

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ
ҒЫЛЫМ ЖӘНЕ ЖОҒАРЫ БІЛІМ МИНИСТРЛІГІ
ТОРАЙҒЫРОВ УНИВЕРСИТЕТІ

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
ТОРАЙҒЫРОВ УНИВЕРСИТЕТ

АКАДЕМИК ҚАНЫШ СӘТБАЕВТЫҢ
125 ЖЫЛДЫҒЫНА АРНАЛҒАН
«XXIV СӘТБАЕВ ОҚУЛАРЫ»
АТТЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ
КОНФЕРЕНЦИЯСЫНЫҢ
МАТЕРИАЛДАРЫ

МАТЕРИАЛЫ
МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«XXIV САТПАЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ»,
ПОСВЯЩЕННОЙ 125-ЛЕТИЮ
АКАДЕМИКА КАНЫША САТПАЕВА

ТОМ XII

ПАВЛОДАР
2024

ӘОЖ 001
КБЖ 72
А33

Редакция алқасының бас редакторы:

Садықов Е. Т., э.ғ.д., профессор, «Торайғыров университеті» КеАҚ Басқарма
Төрағасы – Ректор

Жауапты редактор:

Ержанов Н. Т., б.ғ.д., профессор, «Торайғыров университеті» КеАҚ ғылыми
жұмыс және халықаралық ынтымақтастық жөніндегі Басқарма мүшесі-проректоры

Редакция алқасының мүшелері:

Абдіш Р. М., Исенова Б. К., Каверина М. М., Крыкбаева М. С.,
Уксукбаева Н.Т., Утемисова З. Т.,

Жауапты хатшы:

Әмірбек Д. Ә., Казбеков Е., Зейтова Ш. С., Алимова Ж. С., Машрапова
Г. Н., Кайниденов Н. Н., Шалабаев Б. А., Шарапатов Т. С., Кабдулина К. Т.,
Ахметов Д. А., Бекниязова Д. С., Жания К., Зарипов Р. Ю., Акимбекова Н. Ж.,
Калиева А. Б., Байтемирова А. К., Урузалинова М. Б., Токтарбекова А. Б., Дәуіт Ж.,
Садвакасова М. Ж., Толокольников Н. И., Жуманбаева Р. О., Кривец О. А.,
Бельгибаева Қ. Қ., Рахимбаева М. Н., Исакова З. С., Азылбекова Г. О., Шабамбаева А. Г.,
Азербайев А. Д., Нургожина Б. В., Юношева Н. Ф., Тулкина Р. Ж.

А33 Академик Қаныш Сәтбаевтың 125 жылдығына арналған «XXIV Сәтбаев
оқулары» атты Халықаралық ғылыми конференцияның материалдары. –
Павлодар : Торайғыров университеті, 2024.

ISBN 978-601-345-523-5 (жалпы)
Т. 12 «Жас ғылымдар». – 2024. – 488 б.
ISBN 978-601-345-511-2

Академик Қаныш Сәтбаевтың 125 жылдығына арналған «XXIV Сәтбаев
оқулары» атты Халықаралық ғылыми конференцияның материалдары (19 сәуір 2024
жыл) жинағында келесі ғылыми бағыттар бойынша ұсынылған мақалалар енгізілген:
Энергетика, Физика-математикалық және компьютерлік ғылымдары, Ауыл
шаруашылығы және АӨК, Мемлекеттік басқару, бизнес және құқық, Сәулет және
дизайн, Заманауи инженерлік инновациялар мен технологиялар, Жаратылыстану
ғылымдары, Гуманитарлық және әлеуметтік ғылымдары.

Жинақ көпшілік оқырманға арналады.
Мақала мазмұнына автор жауапты.

ӘОЖ 001
КБЖ 72

ISBN 978-601-345-511-2 (Т. 12)
ISBN 978-601-345-523-5 (жалпы)

© Торайғыров университеті, 2024

Ауыл шаруашылығы және АӨК
Сельское хозяйство и АПК

Секция 6

**Биотехнологиялар және ауыл
шаруашылық өнімдерін қайта өңдеу
Биотехнологии и переработка
сельскохозяйственной продукции**

**АНАЛИЗ ПРОИЗВОДСТВА И ПРИМЕНЕНИЯ ТВОРОГА
И ТВОРОЖНЫХ ИЗДЕЛИЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

МАРКОВСКИЙ Б. В.

студент, Торайғыров университет, г. Павлодар

АГИБАЕВА А. Ж.

магистр, ст. преподаватель, Торайғыров университет, г. Павлодар

Сохранение здоровья населения является одной из задач
государственной важности. В последние годы благодаря
возрастающей механизации и автоматизации многих
производственных процессов уменьшилась доля физической
работы, соответственно снизился расход энергии. Это привело к
тому, что энергетическая ценность пищи превышает энергозатраты.
В связи с этим резко увеличилось число людей, страдающих
ожирением и связанными с ним хроническими неинфекционными
заболеваниями. К их числу можно отнести так называемые
массовые дегенеративные болезни, главным образом атеросклероз,
гипертоническую болезнь, ишемическую болезнь сердца, сахарный
диабет, подагру.

Значительно изменилось использование некоторых основных
продуктов: увеличивается потребление продуктов животного
происхождения, сахара. Вместе с тем общая доля сложных
углеводов в питании постепенно уменьшается.

Правильное и рациональное питание - основа здоровья
человека. Именно пища, которую мы принимаем, обеспечивает
развитие и постоянное обновление клеток и тканей организма,
является источником энергии, которую наш организм тратит не
только при физических нагрузках, но и в состоянии покоя. Продукты
питания – источники веществ, из которых синтезируются ферменты,
гормоны и другие регуляторы обменных процессов. Обмен веществ,

2 On the approval of the Concept of development of small and medium-sized enterprises in the Republic of Kazakhstan until 2030. Resolution of the Government of the Republic of Kazakhstan dated April 27, 2022 №250 [Electronic resource]. – URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2200000250>

3 Bureau of national statistics agencies for strategic planning and reforms of the Republic of Kazakhstan. <https://stat.gov.kz/ru/industries/business-statistics/stat-org/>

4 The law of the Republic of Kazakhstan on employment of the population (with amendments and additions as of 12.10.2021).

5 The Entrepreneurial Code of the Republic of Kazakhstan (Code of the Republic of Kazakhstan dated October 29, 2015 №375-V SAM).

6 The State Program for the development of productive Employment and Mass Entrepreneurship for 2017–2021 “Enbek” Resolution of the Government of the Republic of Kazakhstan dated November 13, 2018 №746.

7 The program for the development of productive employment and mass Entrepreneurship for 2017–2021.

8 Strategic Plan of the Ministry of Labor and Social Protection of the Population of the Republic of Kazakhstan for 2017–2021.

9 10 features of the labor market of Kazakhstan [Electronic resource]. – URL: <https://cipe.kz>

10 National Project on Entrepreneurship Development for 2021–2025 Resolution of the Government of the Republic of Kazakhstan dated October 12, 2021 № 728.

11 Abramkina D.A. Structural unemployment as an indicator of inconsistency of supply and demand in the labor market: professional and qualification aspect // Bulletin of the NGIEI. - 2020. - №1104 - P. 109.

12 Virina I.V. Youth and unemployment: the situation in the world, // Scientific works of the Moscow Humanitarian University. - 2016. - №5. - P. 52

13 Gendler G. Social consequences of unemployment. Man and labor. – 1998. - №3. - P. 47.

14 Kostyuk L.D. Labor market: A textbook for the preparation of bachelors in the direction of “Economics”. – M.: MIIT, 2013. - 312 p.

15 Nurmagambetov A.M. Labor market: legal problems and prospects. - Almaty: “Publishing House” LLP, 2014. - 263 p.

16 Sapakova L.J. Employment of the population and its regulation. - M.: Sanat, 2019. - 125 p.

17 Sarukhanov E.R. Employment management of the population: A textbook. - St. Petersburg: SPbUEF, 1993. – 90 p.

18 Ten M. Problems of small business function development in Kazakhstan // Bulletin of KazNU. The series is economic. – 2014. - №6. – P. 30-46.

19 Shakhmetbayev R.D. Course of economic theory. - M.: Bilim, 2018. - 189 p.

20 Shedenov U.K. Economic system. - M.: Gylym, 2019. - 229 p.

21 Shvorin M.V. Problems of small business development and ways to solve them // Economics and Statistics. – 2014. - №8. - P. 101-114.

22 Elshibaev R.K. The current state of small business in the Republic of Kazakhstan // Economics and Statistics. – 2014. -. №8. - P. 52-63.

INTERNATIONAL APPROACHES TO FINANCING HEALTHCARE SYSTEMS

SEKENOVA B.

master student, Department of «Finance and accounting»,
Toraighyrov University, Pavlodar

MUSINA A.

PhD, professor, Head of Department of «Finance and accounting», Pavlodar

The healthcare system of the Netherlands is considered one of the most expensive in Europe: in 2011, total healthcare expenditure amounted to 12.1% of GDP [2], which is the highest in the European Union. However, the growth of these expenditures slowed down starting from 2012, i.e., after returning to more traditional sectoral expenditure agreements. High expenditures represent a noticeable change that began in the 2000s; prior to this, healthcare expenditures in the Netherlands were average for the EU. As a result of reforms in 2006 (including the abolition of the private insurance system for affluent segments of the population), the balance of expenditures significantly shifted towards public expenditures: their share increased from 64.7% in 2005 to 79.8% in 2013 [3]. Unlike several other European countries, healthcare expenditures in the Netherlands, as a percentage of GDP, have not decreased since the financial crisis of 2009.

Healthcare is primarily financed by citizens' contributions to mandatory health insurance, as well as by allocating 13% of general taxation. Adults pay a calculated insurance premium (the state covers payments for children) plus an income-dependent surcharge into the

central fund, which redistributes funds among insurers according to a risk equalisation formula. The index represents a risk assessment, taking into account age, gender, the payer's workforce status, region of residence, and health risk (determined by analysing medication use and hospital care). In addition to mandatory insurance, a large portion of the population (85%) also purchases supplementary services and voluntary additional insurance.

The basic package of mandatory health insurance includes outpatient (general practitioner, GP care) and inpatient care, home nursing, antenatal care, prescription drugs, and psychiatric care. Insurers and healthcare providers negotiate prices and quality of care, although competition for quality is still in its infancy. For medical services where negotiations are impossible (about 30% of hospital services), such as emergency care and organ transplants (due to limited suppliers), the Dutch healthcare authority sets maximum prices. Healthcare service providers are independent non-profit entrepreneurs. Hospitals are funded through an adapted Diagnosis Treatment Combinations system (analogous to Diagnosis-Related Groups in Russia). General practitioners are paid through a combination of service fees, per capita contributions, payments for integrated care (grouped payments for interdisciplinary treatment of chronic diseases like diabetes, cardiovascular risk management, and COPD), and performance-based payments (including issues of accessibility, utilisation of specific protocols, etc.).

Each insured person over the age of 18 must pay an annual deductible (€385 as of 2016 [4]) for healthcare expenses, including hospitalisation and prescription drugs. It is noteworthy that there is a set limit for reimbursable expenses for pharmaceutical equivalent groups; expenses exceeding this limit are not reimbursed. The deductible does not cover fees for general practitioner consultations, antenatal care, home nursing, and healthcare for children under 18. Medical care not included in the basic package (e.g., dental care, optometry, physiotherapy, etc.) can be paid for through voluntary health insurance

United Kingdom

The United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland comprises Great Britain (England, Scotland, and Wales) and Northern Ireland. The population is approximately 64 million people, with 80% residing in Great Britain (hereinafter referred to as "the UK"); it is noteworthy that, overall, the healthcare systems of all four entities are very similar and operate as a cohesive unit. The economy of the UK suffered greatly from the global financial crisis of the late 2000s, leading

to a significant per capita GDP decrease of 24.3% from 2007 to 2009 (the corresponding EU average being 5.8%). The crisis contributed to an increase in unemployment, which remained at 6.1% in 2014 (although this figure is significantly lower than the EU average of 10.2%).

In 2012, approximately 9.3% of GDP was spent on healthcare in the UK, with government expenditures, primarily regulated by the National Health Service (NHS), accounting for about 84% [22]. The majority of these funds come from general taxation, with a smaller portion from national insurance (payroll tax); for example, in 2006-2007 (the last year for which data is available), 76% of healthcare funds were from general taxation and 18% from national insurance [23]. The NHS also generates revenue from payments by patients who use NHS services for private healthcare (private medical insurance and private payments account for 2.8% and 9% of total healthcare spending, respectively), as well as from some other secondary sources (5% of total healthcare spending) [24].

Government-funded healthcare expenditures decreased from 2010 to 2011 but increased thereafter to £105 billion (\$152 billion USD) in 2012-2013 [25]. The projected gap between expected funding and demand was quantified at approximately £20 billion (\$29 billion USD) in 2010; it was concluded that this amount needed to be saved to cope with increasing demand. A number of initiatives were adopted to assist the NHS in achieving this task, including strict restrictions on wage increases, improving NHS procurement and supply, supporting wider use of non-patented drugs, and more.

Responsibility for healthcare legislation and general policy in the UK lies with Parliament, the Secretary of State for Health, and the Department of Health. In accordance with the Health Act (2006), the Secretary of State has a legal duty to promote the provision of comprehensive healthcare to the population. The rights of individuals receiving state healthcare are outlined in the NHS Constitution, which declares that these rights include access to healthcare without discrimination and within specified timeframes for services such as emergency and planned hospital care [26]. Under the Health and Social Care Act (2012), day-to-day responsibility for managing the NHS was transferred to a new governmental organisation - NHS England, subsequently renamed as NHS England.

NHS England is responsible for managing the budget of the state healthcare service, overseeing 211 local clinical commissioning groups, and ensuring the fulfilment of tasks set by the Secretary of State for Health, including improving the efficiency of healthcare and

health protection. Budgets for state healthcare are currently allocated to local authorities; the 2012 Act requires them to establish “health and wellbeing boards” to improve service coordination and reduce disparities in healthcare access.

The exact scope of coverage by state healthcare in legislation is not defined, and there is no absolute right for patients to receive specific treatments. In practice, the NHS provides: preventive services, including screening, immunisation, and vaccination; inpatient and outpatient care; physician services; prescribed medications; clinically necessary dental care and some types of ophthalmic care; psychiatric care, including palliative care; some long-term care services; rehabilitation, including physiotherapy (e.g., post-stroke care); and home visits by nurses.

The volume of healthcare provided is typically determined at the local level, but the NHS Constitution also states that patients have the right to medications and treatments approved by the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) [26]. NICE is an executive non-departmental public body that works with the English NHS. Regarding other medications or treatment methods that have not undergone NICE assessment (which takes considerable time and is primarily focused on new treatment methods), the NHS Constitution states that local clinical commissioning groups should make evidence-based decisions [26].

According to OECD data, out-of-pocket healthcare expenditures in 2012 accounted for 9% of total expenditures [2]. The largest share of out-of-pocket expenditures (53% in 2012) was on medical devices and equipment, as well as on prescription drugs (about 30%) [27]. Over-the-counter medications and medical supplies are most commonly paid for with private funds: they account for just over half of private expenditures. The private healthcare payment system includes both voluntary insurance (the majority; providing quick and convenient access to healthcare) and direct payments.

Canada

Canada is a country with a developed industrial economy and significant natural resources. Economic indicators, measured per capita, classify Canada among the wealthiest countries in the world and have been the best within the OECD over the past five years. However, healthcare expenditures in Canada are increasing at rates that outpace the growth of government revenues, raising concerns about the future financial sustainability of public healthcare. This is partially attributed to systematic reductions in tax revenues at the federal and provincial levels.

For instance, the ratio of federal tax revenues to gross domestic product (GDP) decreased from 14.6% in 1997-1998 to 13.7% by 2006-2007.

Out of the total of 200 billion Canadian dollars allocated to healthcare in 2011, nearly 43% was directed towards inpatient care and physician services. Assuming these services are medically necessary, they are classified as “insured services” under Canadian healthcare law. Almost 30% of this amount was spent on medical services covered by private insurance, with a significant portion going towards dental and ophthalmological services, as well as prescription drugs, both over-the-counter and prescription. Another 23.5% was allocated by provincial and territorial governments to healthcare infrastructure and publicly funded or subsidized non-medication services. Finally, 3.5% of the funds were allocated to direct federal services, including benefits for special population groups such as Indigenous peoples, as well as healthcare research and drug regulation.

As of 2012, approximately 70% of total healthcare expenditures in Canada were borne by the public sector. Funds allocated for healthcare needs from general taxation almost entirely cover corresponding government expenditures. Provinces and territories manage their own universal healthcare programs, covering all residents of the provinces and territories and meeting their requirements.

Most of the aforementioned tax revenues are used to provide universally accessible healthcare, meaning necessary inpatient and physician services are provided free of charge to residents of all provinces and territories. The remaining revenues finance other types of medical care, including long-term care and prescription drug co-payments. Although provinces have their own revenue sources for a significant portion of funds, they receive about a quarter of all healthcare funding through the Canada Health Transfer (an annual transfer of funds from the federal government). As a result, provinces and territories are responsible for administering their own universal healthcare programs financed by tax revenues.

There is no nationally mandated package of benefits established. Most decisions on benefits are made jointly by provincial and territorial governments and the medical community. Provincial and territorial governments provide various additional benefits, including benefits for outpatient prescribed drugs, mental healthcare services, dental and ophthalmological services, home care, physiotherapy, and emergency services. Additionally, provincial and territorial governments also finance public health services and preventive services (including immunization)

under their programs, while the federal government directly provides and funds a wide range of preventive services through the Public Health Agency. The federal government provides funding to provinces and territories on a per capita basis; estimates suggest this accounted for 21% of total provincial and territorial healthcare expenditures in 2012-2013.

Private insurance covers services excluded from public reimbursement, such as ophthalmological and dental care, prescription drugs, rehabilitation services, home care, and enhanced hospital accommodation. There is no substitute private insurance market: in five provinces, private insurance for hospital or physician services is illegal, while in three others, regulations prioritize public insurance. In 2010, private medical insurance accounted for approximately 12% of all healthcare expenditures. Most private insurance organizations are commercial entities.

Variations in cost-sharing exemptions exist across different provinces and territories. Regarding participation in prescription drug co-payment, provincial plans have a range of programs targeting low-income population groups. For instance, a program introduced in the province of Ontario covers all citizens aged 65 and older, as well as those receiving social assistance and hospice or home care services, and low-income individuals with high drug expenses (the Trillium Drug Program). Low-income individuals and social assistance recipients in Ontario are exempt from all costs except a prescription co-payment of 2.00 Canadian dollars (1.60 USD), which is often waived by pharmacies. Low income is defined as annual household income of less than 16,018 Canadian dollars (approximately 12,950 USD) for single individuals and less than 24,175 Canadian dollars (19,540 USD) for couples. There are no limits on personal expenditures on healthcare. However, there is a federal entity (Medical Expense Tax Credit) providing tax credits for individuals whose medical expenses for themselves or their dependents are significant (exceeding 3% of total income).

As of 2012, among physicians providing primary healthcare, approximately half (2.48 per 1000 population) were general practitioners, and the other half were specialists. General practitioners mainly act as gatekeepers. They must determine whether the patient requires diagnostic tests, prescription medications, or referrals to specialists. Most physicians practice privately as individual practitioners, although there has been a movement towards group private practice and alternative forms of remuneration over the past 15 years, such as capitation (i.e., per patient payment), salary, or mixed funding.

Analysis shows that there are no “pure” healthcare financing models. Most countries employ mixed financing models. Almost all countries have some form of direct payments, sometimes referred to as cost-sharing. The only way to reduce reliance on direct payments is by encouraging the use of a prepayment and risk pooling approach, promoted by the government.

The experience of highly developed countries demonstrates that when developing such patient cost-sharing strategies, at least two factors need to be considered.

Firstly, in any country, there is a population that is financially disadvantaged and unable to contribute to healthcare budgets either through income taxes or insurance premiums. This category of individuals will require subsidies, typically from the state budget, consolidated into a special fund. This assistance can take the form of providing direct access to state-funded services or through subsidies to pay insurance premiums. Countries where the entire population has access to a specific set of services typically establish funds with relatively high levels of funding, around 5-6% of GDP.

Secondly, contributions must be mandatory; otherwise, wealthy and healthy individuals may avoid payment, and financing will be insufficient to meet the needs of the financially disadvantaged. Voluntary insurance schemes may attract certain financial resources and familiarise people with the benefits of insurance. However, if there is no widespread involvement of the population in prepayment systems and funds are not pooled into a special fund, voluntary insurance has limited potential to provide a range of services to the poor who are unable to pay insurance premiums. When reforming the domestic healthcare system and specifying the program of state guarantees for free medical care, it is extremely important to consider international experience in this area and choose a method of sharing costs, taking into account the mentality of the population.

REFERENCES

1. Saltman R. B., Figueras J. European health care reform. Analysis of current strategies. Moscow: «GEOTAR MEDICINE». 2000: 179.
2. Organization for Economic Cooperation and Development. 2014. Stat (database). DOI: 10.1787/data-00285-en (date of access: 6.10.2014).
3. International Profiles Of Health Care Systems, 2014; London School

of Economics and Political Science, The Commonwealth Fund, January 2015.

4. Madelon Kroneman, Wienke Boerma, Michael van den Berg, Peter Groenewegen, Judith de Jong, Ewout van Ginneken. NETHERLANDS. Health Systems in Transition. WHO. 2016; 18(2):275 p.

5. World DataBank. World Bank, 2014. URL: <http://databank.worldbank.org> (date of access: 14.10.2014).

6. Organization for Economic Cooperation and Development. 2014. Stat (database). DOI: 10.1787/data-00285-en (date of access: 6.10.2014).

7. OECD. Health data 2011, 2012, 2013. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development. 2013. URL: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> (date of access: 17.05.2014). for Europe.

Секция 12

Сәулет және дизайн Архитектура и строительство

**Құрылыстағы, құрылыс материалдарындағы,
сәулет пен дизайндағы инновациялар мен технологиялар
Инновации и технологии в строительстве, строительных
материалах, архитектуре и дизайне**

СОВРЕМЕННЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ УСИЛЕНИЯ КАМЕННЫХ КОНСТРУКЦИЙ

МАКАШЕВ К. Т.

PhD, Торайгыров университет, г. Павлодар

АЛИМОВА А. Х.

магистрант, Торайгыров университет, г. Павлодар

За последние десять лет в Казахстане и в непосредственной близости было зарегистрировано около 7638 землетрясений [1]. В том числе 33 магнитудой 5+ баллов. Сейсмические районы Казахстана занимают около 20% от общей площади территории республики. Здесь проживают более 6 млн. человек, т.е. примерно 35 % от общей численности населения Казахстана. При этом численность населения, проживающего до 10 балльной зоне, не уменьшаются. Высока опасность землетрясения в Алматы и Шымкенте, Алматинской, Восточно-Казахстанской, Жамбылской, Кызылординской, Туркестанской, Абайской и Жетысуской областях. За последний период на территории Казахстана было зафиксировано сейсмические толчки которые показано в таблице 1.

Таблица 1 – Количество сейсмических толчков в Казахстане и вблизи него по величине магнитуды

Период 2023г.-2024г.	Количество сейсмических толчков	<M2	M2+	M3+	M4+	M5+	M 6 - 7+
Последние 7 дней	37	5	6	22	4	-	-

масштабной вырубке и лесных пожаров, а также поддерживать программы по лесовосстановлению. Устойчивое лесное хозяйство, при котором древесина добывается с учетом потребностей будущих поколений и с минимальным воздействием на экосистему, способствует балансу между потреблением и сохранением лесных ресурсов. Эти меры не только помогут снизить выбросы CO₂, но и обеспечат долгосрочную устойчивость лесных экосистем и биоразнообразия.

Заключение

Глобальное потепление представляет собой одну из наиболее серьезных экологических угроз нашему миру. Это вызывает изменения климата, угрожает биоразнообразию, а также имеет серьезные экономические и социальные последствия. Однако, несмотря на все вызовы, стоящие перед нами, есть надежда на изменение ситуации.

Путем совместных усилий государств, предприятий и граждан мы можем принять меры для снижения выбросов парниковых газов и смягчения последствий глобального потепления. Переход к возобновляемой энергетике, энергосбережение, устойчивое лесное хозяйство и другие экологически устойчивые практики могут помочь нам достичь этой цели.

Необходимо действовать незамедлительно, чтобы обеспечить будущее нашей планеты и сохранить ее для будущих поколений. Глобальное потепление - это проблема, требующая мгновенных и долгосрочных решений, и только совместными усилиями мы сможем преодолеть этот вызов и обеспечить устойчивое будущее для всех живых существ на Земле.

Мазмұны

Ауыл шаруашылығы және АӨК Сельское хозяйство и АПК

Секция 6

Биотехнологиялар және ауыл шаруашылық өнімдерін қайта өңдеу Биотехнологии и переработка сельскохозяйственной продукции

Марковский Б. В., Агибаева А. Ж.

Анализ производства и применения творога и творожных изделий в современных условиях3

Файзолла А. Н., Жоломанова А. Е., Агибаева А. Ж.

Қант диабетімен ауыратын адамдар үшін жаңа мамандандырылған сүзбе өнімін алудың заманауи аспектілері11

Аникина И. Н., Сейтханова К. К.

Использование растительных препаратов в органическом растениеводстве15

Кайниденов Н. Н., Бексеитов Т. К., Садыккалиев А. М.

Влияние количества соматических клеток на удой и состав молока у молочных коров21

Секция 7

Өсімдік және орман шаруашылығындағы инновациялар Инновации в растениеводстве и лесном хозяйстве

Өменова Д. М., Уалиева А., Кайыров А.

Бидай тұқымдарының өнімділігі мен өсу энергиясына және өскіндерінің ылғалды ұстап тұру қабілетіне лазерлік сәуленің әсері27

Кукушева А. Н., Какезанова З. Е., Уахитов Ж. Ж., Сарбасов А. К.

Приемы восстановления биоресурсного потенциала деградированных пастбищ житняка в условиях степной зоны Павлодарской области31

Базарханова Ә. Ж., Оспан А. М.

Қарапайым жағдайда шағын жылыжай ұйымдастыру38

Какезанова З. Е., Муратова Д. О., Узбекбаева Б., Кенесхан А.

Влияние сидеральных донниковых паров на качество зерновых культур в севообороте45

Нығыман Г. Д., Сарсембаев М. С.

Изучение перспективных сортов черной смородины для регионов Павлодарского Прииртышья51

Уахитов Ж. Ж., Сейтханова К. К., Жолдабаева А. С., Ергазинова Г. Д., Батталова К. О. Әсімдік шаруашылығын оқыту әдістемесінің жалпы мәселелері жоғары оқу орындарында.....	56
---	----

Секция 8

Ветеринария және зоотехнологиядағы инновациялар
Инновации в зоотехнологиях и ветеринарии

Асанбаев Т. Ш., Шарапатов Т. С., Арсютин Н. Г., Архаев Е. С. Использование и практическое применение элементов цифровой технологии в условиях табунного коневодства ТОО АФ «Ақжар Өндіріс».....	64
Қалибекқызы Ж., Тылғатбекова Ә. С. Мал азығын өндірудегі антиоксиданттардың маңызы.....	69
Сарсенова Ж. С., Курбатова С. Э. Изучение молочнокислых микроорганизмов, выделенных из кисломолочных продуктов.....	72
Усенова Л. М., Акильжанов Р., Дорошенко В., Гончаренко А. Безоарная болезнь телят молочного периода.....	77
Аймуханов С. М., Атейхан Б., Титанов Ж. Е. Использования методов контроля полноценности кормления коров в ТОО «Победа» (из рекомендации)	83
Атейхан Б., Ныгманова А. У., Игликова А. С. Сыыр сүтінің химиялық құрамы және тағамдық құндылығы.....	89
Аймуханов С. М., Атейхан Б., Рахимов С. С. Основные правила безопасности труда при заготовке сена в КХ Шартен Павлодарской области	94
Орынтаева М. Д., Кендебаева А. С. Микробиологиялық көрсеткіштер бойынша суши мен роллдарды санитарлық бағалау	99
Бексеитов Т. К., Веселовский И. Е. Влияние стресса на молочную продуктивность коров	101
Сейтеуов Т. К., Болғанбай Қ. Н., Кожанов Д. М. Сервис кезеңінің ұзақтығы қара-ала тұқымды сыырлардың сүт өнімділігіне әсер етуі.....	107
Темиржанова А. А., Алимова Ж. Қой етін өндіру.....	111
Аманбаева С. Б., Қалиева Б. Б. Азықтық базаның негізгі көзі ретінде павлодар облысының су басқан шалғындарынан шөптің ботаникалық құрамын зерттеу	117

Мемлекеттік басқару, бизнес және құқық
Государственное управление, бизнес и право

Секция 9

Құқықтық жүйені дамыту бағыттары
Направления развития правовой системы

Ахмеджанова Г. Б., Абенова Д. Б. Медиация как важный способ решения споров.....	125
Ауталипова З. Д., Нургалиева А. А. Қазақстанда цифрландыруды дамыту	131
Ахметов Д. А. Повышение эффективности использования тайм-менеджмента на государственной службе	135
Баданина М. А. Вопросы описания внешности человека в криминалистике	141
Кабдулина К. Т., Ахмадиева А. Т. Мұрагерлік қатынастарды реттейтін коллизиялық нормалар	146
Титков А. А., Балтабаева Д. А. Классификация современных национальных правовых систем	153
Батталов А. Б. Патронатное воспитание как одна из форм воспитания детей, оставшихся без попечения родителей.....	157
Бураков А. О. Лудомания как назревшая социальная проблема: теория и практика противодействия в Казахстане	164
Ғалижапар А. Қ. Уголовная ответственность лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами	167
Дубовицкая О. Б. Риски в сфере международной торговли при использовании цифровой экономики: сравнительно-правовой анализ	171
Алибаева Г. А., Матиев Р. Г. Информация как объект правового регулирования	177
Оразалин Е. Ж. Квалифицирующие признаки убийства, относящиеся к объективной стороне состава преступления	182
Ахмеджанова Г. Б., Рысмагамбетова А. Ш. Трудовое право: роль и место в правовой системе	194
Серикпаев А. Б., Шамшудинова Г. Т. Причины недействительности сделок: нарушение закона и порядка	200
Слямов А. Ж. Уголовно-правовая характеристика преступлений против мира и безопасности человечества	207

Хамзин А. Ш., Маусумбаев С. С., Болат Т. Т.	
Решение проблем о договорах купли продажи.....	212
Колесников Ю. Ю., Токенов М. М.	
Пытки как уголовно-правовая категория	217
Толжугай А. К.	
Квалифицирующие часть признаки убийства относящиеся к субъективной стороне убийства	223
Шагиева Г. Т.	
О безопасности в современном мире	231

Секция 10
Экономика мен бизнестегі және
мемлекеттік деңгейдегі басқару
Экономика и управление в бизнесе
и на государственном уровне

Арынова З. А., Кожанов Ж. М.	
Занятость населения: роль в развитии локальной экономики в Условиях цифровизации.....	237
Арынова З. А., Омарова М. Р.	
Разработка маркетинговой стратегии для развития бизнеса в регионе: ключевые аспекты и подходы	245
Арынова З. А., Бакибай А. Қ.	
Роль кластеров в формировании конкурентоспособности Республики Казахстан	250
Баймуханова М. Т., Нургалиева А. А., Нарынбаева А. С.	
Развитие малого и среднего бизнеса в Республике Казахстан	256
Бакпаева А. К., Нургалиева А. А.	
Основные инструменты цифровой логистики в сельском хозяйстве	260
Бултыков Н. Е.	
Реализация государственной политики по поддержке малообеспеченных групп населения: оценка социальной эффективности.	265
Жакупов М. К., Золотарева С. В.	
Система государственной поддержки малого и среднего бизнеса в павлодарском регионе	270
Жоломанов Д. А., Кунязова С. К.	
Зарубежные модели построения МСУ	274
Жоламанова Г. К., Куязова С. К.	
Разработка механизмов развития инновационного предпринимательства в РК	278

Каирова Ж. К., Амерханова А. Х.	
Проблемы внедрения инновационных управленческих технологий в системе государственного управления	283
Kaidarova S. E., Batyrkhanov J. R.	
Territorial image: definition, components, varieties.....	287
Кайдарова С. Е., Золотарева С. В., Кайдаров А. А.	
Система образования на рынке труда Казахстана: на пути к цифровой реальности.....	292
Калиярдамов Т. Б., Нургалиева А. А., Арынова З. А.	
Взаимосвязь факторов формирования экономического и инвестиционного потенциала региона	298
Канашева А. К., Рымбекова Н. Е.	
Адами капитал аймақтың қазіргі экономикасының инновациялық даму факторы ретінде	302
Мажитова А. Е., Ахметова Д. Д., Золотарева А. В.	
Кәсіпкерлік қызметтер үшін маркетинг стратегиясының әсері.....	309
Левкович А. Г., Кульдурова А. О., Медведева Т. Ф.	
Использование игры МЭКОМ в экономике и управлении в бизнесе на государственном уровне	313
Давиденко Л. М., Мустафин Ә. Б.	
ESG стратегиясы негізінде кластерлер құрылымдарының экономикалық өсуін талдау және болжау	317
Куязов Е. К., Мухаметкалиев Ж. Т.	
Инструменты развития человеческого капитала	321
Куязов Е. К., Мухаметкалиев Ж. Т.	
Механизм управления человеческим капиталом.....	325
Насырова Н. М., Деркачёва И.	
Управление взаимодействием бизнеса и власти в современной экономической системе	329
Нұрмұханбет Е. М.	
Влияние изменений в бизнес – среде малых и средних предприятий на учетные процессы	334
Алтыбасарова М. А., Рамазанова А. Т.	
Политическая реклама: сущность и особенности применения в современном информационном пространстве	338
Сейфуллин Р. К.	
Подходы к оценке государственной демографической политики.....	343
Сейфуллин Р. К.	
Институционализация государственной демографической политики в современном Казахстане	348
Смагулов Д. Е.	
Современные проблемы консалтинговой и юридической поддержки региональных субъектов малого предпринимательства.....	355

Бекмурзаев Г. А., Титков А. А.	
Инновационные управленческие подходы в системе государственного управления.....	359
Титков А. А., Бухарбаев А. А., Сарымсаков Д. Р.	
Современные тенденции подготовки кадров для государственной службы в Республике Казахстан	364
Оразов Б. Г., Бекмурзаев Г. А., Титков А. А.	
Современные тенденции оказания государственных услуг в Республике Казахстан.....	369
Титков А. А., Сарымсаков Д. Р.	
Зарубежный опыт мотивации государственных служащих	374
Титков А. А., Магеллан Д. С.	
Современная методология стратегического управления в деятельности организации	379
Титков А. А., Тайнов С. С.	
Стратегические приоритеты развития малого бизнеса на основе регионального бизнес-инкубирования	383
Tulepbergenova D.	
Analysis of articles on the implementation of PPP projects in foreign countries and recommendations for Kazakhstan.....	387
Шеримова Н. М., Шарипова А. А., Мишагина А. Н.	
Проблемы инновационного управления промышленных предприятий	394

Секция 11

Қаржы жүйесінің қазіргі жағдайы
Современное состояние финансовой системы

Арынова З. А., Бекниязова Д. С., Золотарева С. В., Кайдарова С. Е.	
Новая парадигма сбалансированного взаимодействия образования и рынка труда в эпоху цифровой трансформации государства	398
Ибрагимова Л. Д., Алтайбаева Ж. К.	
Обеспечение качества учетной информации по основным средствам.....	405
Лисогор В. А., Алтайбаева Ж. К.	
Влияние внедрения системы «Lean Production» на экономические показатели бизнеса.....	412
Мусина А. Ж., Бекниязова Д. С., Кабулдинова М. К.	
Тенденции эффективного осуществления налогового контроля в Республике Казахстан.....	419
Мусина А. Ж., Бекниязова Д. С., Таниева Г. К.	
Банковская политика в области обеспечения качества кредитных услуг и направления ее сбалансированности	425

Тапалчинова А. С., Мусина А. Ж., Бейсембаева Г. К.	
Қазақстандағы технологияларды коммерцияландыру процессін қаржыландырудың ғылыммен байланысы	430
Титков А. А., Балтабаева Д. А.	
Современное состояние финансовой системы РК.....	435
Мусина А. Ж., Каирбаева А. К., Быков П. О., Урбанчикова Н.	
Повышение уровня занятости через развитие предпринимательских навыков и стимулирование инновационных подходов.....	443
Sekenova B., Musina A.	
International approaches to financing healthcare systems.....	449

Сәулет және дизайн
Архитектура и строительство

Секция 12

Құрылыстағы, құрылыс материалдарындағы,
сәулет пен дизайндағы инновациялар мен технологиялар
Инновации и технологии в строительстве, строительных
материалах, архитектуре и дизайне

Макашев К. Т., Алимова А. Х.	
Современные материалы для усиления каменных конструкций	457
Саканов Д. К., Ержепова А. Ж.	
Учет затрат на дорожное строительство в странах мира.....	461
Талал А., Жумабаев А. К.	
Проблема структурно неустойчивых грунтов в проектировании и строительстве дорог, роль искусственного интеллекта.....	465
Shayakhmetov S. B., Kairbekova K. T.	
Investigating the impact of traffic flow and external factors on road surface deformations: mathematical modeling and practical recommendations for medium repair	471
Makashev K., Kolzhanova R.	
Development of a MATLAB algorithm for calculating thermal conductivity of walls in Kazakhstan.....	480
Мырзабаева Ж. С., Усқумбаева О. В.	
Глобальное потепление и пути решения	484

**АКАДЕМИК ҚАНЫШ СӘТБАЕВТЫҢ
125 ЖЫЛДЫҒЫНА АРНАЛҒАН
«XXIV СӘТБАЕВ ОҚУЛАРЫ» АТТЫ
ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ КОНФЕРЕНЦИЯНЫҢ
МАТЕРИАЛДАРЫ**

ТОМ XII

Техникалық редактор А. Р. Омарова

Корректор: А. Р. Омарова

Компьютерде беттеген: Е. Е. Калихан

Басуға 23.04.2024 ж.

Әріп түрі Times.

Пішім $29,7 \times 42 \frac{1}{4}$. Офсеттік қағаз.

Шартты баспа табағы 28,54 Таралымы 500 дана.

Тапсырыс № 4220

«Toraighyrov University» баспасы
«Торайғыров университеті» КЕАҚ
140008, Павлодар к., Ломов к., 64.