

Министерство Науки и Высшего Образования Республики Казахстан

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

SDU University

«Допущен (а) к защите»

Зав. кафедрой НАО «КазНМУ им С.Д. Асфендиярова»

PhD, ассоц. профессор _____

«____» _____ 20__ г.

Директор магистерских программ БШ SDU UNIVERSITY

MS, ФИО

«____» _____ 20__ г.

Магистерский проект

на тему: **«Пути и проблемы повышения конкурентоспособности
медицинской отрасли Республики Казахстан»**

по специальности 7М04103– «EMBA Менеджмент в здравоохранении»

Выполнила: Сарсекбаева Ф.М.

Научный руководитель SDU University:

к.э.н., ассоц. профессор Тулегенова Роза Абиловна,

PhD, ассоц. профессор Кожахмет Санат Темірғалыұлы

Научный руководитель КазНМУ:

PhD, профессор Абикулова А.К.

Алматы 2024

АБСТРАКТ

Причины и важность проведенного исследования. В исследовании рассматривается острая необходимость повышения конкурентоспособности медицинской промышленности Казахстана. Учитывая роль здравоохранения в общественном благосостоянии и экономическом развитии, улучшение эффективности медицинского сектора является обязательным условием прогресса страны. Глобализация и технологический прогресс усилили конкуренцию на рынке здравоохранения, что потребовало тщательного изучения факторов, влияющих на конкурентоспособность.

Проблема и цель исследования. Основная проблема связана с проблемами и ограничениями, препятствующими конкурентоспособности медицинской промышленности в Казахстане. К проблемам медицинской отрасли относятся неадекватная инфраструктура, нехватка рабочей силы, нормативные барьеры и неэффективность оказания медицинской помощи. Целью исследования – исследовать детерминанты, влияющие на конкурентоспособность медицинской отрасли Республики Казахстан, и разработать рекомендации по повышению ее конкурентоспособности.

Методология исследования. В методологии исследования используется смешанный подход, сочетающий качественные и количественные методы для всестороннего изучения конкурентоспособности медицинской промышленности. Качественные методы, такие как интервью и фокус-группы, способствуют более глубокому пониманию точек зрения заинтересованных сторон и динамики отрасли. Количественный анализ включает изучение статистических данных и показателей для оценки эффективности медицинского сектора с течением времени. Процесс исследования включает сбор, анализ, интерпретацию данных и формулирование рекомендаций.

Результаты исследования. Результаты исследования подчеркивают несколько ключевых идей относительно конкурентоспособности медицинской отрасли в Казахстане. Идеи включают определение критических факторов успеха, оценку сильных и слабых сторон системы здравоохранения; раскрывают возможности для инноваций, сотрудничества и реформы политики для повышения конкурентоспособности. Результаты исследования предоставляют ценную информацию политикам, администраторам здравоохранения и заинтересованным сторонам отрасли, которые помогут им принимать стратегические решения и повышать эффективность медицинского сектора.

ТҮЙІНДЕМЕ

Зерттеудің себептері мен маңыздылығы. Зерттеу Қазақстанның медицина саласының бәсекеге қабілеттілігін арттырудың өзекті қажеттілігін қарастырады. Қоғамдық әл-ауқат пен экономикалық дамудағы денсаулық сақтаудың ролін ескере отырып, медицина саласының көрсеткіштерін жақсарту елдің ілгерілеуі үшін өте маңызды. Жаһандану және технологиялық прогресс

денсаулық сақтау нарығындағы бәсекелестікті арттырып, бәсекеге қабілеттілікке әсер ететін факторларды мұқият тексеруді қажет етті.

Зерттеу мәселесі мен мақсаты. Негізгі мәселе Қазақстандағы медицина саласының бәсекеге қабілеттілігін тежейтін проблемалар мен шектеулерге байланысты. Медицина өнеркәсібіндегі қиындықтарға инфрақұрылымның жеткіліксіздігі, жұмыс күшінің тапшылығы, реттеуші кедергілер және медициналық көмек көрсетудегі тиімсіздік жатады. Зерттеудің мақсаты – Қазақстан Республикасының медицина саласының бәсекеге қабілеттілігіне әсер ететін детерминанттарды зерттеу және оның бәсекеге қабілеттілігін арттыру бойынша ұсыныстар әзірлеу.

Зерттеу әдістемесі. Зерттеу әдістемесі медицина саласының бәсекеге қабілеттілігін жан-жақты тексеру үшін сапалық және сандық әдістерді біріктіретін аралас әдістерді қолданады. Сұхбат және фокус-топтар сияқты сапалы әдістер мүдделі тараптардың перспективалары мен сала динамикасын тереңірек түсінуге ықпал етеді. Сандық талдау уақыт бойынша денсаулық сақтау секторының жұмысын бағалау үшін статистика мен көрсеткіштерді зерттеуді қамтиды. Зерттеу процесі деректерді жинауды, талдауды, интерпретациялауды және ұсыныстарды тұжырымдауды қамтиды.

Зерттеу нәтижелері. Зерттеу нәтижелері Қазақстандағы медицина саласының бәсекеге қабілеттілігіне қатысты бірнеше негізгі хабарламаларды көрсетеді. Идеяларға сәттіліктің маңызды факторларын анықтау, денсаулық сақтау жүйесінің күшті және әлсіз жақтарын бағалау кіреді; бәсекеге қабілеттілікті арттыру үшін инновация, ынтымақтастық және саясатты реформалау мүмкіндіктерін ашу. Зерттеу нәтижелері саясаткерлерге, денсаулық сақтау әкімшілеріне және салалық мүдделі тараптарға стратегиялық шешімдер қабылдауға және денсаулық сақтау секторының жұмысын жақсартуға көмектесетін құнды ақпарат береді.

ABSTRACT

Reasons and Importance of the Research Conducted. The study addresses the urgent need to enhance the competitiveness of Kazakhstan's medical industry. Given the role of healthcare in public welfare and economic development, improving the efficiency of the medical sector is a mandatory condition for the country's progress. Globalization and technological advancements have intensified competition in the healthcare market, necessitating a thorough examination of the factors influencing competitiveness.

Problem and Aim of the Study. The main issue is related to the problems and constraints hindering the competitiveness of the medical industry in Kazakhstan. The problems of the medical sector include inadequate infrastructure, workforce shortages, regulatory barriers, and inefficiency in healthcare delivery. The aim of the study is to investigate the determinants influencing the competitiveness of the medical industry in the Republic of Kazakhstan and to develop recommendations for enhancing its competitiveness.

Research Methodology. The research methodology employs a mixed approach, combining qualitative and quantitative methods for a comprehensive examination of the competitiveness of the medical industry. Qualitative methods, such as interviews and focus groups, facilitate a deeper understanding of stakeholder perspectives and industry dynamics. Quantitative analysis involves examining statistical data and indicators to assess the performance of the medical sector over time. The research process includes data collection, analysis, interpretation, and formulation of recommendations.

Research Results. The research results highlight several key insights regarding the competitiveness of the medical industry in Kazakhstan. The insights include identifying critical success factors, evaluating the strengths and weaknesses of the healthcare system, and revealing opportunities for innovation, collaboration, and policy reform to enhance competitiveness. The research findings provide valuable information for policymakers, healthcare administrators, and industry stakeholders, helping them make strategic decisions and improve the efficiency of the medical sector.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
СПИСКИ ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ	6
НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	8
ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	10
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	11
ВВЕДЕНИЕ.....	12
1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОТРАСЛИ.....	16
1.1 Концептуальные основы и состояние медицинской отрасли в мировом аспекте.....	16
1.3 Нормативно-правовая база развития конкурентоспособности медицинской отрасли Республики Казахстан	28
2 ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОТРАСЛИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН.....	34
2.1 Анализ социально-экономического развития Республики Казахстан за 2000- 2022 гг.....	34
2.2 Оценка показателей развития и эффективности медицинской отрасли.....	49
3 ПЕРСПЕКТИВЫ ПОВЫШЕНИЯ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОТРАСЛИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН.....	71
3.1 Приоритеты обеспечения развития медицинской отрасли Республики Казахстан.....	71
3.2 Мероприятия по совершенствованию развития системы конкурентоспособности медицинской отрасли	75
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	88
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	91
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	95

СПИСКИ ТАБЛИЦ И РИСУНКОВ

Порядковый номер	Наименование	Страница
Рисунок 1	Направления подходов развития медицинской отрасли Республики Казахстан до 2026 года	30
Рисунок 2	Динамика показателя ВВП Республики Казахстан в млн. тенге, за 2000-2022 гг.	34
Рисунок 3	Динамика показателя численности населения Республики Казахстан в тыс. чел., за 2000-2022 гг.	36
Рисунок 4	Динамика показателя ожидаемой продолжительности жизни населения при рождении Республики Казахстан, за 2000-2022 гг.	37
Рисунок 5	Динамика общего коэффициента рождаемости и смертности (на 1000 человек) в Республике Казахстан, за 2000-2022 гг.	38
Рисунок 6	Динамика коэффициента младенческой смертности и материнской смертности (на 1000 родившихся) в Республике Казахстан, за 2000-2022 гг.	40
Рисунок 7	Динамика естественного прироста населения на 1000 чел. в Республике Казахстан, за 2000-2022 гг.	41
Рисунок 8	Динамика среднедушевых номинальных денежных доходов населения в Республике Казахстан, за 2000-2022 гг., тенге	42
Рисунок 9	Динамика индекса потребительских цен (на конец периода, в % к дек. пред. г.) в Республике Казахстан, за 2000-2022 гг.	44
Рисунок 10	Динамика объема производства промышленной продукции (товаров, услуг) в Республике Казахстан, за 2000-2022 гг., млн. тенге	45
Рисунок 11	Динамика зарегистрированных заболеваний с впервые установленным диапазоном Республике Казахстан за 2018-2022 г.	51
Таблица 1	Влияние участников на конкурентоспособность медицинской отрасли государства	18
Таблица 2	Динамика коэффициентов смертности населения в разрезе регионов Республики Казахстан за 2018-2022 г.	50
Таблица 3	Динамика количества смертности населения среди матерей в разрезе регионов Республики Казахстан за 2018-2022 г., чел.	51
Таблица 4	Динамика коэффициента смертности младенцев (до 1 года) в разрезе регионов Республики Казахстан (на 1000 родившихся) за 2018-2022 г.	52-53

Таблица 5	Динамика коэффициента смертности детей (до 5 лет) в разрезе регионов Республики Казахстан (на 1000 родившихся) за 2018-2022 г.	53-54
Таблица 6	Динамика зарегистрированных заболеваний с впервые установленным диапазоном в разрезе регионов Республики Казахстан за 2018-2022 г.	56-57
Таблица 7	Динамика зарегистрированных заболеваний с впервые установленным диапазоном в Республике Казахстан за 2018-2022 г.	57-58
Таблица 8	Динамика количества больниц в разрезе регионов Республики Казахстан за 2018-2022 г.	59-60
Таблица 9	Динамика количества больничных коек в разрезе регионов Республики Казахстан за 2018-2022 г.	61
Таблица 10	Динамика количества детских больничных коек в разрезе регионов Республики Казахстан за 2018-2022 г.	62-63
Таблица 11	Динамика врачебных организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в разрезе регионов Республики Казахстан за 2018-2022 г.	65
Таблица 12	Динамика количества отделений скорой медицинской помощи в разрезе регионов Республики Казахстан за 2018-2022 г.	66
Таблица 13	Объем розничной торговли фармацевтических товаров в разрезе регионов Республики Казахстан за 2018-2022 г., млн. тенге	68
Таблица 14	Направления развития демографических показателей Республики Казахстан	77
Таблица 15	Направления развития показателей медицинских учреждений Республики Казахстан	78-79
Таблица 16	Направления снижения негативных показателей медицинской отрасли Республики Казахстан	80-81

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем магистерском проекте использованы ссылки на следующие стандарты:

1. Трудовой Кодекс Республики Казахстан от 23.11.2015 №414-в. (ред.от 11.02.2024) [Электронный ресурс]. – URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K1500000414> (дата обращения: 27.02.2023).
2. Закон Республики Казахстан «О государственных закупках» от 04.12.2015 №434-в (ред. от 01.01.2024). [Электронный ресурс]. – URL: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=39737521 (дата обращения: 27.02.2023).
3. Закон Республики Казахстан «О противодействии коррупции» от 18.11.2015 № 410-V (ред. от 01.05.2023) [Электронный ресурс]. – URL: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=33478302 (дата обращения: 27.02.2023).
4. Закон Республики Казахстан от 16.11.2015 № 405-В ЗРК «Об обязательном социальном медицинском страховании». [Электронный ресурс]. – URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1500000405> (дата обращения: 27.02.2023).
5. Кодекс Республики Казахстан «Об административных правонарушениях» от 05.07.2017 №235-в. (ред. от 11.02.2024 г.) [Электронный ресурс]. – URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K1400000235> (дата обращения: 27.02.2023).
6. Кодекс Республики Казахстан от 05.07.2022 № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения» (ред. от 11.02.2024) [Электронный ресурс]. – URL: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=34464437&pos=2;-90#pos=2;-90.
7. Указ Президента Казахстана от 15.06.1995 № 2329 «О медицинском страховании граждан, имущий силу Закона» [Электронный ресурс]. – URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U950002329> (дата обращения: 27.02.2023).
8. Указ Президента Республики Казахстан от 13.10.2004 № 1438 «О Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы». [Электронный ресурс]. – URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U040001438> (дата обращения: 27.02.2023).
9. Указ Президента Республики Казахстан от 16.11.1998 № 4153 «О Государственной программе «Здоровье народа»). [Электронный ресурс]. – URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U980004153> (дата обращения: 27.02.2023).
10. Указ Президента Республики Казахстан от 17.01.2014 № 732 «О Концепции по вхождению Казахстана в число 30 самых развитых государств мира» (ред. от 17.04.2023) [Электронный ресурс]. – URL: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31497816&show_di=1 (дата обращения: 27.02.2023).
11. Указ Президента Республики Казахстан от 29.11.2010 № 1113 «Об утверждении Государственной программы здравоохранения Республики Казахстан «Здоровый Казахстан» на 2011-2015 годы». [Электронный ресурс]. – URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U1000001113> (дата обращения: 27.02.2023).
12. Приказ «Об утверждении надлежащих фармацевтических практик» от 04.02.2021 № ҚР ДСМ-15 (ред. от 03.04.2024 г.) [Электронный ресурс]. – URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100022167> (дата обращения: 27.02.2023).

13. Постановление Правительства Республики Казахстан от 02.06.2007 № 356 «О некоторых вопросах реализации проекта «Строительство 100 школ и 100 больниц на основе государственно-частного партнерства»». [Электронный ресурс]. – URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P070000356> (дата обращения: 27.02.2023).

14. Постановление Правительства Республики Казахстан от 24.11.2022 года № 945 «Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года» [Электронный ресурс]. – URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2200000945#z317> (дата обращения: 27.02.2023).

15. Постановление Правительства Республики Казахстан от 26.12.2019 № 982 «Об утверждении Государственной программы здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы». [Электронный ресурс]. – URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000982> (дата обращения: 27.02.2023).

16. Проект Указа Президента Республики Казахстан «Об утверждении Национального плана развития Республики Казахстан до 2029 года» [Электронный ресурс]. – URL: <https://legalacts.egov.kz/npa/view?id=14924428> (дата обращения: 27.02.2023).

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящем магистерском проекте применяют следующие термины с соответствующими определениями:

Медицинская отрасль – это многогранный сектор, охватывающий различные заинтересованные стороны, в том числе поставщиков медицинских услуг, фармацевтические компании, производителей медицинского оборудования, исследователей, политиков и потребителей.

Конкурентоспособность страны – показатель эффективности использования экономического потенциала страны по сравнению с данным показателем в других странах, а повышение конкурентоспособности – в качестве важнейшей задачи государства.

Общий коэффициент рождаемости – это демографический показатель, который отражает количество живорождений, произошедших в популяции за определенный период, обычно один год, на 1000 человек населения.

Общий коэффициент смертности – это демографический показатель, который представляет собой количество смертей среди населения за определенный период, обычно один год, на 1000 человек населения.

Уровень материнской смертности – это показатель здоровья, который представляет собой количество материнских смертей, связанных с беременностью, родами или послеродовыми осложнениями, на 100 000 живорождений в данном году.

Уровень младенческой смертности – это показатель здоровья, который представляет собой количество смертей младенцев в возрасте до одного года на 1000 живорождений в данном году.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

- Биополис – Центр биомедицинских исследований в Сингапуре.
ВВП – Валовой внутренний продукт (общая стоимость товаров и услуг, произведенных в стране).
ИКТ – информационные и коммуникационные технологии.
КТ – компьютерная томография (метод медицинской визуализации).
КТ – компьютерная томография.
ЛДГ – лактатдегидрогеназа (маркер повреждения тканей).
Лейкоциты – количество лейкоцитов (показатель функции иммунной системы).
МРТ – магнитно-резонансная томография (метод медицинской визуализации).
МРТ – магнитно-резонансная томография.
ОИТ – отделение интенсивной терапии.
ОЭСР – Организация экономического сотрудничества и развития.
СНГ – Содружество Независимых Государств.
СРБ – С-реактивный белок (маркер воспаления).
ЭМК – электронная медицинская карта.
EMR – электронная медицинская карта.
Hb – гемоглобин (белок в эритроцитах).
КРІ – ключевой показатель эффективности.
WMIT – Техно-долина медицинской промышленности Вонджу.
АЛТ – аланинаминотрансфераза (фермент печени).
АСТ – Аспаратаминотрансфераза (фермент печени).

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Республика Казахстан, как и многие другие страны, сталкивается с проблемами в обеспечении равного доступа к высококачественным медицинским услугам, укреплении инфраструктуры здравоохранения и содействию устойчивому развитию медицинского сектора. Изучение возможностей повышения конкурентоспособности медицинской промышленности является обязательным условием достижения целей национального здравоохранения и удовлетворения насущных потребностей общества.

Один из ключевых аспектов темы исследования касается понимания текущего состояния медицинской промышленности в Республике Казахстан и определения областей, где необходимы улучшения. Процесс включает оценку сильных и слабых сторон, возможностей и угроз, с которыми сталкиваются поставщики медицинских услуг, плательщики, регулирующие органы, технологические новаторы и потребители в экосистеме здравоохранения страны.

Для формулировки целевых стратегий повышения конкурентоспособности Республики Казахстан в медицинской отрасли требуется выявление системных проблем, таких как недостаточное финансирование здравоохранения, неравенство в доступе к медицинской помощи, нехватка квалифицированных медицинских работников, устаревшая инфраструктура и неэффективность регулирования.

Актуальность темы исследования подчеркивается потенциалом предоставления действенных идей и рекомендаций для политиков, руководителей здравоохранения и других заинтересованных сторон в Республике Казахстан. Анализируя эмпирические данные и передовой опыт из международного контекста, можно информировать процессы принятия решений и способствовать позитивным изменениям в секторе здравоохранения страны.

Стремление к повышению конкурентоспособности медицинской отрасли Республики Казахстан имеет значение для достижения более широких стратегий государства по укреплению общественного здравоохранения, повышению качества здравоохранения и достижению устойчивого развития.

Проблема исследования сосредоточена на выявлении ключевых факторов, которые препятствуют конкурентоспособности медицинской отрасли в Республике Казахстан, и понимании того, как эти факторы можно устранить для улучшения показателей отрасли и ее положения как внутри страны, так и на международном уровне. Степень изученности темы исследования в рамках проблематик исследования:

– проблематика развития менеджмента в инновационной промышленности, в том числе и медицинской (Р. Э. Герцлингер, Б. Шоу, М. Ли, И. Юн, Г. Х. Рю, Х. С. Бок, К. Юн, Ю. Г. Герцик, И. Н. Омельченко);

– проблематика управления конкурентоспособностью государств (Д. Стреймикиене, Б. Свагздиене, Х. К. Прадо-Прадо, Х. Гарсиа-Арка, Х. Аятоллахи, К. Зерааткар, Е. А. Горбашко, И. А. Максимцева, Н. В. Еремеева);

– проблематика сотрудничества государств в различных аспектах конкурентоспособности (Э. А. Абаку, А. С. Одимарха, Н. А. Диесперова, В. В. Лихолетов, М. В. Мясникович, М. Н. Рыбина, В. О. Исаенко);

– проблематика развития территорий и кластеров государства (Дж. Бальдакино, А. Вивел, И. А. Максимцев, П. Д. Шимко, В. Г. Шубаева, А. А. Угрюмовой, М. В. Савельевой, Е. В. Ерохиной);

– проблематика развития фармацевтической и медицинской деятельности (Дж. П. Гриффин, Дж. Познер, Г. Р. Баркер, Е. Е. Чупандина, Г. Т. Глембоцкая, О. В. Захарова, Л. А. Лобутева, Л. И. Сергеев, Д. Л. Сергеев, А. Л. Юданова, А. В. Мартыненко).

Цель исследования – изучить детерминанты, влияющие на конкурентоспособность медицинской отрасли Республики Казахстан, и разработать рекомендации по повышению ее конкурентоспособности.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

– изучить современные подходы к повышению конкурентоспособности медицинской организации на основе международных и отечественных источников литературы;

– исследовать нормативно-правовую базу, регулиующую развитие конкурентоспособности медицинской отрасли Республики Казахстан, и выявить основные правовые акты и их влияние на отрасль;

– провести анализ социально-экономического развития Республики Казахстан за период с 2000 по 2022 г., для выявления факторов, влияющих на конкурентоспособность медицинской отрасли;

– оценить показатели развития и эффективности медицинской отрасли Республики Казахстан для определения текущего уровня конкурентоспособности и выявления направлений для улучшений;

– определить приоритетные направления для обеспечения развития медицинской отрасли Республики Казахстан на основе анализа текущих и прогнозируемых данных.

– разработать мероприятия по совершенствованию системы конкурентоспособности медицинской отрасли Республики Казахстан, включая предложения по стратегическим и оперативным мерам.

Объектом исследования выступает медицинская отрасль Республики Казахстан, охватывающая все связанные со здравоохранением виды деятельности, объекты и услуги внутри страны.

Предметом исследования – факторы, влияющие на конкурентоспособность медицинской промышленности в Республике Казахстан, включая нормативно-правовую базу, инфраструктуру, кадровый потенциал, технологические достижения и инициативы международного сотрудничества.

Гипотеза исследования заключается в том, что развитие стратегического партнерства с международными лидерами здравоохранения и внедрение инновационных технологий повысят конкурентоспособность медицинской промышленности Республики Казахстан как в региональном, так и в глобальном масштабе.

Исследование имеет как теоретическое, так и практическое значение для сферы управления, и политики здравоохранения. Теоретически исследование способствует пониманию факторов, влияющих на конкурентоспособность медицинской промышленности в конкретных условиях Казахстана. Изучая теоретические основы и анализируя эмпирические данные, исследование проливает свет на сложности систем здравоохранения и их влияние на конкурентоспособность.

С практической точки зрения исследование предлагает полезную информацию для политиков, администраторов здравоохранения и заинтересованных сторон отрасли. Выявляя ключевые факторы конкурентоспособности и намечая стратегии улучшения, исследование дает рекомендации по принятию решений и распределению ресурсов в медицинском секторе. Таким образом, полученные результаты призваны служить основой для политических реформ, инвестиционных инициатив и совместных усилий, направленных на повышение общей конкурентоспособности медицинской промышленности в Казахстане.

Методологическая база исследования. Сравнительный подход используется для оценки относительных достоинств и недостатков различных показателей регионов Республики Казахстан в медицинской отрасли. Сравнительный подход был использован в рамках исследования теоретических концептуальных подходов развития конкурентоспособности медицинской отрасли в международном поле. Основываясь на международном опыте, это включает изучение таких моделей, как абсолютное государственное финансирование и гибридные системы, включающие страхование и бюджетные субсидии. Метод анализа и синтеза используется для формализации поведения системы для последующего анализа. Индуктивные и дедуктивные рассуждения применяются для направления траектории исследования, уточнения полученных результатов и корректировки ранее существовавших математических основ. Макроэкономическое моделирование и эконометрические методы служат основными инструментами, облегчающими оптимальное описание и расчет динамики системы.

Исследование подкреплено обширной информационной базой, полученной от различных организаций, в том числе от Бюро национальной статистики и других. Учитываются нормативно-правовые документы, изданные государственными органами Республики Казахстан, такими как Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Министерство национальной экономики Республики Казахстан, Министерство торговли и интеграции Республики Казахстан. Научная литература из специализированных изданий, материалы медицинских конференций, монографии и другие соответствующие источники, относящиеся к области исследований, составляют информационный корпус. Комплексную структуру данных дополняют информационные и аналитические материалы специализированных изданий.

Научная новизна исследования заключается в комплексном подходе к изучению факторов, влияющих на конкурентоспособность медицинской промышленности Республики Казахстан. В отличие от прошлых исследований,

в работе рассматриваются различные аспекты: от социально-экономических факторов до нормативно-правовой базы и технологических достижений. Используя эмпирический анализ и статистическое моделирование показателей медицинской отрасли в разрезе регионов Республики Казахстан, прогнозируются ключевые показатели, предоставляя ценную информацию политикам и заинтересованным сторонам. В исследовании разрабатываются практические рекомендации, охватывающие финансирование здравоохранения, инфраструктуру, рабочую силу и внедрение технологий, особое внимание уделяется сотрудничеству с международными партнерами и инновациям. Исследование предлагает комплексную дорожную карту для обеспечения устойчивого роста медицинской промышленности Казахстана.

Основные положения, выносимые на защиту:

- уточнены и предложены характеристики влияния участников на конкурентоспособность медицинской отрасли государства;
- составлена ретроспектива развития медицинской отрасли Республики Казахстан;
- на основании нормативно-правовых источников сформированы подходы развития медицинской отрасли Республики Казахстан;
- выявлены проблемы, препятствующие конкурентоспособности медицинской отрасли в Республике Казахстане, включая неадекватную инфраструктуру здравоохранения, неравенство в доступе к здравоохранению, нехватку рабочей силы и недостаточное использование технологий в разрезе регионов;
- согласно составленному статистическому прогнозу до 2028 г. выделены перспективы развития: ожидаемые улучшения и ухудшения в инфраструктуре здравоохранения в рамках основных демографических показателей;
- предложена модель формирования развития конкурентоспособности медицинской отрасли Республики Казахстан на основании мирового опыта и международного сотрудничества.

Структура исследования определяется логикой научного исследования и последовательностью разрешения поставленных задач. Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы и приложений. Общий объем работы составляет 96 страниц.

1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОТРАСЛИ

16.1 Концептуальные основы и состояние медицинской отрасли в мировом аспекте

Конкурентоспособность государства в медицинской отрасли подкрепляется сложным взаимодействием факторов, охватывающих управление здравоохранением, экономику и государственную политику. основополагающим фактором конкурентоспособности является способность государства обеспечить равный доступ к высококачественным медицинским услугам, сочетая при этом финансовую устойчивость и нормативный надзор. Опираясь на такие теории, как институциональная теория и анализ политики здравоохранения, можно характеризовать и объяснить концептуальные основы, формирующие конкурентоспособность государства в медицинской отрасли.

Институциональная теория, как утверждают ДиМаджио и Пауэлл в 1983 г., подчеркивает роль формальных и неформальных институтов в формировании организационного поведения и результатов [1, с. 35]. В медицинской отрасли институциональные факторы, такие как нормативно-правовая база, структуры управления и модели финансирования здравоохранения, оказывают значительное влияние на конкурентоспособность государства. Государства должны умело ориентироваться в институциональной среде, используя механизмы регулирования для продвижения инноваций, повышения качества и сдерживания затрат, одновременно создавая благоприятную среду для поставщиков медицинских услуг и организаций [2].

Анализ политики здравоохранения, сформулированный Уолтом и Гилсоном в 1994г., обеспечивает основу для понимания формулирования, реализации и оценки политики здравоохранения. Конкурентоспособность государства в медицинской отрасли зависит от разработки научно обоснованной политики, направленной на удовлетворение потребностей населения в здравоохранении, обеспечение равенства в доступе к здравоохранению и повышение эффективности и результативности систем оказания медицинской помощи [3, с. 80]. Участвуя в политическом анализе и консультациях с заинтересованными сторонами, субъекты могут разрабатывать политику, которая способствует созданию конкурентной среды в здравоохранении, способствующей инновациям, инвестициям и устойчивому росту [4].

В условиях Республики Казахстан конкурентоспособность государства в медицинской отрасли формируется уникальными контекстуальными факторами и политическими приоритетами. В последние годы система здравоохранения Республики Казахстана претерпела значительные реформы, руководствуясь главной целью улучшения доступа, качества и эффективности медицинской помощи. Государство реализовало политику, направленную на расширение инфраструктуры здравоохранения, улучшение медицинского образования и подготовки, а также продвижение инициатив в области профилактического

здравоохранения. Республика Казахстан уделяет приоритетное внимание развитию механизмов финансирования здравоохранения, включая обязательное медицинское страхование и государственно-частное партнерство, чтобы обеспечить финансовую устойчивость и равный доступ к медицинским услугам.

Путь Республики Казахстан к реформе здравоохранения был длительным и отмечен настойчивыми усилиями по улучшению инфраструктуры здравоохранения. Несмотря на постоянные проблемы, процесс реформ остается динамичным, движимый централизованной структурой управления под руководством президента [5 с. 324]. У разработки политики стоит Министерство здравоохранения, которому поручено разработать и реализовать национальную стратегию здравоохранения. Центральное место в программе реформ Казахстана занимает консолидация финансирования здравоохранения, при этом значительная часть финансирования больниц поступает из национального бюджета. Централизованная модель финансирования распространяется на учреждения первичной медико-санитарной помощи, которые перешли на местное обслуживание, финансируемое из местных бюджетов.

Финансовые потоки в секторе здравоохранения Казахстана исходят из различных источников, включая ассигнования из государственного и местных бюджетов, а также частные платежи граждан. Ассигнования из государственного и местного бюджета преимущественно финансируют гарантированные медицинские услуги и целевые местные программы, охватывающие неотложную помощь, основные амбулаторные и стационарные услуги, а также частичное покрытие неонатальной помощи и специального амбулаторного лечения. Дополняет усилия Базовая программа бесплатной медицинской помощи, ориентированная конкретно на уязвимые группы населения. Правительство стимулирует участие граждан в добровольном медицинском страховании и поддерживает инициативы обязательного страхования, продвигаемые работодателями, тем самым способствуя более широкому использованию профилактической помощи и усилий по профилактике заболеваний [6, с. 70].

Напротив, в Российской Федерации принята многоканальная система финансирования здравоохранения с привлечением бюджетных средств, обязательного медицинского страхования, частного медицинского страхования и индивидуальных выплат из кармана. Подход диверсифицирует потоки ресурсов, создает такие сложности, как повышенные административные расходы и вероятность нерационального распределения ресурсов во время межинституциональных переводов средств. Системой центрального управления управляет Министерство здравоохранения, которому поручено организовать модернизацию системы, разработку программ и координацию между государственными, муниципальными и частными учреждениями здравоохранения [7. С. 178].

В системе государственного здравоохранения России существует широкий спектр медицинских, профилактических и фармацевтических учреждений, а также научно-исследовательских и судебно-медицинских учреждений, созданных в первую очередь по инициативе Министерства здравоохранения. Между тем, муниципальная система здравоохранения включает в себя целый ряд

местных лечебно-профилактических учреждений, фармацевтических предприятий и судебно-медицинских учреждений, при этом финансовая ответственность переложена на местные бюджеты [8, с. 164].

В сфере медицинской отрасли участники взаимодействуют, формируя ландшафт оказания медицинской помощи, разработки политики и регулирования. Влияние участников на конкурентоспособность медицинской отрасли государства представлена в следующей таблице 1.

Таблица 1 - Влияние участников на конкурентоспособность медицинской отрасли государства

Участники	Влияние на конкурентоспособность медицинской отрасли государства
1	2
Поставщики медицинских услуг	Качество оказания медицинской помощи напрямую влияет на результаты лечения и удовлетворенность пациентов.
	Инновации в методах лечения и процедурах повышают репутацию в отрасли и привлекают пациентов.
Плательщики медицинских услуг	Финансовая стабильность и справедливое страхование способствуют доступу к медицинской помощи для всех граждан.
	Эффективное управление использованием оптимизирует распределение ресурсов и контролирует затраты.
Регуляторы здравоохранения	Обеспечение соблюдения стандартов и правил повышает доверие к системе здравоохранения.
	Лицензирование и аккредитация поддерживают стандарты качества и способствуют безопасности пациентов.
Технологии здравоохранения	Достижения в области медицинских технологий стимулируют инновации и повышают эффективность лечения.
	Внедрение решений в области цифрового здравоохранения повышает доступность и удобство для пациентов.
Потребители медицинских услуг	Активное участие в принятии решений по медицинскому обслуживанию способствует удовлетворению и лояльности пациентов.
	Пропаганда доступности и качества медицинской помощи способствует улучшению системы.

Примечание: составлено автором

В медицинской отрасли находятся поставщики медицинских услуг, включая врачей, медсестер, смежных медицинских работников, а также медицинские учреждения, такие как больницы, клиники и учреждения долгосрочного ухода. Заинтересованные стороны оказывают помощь пациентам, применяя клинический опыт и медицинские знания для диагностики, лечения и контроля заболеваний. Согласно теории ухода, ориентированного на пациента, поставщики медицинских услуг определяют приоритетность потребностей и предпочтений пациентов, способствуя отношениям сотрудничества и совместному принятию решений для оптимизации результатов в отношении здоровья [9].

Функционально поставщики медицинских услуг предоставляют широкий спектр клинических услуг, включая первичную медико-санитарную помощь, специализированную помощь, диагностическое тестирование, хирургические процедуры и реабилитационную терапию [10]. Поставщики медицинских услуг сотрудничают с междисциплинарными командами для оценки потребностей пациентов, разработки планов лечения и координации помощи в различных условиях. Поставщики медицинских услуг участвуют в мероприятиях по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, обучая пациентов здоровому поведению, проверяя факторы риска и проводя вакцинацию [11, с. 289].

К плательщикам медицинских услуг относятся организации, ответственные за финансирование медицинских услуг, включая финансируемые государством программы страхования, частные медицинские страховщики, работодатели и отдельные пациенты [12]. Опираясь на теории финансирования здравоохранения и экономику здравоохранения, плательщики ориентируются в сложных финансовых ландшафтах, балансируя между сдерживанием расходов и равным доступом к медицинским услугам [13, с. 31].

С функциональной точки зрения плательщики медицинских услуг играют решающую роль в финансировании медицинских услуг и управлении финансовыми рисками [14]. Плательщики разрабатывают, администрируют и контролируют планы медицинского страхования, определяя критерии покрытия, ставки страховых взносов и политику возмещения. Плательщики заключают контракты с поставщиками медицинских услуг, создают сети предпочтительных поставщиков и выносят решения по претензиям за оказанные услуги [15, с. 34]. Плательщики проводят мероприятия по управлению использованием, такие как предварительное разрешение, ведение дел и анализ использования, чтобы оптимизировать ценность и эффективность расходов на здравоохранение.

Регулирующие органы и государственные учреждения контролируют управление, лицензирование, аккредитацию и обеспечение качества поставщиков медицинских услуг и учреждений. Организации разрабатывают и обеспечивают соблюдение стандартов и правил, направленных на обеспечение безопасности пациентов, обеспечение качества медицинской помощи и укрепление здоровья населения. Согласно теории регулирования, регуляторы здравоохранения действуют в рамках правовых рамок, устанавливая правила, руководящие принципы и механизмы обеспечения соблюдения, которые формируют поведение и результаты отрасли [16].

Функционально регуляторы здравоохранения устанавливают и обеспечивают соблюдение стандартов, политик и правил для обеспечения безопасности, качества и эффективности медицинских услуг. Регуляторы проводят проверки, аудиты и расследования для контроля за соблюдением правовых и этических требований, устраняя нарушения посредством принудительных мер, санкций и наказаний [17]. Регулирующие органы лицензируют медицинских работников, аккредитуют медицинские учреждения и контролируют одобрение и маркетинг медицинской продукции, лекарств и устройств. Регуляторы здравоохранения собирают и анализируют данные здравоохранения для разработки политики, мониторинга тенденций и оценки эффективности системы [18].

Технологические достижения и инновации способствуют прогрессу в медицинской отрасли, меняя качество оказания медицинской помощи, диагностику, методы лечения и результаты лечения пациентов. Производители медицинского оборудования, фармацевтические компании, биотехнологические фирмы и стартапы в области цифрового здравоохранения вносят свой вклад в разработку и внедрение инновационных технологий, методов лечения и вмешательств [15 с. 38]. Опираясь на теории распространения инноваций и внедрения технологий, заинтересованные стороны в области медицинских технологий и инноваций ориентируются в барьерах на пути внедрения, динамике рынка и нормативных требованиях для вывода на рынок новых продуктов и услуг [19].

С функциональной точки зрения технологии и инновации в сфере здравоохранения способствуют развитию медицинской диагностики, лечения и процедур, улучшая результаты лечения пациентов и повышая эффективность оказания медицинской помощи [20]. Разработчики технологий проектируют и производят медицинские устройства, оборудование, программное обеспечение и фармацевтические препараты, проводят исследования и разработки для создания инновационных продуктов и методов лечения. Разработчики технологий сотрудничают с поставщиками медицинских услуг и исследователями для оценки технологий, проведения клинических испытаний и интеграции инноваций в клиническую практику [21, с. 187]. Технологии и инновации позволяют принимать решения на основе данных, персонализировать медицину и телемедицинские решения, расширяя доступ к медицинской помощи и улучшая работу системы здравоохранения.

В основе медицинской отрасли лежат потребители медицинских услуг, включая пациентов, семьи, лиц, осуществляющих уход, и местные сообщества. Заинтересованные стороны играют роль в принятии решений в области здравоохранения, ищут информацию, участвуют в принятии решений о лечении и отстаивают свои потребности в области здравоохранения [22]. Согласно теории вовлечения пациентов, потребители медицинских услуг получают возможность играть активную роль в их уходе, стимулируя спрос на услуги, ориентированные на пациента, прозрачность и совместное принятие решений.

Функционально потребители медицинских услуг активно участвуют в оказании медицинской помощи, ища информацию, принимая решения и

взаимодействуя с поставщиками медицинских услуг и услугами. Потребители сообщают поставщикам услуг о проблемах со здоровьем, предпочтениях и целях, участвуя в общих процессах принятия решений для разработки индивидуальных планов ухода. Потребители отстаивают потребности, права и интересы в отношении здоровья, повышая осведомленность о проблемах здоровья, повышая медицинскую грамотность и участвуя в организациях по защите интересов пациентов. Посредством мероприятий по самоконтролю и укреплению здоровья потребители предпринимают активные шаги для поддержания и улучшения здоровья, снижая болезни и сокращая использование медицинских услуг [23].

Посредством применения концептуальных основ, таких как забота, ориентированная на пациента, финансирование здравоохранения, теория регулирования, распространение инноваций и вовлечение пациентов, заинтересованные стороны медицинской отрасли ориентируются в сложной динамике, проблемах и возможностях для продвижения предоставления высококачественных, доступных, и уход, ориентированный на пациента. Понимая роли и взаимодействие этих участников, политики, руководители здравоохранения и практики могут эффективно сотрудничать для решения системных проблем и содействия положительным результатам в отношении здоровья отдельных лиц и групп населения.

Основные этапы развития системы здравоохранения Республики Казахстан, определяются в исследовании А. К. Тургамбаева, С. Е. Ибраев, О. С. Ескендилов [24, с. 15]:

За период с 1991 по 1994 г. советская модель здравоохранения претерпела значительное развитие, ознаменовавшееся сокращением числа организаций здравоохранения и последующим снижением доступности и качества медицинской помощи, оказываемой населению. На этом этапе в 1992 году была принята первая концептуальная основа реформы здравоохранения.

С 1995 по 1998 г., произошел сдвиг в сторону реализации модели бюджетного страхования здравоохранения, что способствовало возникновению рыночных отношений внутри отрасли. В период была введена дифференцированная заработная плата в зависимости от объема и качества оказанной медицинской помощи, а принят первый закон об обязательном медицинском страховании в 1996 г. [25].

В период с 1998 по 2004 год Республика Казахстан приступила к реализации государственной программы «Здоровье народа», в которой приоритетное финансирование программы осуществлялось на бюджетной основе [26]. Целью инициативы является совершенствование систем управления здравоохранением, перевод системы здравоохранения в многоуровневую структуру, реформирование финансирования здравоохранения и экономических отношений, улучшение подготовки медицинских кадров, укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, создание конкурентной среды. в сфере оказания медицинских услуг. В этапе особое внимание уделялось достижению оптимальных результатов, соразмерных выделенным ресурсам.

С 2005 по 2010 г., стал годом реализации государственной программы реформирования и развития здравоохранения в Казахстане. Заслуживающие внимания инициативы включали создание новых финансовых механизмов управления здравоохранением, создание единой национальной системы плательщиков, внедрение стандартизированных протоколов диагностики и лечения заболеваний, внедрение отраслевых и независимых систем оценки качества, продвижение телемедицины и мобильной связи. медицинские услуги, особенно в сельской местности. Были достигнуты успехи в финансировании здравоохранения: расходы на здравоохранение впервые в 2010 году достигли 3,2% ВВП [27].

В 2008–2011 годах усилия были сосредоточены на укреплении материально-технической базы здравоохранения посредством таких инициатив, как инвестиционный проект «Строительство 100 школ, 100 больниц» [28]. Для содействия строительству медицинских учреждений и обеспечению оборудованием было введено государственно-частное партнерство.

С 2011 по 2015 годы, была реализована государственная программа развития здравоохранения «Здоровый Казахстан», направленная на укрепление здоровья граждан, содействие устойчивому социально-демографическому развитию, создание конкурентной среды в сфере здравоохранения [29]. Ключевыми моментами стали создание Единой национальной системы здравоохранения, рационализация использования ресурсов здравоохранения и введение стимулирующей системы оплаты труда медицинских работников.

Этап 2015–2019 гг. характеризовались подготовительным этапом внедрения обязательного социального медицинского страхования (ОСМС), завершившимся принятием законодательства об обязательном социальном медицинском страховании [26]. На этапе значительные усилия были направлены на совершенствование нормативной базы и информационных систем здравоохранения, наряду с инициативами по работе с общественностью. В дальнейшем, с 2016 по 2019 г., акцент сместился в сторону развития цифровизации здравоохранения, принятия новой модели гарантированного объема медицинской помощи, постепенного перехода к безбумажному, цифровому ведению медицинской документации. Кроме того, были приняты меры по повышению заработной платы медицинских работников и интеграции медицинских услуг с потребностями населения.

В период с 2020 по 2025 год концепция развития здравоохранения трансформировалась в национальный проект «Здоровая нация» [30]. Этап ознаменовал внедрение и совершенствование системы обязательного медицинского страхования, принятие нового законодательства по улучшению здоровья населения, согласованную работу по борьбе с пандемией коронавируса.

Инициативы отражают продолжающиеся усилия по дальнейшему развитию и совершенствованию системы здравоохранения Казахстана, обеспечивая ее дальнейшее развитие в соответствии с национальными приоритетами и целями здравоохранения.

Таким образом, Республика Казахстан продолжает продвигаться по пути реформы здравоохранения, конкурентоспособность государства в медицинской

отрасли будет зависеть от его способности решать постоянные проблемы, такие как нехватка медицинских кадров, пробелы в инфраструктуре и неравенство в доступе к здравоохранению между городскими и сельскими районами. Используя научно обоснованные политические подходы, используя технологические инновации и способствуя сотрудничеству между заинтересованными сторонами, Республика Казахстан может повысить свою конкурентоспособность на мировой арене медицинской промышленности, в конечном итоге улучшая здоровье и благополучие своего населения.

В глобальном контексте обеспечение конкуренции в системах здравоохранения представляет ситуацию, характеризующуюся меняющимися тенденциями и постоянными проблемами. Одним из ключевых аспектов в этой области является отсутствие стандартизированных критериев оценки, проблема, которая выходит за рамки национальных границ и подчеркивает сложность оценки эффективности системы здравоохранения. Отсутствие единообразия проистекает из разнообразных экономических, политических, социокультурных, исторических и этических влияний, формирующих модели здравоохранения во всем мире [31].

Важнейшим наблюдением является разнообразие подходов, принятых странами в ответ на эти многогранные влияния. Во всем мире страны используют различные модели здравоохранения, адаптированные к их конкретному контексту и потребностям общества. Примеров множество: от либеральной медицинской системы в США до системы корпоративного здравоохранения в Японии и социал-демократического подхода, преобладающего в скандинавских странах.

Среди всего разнообразия вырисовывается заметная тенденция: усиление влияния рыночных механизмов наряду с усилением государственного контроля. Глобалистский сдвиг проявляется в различных стратегиях, включая широкое внедрение финансирования на основе страхования, инициативы, направленные на повышение профессионального развития среди поставщиков медицинских услуг, меры по стимулированию конкуренции, расширение доступа к медицинской помощи, а также принятие международных стандартов лечения и обеспечения качества.

Центральное место в понимании глобальной конкуренции в сфере здравоохранения занимает классификация систем здравоохранения на основе таких ключевых характеристик, как распределение финансовых ресурсов, механизмы контроля качества, модели предоставления услуг и стимулы для медицинских работников. Известные модели включают финансируемую государством модель Бевериджа, модель Бисмарка, основанную на страховании, модель Семашко, сочетающую государственное финансирование с модификациями, подход приватизированного здравоохранения [32, с. 364].

Среди моделей лежит общий императив: необходимость эффективной конкуренции для стимулирования инноваций, эффективности и улучшения качества оказания медицинской помощи. Достижение этого требует всестороннего анализа международных систем здравоохранения, охватывающего различные механизмы финансирования и взаимодействие

между государственными и частными медицинскими учреждениями. Ключевые соображения включают роль государства в обеспечении здравоохранения, динамику поставщиков медицинских услуг и механизмы мобилизации финансовых ресурсов [33].

Исследование отдает приоритет изучению стран с разнообразными системами финансирования здравоохранения и социальными подходами к медицинской промышленности. Основное внимание уделяется сравнению Канады и Великобритании, которые полагаются на финансирование налогоплательщиков как на общий механизм финансирования [8, с. 67].

В Канаде оказание медицинской помощи в основном децентрализовано в пределах провинциальных территориальных единиц, а частные поставщики услуг работают в рамках регулируемой структуры. Региональные органы здравоохранения играют ключевую роль в планировании и предоставлении услуг, финансируемых государством, при этом федеральное финансирование поддерживает провинциальные программы по лекарственным средствам при условии соблюдения строгих критериев, изложенных в Законе о здравоохранении Канады 1985 года [34, с. 139].

В Великобритании Национальная служба здравоохранения (NHS) воплощает централизованный подход к обеспечению здравоохранения, предлагая комплексные и общедоступные услуги, финансируемые за счет налогообложения. Несмотря на различия в организационных структурах и механизмах финансирования, обе страны сталкиваются с одинаковыми проблемами, связанными с конкуренцией, обеспечением качества и равным доступом к медицинским услугам. В 2023 г. Великобритания столкнулась с резким замедлением темпов экономического роста, что во многом связано со снижением темпов инноваций и конкурентоспособности ключевых секторов экономики. Особую обеспокоенность вызывает неопределенность вокруг регулирования медицинского оборудования в Великобритании после Брексита, включая проблемы, связанные с нормативной практикой ЕС и опытом обработки нормативных заявок. Рекомендации Д. Мура-младшего и Ю. Кутлу включают улучшение нормативной среды путем завершения перехода после Брексита для Агентства по регулированию лекарственных средств и товаров медицинского назначения (регулирующего органа Великобритании) и уточнения ускоренного маршрута устройств, одобренных США, ЕС и Японией. Рекомендации авторов включают увеличение специального финансирования медицинских технологий, создание курсов, включающих нормативное обучение в соответствующих областях технологий, а также совершенствование политики и процедур передачи технологий, чтобы филиалы университетов были хорошо подготовлены к успеху [35].

ЕС является крупнейшим торговцем фармацевтической продукцией, но с течением времени наблюдается тревожная тенденция: неэффективный экспорт в секторах с интенсивным использованием интеллектуальной собственности, включая фармацевтику. Особенно актуально для торговли с крупными развивающимися рынками, такими как Бразилия, Индия и Южная Африка. Ухудшение показателей экспорта фармацевтической продукции отчасти

является следствием ухудшения политических условий на этих рынках и пренебрежения ЕС торговой политикой для решения этих проблем. У ЕС есть широкие возможности для поддержки своих секторов с интенсивным использованием ИС – например, в рамках продолжающихся переговоров по Соглашению о свободной торговле между ЕС и Индией (FTA) и Соглашению о защите инвестиций (IPA) – но, опять же, это сигнал о том, что любое значимое решение по ИС может быть достигнуто [36].

Система здравоохранения Сингапура воплощает в себе уникальный подход к финансированию, основанный на принципах индивидуальной ответственности и доступности здравоохранения для всех граждан. Система поддерживается за счет сочетания государственных субсидий, многоуровневых схем финансирования здравоохранения и частных сбережений, управляемых на национальном уровне. Правительство Сингапура распределяет капитальные расходы на здравоохранение в рамках своего годового бюджета.

В основе системы здравоохранения Сингапура лежит многоуровневый механизм, призванный обеспечить всесторонний охват населения. Первый уровень включает обязательные государственные субсидии, покрывающие до 80% затрат на услуги, оказываемые в государственных больницах и поликлиниках первичного звена. Дополняют это схемы «3Ms» – Medisave, MediShield и Medifund, – которые служат программами сбережений и страхования, имеющими решающее значение для защиты здоровья и благополучия населения [36].

Сингапур осуществляет строгий контроль над количеством студентов-медиков и практикующих врачей, обеспечивая высококвалифицированную рабочую силу и конкурентоспособную заработную плату. Хотя некоторые данные о медицинском персонале и лицензировании не разглашаются публично, Сингапур поддерживает достойный уровень качества медицинских услуг для своих граждан при скромных расходах, составляющих примерно 4,9% ВВП.

В отличие от подхода Сингапура, система здравоохранения Израиля характеризуется всесторонним государственным надзором через Министерство здравоохранения. Правительство берет на себя ответственность за здоровье населения и контролирует работу системы здравоохранения, включая регулирование страховщиков и поставщиков медицинских услуг. Правительство управляет значительной сетью центров здоровья матери и ребенка, значительной частью больниц неотложной помощи и психиатрических коек, активно участвует в различных инициативах в области общественного здравоохранения [36].

С 1995 года Израиль ввел обязательное национальное медицинское страхование (NHI), гарантируя полный охват своего населения. Помимо финансирования страхования, правительство выделяет ресурсы на здравоохранение, борьбу с болезнями, скрининг и профилактику. Более того, правительство Израиля активно регулирует ключевых заинтересованных сторон в системе здравоохранения, включая планы здравоохранения, больницы и медицинских работников, для поддержания финансовой честности и стандартов качества [35].

Таким образом, понимание динамики конкуренции в глобальных системах здравоохранения требует детального изучения различных моделей, тенденций и проблем. Изучая такие ключевые примеры, как Канада и Великобритания, можно получить информацию для обоснования стратегий, направленных на содействие конкуренции, инновациям и повышению качества оказания медицинской помощи в глобальном масштабе.

Анализ мировой практики управления здравоохранением предоставляет информацию о различных моделях, используемых во всем мире. В государственных системах здравоохранения появляется несколько характерных особенностей, каждая из которых отражает различные подходы к управлению и распределению ресурсов. Опираясь на теоретические основы управления здравоохранением, дополнить характеристику особенностей:

Планирование в государственных системах здравоохранения происходит на нескольких уровнях, охватывая как региональные, так и центральные уровни управления. Процесс часто руководствуется принципами стратегического управления, где всеобъемлющие цели преобразуются в практические планы на каждом уровне. Иерархический характер планирования обеспечивает соответствие более широким национальным целям здравоохранения, способствуя последовательности и эффективности использования ресурсов.

Формирование бюджета в здравоохранении во многом зависит от прямого налогообложения – механизма, основанного на принципах налогово-бюджетной политики и государственных финансов. Централизованное финансовое управление позволяет эффективно объединять и распределять ресурсы, позволяя правительствам финансировать основные медицинские услуги, обеспечивая при этом финансовую устойчивость. Подход подкреплен бюджетными теориями, которые подчеркивают важность разумного финансового планирования и распределения ресурсов для достижения организационных целей [37].

Механизмы контроля качества в государственных системах здравоохранения обычно находятся в ведении государственных органов, основанных на принципах управления качеством. Механизмы охватывают различные стратегии, такие как аккредитация, лицензирование и оценка эффективности, и все они направлены на обеспечение безопасного, эффективного и ориентированного на пациента ухода. Теоретические основы, такие как всеобщее управление качеством (TQM) и непрерывное улучшение качества (CQI), обеспечивают концептуальную основу для этих практик, подчеркивая важность систематических подходов к повышению качества.

Основной целью государственных систем здравоохранения является достижение всеобщего доступа к медицинским услугам, отражающего принципы равноправия и социальной справедливости. Цель согласуется с теоретическими перспективами, такими как социальные детерминанты здоровья и системы справедливости в отношении здоровья, которые подчеркивают важность устранения неравенства в доступе к медицинской помощи и ее результатах. Отдавая приоритет нуждам населения в здравоохранении, управляемые государством системы стремятся способствовать справедливости и инклюзивности в сфере оказания медицинской помощи [38].

Несмотря на эти сильные стороны, государственные системы здравоохранения сталкиваются с рядом проблем, корнящихся в теоретических концепциях организационного поведения и государственного управления. Ограниченные стимулы для профессионального развития и повышения эффективности среди практикующих врачей могут препятствовать эффективности и инновациям. Централизованный бюджетный контроль может также ограничить автономию учреждений здравоохранения, препятствуя их способности гибко реагировать на местные потребности и приоритеты [39].

В государственном секторе здравоохранения вырисовывается несколько проблем, в частности, отсутствие стимулов для профессионального развития практикующих врачей и централизованное определение расходов отрасли, что ограничивает автономию медицинских учреждений:

1. Обязательное медицинское страхование обеспечивает широкий доступ к медицинским услугам, однако некоторые маргинализованные группы могут столкнуться с препятствиями без страховки, что подчеркивает обеспокоенность по поводу равной доступности. Кроме того, содержание многочисленных больниц без стратегической реформы создает непосильное финансовое бремя.

2. Баланс финансовой ответственности между государством и страховым сектором необходим для устойчивости и справедливости в финансировании здравоохранения.

3. Выбор страховых компаний расширяет возможности пациентов и стимулирует медицинские учреждения повышать качество обслуживания для привлечения клиентов. Подход может упускать из виду пациентов, нуждающихся в длительном уходе по поводу хронических заболеваний, или маргинализованных групп, подвергающихся риску исключения.

4. Существует риск роста стоимости медицинских услуг в рамках моделей частного страхования, что потенциально может поставить под угрозу принцип солидарности, когда более состоятельные люди субсидируют здравоохранение для других.

5. Регулирующий надзор со стороны государства имеет решающее значение для поддержания стандартов медицинского персонала, санитарии и профилактических мер, обеспечения справедливого взаимодействия со страховщиками посредством надежной правовой базы.

В частных системах здравоохранения:

1. Острая конкуренция может привести к увеличению стоимости медицинских услуг, поскольку учреждения отдают приоритет получению доходов на основе объема и качества услуг.

2. Высокие затраты могут стимулировать переход к профилактическому здравоохранению, но доступ остается стратифицированным из-за финансовых барьеров, что непропорционально влияет на маргинализованные группы населения.

3. Территориальное распределение услуг остается автономным, что потенциально усугубляет неравенство в доступе к здравоохранению между регионами.

4. Может возникнуть избыточное предложение медицинских услуг, вызванное стремлением получить прибыль, что приведет к ненужным вмешательствам и нерациональному использованию ресурсов.

Выбор оптимальной системы управления требует детального подхода, соответствующего потребностям населения. Эмуляция гибридной модели Сингапура представляет собой жизнеспособный вариант, хотя и при условии строгого финансового контроля для предотвращения неэффективного управления фондами. Усилия по реформе должны преодолеть нормативные препятствия и рационализировать административные процессы, чтобы оптимизировать использование ресурсов и минимизировать неэффективность. В конечном счете, информированная стратегия реформ необходима для создания конкурентоспособной и справедливой глобальной системы здравоохранения.

1.3 Нормативно-правовая база развития конкурентоспособности медицинской отрасли Республики Казахстан

Республика Казахстан находится на тренде экономического развития и развития здравоохранения, уделяя внимание повышению конкурентоспособности медицинской отрасли. Надежная нормативно-правовая база имеет основополагающую структуру для создания условий, способствующих инновациям, обеспечению качества и устойчивому росту в секторе здравоохранения.

Указ Президента Республики Казахстан от 17 января 2014 года № 732 «О Концепции по вхождению Казахстана в число 30 самых развитых государств мира» указывает этап вторичной модернизации, где на первое место выходит повышение качества жизни, обусловленное эффективной системой здравоохранения, более высокой продолжительностью жизни, качественным образованием, эффективными и прозрачными институтами, распространенностью информационных технологий [40].

Проект Указа Президента Республики Казахстан «Об утверждении Национального плана развития Республики Казахстан до 2029 года» указывает регуляторные инициативы будут направлены на повышение качества медицинских услуг и улучшение доступности лекарств [41]. Инициативы включают внедрение надежных механизмов регулирования для обеспечения безопасности, эффективности и доступности продуктов и услуг здравоохранения. Реализация среднесрочных целей в области охраны здоровья населения предусматривает переход от традиционной системы здравоохранения к пациенто-центричной медицине, ориентированной на улучшение показателей здоровья граждан, от неравенства в качестве медицинского обслуживания между городскими и сельскими населенными пунктами к повсеместному оказанию качественных медицинских услуг.

Постановление Правительства Республики Казахстан от 24 ноября 2022 года № 945 «Об утверждении Концепции развития здравоохранения» Республики Казахстан до 2026 года» выделяет проблемы медицинской отрасли и излагают цели, которые необходимо достичь к 2029 году, при этом направление

в области здравоохранения – улучшению общего состояния здоровья населения и увеличению средней продолжительности жизни до 76,3 года. Цель требует комплексной модернизации системы здравоохранения с особым упором на увеличение финансирования отрасли до 5,0% ВВП [42].

1. Существует фрагментированный подход к планированию, проектированию, строительству и обслуживанию инфраструктуры здравоохранения, что включает неадекватный учет и мониторинг состояния инфраструктуры, что приводит к неэффективности ее содержания и развития.

2. Устойчивая модель развития инфраструктуры здравоохранения отсутствует, особенно в части вовлечения бизнеса в инвестиционные проекты, что препятствует долгосрочному планированию и способности эффективно удовлетворять растущие потребности здравоохранения.

3. Чрезмерная зависимость от импортных медицинских товаров. Казахстан сталкивается со значительной зависимостью от импортных лекарств и изделий медицинского назначения, на долю которых приходится более 75% поставок. Зависимость создает риски для доступности и доступности здравоохранения, особенно во время перебоев в поставках.

4. Недостаточные высокотехнологичные испытательные мощности. Отсутствие высокотехнологичной испытательной лаборатории медицинского оборудования подрывает меры контроля и обеспечения качества, потенциально ставя под угрозу безопасность пациентов и эффективность оказания медицинской помощи.

5. Проблемы с инфраструктурой дистрибуции. У единственного дистрибьютора отсутствуют выделенные склады для хранения лекарств и изделий медицинского назначения, что влияет на эффективность и надежность каналов сбыта. Неэффективность может привести к задержкам в управлении цепочками поставок и проблемам с доступностью.

6. Механизмы приватизации объектов здравоохранения в частную собственность, включая доверительное управление с последующим выкупом, несовершенны. Это создает препятствия для оптимизации распределения ресурсов и повышения качества и доступности медицинских услуг за счет участия частного сектора.

Концепция устанавливаются подходы к развитию отрасли (рисунок 1).



Рисунок 1 – Направления подходов развития медицинской отрасли Республики Казахстан до 2026 года

Примечание: составлено автором, источник [42]

Концепция повышения конкурентоспособности медицинской отрасли Казахстана включает в себя многогранные стратегии в различных областях. Во-первых, приоритетом является укрепление здоровья и профилактика заболеваний путем пропаганды здорового образа жизни и смягчения поведенческих факторов риска, таких как употребление табака и алкоголя. Усилия направлены на повышение медицинской грамотности и экологического контроля для снижения бремени неинфекционных заболеваний (НИЗ) и обеспечения благополучия населения.

В сфере организации здравоохранения в Концепции особое внимание уделяется совершенствованию первичной медико-санитарной помощи, особенно в сельской местности, расширению и модернизации медицинских учреждений. Интеграция новых технологий диагностики и лечения в сочетании с акцентом на повышение качества и эффективности с помощью цифровой инфраструктуры здравоохранения составляет ключевую часть подхода.

Внимание направлено на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия путем создания национальной системы биологической безопасности и модернизации санитарно-эпидемиологической службы. Компонентами Концепции являются усиление кадрового потенциала путем непрерывного профессионального развития и правовой защиты медицинских кадров, развитие медицинских вузов как центров инноваций.

Развитие фармацевтической промышленности также является приоритетом с целью улучшения управления цепочкой поставок лекарств, увеличения внутреннего производства и привлечения инвестиций. Аналогичным

образом, усилия направлены на развитие медицинской и фармацевтической науки, включая развитие человеческих ресурсов и применение научных достижений в здравоохранении.

В аспекте финансирования Концепция ориентирована на увеличение охвата и доступности медицинских услуг, оптимизацию обязательного медицинского страхования, а также определение приоритетности финансирования ключевых направлений здравоохранения. Подходы в совокупности направлены на повышение конкурентоспособности медицинской промышленности Республики Казахстан путем стимулирования инноваций, улучшения оказания медицинской помощи и обеспечения благосостояния населения.

Нормативные акты, такие как Трудовой кодекс, Кодекс об административных правонарушениях, Закон о государственных закупках и Закон о противодействии коррупции, играют роль в формировании конкурентоспособности медицинской отрасли Республики Казахстан:

Трудовой кодекс Республики Казахстан устанавливает правовую основу, регулирующую трудовые отношения, трудовые договоры, условия труда, права и обязанности работников медицинской отрасли [43]. Обеспечивая справедливую трудовую практику, безопасность труда и защиту прав работников, Трудовой кодекс способствует созданию благоприятных условий для привлечения и удержания квалифицированных медицинских работников. Хорошо регулируемый рынок труда способствует стабильности, производительности и инновациям в организациях здравоохранения, повышая их конкурентоспособность в предоставлении качественных медицинских услуг.

В Кодексе Республики Казахстан «Об административных правонарушениях» определены административные правонарушения и меры наказания, применяемые за нарушения нормативных требований в медицинской отрасли [44]. Обеспечивая соблюдение правил, касающихся лицензирования здравоохранения, стандартов медицинского обслуживания, прав пациентов и управления медицинскими учреждениями, этот кодекс помогает поддерживать честность, подотчетность и профессионализм в отрасли. Эффективное применение административных санкций обеспечивает равные условия игры, препятствует неэтичным практикам и вселяет общественное доверие, тем самым повышая конкурентоспособность медицинских организаций, соответствующих требованиям.

Закон Республики Казахстан «О государственных закупках» регулирует процесс закупок товаров, работ и услуг, в том числе связанных с медицинским оборудованием, расходными материалами и услугами [45]. Обеспечивая прозрачность, эффективность и справедливость в практике государственных закупок, этот закон способствует конкуренции между поставщиками, поощряет принятие экономически эффективных решений о закупках и защищает от коррупции и фаворитизма. Конкурентная среда закупок стимулирует инновации, способствует разнообразию поставщиков и обеспечивает доступность высококачественных продуктов и услуг по конкурентоспособным ценам, тем самым повышая конкурентоспособность медицинской отрасли.

Закон Республики Казахстан «О противодействии коррупции». Целью данного закона является предотвращение и борьба с коррупцией во всех отраслях, включая здравоохранение [46]. Устанавливая правовые механизмы для выявления, расследования и преследования коррупционных действий, таких как взяточничество, растраты и злоупотребление властью, этот закон защищает целостность учреждений здравоохранения и доверие общества к системе здравоохранения. Среда, свободная от коррупции, способствует справедливой конкуренции, эффективно распределяет ресурсы и способствует инвестициям в инфраструктуру и услуги здравоохранения, что в конечном итоге повышает конкурентоспособность и устойчивость медицинской промышленности.

В основе нормативной базы лежит приверженность соблюдению строгих стандартов качества в медицинской отрасли. Процессы аккредитации, проводимые Центром аккредитации по качеству в здравоохранении, служат ориентиром для поставщиков медицинских услуг, поощряя соблюдение лучших практик и постоянное совершенствование. Обеспечивая соответствие медицинских учреждений установленным стандартам безопасности, эффективности и ухода за пациентами, Республика Казахстан создает среду, способствующую укреплению доверия между потребителями и заинтересованными сторонами.

Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» устанавливает основополагающие принципы и положения, регулирующие систему здравоохранения в Казахстане. Кодекс охватывает аспекты, в том числе организацию здравоохранения, предоставление медицинских услуг, финансирование здравоохранения, фармацевтические препараты, медицинские изделия и права пациентов, регулирует производство, распространение, реализацию и использование фармацевтической продукции в Казахстане. Он устанавливает требования к регистрации, контролю качества, ценообразованию, рекламе и фармаконадзору лекарственных средств для обеспечения их безопасности, эффективности и качества [29].

Приказ «Об утверждении надлежащих фармацевтических практик» устанавливает стандарты [47]:

Стандарт надлежащей лабораторной практики (GLP) согласно приложению 1 к приказу;

Стандарт надлежащей клинической практики (GCP) согласно приложению 2 к приказу;

Стандарт надлежащей производственной практики (GMP) согласно приложению 3 к приказу;

Стандарт надлежащей дистрибьюторской практики (GDP) согласно приложению 4 к приказу;

Стандарт надлежащей аптечной практики (GPP) согласно приложению 5 к настоящему приказу;

Стандарт надлежащей практики фармаконадзора (GVP) согласно приложению 6 к приказу.

Приказ устанавливает стандарты и руководящие принципы для производства, хранения, распределения и контроля качества фармацевтической

продукции в Казахстане., определяет требования надлежащей клинической практики. В нем изложены требования к помещениям, оборудованию, персоналу, документации и процессам для обеспечения стабильного производства безопасных и высококачественных лекарственных средств.

Приказ устанавливает стандарты и требования к хранению, транспортировке и распространению фармацевтической продукции в Казахстане. Приказ охватывает аспекты, как условия хранения, транспортную логистику, контроль температуры, упаковку, маркировку и отслеживание, чтобы предотвратить порчу продукта и обеспечить целостность продукта на протяжении всей цепочки поставок.

Нормативные правовые акты составляют основу нормативно-правовой базы, регулирующей фармацевтическую отрасль и отрасль медицинского оборудования в Казахстане. Регулирующие органы стремятся обеспечить качество, безопасность, эффективность, доступность и доступность медицинских продуктов и услуг, одновременно продвигая инновации, конкурентоспособность и соответствие международным стандартам и передовому опыту.

Облегчение доступа к рынкам и содействие здоровой конкуренции являются элементом структуры нормативного подхода Казахстана. Прозрачные процедуры лицензирования и разрешения регулирующих органов гарантируют, что отечественные и иностранные предприятия смогут эффективно ориентироваться на рынке. Антимонопольное законодательство предотвращает рыночные искажения и поощряет честную конкуренцию, стимулируя инновации и доступность продуктов и услуг здравоохранения. Стратегическое партнерство с международными организациями и участие в региональных торговых соглашениях открывают возможности для трансграничного сотрудничества и расширения рынка.

2 ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОТРАСЛИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

2.1 Анализ социально-экономического развития Республики Казахстан за 2000-2022 гг.

Медицинская отрасль в Республике Казахстан коррелирует с большим количеством социально-экономических показателей, которые отражают координацию между предоставлением медицинских услуг и социально-экономическим развитием. Показатели, охватывающие спектр жизненных параметров, оказывают влияние на динамику и траекторию развития медицинского сектора.

На рис. 2 представлена динамика ВВП Республики Казахстан за период с 2000 по 2022 гг.

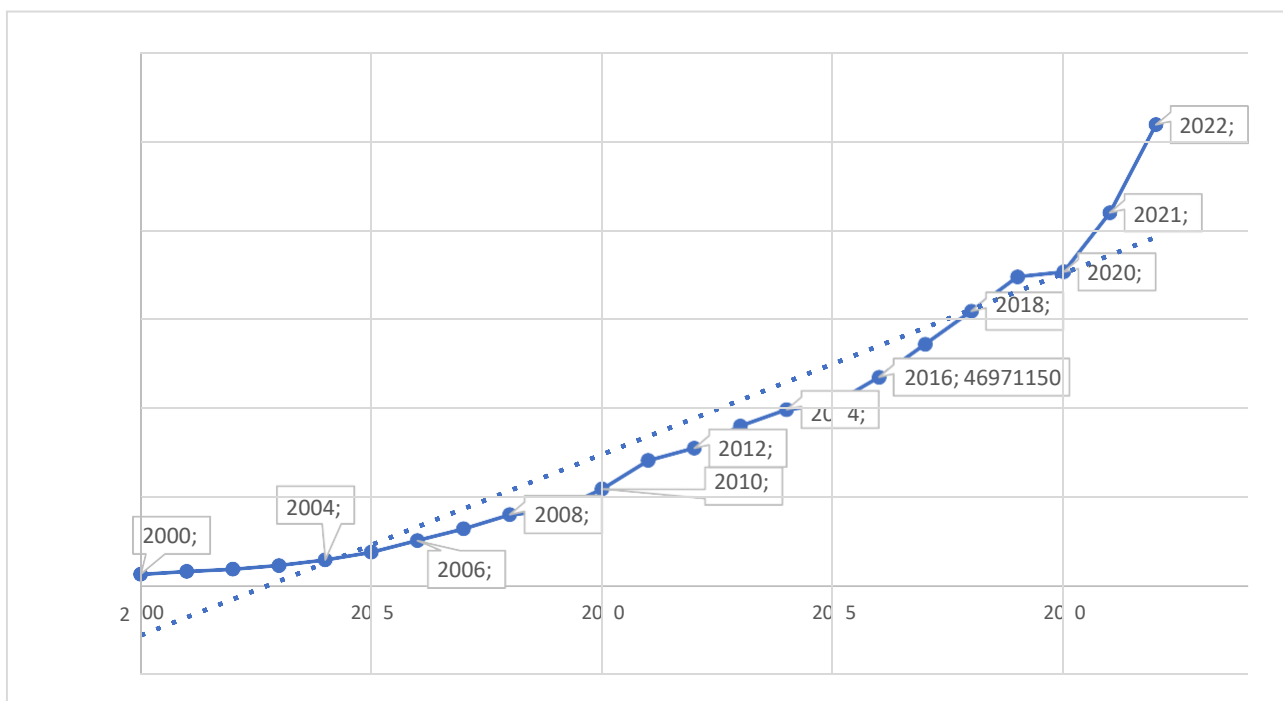


Рисунок 2 – Динамика показателя ВВП Республики Казахстан в млн. тенге, за 2000-2022 гг.

Примечание: составлено автором на основании [49]

Анализ тенденций ВВП Казахстана за прошедшие годы выявляет значительные последствия для развития и эффективности отрасли здравоохранения. В период с 2000 по 2004 г. в Казахстане наблюдался период умеренного экономического роста, характеризующийся постепенным увеличением ВВП с 2 599 901,6 млн. тенге до 5 870 134,3 млн. тенге. На этапе, представляющем первые годы после обретения страной независимости были предприняты первые шаги в направлении экономического роста и

модернизации, хотя и с ограничениями на инфраструктуру и услуги здравоохранения из-за ограниченности ресурсов.

С середины 2000-х до конца 2000-х годов, в Казахстане наблюдался значительный экономический рост: ВВП увеличился более чем вдвое с 7 590 593,5 млн. тенге в 2005 году до 17 007 647,0 млн. тенге в 2009 году.

С середины 2010-х годов по настоящее время экономический рост продолжался более умеренными темпами, достигнув 103 765 518,2 млн тенге в 2022 году. Подобный устойчивый рост ВВП имеет значительные последствия для медицинской промышленности Республики Казахстан. Растущий ВВП приводит к увеличению финансовых ресурсов, доступных для инвестиций в инфраструктуру здравоохранения, технологические достижения и предоставление медицинских услуг. В условиях растущей экономики правительство может выделять больше средств на поддержку сектора здравоохранения, улучшение доступности здравоохранения и повышение качества медицинских услуг, предоставляемых населению.

Устойчивый рост ВВП отражает стабильную и процветающую экономику, которая может привлечь иностранные инвестиции и способствовать партнерству с международными организациями здравоохранения. Динамика может привести к внедрению передовых медицинских технологий, внедрению инновационных практик здравоохранения и обмену медицинским опытом, что в конечном итоге будет способствовать развитию медицинской промышленности в Казахстане.

Тенденция роста ВВП может коррелировать с улучшением состояния здоровья населения, поскольку рост экономического благосостояния часто приводит к улучшению доступа к медицинским услугам, повышению уровня жизни и повышению общего благосостояния.

На рис. 3 представлена динамика численности населения Республики Казахстан. Рост медицинской отрасли в Республике Казахстан тесно коррелирует с ростом населения. По мере роста населения растет спрос на медицинские услуги, включая первичную помощь, специализированное лечение и профилактические меры. Резкий рост спроса требует расширения и модернизации инфраструктуры здравоохранения, набора и обучения медицинских специалистов, выделения ресурсов для удовлетворения растущих потребностей растущего населения в сфере здравоохранения. Рост населения часто приводит к большему разнообразию требований к здравоохранению, что способствует развитию медицинских технологий, исследований и фармацевтики для решения более широкого спектра проблем здравоохранения.

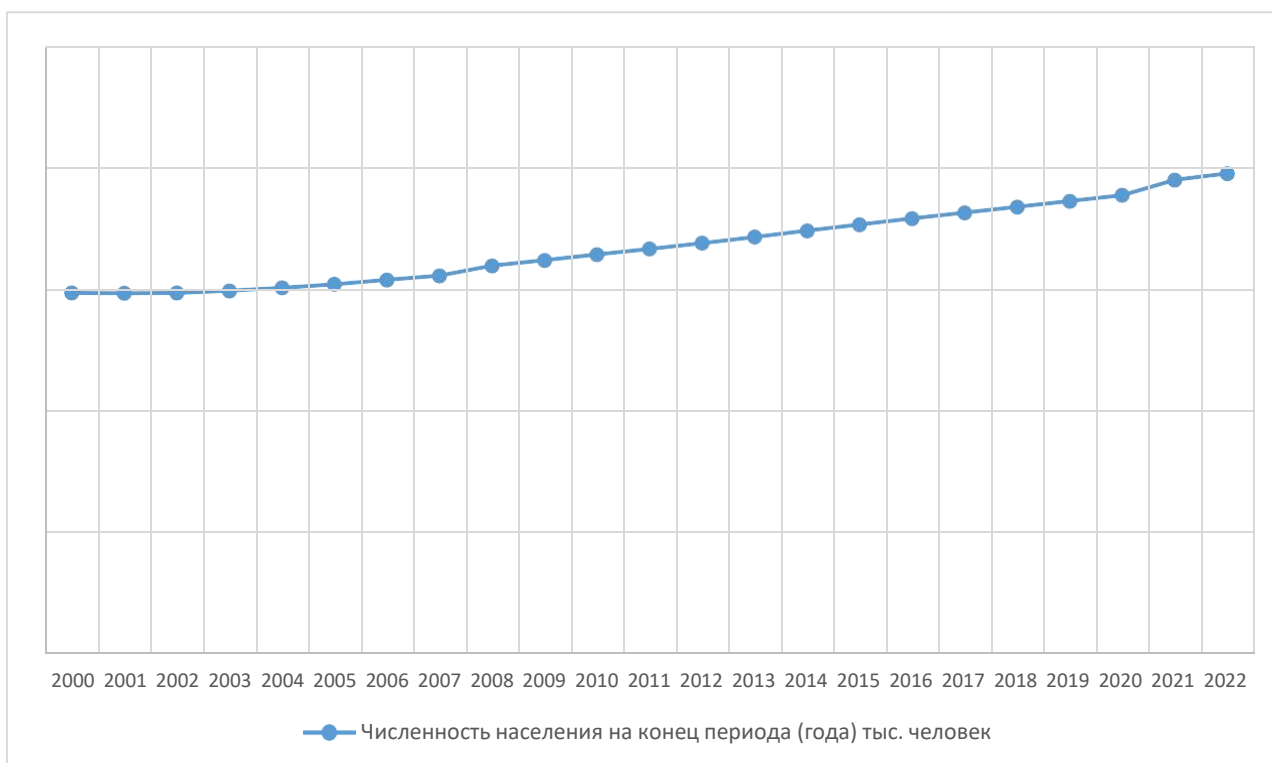


Рисунок 3 – Динамика показателя численности населения Республики Казахстан в тыс. чел., за 2000-2022 гг.

Примечание: составлено автором на основании [49]

Первоначально численность населения демонстрировала относительно стабильный рост с небольшими колебаниями в пределах от 14 851 до 19766 тыс. чел. в период с 2000 по 2022 год. Динамика отражает естественные демографические процессы и модели миграции в этот период развития страны.

Начиная с 2006 года, становится очевидной более выраженная тенденция роста населения: численность населения превышает 15 000 тыс. чел. и постепенно увеличивается до более чем 19 000 тыс. чел. к 2020 году. Период соответствует фазе экономического роста и социального развития в Казахстане, характеризующейся улучшением уровня жизни, доступа к здравоохранению и развитию инфраструктуры, что, возможно, способствовало повышению рождаемости и снижению смертности.

Наиболее значительный всплеск роста населения произошел в период с 2020 по 2022 г.: в 2021 г. численность населения достигла 19 503,2 тыс. чел. и в 2022 году увеличилась до 19 766,8 тыс. чел.

Таким образом, население Республики Казахстана стабильно увеличивалось на протяжении последних двух десятилетий, недавний быстрый рост, наблюдавшийся в начале 2020-х годов, подчеркивает динамичный характер демографических тенденций и важность постоянного мониторинга и анализа для информирования об эффективной политике и распределении ресурсов. Устойчивый рост населения выступает движущей силой развития и совершенствования медицинской отрасли, способствуя улучшению

доступности, качества и инноваций здравоохранения для лучшего удовлетворения потребностей населения.

На рис. 4 представлена динамика продолжительности жизни мужчин и женщин в Республике Казахстан за 2000-2022 г. С 2000 по 2019 гг. наблюдалась устойчивая траектория роста ожидаемой продолжительности жизни, причем как мужчины, так и женщины стабильно росли. В период наблюдались значительные успехи в инфраструктуре здравоохранения, доступе к медицинским услугам, программам профилактики заболеваний и инициативах в области общественного здравоохранения, что способствовало общему увеличению продолжительности жизни.

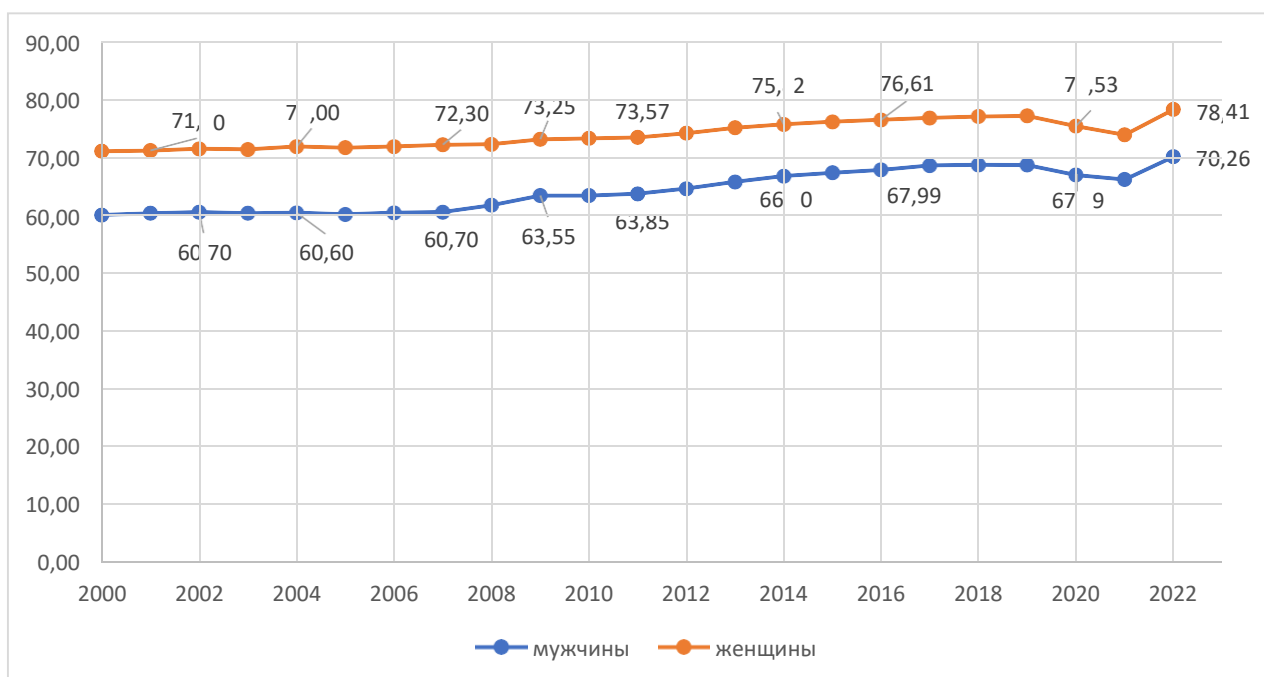


Рисунок 4 – Динамика показателя ожидаемой продолжительности жизни населения при рождении Республики Казахстан, за 2000-2022 гг.

Примечание: составлено автором на основании [49]

Например, в 2000 г. ожидаемая продолжительность жизни мужчин составляла 60,20 года, а женщин – 71,20 года. К 2019 году этот показатель увеличился до 63,55 лет для мужчин и 73,30 года для женщин.

В 2020 г. произошло небольшое снижение ожидаемой продолжительности жизни, особенно среди мужчин: показатели снизились до 67,09 года у мужчин и 75,53 года у женщин. Снижение можно объяснить различными факторами, такими как пандемия COVID-19, изменения в образе жизни или другие внешние воздействия, влияющие на предоставление и доступ к медицинской помощи.

В 2021 г. произошло дальнейшее снижение ожидаемой продолжительности жизни, особенно заметное среди мужчин и женщин. Снижение потенциально может быть связано с продолжающимися проблемами, вызванными пандемией, перебоями в предоставлении медицинских услуг и

более широкими социально-экономическими последствиями, влияющими на общественное здравоохранение.

Напротив, в 2022 году наблюдался заметный рост ожидаемой продолжительности жизни, причем значительный рост наблюдался во всех демографических группах. Ожидаемая продолжительность жизни у мужчин увеличилась до 70,26 года, а у женщин – до 78,41 года, что свидетельствует о значительном улучшении по сравнению с предыдущим годом.

Таким образом, Республика Казахстан добилась успехов в увеличении продолжительности жизни за последние два десятилетия, текущие проблемы и внешние факторы продолжают влиять на состояние здоровья населения.

На рисунке 5 представлена динамика общего коэффициента рождаемости и смертности (на 1000 человек) в Республике Казахстан.

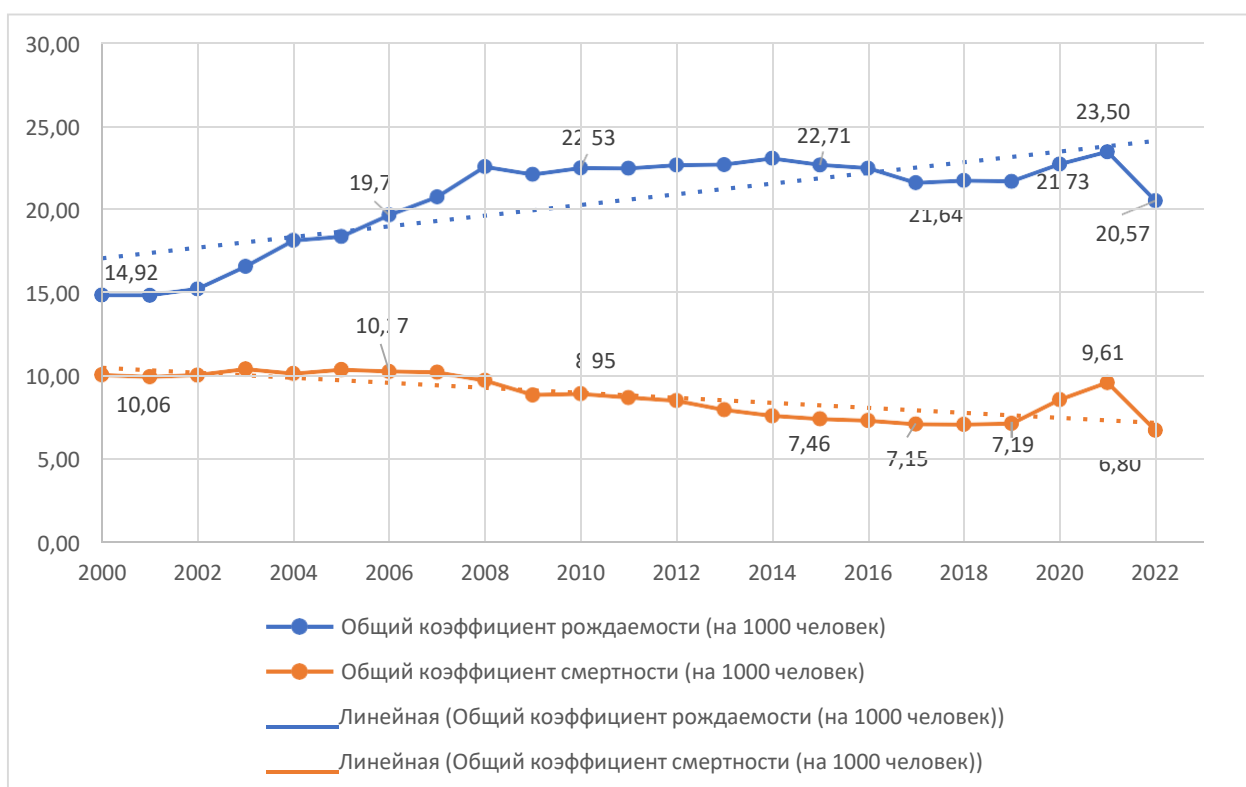


Рисунок 5 – Динамика общего коэффициента рождаемости и смертности (на 1000 человек) в Республике Казахстан, за 2000-2022 гг.

Примечание: составлено автором на основании [49]

Общий коэффициент рождаемости продемонстрировал заметный рост с 14,92 ед. на 1000 чел. в 2000 г. до пика в 23,10 ед. в 2014 г., что указывает на устойчивый уровень рождаемости и потенциально благоприятные условия для роста населения в этот период. Начиная с 2015 г., наблюдалось постепенное снижение общего коэффициента рождаемости, достигнув к 2022 г. 20,57 ед. на 1000 чел.. семейные структуры и развивающиеся социальные нормы.

Общий уровень смертности демонстрировал другую траекторию, демонстрируя постепенное снижение с 10,06 ед. на 1000 чел. в 2000 году до 7,65 ед. в 2014 г., что указывает на улучшение доступа к медицинской помощи,

профилактики заболеваний и общего состояния здоровья населения. В период с 2014 по 2016 гг. наблюдался небольшой рост общего коэффициента смертности, после чего наблюдалась относительная стабильность до 2019 г.

Контрастные тенденции, наблюдаемые в общем коэффициенте рождаемости и общем коэффициенте смертности, подчеркивают сложное взаимодействие социально-экономических, культурных и связанных со здоровьем факторов, влияющих на динамику населения в Казахстане. Снижение уровня рождаемости наряду с колебаниями уровня смертности имеет последствия для роста населения, возрастной структуры и общих демографических изменений.

Таким образом, решение демографических сдвигов требует комплексных политических мер, направленных на укрепление репродуктивного здоровья, обеспечение доступа к качественным медицинским услугам и устранение социально-экономического неравенства.

На следующем рисунке 6 показана динамика коэффициента младенческой смертности и материнской смертности (на 1000 родившихся), выделен линейный тренд.

Тенденция снижения уровня младенческой смертности с 18,80 ед. в 2000 г. до 7,68 ед. в 2022 г. является положительным показателем улучшения инфраструктуры здравоохранения, доступа к дородовой и неонатальной помощи, а также общих услуг по охране здоровья матери и ребенка. Снижение соответствует глобальным целям здравоохранения и отражает успешные меры, такие как усиление перинатального скрининга, улучшение питания матерей и увеличение доступности квалифицированных акушерок.

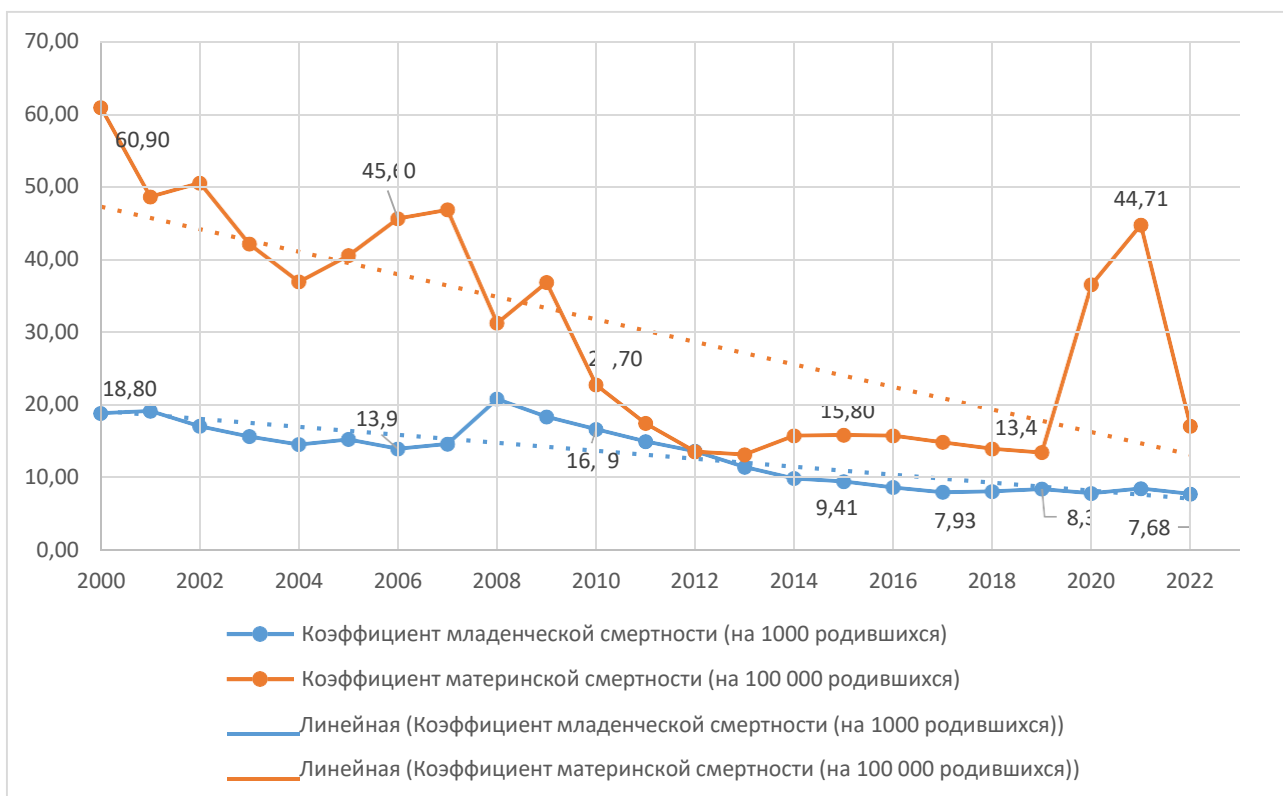


Рисунок 6 – Динамика коэффициента младенческой смертности и материнской смертности (на 1000 родившихся) в Республике Казахстан, за 2000-2022 гг.

Примечание: составлено автором на основании [49]

Существуют колебания уровня материнской смертности. В период с 2000 по 2010 гг. наблюдалась тенденция к снижению, когда показатель снизился с 60,90 ед. до 22,70 ед., впоследствии возникла тревожная тенденция к повышению. Заметно выросли показатели в 2020 и 2021 гг., достигнув 36,5 ед. и 44,71 ед. соответственно. Динамика может быть охарактеризована факторами, включая проблемы системы здравоохранения, недостаточный доступ к акушерской помощи в отдаленных районах и сбои, вызванные внешними факторами, такими как пандемия COVID-19.

Увеличение уровня материнской смертности может отражать недостатки в медицинской отрасли, такие как недостаточный доступ к качественной акушерской помощи, отсутствие пренатальных обследований и задержки в неотложных акушерских вмешательствах. Снижение уровня младенческой смертности может быть связано с успешными мерами общественного здравоохранения, включая программы иммунизации, пропаганду грудного вскармливания и улучшение практики ухода за новорожденными.

Наблюдаемая в последние годы отрицательная динамика материнской смертности подчеркивает серьезные пробелы в системе здравоохранения, требующие внимания. К факторам развития проблемы способствовали процессы недостатка квалифицированных медицинских работников,

неравенство в доступе к услугам по охране материнского здоровья, социально-экономические детерминанты, влияющие на показатели материнского здоровья.

Динамика естественного прироста населения на 1000 чел. представлена на рисунке 7. Теоретические характеристики увеличения или уменьшения естественных темпов прироста населения можно объяснить рядом факторов, включая доступ к услугам репродуктивного здравоохранения, социально-экономическое развитие, культурные нормы и государственную политику.

Увеличение естественного прироста населения может свидетельствовать об улучшении доступа к здравоохранению, образованию и социально-экономическим условиям, что приводит к более высокому уровню рождаемости и снижению уровня смертности. Снижение естественного прироста населения может сигнализировать о таких проблемах, как снижение уровня рождаемости, неадекватная инфраструктура здравоохранения и социально-экономическое неравенство, которые препятствуют планированию семьи и услугам репродуктивного здоровья.

Быстрый рост населения может истощить ресурсы здравоохранения, что приведет к переполненности учреждений, увеличению времени ожидания и снижению качества медицинской помощи. Более того, недостаточные инвестиции в инфраструктуру здравоохранения и развитие рабочей силы могут усугубить эти проблемы, подрывая усилия по удовлетворению потребностей растущего населения в сфере здравоохранения (Рисунок 7).

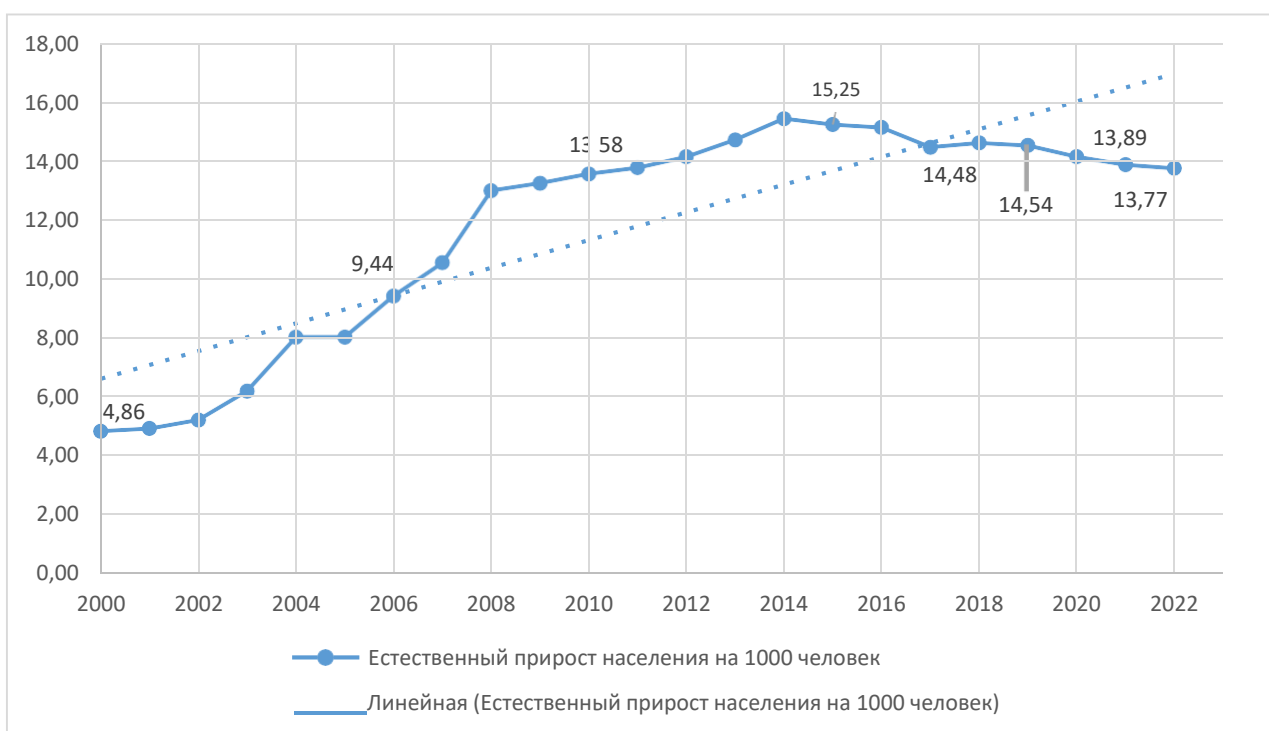


Рисунок 7 – Динамика естественного прироста населения на 1000 чел. в Республике Казахстан, за 2000-2022 гг.

Примечание: составлено автором на основании [49]

Постоянное увеличение естественного прироста населения с 2000 по 2019 год с пиком в 270 370 чел. в 2022 г. предполагает рост численности населения. Рост может оказать давление на систему здравоохранения за счет увеличения спроса на медицинские услуги, включая дородовой уход, услуги по охране здоровья матери и ребенка, а также первичную медико-санитарную помощь. По мере роста населения инфраструктура и ресурсы здравоохранения должны быть расширены, чтобы удовлетворить растущий спрос, обеспечивая адекватный доступ к качественным медицинским услугам для всех граждан.

Наблюдаемые в отдельные годы колебания естественного прироста населения, особенно его снижение в 2017 и 2020 года, могут отражать различные социально-экономические факторы, влияющие на рождаемость и динамику численности населения. Экономическая нестабильность, изменение социальных норм и изменения в структуре миграции могут повлиять на уровень рождаемости и способствовать колебаниям естественного прироста населения. Колебания подчеркивают необходимость в политике и программах здравоохранения, которые реагируют на меняющиеся демографические тенденции и направлены на устранение основных факторов, определяющих рост населения.

Динамика среднедушевых номинальных денежных доходов населения в Республике Казахстан представлена на рис. 8.

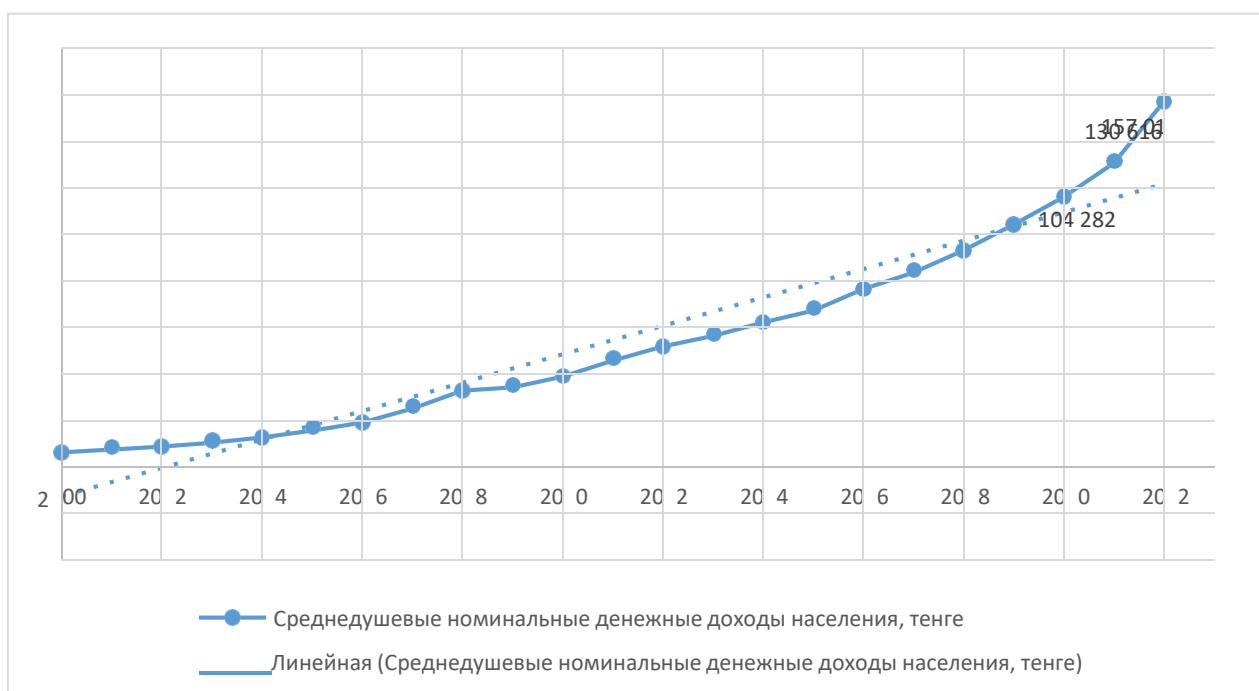


Рисунок 8 – Динамика среднедушевых номинальных денежных доходов населения в Республике Казахстан, за 2000-2022 гг., тенге

Примечание: составлено автором на основании [49]

Последовательное увеличение среднего номинального денежного дохода на душу населения на протяжении многих лет отражает положительный экономический рост и повышение уровня жизни в Казахстане. Такая тенденция к росту со значительным ростом с 6 352 тенге в 2000 г. до 157 017 тенге в 2022 г.

свидетельствует об общем улучшении покупательной способности и располагаемых доходов населения. По мере роста доходов населения у них, вероятно, будет больше финансовых ресурсов для покрытия расходов на здравоохранение, включая наличные платежи за медицинские услуги, взносы по медицинскому страхованию и другие расходы, связанные со здравоохранением.

Теоретические характеристики, связанные с увеличением среднего номинального денежного дохода на душу населения, включают такие факторы, как экономическое развитие, возможности трудоустройства, рост заработной платы и государственную политику, направленную на сокращение бедности и перераспределение доходов. Более высокие доходы позволяют людям позволить себе более качественные медицинские услуги, включая профилактическую помощь, диагностические тесты и варианты лечения, тем самым способствуя улучшению показателей здоровья и общего благополучия.

Положительная корреляция между среднедушевым номинальным денежным доходом и использованием услуг здравоохранения предполагает, что люди с более высокими доходами с большей вероятностью будут обращаться к медицинским услугам и обращаться за своевременной медицинской помощью, когда это необходимо. Динамика может привести к улучшению показателей здоровья, снижению уровня заболеваемости и смертности, а также повышению производительности рабочей силы, что в конечном итоге принесет пользу экономике в целом.

Общий рост среднего номинального денежного дохода на душу населения является положительным явлением, он может маскировать неравенство в распределении доходов и доступе к здравоохранению, особенно среди маргинализированных или уязвимых групп. Устранение различий требует целенаправленных мер, направленных на повышение доступности, доступности и качества здравоохранения для всех слоев населения, независимо от уровня доходов.

Таким образом, рост среднего номинального денежного дохода на душу населения в Казахстане отражает положительный экономический рост и повышение покупательной способности населения.

Динамика индекса потребительских цен представлена на рисунке 9.

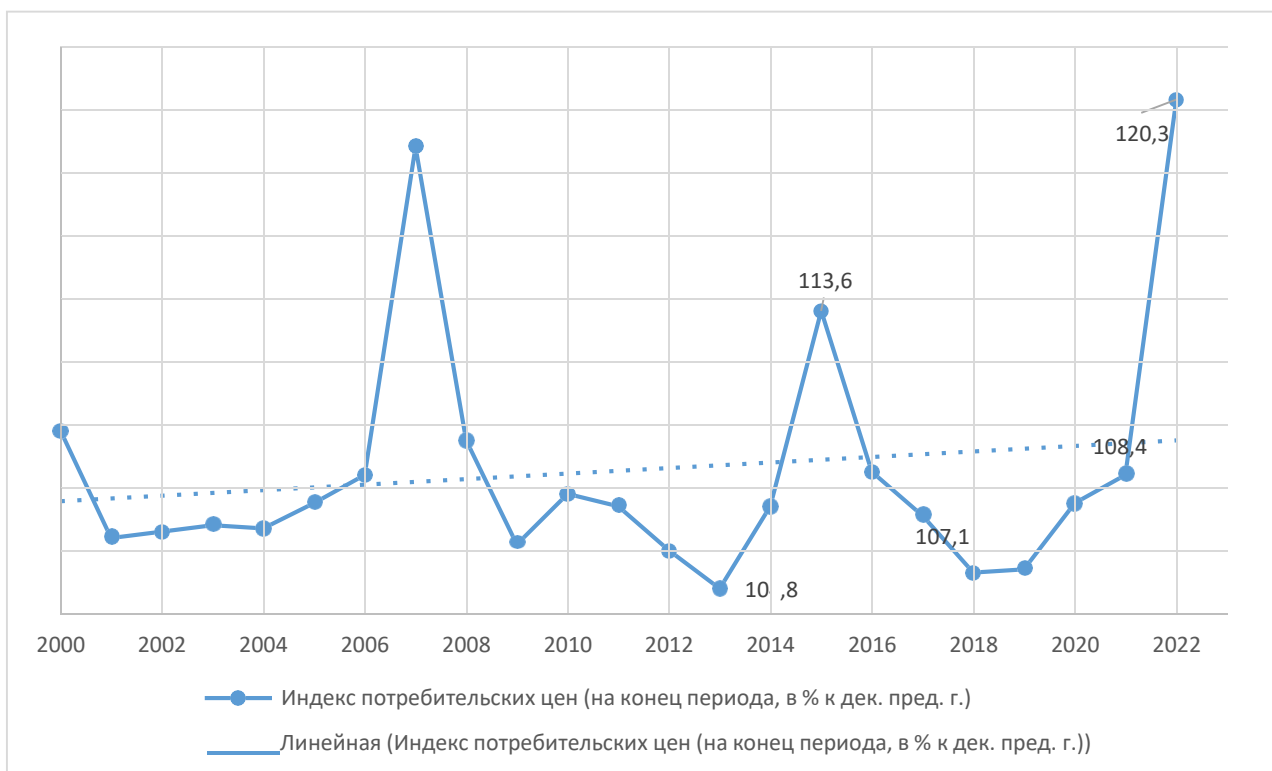


Рисунок 9 – Динамика индекса потребительских цен (на конец периода, в % к дек. пред. г.) в Республике Казахстан, за 2000-2022 гг.

Примечание: составлено автором на основании [49]

Значения ИПЦ демонстрируют колебания на протяжении многих лет, указывая на различные уровни инфляции и стабильности цен в экономике. С 2000 по 2007 гг. наблюдается общая тенденция роста ИПЦ с некоторыми колебаниями, отражающими умеренный или высокий уровень инфляции в этот период. Самое высокое значение ИПЦ в 118,8 ед. в 2007 г. указывает на значительный рост потребительских цен по сравнению с базовым периодом.

После мирового финансового кризиса 2008 года наблюдается заметное снижение индекса потребительских цен, что указывает на период дефляции или более низкие темпы инфляции. Тенденцию можно характеризовать экономическим спадом и сокращением потребительских расходов во время кризиса, что привело к снижению инфляционного давления со стороны спроса.

С 2009 по 2015 г., наблюдается постепенное увеличение ИПЦ, что предполагает возврат к инфляционному давлению и росту потребительских цен. Факторы, как увеличение государственных расходов, экспансионистская денежно-кредитная политика и растущий спрос на товары и услуги, возможно, способствовали этой инфляционной тенденции.

Пик потребительских цен пришелся на 2015 г. и составил 113,6 ед., что указывает на период относительно высокой инфляции. Однако начиная с 2016 г. наблюдается небольшое снижение индекса потребительских цен, что отражает усилия по стабилизации цен и сдерживанию инфляционного давления. Значения ИПЦ остаются относительно стабильными в период с 2016 по 2022 гг. с

небольшими колебаниями, что указывает на период умеренной инфляции и стабильности цен в экономике.

Теоретические характеристики, связанные с изменениями ИПЦ, включают такие факторы, как денежно-кредитная политика, фискальная политика, колебания обменного курса, динамика спроса и предложения, а также внешние шоки. Высокие темпы инфляции могут подорвать покупательную способность потребителей, что приведет к снижению доступности товаров и услуг, включая здравоохранение. Дефляционное давление может сигнализировать об экономической слабости и снижении доверия потребителей, что влияет на расходы на здравоохранение и доступ к медицинским услугам.

Таким образом, тенденции ИПЦ в Казахстане с 2000 по 2022 гг. отражают динамику инфляционного давления и его влияние на экономику, в том числе на сектор здравоохранения.

Динамика объема производства промышленной продукции (товаров, услуг) в Республике Казахстан представлена на рис. 10.

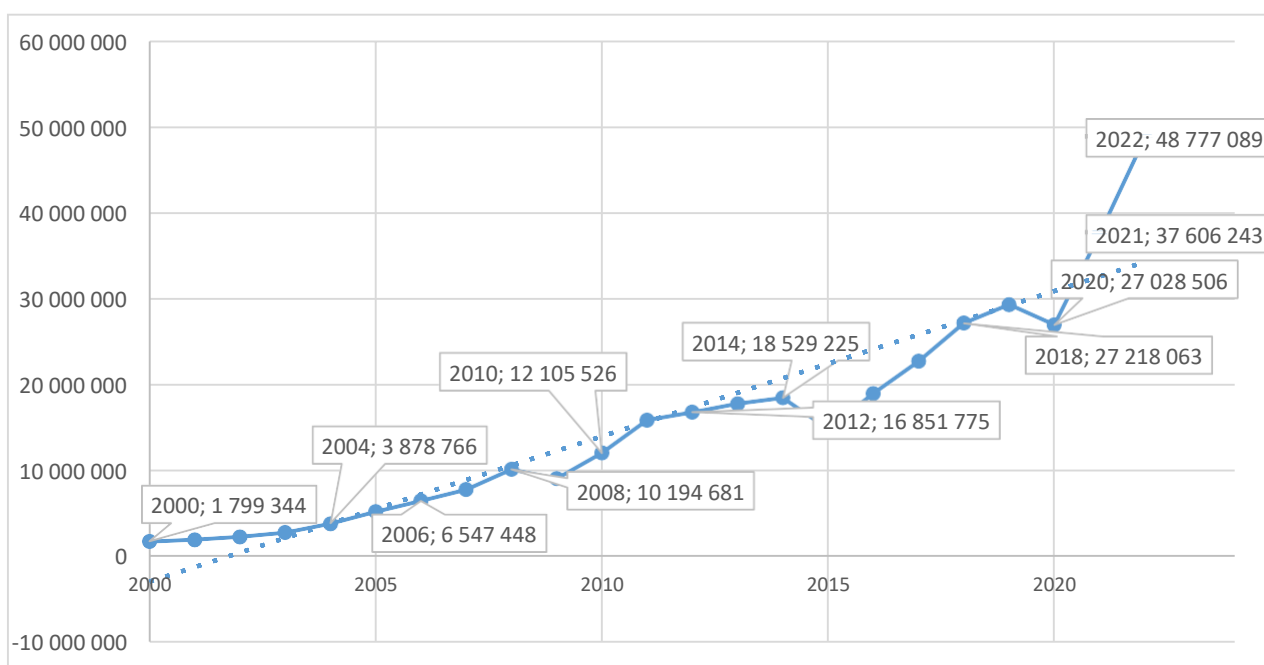


Рисунок 10 – Динамика объема производства промышленной продукции (товаров, услуг) в Республике Казахстан, за 2000-2022 гг., млн. тенге

Примечание: составлено автором на основании [49]

Данные показывают устойчивую траекторию роста промышленного производства на протяжении многих лет с заметными колебаниями и периодами ускоренного роста. С 2000 по 2008 г. наблюдается последовательный рост промышленного производства, что отражает устойчивый экономический рост и инициативы в области развития. За период объем промышленного производства увеличился более чем втрое, достигнув пика в 10 194 681 млн. тенге в 2008 г.

Глобальный финансовый кризис 2008-2009 г. привел к временному замедлению промышленного производства, о чем свидетельствует небольшое снижение объема производства в 2009 г. В последующие годы наблюдается

восстановление и возрождение промышленной активности, при этом уровни производства превышают докризисные максимумы к 2011 г.

С 2011 по 2015 годы промышленное производство продолжает стабильно расти, хотя и более медленными темпами по сравнению с докризисным периодом. 2015 г. стал существенным отклонением от этой тенденции, с заметным снижением промышленного производства до 14 903 099 млн тенге. Спад можно охарактеризовать различными факторами, включая внешние экономические проблемы, снижение мировых цен на сырьевые товары и внутренние структурные проблемы.

В последующие годы, с 2016 по 2022 г., произойдет заметное восстановление и расширение промышленного производства, при этом объемы производства превзойдут предыдущие максимумы. В период с 2020 по 2022 г. наблюдается существенный рост производства: в 2022 г. объем достигнет 48 777 089 миллионов тенге. Повышение промышленной активности отражает продолжающиеся усилия по диверсификации экономики, проекты развития инфраструктуры и увеличение инвестиций в ключевые отрасли.

Теоретические характеристики, связанные с изменениями в промышленном производстве, включают такие факторы, как уровень инвестиций, технологические достижения, рыночный спрос, государственная политика и глобальные экономические условия. Развивающийся промышленный сектор может способствовать общему экономическому росту, созданию рабочих мест и увеличению доходов, тем самым поддерживая развитие инфраструктуры здравоохранения, исследования и предоставление услуг.

Таким образом, тенденции промышленного производства в Казахстане с 2000 по 2022 г. отражают экономические показатели страны и динамику роста. Устойчивый и расширяющийся промышленный сектор может оказать положительное влияние на отрасль здравоохранения, предоставляя возможности для инвестиций, инноваций и улучшения медицинских услуг для населения.

Социально-экономическое развитие Республики Казахстан с 2000 по 2022 г. демонстрирует значительный прогресс по различным показателям, что указывает на общий положительный рост и прогресс.

ВВП Казахстана демонстрировал значительный рост на протяжении всего периода, увеличившись с 2 599 901,6 млн тенге в 2000 году до 103 765 518,2 млн тенге в 2022 году. Существенный рост отражает экономическую стабильность и устойчивость страны, обусловленные такими факторами, как добыча природных ресурсов, промышленное производство и стратегические инвестиции.

Рост населения был относительно устойчивым: общая численность населения увеличилась с 14 865,6 тыс. чел. в 2000 г. до 19 766,8 тыс. чел. в 2022 году. С годами наблюдаются колебания темпов роста, на которые влияют такие факторы, как уровень рождаемости, уровень смертности и модели миграции.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении улучшилась: с годами продолжительность жизни как мужчин, так и женщин увеличилась. Положительная тенденция отражает прогресс в области здравоохранения, питания и уровня жизни, что способствует общему здоровью и благополучию населения.

Некоторые показатели создают проблемы для сектора здравоохранения. Общий коэффициент рождаемости постепенно снижается, что указывает на потенциальные проблемы, связанные с уровнем рождаемости и услугами по планированию семьи. Общий уровень смертности несколько снизился, что свидетельствует об улучшении доступа и качества медицинской помощи. Уровень младенческой смертности по-прежнему характеризуется как отрицательный фактор, он колеблется с годами и указывает на продолжающиеся проблемы в сфере охраны здоровья матери и ребенка.

Колебания среднего номинального денежного дохода на душу населения и индекса потребительских цен отражают экономическую нестабильность и инфляционное давление, которые могут повлиять на доступность здравоохранения и доступ к основным услугам.

Объем промышленного производства на протяжении многих лет демонстрировал устойчивый рост, что свидетельствует об экономической диверсификации и промышленном развитии. Быстрая индустриализация может также создать проблемы для окружающей среды и общественного здравоохранения, требуя эффективного регулирования и управления для смягчения негативных последствий для здоровья и благополучия.

Таким образом, Республика Казахстан добилась значительных успехов в социально-экономическом развитии с 2000 по 2022 гг., существуют проблемные области, которые требуют внимания, особенно в сфере здравоохранения и инфраструктуры.

В приложении В представлен сравнительный анализ показателей конкурентоспособности медицинской отрасли Казахстана, Южной Кореи, России, Сингапура и Эстонии с рекомендациями ВОЗ [48]

Конкурентоспособность медицинской отрасли в различных странах мира определяется многими факторами, такими как качество медицинской помощи, инновации, экономические затраты, доступность медицинских услуг, нормативно-правовая среда, рыночная динамика и кадровые ресурсы. В данном сравнительном анализе рассматриваются показатели Казахстана, Южной Кореи, России, Сингапура и Эстонии, а также рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по улучшению этих показателей.

Качество медицинской помощи:

Средняя продолжительность жизни: Казахстан - 73,2 года, Южная Корея - 83,3 года, Россия - 72,5 года, Сингапур - 83,6 года, Эстония - 78,8 года. Рекомендации ВОЗ: Внедрение надежных информационных систем в области здравоохранения; непрерывное обучение медицинских работников; использование доказательных руководств и протоколов [48].

Уровень младенческой смертности (на 1000 живорождений): Казахстан - 8,1, Южная Корея - 2,8, Россия - 5,5, Сингапур - 1,7, Эстония - 2,2. Рекомендации ВОЗ: Улучшение услуг в области охраны здоровья матери и ребенка; обеспечение доступа к качественной пренатальной и постнатальной помощи [48].

Инновационные показатели:

Инвестиции в медицинские исследования (% ВВП): Казахстан - 0,17%, Южная Корея - 1,2%, Россия - 0,18%, Сингапур - 1,8%, Эстония - 0,65%. Рекомендации ВОЗ: Увеличение инвестиций в НИОКР в области здравоохранения; содействие государственно-частным партнерствам; поддержка нормативно-правовой базы для инноваций [48].

Доступность медицинского оборудования (МРТ на миллион человек): Казахстан - 6,5, Южная Корея - 27,7, Россия - 9,7, Сингапур - 16,5, Эстония - 15,8. Рекомендации ВОЗ: Обеспечение равномерного распределения медицинской техники; улучшение обслуживания и калибровки оборудования [48].

Экономические затраты на здравоохранение:

Затраты на здравоохранение (% ВВП): Казахстан - 3,8%, Южная Корея - 8,1%, Россия - 5,3%, Сингапур - 4,4%, Эстония - 6,7%. Рекомендации ВОЗ: Достаточное государственное финансирование здравоохранения; эффективные интервенции с точки зрения затрат; рациональное использование ресурсов [48].

Показатели доступности:

Стоимость медицинских услуг относительно дохода: Казахстан - 35%, Южная Корея - 12%, Россия - 19%, Сингапур - 8%, Эстония - 14%. Рекомендации ВОЗ: Обеспечение справедливого доступа к медицинским услугам; снижение финансовых барьеров; увеличение доступности в малообеспеченных районах [48].

Количество медицинских учреждений на 10 000 человек: Казахстан - 7,4, Южная Корея - 13,5, Россия - 9,2, Сингапур - 6,9, Эстония - 9,8. Рекомендации ВОЗ: Обеспечение достаточного количества и распределения медицинских учреждений; укрепление первичной медико-санитарной помощи [48].

Нормативно-правовая среда:

Регулирование медицинского туризма: Казахстан - развивающееся, Южная Корея - установившееся, Россия - развивающееся, Сингапур - установившееся, Эстония - развивающееся. Рекомендации ВОЗ: Разработка четких и прозрачных политик для медицинского туризма; обеспечение стандартов качества и безопасности [48].

Легкость внедрения новых технологий: Казахстан - умеренная, Южная Корея - высокая, Россия - умеренная, Сингапур - высокая, Эстония - высокая. Рекомендации ВОЗ: Упрощение регуляторных процессов для утверждения новых технологий; содействие инновационно-ориентированным политикам [48].

Рыночная динамика:

Рыночная доля (местные/международные): Казахстан - 80% местные, 20% международные, Южная Корея - 60% местные, 40% международные, Россия - 85% местные, 15% международные, Сингапур - 50% местные, 50% международные, Эстония - 70% местные, 30% международные. Рекомендации ВОЗ: Содействие конкурентоспособному рынку здравоохранения; поддержка местных медицинских отраслей; привлечение международных поставщиков медицинских услуг [48].

Рост местных и международных учреждений: Казахстан - стабильный, Южная Корея - быстрый, Россия - умеренный, Сингапур - быстрый, Эстония -

стабильный. Рекомендации ВОЗ: Поддержка роста местных и международных медицинских учреждений; обеспечение качества и конкурентоспособности [48].

Количество местных и иностранных пациентов: Казахстан - 95% местные, 5% иностранные, Южная Корея - 70% местные, 30% иностранные, Россия - 90% местные, 10% иностранные, Сингапур - 55% местные, 45% иностранные, Эстония - 80% местные, 20% иностранные. Рекомендации ВОЗ: Продвижение медицинского туризма при обеспечении качественной помощи для местных пациентов [48].

Показатели кадровых ресурсов:

Количество специалистов на 10 000 человек: Казахстан - 18,3, Южная Корея - 26,9, Россия - 21,1, Сингапур - 24,7, Эстония - 22,3. Рекомендации ВОЗ: Инвестирование в образование и обучение; удержание медицинских работников; конкурентоспособные условия оплаты и работы [48].

Дефицит персонала (%): Казахстан - 18%, Южная Корея - 5%, Россия - 12%, Сингапур - 3%, Эстония - 10%. Рекомендации ВОЗ: Устранение дефицита кадров посредством обучения и стратегий удержания; улучшение условий труда [48].

Прибыльность медицинской отрасли: Казахстан - 5%, Южная Корея - 12%, Россия - 7%, Сингапур - 15%, Эстония - 8%. Рекомендации ВОЗ: Обеспечение финансовой устойчивости медицинских учреждений; содействие эффективным с точки зрения затрат практикам [48].

Анализ показателей конкурентоспособности медицинской отрасли Казахстана в сравнении с другими странами позволяет выявить как сильные стороны и возможности для улучшения, так и слабые стороны и угрозы, требующие внимания. Внедрение рекомендаций ВОЗ поможет укрепить конкурентоспособность и обеспечить высокое качество медицинских услуг в Республике Казахстан.

2.2 Оценка показателей развития и эффективности медицинской отрасли

Данные показателей медицинской отрасли в разрезе регионов Республики Казахстан могут предоставить комплексный обзор тенденций за пятилетний период. Проанализировав различия в уровне смертности с течением времени и в разных географических регионах, имеется возможность выявить закономерности, различия и области для целенаправленных вмешательств, направленных на улучшение показателей здоровья и снижение преждевременной смертности.

В таблице 2 представлена динамика смертности населения по регионам Республики Казахстан за 2018-2022 гг. Показатели смертности являются показателями, предоставляющими характеристику о здоровье и благополучии населения, отражающими эффективность систем здравоохранения, доступность медицинских услуг, медицинским услугам и общим условиям общественного здравоохранения в конкретных регионах. С 2018 по 2022 год общий уровень смертности по Республике Казахстан снизился с 7,14 ед. до 6,8 ед. на 1000 чел.,

что свидетельствует о незначительном улучшении здоровья населения. Положительная тенденция не наблюдалась во всех регионах.

В таких регионах, как Восточный Казахстан, наблюдался значительный рост уровня смертности: с 10,29 ед. в 2018 году до 11,58 ед. в 2022 году, что подчеркивает потенциальные проблемы со здоровьем в этой области. В городе Астана за тот же период наблюдался незначительный рост с 3,96 ед. до 4,0 ед., а в городе Алматы – с 6,39 ед. до 5,73 ед.

Таблица 2 – Динамика коэффициентов смертности населения в разрезе регионов Республики Казахстан за 2018-2022 г.

Наименование региона	2018	2019	2020	2021	2022	Изменение (+/)
Республика Казахстан	7,14	7,19	8,6	9,6	6,8	-0,34
Абай					8,94	8,94
Акмола	9,96	9,91	11,57	12,89	9,11	-0,85
Актобе	6,43	6,48	7,84	8,56	6,12	-0,31
Алматы	6,55	6,63	7,81	8,82	6,36	-0,19
Атырау	5,65	5,63	7,26	7,56	5,19	-0,46
Западный Казахстан	8,49	8,45	10,09	11,39	8,06	-0,43
Жамбыл	6,41	6,55	8,05	9,17	5,98	-0,43
Жетысу					7,09	7,09
Караганда	9,68	9,74	11,25	12,83	10,11	0,43
Костанай	10,14	10,31	12,23	14,12	10,65	0,51
Кызылорда	5,45	5,67	7,4	6,96	5,45	0
Мангистау	4,52	4,44	5,93	6,13	4,05	-0,47
Павлодар	9,76	9,8	11,58	13,78	9,95	0,19
Северный Казахстан	11,79	12,13	13,75	15,58	11,64	-0,15
Туркестан	5,01	5,17	6,34	6,61	4,63	-0,38
Улытау					8,91	8,91
Восточный Казахстан	10,29	10,36	12,06	13,81	11,58	1,29
город Астана	3,96	3,91	5,32	5,75	4	0,04
город Алматы	6,39	6,49	7,42	9,11	5,73	-0,66
город Шымкент	4,63	4,74	6,38	6,76	4,28	-0,35

Примечание: источник [48]

Среди регионов рост смертности отмечен в Карагандинской и Костанайской областях: в Карагандинской – с 9,68 ед. до 10,11 ед., в Костанайской – с 10,14 ед. до 10,65 ед. В некоторых регионах наблюдалось снижение уровня смертности, например, в Туркестане, где показатель снизился с 5,01 ед. до 4,63 ед., и в Мангистауской области, где уровень смертности снизился с 4,52 ед. до 4,05 ед.

Сложный характер показателей смертности отражает различные факторы, включая инфраструктуру здравоохранения, доступ к медицинским услугам, социально-экономические условия и выбор образа жизни.

В таблице 3 представлена динамика количества материнской смертности среди населения по регионам Республики Казахстан за 2018-2022 годы. Материнская смертность определяется как смерть женщины во время беременности или в течение 42 дней после прерывания беременности независимо от продолжительности и места беременности являются показателем качества услуг по охране материнского здоровья и общих показателей здоровья матери.

Таблица 3 – Динамика количества смертности населения среди матерей в разрезе регионов Республики Казахстан за 2018-2022 г., чел.

Наименование региона	2018	2019	2020	2021	2022	Изменение (+/-)
Республика Казахстан	56	55	156	200	70	14
Абай					3	3
Акмола	4	2	3	5	2	-2
Актобе	1	1	15	12	3	2
Алматы	6	11	14	24	3	-3
Атырау	1	3	9	20	7	6
Западный Казахстан	1	1	3	9	3	2
Жамбыл	2	3	8	8	3	1
Жетысу					4	4
Караганда	6	9	12	12	4	-2
Костанай	1	3	11	6	2	1
Кызылорда	2	1	12	10	6	4
Мангистау	5	1	8	9	3	-2
Павлодар	1	0	3	3	4	3
Северный Казахстан	1	0	5	3	0	-1
Туркестан	6	5	10	15	3	-3
Улытау					4	4
Восточный Казахстан	3	5	10	16	1	-2
город Астана	8	1	6	5	5	-3
город Алматы	4	7	11	28	5	1
город Шымкент	4	2	16	15	5	1

Примечание: источник [48]

Динамика свидетельствует о значительных колебаниях показателей материнской смертности в различных регионах Казахстана за пятилетний период. В Республике Казахстан наблюдался умеренный рост с 56 смертей в 2018 году до 70 смертей в 2022 г., в отдельных регионах наблюдались разные тенденции.

В таких регионах, как Атырау и Кызылорда, наблюдался заметный рост материнской смертности: в Атырау число смертей выросло с 1 в 2018 г. до 7 в 2022 г., а в Кызылорде – с 2 до 6 смертей за тот же период. В некоторых регионах, таких как Акмолинская и Карагандинская, наблюдалось снижение уровня материнской смертности, хотя это снижение было незначительным.

На сложный характер материнской смертности влияют многочисленные факторы, включая доступ к качественному здравоохранению, услугам дородового и послеродового ухода, социально-экономический статус, уровень образования и культурные традиции. Решение проблемы материнской смертности требует комплексных стратегий, адаптированных к конкретным потребностям каждого региона, с упором на улучшение инфраструктуры здравоохранения, улучшение услуг по охране материнского здоровья, повышение уровня образования и осведомленности, а также воздействие на социальные детерминанты здоровья.

В таблице 4 представлена динамика коэффициента младенческой смертности (до 1 года) по различным регионам Республики Казахстан за период 2018-2022 гг. Коэффициент младенческой смертности является показателем состояния здоровья и качества здравоохранения среди населения, отражающим эффективность систем здравоохранения, доступ к дородовой и неонатальной помощи, социально-экономические условия. Динамика показателя свидетельствуют о различных тенденциях детской смертности по регионам Казахстана за пятилетний период. Общий уровень младенческой смертности в Республике Казахстан несколько снизился с 8,03 ед. на 1000 рождений в 2018 г. до 7,69 ед. на 1000 рождений в 2022 г., на региональном уровне наблюдались заметные различия.

Таблица 4 – Динамика коэффициента смертности младенцев (до 1 года) в разрезе регионов Республики Казахстан (на 1000 родившихся) за 2018-2022 г.

Наименование региона	2018	2019	2020	2021	2022	Изменение (+/)
Республика Казахстан	8,03	8,37	7,77	8,41	7,69	-0,34
Абай					4,98	4,98
Акмола	5,64	7,25	6,5	5,15	5,11	-0,53
Актобе	8,66	8,8	8,4	10,35	8,5	-0,16
Алматы	6,98	7,61	7,7	7,25	9,21	2,23
Атырау	10,69	11,13	9,37	8,82	8,06	-2,63
Западный Казахстан	6,61	7,01	9,19	7,64	8,44	1,83
Жамбыл	7,39	8,87	6,86	7,32	7,22	-0,17
Жетысу					6,66	6,66
Караганда	7,59	8,51	8,52	8,61	7,72	0,13
Костанай	10,3	9,58	10,4	10,33	11,16	0,86
Кызылорда	9,09	9,37	10,55	9,58	9,4	0,31
Мангистау	9,81	9,22	8,32	9,27	8	-1,81

Павлодар	5,55	6,8	5,71	6,67	7,31	1,76
Северный Казахстан	10,81	9,43	8,72	10,1	10,73	-0,08
Туркестан	8,67	8,52	7,21	7,78	8,16	-0,51
Улытау					8,29	8,29
Восточный Казахстан	7,99	8,24	7,4	7,64	7,52	-0,47
город Астана	6,17	5,93	5,2	7,8	5,29	-0,88
город Алматы	8,36	8,05	7,64	10,45	5,03	-3,33
город Шымкент	8,37	9,59	7,98	9,52	7,36	-1,01

Примечание: источник [48]

В таких регионах, как Алматы и Павлодар, наблюдались значительные колебания уровня детской смертности. В Алматы наблюдался существенный рост с 6,98 ед. в 2018 г. до 9,21 ед. в 2022 г., а в Павлодаре за тот же период наблюдался рост с 5,55 ед. до 7,31 ед. В таких регионах, как Мангистау и город Шымкент, наблюдалось снижение уровня младенческой смертности, хотя снижение было относительно скромным.

На младенческую смертность влияет множество факторов, включая доступ к медицинским услугам, материнское здоровье, питание, санитарию и социально-экономический статус. Для эффективного решения проблемы младенческой смертности необходимы целенаправленные меры по улучшению дородовой и неонатальной помощи, укреплению инфраструктуры здравоохранения, пропаганде грудного вскармливания и питания, а также решению социальных детерминант здоровья.

В таблице 5 представлен анализ смертности детей до 5 лет по различным регионам Республики Казахстан за период 2018-2022 гг.

Таблица 5 – Динамика коэффициента смертности детей (до 5 лет) в разрезе регионов Республики Казахстан (на 1000 родившихся) за 2018-2022 г.

Наименование региона	2018	2019	2020	2021	2022	Изменение (+/-)
Республика Казахстан	10,11	10,69	9,41	10,04	9,88	-0,23
Абай					7,66	7,66
Акмола	7,48	8,56	8,56	6,92	6,92	-0,56
Актобе	10,92	10,54	9,44	11,56	10,93	0,01
Алматы	9,4	10,22	9,35	8,59	12,04	2,64
Атырау	12,68	12,9	10,39	10,47	10,26	-2,42
Западный Казахстан	7,73	8,53	10,9	8,78	9,73	2
Жамбыл	9,63	11,58	8,78	9,06	9,54	-0,09
Жетысу					10,91	10,91

Караганда	9,11	10,85	9,95	9,84	10,05	0,94
Костанай	11,52	11,79	12,68	12,17	12,94	1,42
Кызылорда	12,56	13,13	13,36	11,82	12,61	0,05
Мангистау	11,86	11,49	9,66	11,01	9,78	-2,08
Павлодар	7,25	8,31	7,14	8,23	9,1	1,85
Северный Казахстан	13,07	11,79	10,47	12,33	12,76	-0,31
Туркестан	11,69	11,89	9,39	9,94	10,86	-0,83
Улытау					11,56	11,56
Восточный Казахстан	9,51	10,11	8,48	8,72	10,02	0,51
город Астана	7,44	7,62	6,29	8,95	7,26	-0,18
город Алматы	9,86	9,65	8,98	12,26	6,45	-3,41
город Шымкент	10,22	11,7	9,43	11,11	9,58	-0,64

Примечание: источник [48]

Динамика показателя свидетельствует о разноплановых тенденциях смертности детей до 5 лет по регионам Казахстана за пятилетний период. Общий уровень смертности в Республике Казахстан несколько снизился с 10,11 ед. на 1000 рождений в 2018 г. до 9,88 ед. на 1000 рождений в 2022 г., на региональном уровне наблюдались значительные различия.

В таких регионах, как Алматы и Павлодар, произошли заметные изменения в уровне смертности детей в возрасте до 5 лет. В Алматы наблюдался значительный рост с 9,4 ед. в 2018 г. до 12,04 ед. в 2022 г., что указывает на тревожную тенденцию в отношении показателей здоровья детей. И наоборот, в Павлодаре за тот же период коэффициент увеличился с 7,25 ед. до 9,1 ед., что указывает на необходимость целенаправленных мер по улучшению здоровья детей в регионе.

Другие регионы, такие как Мангистау и город Алматы, продемонстрировали снижение уровня смертности детей в возрасте до 5 лет, что свидетельствует о позитивных изменениях в состоянии здоровья детей. Снижение коэффициента было относительно скромным по сравнению с ростом, наблюдавшимся в других регионах, что подчеркивает необходимость продолжения усилий по улучшению здоровья детей по всему Казахстану.

Наблюдаемые изменения в уровне смертности детей в возрасте до 5 лет подчеркивают важность постоянного мониторинга и оценки показателей здоровья детей. Целевые вмешательства, направленные на устранение основных факторов, способствующих детской смертности, таких как доступ к медицинским услугам, питанию, санитарии и социально-экономическим условиям, имеют важное значение для улучшения показателей здоровья детей и сокращения различий между регионами Казахстана.

Если сравнивать динамику коэффициентов смертности детей до 5 лет, уровень младенческой смертности (до 1 года) в тех же регионах и временных

рамках, в некоторых регионах наблюдается рост, а в других – снижение. Например, в таких регионах, как Алматы и Павлодар, наблюдались расходящиеся тенденции между двумя показателями. В Алматы произошел значительный рост показателей младенческой смертности и смертности детей в возрасте до 5 лет, что указывает на ухудшение показателей здоровья детей. Напротив, в Павлодаре наблюдался рост уровня младенческой смертности, но снижение уровня смертности детей в возрасте до 5 лет, что позволяет предположить улучшение показателей здоровья детей после младенческого возраста.

Некоторые регионы продемонстрировали схожие закономерности по обоим показателям. Например, в Мангистауской области наблюдалось снижение показателей младенческой смертности и смертности детей в возрасте до 5 лет, что указывает на позитивные изменения в состоянии здоровья детей. В городе Алматы наблюдался рост обоих показателей, что подчеркивает проблемы со здоровьем детей, выходящие за рамки младенческого возраста.

Динамика зарегистрированных заболеваний с первым установленным ареалом в Республике Казахстан за период 2018-2022 гг. характеризует общую тенденцию колебания и незначительное снижение общего количества зарегистрированных случаев (рис. 11).

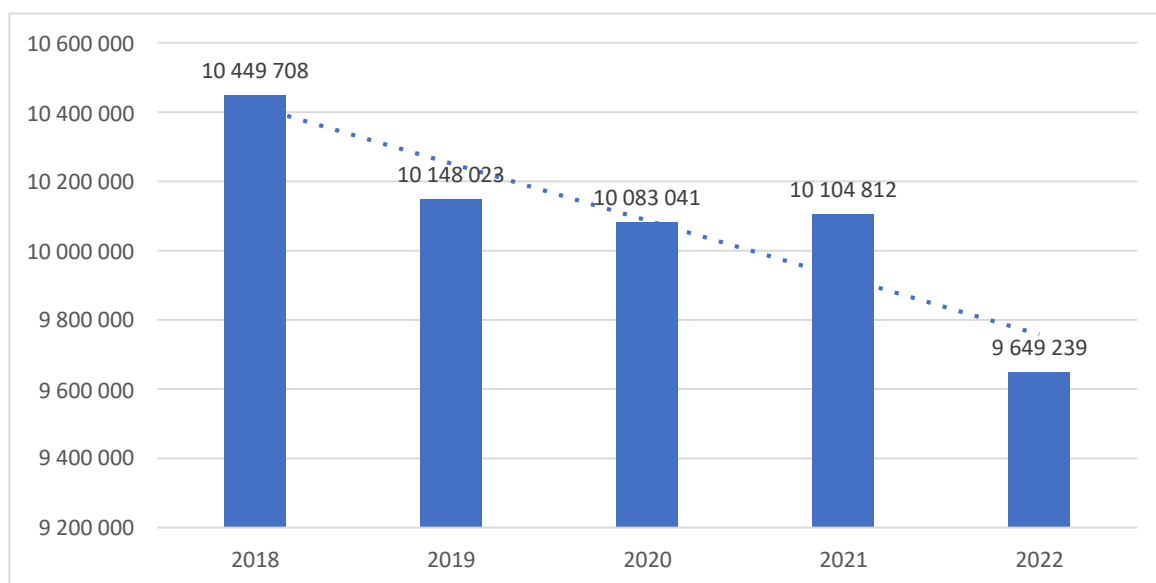


Рисунок 11 – Динамика зарегистрированных заболеваний с впервые установленным диапазоном Республике Казахстан за 2018-2022 г.

Примечание: источник [48]

В 2018 г. общее количество зарегистрированных заболеваний составило 10 449 708 случаев. В 2019 г. это число несколько снизилось до 10 148 023 случаев. В 2020 г. произошло дальнейшее снижение до 10 083 041 случая, что указывает на потенциальное улучшение показателей общественного здравоохранения. Тенденция не получила устойчивого развития, поскольку число

зарегистрированных заболеваний незначительно выросло до 10 104 812 случаев в 2021 г.

Существенное изменение произошло в 2022 г., когда число зарегистрированных случаев заметно снизилось до 9 649 239 ед. Снижение предполагает либо подлинное снижение распространенности заболеваний, либо изменения в механизмах отчетности, поведении при обращении за медицинской помощью или диагностических критериях.

Снижение общего числа зарегистрированных заболеваний может свидетельствовать об улучшении мер общественного здравоохранения, важно интерпретировать эти данные с осторожностью. На количество зарегистрированных случаев могут повлиять такие факторы, как изменения в инфраструктуре здравоохранения, диагностических возможностях, доступе к медицинским услугам и системах наблюдения за заболеваниями.

В таблице 6 представлены тенденции зарегистрированных заболеваний с первым установленным диапазоном по регионам Республики Казахстан с 2018 по 2022 г. Анализ данных показывает значительные различия в количестве зарегистрированных заболеваний по регионам за пятилетний период. В городе Алматы стабильно регистрируется наибольшее количество случаев: с 1 316 265 случаев в 2018 г. оно снизилось до 1 182 553 в 2022 г., что указывает на снижение на 133 712 случаев. Динамика предполагает потенциальные улучшения или изменения в стратегиях борьбы с заболеваниями. В Туркестане наблюдалось снижение числа случаев с 795 026 случаев в 2018 году до 603 809 случаев в 2022 г., что свидетельствует о сокращении на 191 217 случаев, что указывает на успешные вмешательства или улучшение здравоохранения.

Таблица 6 – Динамика зарегистрированных заболеваний с впервые установленным диапазоном в разрезе регионов Республики Казахстан за 2018-2022 г.

Наименование региона	2018	2019	2020	2021	2022	Изменение (+/)
Абай					326 882	326882
Акмола	369 344	360 202	392 214	386 640	323 468	-45876
Актобе	363 765	358 119	353 164	363 332	362 239	-1526
Алматы	1 374 683	1 381 663	1 183 506	1 233 616	892 020	-482663
Атырау	203 649	202 727	241 244	264 080	233 104	29455
Западный Казахстан	278 995	281 240	286 284	324 274	297 772	18777
Жамбыл	721 808	700 472	721 776	681 169	685 719	-36089
Жетысу					274 117	274117
Караганда	614 298	587 416	622 663	685 104	578 184	-36114
Костанай	454 230	449 664	452 607	468 980	425 644	-28586
Кызылорда	452 019	454 434	428 262	410 644	401 747	-50272

Мангистау	333 470	315 586	288 587	351 654	319 469	-14001
Павлодар	549 155	526 566	516 171	511 547	433 519	-115636
Северный Казахстан	300 009	293 975	316 727	326 368	325 107	25098
Туркестан	795 026	728 049	778 145	564 539	603 809	-191217
Улытау					87 671	87671
Восточный Казахстан	928 338	845 637	784 291	765 905	360 477	-567861
Астана	755 311	766 893	822 051	907 663	1 019 698	264387
Алматы	1 316 265	1 256 076	1 273 892	1 276 509	1 182 553	-133712
Шымкент	639 343	639 304	621 457	582 788	516 040	-123303

Примечание: источник [48]

В некоторых регионах наблюдались колебания или минимальные изменения в зарегистрированных случаях заболевания. Например, в Акмолинской области наблюдались небольшие изменения: начиная с 369 344 случаев в 2018 г. и снижаясь до 323 468 в 2022 г., при снижении на 45 876 случаев. В Актобе зарегистрировано 363 765 случаев заболевания в 2018 г., незначительно снизившись до 362 239 в 2022 г., продемонстрировав снижение на 1 526 случаев.

В таких регионах, как Мангистауская и Павлодарская, наблюдались колебания: в Мангистауской области зарегистрировано 333 470 случаев в 2018 г., а в 2022 г. это число снизилось до 319 469, что указывает на снижение на 14 001 случаев. В Павлодаре в 2018 г. число случаев заболевания началось с 549 155 случаев, а в 2022 г. оно снизилось до 433 519 случаев, что означает снижение на 115 636 случаев.

В таблице 7 показана динамика зарегистрированных заболеваний с диапазоном, установленным впервые в Республике Казахстан с 2018 по 2022 год. Показатель характеризует представление о распространенности и тенденциях различных заболеваний, предлагая ценную информацию для планирования здравоохранения и стратегий вмешательства.

Таблица 7 – Динамика зарегистрированных заболеваний с впервые установленным диапазоном в Республике Казахстан за 2018-2022 г.

Заболевания	2018	2019	2020	2021	2022	Изменен ие (+/)
болезни нервной системы	352 176	345 893	343 631	378 842	388 992	36 816
болезни системы кровообращения	503 581	520 547	567 240	519 541	514 067	10 486

болезни глаза и его придаточного аппарата	449 600	432 647	386 661	421 671	425 940	-23 660
болезни органов пищеварения	789 349	780 841	781 130	710 274	763 313	-26 036
болезни мочеполовой системы	817 311	762 561	664 430	595 006	567 379	-249 932
болезни кожи и подкожной клетчатки	531 558	514 583	487 173	479 439	456 146	-75 412
болезни костномышечной системы и соединительной ткани	364 762	386 975	388 512	391 342	409 752	44 990
травмы и отравления	593 602	543 662	540 651	505 043	478 049	-115 553

Примечание: источник [48]

Данные показывают заметные изменения в распространенности различных заболеваний за пятилетний период. Заболевания нервной системы демонстрировали устойчивый рост: с 352 176 случаев в 2018 г. до 388 992 случаев в 2022 г., что указывает на значительную тенденцию к росту - 36 816 случаев. Заболевания системы кровообращения демонстрировали постепенный рост, достигнув 514 067 случаев в 2022 г. с 503 581 случая в 2018 г., при чистом увеличении на 10 486 случаев.

Некоторые категории заболеваний испытывали колебания или снижение в течение периода исследования. Заболевания глаза и его придаточного аппарата снизились с 449 600 случаев в 2018 г. до 425 940 случаев в 2022 г., показав снижение на 23 660 случаев. Заболевания органов пищеварения также снизились – с 789 349 случаев в 2018 г. до 763 313 случаев в 2022 г., что свидетельствует о снижении на 26 036 случаев.

Значительное снижение наблюдалось по заболеваниям мочеполовой системы: с 817 311 случаев в 2018 г. до 567 379 случаев в 2022 г., что отражает существенное снижение на 249 932 случая. Заметное снижение также показали заболевания кожи и подкожной клетчатки: с 531 558 случаев в 2018 г. до 456 146 случаев в 2022 г. при снижении на 75 412 случаев.

Заболеваемость опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани стабильно росла: с 364 762 случаев в 2018 г. до 409 752 случаев в 2022 г., что указывает на чистый прирост на 44 990 случаев. Травмы и отравления демонстрировали последовательное снижение: с 593 602 случаев в 2018 г. до 478 049 случаев в 2022 г., при этом заметное снижение составило 115 553 случая.

Таким образом, результаты подчеркивают динамичный характер распространенности заболеваний в Казахстане и характеризуют актуальность постоянного мониторинга и стратегий вмешательства для решения возникающих проблем здравоохранения и эффективного определения приоритетов распределения ресурсов.

Заболевания населения Казахстана, как видно из таблицы, подчеркивают определенные недостатки медицинской отрасли. Одной из таких проблем является постоянный рост заболеваний нервной системы за пятилетний период, что указывает на потенциальный пробел в профилактике, раннем выявлении или лечении неврологических заболеваний. Постепенный рост заболеваний системы кровообращения подчеркивает необходимость более целенаправленных мер по решению проблем сердечно-сосудистого здоровья.

Снижение заболеваемости глаз, пищеварительной и мочеполовой систем может свидетельствовать об улучшении некоторых областей оказания медицинской помощи или факторов образа жизни. Снижение может отражать занижение данных или недостаточный доступ к медицинским услугам, особенно в сельских или недостаточно обслуживаемых регионах.

Устойчивый рост заболеваний опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани подчеркивает важность решения проблем здоровья опорно-двигательного аппарата, возможно, посредством расширения инициатив общественного здравоохранения или доступа к специализированной помощи. Последовательное снижение травматизма и отравлений может указывать на успешные усилия по предотвращению травматизма, но может также указывать на проблемы с отчетностью или эффективным управлением этими случаями.

Таким образом, данные характеризует тенденции о заболеваемости, подчеркивают необходимость комплексного подхода к оказанию медицинской помощи в Казахстане, уделяя особое внимание профилактическим мерам, ранней диагностике, доступу к качественной помощи и решению основных социальных детерминант здоровья. Устранение недостатков в медицинской отрасли может помочь улучшить показатели здоровья и повысить благосостояние населения.

В таблице 8 показано колебание количества больниц в разных регионах Казахстана в период с 2018 по 2022 г., что дает представление о развитии инфраструктуры здравоохранения и потенциальных различиях. В Республике Казахстан наблюдался небольшой общий рост количества больниц, чистый прирост составил 30 учреждений к 2022 году. Рост не был равномерно распределен по регионам.

Таблица 8 – Динамика количества больниц в разрезе регионов Республики Казахстан за 2018-2022 г.

Наименование региона	2018	2019	2020	2021	2022	Изменение (+/-)
Республика Казахстан	788	749	773	773	818	30
Абай					30	30
Акмoла	30	27	29	32	32	2
Актобе	46	44	44	44	42	-4

Алматы	83	79	82	87	44	-39
Атырау	28	28	29	28	32	4
Западный Казахстан	29	29	29	30	30	1
Жамбыл	48	47	47	49	52	4
Жетысу					36	36
Караганда	76	72	75	72	61	-15
Костанай	46	39	42	43	43	-3
Кызылорда	47	36	33	34	33	-14
Мангистау	28	26	31	18	35	7
Павлодар	36	35	36	37	38	2
Северный Казахстан	24	22	24	24	24	0
Туркестан	40	39	43	43	47	7
Улытау					11	11
Восточный Казахстан	80	62	61	63	31	-49
город Астана	34	36	37	38	32	-2
город Алматы	87	92	91	87	77	-10
город Шымкент	26	36	40	44	88	62

Примечание: источник [48]

В некоторых регионах произошли положительные изменения, например, в Жамбылской и Атырауской областях, где число больниц увеличилось на 4 ед. соответственно. Расширение может указывать на усилия по улучшению доступа к здравоохранению или реагированию на потребности населения.

В нескольких регионах произошло сокращение количества больниц. В Восточном Казахстане наблюдается наиболее значительное снижение: к 2022 году на 49 больниц станет меньше, что указывает на возможные проблемы в предоставлении медицинских услуг или инициативы по реструктуризации. В Алматы наблюдается заметный спад: количество больниц сократилось на 39 ед., что может повлиять на доступность медицинских услуг в регионе.

Город Шымкент выделялся значительным увеличением количества больниц на 62 ед. за пятилетний период, что свидетельствует о значительных инвестициях в инфраструктуру здравоохранения и потенциальном устранении пробелов в доступе к медицинской помощи.

Таким образом, динамика характеризует важность оценки и распределения ресурсов здравоохранения для обеспечения справедливого доступа к качественной медицинской помощи во всех регионах Казахстана.

В таблице 9 представлена динамика количества больничных коек по регионам Республики Казахстан в период с 2018 по 2022 г., подчеркнув изменения в инфраструктуре и потенциале здравоохранения.

Таблица 9 – Динамика количества больничных коек в разрезе регионов Республики Казахстан за 2018-2022 г.

Наименование региона	2018	2019	2020	2021	2022	Изменение (+/-)
Республика Казахстан	98 371	96 286	127 464	125 034	103 689	5318
Абай					3 593	3593
Акмола	4 591	4 445	5 192	5 888	5 081	490
Актобе	4 294	4 166	5 376	5 214	4 050	-244
Алматы	8 932	9 278	12 808	12 387	5 461	-3471
Атырау	2 672	2 541	5 245	4 048	3 978	1306
Западный Казахстан	3 842	3 700	4 552	4 584	3 929	87
Жамбыл	5 536	5 338	6 207	6 497	6 115	579
Жетысу					4 112	4112
Караганда	9 306	9 187	11 712	12 973	8 550	-756
Костанай	4 805	4 696	6 058	6 602	5 413	608
Кызылорда	4 532	4 361	6 399	5 448	5 022	490
Мангистау	2 688	2 725	3 411	3 574	3 410	722
Павлодар	3 565	4 364	7 904	6 199	4 535	970
Северный Казахстан	9 313	3 448	4 265	4 671	3 821	-5492
Туркестан	4 463	9 022	11 195	11 200	10 216	5753
Улытау					1 118	1118
Восточный Казахстан	8 251	8 135	9 067	11 093	4 926	-3325
город Астана	6 690	6 516	12 222	8 182	6 164	-526
город Алматы	11 495	10 763	9 556	11 109	9 830	-1665
город Шымкент	3 396	3 601	6 295	5 365	4 365	969

Примечание: источник [48]

В Республике Казахстан наблюдается общий рост количества больничных коек: чистый прирост к 2022 г. составит 5 318 коек. Распределение количества коек существенно различается по регионам.

Туркестан становится выдающимся регионом, в котором к 2022 г. число коек увеличится на 5753 единиц, что свидетельствует об активных усилиях по укреплению инфраструктуры здравоохранения и удовлетворению растущих потребностей в сфере здравоохранения. В Северном Казахстане наблюдалось наиболее значительное снижение: к 2022 г. количество коек сократилось на 5492 ед., что потенциально указывает на проблемы в предоставлении медицинских услуг или на изменения в моделях оказания медицинской помощи. Павлодар и Атырау продемонстрировали значительный рост, добавив 970 и 1306 коек

соответственно, что отражает инициативы по улучшению медицинских услуг и адаптации к росту населения. В Восточном Казахстане к 2022 г. наблюдается сокращение числа коек на 3325 ед., что подчеркивает необходимость оценки инфраструктуры здравоохранения и стратегий распределения ресурсов.

Жамбыл продемонстрировал скромное увеличение числа коек на 579 ед. к 2022 г., что предполагает усилия по удовлетворению потребностей в сфере здравоохранения, но подчеркивает необходимость продолжения инвестиций для адекватного удовлетворения растущего спроса.

К 2022 г. в Караганде произошло значительное сокращение числа коек на 756 ед., что указывает на потенциальные проблемы в инфраструктуре здравоохранения и распределении ресурсов.

В Костанае зафиксировано умеренное сокращение числа коек на 608 ед. к 2022 г., что свидетельствует о необходимости доскональной оценки ресурсов здравоохранения и потенциальных стратегий по повышению потенциала и эффективности системы здравоохранения региона.

К 2022 г. в Кызылорде зафиксировано сокращение числа коек на 490 ед., что указывает на возможные пробелы в инфраструктуре здравоохранения и доступе к ней. Снижение подчеркивает важность целевых мер и инвестиций для укрепления медицинских услуг и эффективного удовлетворения потребностей населения.

К 2022 г. в Мангистауской области произошло увеличение числа коек на 722 ед., что предполагает активные усилия по расширению инфраструктуры здравоохранения и удовлетворению растущих потребностей здравоохранения. Увеличение характеризует приверженность региона улучшению медицинских услуг и улучшению показателей здоровья населения.

Динамика количества детских больничных коек в разрезе регионов Республики Казахстан представлена в табл. 10.

Таблица 10 – Динамика количества детских больничных коек в разрезе регионов Республики Казахстан за 2018-2022 г.

Наименование региона	2018	2019	2020	2021	2022	Изменение (+/)
Республика Казахстан	18 332	19 355	20 899	22 428	22 167	3835
Абай					566	566
Акмола	869	835	816	890	946	77
Актобе	663	746	912	947	944	281
Алматы	1 575	1 609	1 740	2 302	1285	-290
Атырау	482	513	712	517	498	16
Западный Казахстан	665	695	689	721	649	-16
Жамбыл	1 201	1 205	1 212	1 484	1476	275
Жетысу					911	911
Караганда	1 401	1 446	1 691	1 786	1329	-72

Костанай	821	833	869	891	841	20
Кызылорда	839	852	851	943	1026	187
Мангистау	562	553	625	603	616	54
Павлодар	758	778	810	781	901	143
Северный Казахстан	638	641	690	725	710	72
Туркестан	2 241	2 231	2 564	2 772	2 752	511
Улытау					234	234
Восточный Казахстан	1 168	1 385	1 276	1 289	624	-544
город Астана	1 746	1 752	1 803	1 997	1995	249
город Алматы	1 732	2 225	2 576	2 664	2760	1028
город Шымкент	971	1 056	1 063	1 116	1104	133

Примечание: источник [48]

Динамика количества детских больничных коек по регионам Республики Казахстан в период с 2018 по 2022 г. свидетельствует о неоднозначной ситуации в инфраструктуре педиатрического здравоохранения.

В Абайском районе на протяжении всего периода сохранялась постоянная численность – 566 коек. В Акмоле произошло небольшое сокращение числа коек на 77 ед., что указывает на потенциальные проблемы в поддержании инфраструктуры здравоохранения. В Актобе наблюдалось значительное увеличение числа коек на 281 ед., что отражает усилия по улучшению педиатрической медицинской помощи. В Алматы зафиксировано значительное чистое сокращение числа коек на 290 ед., что указывает на потенциальную проблему в управлении мощностями.

В Атырау произошли минимальные изменения: к 2022 году разница составила всего 16 коек, что указывает на относительно стабильную инфраструктуру педиатрической медицинской помощи. В Западном Казахстане произошло небольшое сокращение на 16 коек, что указывает на необходимость оценки и потенциальной оптимизации ресурсов. В Жамбыле зафиксирован значительный прирост на 275 коек, что отражает активные меры по расширению педиатрической медицинской помощи.

В Караганде, несмотря на колебания, произошло значительное чистое сокращение числа коек на 72 ед., что подчеркивает потенциальную проблему в управлении загруженности. В Костанайе наблюдалось небольшое увеличение количества коек на 20 ед., что свидетельствует о попытках сохранить инфраструктуру педиатрического здравоохранения. В Кызылорде произошло заметное увеличение количества коек на 187 ед., характеризует усилия по улучшению педиатрической медицинской помощи. В Мангистауской области зафиксирован умеренный рост числа коек на 54 койки, что предполагает активные меры по удовлетворению потребностей в педиатрической медицинской помощи.

В Павлодаре произошло заметное увеличение числа коек на 143 ед., что отражает усилия по расширению педиатрической медицинской помощи. В

Северном Казахстане наблюдался умеренный рост числа коек на 72 ед., что указывает на усилия по удовлетворению потребностей в педиатрической медицинской помощи. В Туркестане зафиксирован значительный прирост на 511 коек, что отражает активные меры по расширению педиатрической медицинской помощи. В Улытауском районе на протяжении всего периода сохранялось постоянное количество коек – 234.

В Восточном Казахстане произошло заметное сокращение числа коек на 544 ед., что подчеркивает потенциальную проблему в управлении мощностями. В Астане произошло значительное увеличение количества коек на 249 ед., что отражает усилия по расширению педиатрической медицинской помощи. В городе Алматы продемонстрирован существенный прирост на 1028 коек, что утверждает об активных мерах по улучшению педиатрической медицинской помощи. В городе Шымкент отмечен умеренный рост числа коек на 133 ед., что свидетельствует о попытках удовлетворить растущие потребности в педиатрической медицинской помощи.

В некоторых регионах количество коек увеличилось, в других наблюдалось снижение или оставалось относительно стабильным. Примечательно, что такие регионы, как Жамбылская, Актюбинская, Кызылординская и Туркестанская области, продемонстрировали значительный рост количества детских больничных коек, что свидетельствует об активных мерах по улучшению педиатрической медицинской помощи. Регионы, как Караганда и Восточный Казахстан, столкнулись со спадом, что указывает на потенциальные проблемы в управлении мощностями или распределении ресурсов.

Показатель количества детских коек является важным показателем готовности региона к оказанию качественных медицинских услуг педиатрическому населению. Регионам, в которых наблюдается снижение или стагнация количества коек, возможно, придется пересмотреть свою политику в области здравоохранения и более эффективно распределять ресурсы для удовлетворения растущего спроса на педиатрические медицинские услуги. Регионы с растущим количеством коек должны продолжать усилия по расширению и совершенствованию инфраструктуры педиатрической медицинской помощи для удовлетворения растущих потребностей населения.

В таблице 11 представлена динамика медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь по различным регионам Республики Казахстан с 2018 по 2022 г. В таблице отражены изменения количества организаций за указанный период, отражающие эволюцию инфраструктуры амбулаторно-поликлинической помощи в регионах.

Таблица 11 – Динамика врачебных организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в разрезе регионов Республики Казахстан за 2018-2022 г.

Наименование региона	2018	2019	2020	2021	2022	Изменение (+/)
Республика Казахстан	3 237	3 213	3 169	3 296	3 345	108
Абай					47	47
Акмола	125	114	114	130	315	190
Актобе	213	210	216	235	232	19
Алматы	327	326	329	354	197	-130
Атырау	115	107	112	121	123	8
Западный Казахстан	113	115	117	119	129	16
Жамбыл	198	198	214	212	203	5
Жетысу					136	136
Караганда	234	225	228	242	208	-26
Костанай	147	142	143	146	141	-6
Кызылорда	134	149	139	145	142	8
Мангистау	65	76	84	88	89	24
Павлодар	158	148	165	164	169	11
Северный Казахстан	156	154	157	154	153	-3
Туркестан	252	259	261	271	274	22
Улытау					35	35
Восточный Казахстан	324	317	313	310	162	-162
город Астана	159	166	161	165	165	6
город Алматы	462	455	368	385	369	-93
город Шымкент		55	52	48	56	56

Примечание: источник [48]

В Абэе количество организаций осталось постоянным и составило 47 ед., а в Акмоле к 2022 г. наблюдался заметный рост на 190 организаций, что указывает на существенное развитие инфраструктуры амбулаторно-поликлинического здравоохранения.

К 2022 году наблюдается значительный рост числа организаций в Акмоле на 190, что указывает на существенное развитие инфраструктуры амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

К 2022 году наблюдался умеренный рост числа организаций на 19 ед. в Актобе, что отражает устойчивый рост амбулаторно-поликлинических услуг.

Динамика показателя в Алматы продемонстрировано заметное сокращение числа организаций на 130 ед. к 2022 году, что указывает на потенциальные проблемы или реструктуризацию амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

В Караганде количество организаций сократилось на 26 ед., что указывает на потенциальные проблемы или реструктуризацию амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

К 2022 году в Жамбыл показатель продемонстрирован небольшой рост на 5 организаций, что характеризует устойчивый рост оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

На протяжении всего периода в Улытау поддерживалось постоянное количество 35 организаций.

В Мангистауской области к 2022 г. продемонстрировано увеличение количества организаций на 24 ед., что отражает усилия по расширению амбулаторно-поликлинических услуг. В Восточном Казахстане произошло значительное сокращение числа организаций на 162 ед., что указывает на потенциальные проблемы или реструктуризацию амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

В таблице 12 представлена динамика количества отделений неотложной помощи по регионам Республики Казахстан с 2018 по 2022 год. Динамика позволяет составить представление о развитии инфраструктуры скорой медицинской помощи на региональном уровне за этот период.

Таблица 12 – Динамика количества отделений скорой медицинской помощи в разрезе регионов Республики Казахстан за 2018-2022 г.

Наименование региона	2018	2019	2020	2021	2022	Изменение (+/-)
Республика Казахстан	292	318	330	370	419	127
Абай					11	11
Акмола	1	19	29	19	20	19
Актобе	15	17	18	19	18	3
Алматы	62	62	62	105	83	21
Атырау	2	2	2	2	3	1
Западный Казахстан	25	25	25	25	25	0
Жамбыл	18	19	19	15	21	3
Жетысу					23	23
Караганда	28	2	2	2	2	-26
Костанай	27	34	41	42	41	14
Кызылорда	1	14	14	14	18	17
Мангистау	10	10	14	15	14	4
Павлодар	1	1	1	1	22	21
Северный Казахстан	26	28	17	17	25	-1
Туркестан	16	44	47	47	48	32
Улытау						0
Восточный Казахстан	31	2	2	2	1	-30
город Астана	13	16	15	17	16	3
город Алматы	5	6	5	18	18	13
город Шымкент	11	17	17	10	10	-1

Примечание: источник [48]

Общий рост количества отделений неотложной помощи с 292 ед. в 2018 г. до 419 ед. в 2022 г. свидетельствует об активном подходе к расширению услуг неотложной медицинской помощи на всей территории Казахстана. Значительное увеличение количества отделений неотложной помощи в 127 ед. подчеркивает усилия по улучшению доступа к интенсивной терапии по всей стране.

Акмола продемонстрировала активную позицию, заметно увеличив количество отделений неотложной помощи на 19 ед. к 2022 г., что свидетельствует о приверженности повышению доступности неотложной медицинской помощи. В Караганде наблюдалось тревожное сокращение числа 26 отделений неотложной помощи, что указывает на потенциальные проблемы или реструктуризацию оказания неотложной медицинской помощи.

В Костанаве отмечено увеличение числа отделений неотложной помощи на 14, что отражает усилия по укреплению инфраструктуры неотложной медицинской помощи. В Кызылорде наблюдалось значительное увеличение количества отделений неотложной помощи в 17 ед., что указывает на активные меры по удовлетворению потребностей регионального здравоохранения.

В Восточном Казахстане произошло значительное сокращение числа отделений неотложной помощи в 30 ед., что подчеркнуло потенциальные проблемы или реструктуризацию оказания неотложной медицинской помощи. В Алматы произошло заметное увеличение количества отделений неотложной помощи на 13 ед., что свидетельствует о попытках удовлетворить растущий спрос на услуги неотложной помощи.

Республика Казахстан в целом продемонстрировал похвальный прогресс в расширении инфраструктуры неотложной медицинской помощи, региональные различия предполагают необходимость разработки индивидуальных стратегий для решения конкретных проблем и возможностей. Постоянная оценка и инвестиции в услуги неотложной медицинской помощи на региональном уровне имеют решающее значение для обеспечения равного доступа и качественной помощи для всех жителей.

В таблице 13 представлены объемы розничной торговли фармацевтической продукцией по регионам Республики Казахстан за 2018-2022 г. Динамика дает представление о розничной активности в фармацевтическом секторе на региональном уровне за этот период. Общая тенденция указывает на значительный рост розничной торговли фармацевтической продукцией: объем увеличился с 248 585 млн. тенге в 2018 г. до 450 868 млн. тенге в 2022 г., что означает значительный рост на 202 283 млн. тенге. Всплеск подчеркивает растущий спрос и потребление фармацевтических товаров в Казахстане.

Таблица 13 – Объем розничной торговли фармацевтических товаров в разрезе регионов Республики Казахстан за 2018-2022 г., млн. тенге

Наименование региона	2018	2019	2020	2021	2022	Изменение (+/)
Республика Казахстан	248 585	267 615	318 895	308 788	450 868	202283
Абай					9 513	9513
Акмола	19 616	7 136	9 473	9 505	8 821	-10796
Актобе	8 540	8 433	10 195	7 054	30 882	22343
Алматы	9 488	14 130	16 584	10 144	13 259	3770
Атырау	3 917	5 982	8 058	10 679	11 625	7708
Западный Казахстан	2 558	3 814	7 079	3 915	22 363	19805
Жамбыл	12 076	12 152	13 554	12 803	10 932	-1144
Жетысу					9 025	9025
Караганда	30 552	33 280	36 606	39 514	43 871	13319
Костанай	20 145	16 105	16 506	19 466	25 019	4874
Кызылорда	4 487	5 821	7 067	6 119	9 478	4991
Мангистау	3 807	3 945	10 042	3 487	4 286	479
Павлодар	10 725	7 148	10 198	15 162	13 142	2416
Северный Казахстан	7 948	8 835	11 364	11 316	17 298	9350
Туркестан	2 347	4 444	5 081	4 810	7 093	4746
Улытау					2 509	2509
Восточный Казахстан	16 885	17 326	20 636	17 038	28 551	11666
город Астана	25 746	36 961	42 200	32 121	87 110	61364
город Алматы	53 436	62 108	73 275	83 445	72 207	18771
город Шымкент	16 313	19 997	20 977	22 201	23 886	7574

Примечание: источник [49]

В таких регионах, как Атырау, Западный Казахстан и Караганда, наблюдался значительный рост розничной торговли: значительный рост составил 7 708 млн. тенге, 19 805 млн. тенге и 13 319 млн. тенге соответственно. Регионы демонстрируют активную рыночную активность и повышенную доступность фармацевтической продукции.

В Акмоле и Жамбыле наблюдался спад розничной торговли, что указывает на потенциальные проблемы или колебания динамики рынка. В Акмоле наблюдалось заметное снижение на 10 796 млн. тенге, а в Жамбыле – на 1 144 млн. тенге. Регионам может потребоваться дальнейший анализ для устранения основных факторов, влияющих на розничную деятельность.

Восточно-Казахстанская область отличилась заметным ростом розничной торговли со значительным ростом на 11 666 млн. тенге. Рост предполагает растущий фармацевтический рынок и повышенный потребительский спрос в регионе.

Таким образом, данные подчеркивают динамичный характер фармацевтического розничного сектора в Казахстане с различными тенденциями в разных регионах. В некоторых регионах наблюдается значительный рост, другие сталкиваются с проблемами или колебаниями. Для обеспечения устойчивого роста и доступности фармацевтической продукции по всей стране могут потребоваться непрерывный мониторинг и стратегические меры.

Анализ динамики показателей, описывающих различные аспекты медицинской отрасли в Республике Казахстан, выявляет нюансы, характеризующиеся как сильными, так и слабыми сторонами в разных регионах.

Сильные стороны проявляются в общем росте ключевых показателей по всей республике. Увеличение числа больниц, больничных коек, организаций амбулаторной помощи и отделений неотложной помощи означает активные усилия по расширению инфраструктуры и услуг здравоохранения, что свидетельствует о приверженности удовлетворению растущих потребностей населения в медицинской помощи.

Некоторые регионы продемонстрировали значительные успехи в улучшении доступа к медицинским услугам. Регионы, как Атырау, Туркестан и Караганда, продемонстрировали заметный рост числа медицинских учреждений, что отражает согласованное стремление повысить доступность и доступность медицинских услуг для жителей.

Еще одна положительная тенденция наблюдается в розничной торговле фармацевтической продукцией, существенный рост которой отмечен в ряде регионов. Рост предполагает улучшение доступности и потребления основных лекарств по всей стране, что подчеркивает инвестиции в фармацевтический сектор.

Региональные различия в предоставлении медицинских услуг очевидны: в некоторых регионах наблюдается снижение или стагнация ключевых показателей. В регионах, как Восточный Казахстан и Алматы, наблюдается снижение конкретных показателей, что подчеркивает потенциальные пробелы или проблемы в предоставлении медицинской помощи. Между тем, Западный Казахстан, Жамбыл и Атырау продемонстрировали устойчивый рост, что свидетельствует об активных мерах по удовлетворению потребностей в сфере здравоохранения.

Управление потенциалом становится проблемой в ряде регионов, поскольку наблюдаются колебания или сокращение количества больничных коек и организаций амбулаторной помощи. Динамика указывает на потенциальные проблемы с распределением ресурсов и планированием инфраструктуры, которые могут повлиять на качество и доступность медицинских услуг. В таких регионах, как Караганда и Кызылорда, наблюдаются колебания, что указывает на проблемы в эффективном управлении ресурсами здравоохранения.

Очевидны различия в распределении ресурсов здравоохранения, а также неравномерность роста по регионам. В областях наблюдается значительный прогресс, в других наблюдается спад или ограниченный прогресс. Дисбаланс может усугубить неравенство в сфере здравоохранения и помешать усилиям по обеспечению справедливого доступа к качественным медицинским услугам для всех слоев населения.

Таким образом, решение проблем будет иметь решающее значение для создания более надежной и инклюзивной системы здравоохранения в Казахстане. Усилия по смягчению региональных различий, улучшению управления потенциалом и укреплению инфраструктуры будут иметь решающее значение для достижения всеобъемлющей цели повышения доступности, качества и результатов здравоохранения по всей стране.

3 ПЕРСПЕКТИВЫ ПОВЫШЕНИЯ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОТРАСЛИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

3.1 Приоритеты обеспечения развития медицинской отрасли Республики Казахстан

Для того, чтобы эффективно охарактеризовать приоритеты развития в секторе здравоохранения, необходимо сформулировать прогнозируемые значения ключевых показателей, отражающих состояние здоровья населения страны. Следующие показатели, основанные на мировом опыте и передовой практике, наблюдаемых в различных государствах, считаются важными для комплексной оценки и стратегического планирования в Республике Казахстан:

Главный демографический параметр, прогнозируемая численность населения, дает представление о спросе на здравоохранение, распределении ресурсов и потребностях в предоставлении услуг. Нидерланды уделяют приоритетное внимание лечению, ориентированному на пациента, и профилактическим мерам здравоохранения, что приводит к низкому уровню смертности и эффективному оказанию медицинской помощи. Хорошо оборудованные больницы страны и интегрированные службы первичной медико-санитарной помощи способствуют положительным результатам в отношении здоровья. Прогнозирование роста населения облегчает прогнозирование будущих потребностей в здравоохранении, помогая в планировании инфраструктуры и формулировании политики.

Общий коэффициент смертности отражает общий уровень смертности среди населения, включая смертность от всех причин. Система здравоохранения Норвегии ориентирована на справедливость и доступность, что приводит к низкому уровню смертности и высококачественному медицинскому обслуживанию. Инвестиции страны в больницы и амбулаторно-поликлинические услуги обеспечивают своевременный доступ к медицинской помощи для населения. Прогнозирование показателей смертности помогает оценить эффективность системы здравоохранения, выявить различия в состоянии здоровья и направить меры по устранению основных причин смертности.

Уровень младенческой смертности является показателем здоровья детей и эффективности системы здравоохранения. Например, известная универсальной системой здравоохранения и комплексными услугами первичной медико-санитарной помощи, Швеция может похвастаться низким уровнем детской смертности, высокой продолжительностью жизни и хорошо развитой сетью больниц и амбулаторных клиник. Прогнозируя уровень младенческой смертности, можно определить приоритетность инвестиций в программы охраны здоровья матери и ребенка, учреждения неонатальной помощи и меры общественного здравоохранения, направленные на снижение младенческой смертности.

Уровень материнской смертности отражает риск материнской смертности, связанной с родами и осложнениями, связанными с беременностью. Имея репутацию превосходного поставщика медицинских услуг, Сингапур достигает низкого уровня материнской и младенческой смертности, большого количества больничных коек на душу населения и эффективных амбулаторных клиник, что делает его образцом эффективного управления здравоохранением. Прогнозирование показателей материнской смертности позволяет политикам выделять ресурсы на акушерскую помощь, неотложную акушерскую помощь и инициативы в области охраны материнского здоровья для улучшения материнских исходов.

Естественный прирост населения, рассчитываемый на основе коэффициентов рождаемости и смертности, указывает на изменение численности населения, вызванное естественными причинами. Система здравоохранения Японии известна передовыми медицинскими технологиями и низкими затратами на здравоохранение. Вследствие низкого уровня смертности, высокой продолжительности жизни и достаточному количеству больничных коек Япония устанавливает высокие стандарты качества и доступности здравоохранения. Прогнозирование естественного прироста населения учитывается при планировании ресурсов здравоохранения, включая потребности в рабочей силе, расширение инфраструктуры здравоохранения и стратегии профилактического здравоохранения [50].

Прогнозирование количества больничных организаций дает представление о мощности инфраструктуры здравоохранения, географической доступности и возможностях предоставления услуг. Прогнозирование изменений в больничных подразделениях облегчает стратегические инвестиции в медицинские учреждения, специализированные услуги и интеграцию технологий.

Вместимость больничных коек является важнейшим фактором, определяющим готовность системы здравоохранения и доступность пациентов к стационарной помощи. Система здравоохранения Австралии уделяет особое внимание профилактической помощи, что приводит к низкому уровню смертности и высокой продолжительности жизни. Больницы и амбулатории страны предоставляют комплексную помощь, способствуя положительным результатам в отношении здоровья. Прогнозирование количества больничных коек помогает развитию инфраструктуры, планированию соотношения коек и населения и оптимизации больничных ресурсов для удовлетворения колебаний спроса.

Наличие коек в введенных больницах напрямую влияет на процессы приема, лечения и выписки пациентов. Государственная система здравоохранения Канады обеспечивает доступ к основным медицинским услугам для всех граждан. При низком уровне младенческой и материнской смертности и большом количестве больничных коек на душу населения Канада демонстрирует эффективное оказание медицинской помощи. Прогнозирование доступности коек помогает руководству больницы оптимизировать

использование коек, сократить время ожидания и улучшить поток пациентов в медицинских учреждениях.

Число посещений в смену в амбулаторно-поликлинических учреждениях отражает потребность в амбулаторно-поликлинических услугах и мощности амбулаторно-поликлинических учреждений. Система здравоохранения Южной Кореи сочетает в себе передовые медицинские технологии с универсальным охватом, что приводит к низкому уровню смертности, большому количеству больничных коек и эффективному амбулаторному обслуживанию. Прогнозирование посещений амбулаторной клиники помогает распределять персонал, планировать приемы и проектировать учреждения для повышения эффективности обслуживания и удовлетворенности пациентов [51].

Таким образом, прогнозирование ключевых показателей здравоохранения Республики Казахстан имеет важное значение для принятия обоснованных решений, распределения ресурсов и стратегического планирования в секторе здравоохранения. Используя модели прогнозирования и глобальные тенденции данных о состоянии здравоохранения, политики могут предвидеть будущие потребности в здравоохранении, определять приоритетные области для вмешательства и способствовать устойчивому развитию системы здравоохранения.

В приложении А представлены данные по показателям с 2000 по 2022 гг., а в приложении Б представлен прогноз показателей медицинской отрасли Республики Казахстан с 2023 по 2028 гг.

Прогнозируемые тенденции основных показателей медицинской отрасли Республики Казахстан дают представление о предполагаемой траектории развития здоровья населения и инфраструктуры здравоохранения на ближайшие годы. Учитывая прогнозируемый устойчивый рост численности населения в сочетании с ростом общего коэффициента рождаемости, ожидается, что система здравоохранения столкнется с растущим спросом на услуги, особенно в области охраны здоровья матери и ребенка. Существуют многообещающие признаки улучшения, о чем свидетельствует прогнозируемое снижение общего уровня смертности, уровня детской смертности и уровня материнской смертности. Снижение свидетельствует о прогрессе в сфере оказания медицинской помощи, включая улучшение доступа к дородовой помощи, улучшение акушерских услуг и улучшение неонатальной помощи, и все это способствует улучшению показателей здоровья матерей и младенцев.

Ожидается, что естественный прирост населения также будет устойчиво расти, что указывает на положительную демографическую тенденцию и необходимость соответствующих инвестиций в инфраструктуру здравоохранения для удовлетворения растущего населения. Несмотря на небольшое сокращение количества больничных организаций на 21,1 единиц, прогноз предполагает стабильность в данном аспекте, при этом предпринимаются потенциальные усилия по реструктуризации или консолидации для оптимизации ресурсов и повышения эффективности.

В прогнозе отмечается значительный рост на 600,2 числа коек в введенных больницах, что свидетельствует об активных мерах по расширению мощностей

больниц и удовлетворению растущего спроса на стационарные услуги. Расширение имеет решающее значение для обеспечения своевременного доступа к качественной медицинской помощи и снижения переполненности медицинских учреждений.

Ожидаемый рост количества посещений в смену в введенных в эксплуатацию амбулаторно-поликлинических учреждениях на 2921,1 единиц означает рост использования услуг первичной медико-санитарной помощи, отражая усилия по усилению оказания первичной медицинской помощи и продвижению инициатив профилактической помощи. Переход к использованию первичной медицинской помощи имеет важное значение для лечения хронических заболеваний, предотвращения прогрессирования заболевания и снижения нагрузки на учреждения третичной медицинской помощи.

В развивающейся сфере медицины конкурентоспособность является детерминантом, определяющей предоставление медицинских услуг. Конкуренция распространяется на различные аспекты медицинской отрасли: от фармацевтических компаний, борющихся за долю рынка, до больниц, конкурирующих за пациентов, и медицинских работников, ищущих возможности карьерного роста. Для обеспечения развития медицинской промышленности в Республике Казахстан необходимо учитывать несколько приоритетов:

Постоянные инвестиции в инфраструктуру здравоохранения имеют решающее значение для решения проблем с пропускной способностью, наблюдаемых в некоторых регионах. Увеличение количества больниц, амбулаторных учреждений и отделений неотложной помощи расширит доступ к медицинским услугам, что приведет к улучшению показателей здоровья. Обоснование: рост населения и изменение структуры заболеваний требуют расширения инфраструктуры здравоохранения для удовлетворения растущего спроса. Постоянные инвестиции в инфраструктуру здравоохранения имеют решающее значение для решения проблем с пропускной способностью, наблюдаемых в некоторых регионах. Увеличение количества больниц, амбулаторных учреждений и отделений неотложной помощи расширит доступ к медицинским услугам, что приведет к улучшению показателей здоровья. Обоснование: рост населения и изменение структуры заболеваний требуют расширения инфраструктуры здравоохранения для удовлетворения растущего спроса.

Расширение фармацевтического сектора. Продолжающийся рост розничной торговли фармацевтической продукцией подчеркивает важность укрепления фармацевтического сектора. Инвестиции в местное фармацевтическое производство, обеспечение доступности основных лекарств и продвижение стандартов качества улучшат доступность и экономическую доступность здравоохранения. Обоснование: растущий спрос на фармацевтические препараты из-за роста населения и повышения осведомленности о здравоохранении требует устойчивого фармацевтического сектора.

Приоритезация профилактических мер здравоохранения может облегчить нагрузку на систему здравоохранения за счет снижения заболеваемости предотвратимыми заболеваниями. Проведение кампаний общественного здравоохранения, пропаганда здорового образа жизни и увеличение охвата вакцинацией могут предотвратить заболевания и снизить потребность в услугах неотложной помощи. Обоснование: инициативы в области профилактического здравоохранения имеют долгосрочную экономию средств и способствуют общему улучшению здоровья населения.

Усилия должны быть направлены на сокращение региональных различий в доступе к здравоохранению и распределении ресурсов. Целевые инвестиции в недостаточно обслуживаемые регионы, развитие инфраструктуры и стратегии распределения кадров здравоохранения могут помочь устранить неравенство и обеспечить равный доступ к качественным медицинским услугам во всех регионах. Обоснование: региональные различия способствуют неравенству в отношении здоровья и препятствуют усилиям по достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения и улучшению показателей здоровья по всей стране.

Использование анализа данных и информационных систем здравоохранения может служить основой для обоснованной политики и принятия решений в здравоохранении. Мониторинг ключевых показателей, таких как вместимость больничных коек, доступность амбулаторной помощи и тенденции продаж фармацевтических препаратов, может определить области для улучшения и определить стратегии распределения ресурсов. Обоснование: подходы, основанные на данных, позволяют упреждающее планирование, оптимизацию ресурсов и эффективное реагирование на возникающие проблемы здравоохранения.

Таким образом, конкурентоспособность медицинской отрасли стимулирует инновации, улучшение качества и превосходство в уходе за пациентами. Поскольку здравоохранение продолжает развиваться, организации и специалисты должны адаптироваться к новым тенденциям и технологиям, чтобы оставаться конкурентоспособными и удовлетворять постоянно меняющиеся потребности пациентов и отрасли здравоохранения.

3.2 Мероприятия по совершенствованию развития системы конкурентоспособности медицинской отрасли

В целях повышения конкурентоспособности медицинской отрасли Республики Казахстан была определена стратегическая дорожная карта, ориентированная на три основных направления:

1. Выбор направлений развития показателей медицинской отрасли. Изучение и оценка выявили приоритетные сектора, готовые к развитию. Они охватывают целый спектр усилий: от укрепления инфраструктуры здравоохранения до оптимизации распределения ресурсов и укрепления кадрового потенциала. По причине тесных инициатив с ключевыми показателями эффективности и контрольными показателями, такими как вместимость больничных коек и эффективность амбулаторных клиник, будут

детально спланированы целевые вмешательства. Стратегический подход направлен на обеспечение устойчивого прогресса и начало новой эры улучшения результатов здравоохранения по всей стране.

2. Улучшение системы цифровых программ. Признавая преобразовательный потенциал цифрового здравоохранения, в проекте особое внимание уделяется созданию интегрированной цифровой программной системы. Инновационные решения, такие как электронные медицинские карты и телемедицинские платформы, займут центральное место, способствуя беспрепятственному общению, обмену данными и координации ухода за пациентами. Инициатива, уделяя приоритетное внимание совместимости и безопасности данных, представляет согласованные усилия по повышению эффективности и масштабируемости в сфере здравоохранения, гарантируя, что преимущества цифровизации будут использованы в полной мере.

3. Программа лизинга медицинского оборудования. Опираясь на успешные модели Канады и Швеции, стратегия предусматривает реализацию универсальной программы лизинга медицинского оборудования. Программа, призванная решить проблему нехватки капитала и облегчить доступ к передовым медицинским технологиям, предложит гибкие варианты лизинга, адаптированные к разнообразным потребностям поставщиков медицинских услуг. В результате стратегического партнерства с финансовыми учреждениями и поставщиками оборудования медицинские учреждения получают доступ к современному оборудованию без непомерно высоких первоначальных затрат. Инициатива не только способствует инновациям, но и улучшает уход за пациентами, обеспечивая доступ к новейшим достижениям медицины.

4. При использовании кластерного подхода к развитию отрасли сотрудничество со странами, известными своими инновациями в области здравоохранения, будет иметь важное значение. Основываясь на успешных моделях, таких как биополис Сингапура и фармацевтические кластеры Индии, стратегическое партнерство будет способствовать обмену знаниями, передаче технологий и совместным исследованиям. Ключевым приоритетом станет создание специализированных кластеров здравоохранения, ориентированных на биотехнологии, фармацевтику и медицинское оборудование. Инициативы, как Шымкентский медико-фармацевтический кластер в сотрудничестве с южнокорейской Техно-долиной медицинской промышленности Вонджу, подчеркивают потенциал трансграничного сотрудничества для стимулирования инноваций и экономического роста. В силу сотрудничества Казахстан стремится позиционировать как центр передового здравоохранения в регионе, способствуя прогрессу и процветанию своих граждан.

В условиях устойчивого роста населения стратегическое планирование имеет важное значение для расширения инфраструктуры здравоохранения и обеспечения равного доступа к медицинским услугам во всех регионах. Прогнозирование будущих потребностей в здравоохранении и оптимизация моделей оказания медицинской помощи будут иметь решающее значение. Направления развития демографических показателей Республики Казахстан представлены в следующей таблице 14.

Таблица 14 – Направления развития демографических показателей Республики Казахстан

Показатель	Направления развития
Численность населения на конец периода (года) тыс. чел.	Устойчивый рост требует стратегического планирования для расширения инфраструктуры здравоохранения и выделения ресурсов для удовлетворения потребностей растущего населения. Перспективы включают прогнозирование будущих потребностей в здравоохранении, оптимизацию моделей предоставления медицинских услуг и обеспечение равного доступа к медицинским услугам в разных регионах.
Общий коэффициент рождаемости (на 1000 чел.)	Инициативы по улучшению услуг материнского и детского здравоохранения, включая акушерский уход, акушерские услуги и неонатальный уход, могут способствовать снижению негативного воздействия рождаемости на материнскую и детскую смертность. Популяризация образования в области планирования семьи, доступ к контрацептивам и услугам репродуктивного здоровья могут помочь в управлении уровнем рождаемости.
Естественный прирост населения на 1000 чел.	Стратегические инвестиции в инфраструктуру здравоохранения, развитие кадрового потенциала и общественные программы здравоохранения могут помочь управлять воздействием роста населения на спрос на медицинские услуги и их предоставление. Процесс включает расширение услуг первичного здравоохранения, внедрение программ по профилактике заболеваний и поддержку вовлечения общества для популяризации здорового образа жизни.

Примечание: составлено автором

Усилия по улучшению услуг по охране здоровья матери и ребенка имеют жизненно важное значение для снижения негативного воздействия рождаемости на материнскую и детскую смертность. Инициативы, как продвижение образования в области планирования семьи и обеспечение доступа к противозачаточным средствам, могут помочь эффективно управлять уровнем рождаемости.

Стратегические инвестиции в инфраструктуру здравоохранения, развитие рабочей силы и программы общественного здравоохранения необходимы для управления воздействием естественного прироста населения на спрос на здравоохранение. Главными приоритетами станут расширение услуг первичной медико-санитарной помощи, внедрение программ профилактики заболеваний и пропаганда здорового образа жизни посредством взаимодействия с населением.

Отдельные регионы требуют особого внимания из-за колебаний и снижения различных показателей здравоохранения. Алматы и Караганда

столкнулись с такими проблемами, как сокращение количества больничных коек и организаций амбулаторно-поликлинической помощи, что требует усилий по оптимизации инфраструктуры здравоохранения и управления мощностями. В Восточном Казахстане наблюдается заметное снижение показателей здравоохранения, что подчеркивает необходимость инвестиций в инфраструктуру и развитие рабочей силы. В Акмоле наблюдаются колебания в организациях амбулаторно-поликлинической помощи, что подчеркивает важность стабилизации ресурсов здравоохранения и улучшения их доступности. Мангистау демонстрирует потенциал для роста, но сталкивается с такими проблемами, как колебания розничной торговли фармацевтической продукцией, что требует принятия мер по обеспечению устойчивого развития.

Сосредоточив внимание на этих регионах и реализуя целевые меры для решения их уникальных проблем, Казахстан может работать над достижением более справедливого и эффективного оказания медицинской помощи по всей стране.

Направления развития показателей медицинских учреждений Республики Казахстан представлены в таблице 15. Исходя из предыдущего анализа, показывающим показатели здравоохранения по регионам, значительное внимание заслуживают Алматы, Караганда, Восточный Казахстан, Акмола и Мангистау. В регионах наблюдаются колебания или снижение различных показателей здравоохранения, что сигнализирует о потенциальных проблемах в сфере оказания медицинской помощи. Сосредоточив внимание на этих регионах и реализуя целевые меры для решения их уникальных проблем, Казахстан может работать над достижением более справедливого и эффективного оказания медицинской помощи по всей стране.

Таблица 15 – Направления развития показателей медицинских учреждений Республики Казахстан

Показатель	Направление развития
Число больничных организаций, ед.	Оптимизация операций, оптимизация существующих объектов и внедрение инновационных моделей предоставления здравоохранения могут повысить эффективность и устойчивость, смягчая негативное влияние сокращения числа организаций больниц. Перспективы включают оценку потребностей в здравоохранении, рационализацию услуг и использование технологий для улучшения результатов для пациентов и использования ресурсов.
Количество больничных коек, тыс. ед.	Плановое расширение вместимости больничных койкомест, вместе с инициативами по улучшению управления койками и потоком пациентов, может помочь удовлетворить растущий спрос на стационарные услуги и снизить переполнение в больницах. Перспективы включают оценку загруженности койками, улучшение процессов

	планирования выписки и инвестирование в инфраструктуру интенсивной терапии для обеспечения своевременного доступа к медицинской помощи в больнице.
Количество коек во введенных в эксплуатацию больницах, ед.	Постоянные инвестиции в инфраструктуру больниц, включая запуск новых объектов и реконструкцию существующих, необходимы для расширения койкомест и обеспечения своевременного доступа к медицинским услугам. Процесс требует сотрудничества между государственными органами, поставщиками здравоохранения и частными заинтересованными сторонами для приоритизации инвестиций в инфраструктуру, оптимизации распределения ресурсов и устранения неравенств в здравоохранении.
Количество посещений в смену во введенных в эксплуатацию амбулаторно-поликлинических организациях, ед.	Укрепление услуг первичного здравоохранения, продвижение программ по профилактике заболеваний и повышение эффективности работы поликлиник могут помочь удовлетворить растущий спрос на услуги первичного здравоохранения и снять давление с терциарных медицинских учреждений. Процесс включает внедрение мультидисциплинарных моделей ухода, интеграцию технологических решений и доверие первостепенным медицинским работникам для оказания комплексной и пациентоориентированной помощи в условиях поликлиник.

Примечание: источник составлено автором

С точки зрения управления органы управления Республики Казахстан могут реализовать несколько стратегий по повышению эффективности работы и сокращению количества посещений в смену в поликлиниках:

1. Выделить адекватные ресурсы, включая финансирование, персонал и оборудование, амбулаторным клиникам, чтобы обеспечить эффективную работу и своевременное оказание помощи.

2. Провести оценку рабочей силы, чтобы определить потребности в персонале с учетом спроса пациентов и рабочей нагрузки клиники. Нанимать и сохраняйте квалифицированных медицинских работников, включая врачей, медсестер и вспомогательный персонал, для эффективного удовлетворения потребностей пациентов.

3. Внедрить оптимизированные процессы и рабочие процессы для оптимизации работы клиники и сокращения времени ожидания пациентов. Процесс включает улучшение систем планирования посещений, процессов регистрации и потока пациентов в клинике.

4. Интегрировать технологические решения, такие как электронные медицинские карты (EHR), телемедицинские платформы и системы записи на

прием, чтобы улучшить коммуникацию, оптимизировать административные задачи и повысить общую эффективность амбулаторных клиник.

5. Внедрять инициативы по улучшению качества, такие как клинические руководства, протоколы и показатели эффективности, для стандартизации оказания медицинской помощи, улучшения результатов лечения пациентов и повышения общего качества помощи, предоставляемой в амбулаторных клиниках.

6. Предоставить возможности постоянного образования и обучения медицинским работникам для повышения их навыков, знаний и компетенций в области амбулаторно-поликлинической помощи. Процесс включает обучение новым технологиям, клиническим протоколам и передовому опыту ухода за пациентами.

7. Взаимодействовать с местным сообществом, чтобы понять их потребности в области здравоохранения, предпочтения и отзывы. Создать механизмы обратной связи с пациентами и их участия в инициативах по улучшению клиники, чтобы обеспечить уход, ориентированный на пациента, и повысить удовлетворенность пациентов.

8. Содействовать сотрудничеству и координации между поставщиками медицинских услуг, государственными учреждениями, общественными организациями и другими заинтересованными сторонами, участвующими в предоставлении медицинских услуг. Процесс включает создание справочных сетей, протоколов координации медицинской помощи и партнерских отношений для облегчения плавного перехода ухода за пациентами по всему континuumу здравоохранения.

Направления снижения негативных показателей медицинской отрасли Республики Казахстан представлено в табл. 16.

Таблица 16 – Направления снижения негативных показателей медицинской отрасли Республики Казахстан

Показатель	Направления снижения негативных показателей
Общий коэффициент смертности (на 1000 чел.)	Продолжение инвестиций в предоставление медицинских услуг, программы по предотвращению заболеваний и программы по повышению здоровья может помочь смягчить факторы, способствующие преждевременной смертности, что приведет к снижению сырой смертности. Укрепление систем здравоохранения, улучшение доступа к качественным медицинским услугам и учет социальных детерминант здоровья могут сыграть ключевую роль в снижении уровня смертности.
Коэффициент младенческой смертности (на 1000 род.)	Укрепление услуг неонатального ухода, внедрение эффективных мероприятий на основе доказательной медицины и расширение доступа к материнскому здравоохранению могут привести к значительному снижению уровня смертности младенцев. Инвестирование в программы

	материнского и детского здоровья, улучшение антенатального ухода и популяризация практик грудного вскармливания могут способствовать улучшению выживаемости младенцев.
Коэффициент материнской смертности (на 100 000 род.)	Приоритетное развитие программ материнского здоровья, обеспечение доступа к квалифицированным акушерам и устранение неравенств в области материнского здоровья могут помочь смягчить риски и снизить уровень материнской смертности. Инвестиции в комплексные услуги материнского здравоохранения, включая антенатальный уход, экстренную акушерскую помощь и послеродовую поддержку, необходимы для предотвращения материнской смертности и осложнений.

Примечание: источник составлено автором

Регионы с повышенным уровнем младенческой смертности указывают на потенциальные пробелы в услугах по охране здоровья матери и ребенка. В регионах с ограниченным доступом к дородовой помощи, квалифицированным акушеркам и учреждениям по уходу за новорожденными, вероятно, будет наблюдаться более высокий уровень младенческой смертности и потребуются целенаправленные воздействия для улучшения результатов.

В регионах с повышенным уровнем материнской смертности отмечаются недостатки в сфере услуг по охране материнского здоровья и доступа к акушерской помощи. В регионах может не хватать квалифицированных акушерок, учреждений неотложной акушерской помощи или основных программ охраны материнского здоровья, что способствует более высокому уровню материнской смертности.

Установление приоритетности мер по решению проблем имеет значение для улучшения показателей здоровья и снижения предотвратимой смертности в Казахстане. Инвестиции в инфраструктуру здравоохранения, обучение рабочей силы, программы охраны здоровья матери и ребенка, а также меры на уровне местного сообщества могут помочь смягчить факторы, способствующие высокому уровню смертности, и улучшить общее состояние здоровья и благополучия по всей стране.

Республика Казахстан развивает сектор здравоохранения за счет внедрения нескольких отечественных цифровых решений, опираясь на международный опыт для улучшения ухода за пациентами и улучшения результатов в отношении здоровья. Инициативы направлены на повышение точности диагностики, расширение доступа к медицинским услугам и облегчение удаленного мониторинга состояния здоровья пациентов. Мероприятия для развития направлений следующие:

1. Одним из примечательных нововведений является программное обеспечение SmartECG, которое позволяет удаленно интерпретировать результаты кардиологических исследований. Решение, работающее в 15 регионах Казахстана, соответствует международным тенденциям в

телемедицине, позволяя медицинским работникам получать доступ к экспертным интерпретациям кардиологических тестов независимо от географического местоположения. Страны, как США и Германия, добились значительных успехов в телемедицине, а такие платформы, как Teladoc и Fernarzt, предлагают дистанционные кардиологические консультации, служащие моделями для внедрения SmartECG в Казахстане.

2. Аппаратно-программный комплекс EyeLab предлагает автоматическую интерпретацию и дистанционную обработку изображений глазного дна, чем могут воспользоваться пациенты в нескольких регионах Казахстана. Черпая вдохновение из таких стран, как Сингапур и Южная Корея, где передовые системы телеофтальмологии улучшили доступность офтальмологической помощи, Казахстан может использовать международный опыт для расширения возможностей EyeLab и расширения ее охвата малообеспеченных сообществ.

3. Еще одной многообещающей инициативой является программное обеспечение MedReview, облегчающее создание удаленных отчетов о радиологических службах. Для достижения этой цели Казахстан может изучить возможности партнерства с ведущими экспертами в области радиологии и учреждениями по всему миру, такими как Национальная служба здравоохранения Соединенного Королевства (NHS) и Королевский австралийский колледж радиологов Австралии, чтобы улучшить функциональность программного обеспечения и обеспечить соответствие международным стандартам радиологической отчетности.

4. Система диагностики здоровья HES-7 представляет значительное достижение в области телемедицины, позволяя удаленно собирать и передавать диагностическую информацию из отдаленных сельских районов. Опираясь на эту инициативу, Казахстан может сотрудничать с международными организациями телемедицины, такими как «Врачи без границ» (MSF) и «Партнеры в здравоохранении» (PHN), чтобы масштабировать развертывание HES-7, расширить его возможности для охвата дополнительных медицинских специальностей и интегрировать алгоритмы искусственного интеллекта для более точной диагностики.

5. Система дистанционного мониторинга здоровья граждан с помощью носимых устройств демонстрирует приверженность Казахстана профилактическому здравоохранению. Опираясь на международный опыт ведения хронических заболеваний, такие страны, как Нидерланды и Швеция, реализовали успешные программы дистанционного мониторинга диабета и гипертонии, что дает ценную информацию для казахстанской инициативы. Включив персонализированную информацию о состоянии здоровья, способствуя вовлечению пациентов и интеграции анализа данных, Казахстан может еще больше усовершенствовать систему дистанционного мониторинга для выявления ранних предупреждающих признаков и предотвращения осложнений.

Таким образом, используя международный опыт и знания, управленческие органы Казахстана могут ускорить разработку и внедрение решений в области

цифрового здравоохранения, в конечном итоге улучшая доступность, качество и результаты здравоохранения для населения.

Программа лизинга медицинского оборудования в Казахстане может быть вдохновлена успешными моделями лизинга, реализованными в таких странах, как Канада и Швеция, где гибкие и прозрачные структуры способствовали широкому внедрению передовых медицинских технологий. Опираясь на этот международный опыт, Казахстан может разработать систему лизинга, адаптированную к системе здравоохранения, характеризующемуся разнообразными потребностями здравоохранения и ограниченностью ресурсов.

Программа, созданная по образцу Канады, может предложить вариант операционной аренды, при котором медицинские учреждения могут арендовать медицинское оборудование на фиксированный срок без принятия на себя ответственности за право собственности. Договоренность обеспечивает предприятиям гибкость в обновлении или замене оборудования по мере развития технологий без обязательств по долгосрочным затратам на владение. Программа обеспечивает предсказуемое составление бюджета с фиксированными арендными платежами в течение срока аренды.

Подобно шведской модели капитальной аренды, программа может предлагать вариант капитальной аренды, позволяющий медицинским учреждениям брать в аренду медицинское оборудование с намерением в конечном итоге стать его владельцем. В соответствии с соглашением предприятия выплачивают фиксированные арендные платежи в течение срока аренды с возможностью приобретения оборудования в конце срока аренды за номинальную сумму. Вариант дает возможность предприятиям постепенно приобретать в собственность необходимое оборудование, одновременно распределяя затраты во времени.

Учитывая опыт Канады и Швеции, программа может ввести вариант аренды с выкупом, при котором медицинские учреждения имеют возможность в конечном итоге получить право собственности на арендованное оборудование после выполнения обязательств по аренде. Договоренность обеспечивает преимущества как операционной, так и капитальной аренды, обеспечивая гибкость в течение срока аренды и одновременно открывая путь к владению активами в долгосрочной перспективе.

Таким образом, приняв гибкую и прозрачную структуру лизинга, вдохновленную успешными моделями Канады и Швеции, Республика Казахстан может предоставить медицинским учреждениям возможность получить доступ к современному медицинскому оборудованию и эффективно его использовать.

Развитие кластеров в Казахстане, включая такие инициативы, как фармацевтический кластер в Туркестанской и Актюбинская агломерация, отражает приверженность страны развитию стратегического партнерства и содействию диверсификации экономики, особенно в медицинском и фармацевтическом секторах.

Фармацевтический кластер в регионе Туркестана символизирует усилия Казахстана по использованию своих природных ресурсов и опыта в фармацевтическом производстве для создания центра фармацевтического

производства и инноваций. Концентрируя ресурсы, опыт и инфраструктуру в регионе Туркменистана, Казахстан стремится повысить конкурентоспособность своей фармацевтической промышленности, привлечь инвестиции и способствовать исследованиям и разработкам в этой области.

Актюбинская агломерация служит центром экономической деятельности в западном регионе Казахстана, уделяя особое внимание различным секторам, включая медицину, фармацевтику, образование, транспорт, логистику и промышленность. Развивая динамичную экосистему взаимосвязанных отраслей и институтов, Актобе стремится извлечь выгоду из синергии между различными секторами, стимулировать инновации и стимулировать экономический рост в регионе.

Одной из организаций, продвигающих биомедицинские инновации в Сингапуре, является ASTAR (Агентство по науке, технологиям и исследованиям). ASTAR курирует такие исследовательские институты, как Институт молекулярной и клеточной биологии (IMCB), Институт биоинженерии и нанотехнологий (IBN) и Институт технологий биобработки (BTI). Институты проводят передовые исследования в таких областях, как биомедицинские науки, биотехнологии и разработка лекарств, что способствует укреплению репутации Сингапура как центра биомедицинских исследований. Перспективы сотрудничества, следующие:

1. Республика Казахстан может изучить возможности сотрудничества в области исследований с A*STAR и дочерними институтами. Совместные исследовательские проекты в таких областях, как открытие лекарственных препаратов, биомедицинская инженерия и биотехнологии, могли бы использовать опыт и инфраструктуру Сингапура для ускорения инноваций в биомедицинском секторе Казахстана.

2. Сотрудничество с сингапурскими компаниями и исследовательскими институтами может способствовать реализации инициатив по передаче технологий, что позволит Казахстану приобретать передовые технологии и ноу-хау в области биомедицинских исследований, производства и оказания медицинской помощи.

3. Программы обмена учеными, исследователями и медицинскими работниками между Казахстаном и Сингапуром могут способствовать обмену знаниями, развитию навыков и наращиванию потенциала в ключевых областях биомедицинских исследований и управления здравоохранением.

Фармацевтическая промышленность Индии известна во всем мире мощными производственными возможностями, обширным портфелем продуктов и экономически эффективным производством непатентованных лекарств. Хайдарабад и Гуджарат – известные фармацевтические кластеры Индии, где расположено множество фармацевтических компаний, исследовательских институтов и производственных предприятий.

В Хайдарабаде, который часто называют «Индийским фармацевтическим городом», расположены крупные фармацевтические компании, исследовательские организации и регулирующие органы. В городе находится Долина геномов, биотехнологический кластер, в котором расположены научно-

исследовательские институты, биофармацевтические компании и академические учреждения. Гуджарат, особенно регион Ахмадабад-Вадодара, является еще одним ключевым фармацевтическим центром, известным концентрацией фармацевтических производств и фармацевтических компаний, ориентированных на экспорт. Перспективы сотрудничества, следующие:

1. Сотрудничество с индийскими фармацевтическими компаниями могло бы расширить возможности фармацевтического производства Казахстана, особенно в производстве непатентованных лекарств. Совместные предприятия или соглашения о передаче технологий могут способствовать обмену знаниями и наращиванию потенциала в фармацевтическом производстве.

2. Партнерство с индийскими организациями по клиническим исследованиям (CRO) и академическими учреждениями может позволить Казахстану проводить клинические испытания и научные исследования, используя обширную инфраструктуру и опыт клинических исследований Индии.

3. Сотрудничество в рамках инициатив в области телемедицины может повысить доступность здравоохранения в Казахстане, используя опыт Индии во внедрении телемедицинских решений для охвата удаленных и недостаточно обслуживаемых групп населения.

Фармацевтическая промышленность Китая в последние годы пережила значительный рост в силу расширяющегося рынка здравоохранения, сильным производственным возможностям и поддерживающей государственной политике. Шанхай и Пекин являются известными фармацевтическими кластерами Китая, привлекающими транснациональные фармацевтические компании, биотехнологические стартапы и исследовательские институты. Шанхай с «Парком высоких технологий Чжанцзян» является крупным биофармацевтическим центром, в котором расположены исследовательские институты, фармацевтические компании и биомедицинские стартапы. Парк способствует инновациям и сотрудничеству в таких областях, как открытие лекарств, биотехнологии и медицинское оборудование. Пекин, где находится «Парк биологических наук Чжунгуаньцунь», является биомедицинским кластером, известным концентрацией биотехнологических компаний, академических институтов и исследовательских организаций. Перспективы сотрудничества, следующие:

1. Сотрудничество с китайскими исследовательскими институтами и биотехнологическими компаниями может способствовать совместным исследовательским проектам в области биотехнологии, геномики и точной медицины. Казахстан может использовать опыт и ресурсы Китая для ускорения инноваций в области биофармацевтики и технологий здравоохранения.

2. Партнерство с китайскими фармацевтическими производителями может повысить возможности фармацевтического производства Казахстана и устойчивость цепочки поставок. Совместные предприятия или соглашения о передаче технологий могут способствовать обмену знаниями и развитию навыков в процессах фармацевтического производства.

3. Сотрудничество в проектах инфраструктуры здравоохранения, таких как строительство больниц и закупка медицинского оборудования, может

принести пользу Казахстану за счет использования опыта Китая в развитии инфраструктуры здравоохранения и внедрении технологий. Совместные инвестиционные проекты или государственно-частное партнерство (ГЧП) могут улучшить предоставление медицинских услуг и доступ к ним в недостаточно обслуживаемых регионах Казахстана.

Потребительский рынок системных интеграторов здравоохранения и медицины характеризуется динамичной и быстро меняющейся конкурентной средой. Множество игроков, от признанных лидеров отрасли до новаторских стартапов, конкурируют за долю рынка и превосходство. Жесткая конкуренция способствует постоянному стремлению к инновациям и исключительной производительности, поскольку компании стремятся выделиться за счет превосходного качества продукции, тактики ценообразования и удовлетворенности клиентов. Динамика рынка формируется такими переменными, как технологические инновации, изменения в законодательстве и меняющиеся потребительские предпочтения. Динамичная конкуренция не только способствует расширению рынка, но также создает проблемы и возможности для участников, способствуя стратегическому сотрудничеству, консолидациям и поглощениям, поскольку предприятия стремятся сохранить конкурентное преимущество в этой постоянно меняющейся среде. Потребительский рынок системных интеграторов здравоохранения и медицины представляет захватывающую конкуренцию, где способность приспосабливаться и предлагать новые идеи является решающим фактором для достижения успеха.

В дополнение к изложенным стратегиям, развитие интеграторов здравоохранения будет иметь решающее значение для стимулирования инноваций и эффективности на потребительском рынке. Интеграторы здравоохранения, выступая посредниками между поставщиками медицинских услуг, плательщиками и пациентами, играют решающую роль в организации бесперебойного оказания медицинской помощи и оптимизации результатов здравоохранения. Объединяя и анализируя данные здравоохранения, интеграторы здравоохранения могут получать полезную информацию для принятия клинических решений, улучшения координации медицинской помощи и персонализации обслуживания пациентов.

В результате стратегического партнерства с интеграторами здравоохранения Казахстан может использовать их опыт в области анализа данных, управления медицинским обслуживанием и цифровых решений для здравоохранения, чтобы добиться трансформационных изменений в экосистеме здравоохранения. Интеграторы будут способствовать интеграции разрозненных медицинских услуг, оптимизируют административные процессы и предоставят пациентам возможность контролировать свое здоровье с помощью платформ цифрового здравоохранения и телемедицинских услуг.

Таким образом, встраивая интеграторов здравоохранения в структуру системы здравоохранения, Казахстан может открыть новые возможности для инноваций, улучшить доступность здравоохранения и повысить общее качество медицинской помощи. Совместные усилия интеграторов здравоохранения,

государственных учреждений, поставщиков медицинских услуг и технологических партнеров будут способствовать реализации всего потенциала моделей интегрированного оказания медицинской помощи и позиционированию Казахстана как лидера в области инноваций в сфере здравоохранения в регионе.

Ожидается, что реализация рекомендаций в рамках развития конкурентоспособности медицинской сферы в Республике Казахстан будет иметь многоплановое воздействие, охватывающее различные аспекты оказания медицинской помощи, технологического прогресса, экономического роста и общественного благосостояния:

1. Рекомендации направлены на улучшение инфраструктуры, оптимизацию распределения ресурсов и укрепление кадрового потенциала, что приводит к улучшению показателей здоровья, снижению заболеваемости и смертности и повышению удовлетворенности пациентов.

2. Интеграция цифрового здравоохранения и программа лизинга медицинского оборудования повысят эффективность, облегчат дистанционные консультации и обеспечат доступ к передовым технологиям, особенно в отдаленных районах, тем самым сокращая время ожидания и улучшая доступность здравоохранения.

3. Сотрудничество с другими странами будет способствовать инновациям, привлечению инвестиций и созданию ценных рабочих мест в сфере здравоохранения, позиционируя Казахстан как региональный центр передового опыта в области здравоохранения и стимулируя диверсификацию экономики.

4. Демонстрируя приверженность инновациям в сфере здравоохранения и высококачественной медицинской помощи посредством партнерства и совместных инициатив, Казахстан укрепит глобальную репутацию, привлекая инвестиции, таланты и способствуя обмену знаниями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицинская отрасль Республики Казахстан сталкивается с различными проблемами, включая неравенство в инфраструктуре здравоохранения и предоставлении услуг по регионам, недостаточные инвестиции в технологии и оборудование здравоохранения, необходимость модернизации и цифровизации систем здравоохранения. Существуют проблемы, связанные с доступностью здравоохранения, качеством медицинской помощи и кадровым потенциалом. Проблемы подчеркивают необходимость стратегического планирования, целенаправленных мер и сотрудничества с международными партнерами для устранения пробелов, оптимизации ресурсов и улучшения результатов здравоохранения по всей стране.

В методологии исследования использовалось сочетание количественного анализа данных здравоохранения из различных источников, включая правительственные отчеты, статистические базы данных и научные исследования, а также качественное изучение политики, программ и инициатив, связанных с медицинской промышленностью в Республике Казахстан. Данные таблиц и показателей были проанализированы для выявления тенденций, закономерностей и различий в показателях здравоохранения по регионам и во времени. Были проведены обзоры литературы в области здравоохранения, чтобы получить представление об основных факторах, способствующих наблюдаемым тенденциям, и разработать рекомендации по повышению конкурентоспособности медицинской промышленности.

Результаты достижения поставленных целей и задач исследования позволяют сделать несколько ключевых выводов.

В рамках теоретической главы были рассмотрены концептуальные основы и состояние медицинской отрасли в глобальном контексте. Согласно анализу существующей литературы и нормативной базы, было получено представление о ключевых факторах, влияющих на конкурентоспособность в медицинском секторе.

Анализ медицинской отрасли Республики Казахстан во второй главе работы раскрывает множество противоречий, в которых есть как положительные аспекты, так и заметные проблемы. В разных регионах очевидны различия в инфраструктуре здравоохранения и предоставлении услуг, что отражает необходимость целенаправленных мер для устранения пробелов и оптимизации распределения ресурсов. В регионах, как Алматы и Караганда, наблюдаются колебания и снижение ключевых показателей здравоохранения, таких как количество больничных коек и организаций амбулаторно-поликлинической помощи. Регионы, как Туркестан и Мангистау, продемонстрировали умеренный или значительный рост некоторых показателей здравоохранения, что указывает на потенциал для роста и улучшения. Управление становится проблемой, поскольку колебания количества больничных коек и организаций амбулаторной помощи подчеркивают необходимость стратегического планирования и оптимизации ресурсов.

Прогнозируемый рост показателей населения и здравоохранения требует активных инвестиций в инфраструктуру, развитие рабочей силы и технологическую интеграцию для удовлетворения растущего спроса, и расширения доступа к здравоохранению. Интеграция решений цифрового здравоохранения представляет собой многообещающий путь для модернизации оказания медицинской помощи, повышения эффективности и расширения медицинских услуг для малообеспеченного населения, особенно в отдаленных районах.

Рекомендации по развитию конкурентоспособности медицинской отрасли Казахстана призваны принести значительные выгоды в сфере здравоохранения, технологий, экономики и общества, среди которых:

1. Улучшение результатов в области здравоохранения. Сосредоточив внимание на приоритетных областях, таких как улучшение инфраструктуры здравоохранения, оптимизация распределения ресурсов и укрепление кадрового потенциала здравоохранения, ожидаемым эффектом является улучшение результатов здравоохранения. Процесс может проявляться в снижении заболеваемости и смертности, повышении удовлетворенности пациентов и увеличении продолжительности жизни. Ожидается, что стратегическое распределение ресурсов и целевые вмешательства приведут к более эффективной профилактике, диагностике и лечению заболеваний, что в конечном итоге будет способствовать улучшению показателей здоровья населения.

2. Интеграция решений цифрового здравоохранения и реализация программы лизинга медицинского оборудования призваны повысить эффективность и доступность медицинских услуг. Цифровизация систем здравоохранения упростит процессы, облегчит дистанционные консультации и улучшит координацию ухода за пациентами, что приведет к сокращению времени ожидания и улучшению доступа к медицинской помощи, особенно в отдаленных районах. Программа лизинга снимет финансовые барьеры для приобретения передовых медицинских технологий, гарантируя, что медицинские учреждения будут иметь доступ к современному оборудованию без непомерно высоких первоначальных затрат.

3. Ожидается, что развитие кластеров здравоохранения посредством сотрудничества с другими странами будет стимулировать экономический рост за счет стимулирования инноваций, привлечения инвестиций и создания ценных рабочих мест в секторе здравоохранения. Стратегическое партнерство и инициативы по обмену знаниями станут катализатором развития динамичной экосистемы здравоохранения, включающей исследовательские институты, биотехнологические компании и производителей медицинского оборудования. Процесс не только укрепит отечественную отрасль здравоохранения, но и позиционирует Казахстан как региональный центр инноваций и передового опыта в области здравоохранения, привлекая иностранные инвестиции и способствуя диверсификации экономики.

4. По причине сотрудничества с известными новаторами в области здравоохранения и внедрению лучших практик со всего мира медицина

Казахстана готова укрепить свою международную репутацию как центр передового опыта в области здравоохранения. Используя партнерские отношения и участвуя в совместных исследованиях и разработках, Казахстан может продемонстрировать свою приверженность продвижению инноваций в сфере здравоохранения и предоставлению высококачественной помощи пациентам. Улучшенная репутация не только привлечет иностранные инвестиции и таланты, но также будет способствовать обмену знаниями и сотрудничеству в глобальном масштабе, что будет способствовать дальнейшему прогрессу и инновациям в медицинской сфере.

Таким образом, реализация рекомендаций принесет значительные выгоды для Республики Казахстан, начиная от улучшения результатов здравоохранения и повышения эффективности и заканчивая экономическим ростом и улучшением международной репутации, что в конечном итоге будет способствовать благополучию и процветанию ее граждан.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Кузнецова, Г. В. Международная торговля товарами и услугами : учебник и практикум для вузов [Текст] / Г. В. Кузнецова, Г. В. Подбиралина. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 720 с.
2. Герасимова, О. О. Основы предпринимательской деятельности : учебное пособие [Текст] / О. О. Герасимова. — Минск : РИПО, 2019. — 271 с.
3. Фомичев, В. И. Управление качеством и конкурентоспособностью : учебник для вузов [Текст] / В. И. Фомичев. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 156 с.
4. Thakur R., Hsu S. H. Y., Fontenot G. Innovation in healthcare: Issues and future trends //Journal of Business Research. – 2012. – Т. 65. – №. 4. – С. 562-569.
5. Галина, Г. Ф. Правовое обеспечение реформирования области здравоохранения в Российской Федерации и Республике Казахстан в 90-е годы XX века [Текст] / Г. Ф. Галина //Право-явление цивилизации и культуры. – 2020. – С. 323-328.
6. Трофимова, Е. О. Маркетинг в фармации: методология исследований фармацевтического рынка : учебное пособие для вузов [Текст] / Е. О. Трофимова. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 121 с.
7. Рыбина, М. Н. Экономическая история : учебник для вузов [Текст] / М. Н. Рыбина, В. О. Исаенко. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 399 с.
8. Мясникович, М. В. Стратегические направления развития евразийской экономической интеграции в контексте глобальных вызовов : коллективная монография [Текст] / М. В. Мясникович. — Минск : Белорусская наука, 2022. — 294 с.
9. Горбанко, Е. А. Управление конкурентоспособностью : учебник для вузов [Текст] / Е. А. Горбашко, И. А. Максимцева. — 3-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 427 с.
10. Заволокина, Л. И. Мировая экономика : учебное пособие для среднего профессионального образования [Текст] / Л. И. Заволокина, Н. А. Диесперова. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 233 с.
11. Лифиц, И. М. Конкурентоспособность товаров и услуг : учебное пособие для вузов [Текст] / И. М. Лифиц. — 5-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 408 с.
12. Лихолетов, В. В. Экономическая безопасность инновационной политики : учебное пособие для вузов [Текст] / В. В. Лихолетов. — 2-е изд. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 202 с.
13. Еремеева, Н. В. Конкурентоспособность товаров и услуг : учебник и практикум для вузов [Текст] / Н. В. Еремеева. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 242 с.
14. Максимцев, И. А. Мировая экономика и международные экономические отношения : учебник и практикум для вузов [Текст] / И. А.

Максимцев, П. Д. Шимко, В. Г. Шубаева ; под научной редакцией П. Д. Шимко. - 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 431 с.

15. Герцик, Ю. Г. Инновационный менеджмент в медицинской промышленности : монография [Текст] / Ю. Г. Герцик, И. Н. Омельченко. — Москва : МГТУ им. Баумана, 2020. — 192 с.

16. Маркетинг территорий : учебник для вузов [Текст] / А. А. Угрюмова [и др.] ; под общей редакцией А. А. Угрюмовой, М. В. Савельевой, Е. В. Ерохиной. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 451 с.

17. Невская, Н. А. Макроэкономическое планирование и прогнозирование : учебник и практикум для вузов [Текст] / Н. А. Невская. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 618 с.

18. Организация фармацевтической деятельности : учебник для вузов [Текст] / Е. Е. Чупандина, Г. Т. Глембоцкая, О. В. Захарова, Л. А. Лобутева. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 255 с.

19. Предпринимательство в здравоохранении : учебное пособие для вузов [Текст] / Е. М. Белый [и др.] ; под научной редакцией Е. М. Белого. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 153 с.

20. Сергеев, Л. И. Цифровая экономика : учебник для вузов [Текст] / Л. И. Сергеев, Д. Л. Сергеев, А. Л. Юданова ; под редакцией Л. И. Сергеева. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 437 с.

21. Волков, А. М. Правовое обеспечение профессиональной деятельности в медицине : учебное пособие для среднего профессионального образования [Текст] / А. М. Волков, Е. А. Лютягина. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 278 с.

22. Социальная политика государства и бизнеса : учебник для вузов [Текст] / О. А. Канаева [и др.] ; под редакцией О. А. Канаевой. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 343 с.

23. Теория и технологии медико-социальной работы : учебник и практикум для вузов [Текст] / А. В. Мартыненко [и др.] ; под редакцией А. В. Мартыненко. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 339 с.

24. Тургамбаева, А. К., Система здравоохранения Казахстана в период независимости: основные этапы и перспективы развития [Текст] / А. К. Тургамбаева, С. Е. Ибраев, О. С. Ескендиров //Journal of Health Development. — 2021. — Т. 4. — №. 44. — С. 4-23.

25. Указ Президента Казахстана от 15.06.1995 № 2329 «О медицинском страховании граждан. имущий силу Закона» [Электронный ресурс]. — URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U950002329> (дата обращения: 27.02.2023).

26. Указ Президента Республики Казахстан от 16.11.1998 № 4153 «О Государственной программе «Здоровье народа»). [Электронный ресурс]. — URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U980004153> (дата обращения: 27.02.2023).

27. Указ Президента Республики Казахстан от 13.10.2004 № 1438 «О Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы». [Электронный ресурс]. — URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U040001438> (дата обращения: 27.02.2023).

28. Постановление Правительства Республики Казахстан от 02.06.2007 № 356 «О некоторых вопросах реализации проекта «Строительство 100 школ и 100 больниц на основе государственно-частного партнерства»». [Электронный ресурс]. – URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P070000356> (дата обращения: 27.02.2023).

29. Кодекс Республики Казахстан от 05.07.2022 № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения» (ред. от 11.02.2024) [Электронный ресурс]. – URL: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=34464437&pos=2;-90#pos=2;-90.

30. Постановление Правительства Республики Казахстан от 26.12.2019 № 982 «Об утверждении Государственной программы здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы». [Электронный ресурс]. – URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000982> (дата обращения: 27.02.2023).

31. Управление конкурентоспособностью : учебник для вузов [Текст] / Е. А. Горбашко [и др.] ; под редакцией Е. А. Горбашко, И. А. Максимцева. — 3-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 427 с.

32. Ачкасов, В. А. Мировая политика и международные отношения : учебник для вузов [Текст] / В. А. Ачкасов, С. А. Ланцов. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 484 с.

33. Чекмарев, А. В. Управление цифровыми проектами и процессами : учебное пособие для академического бакалавриата [Текст] / А. В. Чекмарев. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 424 с.

34. Проектное управление в органах власти : учебник для вузов [Текст] / Г. М. Кадырова, С. Г. Еремин, А. И. Галкин ; под редакцией С. Е. Прокофьева. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 263 с.

35. Alexandro R., Vasrowi B. The influence of macroeconomic infrastructure on supply chain smoothness and national competitiveness and its implications on a country's economic growth: evidence from BRICS countries //Uncertain Supply Chain Management. – 2024. – Т. 12. – №. 1. – С. 167-180.

36. Abaku E. A., Odimarha A. C. Sustainable supply chain management in the medical industry: a theoretical and practical examination //International Medical Science Research Journal. – 2024. – Т. 4. – №. 3. – С. 319-340.

37. Богатырева, Л. Б. Государственная политика Республики Казахстан в сфере охраны здоровья граждан: дискурс трансформации [Текст] / Л. Б. Богатырева//Вестник КазНПУ имени Абая серия «Юриспруденция». – 2022. – Т. 70. – №. 4. – С. 55-63.

38. Хусаинова, Б. Экономические аспекты цифровизации медицины в Республике Казахстан [Текст] / Б. Хусаинова //Международный конкурс студенческих научно-исследовательских работ по экономике. – 2020. – Т. 4. – С. 218-223.

39. Ayatollahi H., Zeraatkar K. Factors influencing the success of knowledge management process in health care organisations: a literature review //Health Information & Libraries Journal. – 2020. – Т. 37. – №. 2. – С. 98-117.

40. Указ Президента Республики Казахстан от 17.01.2014 № 732 «О Концепции по вхождению Казахстана в число 30 самых развитых государств мира» (ред. от 17.04.2023) [Электронный ресурс]. – URL:

- https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31497816&show_di=1 (дата обращения: 27.02.2023).
41. Проект Указа Президента Республики Казахстан «Об утверждении Национального плана развития Республики Казахстан до 2029 года» [Электронный ресурс]. – URL: <https://legalacts.egov.kz/npa/view?id=14924428> (дата обращения: 27.02.2023).
42. Постановление Правительства Республики Казахстан от 24.11.2022 года № 945 «Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года» [Электронный ресурс]. – URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2200000945#z317> (дата обращения: 27.02.2023).
43. Трудовой Кодекс Республики Казахстан от 23.11.2015 №414-в. (ред. от 11.02.2024) [Электронный ресурс]. – URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K1500000414> (дата обращения: 27.02.2023).
44. Кодекс Республики Казахстан «Об административных правонарушениях» от 05.07.2017 №235-в. (ред. от 11.02.2024 г.) [Электронный ресурс]. – URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K1400000235> (дата обращения: 27.02.2023).
45. Закон Республики Казахстан «О государственных закупках» от 04.12.2015 №434-в (ред. от 01.01.2024). [Электронный ресурс]. – URL: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=39737521 (дата обращения: 27.02.2023).
46. Закон Республики Казахстан «О противодействии коррупции» от 18.11.2015 № 410-V (ред. от 01.05.2023) [Электронный ресурс]. – URL: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=33478302 (дата обращения: 27.02.2023).
47. Приказ «Об утверждении надлежащих фармацевтических практик» от 04.02.2021 № ҚР ДСМ-15 (ред. от 03.04.2024 г.) [Электронный ресурс]. – URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100022167> (дата обращения: 27.02.2023).
48. Публикации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) // [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051157>
49. Основные социально-экономические показатели Республики Казахстан // Бюро национальной статистики. [Электронный ресурс]. – URL: <https://stat.gov.kz/ru/publication/dynamic/> (дата обращения: 27.02.2023).
50. Shaw B. Innovation and new product development in the UK medical equipment industry //International Journal of Technology Management. – 1998. – Т. 15. – №. 3-5. – С. 433-445.
51. Bauer, M. and Erixon, F. H The EU’s Trade with Emerging Markets: Climbing the Value-added Chain and Growing IP Intensity? ECIPE Occasional Paper No [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/174736/1/ecipe-op-2016-01.pdf> (дата обращения: 27.02.2023).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Показатели медицинской отрасли Республики Казахстан
с 2000 по 2022 г.

	x1	x2	x3	x4	x5	x6	x7	x8	x9	x10
2000	14865,6	14,92	10,06	18,80	60,90	4,86	938	106,9	130	367
2001	14851,1	14,91	9,95	19,10	48,60	4,95	981	110,2	248	475
2002	14866,8	15,29	10,05	17,00	50,50	5,24	1005	111,9	1214	2792
2003	14951,2	16,63	10,41	15,60	42,10	6,22	1029	114,8	995	1473
2004	15074,8	18,19	10,14	14,50	36,90	8,05	1042	116,6	805	1863
2005	15219,3	18,42	10,37	15,20	40,50	8,05	1063	117,6	671	2195
2006	15396,9	19,71	10,27	13,91	45,60	9,44	1086	119,0	1333	2134
2007	15571,5	20,79	10,22	14,57	46,80	10,57	1055	119,6	1996	4256
2008	15982,4	22,60	9,74	20,76	31,20	13,01	1041	120,8	1315	5765
2009	16203,3	22,14	8,88	18,30	36,80	13,26	1020	121,2	1593	5085
2010	16440,5	22,53	8,95	16,59	22,70	13,58	998	119,0	3435	6816
2011	16673,9	22,51	8,72	14,91	17,40	13,79	1009	117,7	2740	7078
2012	16910,2	22,70	8,54	13,56	13,50	14,16	990	113,0	2300	5884
2013	17160,9	22,73	8,00	11,39	13,10	14,73	995	107,5	850	9697
2014	17415,7	23,10	7,65	9,83	15,70	15,45	911	105,2	1 473	8 125
2015	17669,9	22,71	7,46	9,41	15,80	15,25	901	102,5	1 300	5 185
2016	17918,2	22,52	7,37	8,59	15,7	15,15	877	100,1	1 280	3 315
2017	18157,3	21,64	7,15	7,93	14,8	14,48	853	99,5	2 212	2 955
2018	18395,6	21,77	7,14	8,03	13,9	14,63	788	98,4	1 000	1 960
2019	18631,8	21,73	7,19	8,37	13,4	14,54	749	96,3	605	4 445
2020	18879,6	22,76	8,60	7,77	36,5	14,16	761	127,5	838	1 317
2021	19503,2	23,50	9,61	8,44	44,71	13,89	773	125,1	2 625	935
2022	19766,8	20,57	6,80	7,68	17,0	13,77	820	105,2	430	1477

Пояснение

X1 - Численность населения на конец периода (года) тыс. человек

X2 - Общий коэффициент рождаемости (на 1000 чел.)

X3 - Общий коэффициент смертности (на 1000 чел.)

X4 - Коэффициент младенческой смертности (на 1000 родившихся)

X5 - Коэффициент материнской смертности (на 100 000 родившихся)

X6 - Естественный прирост населения на 1000 чел.

X7 - Число больничных организаций, единиц

X8 - Количество больничных коек, тыс. единиц

X9 - Количество коек во введенных в эксплуатацию больницах

X10 - Количество посещений в смену во введенных в эксплуатацию амбулаторно-поликлинических организациях

Приложение Б
Прогноз показателей медицинской отрасли Республики Казахстан
с 2023 по 2028 г.

	Баз.	Прогноз						Измене ние (+/-)	Темп роста, %
	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028		
x1	19766,8	20125,5	20455,8	20786,0	21116,2	21446,4	21776,7	2009,9	10,2
x2	20,6	20,9	21,2	21,5	21,9	22,2	22,5	1,9	9,4
x3	6,8	7,5	7,3	7,2	7,0	6,9	6,7	-0,1	-0,9
x4	7,7	7,1	6,6	6,0	5,5	4,9	4,4	-3,3	-42,7
x5	17,0	15,4	13,9	12,3	10,8	9,2	7,7	-9,3	-54,7
x6	13,8	14,2	14,7	15,2	15,7	16,1	16,6	2,8	20,5
x7	820,0	742,2	753,5	764,9	776,2	787,5	798,9	-21,1	-2,6
x8	105,2	106,8	106,5	106,1	105,8	105,4	105,1	-0,1	-0,1
x9	430,0	900,9	926,7	952,6	978,5	1004,4	1030,2	600,2	139,6
x10	1477,0	4017,8	4093,9	4169,9	4246,0	4322,0	4398,1	2921,1	197,8

Пояснение

- X1 - Численность населения на конец периода (года) тыс. человек*
- X2 - Общий коэффициент рождаемости (на 1000 чел.)*
- X3 - Общий коэффициент смертности (на 1000 чел.)*
- X4 - Коэффициент младенческой смертности (на 1000 родившихся)*
- X5 - Коэффициент материнской смертности (на 100 000 родившихся)*
- X6 - Естественный прирост населения на 1000 чел.*
- X7 - Число больничных организаций, единиц*
- X8 - Количество больничных коек, тыс. единиц*
- X9 - Количество коек во введенных в эксплуатацию больницах*
- X10 - Количество посещений в смену во введенных в эксплуатацию амбулаторно- поликлинических организациях*

Приложение В
Сравнительный анализ показателей конкурентоспособности
медицинской отрасли Республики Казахстан, Южной Кореи,
России, Сингапура и Эстонии с рекомендациями ВОЗ

Индикатор	Казахстан	Южная Корея	Россия	Сингапур	Эстония	Рекомендации ВОЗ
Качество медицинской помощи						
Ожидаемая продолжительность жизни	78,41 года	83,3 года	72,5 года	83,6 года	78,8 лет	Внедрить надежные информационные системы здравоохранения; непрерывное обучение медицинских работников; руководящие принципы и протоколы, основанные на фактических данных.
Уровень младенческой смертности (на 1000 живорождений)	7,69	2,8	5,5	1,7	2.2	Улучшить услуги по охране здоровья матери и ребенка; обеспечить доступ к качественной дородовой и послеродовой помощи.
Инновационные показатели						
Инвестиции в медицинские исследования (% ВВП)	0,17%	1,2%	0,18%	1,8%	0,65 %	Увеличение инвестиций в научные исследования и разработки в области здравоохранения; поощрять государственно-частное партнерство; поддерживающая нормативная база.
Наличие медицинского оборудования (МРТ на миллион человек)	6,5	27,7	9,7	16,5	15,8	Обеспечить справедливое распределение медицинских технологий; улучшить техническое обслуживание и калибровку оборудования.
Экономические затраты на здравоохранение						
Расходы на здравоохранение (% ВВП)	3,8%	8,1%	5,3%	4,4%	6,7%	Адекватное государственное финансирование здравоохранения; экономически эффективные вмешательства;

						эффективное использование ресурсов.
Индикаторы доступности						
Стоимость медицинских услуг относительно доходов	35%	12%	19%	8%	14%	Обеспечить равный доступ; снизить финансовые барьеры; повысить доступность в недостаточно обслуживаемых районах.
Число медицинских учреждений на 10 000 человек.	7.4	13,5	9.2	6,9	9,8	Обеспечить достаточное количество и распределение медицинских учреждений; укрепить службы первичной медико-санитарной помощи.
Нормативно-правовая база						
Правила медицинского туризма	Разработка	Учреждений	Разработка	Учреждений	Разработка	Разработать четкую и прозрачную политику медицинского туризма; обеспечить стандарты качества и безопасности.
Простота внедрения новых технологий.	Умеренный	Высокий	Умеренный	Высокий	Высокий	Оптимизировать нормативные процессы утверждения новых технологий; продвигать политику, способствующую инновациям.
Динамика рынка						
Доля рынка (местный или международный)	84% местные, 16% международные	60% местные, 40% международные	85% местные, 15% международные	50% местные, 50% международные	70% местные, 30% международные	Содействовать конкурентному рынку здравоохранения; продвигать местную отрасль здравоохранения; поощрять выход международных поставщиков.
Рост местных и международных	Устойчивый	Стремительный	Умеренный	Стремительный	Устойчивый	Поддерживать рост как местных, так и международных поставщиков медицинских услуг;

институтов				й		обеспечить качество и конкурентоспособность.
Количество отечественных и иностранных пациентов	95% отечественные, 5% зарубежные	70% отечественные, 30% зарубежные	90% отечественные, 10% зарубежные	55% отечественные, 45% зарубежные	80% отечественные, 20% зарубежные	Содействовать медицинскому туризму, обеспечивая при этом качественную помощь отечественным пациентам.
Показатели человеческих ресурсов						
Численность специалистов на 10 000 человек	18,3	26,9	21.1	24,7	22,3	Инвестируйте в образование и обучение; удерживать медицинских работников; конкурентоспособное вознаграждение и условия труда.
% Нехватка кадров	18%	5%	12%	3%	10%	Решение проблемы нехватки рабочей силы посредством стратегий обучения и удержания; улучшить условия труда.
Рентабельность медицинской промышленности	5%	12%	7%	15%	8%	Обеспечить финансовую устойчивость учреждений здравоохранения; продвигать экономически эффективные практики.