё оцениваются. Ключевые информаторы неформально сообщают об улучшении удовлетворенности услугами как для пациентов, так и для медицинских работников.

#### **Изменения в управлении**

##### **Рамка 2**

#### **Кто были основными участниками? Какова их роль в развитии инициативы?**

- *Президент Республики Казахстан.* Подписал ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг., где впервые была упомянута инициатива и заложена её основа.

- *Министерство здравоохранения.* Главный участник, возглавляющий реализацию инициативы; установил политику в поддержку осуществления программы; помогал в мониторинге и оценке программы.

- *Организации ПМСП по всей республике.* Поликлиники по всему Казахстану активно участвуют во внедрении инициативы.

- *Мультидисциплинарные команды.* Они созданы в каждой поликлинике, участвующей в инициативе. Оптимальное количество членов мультидисциплинарной команды 7-10 человек, каждый из которых выполняет свою персональную роль в ПУЗ.

- *Больные, страдающие ХСН, АГ и СД.* С больными был подписан договор об участии в ПУЗ, согласно которому они неукоснительно соблюдают все права и обязанности, прописанные в нём.

*Инициирование изменений.* Одной из составляющих солидарной ответственности за здоровье стала ПУЗ, в которой пациенты наряду с врачами активно участвуют в поддержании своего здоровья. Инициатива получила поддержку в Государственных программах развития здравоохранения на 2011-2015 гг. и на 2016-2019 гг., в которых была описана концепция ПУЗ.

*Движение вперёд.* Программа управления заболеваниями продолжает своё развитие во всех регионах страны. В планах Управления здравоохранения г. Алматы охватить все поликлиники города. Также планируется ведение больных с другими заболеваниями по данной Программе.

#### **Основные моменты**

- С целью снижения бремени хронических неинфекционных заболеваний в Казахстане была внедрена Программа управления заболеваниями.

- Краеугольным камнем инициативы является солидарная ответственность пациента за своё здоровье и самоменеджмент.

- Реализация ПУЗ основана на следующих подходах к оказанию медицинской помощи: профилактическом, мультидисциплинарном и системном.

#### *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 получили гонорар за статью.

#### **Конфликт интересов**

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

**Таблица 2 – Как система здравоохранения поддержала преобразования в предоставлении услуг здравоохранения?**

Системные факторы	Описание
Стимулы	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Для больных, участвующих в ПУЗ, создан «зелёный коридор» для прохождения комплексного обследования.</li> <li>• Врачи стимулируются дифференциальной оплатой и СКПН по мере достижения определённых результатов.</li> </ul>
Компетенции	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Организации предоставляют ежемесячные отчёты Региональному координатору о проделанной работе в рамках ПУЗ.</li> <li>• Региональный координатор ежеквартально совершает визиты в организации с консультативной и надзорной целями.</li> <li>• Региональный координатор имеет право совершать внеплановые визиты в организации.</li> </ul>
Информация	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Внедрён электронный регистр ПУЗ – это «прозрачная» программа, где информация доступна с учётом уровня авторизации пользователя.</li> <li>• Обмен информацией происходит в «реальном времени».</li> </ul>
Инновации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• РЦРЗ занимается исследованиями и апробированием новых клинических, обслуживающих и управленческих инноваций.</li> <li>• Разработаны мобильные приложения для смартфонов. С помощью них можно решать многие вопросы, не выходя из дома, например, записаться на приём или задать вопрос врачу.</li> </ul>

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1 Feigin V.L., Krishnamurthi R.V., Parmar P. et al. Update on the Global Burden of Ischemic and Hemorrhagic Stroke in 1990-2013: The GBD 2013 Study // *Neuroepidemiology*. – 2015. – Vol. 45(3). – P. 161-176

2 Aringazina A., Kuandikov T., Arkhipov V. Burden of the Cardiovascular Diseases in Central Asia // *Central Asian Journal of Global Health*. – 2018. – Vol. 7, No. 1. DOI 10.5195/cajgh.2018.321[http://cajgh.pitt.edu

3 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы. – Астана, 2015. – С. 30

4 Паспорт программы управления хроническими неинфекционными заболеваниями (ПУЗ). Руководство по внедрению ПУЗ в организациях ПМСП. – Астана, 2016. – С. 1

5 Внедрение программ управления заболеваниями в практическое здравоохранение. Методические рекомендации. – Астана, 2013. – С. 5

6 A step-by-step guide for developing profiles on health services delivery transformations. WHO. 2016. – Vol. 6

7 Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения. – Копенгаген, 2016. – С. 16

8 Lessons from transforming health services delivery: compendium of initiatives in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2016. – P. 5-7

9 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. – Астана, 2010. – С. 20

10 McGlynn E.A., Asch S.M., Adams J. et al. The quality of health care delivered to adults in the United States // *N Engl J Med*. – 2003. – Vol. 348. – P. 2635–2645

11 Андреева И.М., Комарницкая Н.Т. Диспансеризация резервы ее совершенствования. - Киев: Здоровья, 1989. – 197 с.

12 Лисицын Ю.П. Здоровье населения и современные теории медицины. 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1982 - 382 с.

**REFERENCES**

1 Feigin VL, Krishnamurthi RV, Parmar P, et al. Update on the Global Burden of Ischemic and Hemorrhagic Stroke in 1990-2013: The GBD 2013 Study. *Neuroepidemiology*. 2015;45(3):161-76

2 Aringazina A, Kuandikov T, Arkhipov V. Burden of the Cardiovascular Diseases in Central Asia. *Central Asian Journal of Global Health*. 2018;7(1). DOI 10.5195/cajgh.2018.321. http://cajgh.pitt.edu

3 *Gosudarstvennaya programma razvitiya zdavookhraneniya Respubliki Kazakhstan «Densaulyk» na 2016-2019 gody* [The state program of development of health care of the Republic of Kazakhstan "Densaulyk" for 2016-2019]. Astana; 2015. P. 30

4 *Pasport programmy upravleniya khronicheskimi neinfektsionnymi zabolevaniyami (PUZ). Rukovodstvo po vnedreniyu PUZ v organizatsiyakh PMSP* [Passport Management Program for Chronic Non-Communicable Diseases (PSI). Guidelines for the implementation of HSS in primary health care organizations]. Astana; 2016. P. 1

5 *Vnedrenie programm upravleniya zabolevaniyami v prakticheskoe zdavookhranenie. Metodicheskie rekomendatsii* [Implementation of disease management programs in practical health care. Guidelines]. Astana; 2013. P. 5

6 A step-by-step guide for developing profiles on health services delivery transformations. WHO. 2016;6

7 *Ukreplenie sistem zdavookhraneniya, orientirovannykh na nuzhdy lyudey, v Evropeyskom regione VOZ: ramochnaya osnova dlya deystviy po organizatsii integrirovannogo predostavleniya uslug zdavookhraneniya* [Strengthening people-centered health systems in the WHO European Region: a framework for action on integrated health service delivery]. Copenhagen; 2016. P. 16

8 Lessons from transforming health services delivery: compendium of initiatives in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2016;5-7

9 *Gosudarstvennaya programma razvitiya zdavookhraneniya Respubliki Kazakhstan «Salamatty Kazakstan» na 2011-2015 gody* [The state program of development of health care of the Republic of Kazakhstan "Salamatty Kazakhstan" for 2011-2015]. Astana; 2010. P. 20

10 McGlynn EA, Asch SM, Adams J, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med*. 2003;348:2635–45

11 Andreeva IM, Komarnitskaya NT. *Dispanserizatsiya rezervy ee sovershenstvovaniya* [Clinical examination of reserves for its improvement]. Kiev: Health; 1989. P. 197

12 Lisitsyn YuP. *Zdorov'e naseleniya i sovremennye teorii meditsiny. 2-e izd., pererab. i dop* [Public health and modern theories of medicine. 2nd ed., Revised and supplemented]. Moscow: Medicine; 1982 - 382 c.