

Қазақстан Республикасы Президентінің "Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауын реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы туралы" Жарлығының жобасы туралы

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2004 жылғы 21 тамыздағы N 883 Қаулысы

Қазақстан Республикасының Үкіметі қаулы етеді:

1. "Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауын реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы туралы" Жарлықтың жобасы Қазақстан Республикасы Президентінің қарауына енгізілсін.
2. Осы қаулы қол қойылған күнінен бастап күшіне енеді.

Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы н ы ң

Премьер-Министрі

**Қазақстан Республикасы Президентінің
Жарлығы**

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауын реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы туралы

Қазақстан Республикасының Конституциясы 44-бабының 8) тармақшасына сәйкес, медициналық көмек көрсетудің тиімді жүйесін құру, Қазақстан Республикасының халқы денсаулығының негізгі көрсеткіштерін жақсарту мақсатында қаулы етемін:

1. Қоса беріліп отырған Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауын реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы (бұдан әрі - Бағдарлама) бекітілсін.

2. Қазақстан Республикасының Үкіметі бір ай мерзімде Бағдарламаны іске асыру жөніндегі іс-шаралар жоспарын әзірлесін және бекітсін.

3. Орталық және жергілікті атқарушы органдар, сондай-ақ Қазақстан Республикасының Президентіне тікелей бағынысты және есеп беретін мемлекеттік органдар Бағдарламаны іске асыру жөніндегі шараларды қабылдасын.

4. Бағдарламаның орындалуын қамтамасыз етуді бақылау және үйлестіру Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігіне жүктелсін.

5. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі жарты жылда бір рет, есепті кезеңнен кейінгі айдың 25-күнінен кешіктірмей Қазақстан Республикасы

Президентінің Әкімшілігіне және Қазақстан Республикасының Үкіметіне
Бағдарламаның іске асырылу барысы туралы ақпарат ұсынсын.

6. Осы Жарлық қол қойылған күнінен бастап күшіне енеді.

Қазақстан Республикасының

Президенті

Қазақстан Республикасы

Президентінің

2004 жылғы " _____ " _____

№ _____ Жарлығымен

бекітілген

**Қазақстан Республикасының
денсаулық сақтауын реформалау мен дамытудың
2005-2010 жылдарға арналған
Мемлекеттік Бағдарламасы**

Астана, 2004 жыл

1. Бағдарламаның паспорты

Бағдарламаның атауы Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауын реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы

Әзірлеу үшін негіз Президенттің "Бәсекеге қабілетті Қазақстан үшін, бәсекеге қабілетті экономика үшін, бәсекеге қабілетті халық үшін" атты 2004 жылғы 19 наурыздағы Қазақстан халқына Жолдауы

Әзірлеуші министрлігі Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі

Мақсаты Мемлекет пен адам арасында денсаулық сақтау үшін ынтымақты жауапкершілік принциптеріне, халық денсаулығын жақсартуға бағытталған бастапқы медициналық-санитарлық көмекті басым дамытуға негізделген медициналық көмек көрсетудің тиімді жүйесін құру

Міндеттері Мемлекет пен адам арасында денсаулықты сақтау үшін жауапкершілікті бөлісу;
Негізгі екіпінді бастапқы медициналық санитарлық

көмекке (бұдан әрі - БМСК) нақты көшіре отырып, медициналық көмек көрсетуді ұйымдастырудың халықаралық принциптеріне көшу; денсаулық сақтауды басқарудың жаңа моделін және саланың бірыңғай ақпараттық жүйесін құру; ана мен бала денсаулығын нығайту, медициналық-демографиялық ахуалды жақсарту; әлеуметтік жағынан елеулі аурулардың деңгейін жыл сайын төмендету;

медициналық білім беруді реформалау.

Іске асыру мерзімдері 2005-2010 жылдар бірінші кезең: 2005-2007 жылдар екінші кезең: 2008-2010 жылдар

Қажетті ресурстар мен қаржыландыру көздері Бағдарламаны 2005-2010 жылдары іске асыруға республикалық және жергілікті бюджеттердің қаражаты, сондай-ақ Қазақстан Республикасының заңнамаларында тыйым салынбаған басқа да қаражаттар бағыттталатын болады. Бағдарламаны іске асыруға жұмсалатын жалпы қосымша шығындар 98 825,5 млн.теңгені, оның ішінде республикалық бюджет қаражатынан 38 464,7 млн.теңгені, жергілікті бюджеттердің қаражатынан 60 360,8 млн.теңгені құрайды.

Жылдар бойынша	Барлығы	Республикалық бюджет	Жергілікті бюджет
2005 ж.	26 067,0	18 473,8	7 593,2
2006 ж.	33 318,9	10 140,4	23 178,5
2007 ж.	39 439,6	9 850,5	29 589,1

2008-2010 жылдары саланы қаржыландыру көлемі жыл сайын көбейтіліп, 2010 жылға қарай ЖІӨ-нің 4%-не дейін жеткізіледі.

Күтілетін нәтижелер Бағдарламаны іске асыру нәтижесінде: денсаулық сақтауда халықтың, саланың және мемлекеттің сұранысын қанағаттандыратын тиімді модель құрылатын болады; халықтың медициналық көмекпен қамтамасыз етілуінің деңгейі айтарлықтай артады, адамның өз денсаулығын сақтауына ынталандырулар енгізілетін болады;

азаматтардың медициналық көмекке тең қолжетімділігі қамтамасыз етілетін болады және мемлекет пен азаматтың денсаулықты сақтауда ынтымақты жауапкершілік принципі іске асырылатын болады;

БМСК деңгейінде тегін медициналық көмектің көлемін кеңейту есебінен алдын алу, сауықтыру іс-шараларының көлемі ұлғаяды, ауруларды диспансерлеудің тиімділігі мен сапасы артады, еңбекке жарамсыздықтың уақытша және тұрақты деңгейі төмендейді;

көлемдердің бір бөлігін стационарлық сектордан амбулаториялық секторға қайта бөлу және стационарды ауыстыратын технологияларды тиімді пайдалану негізінде медициналық көмек көрсетудегі сәйкессіздік жойылатын болады; медициналық қызмет көрсету сапасын басқарудың тиімді жүйесі енгізілетін болады;

медициналық көмектің барлық кезеңінде оны көрсетудің қолжетімділігі, тиімділігі және сабақтастығы артады;

қаржыландыру жүйесі жетілдірілетін болады, тегін медициналық көмек көрсетудің кепілдік берілген көлемін қаржыландыру тапшылығы жойылады саланың субъектілері арасында өзара есеп айырысудың тетіктері енгізіледі;

денсаулық сақтауға арналған мемлекеттік бюджеттің және халықтың қаражаттарын пайдаланудың тиімділігі артады, бұл ретте формалды емес төлемдер деңгейі айтарлықтай төмендейді;

денсаулық сақтаудың бірыңғай ақпараттық жүйесі құрылатын болады;

ұрпақты болу жасындағы әйелдердің және балалардың денсаулық индексі артады, ана мен сәби өлімі көрсеткіштері тұрақты төмендейді; әлеуметтік жағынан елеулі аурулар бойынша жағдай тұрақтанады, жұқпалы және жұқпалы емес аурулардың деңгейі төмендейді;

дәрілік заттардың айналымы саласында мемлекеттік реттеудің тиімділігі артады; бәсекеге қабілетті отандық фармацевтикалық және медициналық өнімдерді өндіру көлемі артады; диагностиканың қазіргі заманғы әдістері және емдеудің халықаралық стандарттары енгізілетін б о л а д ы ; мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық жүйенің құжаттарын халықаралық стандарттармен үйлесімді ету жүргізілетін болады; кадрларды бекіту тетігін енгізу, медициналық жоғары оқу орындары (бұдан әрі - ЖОО) мен колледждерге мемлекеттік тапсырыс бойынша қабылдауды арттыру есебінен саланы кадрлық қамтамасыз ету проблемасы 2010 жылға медициналық білім берудің барлық деңгейін реформалау жолымен шешілетін болады; медицина қызметкерлерін даярлау мен қайта даярлаудың сапасы айтарлықтай артады, дәрігердің және медицина қызметкерінің құқығы кеңейтіледі және жауапкершілігі күшейтіледі, олардың әлеуметтік мәртебесі мен қоғамдағы беделі көтеріледі.

2. Кіріспе

Халық денсаулығының жай-күйі қоғамның әлеуметтік бағдарының, мемлекеттің өз азаматтарының алдындағы жауапкершілік дәрежесін сипаттайтын әлеуметтік кепілдіктерінің интегралды көрсеткіші болып табылады.

Қазақстан, мемлекеттік қалыптасуы кезеңінде терең экономикалық құлдырауға ұшырап, әлеуметтік салада, соның ішінде кеңес уақытында құрылған және негізінен жұмыстың сандық көрсеткіштеріне бағдарланған медициналық ұйымдардың икемсіз жүйесінен тұратын денсаулық сақтау жүйесінде елеулі оңтайландыру жүргізді.

Соңғы жылдары Қазақстан едәуір экономикалық өсуге қол жеткізді, бұл саланы қаржыландырудың елеулі өсуіне мүмкіндік берді (соңғы үш жылда екі рет), сондай-ақ осы үрдістің одан әрі даму перспективаларын ашты. Әлеуметтік бағдар ұстанған мемлекет бұдан әрі де саланың дамуына елеулі түрде көңіл бөлетін болады.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (бұдан әрі - ДДҰ) дерегі бойынша азамат денсаулығының тек 8-10%-і ғана денсаулық сақтау жүйесінің жұмысына байланысты

екендігіне қарамастан, қоғамдық денсаулықты сақтау жөніндегі мемлекеттің күш-жігері экономикалық және әлеуметтік прогреске қарай өсе түсуге тиіс.

Осыған байланысты денсаулық сақтауға азаматтардың өздерін, жұмыс берушілерді тарту және денсаулық сақтау саласындағы іс-шаралар жүргізуді сектораралық үйлестіруді күшейту маңызды.

Бүгінгі таңда олар бойынша сала дамып отырған негізгі бағдарламалық құжаттар оларды әзірлеу сәтіне барабар болған, алайда қазіргі уақытта олар экономикадағы, соның сияқты басқа да секторлардағы өзгерістер қарқынынан кейін қалып отыр. Осы құжаттарда белгіленген жекелеген іс-шаралар түпкілікті нәтижеге бағдарланбаған, ал құрылымдық қайта құрулар, соның ішінде жүйені қаржыландыруды өзгерту үнемі дәйекті сипатқа ие бола бермейді. Бүгінгі күні денсаулық сақтау жүйесінің жай-күйі қоғамды, мемлекетті және саланың өзін толық қанағаттандырады деп тұжырымдауға болмайды.

Жинақталған проблемалар денсаулық сақтау саласын басқарудағы көзқарастарды түбегейлі қайта қарауды талап етеді. Мемлекет басшысының 2005 жылға арналған Жолдауында саланың басқару жүйесін, денсаулық сақтау ісін қаржыландыруды, көрсетілетін медициналық көмек беруді ұйымдастыруды, қаржы ресурстарын тиімді пайдалануды және сатып алуды міндетті түрде орталықсыздандыруды, денсаулық сақтау жүйесінің нормативтік базасын, статистика мен саланы ақпараттандыруды, есептілікті оңтайландыруды жетілдіруге қатысты байыпты өзгерістер жүргізу қажеттігі көрсетілген.

Бірінші кезектегі міндеттер ретінде мыналар белгіленген:
негізгі екпінді бастапқы медициналық-санитарлық көмекке, стационарда емдеуден амбулаториялық емдеуге көшіру;
халықаралық стандарттарға, емдеу мен медициналық қызмет көрсетудің жаңа технологиялары мен қазіргі заманғы әдістеріне жүйелі түрде көшу;
ана мен бала денсаулығын нығайту;
тәуелсіз сарапшыларды тарта отырып, тәуелсіз сараптау жүйесін құру;
денсаулық сақтау жүйесін, саланың ресурстары мен қаржыландыруды басқару мен еджерлерін даярлау;
әлеуметтік жағынан елеулі аурулардың алдын алу, диагностикасы және емдеу;
денсаулық сақтау ұйымдарының материалдық-техникалық базасын нығайту.

Денсаулық сақтауды реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған осы мемлекеттік бағдарламасы (бұдан әрі - Бағдарлама) Қазақстанның 2030 жылғы кезеңге дейінгі Даму стратегиясын, Қазақстан Республикасы Президентінің "Бәсекеге қабілетті Қазақстан үшін, бәсекеге қабілетті экономика үшін, бәсекеге қабілетті халық үшін!" атты 2004 жылғы 19 наурыздағы Жолдауын іске асыру мақсатында әзірленген.

Бағдарламада Қазақстан Республикасында қол жетімді, сапалы, әлеуметтік бағдар ұстанған және экономикалық тиімді денсаулық сақтау жүйесін дамытуға бағытталған

қажетті экономикалық, әлеуметтік, ұйымдастырушылық және басқа да шаралардың жиынтығы белгіленген.

3. Халық денсаулығының және денсаулық сақтау жүйесінің қазіргі заманғы жай-күйін талдау

Қазақстан Республикасы халқы денсаулығының жай-күйі, санитариялық-эпидемиологиялық ахуал және денсаулық сақтау жүйесінің дамуы соңғы онжылдықта оң үрдістермен де, сол сияқты теріс үрдістермен де сипатталды.

Соңғы жылдары негізгі медициналық көрсеткіштерді - тууды, өлім-жітімді, өмір сүрудің орташа ұзақтығын тұрақтандыруға қол жеткізілді. Жұқпалы аурулармен ауыру төмендеді. Денсаулық сақтау саласында бірқатар реформалар жүргізілді, олардың бір бөлігі табысты іске асырылды, енді бір бөлігі өзінің қисынды жалғасын таппады. Соңғыларына міндетті медициналық сақтандыру жүйесін құруды, отбасылық медицина моделіне көшуге әрекеттенуді жатқызуға болады. Солардың арасынан саланың нормативтік құқықтық базасын құруды, денсаулық сақтауды қаржыландырудың елеулі ұлғаюын оң өзгерістер ретінде атап өткен жөн, бұл бірқатар қазіргі заманғы клиникалардың құрылысын жүзеге асыруға, күрделі жөндеулер жүргізуге және медициналық ұйымдардың материалдық-техникалық жаратқандырылуын жақсартуға, емдеу-диагностикалық процеске жаңа медициналық технологиялар енгізуге мүмкіндік туғызды. Медициналық көмек көрсетудің сапасын жақсарту және оның қол жетімділігін арттыру нәтижесінде жұқпалы және басқа да бірқатар ауруларға қатысты халық денсаулығының жай-күйінде оң өзгерістерге қол жеткізілді. Алайда республика халқының денсаулық жағдайы өлшеміннің көптеген бөлігі қанағаттанарлықсыз болып отыр.

Медициналық-демографиялық ахуал және науқастану

Қазақстанда соңғы жылдары белгілі бір медициналық-демографиялық өзгерістер болды. Республикада халықтың саны 2003 жылы 1999 жылмен салыстырғанда 49,6 мыңға өсті және 2004 жылдың басында 14 951,2 мың адамды құрады.

2003 жылы бала туу көрсеткіші 1000 адамға шаққанда 17,2-ні құрады және 1999 жылмен салыстырғанда 1,2 есе өсті. Республикада бала туудың өсу үрдісі 1999 жылдан

б а с т а п б а й қ а л ы п о т ы р .

Соңғы 5 жыл ішінде халықтың табиғи өсімі 1000 адамға шаққанда 2003 жылы 6,7-ні құрай отырып, 1,6 есе өсті. 1999 жылдан бастап халықтың өлім-жітім коэффициентінің болмашы өсуі байқалады, ол 1000 адамға шаққанда 2003 жылы 1999 жылғы 9,7-ге қарағанда 10,5-ті құрады. Соңғы 5 жыл ішіндегі өлім-жітімді талдау кезінде ерлер мен әйелдер өлім-жітімінің неғұрлым үлкен жастық коэффициенті 70 және одан да астам жасқа сәйкес келеді, ол тиісті жастық топтың 1000 адамына шаққанда 2002 жылы тиісінше 104,51-ді және 79,98-ді құрады. Халықтың өлім-жітім құрылымында

жүрек-қан тамыры, онкологиялық аурулар, жарақаттану жетекші орын алады. Өлім-жітім құрылымының көрсеткіштерін бұрмалау факторларының бірі - өлім себепін тиімді сараптау жүйесінің жоқтығы болып табылады.

Республика халқының болжамды орташа өмір сүру ұзақтығы соңғы 5 жыл ішінде тұрақтанды және 2003 жылдың соңына қарай 65,9 жасты: ерлерде - 60,5 жасты, әйелдерде - 71,5 жасты құрады.

Қазақстан Республикасы халқының жалпы науқастану көрсеткіші серпінді өсті және 2003 жылы 100 мың халыққа шаққанда 1999 жылғы 47972,8-ге қарағанда 56413,9-ды құрады.

Науқастану құрылымында 100 мың халыққа шаққанда бірінші орынды - тыныс алу ағзаларының аурулары (22160,6), екінші орынды - жарақаттар мен уланулар (4003,7), үшінші орынды - несеп-жыныс жүйелерінің аурулары (3948,6), төртінші орынды - тері және тері асты клеткаларының аурулары (3847,0), бұдан арғыны тамақ қорыту ағзаларының аурулары (3688,7), көз және онымен байланысты аурулар (2748,2), жұқпалы және паразиттік аурулар (2482,1) алады. Әлеуметтік жағынан елеулі аурулардың арасында 2003 жылы бірінші орынды наркологиялық аурулар алды (100 мың халыққа шаққанда 424,4), ол осы тізбедегі аурулардың көрсеткішінен 4 есе және одан да асып түсті.

Республикада сәбидің өлім-жітім көрсеткішінің азаю үрдісі бар, алайда, тұтастай алғанда, Еуропа елдерімен салыстырғанда, айтарлықтай жоғары болып отыр және 2003 жылы 1000 тірі туғандарға шаққанда 15,3-ті құрады. Бұл ретте, осы көрсеткіштің Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ұсынымы ескерілмей есептелгендігін атап көрсеткен жөн.

Ананың өлім-жітім көрсеткішінің 1999 жылмен салыстырғанда 2003 жылы 100 мың тірі туғандарға шаққанда 65,3-тен 42,1-ге дейін азайғандығы байқалады. Республикада ана өлімінің негізгі себептерінің бірі - әйелдер денсаулығы индексінің төмендігі болып табылады, ол 20-30%-ті құрайды.

Балалар денсаулығының жай-күйі алаңдатушылық туғызады. Балаларды жаппай алдын ала тексеру жүргізу екі баланың бірінің ауру екендігін көрсетті және ол сауықтыру терапиясына барабар алдын алу жұмыстарын, бірінші кезекте амбулаториялық-емханалық деңгейде ұйымдастыру қажеттігін талап етеді. ДДҰ-ның ұсынымдарына сәйкес 5 жастағы балалар ауруының көбісін амбулаториялық жағдайда тиімді емдеуге болады, соған қарамастан Қазақстанда осындай балалардың 60%-тен астамы стационарда емделеді. Ауруханаға шамадан тыс жатқызу себептерінің бірі - дәрілік заттарға амбулаториялық деңгейде қол жетімділіктің төмендігі.

Әлеуметтік жағынан елеулі аурулардың жоғары өзектілігі сақталуда. Психикалық және наркологиялық аурулар, қант диабеті, өңеш-өкпе аурулары, жүрек-қан тамыры патологиясы, туберкулез, жыныстық жолмен берілетін жұқпалы аурулар, қатерлі ісіктер елеулі проблема болып отыр. Өкінішке қарай, бүгінгі таңда денсаулық сақтау

аурулардың алдын алуға емес, емдеу сипатындағы шараларға көбірек бағдарланған, ал халықтың өзі денсаулығын сақтауға жеткілікті дәрежеде бағдарланбаған. Бұл туралы, атап айтқанда, асқынған нысандағы ісік аурулары анықталуының жоғары үлесі, сондай-ақ халықтың жүрек-қан тамыры ауруларынан қайтыс болуының жоғары көрсеткіші айғақтады.

ДДҰ деректері бойынша туберкулез ауруының көрсеткіші бойынша Қазақстан ТМД елдерінің арасында жетекші орын алып отыр: 1999 жылы 100 мың халыққа шаққанда - 141,0, ал 2003 жылы - 160,4.

Әлемдік пандемияға байланысты АҚТҚ/ЖҚТБ-ның Қазақстанда, соның ішінде пенитенциарлық мекемелер жүйесінде таралуы өрши түсуде. Осыған байланысты, республикада ЖҚТБ-ның індетіне қарсы іс-әрекет жөніндегі 2001-2005 жылдарға арналған бағдарлама іске асырылуда. Алайда, қабылданған шаралар әзірше індеттің қарқынын бәсеңдетуге ғана мүмкіндік берді.

Тұтастай алғанда қазақстандықтардың денсаулығы жай-күйінің қанағаттанғысыз болуына денсаулық сақтау жүйесінің алдын алуға белсенділігінің әлсіздігі, халық тарапынан өзінің денсаулығына жауапкершілікті жеткіліксіздігі, денсаулық сақтау мәселелерінде сектораралық өзара іс-қимылды тиімсіз жүргізу, сондай-ақ өтпелі кезеңнің әлеуметтік-экономикалық проблемалары себеп болды.

Денсаулық сақтау жүйесі

Қазақстан Республикасында тәуелсіздік жылдарында саланы реформалау қадамдары бірнеше мәрте жасалды. Айталық, 1996-1998 жылдары денсаулық сақтау жүйесіне принципті түрдегі жаңа екі элемент: сатып алушы мен сатушы қатынастарының және медициналық көмектің көлемі мен сапасына байланысты сараланған еңбек ақы төлемінің пайда болуына мүмкіндік туғызатын денсаулық сақтауды қаржыландырудың бюджеттік-сақтандыру моделі енгізілген болатын. 1999 жылдан бастап бөлінетін қаражатқа байланысты түпкілікті нәтижеге бағдар ұстануға мүмкіндік беретін бағдарламалық қаржыландыру енгізілді. Сонымен бірге, реформаларды талдау көрсеткендей, олар елеулі өзгерістерге бағытталмады, өзінің қисынды ақырына жеткізілген жоқ, және денсаулық сақтау жүйесіндегі жағдайды түбегейлі өзгерте алмады.

Саланы басқару құрылымында соңғы жылдары болып өткен өзгерістер арасынан Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігін қалпына келтіруді, Фармация комитетін, фармацевтикалық және медициналық өнеркәсіп пен оның аумақтық бөлімшелерін, сондай-ақ бақылау-қадағалау функцияларын жүзеге асыратын мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органдары мен санитариялық-эпидемиологиялық сараптама және зертханалық зерттеулер жүргізетін мемлекеттік ұйымдар қызметіне бөле отырып, Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау комитетін құруды атап өту керек.

Қазіргі кезде республикалық денсаулық сақтау жүйесі, барлық ведомстволарды қоса

алғанда, 886 ауруханалық және 3463 амбулаториялық-емханалық медициналық ұйымдар жүйесінен тұрады. Өңірлердегі медициналық көмекті ұйымдастыру жүйесінің өзінде мынадай бірқатар өлшемдер:

қаржыландыру және басқару функцияларын топтастыру деңгейі;
бір тұрғынға есептегенде тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін қаржыландыруға бөлінетін ресурстардың мөлшері;
пайдаланылатын қаржыландыру әдістері;

Б С М К қ ұ р ы л ы м ы ;

медициналық ұйымдардың ұйымдастыру нысандары;
медициналық көмек сапасын бақылау жүйесі бойынша айырмашылықтары бар.

Істің мұндай жай-күйі азаматтардың денсаулығын сақтау саласындағы жалпы мемлекеттік саясатты жүргізуді және мемлекеттік кепілдіктерді алуда азаматтардың теңдігін қамтамасыз етуді едәуір қиындатады.

2001 жылдан бастап ауруханалық мекемелер санының көбеюі байқалады. Айталық, 2001 жылы олар 845, 2002 жылы - 860 болды.

Халықтың төсек орындармен қамтамасыз етілу көрсеткіші 10 мың халыққа шаққанда 76,8-ді құрады (төсек орындардың жалпы саны - 114782). Бұл 10 мың халыққа шаққанда 73,3 құрайды. ДДҰ деректері бойынша ол еуропалық орташа көрсеткіштен бір шама жоғары. Бұл көрсеткіштің көлемінен тіпті дамыған елдердің өзінде айтарлықтай айырмашылық байқалады, ал жоғары көрсеткіштер (Германия, Франция, Жапония және т.б.), негізінен медициналық қызмет көрсетудің негізгі тұтынушылары болып табылатын қарт адамдардың басым үлесімен түсіндіріледі.

Дәрігерлердің саны 54,6 мыңға, орта медициналық қызметкерлер - 115,0 мыңға жетті, дәрігерлермен қамтамасыз ету 10 000 халыққа шаққанда - 36,5-ті, орта медициналық қызметкерлермен қамтамасыз ету - 76,9-ды құрайды, алайда халықты медициналық қызметкерлермен және басқа қуаттармен қамтамасыз етудің орташа көрсеткіштерінің жоғарылауына қарамастан, Қазақстандағы денсаулық сақтау жүйесі, әсіресе БМСК деңгейінде, жеткілікті дәрежеде тиімді жұмыс істей алмай келеді.

Соңғы жылдарда фельдшерлік және фельдшерлік-акушерлік пункттерді (бұдан әрі - ФП және ФАП) қайта қалпына келтіру жұмыстары жүргізілсе де қалыптасқан жағдай әлі де БМСК-ні дамытуға және нығайтуға жеткіліксіз көңіл бөлумен, оның бастапқы буынының нақты мүмкіндіктерін жеткіліксіз бағалаумен, қалдық принципі бойынша қаржыландырумен және технологиялық тұрғыдан артта қалушылықпен сипатталады. БМСК-ың медициналық қызметкерлерінде еңбек нәтижелерін жақсартуға экономикалық уәждеме жоқ, олардың қоғамдағы беделі төмендетілген.

Қазіргі уақытта БМСК объектілері білікті мамандармен жасақталмаған. Емдеу-алдын алу ұйымдары материалдық-техникалық базасының, әсіресе ауылдық жерлерде қанағаттанарлықсыз жағдайда болуы жалғасуда. Талдаулар бірқатар өңірлерде амбулаториялық-емханалық бір ауысымда оларға баруларшылардың іс

жүзіндегі саны нормативті көрсеткіштерден 1,5 еседен асатындығын көрсетеді.

Медициналық ұйымдар, негізінен, бейімделмеген, санитариялық-гигиеналық талаптарға жауап бермейтін үй-жайларда орналасқан (ауылда - 70%-тен астам). Қазіргі заманғы медициналық жабдықтармен, санитарлық автокөлікпен жарақтандыру 50%-тен төмен. Ауылдағы БМСК объектілерінің тек 36%-іне ғана телефон орнатылған. Дәрілік заттарды сату ауылдық денсаулық сақтау объектілерінің барлығында бірдей ұйымдастырылмаған. Қазақстан Республикасының Төтенше жағдайлар жөніндегі агенттігі өткізген паспорттаудың деректері бойынша республиканың сейсмикалық қауіпті өңірлерінде қазіргі кезде бар ғимараттар мен құрылыстар белгіленген нормаларға сәйкес келмейді, денсаулық сақтау ұйымдарының 447-сі нығайтуға немесе құлатуға жатады. Медициналық жабдықтарға сервистік қызмет көрсетудің тиімді ж ү й е с і ж о қ .

Жүктелген функцияларды жүзеге асыру қажеттіліктеріне байланысты БМСК-ға шығындарды жүйелі түрде ұлғайту жүргізілмеді, бұл аталған буын қызметінің тиімділігіне әсер етеді. Қазіргі кезде БМСК-ні қоса алғанда, мемлекеттік медициналық ұйымдар үш бағыт - қызмет көрсетулерге ақы төлеу арқылы, күрделі жөндеу мен медициналық және медициналық емес жабдықтарды сатып алу бойынша бюджеттік қаражат алады. Ал БМСК-ға жан басына шаққандағы норматив, әдетте, тұтынушылық баға индексіне және еңбек ақыны көбейтуге тең дәрежеде ұлғайтылады. Жан басына шаққандағы нормативтің қазіргі түрі - бұл жүргізілген онтайландыруды ескере отырып, БМСК-інің ескі жүйесін ұстауға жұмсалатын шығыстар. Қазіргі кездегі қызмет көрсетулерге ақы төлеу әдістемесі жеке медициналық ұйымдардың бәсекеге қабілеттілігін айтарлықтай шектейді, өйткені олар тек бір көзге - тарифке ғана ықтимал түрде үміткер бола алады, бұл денсаулық сақтау жүйесіндегі жеке сектордың дамуын тежейді. Осыны ескере отырып, тарифтерді қалыптастыру әдістемелерін (жан басына шаққандағы норматив, тарификатор, клиникалық-шығындау топтары (бұдан әрі - КШТ) ж е т і л д і р у қ а ж е т .

Жоғарыда баяндалғандарға - орай медициналық қызметкерлердің беделін көтеру, ұйымдарды қажетті медициналық жабдықтармен жарақтандыру, алдын алудың, диагностикалық емдеудің жаңа технологияларын енгізу, дәрімен тегін және жеңілдікті қамтамасыз ету жүйесін амбулаториялық деңгейде жетілдіру, жан басына шаққандағы қаржыландыруды нақты толықтыру жолымен БМСК-іге деген қатынасты түбірімен ө з г е р у қ а ж е т .

Қазіргі уақытқа дейін тетік медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін көрсету шеңберінде стационарлық көмекке арналған шығыстардың көлемі жергілікті деңгейде БМСК-ға арналған шығыстардан үш есе асып түседі, ал медициналық көмек көрсету жүйесінің өзі басым түрде стационарға бағдарланған. 2000 жылдан бастап ауруханаға негізсіз жатқызу, онда болу мерзімдерінің асып кетуі салдарынан төсек орындар санының өсе түскені байқалады. Азаматтардың ауруханаға жатуға

ұмтылуының басты себептерінің бірі - амбулаториялық деңгейде дәрімен қамтамасыз етудің болмауы және баста бастапқы буында көрсетілетін қызметтер сапасының нашарлығы. Стационарлық көмек (республикалық ұйымдарды қоспағанда) стандартталмаған, оның сапасын бағалау жүйесі жетілмеген.

Стационарлық көмектің сапасын арттыру үшін дәрігерлік және орта персоналдың біліктілігін арттыруды, ауруханалық ұйымдардың материалдық-техникалық қайта жабдықталуын, стационар деңгейінде тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін нақтылауды және диагностика мен емдеудің дәлелдеу медицинасының принциптеріне негізделген хаттамаларын енгізу жолымен медициналық қызмет көрсетулерді стандарттауды қамтитын шаралар кешенін қабылдау қажет. Шалғайдағы және қатынау қиын елді-мекендердегі тұрғындарға білікті және мамандандырылған медициналық көмек көрсетудің сапасын арттыру үшін санитарлық авиацияны, оңтайлы және телемедицинаны дамыту керек.

Медициналық көмекті басқарудың маңызды құралы республикада 1996 жылдан бастан қалыптасқан оның сапасын бағалау жүйесі болып табылады. Міндетті медициналық сақтандыруды енгізу кезінде медициналық көмектің сапасын бағалау құралдары, айыппұл салу жүйесі әзірленген, медициналық көмекті бағалаудың әр түрлі өлшемдері белгіленген болатын. Кейіннен, объективті себептер бойынша айыппұл салу жүйесі, медициналық көмектің көлемін бақылау көрсетілген медициналық көмектің медициналық стандарттарға сәйкестігін анықтау, медициналық қызметтердің сапасын бағалауды жүргізу, пациенттердің қанағаттанушылығын зерделеу сияқты өлшемдер бойынша медициналық қызметтерді талдау және сапасын бағалаумен ауыстырылды.

Медициналық қызметтердің сапасын қамтамасыз ету жүйесіндегі қол жеткізілген нәтижелерге кепілдік берілген тегін медициналық көмектің сапасы мен көлемін бағалау институтын енгізуді, сапа сараптамасын бағдарламалық сүйемелдеу элементтерін енгізуді, халықаралық тәжірибені ескере отырып, сапаны бағалау өлшемдерін әзірлеу үшін әдіснамалық негіздер дайындауды жатқызуға болады.

Осы арада медициналық қызмет көрсетулердің сапасын қамтамасыз етуде бірқатар проблемалар бар. Әкімшілік жазалау шаралары, әдетте, қызметкерлер мен басшыларды кәсіби қызметін жақсартуға ынталандырмайды анықталған ақауларды жою жөніндегі ұсыныс ұсыным сипатында ғана болады және көбіне орындалмайды, медициналық көмектің сапасын ішкі және сыртқы бақылауда байланыс жоқ. Бұдан басқа ведомстволық медициналық ұйымдар, мемлекеттік мекемелер, сондай-ақ медициналық қызмет көрсетулерді мемлекеттік сатып алуға арналған шарттары жоқ ұйымдар алып т а с т а ғ а н .

Санитариялық-эпидемиологиялық ахуал бірінші кезекте, өндірістік және тұрмыстық факторларды қоса алғанда, қоршаған ортаның қолайсыз факторларының ықпалына орай, жұқпалы, кәсіби және соматикалық аурулардың деңгейі халықтың денсаулық жай-күйіне айтарлықтары әсер етті.

Соңғы жылдары әлеуметтік-экономикалық ахуалдың жақсаруы және жүргізілген алдын алу, санитариялық-гигиеналық және індетке қарсы іс-шаралардың нәтижесінде республикада жұқпалы аурулардың, бірінші кезекте, ішек және басқа аса қауіпті аурулардың, сондай-ақ арнайы алдын алу құралдарымен басқарылатын қауіпті аурулардың азайғаны байқалады. Айталық, соңғы бес жыл ішінде вакцинамен басқарылатын жұқпалы аурулар тобындағы мынадай аурулар: қызылша - 58,2 есе, сіреспе - 5,0 есе, көкжөтел - 4,7 есе, дифтерия - 3,6 есе азайды. ДДҰ елді полиомиелиттен бос аумақ ретінде сертификаттады. Ішек жұқпалы аурулар тобында мынадай аурулар: іш сүзегі - 3,5 есе, бактериялы дизентерия - 3,1 есе, сальмонеллез - 1,7 есе, ішектің өткір жұқпалы аурулары - 1,6 есе, "А" вирусты гепатит - 1,6 есе азайды. Өткір ішек жұқпалы аурулары бірлі-екілі жағдайға дейін азайды. Аса қауіпті жекелеген жұқпалы аурулар ілуде бір тіркеледі. Бұл халықтың жұқпалы аурулармен ауруының алдын алу және оны төмендету жөніндегі неғұрлым тиімді іс-шаралардың бірі - жоспарлы иммундеудің нормативтік және қаржылық базаларын қалпына келтіру нәтижесінде мүмкін болды.

Қызметтің құрамында республикаға шет елдерден аса қауіпті жұқпалы аурулардың әкелінуінің алдын-алу жөніндегі бөлімшелер жүйесі ұйымдастырылды және нығайтылды. Соңғы жылдар ішінде негізгі көліктік магистральдерде, мемлекеттік шекарадан өткізу орындарында санитарлық-карантиндік пункттер ашылды.

Ауруханашілік жұқпалы аурулардың алдын алу және оларды азайту мақсатында емдеу-алдын алу ұйымдарының қызметіне халықаралық тәжірибе - едәуір қаржы ресурстарын үнемдеуге мүмкіндік беретін "жұқпалы ауруларды бақылау" жүйесі кезең-кезеңімен енгізілуде.

Республикада санитарлық талаптар мен нормаларға сәйкес келмейтін бақылаудағы объектілер санының жыл сайын азаю үрдісі күшейіп отыр. Санитарлық талаптарға жауап бермейтін объектілердің, соның ішінде су құбырларының үлес салмағы 1999 жылғы 31,1%-тен 2003 жылы 15,1%-ке дейін, жалпы білім беру мектептерінде - 14,2%-тен 5,9%-ке дейін, балалардың мектепке дейінгі мекемелерінде - 7,6%-тен 2,7%-ке дейін, азық-түлік базарларында - 42%-тен 18%-ке дейін, қоғамдық тамақтану объектілерінде - 22,2%-тен 10,5%-ке дейін, сауда объектілерінде - 15,7%-тен 5,9%-ке дейін азайды.

Қабылданған шараларға қарамастан, халықты сапалы ауыз сумен қамтамасыз ету жөніндегі ахуал ауыр болып отыр, су құбырымен келетін ауыз суына республика халқының тек 75,1%-і ғана қол жеткізуде, бірқатар өңірлерде бұл көрсеткіш 60,0%-тен аспайды. Тұтастай алғанда, ел бойынша жұмыс істемейтін (10,0%) және санитарлық нормативтерге жауап бермейтін (15,1%) су құбырларының үлес салмағы жоғары болып отыр. Халықты сапасына кепілдік берілген ауыз сумен қамтамасыз етудің қанағаттанғысыз жағдайы жыл сайын бірқатар өңірлерде індеттік жағдайды шиеленістіріп жібереді.

Аса қауіпті жұқпалы аурулардың, соның ішінде обаның (8 облыстың аумағы), туляремияның (11 облыстың аумағы), геморрагиялық қызбаның (4 облыстың аумағы), көктемгі-жазғы кене энцефалитінің (6 облыстың аумағы), күйдіргі бойынша көп мөлшердегі стационарлық қолайсыз елді мекендердің (1767) табиғи ошақтарының едәуір алаңдарының болуы елеулі проблема болып табылады.

Тамақ өнімдерінің нарығындағы ахуал да күрделі болып отыр. Бақылау органдарының тиісті өзара іс-қимылдарының болмауына байланысты республикаға сапасыз, соның ішінде халықтың денсаулығы үшін қауіпті тамақ өнімдері көп мөлшерде әкелінуде. Отандық тамақ өнеркәсібі кәсіпорындарында және қоғамдық тамақтану объектілерінде тиісті өндірістік бақылаудың болмауы проблема болып отыр, бұл сапасыз тамақ өнімдерін шығару мен сатуға әкеледі.

Санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылық саласындағы проблемалық мәселелердің қатарында мыналарды атап айтуға болады:

санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің БМСК-імен нашар ықпалдасуы, бұл халыққа медициналық көмек көрсетудің алдын алу буынын әлсіретеді;

мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органдары жүзеге асыратын, зертханалық сүйемелдеумен жүргізілетін зертханалық зерттеулерді жарақтандыру деңгейінің, оларды жүргізу мерзімдерінің халықаралық стандарттармен б а л а м а л ы б о л м а у ы ;

аудандық буынның едәуір әлсіреуіне орай облыстық және республикалық деңгейде жүргізілетін санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау мен зертханалық зерттеулердің негізгі көлемін жүзеге асыру;

санитариялық-эпидемиологиялық қызмет пен басқа да қадағалау және бақылау органдарының (ветеринарлық қадағалау, мемлекеттік стандарт, қоршаған ортаны қорғау) арасындағы бірқатар функциялар мен өкілеттіктерді іске асыруда үйлестірудің болмауы.

Фармацевтикалық салада реформалау жекешелендіруден жүзеге асырылған б о л а т ы н .

Қазіргі кезде дәрілік заттар айналымы саласында 7,5 мыңнан астам фармацевтикалық объектілер жұмыс істейді, олардың ішінде 370-і ғана (5%-тен аз) мемлекеттік меншік нысанындағы объектілер болып табылады.

Соңғы 5 жыл ішінде жекешелендіруден өзге басқа да маңызды қайта құрулар жүзеге асырылды. Фармацевтикалық сала нарықтық экономика шарттарына толық бейімделді. Фармацевтикалық саланы дамытудың бағыттарын көрсететін Қазақстан Республикасының Дәрілік саясатының тұжырымдамасы мақұлданды. Дәрілік заттар айналымы саласын реттейтін негізгі нормативтік құқықтық актілер әзірленді. Фармацевтикалық саланы тікелей мемлекеттік реттеу қайта қалпына келтірілді. Дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техника сапасын бақылауды қамтамасыз ету жөніндегі қызмет ретке келтірілді. Отандық

фармацевтикалық өнімдер өндірісінің номенклатурасы мен көлемінің жыл сайынғы өсімі қамтамасыз етілді. Сонымен қатар, фармацевтикалық секторды реформалаудың белгілі бір теріс салдары да болды, ең алдымен дәрілік заттардың халықтың әлеуметтік осал топтары үшін жетімділігі төмендеді.

Сонымен бірге қазіргі кезге дейін фармакоэкономикалық зерттеулерді жүргізу тетіктері әзірленбеген, дәрілік заттардың жанама тиімділіктерін, пайдаланылуын, бағасын және жетімділігін бақылау мониторингі тиісті деңгейде жүргізілмей келеді. Сынақ зертханаларының материалдық-техникалық базасы дәрілік заттардың сапасын бақылауды ұйымдастырудың қазіргі заманғы талаптарына сәйкес келмейді, иммунобиологиялық зерттеулерді жүргізу үшін зертханалар жоқ. Жалған дәрілік заттар жасау, фармакотерроризм, дәрілік заттар мен биологиялық белсенді қоспаларды агрессиялық жарнамалау проблемасы өсе түсуде. Фармацевтикалық рыноктың өзгешелігі халықтың дәрілік заттарды қолдануға қатысты хабардарлығының, рецептуралық босатуды мемлекеттік бақылаудың тиімді шараларының жеткіліксіз болуын туғызып, жағдай асқынып отыр. Тұтас алғанда, республиканың фармацевтикалық және медициналық өнеркәсібінде халықаралық өндіру стандарттарына сәйкес келетін субъектілер жоқ.

Қазақстан **кадрларды даярлау мен қайта даярлаудың** кеңестік жүйесін мұра етіп алды және соңғы жылдар ішінде бұл салада түбегейлі өзгерістер болған жоқ.

Қазақстан Республикасында білім беруді дамытудың 2015 жылға дейінгі тұжырымдамасының жоғары кәсіби білімі бар мамандар мен ғылыми кадрларды даярлауға принциптік көзқарастарды өзгерту көзделген.

Медициналық білім беру саласында мемлекеттік білім беру жүйесінің бір бөлігі ретінде 2003 жылдан бастап дәйекті білім беру деңгейлерінің арасындағы сабақтастықты көздейтін медициналық және фармацевтикалық білім берудің жаңа Мемлекеттік жалпыға бірдей міндетті стандарттары енгізілген. Қазіргі кезде медициналық фармацевтикалық білім беру мен ғылым жүйесінде білікті ғылыми-педагогикалық әлеует қалыптасқан, денсаулық сақтау саласының ұзақ мерзімді стратегиялық қажеттіліктерін қанағаттандыруға, халықтың денсаулығын сақтау мен жақсартуға бағытталған кәсіби білім беру мен медицина ғылымының тиімді жұмыс істейтін жүйесін құру жөніндегі шаралар қабылдануда.

Сонымен бірге, республикада медициналық кадрларды даярлау мен қайта даярлаудың сапасы және ғылыми зерттеулер деңгейі жеткіліксіздігінің проблемасы бар. Медициналық және фармацевтикалық білім беру жүйесінде қабылдау, даярлау және сапасын бақылау шарттарын регламенттейтін нормативтік-құқықтық базаның жетілдірілмеуі мұның себептерінің бірі болып табылады, оларды әзірлеу кезінде медицинаның өзгешеліктері ескерілмеген және соның нәтижесінде болашақ дәрігерлерді даярлауда ортақ әдістер жүйесі қолданылады.

Медициналық кадрларды даярлау және ғылыми зерттеулер деңгейі сапасына іс

жүзіне жаңартылмайтын медициналық білім беру және ғылым ұйымдарының әлсіз материалдық-техникалық базасы да әсерін тигізіп отыр, мұның өзі бұл саланы халықаралық рынокта бәсекеге қабілетсіз етуде.

Медициналық жоғары оқу орындары мен ғылыми ұйымдардың жеткілікті дәрежеде жарақтанған оқу және клиникалық базалары жоқ, ғылыми зерттеулерді орындау үшін қажет болатын қазіргі заманғы жабдықтарға ие болмай отыр. Медициналық жоғары оқу орындарында мемлекеттік білім беру тапсырысы бойынша студенттерді оқытуға көзделген қаражаттың жетімсіздігі мұның себептерінің бірі болып табылады, мұның өзі қазіргі заманғы техникалық жарақтандыру құрал-жабдықтарын толық дәрежеде пайдалануға, қажетті жабдық пен көрнекі құралдарды сатып алуға мүмкіндік бермейді. Медициналық білім беру ұйымдарының басшылары қаржылық қаражаттың жетіспеу проблемасын көбіне білім деңгейі төмен студенттерді оқытудың шарттық нысанымен қабылдау есебінен шешуге мәжбүр. Мемлекеттік білім гранты бойынша медициналық жоғары оқу орындарына түсу кезіндегі орташа балл орташа 80 болып отырғанда оқытудың ақылы нысанымен түсу үшін 40 балл жеткілікті болып отыр.

Ақылы оқыту нысанындағы құрамның жыл сайын өсіп отыруы алаңдаушылық туғызады. Егер 1999 жылы ол 1059 адам болса (мемлекеттік тапсырыс бойынша қабылдау - 1245), 2001 жылы шарт негізінде 2 есе дерілік көп қабылданды (грант - 1345 , шарт - 2190). Мұның бәрі оқу бітірушілерді даярлаудың деңгейіне ықпал етеді және көрсетілетін медициналық көмектің сапасына әсерін тигізеді.

Әсіресе шалғай және ауылдық өңірлердегі БМСК объектілерін білікті кадрлармен қамтамасыз ету проблемасы сақталып отыр. Көп жағдайда мұның өзі қазіргі кездегі медициналық қызметкерлер тапшылығының - медициналық білім беру ұйымдарын бітіруші мамандар есебінен толықтырылмауымен байланысты. Медициналық жоғары оқу орындарына 1999 жылдан бастап, мемлекеттік гранттар мен кредит бойынша қабылдаудың жыл сайын шамамен 10% өсуіне, ал жыл сайынғы бітірушілердің саны орташа 2000 адамнан болып отырғанына қарамастан, кадрларға деген мұқтаждық сақталып отыр.

Кадрларды бекіту тетіктерінің болмауы (материалдық ынталандырулар, қажетті әлеуметтік-тұрмыстық жағдайлар, жеңілдіктер беру) медициналық жоғары оқу орындарына бітірушілердің орташа 50%-ке жуығының ғана бөлінген орындарға баруына әкеп соқтырады.

Сонымен бірге, біліктілік аясы тар кейбір бағыттар бойынша кадрларға тапшылық бар, денсаулық сақтау менеджменті мен экономикасы саласындағы мамандар жоқ.

Денсаулық сақтауды қаржыландыру жүйесінде 2002-2004 жылдар ішінде жүргізілген мемлекеттік басқару деңгейлерінің арасындағы функциялар мен өкілеттіктердің ара жігін ажырату шегінде маңызды шешімдер қабылданды.

Соңғы жылдары денсаулық сақтау жүйесіне жұмсалған мемлекеттік шығыстардың көлемі, медициналық білім беруді қоса, оның өсу қарқынының елеулі болуына

қарамастан, абсолютті есептеумен ғана ұлғайып қойған жоқ (2001 жылы - 63,9 млрд. теңге, 2002 жылы - 73,0 млрд. теңге, 2003 жылы - 92,4 млрд. теңге, 2004 жылы - 133,7 млрд. теңге), сондай-ақ мұның өзі ІЖӨ-ге қатысты шаққанда проценттер жағынан да маңызды (2001 жылы - 1,97%, 2002 жылы - 1,93%, 2003 жылы - 2,08%, 2004 жылы - 2,63%). Бұл ретте ІЖӨ-ге қатысты шаққандағы ең төменгі процент 2002 жылы - 1,93% болды. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ұсынысы бойынша денсаулық сақтауға жұмсалған мемлекеттік шығыстар ІЖӨ-нің кемінде 4%-і болуға тиіс.

Жан басына шаққандағы шығыстардың соңғы жылдардағы серпінінде белгілі бір өсім бар (2001 жылы - 4308 теңге (29 USD), 2002 жылы - 4911 теңге (32 USD), 2003 жылы - 6201 теңге (41 USD), 2004 жылы - 8797 теңге (63,6 USD).

2002-2003 жылдардағы қаржыландыруды ұлғайтудың, стационарларда емделген аурулар санының жылына 5-7% өсуінен басқа, күтілгендей нәтижелер бермегенін атап өткен жөн. Медициналық қызметкерлер жалақысының бірнеше рет ұлғайтылғанына қарамастан (2004 жылы ғана - 20%-ке), саладағы ресми орташа айлық жалақы республика бойынша орташа жалақыдан екі есе аз.

Азаматтарға медициналық көмектің тегін кепілді көлемін ұсыну жөніндегі мемлекеттің өзіне алған міндеттемелерінің барабар қаржылық қамтамасыз етілмей отырғандығы проблема болып қалып отыр. Медициналық тегін көмекті ақылы қызметтермен ауыстыру кездеседі. Кепілді көлемдер мен ақылы негізде көрсетілетін медициналық қызметтердің ара жігінің айқын ажыратылмауына байланысты медицина қызметкерлерінің пайдасына халықтың тарапынан бейресми төлемдердің жоғары деңгейі сақталып отыр. Медициналық көмектің тегін кепілді көлемін ұсыну, тегін медициналық көмектің кепілдендірілген көлемі шеңберінде ұсынылатын медициналық көмекті тұтынуды есепке алу тиісті түрде жолға қойылмаған, мұның өзі көлеңкелі экономиканың өсуіне ықпалын тигізеді.

Ресурсты үнемдеудің кешенді салалық саясаты жоқ.

Бүгінгі күні медициналық қызметтерді сатып алушылар мен жеткізушілерге бөлу - шартты нәрсе, өйткені іс жүзінде барлық жеткізушілер денсаулық сақтау органына әкімшілік және экономикалық бағыныстағы мемлекеттік ұйымдар болып табылады. Өңірлерде денсаулық сақтауды дамыту әлеуметтік-экономикалық саясаттағы басымдық болып табылмады.

Осылайша салада басқарушылық шешімдерді қабылдауды талап ететін бірқатар қолайсыз үрдістерді бөліп көрсетуге болады.

Біріншіден, денсаулық сақтау жүйесін ұйымдастырудың аса маңызды принципі - медициналық көмек көрсетудің кезеңділігі бұзылады.

Екіншіден, медициналық көмек көрсетудің көлемі мен сапасы, тұтастай алғанда денсаулық сақтауды дамыту көрсеткіштері бойынша облыстар шегінде аумақтар арасындағы теңсіздік байқалады.

Үшіншіден, басқару жүйесінің міндетті компоненттері - тұтастай алғанда

денсаулық сақтау ұйымдары мен жүйесі қызметтерінің мониторингі және оларды бағалау жеткіліксіз қалыптасқан. Денсаулық сақтауды ақпараттық қамтамасыз ету саласында үйлестірілген саясаттың болмауы салада жинақталатын ақпарат анықтығының төмен болуына жергілікті жерлерден облыстық және республикалық деңгейге ақпараттардың кешігіп түсуіне, жекелеген кіші жүйелерден келіп түсетін деректерді салыстырудың мүмкін болмауына әкеп соқтырады. Бұл, сайып келгенде, осы ақпараттардың негізінде қабылданатын шешімдер тиімділігінің төмен болуына және денсаулық сақтау ресурстарын ұтымсыз пайдалануға әкеп соғады.

Төртіншіден, дәрілік заттарды сатып алу кезіндегі бірыңғай әдістер мен стандарттардың болмауы сатып алынатын өнімдердің қымбаттауына және оның сапасына байланысты проблемаларға әкеп соқтырады.

Бесіншіден, денсаулық сақтауды басқару органдарының қызметін халық денсаулығының жай-күйі деңгейіне тікелей және жанама әсер ететін басқа да мемлекеттік басқару субъектілерімен (еңбек және әлеуметтік қорғау, экология, білім беру, мәдениет және басқа органдармен) үйлестіруде жетімсіздіктер бар. Бұл үйлестіру салауатты өмір салтын қалыптастырудың маңызды құралы болып табылады және сайып келгенде, медициналық қызметтер көрсетуге қажеттіліктердің төмендеуіне әкеп соқтырады.

Алтыншыдан, БМСК денсаулық сақтау жүйесінің орталық буыны бола отырып, халық денсаулығының көрсеткіштерін сапалы түрде жақсартудың басты функциясын жүзеге асыруға тиіс. Денсаулық сақтаудың бүкіл жүйесінің қызметінің тиімділігі мен сапасы, елдің еңбек әлеуетін сақтау, сондай-ақ отбасы деңгейінде және халықтың әлеуметтік қорғалмаған топтары: балалар, мүгедектер, және егде жастағы адамдардағы туындаған медициналық-әлеуметтік проблемалардың көпшілігін шешу оның жай-күйіне байланысты. Бүгін БМСК дәрігерінде "диспетчерлік функциялар" басым бола бастады: амбулаториялық науқастарды тар аядағы мамандарға консультацияға жіберу жиілігі тым жоғары.

Жетіншіден, амбулаториялық-емханалық және стационарлық көмекті осының соңғысы жағына қаржыландыру көлемдерінде елеулі қиғаштық байқалады, мұның өзі госпитальға дейінгі және одан кейінгі кезеңдерде медициналық көмек көрсетудің осы заманғы ресурс үнемдеу технологияларын енгізуге мүмкіндік бермейді. Бұл стационарлық емдеу көрсеткіштерінің ұлғаюына, төсектер санының өсуіне, демек, медициналық көмектің қымбаттауына әкеп соғады.

Сегізіншіден, денсаулық сақтаудың мемлекеттік жүйесі орналасу жағынан жекеше жүйеден бөлінбеген: денсаулық сақтаудың мемлекеттік ұйымдары орналасқан алаңдарда ақылы негізінде медициналық көмек көрсететін жеке құрылымдар орналасқан.

Тоғызыншыдан, салада дайындықтан өткен, білікті менеджерлердің болмауы басқарушылықтың төмендеуіне және бөлінген ресурстарды тиімсіз пайдалануға әкеп

соғып отыр. Бүгін медицина ұйымның басшысы басқарушы, әкімгер, бас дәрігер, шаруашылық меңгерушісі, практикалық клиникалық дәрігер және тағы басқалар болып т а б ы л а д ы .

Оныншыдан, қазіргі жағдайлардағы денсаулық сақтау жүйесінің қызметі ішкі салалық проблемалармен ғана шектеліп қоймайды. Халық денсаулығы жай-күйінің интеграциялық сипаты салааралық үйлестіруді, әсіресе салауатты өмір салтын қалыптастыру және әлеуметтік, психологиялық және экологиялық орта мәселелерін күшейте түсуді қажет етеді. Бұл орайда халық жеткіліксіз ақпараттандырылған және денсаулық сақтау жүйесін басқаруға белсенді қатыспайды.

Осыған байланысты, медициналық көмек көрсетудің халық үшін айқын, түсінікті басқарылатын, тиімді үлгісін таңдап алу қажет болып отыр.

4. Бағдарламаның мақсаты мен міндеттері

Бағдарламаның мақсаты мемлекет пен адам арасындағы денсаулық сақтау үшін ынтымақтасқан жауапкершілік, халық денсаулығының негізгі көрсеткіштерін жақсартуға бағытталған бастапқы медициналық-санитарлық көмекті басымдықпен дамыту принциптеріне негізделген медициналық көмек көрсетудің тиімді жүйесін құру б о л ы п т а б ы л а д ы .

Бағдарламаның негізгі міндеттері мыналар болып табылады:

1. Мемлекет пен адам арасындағы денсаулық сақтау үшін жауапкершілікті бөлісу.
2. Бастапқы медициналық санитарлық көмекке негізгі екпінді ауыстыра отырып, медициналық көмек көрсетуді ұйымдастырудың халықаралық принциптеріне көшу.
3. Денсаулық сақтауды басқарудың жаңа үлгісін және саланың бірыңғай ақпараттық ж ү й е с і н к ұ р у .
4. Ана мен бала денсаулығын нығайту, медициналық-демографиялық ахуалды ж а қ с а р т у .
5. Әлеуметтік мәні бар аурулардың деңгейін тұрақты төмендету.
6. Медициналық білім беруді реформалау.

4.1. Іске асыру мерзімдері

Бағдарламаның шеңберінде шешілетін проблемалардың ауқымы, республикалық және жергілікті бюджеттердің мүмкіндіктері арқылы әзірленетін шараларды үйлестірудің қажеттілігі оны екі кезеңде іске асыруға мүмкіндік береді.

Бірінші кезеңде (2005-2007 ж.ж.) мынадай міндеттерді шешу көзделеді:

денсаулық сақтау үшін мемлекет пен азаматтардың ынтымақтасқан жауапкершіліктерін б ө л і с у ;
тегін медициналық көмектің кепілді көлемі бойынша ең төменгі стандарттарды б е л г і л е у ;

салауатты өмір салтын қалыптастыру жөнінде халықпен жұмыс жүргізу;
стационарлық көмектен бастапқы медициналық-санитарлық көмекке назарды
а у ы с т ы р у ;

стационарлардан БМСК қызметін қаржылық-әкімшілік жағынан бөлу;
денсаулық сақтау ұйымдарының, бірінші кезекте БМСК материалдық-техникалық
б а з а с ы н н ы ғ а й т у ;

стационарлық және жедел медициналық көмек қызметін ұтымды ету;
ана мен бала денсаулығын нығайту жөніндегі іс-шараларды жүргізу;
өлеуметтік жағынан елеулі аурулар саласында профилактикалық, диагностикалық
және емдеу-оңалту іс-шараларын күшейту;

тәуелсіз медициналық сараптама жүйесін құру арқылы медициналық қызметтердің
с а п а с ы н қ а м т а м а с ы з е т у ;

медицина ұйымдары арасында экономикалық қарым-қатынастарды енгізу;
менеджерлерді даярлау және денсаулық сақтау жүйесінің ресурстарын басқаруды
ж е т і л д і р у ;

БМСК жаңа жүйесінде жұмыс істеу үшін медицина және фармацевтика кадрларын
даярлау және қайта даярлау жүйесін сапалы өзгерту;

денсаулық сақтау жүйесінің нормативтік құқықтық базасын жетілдіру;
денсаулық сақтаудағы халықаралық стандарттарға ауысу жөніндегі іс-шараларды
ж ү з е г е а с ы р у ;

осы заманғы ақпараттық технологияларды әзірлеу және енгізу.

Екінші кезеңде (2008-2010 ж.ж.) мыналар жүзеге асырылады:

жүйелік және кезеңдік нығайту және жалпы практика дәрігері институтын дамыту
ар қ ы л ы Б М С К - н і қ а й т а қ ұ р у ;

стационарлық және жедел медициналық көмекті қайта ұйымдастыру және нығайту,
медициналық көмек көрсету кезеңдеріндегі сабақтастықты күшейту;

халықаралық стандарттарды енгізу және медицина ұйымдарының арасында бәсеке
туғызу арқылы көрсетілетін медициналық және фармацевтикалық қызметтердің
с а п а с ы н ж е т і л д і р у ;

медициналық білім беруді түбегейлі реформалау;
қалыптасқан ауруларды емдеуден алдын алу іс-шараларына және "дені саулардың"
денсаулығын нығайтуға назарды нақты аудару;

азаматтардың, жұмыс берушілер мен мемлекеттің жеке адамның және қоғамның
денсаулығын сақтауы мен нығайтуы үшін ынтымақтасқан жауапкершілігін қамтамасыз
ету.

5. Бағдарламаның негізгі бағыттары және оны іске асырудың тетіктері

Бағдарламаны іске асыру мынадай бағыттар бойынша жүзеге асырылады:

1. Мемлекет пен адамның адам денсаулығы үшін ынтымақтасқан және бірлескен жауапкершілігі.
2. Халыққа медициналық көмекті ұйымдастыру жүйесін реформалау және дамыту: БМСК-ні реформалау - денсаулық сақтау жүйесінің қызмет ету тиімділігінің негізі; денсаулық сақтауды ауылда дамыту; санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылықты қамтамасыз ету; салауатты өмір салтын және аурулардың алдын алуды қалыптастыру; халықтың денсаулығын сақтауға сектораралық көзқарас.
3. Денсаулық сақтауды басқару жүйесін жетілдіру: функциялар мен өкілеттіліктердің ара жігін ұтымды ажырату; медициналық қызметтердің сапасын басқаруды жетілдіру; қаржыландыру жүйесін жетілдірудегі негізгі әдістерді жасау; дәрілік заттар айналымы сапасын мемлекеттік реттеудің тиімділігін арттыру және халықаралық стандарттарды енгізу; денсаулық сақтаудың бірыңғай ақпараттық жүйесі.
4. Ана мен баланың денсаулығын сақтау.
5. Әлеуметтік жағынан елеулі аурулардың алдын алу, диагностика, емдеу және оңалтуды жетілдіру; медицина ғылымын дамыту.
6. Денсаулық сақтау кадрларын даярлау және қайта даярлау.

5.1. Мемлекет пен адамның адам денсаулығы үшін ынтымақты және бірлескен жауапкершілігі

Мемлекет азаматтардың мемлекеттік бюджет қаражаты есебінен тегін медициналық көмектің кепілді көлемін алуға конституциялық құқықтарын іске асыруды қамтамасыз етуге тиіс.

Тегін медициналық көмектің кепілді көлемі шегінде ең төменгі стандарттар бойынша қажетті медициналық қызметтер ұсынылады (дәрігерлер мен медперсоналдың қызметтері, қажетті зерттеулер, өмірлік маңызы бар негізгі дәрілік заттар, емдік тамақтандыру).

Тегін медициналық көмектің кепілді көлемі шегінде ұсынылатын қызметтер топтамасын қалыптастыру мынадай принциптермен жүзеге асырылады: мемлекеттік қаржылық мүмкіндіктерге сәйкес келу; медициналық көмекке жетімділікке әлеуметтік әділеттілік; транспаренттілік; серпінділік;

мемлекеттің, жұмыс берушінің және азаматтардың өздерінің денсаулық сақтау және оны нығайту үшін жауапкершіліктерін бөлісу.

Мемлекеттің қаржылық мүмкіндіктерінің ұлғаю дәрежесіне қарай тегін медициналық көмектің кепілді көлемі кеңейтіліп, екі жылда бір рет бекітілетін болады.

Емдік көмек көрсетуден басқа, кепілді көлем шегінде мынадай шаралар да жүзеге асырылады :

халықты кейіннен серпінді байқау және сауықтыру жұмысын жүргізе отырып, уақтылы алдын ала тексерулермен қамтамасыз ету;

халықты денсаулық сақтау, ұтымды тамақтану, ауруларды алу жөніндегі дағдыларды егу принциптеріне қатысты анық, объективті және жетімді ақпаратпен қамтамасыз ету ;

нашақорлыққа, алкоголизмге, темекі тартуға қарсы күрес жөніндегі бағдарламалар мен іс-шараларды іске асыру ;

мектепке дейінгі мекемелерде, жалпы білім беретін мектептерде, жоғары және орта кәсіптік оқу орындарында денсаулықты нығайту және сақтау жөніндегі санитарлық-ағарту жұмыстарын жүргізу.

Уақтылы медициналық тексерулерден дер кезінде өтіп тұруы үшін жауапкершілік айқындалады .

Тегін медициналық көмектің кепілді көлемінен тыс медициналық көмекті ұсыну: азаматтардың жеке қаражаты есебінен; еркін медициналық сақтандыру жүйесі шеңберінде; жұмыс берушінің есебінен және Қазақстан Республикасының заңнамасымен тыйым салынбаған басқа да көздерден жүзеге асырылады.

Қосымша алынған қаражаттарды медицина ұйымдары жалақыны ұлғайтуға, келтірілген шығындардың орнын толтыруға, материалдық-техникалық базаны нығайтуға, кадрларды қайта даярлауға жұмсайтын болады. Аталған қаражаттарды пайдалану тәртібі заңдық тұрғыдан айқындалатын болады.

5.2. Халыққа медициналық көмекті ұйымдастыру

жүйесін реформалау және дамыту 5.2.1. БМСК-ні реформалау - денсаулық

сақтау жүйесінің

қызмет ету тиімділігінің негізі

Дамыған елдердің тәжірибесі медициналық көмекті ересек адамдар мен балалардың көпшілігі, БМСК ұйымдарында соның ішінде, жалпы практика дәрігерінен алатындығын көрсетеді .

Қазақстан Республикасында БМСК-нің ұсынылып отырған үлгісі жалпы дәрігерлік практиканың принциптеріне негізделеді және жергілікті денсаулық сақтауды басқару органдарынан мемлекеттік тапсырыс алатын БМСК орталықтарынан тұратын болады. Бұл үлгі "ынталандырып" жасайтын, екі компонентті жан басына шағу нормативін енгізуді қоса, дәрігерді еркін таңдап алу және басқарудың экономикалық әдістері

принципіне негізделетін болады. Мұның өзі көрсетілетін медициналық қызметтердің қолжетімді болуына және сапасының жақсаруына, медицина қызметкерлерінің өз еңбегінің түпкі нәтижелеріне мүдделі болуына мүмкіндік туғызады.

БМСК-ні реформалау және дамыту 2 кезеңде жүзеге асырылады.

I-кезеңде (2005-2007 жылдары) амбулаториялық-емханалық ұйымдардың қазіргі желісі, оның ішінде жалпы дәрігерлік практика принциптерінде жұмыс істейтіндері сақталып, дамытылатын болады. Олардың материалдық-техникалық базасы нығайтылады, мұның өзі жаңа емдеу-диагностикалық технологияларын енгізуге мүмкіндік береді. Аурулардың түрлері және амбулаториялық емделу кезінде азаматтардың жекелеген санаттарын тегін немесе жеңілдікпен дәрілік қамтамасыз ету ж а қ с а р т ы л а д ы .

БМСК-ні кезең-кезеңімен реформалау жалпы дәрігерлік практика принципін эволюциялық енгізуге бағдарланатын болады. 2005-2007 жылдары жалпы дәрігерлік практика және мамандандырылған көмек қызметтерін ұсынатын аралас типтегі емханаларды құра отырып, қалалық жерлерде амбулаториялық-емханалық көмекті қайта құрылымдау жүргізіледі. Аудан орталықтары мен қалаларда азаматтарға мамандандырылған көмек және де стационарларда жоспарлы жатқызу БМСК дәрігерлерінің жолдамасы бойынша ғана көрсетіледі.

Теңдестіру принципін іске асыру және материалдық-техникалық базаны нығайту үшін күрделі құрылысты мақсатты инвестициялау, БМСК объектілерін қайта құру және жөндеу саясаты, бірінші кезекте амбулаториялық қызмет қуатының жетіспеушілігін бастан кешіріп отырған өңірлерде жүргізілетін болады.

БМСК рөлі мен функцияларының кеңеюіне байланысты оның қызметінің нормативтік-құқықтық базасын жетілдіру, аурулардың диагностикасын және емдеудің хаттамаларын енгізу, диспансерлеу, санитариялық-эпидемиологиялық нормалау және халықты дәрілік қамтамасыз ету мәселелері бойынша нұсқаулық құжаттарды әзірлеу қ а ж е т б о л а д ы .

БМСК-ні реформалаудың бірінші кезеңінде мынадай ұйымдастырушылық және емдеу-алдын алу шаралары жүзеге асырылатын болады:

амбулаториялық-емханалық құрылымдарды стационарлардан қаржылық және з а ң д ы қ ж а ғ ы н а н б ө л у ;

элеуметтік қорғау органдармен және басқа да мүдделі қызметтермен, сондай-ақ үкіметтік емес ұйымдармен сектораралық өзара іс-қимыл;

бекітілген халықтың ауруға шалдығу құрылымын зерделеу, оны азайту мен алдын алу жөніндегі шараларды әзірлеу және іске асыру;

азаматтардың жекелеген санаттарын алдын ала тексеру;

и м м у н д ы қ а л д ы н а л у ;

диспансерлік есепте тұратындардың, сондай-ақ элеуметтік жағынан елеулі аурулардың алдын алу, емдеу-диагностикалық және оңалту шараларының көлемін

к е њ е й т у ;

тегін медициналық көмектің кепілді көлемінің шеңберінде дәрілік қамтамасыз ету арқылы стационарды алмастыратын технологияларды енгізу және дамыту;

халықтың жекелеген санаттарына, сондай-ақ аурулардың белгілі бір тізбесі бойынша ауруларға амбулаториялық деңгейде жеңілдікті дәрілік қамтамасыз етуді е н г і з у ;

экспресс-диагностика әдістерін енгізуді қоса, зертханалық қызметтерді одан әрі н ы ғ а й т у ;

емдеу-диагностикалық процесті бақылау жүйесінен қызметте түпкі нәтиже бойынша бағалауға көше отырып БМСК деңгейінде қызметтер сапасын арттыру;

дәрігерді еркін таңдау принципіннің негізінде халықтың БМСК ұйымдарының қ ы з м е т і н е қ а т ы с у ы .

Аталған іс-шараларды іске асыру медициналық көмек көрсетудің жалпы құрылымындағы амбулаториялық медициналық қызметтердің үлесін елеулі түрде ұлғайтуға әкеледі және ауруханаға жатқызудың деңгейін төмендетуге әкеледі. 2005 жылдан бастап медициналық көмектің көлемін кеңейту және сапасын арттыру дәрежесіне қарай БМСК деңгейінде жан басына шаққандағы норматив мөлшері ұ л ғ а я т ы н б о л а д ы .

Екінші кезеңде (2008-2010 жж.) БМСК жүйесінің жалпы дәрігерлік практика принципіне көшуі басталады. БМСК-нің дербес орталықтары құрылатын болады. Мемлекеттік тапсырыс шеңберінде аталған ұйымдарды қаржыландыру қорды ұстау элементтерімен бірге жан басына шаққандағы қаржыландыру әдісінің негізінде жү р г і з і л е т і н б о л а д ы .

БМСК орталықтары көрсететін қызметтердің көлемі елеулі түрде кеңейтіліп, олардың материалдық-техникалық базасы (үйлер, коммуникациялар, жабдықтар) жаңа талаптарға сәйкес келтіріледі. Орталықтың персоналы кемінде 5 жылда 1 рет біліктілігін арттыруға және қайта даярлықтан өтуге тиіс.

Көрсетілетін медициналық көмектің сапасын арттыру мақсатында тұрақты негізде БМСК мекемелерін аккредиттеу және әрбір 3 жылда - тәуелсіз сарапшылардың қатысуымен медицина кадрларының кәсіби біліктілігіне аттестаттау жүзеге а с ы р ы л а т ы н б о л а д ы .

2010 жылы БМСК-ні қаржыландыру көлемі тегін медициналық көмектің кепілді көлеміне бөлінетін қаражаттың жалпы көлемінің кемінде 40%-ті болады.

Бастапқы буынды реформалау БМСК-нің ажырамас құрамы болып табылатын жедел медициналық көмек қызметін ұйымдастыру бір мезгілде қайта құруды көздейді.

Бұл қызметті дамыту мынадай бағыттар бойынша жүзеге асырылатын болады: негізсіз шақыруларды қысқарту және шұғыл (төтенше емес) көмекке мұқтаждық ететін сырқаттардың мекен-жайына жіберу, амбулаториялық буынды ұйымдастыру есебінен, сондай-ақ бастапқы деңгей қызметі мен оның қолжетімділігінің ауқымын

кеңейту жолымен жедел медициналық көмектің көлемін азайту; қызметтерді нормативтерге сәйкес материалдық-техникалық қамтамасыз ету; өмір тіршілігін қамтамасыз ету қызметтері персоналының (полиция, жол полициясы, өрт қызметі) және көлік құралдары жүргізушілерінің бастапқы медициналық көмек көрсетуін үйлестіру.

БМСК-ні реформалаудың екінші кезеңінде жедел медициналық көмек көрсететін ұйымдар дербес болуы тиіс.

Алдын алу бағытын күшейту және БМСК-ні нығайту жөнінде жүргізілетін реформалардың нәтижесі стационарлық медициналық көмек қызметін ұтымды ету, төсек-орынға бағдар жасаудан бас тарту болады. Болашақта мамандандырылған бөлімшелері бар көп бейінді ауруханалар құрылатын болады. Туберкулезге қарсы диспансерлер, инфекциялық ауруханалар сияқтылар және басқалары олардың өзгешеліктері ескеріле отырып, күшейтіледі және жұмыс істейтін болады.

Қазіргі жағдай көп бейінді ауруханаларды жылдам және тиімді ұйымдастыруға мүмкіндік бермейді. Емдеу ұйымдарының жаңаларын салу және барларын қайта құру стационарлық көмек сияқты нысандарды дамыту қажеттігін және БМСК ұйымдарының басымдығын ескере отырып жүргізілетін болады.

Бұл ретте медициналық көмек көрсетудің кезеңділігі мен сабақтастығы принциптерін ескере отырып сырқаттарды ауруханаға жатқызу өлшемдері барынша айқын белгіленеді.

Осылайша, Қазақстан Республикасында медициналық көмекті ұйымдастыруды жетілдірудің басым бағыты жедел көмек қызметтерінің және стационарлардың жұмыстарын ұтымды етумен қатар, жалпы дәрігерлік практикаға негізделген БМСК-ың жаңа үлгісі құру болады. Бұл үлгі халықтың қажеттіліктеріне толық дәрежеде сай келіп, денсаулық сақтау үшін медицина қызметкерлері мен азаматтардың өзара жауапкершілігіне негізделетін болады. Бұл халыққа медициналық көмек көрсетудегі сабақтастық пен кезеңділікті қамтамасыз ете отырып, шығынды стационарлықтан назарды амбулаториялық-емханалық көмекке аударуға мүмкіндік береді.

5.2.2. Денсаулық сақтауды ауылда дамыту

Қазақстан Республикасының ауылдық аумақтарын дамытудың мемлекеттік және өңірлік бағдарламаларының шеңберінде 2004-2010 жылдары ауылдық денсаулық сақтаудың материалдық-техникалық базасы жақсартылатын болады. Денсаулық сақтау объектілерін салу, қайта салу, күрделі жөндеу және белгіленген нормативтерге сәйкес, сондай-ақ денсаулық сақтау салаларының басымдық берілетін ұйымдары желісін дамытудағы қажеттілікті және Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі әзірлеген оларды салу мен қайта құруды қаржыландыру көздерін айқындау жөніндегі әдістемеге сәйкес БМСК объектілерін медициналық жабдықтармен және

санитарлық автокөліктермен толық жарактандыру.

2005-2007 жылдарда денсаулық сақтау объектілерінің 90-ы салынып, 450-і жөнделуден өтуге тиіс. Бұл ретте туберкулезді емдеу мен әйелдерді босандыруға көмектің барлық қажеттіліктері толық қамтамасыз етілуге тиіс.

Жұмылдырушылық және телемедицинаны қолдану жалғасады.

Ауылда БМСК-ні көрсетудің жұмыс істейтін жүйесі сақталатын болады. Медициналық көмекті ұйымдастыруды жетілдірудің негізгі бағыты жалпы практикадағы дәрігердің ролін арттыру және қызметін кеңейту болып табылады. Оған ФП мен ФАП персоналдарына басшылық ету (фельдшерлер, акушерлер, медбикелер), сондай-ақ әлеуметтік қызметкерлермен қызметті үйлестіру жүктелетін болады. Қойылған міндеттерді орындау үшін жалпы практика жөніндегі фельдшер-акушер персоналды дайындауды тереңдету көзделіп отыр.

2005 жылы АДА, АУА/АА және аудандық емханаларды мемлекеттік мекемелер мәртебесіне көшіру аяқталатын болады.

Қаржыландырудың жаңа схемасына және функцияларының айқын бөлінуіне байланысты аудандық емханалар аудандық орталық ауруханалардан қаржылық және заңдық жағынан бөлінетін болады.

Екінші кезеңде медицина ұйымдарының ұйымдастыру-құқықтық нысаналарын өзгерту мәселесі қаралатын болады.

Ауылдық жерлерде аудандық орталық ауруханаларға (аудандық) ерекше роль берілетін болады.

Ауылдық денсаулық сақтау объектілерін білікті медицина және фармацевтика кадрларымен қамтамасыз ету мақсатында медициналық және фармацевтикалық жоғары және орта білімі бар мамандарды ауылдық жерге тұрақтандырудың, қызметтік тұрғын үй беру, бір жолғы көмекақылар төлеудің, ауылдық жерлерде 3 жыл жұмыс істеген жағдайда мемлекеттік білім беру кредиттерін өтеу сияқты пәрменді тетіктер әзірленетін болады.

Облыстық атқарушы органдарға мамандарды олардың үш жыл бойы ауылда жұмыс істеу шартымен дайындауға тиісті жергілікті бюджеттер қаражаттары есебінен мақсатты гранттар бөлу құқығы берілетін болады.

5.2.3. Санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылықты қамтамасыз ету

Санитариялық-эпидемиологиялық ахуалды жақсарту, оның ішінде инфекциялық, кәсіби және инфекциялық емес аурулардың алдын алу және оларды азайту, халықтың денсаулығына тіршілік ету ортасының қолайсыз факторларының зиянды әсерлерін азайту мақсатында мынадай міндеттер шешілетін болады:

БМСК-мен мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызметті, әсіресе халық

арасында санитариялық-алдын алу жұмысына бағытталған шараларды күшейту б ө л і г і н д е к і р і к т і р у ;

инфекциялық ауруларды, оның ішінде туберкулезді, жыныс жолдары арқылы берілетін жұқпалы ауруларды және АҚТҚ/ЖҚТБ-ны азайту жөнінде санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органдарымен іс-шараларды жалпы үйлестіруді қамтамасыз ету;

жұқпалы аурулардың зертханалық диагностикасын жүргізуге мүмкіндік беретін оңтайлы жағдайларды жасау және оларды аудандық деңгейде санитариялық-эпидемиологиялық сараптаманы жүзеге асыратын мемлекеттік ұйымдарда орталықтандыру;

санитариялық-эпидемиологиялық қызмет зертханаларын кезең-кезеңімен жаңғыртуды жүргізу;

жұқпалы ауруларға қарсы күрес, аумақтарды санитариялық қорғау және биологиялық терроризмнің зардаптарын жою жөнінде жүргізілетін санитариялық-эпидемияға қарсы (алдын алу) іс-шараларды одан әрі жетілдіру;

санитариялық-эпидемиологиялық нормалаудың ғылыми негіздемесін қамтамасыз ету және мемлекеттік жүйесінің құжаттарын жүргізу;

табиғи және техногендік апаттардың медициналық зардаптарын жою жөніндегі іс-шараларға мүдделі мемлекеттік органдармен бірлесіп қатысу.

Санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау қызметінің алдын алу бағытын күшейту мақсатында БМСК деңгейінде мынадай іс-шаралар іске асырылатын болады:

тауарлар мен қызметтерді қауіпсіз өндірудің қадағалаушы және әкімшілік шараларын оқыту және ынталандырушы шараларға назарды аудару;

бірқатар функциялар мен өкілеттіктерді республикалықтан облыстыққа және облыстықтан - басқарудың қалалық және аудандық деңгейлеріне беру.

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің зертханалық желілерін жаңғырту, бірінші кезекте, осы заманғы зерттеу стандарттарына және халықтың денсаулығына тіршілік ету ортасының қолайсыз факторлары әсерлерінің себепті-салдарлы байланыстарын белгілеуге негізделген санитариялық-эпидемиологиялық сараптаманың сапалық жаңа деңгейіне ауысуды көздейтін болады. Ол үшін барлық деңгейлердегі зертханалық қызметті жаңғыртумен қатар тиісті деңгейлер (республикалық, облыстық және аудандық) бойынша жүргізілген зертханалық зерттеулердің мақсаттарын, көлемдері мен номенклатураларын шектеу көзделеді, ол 3-кезеңде жүзеге асырылатын болады (I-республикалық деңгей 2005 жылы; II - облыстық деңгей - 2006-2007 жылдары; III - аудандық деңгей - 2007-2009 жылдары).

Референс-зертханалар желісінің негізінде орталықтанған, көп функциялы зертханалық қызмет құрылатын болады, мұның өзі зертханалық зерттеулер сапасының елеулі түрде артуын қамтамасыз етеді.

Ерекше қауіпті жұқпалы ауруларға қарсы күрес, аумақтарды санитариялық қорғау

және биологиялық терроризмнің зардаптарын жою халықтың ерекше қауіпті жұқпалы ауруларға шалдығуының алдын алуға және оларға жол бермеуге бағытталатын болады.

Ел аумағына ерекше қауіпті жұқпалы ауруларды және халықтың денсаулығы үшін қауіпті өнімдерді әкелуге жол бермеу мақсатында мемлекеттік шекараның қиып өтетін жерлерінде санитарлық-карантиндік пункттерді нығайту жөнінде шаралар қолданылатын болады.

Санитариялық-эпидемиологиялық нормалау саласында халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы бойынша халықаралық стандарттарға, оның ішінде Дүниежүзілік сауда ұйымдарының талаптарына сәйкес келетін ғылыми негізделген нормативтік базаны құру қамтамасыз етілетін болады.

5.2.4. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және аурулардың алдын алу

Ауруларды емдеуге бағдарланған денсаулық сақтау жүйесінен алшақтау және интеграцияланған медициналық қызмет көрсетуді енгізу адам денсаулығына байланысты проблемалар кешенін шешуге бағытталған көп салалы қызметті көздейді.

Денсаулықты сақтау үшін азаматтар мен мемлекеттің ынтымақтасқан жауапкершілік принципін іске асыру профилактикалық іс-шараларды жүргізу және салауатты өмір салтын қалыптастыру, халықты кейіннен серпінді түрде байқай және сауықтыра отырып, мерзімдік профилактикалық медициналық тексерулермен қамтамасыз ету арқылы жүзеге асырылатын болады.

Денсаулықты насихаттау, жұқпалы және жұқпалы емес аурулардың алдын алу, ана мен баланың денсаулығын нығайту, ұтымды тамақтану принциптерін енгізу, дене белсенділігін кеңейту, отбасын жоспарлау, нашакорлықтың, жарақаттану мен бақытсыз жағдайлардың, АҚТҚ/ЖҚТБ-ның, ЖЖБЖ-ның алдын алу, темекі тартуға және алкогольге салынуға қарсы күрес сияқты қоғамдық денсаулық сақтау бағдарламалары әзірленеді және іске асырылады. Бұл бағдарламаларды іске асыру БМСК-нің, мамандандырылған медициналық көмек көрсететін ұйымдардың және санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің өзара іс-қимылы кезінде жүзеге асырылатын болады.

Сондай-ақ артериалдық гипертония, диабет және басқа да ең көп таралған жұқпалы емес аурулардың алдын алу бойынша мақсатты бағдарламалар әзірленеді. Бұл ретте денсаулық сақтаудың жаңа үлгісін дамыта отырып, салауатты өмір салтын насихаттау және аурулардың алдын алу бағдарламаларын қаржыландыру халықты мейлінше тиімді қамту мақсатында аудандық деңгейге берілуі мүмкін.

БМСК ұйымдарының базасында халықты салауатты өмір салтына, оңалтуға оқыту жөнінде бағдарламалар енгізіледі, созылмалы аурулары бар науқастарға арналған мектептер ұйымдастырылатын болады. Патронаждық қызметке, салауатты өмір салтын

насихаттау мен санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылыққа жауапты орта медициналық персоналдың саны БМСК-нің әрбір аумақтық бөлімшесіндегі жұмыстардың профилактикалық бағытын күшейту үшін штаттық нормативтерді қайта қарау арқылы көбейтілетін болады. Мектепке дейінгі және мектеп жасындағы балаларды, оқушылар мен студенттерді медициналық тексерулерден өткізуге ерекше назар аударылатын болады. Бұл үшін барлық білім беру ұйымдарында медициналық пункттер желісі қалпына келтіріледі.

5.2.5. Халықтың денсаулығын сақтауға сектораралық көзқарас

ДДС ұйымының пікірі бойынша адам денсаулығының тұрмыс салтына, генетикалық факторларына, қоршаған ортаға және денсаулық сақтау жүйесіне байланысты. Денсаулық сақтауды жетілдіру мәселелеріндегі негізгі міндеттердің бірі денсаулық сақтау субъектілерінің қызметін үйлестіру және халықтың денсаулығын сақтауға сектораралық көзқарас болып табылады.

Осы мақсаттарда қызметі халық денсаулығы жай-күйі мен денсаулық сақтау қызметтерінің жұмыс істеуіне тікелей және жанама әсер ететін әр түрлі мемлекеттік органдардың, ведомстволар мен ұйымдардың жұмыстарын үйлестіру көзделеді. Бағдарлама алға қойған міндеттерді табысты орындау үшін денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік саясаттың жекелеген басым бағыттарын іске асыру үшін әр түрлі ведомстволардың күш-жігерлері біріктіріліп, Қазақстан Республикасы Үкіметінің жанындағы денсаулық сақтау жөніндегі Ұлттық Үйлестіру Кеңесі, сондай-ақ жергілікті атқарушы органдар жанындағы үйлестіру кеңестері құрылатын болады.

Сектораралық ынтымақтастықтың мынадай элементтері іске асырылуға тиіс:

- белсенді демографиялық саясатты жүргізу және демография және көші-қон органдарымен тығыз байланыс жасау арқылы демографиялық процестерді реттеу;

- еңбек және халықты әлеуметтік қорғау органдарымен бірге азаматтарға профилактикалық, медициналық-әлеуметтік көмек және оңалту көмегін көрсетудің негізгі бағыттары бойынша, сондай-ақ медицина қызметкерлеріне сараланған жалақы төлеу бойынша өзара іс-қимыл жасау;

- қоршаған ортаны қорғау және денсаулық сақтау органдарымен бірлескен шаралар қ а б ы л д а у ;

- білім беру, денсаулық сақтау, ішкі істер, спорт, қорғаныс, мәдениет және ақпарат ұйымдарында балалар мен жасөспірімдерді тәрбиелеу, оқыту және денсаулығын сақтау мәселелерінде өзара іс-қимыл жасау;

- тиісті орталық және жергілікті атқарушы органдармен өзара іс-қимыл жасай отырып, ауыл халқын ауыз сумен, телекоммуникация құралдарымен, жолдармен, санитарлық көлікпен, медициналық қызмет көрсетумен және санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылық жөніндегі шаралармен камтамасыз ету

- жөнiндегi мәселелердi шешу;
- құқық қорғау және басқа да мемлекеттік органдармен туберкулезге қарсы қызметті одан әрі интеграциялау;
 - халықтың үлкен топтарының арасында дене шынықтыру мен спортты дамыту жөнiндегi шараларды күшейту, дене шынықтыру, спорт, туризм ұйымдарының қызметтерiн үйлестiру, салауатты өмiр салтын және спортпен айналысуды енгiзу үшiн жағдайлар уәждеу және жасау;
 - салауатты өмiр салтын және аурулардың алдын алуды насихаттау үшiн бұқаралық ақпарат құралдарын кеңiнен пайдалану;
 - табиғи және техногендiк сипаттағы дүлей зiлзалалар, сондай-ақ жұқпалы аурулардың тұтану мүмкiндiгi туындаған кезде төтенше жағдайлар жөнiндегi қызметтермен қимылдарды үйлестiру;
 - мүдделi министрліктер мен ведомстволарды тарта отырып, сондай-ақ халықаралық және үкiметтiк емес ұйымдардың қатысуымен хоспистердi, медбикелiк күтiм жасауды ұйымдастыруды қоса, оңалту қызметi мен паллативтiк көмектi дамыту;
 - жүрiс қауiпсiздiгiн қамтамасыз ету, экологиялық жағдайды жақсарту проблемалары бойынша көлiктiк-коммуникациялық кешен қызметтерiмен ынтымақтастықты күшейту.

Осы Бағдарламаның шеңберiнде кейiннен ұлттық денсаулық сақтау жүйесiне бейiмделу үшiн алыс және жақын шетелдердiң оң тәжiрибесiн пайдалана отырып, халықаралық ұйымдармен тығыз ынтымақтастық жасау көзделедi.

5.3. Денсаулық сақтауды басқару жүйесiн жетiлдiру

Денсаулық сақтауды басқарудың қазiргi жүйесi негiзiнен әкiмшiлiк әдiспен басқаруды көздейдi, соның салдарынан, лицензиялауды, аккредиттеудi, мемлекеттiк сатып алуды және басқаларын қоса алғанда, саланы басқарудың тиiмсiздiгiн тұтастай айқындап беретiн барлық негiзгi функциялар iс жүзiнде Денсаулық сақтау министрлiгi деңгейiнде орталықтандырылған.

Бiрiншi кезеңде Бағдарлама басымдықтарының бiрi тиiстi нормативтiк құқықтық база жасай отырып, орталық, жергiлiктi басқару органдары мен медициналық ұйымдар арасында функциялардың ара жiгiн нақты ажырата, экономикалық әдiстерге көше отырып, орталықтандырылған әкiмшiлiк басқаруды өзгерту болып табылады.

Екiншi кезеңде денсаулық сақтауды басқару осы заманғы ақпараттық технологиялардың негiзiнде халықаралық стандарттарды ескере отырып, медициналық қызметтер көрсетудiң сапасы мен сала жұмысы тиiмдiлiгiнiң басқа да өлшемдерiн бақылау жүйесiн енгiзу арқылы жүзеге асырылатын болады.

5.3.1. Функциялар мен өкілеттіліктердің ара жігін ұтымды ажырату

Саланы басқаруды жетілдірудің негізгі бағыты әкімшілік реттеуден экономикалық ынталандырулар жүйесіне өту болып табылады. Осы мақсатта 2005 жылдан бастап Қазақстан республикасының Бюджеттік кодексіне сәйкес денсаулық сақтауды басқарудың орталық, жергілікті атқарушы органдары мен медицина ұйымдарының арасында, соңғыларына басым дербестілік бере отырып, функциялар қайта бөлінетін болады.

Орталық атқарушы органның құзыретіне: денсаулық сақтау саласында бірыңғай мемлекеттік саясат жүргізуді қамтамасыз ету функциясы;

атқарушылық функциялары (денсаулық сақтау саласында елдің барлық аумағында Қазақстан Республикасының Конституциясымен кепілдік берілген базалық қызмет көрсетулер ұсынудың тең қолжетімділігін қамтамасыз ету жөніндегі шараларды іске асыру, оларды ұсыну стандарттарын белгілеу, саланы дамытуды жоспарлау, нормативтік база әзірлеу);

реттеуші функциялар (денсаулық сақтау саласында саясаттың іске асырылуын бақылауды жүзеге асыру, мемлекеттік, салалық бағдарламалардың орындалуын бақылау, денсаулық сақтау ұйымдарын аккредиттеу, бақылау-қадағалау функциялары) жатқызылатын болады.

Жергілікті деңгейге, халыққа жалпы сипаттағы тікелей қызмет көрсетулерді ұсынуды бақылау функциясын қоспағанда, медициналық, фармацевтикалық қызметтердің жекелеген түрлері бойынша, сондай-ақ денсаулық сақтау саласында есірткі құралдары, психотроптық заттар мен прекурсорлар айналымына байланысты лицензиялау рәсімдері, дәрілік заттарды, вакциналарды, иммунобиологиялық және басқа да медициналық препараттарды сатып алу берілетін болады.

Функциялардың көбінің орталықсыздандырылуы нәтижесінде жергілікті жерлерде ұсынылатын қызмет көрсетулер сапасының төмендеуіне жол бермеу мақсатында реформалаудың бірінші кезеңінде медициналық көмектің сапалы параметрлерін Денсаулық сақтау министрлігімен келісу рәсімі заңды түрде енгізілетін болады, ал қосымша қаражаттар (амбулаториялық дәрілік қамтамасыз етуге және тағы сол сияқтыларға) мақсатты трансферттер түрінде бөлінетін болады. Одан әрі жергілікті атқарушы органдардың бөлінген қаражатты дербес пайда алуына көшу жүзеге асырылатын болады.

Облыстық деңгейде денсаулық сақтау бюджетін шоғырландыруға байланысты халық денсаулығын сақтау мәселелері бойынша барлық деңгейдегі атқарушы органдардың жауапкершілігін күшейту тетігі әзірленетін болады.

Халықты қауіпсіз, тиімді әрі сапалы дәрілік заттармен қамтамасыз ету мақсатында

мемлекеттік сатып алу туралы заңнамаға жергілікті деңгейдегі мемлекеттік сатып алуды жергілікті денсаулық сақтау органдарының жүзеге асыруы міндеттілігін белгілейтін өзгерістер препараттың сапасы ескеріле отырып енгізілетін болады.

2006 жылдан бастап БМСК-ні (бастапқы медициналық-санитарлық көмекті) стационарлардан ұйымдық және қаржылық бөлу басталатын болады, бұл бюджеттік ағымдарды реттеу мен негізсіз ауруханаға жатқызуды барынша болдырмауға мүмкіндік б е р е д і .

2008-2009 жылдары денсаулық сақтау ұйымдарына материалдық-техникалық базаны нығайту, шаруашылық қызметінің нәтижесінде үнемделген қаражаттарды бөлу мәселелерінде тиісті дербестік беріледі және денсаулық сақтау ұйымдарының түрлі ұйымдық-құқықтық нысандармен жұмыс істеуі үшін жағдай жасалатын болады.

Денсаулық сақтау қызметкерлерінің еңбегін негіздеу мақсатында еңбекақы төлеу жүйесін жетілдіру жөнінде шаралар қабылданып (медициналық ұйымдар қызметкерлерінің санаттары қайта қаралып және еңбекақы төлеудің жалпы жүйесі шеңберінде үстемеақылар ұлғайтылып), біліктілігіне, орындалған жұмыстың сапасы мен көлеміне сәйкес "ақырғы нәтижесі бойынша" сараланған төлем принципі енгізілетін болады, мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарының басшыларына денсаулық сақтау менеджері біліктілігінің міндетті түрде бар болуы бөлігінде, біліктілік талаптары қайта қаралатын болады.

Кадрлық қамтамасыз ету шарасы бойынша денсаулық сақтау ұйымдарын басқару құрылымы менеджмент мәселелерін даярланған мамандарға беру арқылы қайта қ а р а л а т ы н б о л а д ы .

Кәсіби қауымдастықтар мен одақтарды дамытуға жан-жақты көмек көрсетіліп, олар медицина кадрларын аттестаттауға медициналық қызмет көрсетулердің сапасын сараптауға тартылатын болады.

5.3.2. Медициналық қызмет көрсетулердің сапасын басқаруды жетілдіру

Медициналық қызмет көрсетулердің сапасын бақылау әлемдік практикада денсаулық сақтау саласын басқарудың басты тетіктерінің бірі болып табылады.

Медициналық көмек сапасын басқару жүйесін құру стандарттауды, аурулар диагностикасы мен оларды емдеудің жаңа (халықаралық практикада өзін жағымды жағынан көрсетіп, ДДҰ ұсынған) әдістерін енгізуді көздейді.

Медициналық қызмет көрсетулер:

медициналық көмек көрсетулерді жеткізушілерді қажетті ресурстармен қамтамасыз е т у ;

медицина қызметкерлерінің біліктілігін арттыру, оның ішінде білім беру бағдарламасына дәлелді медицина курстарын енгізу;

медициналық ұйымдарда халықаралық стандарт талаптарына сәйкес сапаны басқару жүйесін енгізу;

медициналық қызмет көрсетулерді жеткізушілерді лицензиялау, аккредиттеу, сыртқы және ішкі сараптау;

көрсетілген медициналық қызмет көрсетулердің сапасына қарай сараланған төлем әдістерін енгізу;

бұқаралық ақпарат медициналық қызмет көрсетуді жеткізушілердің рейтингін жариялау;

бірыңғай ақпараттық жүйе құру;
қажетті әкімшілік, қаржылық санкциялар қолдану негізінде жүзеге асырылатын болады.

Сапаны басқару жөніндегі міндеттерді іске асыру үшін 2005 жылы медициналық қызмет көрсетулердің сапасын бақылау жөніндегі мемлекеттік орган құрылатын болады. Мемлекеттік орган бақылау тексерулерін жүргізген кезде қажет болған жағдайда тәуелсіз сарапшылар тартатын болады. Бұл үшін түрлі кәсіптер мамандарының қатарынан алынған тәуелсіз сарапшылардың деректер банкі қалыптастырылатын болады.

Медициналық көмек сапасын басқарудың бірінші кезектегі міндеттерінің бірі медициналық көмек көрсетудің барлық деңгейінде аурулар диагностикасы мен оларды емдеу хаттамаларын жетілдіру болып табылады. Аталған хаттамалардың сапасы оларды дәлелді медицина талаптарына сәйкестендіру жолымен қамтамасыз етілетін болады. Аурулар диагностикасы мен оларды емдеу хаттамалары, сондай-ақ медициналық қызмет көрсетулердің сапа индикаторлары жетілдірілетін және халықаралық стандарт талаптарына сәйкес жаңартылатын болады.

Сапа сараптамасы бірінші кезеңде стационар мен БМСК ұйымдары қызметінің әзірленген сапа индикаторлары негізінде жүзеге асырылатын болады. Бұл ретте неғұрлым жиі кездесетін аурулардың мониторингі жүргізілетін болады. Медициналық ұйымдардағы сапа сараптамасы іріктеліп жүзеге асырылатын болады, ал жекелеген жағдайларда (үйде өлу, қатерлі ісік ауруы, туберкулездің және басқа да аурулардың дендеп кеткен жағдайы анықталғанда) міндетті сараптама жүргізіледі.

Медициналық көмектің сапасын бақылауды жүзеге асыру жүргізілген зерттеу мен емдеудің диагностика мен емдеудің кезеңдік хаттамаларына сәйкестік талдауына, диагностикалық зерттеулер мен ем тағайындаудың, ауруханаға жатқызуға жіберудің негізділігі мен уақтылығына, диагностика және емдеу кезінде жіберілген қателіктерге негізделетін болады.

Медициналық қызмет көрсетулерге тиісінше сараптаманы жүзеге асыру мақсатында сапаны басқарудың кешенді жүйесі әзірленеді, ол медициналық көмектің әрбір деңгейіне арналған индикаторларды, экономикалық негіздеу тетіктерін қамтитын болады.

2005 жылы азаматтардың оларға көрсетілген медициналық қызмет көрсетулер сапасына қанағаттанушылығын зерделеудің жетілдірілген технологиясы өндірілетін болады.

2006 жылдан бастап денсаулық сақтау субъектілеріне диагностика мен емдеуде жіберген қателіктері үшін азаматтық-құқықтық жауапкершілік шаралары қолданылып, емделушілердің құқықтарын реттейтін заң нормалары әзірленетін болады.

2005-2007 жылдары үкіметтік емес ұйымдарды (медициналық ұйымдар қауымдастықтарын, дәрігерлердің кәсіби, емделушілер қауымдастықтарын) қолдау және қажет болған жағдайда оларды медициналық қызмет көрсетулердің тәуелсіз сараптамасына, мамандарды аккредиттеуге, аттестаттауға тарту жөнінде іс-шаралар өткізілетін болады.

2008-2010 жылдар ішінде халықаралық стандарттарға сәйкес аурулар диагностикасы мен оларды емдеу хаттамаларын, медициналық көмек сапасы индикаторларын одан әрі жетілдіру жүзеге асырылатын болады.

Алға қойылған міндеттерді іске асыру тым әкімшілік әдістерден бас тартуға және медициналық көмекті жақсартуға, бюджет қаражатын тиімді пайдалануға және медицина қызметкерлерінің өздері көрсеткен медициналық қызметтеріне жауапкершілікті арттыруға бағытталған сапаны кешенді басқару жүйесін құруға мүмкіндік береді.

5.3.3. Қаржыландыру жүйесін жетілдірудің негізгі қағидаттары

Денсаулық сақтауды тұрақты дамытуды қамтамасыз ету және тиімділікті арттыруды ынталандырудың ішкі тетіктерін іске қосу үшін 2010 жылға қарай денсаулық сақтауға мемлекеттік шығыстарды ІЖӨ-нің 4 процентіне дейін кезең-кезеңімен көтеру көзделеді.

Бірінші кезеңде саланы қаржыландыру жүйесінде бұрын қабылданған шешімдер іске асырылып, сондай-ақ қаражатты тиімді пайдалануға, жүйеге инвестиция тартуға және өңіраралық теңестіруге бағытталған қаржыландыру саясаты әзірленетін болады.

Бюджет Кодексіне сәйкес денсаулық сақтауды басқарудың облыстық органы бірыңғай төлеушінің функциясын атқаратын болады, ол өңірлердің ішкі стационарларында БМСК-ге жан басына шаққандағы нормативтер мен емдеу тарифтерін теңестіруге мүмкіндік туғызып, медициналық көмек көрсетулердің сапасына бақылауды қамтамасыз етеді. Денсаулық сақтау министрлігі тауарлар мен қызмет көрсетулерді орталықтандырылған сатып алу жөніндегі өкілеттігін төменгі деңгейге береді.

БМСК ұйымдары үшін жан басына шаққандағы нормативтер осы деңгейдегі медициналық көмектің қажетті көлемі, бекітіліп берілген тұрғындардың жыныстық жас

құрамы мен өңірлік ерекшеліктерді білдіретін басқа да факторлар ескеріле отырып айқындалатын болады. Жан басына шаққандағы нормативтерді толықтыруды қамтамасыз ету мақсатында оны жыл сайын ұлғайта отырып 2010 жылы оңтайлы деңгейге дейін арттыру жүзеге асырылатын болады. Бұдан басқа, бастапқы буында стационардың орнын басатын тиімді қаржыландыру тетіктерін әзірлеу мен іске қосу жолымен ішінара қор ұстау моделіне өту жүзеге асырылатын болады. Кезең-кезеңімен, БМСК деңгейінде көрсетілетін көмек көлемінің өсуіне қарай, БМСК көрсетуге бағытталған қаражат үлесі өсетін, оның ішінде ауру түрлері мен халықтың жекелеген санаттары бойынша ауру адамдарға амбулаторлық деңгейде ақысыз және жеңілдікті дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді ұсыну жолымен өсетін болады. 2005 жылы ақысыз медициналық көмектің кепілдендірілген көлемін көрсетуге қосымша шығындардың шеңберінде бөлінген 15 млрд. теңге көлеміндегі қаражаттың бір бөлігі БМСК ұйымдарын қаржыландыруға бағытталатын болады.

Нәтижені бағалауға мүмкіндік беретін және ынталандыру мен жазалаудың қаржылық құрамдас бөліктерін іске қосатын көрсеткіштер мен индикаторлардың жүйесі негізінде құрылған ресурстарды пайдалану тиімділігі мен сапа мониторингінің ұлттық жүйесі 2005 жылы әзірленіп, 2006 жылдан енгізілетін болады.

Нәтижелілікті бағалауды жүргізуге және ынталандыру мен жазалауды қаржыландырудың құрамдас бөліктерін іске қосуға қол жеткізетін, көрсеткіштер мен индикаторлар жүйесі негізінде құрылған сапа мониторингі мен ресурстарды тиімді пайдаланудың ұлттық жүйесі 2005 жылы әзірленіп, 2006 жылдан енгізілетін болады.

Медициналық көмек жеткізушілерді қаржыландыру әдістері әртүрлі деңгейдегі жеткізушілер үшін дұрыс ынталандыруды қамтамасыз етуге тиіс: стационарлар үшін (клиникалық-шығын топтары - КШТ) қуаттылығына емес, қызмет көрсетулерге төлеу, ал БМСК үшін медицина ұйымдары қызметінің алдын-алушылық бағыттылығын (жан басына шаққандағы норматив) ынталандыру.

Қаржыландыру әдістері кезең-кезеңімен жетілдіріліп тұратын болады. Мысалы, КШТ салмақ коэффициенттері мен топтардың құрылымы дәлелдік медицина әдістеріне негізделген диагностика мен емдеудің мерзімдік хаттамаларын әзірлеу ретіне қарай қ а й т а қ а р а л а т ы н б о л а д ы .

2005 жылдың ішінде жоғары мамандандырылған медициналық көмекті дамытудың қаржылық тетіктері әзірленіп, жаңа технологиялар енгізілетін болады.

2006 жылдан бастап денсаулық сақтау саласына инвестицияларды жүзеге асыру жөніндегі қабылданатын барлық шешімдер немесе мемлекет қабылдайтын қосымша міндеттемелер нақты нәтижелер мен тиімділікке негізделуге тиіс. Тиісті әдістеме талдап жасалып, бекітілетін болады.

Денсаулық сақтау ұйымдарында медицина жабдықтарының, оның техникалық жай-күйі мен тиімді пайдаланылу мониторингі ұдайы жүзеге асырылып, оның ішінде қымбат тұратын жабдықтар жұмысын есепке алу жүйесі жолға қойылатын болады.

2005 жыл ішінде медицина қызметкерлерінің еңбек ақысын төлеу жүйесін жетілдіру, "ақырғы нәтижесі бойынша" төлем принципін іске қосу шаралары әзірленетін болады. Мемлекеттік медицина ұйымы қызметкерлерінің еңбек ақысын төлеу сараланған, біліктілік, көрсетілетін көмек сапасы мен көлем деңгейіне барабар, оның ішінде тура бейресми төлем деңгейін төмендетуге мүмкіндік беретін ақылы негізде болуға тиіс. 2006 жылдан бастап медициналық қызметкерлердің жалақысы кезең-кезеңімен көтеру жүзеге асырылатын болады.

2005 жыл ішінде мемлекеттік бюджеттен медициналық көмектің кепілдендірілген көлемін көрсетуге бөлінген қаражатты медициналық ұйымдардың пайдалануының ашықтығын қамтамасыз ету жөніндегі шаралар жүйесі әзірленетін болады. Медициналық ұйымдардың түрлі көздерден, оның ішінде медициналық қызмет көрсетулерді ақылы негізде көрсету есебінен алынған қаражаттарды есепке алу жүйесі жетілдірілетін болады.

Медициналық қызмет көрсетулер мен тауарлар тұтынуды адам басына жіктеу қамтамасыз етіліп, сондай-ақ көрсетілетін қызметтерді емделушілер тарапынан бақылау жүйесі енгізілетін болады.

Аталған жұмыс халықты ақысыз медициналық қызмет көрсетулер тізбесі мен көлемі туралы кеңінен ақпараттандырып отырумен, өтіп жатқан процестердің тұрақты мониторингімен сүйемелденіп отырады. Халық қанша және не үшін төлеуге тиіс екендігі туралы қажетті ақпарат алады.

Салаға қосымша қаражат ағымдарын қамтамасыз ету мақсатында жұмыс берушілер тарапынан да оларды пайдаланудың отбасылық принципіннің басымдылығы ескеріле отырып, халықтың өз тарапынан да ерікті медициналық сақтандыруды ынталандыру жөнінде шаралар қолданылатын болады.

2006-2007 жылдары Ұлттық денсаулық сақтау шоттарын енгізу бойынша 2005 жылдан бастап дайындық іс-шаралары жүргізілетін болады, бұл барлық саладағы, оның ішінде жекеше сектордағы қаржылық ағымдар туралы толық ақпараттар алуға мүмкіндік береді.

Екінші кезеңде қаражатты тиімді пайдалануға бағытталған саланы қаржыландырудың, салаға инвестициялар тарту мен аймақаралық теңдестірудің жаңа саясаты енгізілетін болады, бұл оған тұрақтылық беруге мүмкіндік туғызып, одан әрі дәйекті дамуына және бәсекелестік қабілетінің артуына жағдай жасайды.

Медициналық ұйымдардың қаржылық тұрақтылығын қамтамасыз ететін медициналық қызмет көрсетулерге тарифтерді қалыптастырудың бірыңғай әдістемесі әзірленетін болады. Бұл ретте стационарларға ауруларды жатқызу деңгейін төмендету медициналық көмектің аталған түріне тарифтерді көтерумен және оны оңтайлы деңгейге дейін жеткізумен сүйемелденетін болады.

Түрлі өңірлердегі халықтың ақысыз медициналық көмектің кепілдендірілген көлеміне тең қолжетімділігін қамтамасыз ету үшін 2010 жылға қарай тиісті қаржылық

қамтамасыз етумен бірге ауру құрылымы мен басқа да объективті факторлар ескеріле отырып, ұқсас медициналық қызметтер көрсеткені үшін тарифтерді аймақаралық теңдестіру аяқталатын болады.

Жекеше инвестициялар үшін саланың тартымдылығы көтеріледі.

Мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарының материалдық-техникалық базасы мен тарифтердің жеткілікті деңгейіне қол жеткізгенде мемлекет амортизациялық реттеу тетіктерін іске қоса отырып, "көп арналы" бюджеттік қаржыландырудан бас тартады.

Медициналық ұйымдардың оның ішінде жекешелердің медициналық жабдықтардың қымбат түрлерін алуы мен оларды тиімді пайдалануы үшін тең мүмкіндіктерді қамтамасыз ету мақсатында қаржылық лизингті қолдануды кеңейту жөнінде шаралар әзірленетін болады.

Қаржылық ресурстарға неғұрлым тиімді әкімшілік етуге жағдайлар жасау, денсаулық сақтаудың құрылымдық тиімділігін көтеру, медициналық көмек көрсетудің түрлі деңгейлері арасында өзара байланыс орнату, бюджеттік шығыстар ұтымды пайдаланылған жағдайларда қайта инвестициялау үшін барынша бағдарламалық шоғырландырылу жүргізілуі қажет.

2008 жылға қарай елдің әлеуметтік-экономикалық дамуының және азаматтар кірістерінің өсуінің жақсару шамасына міндетті медициналық сақтандыру жүйесін енгізу мүмкіндігі мәселесі қаралатын болады.

5.3.4. Дәрілік заттар айналымы саласын мемлекеттік реттеудің тиімділігін арттыру

Қазақстан Республикасының халқын дәрілік заттармен қамтамасыз ету мемлекеттің маңызды міндеттерінің бірі болып табылады. Дәрілік заттарды қолдану алдын алу медицинасы мен ауруларды емдеуде өзекті рөл атқарады. Сонымен қатар, дәрілік заттар айналымы саласындағы қазіргі мемлекеттік реттеу құрылымы дәрілік заттар сапасы мен оның қолжетімділігін қамтамасыз ету бөлігінде қосымша шаралар қ а б ы л д а у д ы т а л а п е т е д і .

Осы мақсатта алда мынадай міндеттерді шешу түр:
халықтың негізгі өмірлік маңызы бар дәрілік заттарға жеке және экономикалық тең дәрежеде қолжетімділігін қамтамасыз ету;
дәрілік заттарды бөлшек дәріханалық желілерде уәкілетті орган айқындайтын тізім бойынша рецептпен беруді енгізу;
дәрілік заттардың сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз ету жөнінде шаралар қ о л д а н у ;

дәрілік заттарды ұтымды пайдалану;

Қазақстан Республикасының 2003-2015 жылдарға арналған индустриялық-инновациялық даму стратегиясы шеңберінде фармацевтикалық және

медициналық өнеркәсіпті одан әрі дамыту.

Алға қойылған міндеттерді екі кезеңде шешу көзделіп отыр.

Бірінші кезеңде, 2005-2006 жылдар ішінде:

халық үшін негізгі (өмірлік маңызы бар) дәрілік заттарға қолжетімділігін арттыру және денсаулық сақтау ұйымдарының барлық деңгейінде, әсіресе ауылдық жерлерде формулярлық жүйелі енгізуді қамтамасыз ету;

отандық фармацевтикалық салаға халықаралық стандарттарды енгізу жөнінде дайындық жұмыстарын жүргізу;

2007 жылдан бастап отандық фармацевтикалық салаға халықаралық стандарттарды (GLP, GCP, GPP, GDP, GMP) енгізуге кірісу;

мемлекеттік сатып алу туралы заңнамаға сатып алынатын дәрілік заттардың сапасына кепілдік беретін өзгерістер мен толықтырулар енгізу жолымен мемлекеттік сатып алудан тиімділігін арттыру;

қолданылатын дәрілік заттардың жанама әсерлеріне мониторинг жүргізу;

Денсаулық сақтау министрлігінің "Дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдарды және медицина техникасын сараптаудың ұлттық орталығы" республикалық мемлекеттік кәсіпорнының базасында дәрілік заттар айналымы саласында ғылыми зерттеулер ұйымдастыру және жүргізу үшін құрылымдар құру;

Халықаралық стандарттардың "Тиісті зертханалық практика" талаптарына сәйкес дәрілік заттардың сапасын бақылауды жүзеге асыру үшін иммунобиологиялық және төрт аймақаралық зертхана құрып, жарақтандыру;

Контрофактілік өнімдердің фармацевтика рыногына еніп кетуінің алдын алу мақсатында дәрілік заттар айналымы саласында мемлекеттік бақылаудың тиімділігін жоғарылату, фармакотерроризмнің қаупін төмендету;

дәрілік заттар айналымы саласындағы мемлекеттік органдардың және олардың аумақтық бөлімшелерінің, сондай-ақ сынақ орталықтарының мамандарының халықаралық стандарттарды, сапаны басқару жүйесін оқып-үйренуін ұйымдастыру;

дәрілік заттардың сапасын басқару мәселелері жөнінде фармацевтикалық сектордың субъектілері үшін мамандар даярлау жағдайын қамтамасыз ету;

құрылғалы отырған Денсаулық сақтаудың бірыңғай ақпараттық жүйесі шеңберінде дәрілік заттар айналымы саласында ақпарат жинау және қайта өңдеуді ұйымдастыру әдістемелерін әзірлеу қажет.

Екінші кезеңде, 2008-2010 жылдары, дәрілік заттар айналымы саласында фармацевтика секторының халықаралық стандарттар сапасына кезең-кезеңімен көшу жоспарын жүзеге асыру көзделеді. Дәрілік заттар айналымы саласында сынақ зертханаларын, медициналық техникалар мен медициналық мақсаттағы бұйымдарды халықаралық стандарттарға сәйкес аккредитациялау аяқталып, дәрілік заттар сапасын басқару жүйесі құрылатын, дәрілік заттарды пайдалану қауіпсіздігі мен тиімділігі мәселелері бойынша халықты ақпараттандыру жүйесі қалыптастырылатын болады.

5.3.5. Денсаулық сақтаудың бірыңғай ақпараттық жүйесі

Қазақстан Республикасын ақпараттандыру шеңберінде 2005-2007 жылдары Денсаулық сақтаудың бірыңғай ақпараттық жүйесі (бұдан әрі - ДБАЖ) құрылатын болады, оның негізгі бағыттары:

азаматтар денсаулығының жай-күйі туралы ақпарат жинаудың, өндеу мен сақтаудың, медициналық және дәрілік көмек алудың бірыңғай жүйесін ұйымдастыру; ақпаратты талдау, қорыту және денсаулық сақтау ұйымдары мен мемлекеттік органдарға ұсыну;

әрбір емдеу-алдын алу ұйымдары мен мемлекеттік денсаулық сақтау басқармасы органдарынан қажетті ақпарат алуға мүмкіндік беретін ақпараттық-анықтамалық жүйе, орталық деректер банкінің құру;

медициналық-демографиялық көрсеткіштер жиынтығы мен азаматтардың медициналық көмекті тұтыну көлеміне тиімді мониторинг жүргізуге мүмкіндік беретін азаматтар денсаулығының электрондық паспортын, аурудың электрондық тарихын жасау;

БМСК, емханалар, стационарлар деңгейінде медициналық көмек көрсетудің сабақтастығын қамтамасыз етуге мүмкіндік беретін ауру адамдарды жіктеп есепке алу үшін жеке адамдардың бірыңғай бірегейлендірілген кодын қолдану, сондай-ақ "Жеке адамдар" мемлекеттік деректер базасы шеңберінде медициналық ақпараттың құпиялығын сақтай отырып, бірыңғай форматта медициналық аспектілерді, әлеуметтік жеңілдіктер мен көмекақыларды ескеру болады.

2007 жылдан бастап республиканың пилоттық аймақтарында медициналық көмек тұтынудың жіктелген есебін қамтамасыз ететін, емделушілердің медициналық электрондық картасы енгізілетін болады.

ДБАЖ-ды 2010 жылға дейін дамыту үшін мынадай міндеттер шешілетін болады: басқарушылық шешімдер қабылдау мен ДБАЖ-да жинақталған ақпараттар негізінде барлық деңгейде медициналық көмек көрсетудің сапасын басқаруды автоматтандыру;

қолда бар ведомстволық ақпараттық жүйелерді жетілдіру және біріктіру және оларды материалдық-техникалық сүйемелдеу;

ведомстволық, статистикалық және медициналық-технологиялық ақпараттық жүйе әзірлеп, енгізу және оларды материалдық-техникалық сүйемелдеу; емделушілердің медициналық-электрондық картасын енгізу.

Денсаулық сақтауды ақпараттық қамтамасыз етуді дамыту мақсатында денсаулық сақтау саласындағы өкілетті органға ведомстволық бағынысты ақпараттық-талдау орталығы (бұдан әрі - АТО) құрылады. АТО-ның күшімен алға қойылған міндеттерге сәйкес саланың ақпараттық моделі жасалады, ол денсаулық сақтау ұйымдары

қызметінің ақпараттық-анықтамалық жіктемелерінің базалық стандартталған, терминологиялық келісілген параметрлерін әзірлеу үшін негіз болады. Әзірленген жіктемелердің базасында, ақпаратты автоматтандырылған қайта өңдеуді енгізу мен есепке алудың қосарланушылығын болдырмаудың қажеттілігі ескеріле отырып, денсаулық сақтаудағы қазіргі есепке алу мен есептілік жүйелері қайта қаралатын болады. Нәтижесінде денсаулық сақтаудың, басқару органдарынан бастап халыққа тікелей медициналық көмек көрсетумен айналысатын медицина қызметкерлеріне дейін, барлық деңгейіне ақпараттық жүйені енгізудің әрбір кезеңінде деректерді жинау мен қайта өңдеу әдістемесі, сондай-ақ жиналған ақпаратты талдау мен басқарушылық шешімдер қабылдау әдістемесі әзірленетін болады. Қазіргі есепке алу мен есептілік жүйесі денсаулық сақтау ұйымдары қызметінің клиникалық және медициналық-экономикалық аспектілеріне сәйкестендірілетін болады.

Бірыңғай ақпараттық жүйе барлық жеке және заңды тұлғалардың халық денсаулығының жай-күйіне, олардың медициналық қызмет көрсетулерді тұтынуына және басқа өлшемдерге қатысты ақпаратқа сұраныстарын қанағаттандыратын болады.

5.4. Ана мен баланың денсаулығын сақтау

Қазақстан Республикасы дамуының негізгі басымдықтарының бірі медициналық-демографиялық жағдайды жақсарту болып табылады, ол, бірінші кезекте, ана мен бала денсаулығын қорғауға байланысты.

Ана мен балаға қызмет көрсетуді күшейтуге байланысты өткізіліп жатқан іс-шараларға қарамастан, пайдаланылып отырған ресурстардың тиімділігі төмен күйінде қалуда. Бала туу баяу көтеріліп келеді, жүктілік кезіндегі өлім, сәби мен ана өлімі нашар қарқынмен төмендеуде. Балалардың дене мен психикалық денсаулығының көрсеткіштері қанағаттанғысыз күйде қалуда.

АБДҚ (ана мен бала денсаулығын қорғау) қызметінің негізгі бағыты ана мен бала денсаулығын қорғау мен нығайту, ана, сәби және бала өлімінің деңгейін төмендету үшін ДБАЖ-бен және басқа да мүдделі қызметтермен ықпалдасатын, тиімді іс-қимыл жүйесін құру болып табылады.

АБДҚ қызметін жетілдіру мақсатында мынадай шаралар қолданылатын болады: ұрпақты болу жасындағы әйелдер мен балаларға ақысыз медициналық көмектің кепілдендірілген көлемі шеңберінде медициналық көмек көрсетуді қамтамасыз ету; жыл сайын балалар мен ұрпақты болу жасындағы әйелдерді диспансерлеу, медициналық тексерулерден, сауықтырудан өткізу;

2005 жылы Астана қаласында әлемдік стандарттарға сай және жоғары білікті кадрлармен қамтамасыз етілген Ана мен бала республикалық орталығы құрылысын аяқтау.

2005 жылдан бастап ұрпақ әкелу денсаулығы мен бала денсаулығына әсер ететін

ауруларды емдеу үшін жүкті әйелдерді, сондай-ақ балалардың жекелеген санаттарын (5 жасқа дейінгі балаларды - 2005 жылдан, диспансерлік есепте тұратын балаларды 2006 жылдан бастап) амбулаториялық емдеу үшін дәрілік заттармен қамтамасыз ету;

2007 жылға қарай балалар мен жүкті әйелдерді емдеу-алдын алу ұйымдарын қажетті мамандармен толықтыруды аяқтау;

практикалық денсаулық сақтауға алдағы уақытта енгізу мақсатымен АБДҚ саласында ғылыми-техникалық бағдарламаларды қаржыландыру;

2008 жылға қарай бекітілген нормативтерге сәйкес балалар мен әйелдерді емдеу-алдын алу ұйымдарын бүгінгі күнгі медициналық жабдықтармен жарақтандыру;

2007 жылға қарай жүкті әйелдерді халықаралық деңгейге сәйкес ерте диспансерлік бақылауға алуды қамтамасыз ету;

2008 жылға қарай көмекші репродукциялық әдістемелер мен технологияларды, оның ішінде генетикалық талдаулар мен отбасын жоспарлаудың бүгінгі күнгі технологияларын пайдалана отырып, туа біткен және ұрпақ қуалайтын аурулардың босанғанға дейінгі диагностикасының скринингтік бағдарламаларын жетілдіруді қолдануға енгізу;

трансплантология (жілік майын ауыстыруды қоса алғанда), нейрохирургия, хирургия, жаңа туған нәрестелер реанимациясы, кардиохирургия, неврология саласында балаларға жоғары мамандандырылған медициналық көмек қызметін одан әрі дамыту;

бұқаралық ақпарат құралдарын тарта отырып, отбасын жоспарлау және балалар, жасөспірімдер мен әйелдер арасындағы маскүнемдіктің, нашақорлықтың, темекі шегудің алдын алуды қоса алғанда, салауатты өмір салтын қалыптастыру жөнінде іс-шараларды жүзеге асыру;

ДДҰ ұсыным жасаған, мектеп оқушыларының денсаулығын сақтау мен нығайтуға бағытталған оқыту бағдарламаларын жалпы білім беру мектептеріне енгізу жөніндегі жұмыстарды жандандыру.

Жоғарыда аталған міндеттерді іске асыру АБДҚ жүйесін нығайтуға және жетілдіруге мүмкіндік береді, бұл, ақыр соңында, ана мен нәресте өлімін төмендетеді, халықтың демографиялық көрсеткіштерін жақсартады.

5.5. Әлеуметтік жағынан елеулі аурулардың алдын алуды, диагностикалауды, емдеуді және оңалтуды жетілдіру

Халықтың әлеуметтік жағынан елеулі аурулары қашанда мемлекеттің жіті назарында болуға тиіс.

Халық өмірінің санасы мен ұзақтығын көтеру мақсатында әлеуметтік жағынан елеулі аурулардың алдын алу, ерте бастан анықтау, және тиімді емдеу, оңалту шараларын іске асыру жүргізілетін болады. Осы бағытта:

мүдделі ведомстволар, халықаралық және үкіметтік емес ұйымдардың өзара белсенді іс-қимылымен жыныстық жолмен берілетін жұқпалы аурулармен ауырудың алдын алу мен одан әрі төмендету жөнінде мақсатты шаралар жүзеге асырылатын;

АҚТҚ жұқпалары мен ЖҚТБ аурулары вирустарына қарсы емдеудің халықаралық стандарттары енгізілетін;

психикасы мен мінез-құлқы бұзылған ауруларды емдеу мен сауықтырудың кешенді бағдарламалары әзірленіп, енгізілетін;

нашақорлыққа тәуелді адамдардың өңірлік медициналық-әлеуметтік орталықтары (бөлімшелері), кәмелеттік жасқа толмағандарды емдеу және медициналық-әлеуметтік оңалту үшін наркологиялық ұйымдарда стационарлық бөлімшелер ашылатын;

нашақорлықты емдеу мен оның медициналық алдын алу саласында озық технологиялар енгізілетін;

Қазақстан Республикасында есірткінің таралуына қарсы іс-әрекеттің тиімді, үйлестірілген жүйесі құрылатын;

2006 жылдан бастап аудандық медицина ұйымдарында эндокриндік аурулармен, оның ішінде бірінші кезекте қант диабетімен ауыратындарды ерте диагностикамен, емдеумен қамтамасыз ету және диспансерлеудің тиімділігін арттыру үшін дәрігер-эндокринолог лауазымы кезең-кезеңімен енгізілетін болады.

Туберкулезге қарсы күреске, эпидемиологиялық жағдайды жақсартуға, аурушандық пен өлімді төмендетуге ерекше көңіл бөлінетін болады. Туберкулезбен ауыратындарға өткізілетін емдеу-сауықтыру және алдын алу іс-шараларының барлық кезеңі БМСК ұйымдарын жан-жақты тарта отырып жүзеге асырылатын болады. Туберкулезбен ауыратындардың Ұлттық тіркелімі жетілдірілетін, ауру адамдарға бірыңғай хаттама жүргізуді сақтау және туберкулезге қарсы күрес жөнінде өткізілетін іс-шаралардың тиімділігіне бақылау жасау қамтамасыз етілетін болады.

Ұдайы бацило бөлетін созылмалы туберкулез түрімен ауыратын ауру адамдарды емдеу үшін облыстық туберкулезге қарсы диспансерлер жанынан кезең-кезеңімен мамандандырылған бөлімшелер ашылатын болады. Облыстық туберкулезге қарсы мекемелердің мамандандырылған бөлімшелері емделуден жалтарып жүрген туберкулездің жұқтырғыш түрімен ауыратындарға арналып қайта құрылады.

Емдеу-диагностикалық іс-шаралары DOTS-қосу стратегиясын одан әрі іске асыруды және туберкулездің мультирезистенттік түрінің бактерияға қарсы терапиясының тиімді кестесін енгізуді көздейтін болады.

Одан әрі туберкулезбен ауыратындарды және туберкулезге қарсы қызметтің медицина қызметкерлерін әлеуметтік қолдауды кеңейту жөніндегі шаралар жүзеге асырылатын болады.

Онкопатологияға қатысты диагностика мен емдеудің жетілдірілген әдістері қолданыла отырып, мақсатты топтарға алдын ала тексерулер жүргізу арқылы қатерлі өскіндерді ерте анықтауға баса назар аударылатын болады.

Бронхиалды демікпе, артерия гипертониясы, жүректің ишемиялық ауруы және басқа да, оның ішінде хирургиялық емдеуді қажет ететін жүрек-қан тамырлары ауруларының алдын алу мен тиімді емдеу жөнінде іс-шаралар әзірленіп, жүзеге асырылатын болады.

Өлім себебінің растығын белгілеу мақсатында сот-медицина сараптама органдарын техникалық қайта жарақтандыру жүзеге асырылатын болады.

Әлеуметтік жағынан елеулі аурулармен ауыратын ауруларды дәрілік қамтамасыз етуді реттеу үшін, қазіргі емдеу қағидаттарын ескере отырып, ақысыз/жеңілдік негізінде берілетін дәрілік заттар тізбесі қайта қаралатын болады.

Қабылданған шаралар жағдайды тұрақтандыруға, әлеуметтік жағынан елеулі аурулардың таралу, оның халық денсаулығына және ел экономикасына тигізетін зиян деңгейін төмендетуге мүмкіндік береді.

5.5.1. Медицина ғылымын дамыту

Медицина ғылымын дамыту азаматтар денсаулығын сақтау мен жақсартуға бағытталған іргелі және қолданбалы зерттеулердің басым бағыттарын әзірлеуді және дамытуды көздейді. Медицина ғылымын дамыту, инновациялық тиімді ресурс үнемдейтін технологиялар енгізу арқылы практикалық денсаулық сақтаудың өзекті проблемаларын шешуді қарастыратын болады.

Медицина ғылымы мынадай бағыттар бойынша дамитын болады: әлеуметтік жағынан елеулі аурулардың алдын алудың, ерте анықтаудың, емдеудің және оңалтудың озық технологияларын басым әзірлеу және қолданысқа енгізу;

іргелі және қолданбалы медицина ғылымының сабақтастығы, Денсаулық сақтау министрлігінің іргелі медициналық зерттеулер бағдарламаларының негізгі даму бағыттары мен оларға әкімшілік етуді қалыптастыруға қатысуы;

медицина ғылымының өндіріспен және практикамен байланысын кеңейту, практикалық денсаулық сақтауға отандық және тәжірибе алмасудан алынған ғылыми әзірлемелер енгізу;

қазақстандық медицина ғылымын халықаралық кеңістікте интеграциялау, халықаралық серіктестікті дамыту;

медицина ғылымы мен білімінің интеграциясы; азаматтардың денсаулығын қорғау саласында жоспарланатын және қабылданатын шаралардың экономикалық және әлеуметтік тиімділігін ғылыми бағалау және негіздеу; медицина ғылымы саласында айғақтау медицинасы принциптерін енгізу.

5.6. Денсаулық сақтау кадрларын даярлау және қайта даярлау

Медициналық және фармацевтикалық білім сапасын көтеру мақсатында медицина кадрларын даярлау мен қайта даярлау жүйесіне елеулі өзгерістер енгізілетін болады.

Медициналық ерекшелік ескеріле отырып, денсаулық сақтауды дамытудың стратегиялық бағытына бағдарланған, даярлау мен қайта даярлаудың тиімді әрекет ететін жүйесін құруға бағытталған медициналық білім берудің нормативтік құқықтық б а з а с ы ж а с а л а т ы н б о л а д ы .

БМСК-ні нығайту білікті медицина кадрларының, оның ішінде жалпы практика дәрігерлері мен орта медицина қызметкерлерінің бар болуын талап етеді. Медицина кадрларын даярлау ұзақ мерзімге жоспарлауға негізделеді және стратегиялық с ұ р а н ы с т а н т у ы н д а ы т ы н б о л а д ы .

Осыған байланысты денсаулық сақтау саласының кадрларға ұзақ мерзімді сұранысын айқындайтын ғылыми негізделген әдістеме әзірленіп, енгізілетін болады.

БМСК ұйымдарын жалпы практика дәрігерлерімен кадрлық қамтамасыз ету 2005 жылдан бастап субординатурада және интернатурада даярлаудың әзірленген бағдарламалары негізінде ортақ емдеу желісі дәрігерлерін қайта даярлау жолымен де, медициналық жоғары оқу орындарында ЖПД (жалпы практика дәрігерлерін) даярлау жолымен де жүзеге асырылатын болады.

Денсаулық сақтау саласын басқаруды жетілдіру денсаулық сақтаудың кәсіби менеджерлері мен экономистерін даярлауды көздейді.

Бірінші кезеңде мынадай шаралар іске асырылатын болады:
лицензиялауды, мемлекеттік аттестаттауды және білім берудің халықаралық стандарттарына жақындау мақсатында - меншік нысанына қарамастан, медициналық және фармацевтикалық ұйымдарды мемлекеттік тіркеуді жүзеге асыру жүйесіне тиісті өзгертулер енгізіледі ;

медициналық білім беру ұйымдарында қабылдау мен оқытуға талап жоғарлатылады ;

медициналық және фармацевтикалық мамандықтар бойынша оқытудың бағасы кезең-кезеңімен ұлғайтылады ;

медициналық білім беру ұйымдарының материалдық-техникалық базасы нығайтылады және мемлекеттік медициналық жоғары оқу орындары жанынан білім, ғылым және практиканың нақты байланысын қамтамасыз ететін клиникалық оқу о р т а л ы қ т а р ы қ ұ р ы л а д ы ;

денсаулық сақтаудың жаңа моделдерінің дамуы, жаңа мамандықтар енгізудің қажеттілігі, халықтың медициналық көмекке сұранысы ескеріле отырып, медицина кадрларын даярлау принциптері мен көлемі қайта қаралып, медициналық колледждер мен медициналық ЖОО-на (жоғары оқу орындарына) қабылдау ұлғайтылатын болады;

оқытудың интегративтік әрі "проблемалық" қағидаттарына, практикалық даярлыққа бейімделуге, шетел тілдерін терең зерделеуге баса назар аударыла отырып, медициналық ЖОО-ларда кадрлар даярлау бағдарламалары қайта қаралады;

халықаралық тәжірибе ескеріле отырып, интернатурада (резидентурада) практикалық оқып-үйренуді енгізумен бірге даярлаудың мемлекеттік стандарттарын

өзгерту жолымен жалпы практика дәрігерлерін даярлау бағдарламалары жетілдіріледі;
медициналық ЖОО-ның профессорлық оқытушылар құрамын тұрақты (5 жылда бір рет) енгізіледі;

кадрлардың, оның ішінде жалпы практика дәрігерлерінің біліктілігін көтеру мен қайта даярлау саласында жана бағдарламалар (стандарттар) әзірленіп қолданысқа енгізіледі;

телемедицина базасында денсаулық сақтауды ақпараттандыру бағдарламасы шеңберінде алыстан оқыту нысандары енгізіледі;

денсаулық сақтаудың ауылдық буынының медициналық және фармацевтикалық кадрларының тұрақты біліктілігін көтеру мен қайта даярлауға жергілікті бюджеттерден қаражат бөлінеді;

2005 жылдан бастан базалық медициналық білім негізінде магистратурада және денсаулық сақтау кадрларының біліктілігін көтеру және қайта даярлау бағдарламалары шеңберінде қосымша білім берудің тиісті бағдарламаларын іске асырушы ұйымдарда денсаулық сақтау менеджерлерін даярлау басталады;

2005 жылдан бастап денсаулық сақтау (оның ішінде басқару органдары) жүйесі кадрларын қайта даярлауға шетел мамандары тартылатын болады, сондай-ақ шетел медициналық орталықтарында біліктілік көтеру практикасы енгізілетін болады.

Екінші кезеңде:

дәрігерлерді даярлау бағдарламалары қайта қаралады және жоғары медициналық білімі бар медицина кадрларын бакалавриатта, магистратурада оқыту басталады;

базалық экономикалық білімі бар денсаулық сақтау менеджерлері мен экономистері бакалавриат пен магистратурада даярланады;

медициналық білім беру сапасына тәуелсіз бақылау жүйесі енгізіледі.

5.7. Бағдарламаны іске асырудың тетіктері

Бағдарламаны орындау Қазақстан Республикасының Үкіметі бекітетін, оны іске асыру жөніндегі іс-шаралар жоспары арқылы жүзеге асырылатын болады.

Бағдарламаны кешенді іске асыру мемлекеттік басқарудың орталық және жергілікті органдары қызметін денсаулық сақтауды реформалау мен дамытудың бағыттары бойынша үйлестіруді білдіреді.

Іс-шаралар жоспарының орындалу барысын және Бағдарламада жоспарланған жетістіктердің жүзеге асуын бақылауды Қазақстан Республикасының Үкіметі жүзеге асырады.

2005 жылы орталық уәкілетті органның құрамында жаңа құрылымдық бөлімше құрылып оның функциялары мыналар болуға тиіс:

Бағдарламаны орындалу барысының мониторингі мен таңдауы;

Бағдарламаны ұйымдастырушылық-әдістемелік сүйемелдеу;

денсаулық сақтау саласын реформалау мен дамыту мәселелері жөнінде оңтайлы шешімдер қабылдауға мүмкіндік беретін ақпарат жинау мен талдаудың алдыңғы қатарлы технологияларын әзірлеу мен пайдалану;

қоғамдық денсаулық сақтауда жалпыға ортақ қағидаттарды ескере отырып, халық денсаулығын қорғау жөнінде қабылданған шаралар тиімділігін медициналық экономикалық және әлеуметтік бағалау;

медициналық қоғамдастық пен халық арасында саланы реформалау жөніндегі түсіндіру жұмыстарын үйлестіру.

Бірінші кезеңде осы Бағдарламаға сәйкес қолданыстағы нормативтік құқықтық актілерге қажетті өзгерістер мен толықтырулар енгізілетін және жасалып жатқан денсаулық сақтау моделі қызметін реттейтін, азаматтардың, жұмыс беруші мен мемлекеттің халық денсаулығын қорғауға бірлескен жауапкершілігін нығайтатын, мемлекеттік денсаулық сақтау жүйесін дамыту мен сақтауға, жекеше, оның ішінде коммерциялық емес секторды қолдауға, медициналық қызмет көрсетулер нарығы мен бәсекеге қабілеттілігін қалыптастыруға бағытталған нормативтік құқықтық актілер әзірленетін болады.

Отандық және халықаралық сарапшыларды тарта отырып, денсаулық көрсеткіштері мен денсаулық сақтау жүйесі қызметін көрсететін индикаторлар негізінде денсаулық сақтауды реформалау мен дамыту барысы мониторингі мен бағалау жөнінде бағдарлама әзірленетін болады.

Екінші кезеңде денсаулық сақтау саласында қоғамдық қатынастарды реттейтін құқықтық нормаларды біріктіру мен жүйелеу мақсатында "Қазақстан Республикасындағы денсаулық және денсаулық сақтау туралы" Қазақстан Республикасының Кодексі" қабылданатын болады.

6. Қажетті ресурстар мен қаржыландыру көздері

Бағдарламаны іске асыру 2005-2007 жылдары 98 825,5 млн.теңге, оның ішінде республикалық бюджет қаражаты есебінен - 38 464,7 млн.теңге, жергілікті бюджет қаражаты есебінен 60 360,8 млн. теңге мөлшерінде қосымша қаржыландыруды талап етеді.

	Қосымша	оның ішінде
	шығындар,	
	барлығы	инвестиция. ДБАЖ басқа да
		лық жобалар құру іс-шаралар
		(құрылыс)

Барлығы	26067	14500	1500	10067
Р е с п у б л и к а л ы қ				
бюджет	18473,8	14500	1500	2473,8
Ж е р г і л і к т і				
бюджет	7593,2			7593,2
<hr/>				
2 0 0 6		ж ы л		
<hr/>				
Барлығы	33318,9	2500	3184,5	27634,4
Р е с п у б л и к а л ы қ				
бюджет	10140,4	2500	3184,5	4455,9
Ж е р г і л і к т і				
бюджет	23178,5			21178,5
<hr/>				
2 0 0 7		ж ы л		
<hr/>				
Барлығы	39439,6	2500	1695	35244,6
Р е с п у б л и к а л ы қ				
бюджет	9850,5	2500	1695	5655,5
Ж е р г і л і к т і				
бюджет	29589,5			29589,1
<hr/>				
2005-2007	жылдар	бойынша	жиынтығы	
<hr/>				
Барлығы	98825,5	19500	6379,5	72946
Р е с п у б л и к а л ы қ				
бюджет	38464,7	19500	6379,5	12585,2
Ж е р г і л і к т і				
бюджет	60360,8			60360,8

Инвестициялық жобаларға Астана қаласында 500 төсектік Ана мен бала республикалық ғылыми орталығының құрылысы және Қазақстан Республикасы Президентінің 2004 жылғы 19 наурыздағы Жолдауына сәйкес қалалар мен облыс орталықтарында денсаулық сақтау объектілерін салу және қайта жаңарту енгізілді.

2008-2010 жылдары саланы қаржыландыру көлемі жыл сайын көбейтіліп, 2010 жылға қарай жалпы ішкі өнімнің 4 процентіне дейін жеткізіледі.

2005-2010 жылдары Бағдарламаны қаржыландыру көлемі тиісті қаржы жылына республикалық және жергілікті бюджеттерді қалыптастыру кезінде нақтыланатын болады.

7. Бағдарламаны іске асырудан күтілетін нәтижелер және оның индикаторлары

Бағдарлама іс-шараларын жүзеге асыру халықтың медициналық көмекке қолжетімділігін және оны көрсету сапасын көтеруді қамтамасыз ететін жүйе құруға мүмкіндік береді.

Бағдарламаны іске асыру нәтижесінде: халықтың, саланың және мемлекеттің сұранысын қанағаттандыратын оңтайлы денсаулық сақтау моделі құрылатын болады;

халықты денсаулығын сақтау қызмет көрсетулерімен қамтамасыз ету деңгейі айтарлықтай өседі, адам өз денсаулығын қорғауы үшін ынталандырулар енгізілетін болады;

азаматтардың медициналық көмекке тең қолжетімділігі қамтамасыз етілетін және денсаулықты қорғауда мемлекет пен азаматтардың бірлескен жауапкершілігі принциптері іске асырылатын болады;

алдын алу, сауықтыру іс шараларының көлемі ұлғаяды, ауру адамдарды диспансерлеудің тиімділігі мен сапасы артады, БМСК деңгейінде ақысыз медициналық көмектің кепілдендірілген көлемін кеңейту есебінен еңбек қабілетін уақытша және тұрақты жоғалту деңгейі төмендейді;

жүргізілетін алдын алу шараларының, денсаулық жай-күйіне тәуекел факторларының әсер етуі туралы халықтың хабардарлық деңгейін көтерудің есебінен халықтың ауруға шалдығуы төмендейді, бұл бірінші кезеңде 10-15 процентке және екінші кезеңде 25-30 процентке дейін ауруханаға жатқызудың кезең-кезеңімен төмендеуіне әкеледі;

дәрігер шақырулар саны азайып, БМСК деңгейінде көмек көлемі есебінен жедел медициналық көмек көрсету сапасы көтерілетін болады;

2010 жылға қарай БМСК ұйымдары нормаларға сәйкес білікті дәрігерілерімен және орта медицина қызметкерлерімен қамтамасыз етілетін, жабдықтармен жарақтандырылатын болады;

медициналық көмек көрсетудің бір бөлігін стационарлықтан амбулаториялық секторға қайта бөлу, стационарды ауыстыратын технологияларды тиімді пайдалану негізінде медициналық көмек көрсетудегі тепе-теңсіздік жойылатын болады;

медициналық қызмет көрсетулер сапасын басқарудың тиімді жүйесі енгізілетін болады;

медициналық қызмет көрсетудің оның барлық кезеңінде қолжетімділігі, тиімділігі

мен сабақтастығы артады;

қаржыландыру жүйесі жетілдірілетін тегін медициналық көмек көрсетудің кепілдендірілген көлемін қаржыландырудың тапшылығы жойылып, сала субъектілері арасында өзара есеп айырысудың тиімді тетіктері енгізілетін болады;

денсаулық сақтауға арналған мемлекеттік бюджет пен халықтың қаражаттарын пайдаланудың тиімділігі артады, бұл ретте ресми емес төлемдер деңгейі едәуір төмендейді;

денсаулық сақтаудың бірыңғай ақпараттық жүйесі құрылатын болады; ұрпақты болу жасындағы әйелдер мен балалардың денсаулығын индекстеу артады, ана мен бала өлімі көрсеткіштері тұрақты төмендейді, 2010 жылға қарай ана өлімі (қолда бар есептердің әдістемесіне сүйенгенде) 2003 жылғы тірі туған 100 мың сәбиге шаққанда 42,1-ден 30,0-ге дейін, ал нәресте шетінеуі 2003 жылғы тірі туған 1000 сәбиге шаққанда 15,3-тен 10,0-ге дейін төмендейді;

элеуметтік жағынан елеулі аурулар бойынша жағдай тұрақтанады, жұқпалы және жұқпалы емес аурулардың деңгейі төмендейді;

туберкулезбен ауыру 100 мың адамға 2003 жылғы 160,4-тен 2007 жылы 150,0-ге, 2010 жылы 135,0-ге төмендейді;

көбіне жыныстық жолмен берілетін жұқпалы аурулар жыл сайын 10 процентке дейін төмендейтін болады;

дәрілік заттардың айналымы саласында мемлекеттік реттеудің тиімділігі артады; отандық бәсекеге қабілетті фармацевтикалық және медициналық өндіріс көлемі артады;

диагностиканың қазіргі заманғы әдістері және емдеудің халықаралық стандарттары енгізілетін болады;

мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық жүйенің құжаттарын халықаралық стандарттармен үйлесімді ету жүргізілетін болады;

медициналық білім беру ұйымдарының материалдық-техникалық базасы жақсарады, медицина кадрларын даярлау және қайта даярлау жетілдіріледі, медициналық жоғары оқу орындары мен колледждерде оқуға деген талап күшейтіледі. Кадрларды бекіту тетіктерін енгізу, медициналық ЖОО мен колледждерге мемлекеттік тапсырыс бойынша қабылдауды арттыру есебінен саланы кадрлық қамтамасыз ету проблемасы шешілетін болады;

медицина қызметкерлерін даярлау мен қайта даярлаудың сапасы едәуір артады, дәрігердің және медицина қызметкерінің құқықтары мен жауапкершілігі күшейтіледі, оның элеуметтік мәртебесі мен қоғамдағы беделі көтеріледі.