

**Қазақстан Республикасы Президентінiң "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 Үкiметі қаулы етеді:

      1. "Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауын реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы туралы" Жарлықтың жобасы Қазақстан Республикасы Президентiнің қарауына енгiзiлсiн.

      2. Осы қаулы қол қойылған күнінен бастап күшіне енедi.

*Қазақстан Республикасының*   
*Премьер-Министрі*

**Қазақстан Республикасы Президентінің**   
**Жарлығы**

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

      Қазақстан Республикасының  Конституциясы 44-бабының 8) тармақшасына сәйкес, медициналық көмек көрсетудiң тиiмдi жүйесін құру, Қазақстан Республикасының халқы денсаулығының негiзгі көрсеткiштерін жақсарту мақсатында қаулы етемін:

      1. Қоса беріліп отырған Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауын реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы (бұдан әрі - Бағдарлама) бекiтілсiн.   
      2. Қазақстан Республикасының Үкiметi бір ай мерзiмде Бағдарламаны iске асыру жөніндегі iс-шаралар жоспарын әзiрлесiн және бекiтсiн.   
      3. Орталық және жергiлiктi атқарушы органдар, сондай-ақ Қазақстан Республикасының Президентіне тiкелей бағынысты және есеп беретін мемлекеттiк органдар Бағдарламаны iске асыру жөнiндегi шараларды қабылдасын.   
      4. Бағдарламаның орындалуын қамтамасыз етудi бақылау және үйлестiру Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлiгiне жүктелсін.   
      5. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлiгi жарты жылда бiр рет, eceпті кезеңнен кейiнгі айдың 25-күнінен кешiктірмей Қазақстан Республикасы Президентiнiң Әкiмшiлiгiне және Қазақстан Республикасының Үкiметіне Бағдарламаның iске асырылу барысы туралы ақпарат ұсынсын.   
      6. Осы Жарлық қол қойылған күнiнен бастап күшіне енедi.

*Қазақстан Республикасының*   
*Президентi*

Қазақстан Республикасы      
Президентінің          
2004 жылғы "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_    
N \_\_\_ Жарлығымен        
бекітілген

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

Астана, 2004 жыл

**1. Бағдарламаның паспорты**

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

Әзiрлеу үшін        Президенттің "Бәсекеге қабілеттi Қазақстан үшiн,   
негiз               бәсекеге қабілетті экономика үшiн, бәсекеге   
                    қабілетті халық үшін" атты 2004 жылғы 19   
                    наурыздағы Қазақстан халқына  Жолдауы

Әзірлеуші           Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау   
                    министрлiгi

Мақсаты             Мемлекет пен адам арасында денсаулық сақтау үшiн   
                    ынтымақты жауапкершілік принциптерiне, халық   
                    денсаулығын жақсартуға бағытталған бастапқы   
                    медициналық-санитарлық көмектi басым дамытуға   
                    негізделген медициналық көмек көрсетудiң тиiмдi   
                    жүйесiн құру

Міндеттері          Мемлекет пен адам арасында денсаулықты сақтау   
                    үшiн жауапкершіліктi бөлiсу;   
                    Негiзгі екпiндi бастапқы медициналық санитарлық   
                    көмекке (бұдан әрі - БМСК) нақты көшіре отырып,   
                    медициналық көмек көрсетудi ұйымдастырудың   
                    халықаралық принциптерiне көшу;   
                    денсаулық сақтауды басқарудың жаңа моделiн және   
                    саланың бiрыңғай ақпараттық жүйесiн құру;   
                    ана мен бала денсаулығын нығайту, медициналық-   
                    демографиялық ахуалды жақсарту;   
                    әлеуметтiк жағынан елеулi аурулардың деңгейiн   
                    жыл сайын төмендету;   
                    медициналық бiлiм берудi реформалау.

Iске асыру          2005-2010 жылдар   
мерзімдері          бiрiншi кезең: 2005-2007 жылдар   
                    екiншi кезең: 2008-2010 жылдар

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

                    Жылдар    Барлығы    Республикалық   Жергіліктi   
                    бойынша              бюджет          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 көлемi жыл   
                    сайын көбейтіліп, 2010 жылға қарай ЖIӨ-нің   
                    4%-не дейiн жеткiзiледi.

Күтiлетін           Бағдарламаны іске асыру нәтижесiнде:   
нәтижелер           денсаулық сақтауда халықтың, саланың және   
                    мемлекеттiң сұранысын қанағаттандыратын тиiмдi   
                    модель құрылатын болады;   
                    халықтың медициналық көмекпен қамтамасыз   
                    етiлуiнiң деңгейi айтарлықтай артады, адамның өз   
                    денсаулығын сақтауына ынталандырулар   
                    енгізілетін болады;   
                    азаматтардың медициналық көмекке тең   
                    қолжетiмдiлігі қамтамасыз етiлетін болады және   
                    мемлекет пен азаматтың денсаулықты сақтауда   
                    ынтымақты жауапкершілік принципі iске   
                    асырылатын болады;   
                    БМСК деңгейiнде тегін медициналық көмектiң   
                    көлемiн кеңейту есебінен алдын алу, сауықтыру   
                    іс-шараларының көлемі ұлғаяды, ауруларды   
                    диспансерлеудің тиімділігі мен сапасы артады,   
                    еңбекке жарамсыздықтың уақытша және тұрақты   
                    деңгейi төмендейдi;   
                    көлемдердiң бір бөлiгiн стационарлық сектордан   
                    амбулаториялық секторға қайта бөлу және   
                    стационарды ауыстыратын технологияларды тиімді   
                    пайдалану негiзiнде медициналық көмек   
                    көрсетудегі сәйкессіздік жойылатын болады;   
                    медициналық қызмет көрсету сапасын басқарудың   
                    тиiмдi жүйесi енгізілетін болады;   
                    медициналық көмектің барлық кезеңiнде оны   
                    көрсетудiң қолжетімдiлігі, тиiмдiлігі және   
                    сабақтастығы артады;   
                    қаржыландыру жүйесi жетілдiрiлетін болады, тегiн   
                    медициналық көмек көрсетудiң кепiлдiк берiлген   
                    көлемін қаржыландыру тапшылығы жойылады саланың   
                    субъектілерi арасында өзара есеп айырысудың   
                    тетiктерi енгізіледi;   
                    денсаулық сақтауға арналған мемлекеттiк   
                    бюджеттің және халықтың қаражаттарын   
                    пайдаланудың тиімділігі артады, бұл peттe   
                    формалды емес төлемдер деңгейі айтарлықтай   
                    төмендейдi;   
                    денсаулық сақтаудың бiрыңғай ақпараттық жүйесi   
                    құрылатын болады;   
                    ұрпақты болу жасындағы әйелдердiң және   
                    балалардың денсаулық индексi артады, ана мен   
                    сәби өлiмi көрсеткiштерi тұрақты төмендейдi;   
                    әлеуметтік жағынан елеулi аурулар бойынша жағдай   
                    тұрақтанады, жұқпалы және жұқпалы емес   
                    аурулардың деңгейi төмендейдi;   
                    дәрілiк заттардың айналымы саласында мемлекеттiк   
                    реттеудiң тиімдiлігі артады;   
                    бәсекеге қабілетті отандық фармацевтикалық және   
                    медициналық өнiмдердi өндiру көлемi артады;   
                    диагностиканың қазiргi заманғы әдiстерi және   
                    емдеудiң халықаралық стандарттары енгiзілетін   
                    болады;   
                    мемлекеттiк санитариялық-эпидемиологиялық   
                    жүйенiң құжаттарын халықаралық стандарттармен   
                    үйлесiмдi ету жүргiзілетін болады;   
                    кадрларды бекiту тетiгiн енгiзу, медициналық   
                    жоғары оқу орындары (бұдан әрi - ЖОО) мен   
                    колледждерге мемлекеттiк тапсырыс бойынша   
                    қабылдауды арттыру есебiнен саланы кадрлық   
                    қамтамасыз ету проблемасы 2010 жылға медициналық   
                    бiлім берудiң барлық деңгейін реформалау   
                    жолымен шешілетiн болады;   
                    медицина қызметкерлерiн даярлау мен қайта   
                    даярлаудың сапасы айтарлықтай артады, дәрiгердiң   
                    және медицина қызметкерінің құқығы кеңейтіледi   
                    және жауапкершілiгi күшейтіледi, олардың   
                    әлеуметтік мәртебесi мен қоғамдағы беделi   
                    көтеріледi.

**2. Кiрiспе**

      Халық денсаулығының жай-күйi қоғамның әлеуметтік бағдарының, мемлекеттің өз азаматтарының алдындағы жауапкершілік дәрежесін сипаттайтын әлеуметтік кепiлдiктерiнің интегралды көрсеткiшi болып табылады.   
      Қазақстан, мемлекеттiк қалыптасуы кезеңінде терең экономикалық құлдырауға ұшырап, әлеуметтiк салада, соның iшiнде кеңес уақытында құрылған және негiзiнен жұмыстың сандық көрсеткiштерiне бағдарланған медициналық ұйымдардың икемсiз жүйесiнен тұратын денсаулық сақтау жүйесiнде елеулi оңтайландыру жүргізді.   
      Соңғы жылдары Қазақстан едәуір экономикалық өсуге қол жеткiздi, бұл саланы қаржыландырудың елеулі өсуiне мүмкiндiк бердi (соңғы үш жылда екi рет), сондай-ақ осы үрдiстің одан әрі даму перспективаларын ашты. Әлеуметтiк бағдар ұстанған мемлекет бұдан әрi де саланың дамуына елеулi түрде көңiл бөлетiн болады.   
      Дүниежүзілiк денсаулық сақтау ұйымының (бұдан әрi - ДДҰ дерегi бойынша азамат денсаулығының тек 8-10%-і ғана денсаулық cақтау жүйесiнiң жұмысына байланысты екендiгіне қарамастан, қоғамдық денсаулықты сақтау жөніндегі мемлекеттің күш-жiгерi экономикалық және әлеуметтiк прогреске қарай өсе түсуге тиiс.   
      Осыған байланысты денсаулық сақтауға азаматтардың өздерiн, жұмыс берушілердi тарту және денсаулық сақтау саласындағы іс-шаралар жүргiзудi сектораралық үйлестірудi күшейту маңызды.   
      Бүгiнгi таңда олар бойынша сала дамып отырған негізгі бағдарламалық құжаттар оларды әзiрлеу сәтiне барабар болған, алайда қазiргi уақытта олар экономикадағы, сол сияқты басқа да секторлардағы өзгерiстер қарқынынан кейiн қалып отыр. Осы құжаттарда белгіленген жекелеген iс-шаралар түпкіліктi нәтижеге бағдарланбаған, ал құрылымдық қайта құрулар, соның iшiнде жүйенi қаржыландыруды өзгерту үнемі дәйектi сипатқа ие бола бермейдi. Бүгiнгi күні денсаулық сақтау жүйесiнің жай-күйі қоғамды, мемлекетті және саланың өзiн толық қанағаттандырады деп тұжырымдауға болмайды.   
      Жинақталған проблемалар денсаулық сақтау саласын басқарудағы көзқарастарды түбегейлі қайта қарауды талап етедi. Мемлекет басшысының 2005 жылға арналған Жолдауында саланың басқару жүйесін, денсаулық сақтау iсiн қаржыландыруды, көрсетiлетін медициналық көмек берудi ұйымдастыруды, қаржы ресурстарын тиiмдi пайдалануды және сатып алуды мiндеттi түрде орталықсыздандыруды, денсаулық сақтау жүйесінің нормативтік базасын, статистика мен саланы ақпараттандыруды, есептілiктi оңтайландыруды жетiлдiруге қатысты байыпты өзгерiстер жүргiзу қажеттігі көрсетілген.   
      Бiрiншi кезектегi мiндеттер ретінде мыналар белгіленген:   
      негiзгi екпiндi бастапқы медициналық-санитарлық көмекке, стационарда емдеуден амбулаториялық емдеуге көшiру;   
      халықаралық стандарттарға, емдеу мен медициналық қызмет көрсетудiң жаңа технологиялары мен қазiргі заманғы әдiстерiне жүйелi түрде көшу;   
      ана мен бала денсаулығын нығайту;   
      тәуелсiз сарапшыларды тарта отырып, тәуелсiз сараптау жүйесiн құру;   
      денсаулық сақтау жүйесiн, саланың ресурстары мен қаржыландыруды басқару менеджерлерiн даярлау;   
      әлеуметтiк жағынан елеулi 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 әрi - Бағдарлама) Қазақстанның 2030 жылғы кезеңге дейiнгі Даму стратегиясын, Қазақстан Республикасы Президентiнiң "Бәсекеге қабілеттi Қазақстан үшiн, бәсекеге қабілетті экономика үшiн, бәсекеге қабілетті халық үшiн!" атты 2004 жылғы 19 наурыздағы  Жолдауын iске асыру мақсатында әзiрленген.   
      Бағдарламада Қазақстан Республикасында қол жетiмдi, сапалы, әлеуметтiк бағдар ұстанған және экономикалық тиiмдi денсаулық сақтау жүйесiн дамытуға бағытталған қажетті экономикалық, әлеуметтiк, ұйымдастырушылық және басқа да шаралардың жиынтығы белгiленген.

**3. Халық денсаулығының және денсаулық сақтау жүйесiнiң қазiргі заманғы жай-күйiн талдау**

      Қазақстан Республикасы халқы денсаулығының жай-күйi, санитариялық-эпидемиологиялық ахуал және денсаулық сақтау жүйесiнiң дамуы соңғы онжылдықта оң үрдiстермен де, сол сияқты терiс үрдiстермен де сипатталды.   
      Соңғы жылдары негізгі медициналық көрсеткiштердi - тууды, өлім-жiтімдi, өмiр сүрудiң орташа ұзақтығын тұрақтандыруға қол жеткiзiлдi. Жұқпалы аурулармен ауыру төмендедi. Денсаулық сақтау саласында бiрқатар реформалар жүргізiлдi, олардың бiр бөлiгі табысты iске асырылды, енді бiр бөлiгі өзінің қисынды жалғасын таппады. Соңғыларына мiндеттi медициналық сақтандыру жүйесiн құруды, отбасылық медицина моделiне көшуге әрекеттенудi жатқызуға болады. Солардың арасынан саланың нормативтік құқықтық базасын құруды, денсаулық сақтауды қаржыландырудың елеулi ұлғаюын оң өзгерiстер ретiнде атап өткен жөн, бұл бiрқатар қазiргi заманғы клиникалардың құрылысын жүзеге асыруға, күрделi жөндеулер жүргiзуге және медициналық ұйымдардың материалдық-техникалық жарақтандырылуын жақсартуға, емдеу-диагностикалық процеске жаңа медициналық технологиялар енгізуге мүмкiндiк туғызды. Медициналық көмек көрсетудің сапасын жақсарту және оның қол жетімділігін арттыру нәтижесiнде жұқпалы және басқа да бiрқатар ауруларға қатысты халық денсаулығының жай-күйiнде оң өзгерiстерге қол жеткiзiлдi. Алайда республика халқының денсаулық жағдайы өлшемінің көптеген бөлiгi қанағаттанарлықсыз болып отыр.

**Медициналық-демографиялық ахуал және науқастану**   
      Қазақстанда соңғы жылдары белгілі бір медициналық-демографиялық өзгерiстер болды. Республикада халықтың саны 2003 жылы 1999 жылмен салыстырғанда 49,6 мыңға өстi 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 өстi. Республикада бала туудың өсу үрдісі 1999 жылдан бастап байқалып отыр.   
      Соңғы 5 жыл iшiнде халықтың табиғи өсiмi 1000 адамға шаққанда 2003 жылы 6,7-нi құрай отырып, 1,6 есе өстi. 1999 жылдан бастап халықтың өлім-жiтiм коэффициентiнiң болмашы өсуi байқалады, ол 1000 адамға шаққанда 2003 жылы 1999 жылғы 9,7-ге қарағанда 10,5-ті құрады. Соңғы 5 жыл ішіндегi өлім-жiтiмдi талдау кезінде ерлер мен әйелдер өлiм-жiтiмінің неғұрлым үлкен жастық коэффициентi 70 және одан да астам жасқа сәйкес келедi, ол тиiстi жастық топтың 1000 адамына шаққанда 2002 жылы тиiсiнше 104,51-дi және 79,98-ді құрады. Халықтың өлiм-жiтiм құрылымында жүрек-қан тамыры, онкологиялық аурулар, жарақаттану жетекшi орын алады. Өлiм-жiтім құрылымының көрсеткіштерін бұрмалау факторларының бiрi - өлiм себебiн тиiмдi сараптау жүйесінің жоқтығы болып табылады.   
      Республика халқының болжамды орташа өмiр 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 көрсеткiшi серпінді өстi және 2003 жылы 100 мың халыққа шаққанда 1999 жылғы 47972,8-ге қарағанда 56413,9-ды құрады.   
      Науқастану құрылымында 100 мың халыққа шаққанда бiрiншi орынды - тыныс алу ағзаларының аурулары (22160,6), екiншi орынды - жарақаттар мен уланулар (4003,7), үшiншi орынды - несеп-жыныс жүйелерінің аурулары (3948,6), төртiншi орынды - терi және терi асты клеткаларының аурулары (3847,0), бұдан арғыны тамақ қорыту ағзаларының аурулары (3688,7), көз және онымен байланысты аурулар (2748,2), жұқпалы және паразиттiк аурулар (2482,1) алады. Әлеуметтiк жағынан елеулi аурулардың арасында 2003 жылы бірінші орынды наркологиялық аурулар алды (100 мың халыққа шаққанда 424,4), ол осы тiзбедегі аурулардың көрсеткiшінен 4 есе және одан да асып түстi.   
      Республикада сәбидің өлiм-жітім көрсеткiшінің азаю үрдiсi бар, алайда, тұтастай алғанда, Еуропа елдерiмен салыстырғанда, айтарлықтай жоғары болып отыр және 2003 жылы 1000 тiрi туғандарға шаққанда 15,3-ті құрады. Бұл ретте, осы көрсеткiштiң Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ұсынымы ескерілмей есептелгендігін атап көрсеткен жөн.   
      Ананың өлiм-жiтiм көрсеткiшiнiң 1999 жылмен салыстырғанда 2003 жылы 100 мың тiрi туғандарға шаққанда 65,3-тен 42,1-ге дейiн азайғандығы байқалады. Республикада ана өлiмiнiң негiзгi себептерiнiң бiрi - әйелдер денсаулығы индексiнiң төмендігі болып табылады, ол 20-30%-тi құрайды.   
      Балалар денсаулығының жай-күйi алаңдатушылық туғызады. Балаларды жаппай алдын ала тексеру жүргiзу екі баланың бiрiнiң ауру екендiгiн көрсетті және ол сауықтыру терапиясына барабар алдын алу жұмыстарын, бiрiншi кезекте амбулаториялық-емханалық деңгейде ұйымдастыру қажеттігiн талап етедi. ДДҰ-ның ұсынымдарына сәйкес 5 жастағы балалар ауруының көбiсiн амбулаториялық жағдайда тиiмдi емдеуге болады, соған қарамастан Қазақстанда осындай балалардың 60%-тен астамы стационарда емделедi. Ауруханаға шамадан тыс жатқызу себептерінің бiрi - дәрілiк заттарға амбулаториялық деңгейде қол жетімдiлiктің төмендігі.   
      Әлеуметтік жағынан елеулi аурулардың жоғары өзектілігі сақталуда. Психикалық және наркологиялық аурулар, қант диабетi, өңеш-өкпе аурулары, жүрек-қан тамыры патологиясы, туберкулез, жыныстық жолмен берілетін жұқпалы аурулар, қатерлi iсiктер елеулi проблема болып отыр. Өкiнiшке қарай, бүгiнгi таңда денсаулық сақтау аурулардың алдын алуға емес, емдеу сипатындағы шараларға көбірек бағдарланған, ал халықтың өзi денсаулығын сақтауға жеткілiктi дәрежеде бағдарланбаған. Бұл туралы, атап айтқанда, асқынған нысандағы iсiк аурулары анықталуының жоғары үлесi, сондай-ақ халықтың жүрек-қан тамыры ауруларынан қайтыс болуының жоғары көрсеткiшi айғақтайды.   
      ДДҰ деректерi бойынша туберкулез ауруының көрсеткiшi бойынша Қазақстан ТМД елдерінің арасында жетекшi орын алып отыр: 1999 жылы 100 мың халыққа шаққанда - 141,0, ал 2003 жылы - 160,4.   
      Әлемдiк пандемияға байланысты АҚТҚ/ЖҚТБ-ның Қазақстанда, соның iшiнде пенитенциарлық мекемелер жүйесiнде таралуы өрши түсуде. Осыған байланысты, республикада ЖҚТБ-ның iндетiне қарсы iс-әрекет жөнiндегi 2001-2005 жылдарға арналған бағдарлама iске асырылуда. Алайда, қабылданған шаралар әзiрше iндеттің қарқынын бәсеңдетуге ғана мүмкiндiк бердi.   
      Тұтастай алғанда қазақстандықтардың денсаулығы жай-күйiнiң қанағаттанғысыз болуына денсаулық сақтау жүйесінің алдын алудағы белсенділігінiң әлсiздігі, халық тарапынан өзiнiң денсаулығына жауапкершілікті жеткіліксiздiгі, денсаулық сақтау мәселелерiнде сектораралық өзара iс-қимылды тиiмсiз жүргiзу, сондай-ақ өтпелi кезеңнің әлеуметтiк-экономикалық проблемалары себеп болды.

**Денсаулық сақтау жүйесi**   
      Қазақстан Республикасында тәуелсiздiк жылдарында саланы реформалау қадамдары бiрнеше мәрте жасалды. Айталық, 1996-1998 жылдары денсаулық сақтау жүйесiне принципті түрдегi жаңа екi элемент: сатып алушы мен сатушы қатынастарының және медициналық көмектің көлемi мен сапасына байланысты сараланған еңбек ақы төлемiнiң пайда болуына мүмкiндiк туғызатын денсаулық сақтауды қаржыландырудың бюджеттiк-сақтандыру моделi енгiзiлген болатын. 1999 жылдан бастап бөлінетін қаражатқа байланысты түпкіліктi нәтижеге бағдар ұстануға мүмкiндiк бepeтiн бағдарламалық қаржыландыру енгiзілдi. Сонымен бiрге, реформаларды талдау көрсеткендей, олар елеулі өзгерiстерге бағытталмады, өзiнiң қисынды ақырына жеткiзiлген жоқ, және денсаулық сақтау жүйесіндегі жағдайды түбегейлі өзгерте алмады.   
      Саланы басқару құрылымында соңғы жылдары болып өткен өзгерiстер арасынан Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігін қалпына келтiрудi, Фармация комитетiн, фармацевтивкалық және медициналық өнеркәсiп пен оның аумақтық бөлімшелерiн, сондай-ақ бақылау-қадағалау функцияларын жүзеге асыратын мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органдары мен санитариялық-эпидемиологиялық сараптама және зертханалық зерттеулер жүргізетін мемлекеттік ұйымдар қызметiне бөле отырып, Мемлекеттiк санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау комитетiн құруды атап өту керек.   
      Қазiргі кезде республикалық денсаулық сақтау жүйесі, барлық ведомстволарды қоса алғанда, 886 ауруханалық және 3463 амбулаториялық-емханалық медициналық ұйымдар жүйесiнен тұрады. Өңiрлердегі медициналық көмектi ұйымдастыру жүйесінің өзiнде мынадай бірқатар өлшемдер:   
      қаржыландыру және басқару функцияларын топтастыру деңгейi;   
      бір тұрғынға есептегенде тегiн медициналық көмектiң кепілдiк берiлген көлемiн қаржыландыруға бөлiнетiн ресурстардың мөлшерi;   
      пайдаланылатын қаржыландыру әдiстерi;   
      БСМК құрылымы;   
      медициналық ұйымдардың ұйымдастыру нысандары;   
      медициналық көмек сапасын бақылау жүйесi бойынша айырмашылықтары бар.   
      Iстің мұндай жай-күйi азаматтардың денсаулығын сақтау саласындағы жалпы мемлекеттік саясатты жүргізуді және мемлекеттiк кепiлдiктердi алуда азаматтардың теңдiгін қамтамасыз етудi 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 деректерi бойынша ол еуропалық орташа көрсеткiштен бір шама жоғары. Бұл көрсеткіштiң көлемiнен тiптi дамыған елдердiң өзiнде айтарлықтай айырмашылық байқалады, ал жоғары көрсеткiштер (Германия, Франция, Жапония және т.б.), негiзiнен медициналық қызмет көрсетудiң негiзгi тұтынушылары болып табылатын қарт адамдардың басым үлесiмен түсіндiрiледi.   
      Дәрiгерлердiң саны 54,6 мыңға, орта медициналық қызметкерлер - 115,0 мыңға жетті, дәрiгерлермен қамтамасыз ету 10 000 халыққа шаққанда - 36,5-тi, орта медициналық қызметкерлермен қамтамасыз ету - 76,9-ды құрайды, алайда халықты медициналық қызметкерлермен және бacқа қуаттармен қамтамасыз етудiң орташа көрсеткіштерінің жоғарылауына қарамастан, Қазақстандағы денсаулық сақтау жүйесi, әсiресе БМСК деңгейiнде, жеткілiкті дәрежеде тиiмдi жұмыс iстей алмай келедi.   
      Соңғы жылдарда фельдшерлiк және фельдшерлiк-акушерлiк пункттердi (бұдан әрi - ФП және ФАП) қайта қалпына келтiру жұмыстары жүргізілсе де қалыптасқан жағдай әлi де БМСК-нi дамытуға және нығайтуға жеткілiксiз көңiл бөлумен, оның бастапқы буынының нақты мүмкiндiктерiн жеткілiксiз бағалаумен, қалдық принципі бойынша қаржыландырумен және технологиялық тұрғыдан артта қалушылықпен сипатталады. БСМК-ың медициналық қызметкерлерiнде еңбек нәтижелерiн жақсартуға экономикалық уәждеме жоқ, олардың қоғамдағы беделi төмендетілген.   
      Қазiргі уақытта БМСК объектілерi білiктi мамандармен жасақталмаған. Емдеу-алдын алу ұйымдары материалдық-техникалық базасының, әсiресе ауылдық жерлерде қанағаттанарлықсыз жағдайда болуы жалғасуда. Талдаулар бiрқатар өңiрлерде амбулаториялық-емханалық бiр ауысымда оларға баруларшылардың iс жүзiндегі саны нормативтi көрсеткiштерден 1,5 еседен асатындығын көрсетедi.   
      Медициналық ұйымдар, негiзiнен, бейiмделмеген, санитариялық-гигиеналық талаптарға жауап бермейтiн үй-жайларда орналасқан (ауылда - 70%-тен астам). Қазiргі заманғы медициналық жабдықтармен, санитарлық автокөлiкпен жарақтандыру 50%-тен төмен. Ауылдағы БМСК объектілерінің тек 36%-iне ғана телефон орнатылған. Дәрілік заттарды сату ауылдық денсаулық сақтау объектiлерiнiң барлығында бiрдей ұйымдастырылмаған. Қазақстан Республикасының Төтенше жағдайлар жөнiндегі агенттiгi өткiзген паспорттаудың деректерi бойынша республиканың сейсмикалық қауiптi өңiрлерiнде қазiргi кезде бар ғимараттар мен құрылыстар белгiленген нормаларға сәйкес келмейдi, денсаулық сақтау ұйымдарының 447-ci нығайтуға немесе құлатуға жатады. Медициналық жабдықтарға сервистiк қызмет көрсетудiң тиiмдi жүйесi жоқ.   
      Жүктелген функцияларды жүзеге асыру қажеттiлiктерiне байланысты БМСК-ға шығындарды жүйелi түрде ұлғайту жүргізiлмедi, бұл аталған буын қызметінің тиiмділігіне әсер етедi. Қазіргі кезде БМСК-нi қоса алғанда, мемлекеттік медициналық ұйымдар үш бағыт - қызмет көрсетулерге ақы төлеу арқылы, күрделi жөндеу мен медициналық және медициналық емес жабдықтарды сатып алу бойынша бюджеттік қаражат алады. Ал БМСК-ға жан басына шаққандағы норматив, әдетте, тұтынушылық баға индексiне және еңбек ақыны көбейтуге тең дәрежеде ұлғайтылады. Жан басына шаққандағы нормативтiң қазiргі түрi - бұл жүргізiлген оңтайландыруды ескере отырып, БМСК-iнің ескi жүйесiн ұстауға жұмсалатын шығыстар. Қазiргi кездегі қызмет көрсетулерге ақы төлеу әдiстемесi жеке медициналық ұйымдардың бәсекеге қабілеттілiгiн айтарлықтай шектейдi, өйткенi олар тек бір көзге - тарифке ғана ықтимал түрде үмiткер бола алады, бұл денсаулық сақтау жүйесiндегi жеке сектордың дамуын тежейдi. Осыны ескере отырып, тарифтердi қалыптастыру әдiстемелерiн (жан басына шаққандағы норматив, тарификатор, клиникалық-шығындау топтары (бұдан әрi - КШТ) жетілдіру қажет.   
      Жоғарыда баяндалғандарға - орай медициналық қызметкерлердiң беделiн көтеру, ұйымдарды қажеттi медициналық жабдықтармен жарақтандыру, алдын алудың, диагностикалық емдеудiң жаңа технологияларын енгiзу, дәрiмен тегін және жеңілдiктi қамтамасыз ету жүйесiн амбулаториялық деңгейде жетілдіру, жан басына шаққандағы қаржыландыруды нақты толықтыру жолымен БМСК-iге деген қатынасты түбiрiмен өзгеру қажет.   
      Қазіргі уақытқа дейiн тетiк медициналық көмектiң кепiлдiк берілген көлемiн көрсету шеңберiнде стационарлық көмекке арналған шығыстардың көлемi жергiлiктi деңгейде БМСК-ға арналған шығыстардан үш есе асып түседi, ал медициналық көмек көрсету жүйесінің өзi басым түрде стационарға бағдарланған. 2000 жылдан бастап ауруханаға негізсiз жатқызу, онда болу мерзiмдерінің асып кетуi салдарынан төсек орындар санының өсе түскенi байқалады. Азаматтардың ауруханаға жатуға ұмтылуының басты себептерiнің бiрi - амбулаториялық деңгейде дәрiмен қамтамасыз етудiң болмауы және баста бастапқы буында көрсетiлетiн қызметтер сапасының нашарлығы. Стационарлық көмек (республикалық ұйымдарды қоспағанда) стандартталмаған, оның сапасын бағалау жүйесi жетілмеген.   
      Стационарлық көмектiң сапасын арттыру үшін дәрiгерлiк және орта персоналдың біліктілігiн арттыруды, ауруханалық ұйымдардың материалдық-техникалық қайта жабдықталуын, стационар деңгейінде тегін медициналық көмектiң кепiлдiк берiлген көлемiн нақтылауды және диагностика мен емдеудiң дәлелдеу медицинасының принциптеріне негiзделген хаттамаларын енгiзу жолымен медициналық қызмет көрсетулердi стандарттауды қамтитын шаралар кешенiн қабылдау қажет. Шалғайдағы және қатынау қиын елдi-мекендердегi тұрғындарға білiкті және мамандандырылған медициналық көмек көрсетудiң сапасын арттыру үшiн санитарлық авиацияны, оңтайлы және телемедицинаны дамыту керек.   
      Медициналық көмектi басқарудың маңызды құралы республикада 1996 жылдан бастан қалыптасқан оның сапасын бағалау жүйесi болып табылады. Міндетті медициналық сақтандыруды енгiзу кезiнде медициналық көмектiң сапасын бағалау құралдары, айыппұл салу жүйесi әзiрленген, медициналық көмектi бағалаудың әр түрлі өлшемдерi белгіленген болатын. Кейiннен, объективтi себептер бойынша айыппұл салу жүйесi, медициналық көмектің көлемiн бақылау көрсетілген медициналық көмектiң медициналық стандарттарға сәйкестiгiн анықтау, медициналық қызметтердiң сапасын бағалауды жүргiзу, пациенттердiң қанағаттанушылығын зерделеу сияқты өлшемдер бойынша медициналық қызметтердi талдау және сапасын бағалаумен ауыстырылды.   
      Медициналық қызметтердiң сапасын қамтамасыз ету жүйесiндегi қол жеткiзiлген нәтижелерге кепiлдiк берiлген тегiн медициналық көмектiң сапасы мен көлемiн бағалау институтын енгiзудi, сапа сараптамасын бағдарламалық сүйемелдеу элементтерiн енгізудi, халықаралық тәжiрибенi ескере отырып, сапаны бағалау өлшемдерiн әзiрлеу үшiн әдiснамалық негiздер дайындауды жатқызуға болады.   
      Осы арада медициналық қызмет көрсетулердiң сапасын қамтамасыз етуде бiрқатар проблемалар бар. Әкiмшiлiк жазалау шаралары, әдетте, қызметкерлер мен басшыларды кәсiби қызметiн жақсартуға ынталандырмайды анықталған ақауларды жою жөніндегі ұсыныс ұсыным сипатында ғана болады және көбiне орындалмайды, медициналық көмектiң сапасын iшкi және сыртқы бақылауда байланыс жоқ. Бұдан басқа ведомстволық медициналық ұйымдар, мемлекеттiк мекемелер, сондай-ақ медициналық қызмет көрсетулердi мемлекеттік сатып алуға арналған шарттары жоқ ұйымдар алып тастаған.   
**Санитариялық-эпидемиологиялық ахуал** бiрiнші кезекте, өндiрiстік және тұрмыстық факторларды қоса алғанда, қоршаған ортаның қолайсыз факторларының ықпалына орай, жұқпалы, кәсiби және соматикалық аурулардың деңгейi халықтың денсаулық жай-күйiне айтарлықтары әсер етті.   
      Соңғы жылдары әлеуметтік-экономикалық ахуалдың жақсаруы және жүргiзiлген алдын алу, санитариялық-гигиеналық және iндетке қарсы iс-шаралардың нәтижесiнде республикада жұқпалы аурулардың, бiрiншi кезекте, iшек және басқа аса қауіптi 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, сiреспе - 5,0 есе, көкжөтел - 4,7 есе, дифтерия - 3,6 есе азайды. ДДҰ елдi полиомиелиттен бос аумақ ретiнде сертификаттады. Iшек жұқпалы аурулар тобында мынадай аурулар: іш сүзегі - 3,5 есе, бактериялы дизентерия - 3,1 есе, сальмонеллез - 1,7 есе, iшектiң өткiр жұқпалы аурулары - 1,6 есе, "А" вирусты гепатит - 1,6 есе азайды. Өткiр iшек жұқпалы аурулары бiрлi-екілі жағдайға дейiн азайды. Аса қауіпті жекелеген жұқпалы аурулар iлуде бiр тiркеледi. Бұл халықтың жұқпалы аурулармен ауруының алдын алу және оны төмендету жөніндегі неғұрлым тиiмдi іс-шаралардың бiрi - жоспарлы иммундеудің нормативтік және қаржылық базаларын қалпына келтiру нәтижесінде мүмкін болды.   
      Қызметтің құрамында республикаға шет елдерден aca қауіптi жұқпалы аурулардың әкелінуінің алдын-алу жөнiндегi бөлiмшелер жүйесi ұйымдастырылды және нығайтылды. Соңғы жылдар ішінде негiзгі көлiктiк магистральдерде, мемлекеттiк шекарадан өткiзу орындарында санитарлық-карантиндiк пункттер ашылды.   
      Ауруханаішілік жұқпалы арулардың алдын алу және оларды азайту мақсатында емдеу-алдын алу ұйымдарының қызметіне xалықаралық тәжірибе - едәуiр қаржы ресурстарын үнемдеуге мүмкіндік беретін "жұқпалы ауруларды бақылау" жүйесi кезең-кезеңімен енгiзiлуде.   
      Республикада санитарлық талаптар мен нормаларға сәйкес келмейтiн бақылаудағы объектілер санының жыл сайын азаю үрдісі күшейіп отыр. Санитарлық талаптарға жауап бермейтiн объектілердiң, соның iшiнде су құбырларының үлес салмағы 1999 жылғы 31,1%-тен 2003 жылы 15,1%-ке дейiн, жалпы бiлiм беру мектептерiнде - 14,2%-тен 5,9%-ке дейiн, балалардың мектепке дейiнгі мекемелерiнде - 7,6%-тен 2,7%-ке дейiн, азық-түлiк базарларында - 42%-тен 18%-ке дейiн, қоғамдық тамақтану объектiлерінде - 22,2%-тен 10,5%-ке дейiн, сауда объектiлерiнде - 15,7%-тен 5,9%-ке дейiн азайды.   
      Қабылданған шараларға қарамастан, халықты сапалы ауыз сумен қамтамасыз ету жөніндегі ахуал ауыр болып отыр, су құбырымен келетiн ауыз суына республика халқының тек 75,1%-i ғана қол жеткiзуде, бiрқатар өңiрлерде бұл көрсеткiш 60,0%-тен аспайды. Тұтастай алғанда, ел бойынша жұмыс iстемейтiн (10,0%) және санитарлық нормативтерге жауап бермейтiн (15,1%) су құбырларының үлес салмағы жоғары болып отыр. Халықты сапасына кепілдiк берiлген ауыз сумен қамтамасыз етудiң қанағаттанғысыз жағдайы жыл сайын бiрқатар өңірлерде iндеттік жағдайды шиеленiстіріп жiбередi.   
      Аса қауіптi жұқпалы аурулардың, соның iшiнде обаның (8 облыстың аумағы), туляремияның (11 облыстың аумағы), геморрагиялық қызбаның (4 облыстың аумағы), көктемгi-жазғы кене энцефалитiнің (6 облыстың аумағы), күйдiргi бойынша көп мөлшердегі стационарлық қолайсыз елдi мекендердiң (1767) табиғи ошақтарының едәуір алаңдарының болуы елеулі проблема болып табылады.   
      Тамақ өнiмдерінің нарығындағы ахуал да күрделi болып отыр. Бақылау органдарының тиiсті өзара іс-қимылдарының болмауына байланысты республикаға сапасыз, соның iшiнде халықтың денсаулығы үшiн қауiптi тамақ өнiмдерi көп мөлшерде әкелінуде. Отандық тамақ өнеркәсiбi кәсіпорындарында және қоғамдық тамақтану объектілерінде тиiсті өндiрiстік бақылаудың болмауы проблема болып отыр, бұл сапасыз тамақ өнiмдерiн шығару мен сатуға әкеледi.   
      Санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылық саласындағы проблемалық мәселелердiң қатарында мыналарды атап айтуға болады:   
      санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің БМСК-iмен нашар ықпалдасуы, бұл халыққа медициналық көмек көрсетудiң алдын алу буынын әлсiретедi;   
      мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органдары жүзеге асыратын, зертханалық сүйемелдеумен жүргізiлетін зертханалық зерттеулердi жарақтандыру деңгейінің, оларды жүргізу мерзiмдерінің халықаралық стандарттармен баламалы болмауы;   
      аудандық буынның едәуiр әлсiреуiне орай облыстық және республикалық деңгейде жүргiзілетiн санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау мен зертханалық зерттеулердің негiзгi көлемiн жүзеге асыру;   
      санитариялық-эпидемиологиялық қызмет пен басқа да қадағалау және бақылау органдарының (ветеринарлық қадағалау, мемлекеттік стандарт, қоршаған ортаны қорғау) арасындағы бiрқатар функциялар мен өкілеттіктердi iске асыруда үйлестiрудiң болмауы.

**Фармацевтикалық салада** реформалау жекешелендiруден жүзеге асырылған болатын.   
      Қазiргi кезде дәрілік заттар айналымы саласында 7,5 мыңнан астам фармацевтикалық объектілер жұмыс iстейдi, олардың iшiнде 370-i ғана (5%-тен аз) мемлекеттiк меншiк нысанындағы объектілер болып табылады.   
      Соңғы 5 жыл ішінде жекешелендiруден өзге басқа да маңызды қайта құрулар жүзеге асырылды. Фармацевтикалық сала нарықтық экономика шарттарына толық бейiмделдi. Фармацевтикалық саланы дамытудың бағыттарын көрсететiн Қазақстан Республикасының Дәрілік саясатының тұжырымдамасы мақұлданды. Дәрілік заттар айналымы саласын реттейтiн негiзгi нормативтік құқықтық актiлер әзiрлендi. Фармацевтикалық саланы тiкелей мемлекеттік реттеу қайта қалпына келтірiлдi. Дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техника сапасын бақылауды қамтамасыз ету жөнiндегi қызмет ретке келтiрiлдi. Отандық фармацевтикалық өнiмдер өндiрiсiнiң номенклатурасы мен көлемiнiң жыл сайынғы өсiмi қамтамасыз етілдi. Сонымен қатар, фармацевтикалық секторды реформалаудың белгiлi бiр терiс салдары да болды, ең алдымен дәрілiк заттардың халықтың әлеуметтiк осал топтары үшін жетiмділігі төмендедi.   
      Сонымен бiрге қазiргі кезге дейiн фармакоэкономикалық зерттеулердi жүргiзу тетіктерi әзiрленбеген, дәрілік заттардың жанама тиiмділiктерiн, пайдаланылуын, бағасын және жетiмдiлігін бақылау мониторингi тиiстi деңгейде жүргізiлмей келедi. Сынақ зертханаларының материалдық-техникалық базасы дәрілік заттардың сапасын бақылауды ұйымдастырудың қазiргi заманғы талаптарына сәйкес келмейдi, иммунобиологиялық зерттеулердi жүргiзу үшiн зертханалар жоқ. Жалған дәрілік заттар жасау, фармакотерроризм, дәрілік заттар мен биологиялық белсендi қоспаларды агрессиялық жарнамалау проблемасы өсе түсуде. Фармацевтикалық рыноктың өзгешелігі халықтың дәрілік заттарды қолдануға қатысты хабардарлығының, рецептуралық босатуды мемлекеттiк бақылаудың тиiмдi шараларының жеткілiксiз болуын туғызып, жағдай асқынып отыр. Тұтас алғанда, республиканың фармацевтикалық және медициналық өнеркәсiбiнде халықаралық өндiру стандарттарына сәйкес келетін субъектілер жоқ.

      Қазақстан  **кадрларды даярлау мен қайта даярлаудың** кеңестiк жүйесiн мұра етiп алды және соңғы жылдар ішінде бұл салада түбегейлi өзгерiстер болған жоқ.   
      Қазақстан Республикасында бiлiм берудi дамытудың 2015 жылға дейiнгi тұжырымдамасының жоғары кәсiби білімі бар мамандар мен ғылыми кадрларды даярлауға принциптік көзқарастарды өзгерту көзделген.   
      Медициналық бiлiм беру саласында мемлекеттiк бiлiм беру жүйесінің бiр бөлігi ретінде 2003 жылдан бастап дәйектi бiлiм беру деңгейлерінің арасындағы сабақтастықты көздейтiн медициналық және фармацевтикалық білiм берудiң жаңа Мемлекеттiк жалпыға бiрдей мiндеттi стандарттары енгізілген. Қазiргi кезде медициналық фармацевтикалық білім беру мен ғылым жүйесінде бiлiктi ғылыми-педагогикалық әлеует қалыптасқан, денсаулық сақтау саласының ұзақ мерзiмдi стратегиялық қажеттілiктерін қанағаттандыруға, халықтың денсаулығын сақтау мен жақсартуға бағытталған кәсiби білiм беру мен медицина ғылымының тиiмдi жұмыс iстейтiн жүйесiн құру жөнiндегi шаралар қабылдануда.   
      Сонымен бiрге, республикада медициналық кадрларды даярлау мен қайта даярлаудың сапасы және ғылыми зерттеулер деңгейi жеткіліксiздігінiң проблемасы бар. Медициналық және фармацевтикалық бiлім беру жүйесiнде қабылдау, даярлау және сапасын бақылау шарттарын регламенттейтін нормативтік-құқықтық базаның жетілдiрiлмеуi мұның себептерінің бiрi болып табылады, оларды әзiрлеу кезiнде медицинаның өзгешелiктерi ескерілмеген және соның нәтижесiнде болашақ дәрiгерлердi даярлауда ортақ әдiстер жүйесі қолданылады.   
      Медициналық кадрларды даярлау және ғылыми зерттеулер деңгейi сапасына iс жүзiне жаңартылмайтын медициналық бiлiм беру және ғылым ұйымдарының әлсiз материалдық-техникалық базасы да әсерiн тигізіп отыр, мұның өзi бұл саланы халықаралық рынокта бәсекеге қабiлетсiз етуде.   
      Медициналық жоғары оқу орындары мен ғылыми ұйымдардың жеткіліктi дәрежеде жарақтанған оқу және клиникалық базалары жоқ, ғылыми зерттеулердi орындау үшін қажет болатын қазiргi заманғы жабдықтарға ие болмай отыр. Медициналық жоғары оқу орындарында мемлекеттік бiлiм беру тапсырысы бойынша студенттердi оқытуға көзделген қаражаттың жетiмсiздiгi мұның себептерінің бiрi болып табылады, мұның өзi қазiргі заманғы техникалық жарақтандыру құрал-жабдықтарын толық дәрежеде пайдалануға, қажеттi жабдық пен көрнекi құралдарды сатып алуға мүмкiндiк бермейдi. Медициналық білiм беру ұйымдарының басшылары қаржылық қаражаттың жетiспеу проблемасын көбіне бiлiм деңгейi төмен студенттердi оқытудың шарттық нысанымен қабылдау есебiнен шешуге мәжбүр. Мемлекеттік бiлiм гранты бойынша медициналық жоғары оқу орындарына түсу кезiндегi 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 негiзiнде 2 есе дерілік көп қабылданды (грант - 1345, шарт - 2190). Мұның бәрi оқу бiтірушілердi даярлаудың деңгейіне ықпал етедi және көрсетілетiн медициналық көмектiң сапасына әсерiн тигiзедi.   
      Әсiресе шалғай және ауылдық өңiрлердегi БМСК объектілерiн бiлiктi кадрлармен қамтамасыз ету проблемасы сақталып отыр. Көп жағдайда мұның өзі қазiргi кездегi медициналық қызметкерлер тапшылығының - медициналық бiлiм беру ұйымдарын бiтірушi мамандар есебiнен толықтырылмауымен байланысты. Медициналық жоғары оқу орындарына 1999 жылдан бастап, мемлекеттiк гранттар мен кредит бойынша қабылдаудың жыл сайын шамамен 10% өсуiне, ал жыл сайынғы бiтірушілердiң саны орташа 2000 адамнан болып отырғанына қарамастан, кадрларға деген мұқтаждық сақталып отыр.   
      Кадрларды бекiту тетіктерінің болмауы (материалдық ынталандырулар, қажеттi әлеуметтiк-тұрмыстық жағдайлар, жеңiлдiктер бepу) медициналық жоғары оқу орындарына бiтірушілердің орташа 50%-ке жуығының ғана бөлiнген орындарға баруына әкеп соқтырады.   
      Сонымен бiрге, бiлiктiлiк аясы тар кейбiр бағыттар бойынша кадрларға тапшылық бар, денсаулық сақтау менеджментi мен экономикасы саласындағы мамандар жоқ.   
      Денсаулық сақтауды қаржыландыру жүйесiнде 2002-2004 жылдар iшiнде жүргiзiлген мемлекеттік басқару деңгейлерінің арасындағы функциялар мен өкілеттіктердiң ара жiгiн ажырату шегiнде маңызды шешiмдер қабылданды.   
      Соңғы жылдары денсаулық сақтау жүйесiне жұмсалған мемлекеттiк шығыстардың көлемi, медициналық бiлiм берудi қоса, оның өсу қарқынының елеулi 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 IЖӨ-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 IЖӨ-гe қатысты шаққандағы ең төменгі процент 2002 жылы - 1,93% болды. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ұсынысы бойынша денсаулық сақтауға жұмсалған мемлекеттік шығыстар IЖӨ-нiң кемiнде 4%-i болуға тиiс.   
      Жан басына шаққандағы шығыстардың соңғы жылдардағы серпiнiнде белгiлi бiр өсiм 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% өсуiнен басқа, күтілгендей нәтижелер бермегенін атап өткен жөн. Медициналық қызметкерлер жалақысының бiрнеше рет ұлғайтылғанына қарамастан (2004 жылы ғана - 20%-ке), саладағы ресми орташа айлық жалақы республика бойынша opташа жалақыдан екi есе аз.   
      Азаматтарға медициналық көмектiң тегiн кепiлдi көлемiн ұсыну жөніндегi мемлекеттiң өзiне алған мiндеттемелерiнің барабар қаржылық қамтамасыз етілмей отырғандығы проблема болып қалып отыр. Медициналық тегiн көмектi ақылы қызметтермен ауыстыру кездеседi. Кепiлдi көлемдер мен ақылы негiзде көрсетілетiн медициналық қызметтердiң ара жігінiң айқын ажыратылмауына байланысты медицина қызметкерлерiнiң пайдасына халықтың тарапынан бейресми төлемдердiң жоғары деңгейi сақталып отыр. Медициналық көмектiң тегiн кепiлдi көлемін ұсыну, тегiн медициналық көмектiң кепілдендiрiлген көлемi шеңберінде ұсынылатын медициналық көмектi тұтынуды есепке алу тиiстi түрде жолға қойылмаған, мұның өзi көлеңкелi экономиканың өсуiне ықпалын тигiзедi.   
      Ресурсты үнемдеудiң кешендi салалық саясаты жоқ.   
      Бүгінгі күнi медициналық қызметтердi сатып алушылар мен жеткiзушілерге бөлу - шартты нәрсе, өйткенi iс жүзiнде барлық жеткізушілер денсаулық сақтау органына әкiмшілік және экономикалық бағыныстағы мемлекеттік ұйымдар болып табылады. Өңiрлерде денсаулық сақтауды дамыту әлеуметтiк-экономикалық саясаттағы басымдық болып табылмайды.   
      Осылайша салада басқарушылық шешiмдердi қабылдауды талап ететiн бiрқатар қолайсыз үрдiстердi бөліп көрсетуге болады.   
      Бiрiншiден, денсаулық сақтау жүйесiн ұйымдастырудың аса маңызды принципі - медициналық көмек көрсетудiң кезеңдiлiгi бұзылады.   
      Екiншiден, медициналық көмек көрсетудiң көлемi мен сапасы, тұтастай алғанда денсаулық сақтауды дамыту көрсеткіштерi бойынша облыстар шегiнде аумақтар арасындағы теңсiздiк байқалады.   
      Yшіншіден, басқару жүйесiнің мiндеттi компоненттерi - тұтастай алғанда денсаулық сақтау ұйымдары мен жүйесi қызметтерiнің мониторингі және оларды бағалау жеткiлiксiз қалыптасқан. Денсаулық сақтауды ақпараттық қамтамасыз ету саласында үйлестiрiлген саясаттың болмауы салада жинақталатын ақпарат анықтығының төмен болуына жергілiктi жерлерден облыстық және республикалық деңгейге ақпараттардың кешiгiп түсуiне, жекелеген кiшi жүйелерден келiп түсетін деректердi салыстырудың мүмкiн болмауына әкеп соқтырады. Бұл, сайып келгенде, осы ақпараттардың негiзiнде қабылданатын шешiмдер тиiмділігінің төмен болуына және денсаулық сақтау ресурстарын ұтымсыз пайдалануға әкеп соғады.   
      Төртiншiден, дәрілік заттарды сатып алу кезiндегi бiрыңғай әдiстер мен стандарттардың болмауы сатып алынатын өнiмдердiң қымбаттауына және оның сапасына байланысты проблемаларға әкеп соқтырады.   
      Бесiншіден, денсаулық сақтауды басқару органдарының қызметiн халық денсаулығының жай-күйi деңгейiне тiкелей және жанама әсер ететін басқа да мемлекеттiк басқару субъектілерiмен (еңбек және әлеуметтiк қорғау, экология, бiлiм беру, мәдениет және басқа органдармен) үйлестіруде жетімсiздiктер бар. Бұл үйлестiру салауатты өмiр салтын қалыптастырудың маңызды құралы болып табылады және сайып келгенде, медициналық қызметтер көрсетуге қажеттілiктердiң төмендеуіне әкеп соқтырады.   
      Алтыншыдан, БМСК денсаулық сақтау жүйесiнiң орталық буыны бола отырып, халық денсаулығының көрсеткiштерiн сапалы түрде жақсартудың басты функциясын жүзеге асыруға тиiс. Денсаулық сақтаудың бүкіл жүйесiнiң қызметінiң тиiмділігі мен сапасы, елдiң еңбек әлеуетiн сақтау, сондай-ақ отбасы деңгейiнде және халықтың әлеуметтiк қорғалмаған топтары: балалар, мүгедектер, және егде жастағы адамдардағы туындаған медициналық-әлеуметтік проблемалардың көпшiлiгін шешу оның жай-күйiне байланысты. Бүгін БМСК дәрiгерiнде "диспетчерлiк функциялар" басым бола бастады: амбулаториялық науқастарды тар аядағы мамандарға консультацияға жiберу жиілігі тым жоғары.   
      Жетiншiден, амбулаториялық-емханалық және стационарлық көмекті осының соңғысы жағына қаржыландыру көлемдерiнде елеулi қиғаштық байқалады, мұның өзi госпитальға дейiнгi және одан кейiнгі кезеңдерде медициналық көмек көрсетудiң осы заманғы pecуpc үнемдеу технологияларын енгiзуге мүмкiндiк бермейдi. Бұл стационарлық емдеу көрсеткiштерiнiң ұлғаюына, төсектер санының өсуiне, демек, медициналық көмектiң қымбаттауына әкеп соғады.   
      Сегiзiншiден, денсаулық сақтаудың мемлекеттiк жүйесi орналасу жағынан жекеше жүйеден бөлiнбеген: денсаулық сақтаудың мемлекеттік ұйымдары орналасқан алаңдарда ақылы негiзiнде медициналық көмек көрсететiн жеке құрылымдар орналасқан.   
      Тоғызыншыдан, салада дайындықтан өткен, бiлiктi менеджерлердiң болмауы басқарушылықтың төмендеуiне және бөлiнген ресурстарды тиiмсiз пайдалануға әкеп соғып отыр. Бүгiн медицина ұйымның басшысы басқарушы, әкiмгер, бас дәрiгер, шаруашылық меңгерушiсi, практикалық клиникалық дәрiгер және тағы басқалар болып табылады.   
      Оныншыдан, қазіргi жағдайлардағы денсаулық сақтау жүйесiнiң қызметі iшкi салалық проблемалармен ғана шектелiп қоймайды. Халық денсаулығы жай-күйiнің интеграциялық сипаты салааралық үйлестiрудi, әсiресе салауатты өмiр салтын қалыптастыру және әлеуметтік, психологиялық және экологиялық орта мәселелерiн күшейте түсудi қажет етедi. Бұл орайда халық жеткілiксiз ақпараттандырылған және денсаулық сақтау жүйесiн басқаруға белсендi қатыспайды.   
      Осыған байланысты, медициналық көмек көрсетудiң халық үшiн айқын, түсiнiкті басқарылатын, тиiмдi үлгiсiн таңдап алу қажет болып отыр.

**4. Бағдарламаның мақсаты мен мiндеттерi**

      Бағдарламаның мақсаты мемлекет пен адам арасындағы денсаулық сақтау үшін ынтымақтасқан жауапкершілiк, халық денсаулығының негiзгi көрсеткiштерiн жақсартуға бағытталған бастапқы медициналық-санитарлық көмектi басымдықпен дамыту принциптерiне негiзделген медициналық көмек көрсетудiң тиiмдi жүйесiн құру болып табылады.   
      Бағдарламаның негiзгi мiндеттерi мыналар болып табылады:   
      1. Мемлекет пен адам арасындағы денсаулық сақтау үшін жауапкершілiкті бөлiсу.   
      2. Бастапқы медициналық санитарлық көмекке негiзгi екпiндi ауыстыра отырып, медициналық көмек көрсетудi ұйымдастырудың халықаралық принциптеріне көшу.   
      3. Денсаулық сақтауды басқарудың жаңа үлгiсін және саланың бiрыңғай ақпараттық жүйесін құру.   
      4. Ана мен бала денсаулығын нығайту, медициналық-демографиялық ахуалды жақсарту.   
      5. Әлеуметтік мәнi бар аурулардың деңгейін тұрақты төмендету.   
      6. Медициналық бiлiм берудi реформалау.

**4.1. Iске асыру мерзiмдерi**

      Бағдарламаның шеңберiнде шешiлетiн проблемалардың ауқымы, республикалық және жергiлiктi бюджеттердiң мүмкіндiктерi арқылы әзiрленетiн шараларды үйлестiрудiң қажеттiлiгі оны екi кезеңде iске асыруға мүмкiндiк бередi.

**Бiрiншi кезеңде (2005-2007 ж.ж.) мынадай мiндеттердi шешу көзделедi:**   
      денсаулық сақтау үшін мемлекет пен азаматтардың ынтымақтасқан жауапкершілiктерін бөлiсу;   
      тегiн медициналық көмектiң кепiлдi көлемi бойынша ең төменгi стандарттарды белгілеу;   
      салауатты өмiр салтын қалыптастыру жөнінде халықпен жұмыс жүргізу;   
      стационарлық көмектен бастапқы медициналық-санитарлық көмекке назарды ауыстыру;   
      стационарлардан БМСК қызметін қаржылық-әкімшілік жағынан бөлу;   
      денсаулық сақтау ұйымдарының, бiрiнші кезекте БМСК материалдық-техникалық базасын нығайту;   
      стационарлық және жедел медициналық көмек қызметін ұтымды ету;   
      ана мен бала денсаулығын нығайту жөніндегі iс-шараларды жүргiзу;   
      әлеуметтiк жағынан елеулi аурулар саласында профилактикалық, диагностикалық және емдеу-оңалту iс-шараларын күшейту;   
      тәуелсiз медициналық сараптама жүйесін құру арқылы медициналық қызметтердің сапасын қамтамасыз ету;   
      медицина ұйымдары арасында экономикалық қарым-қатынастарды енгiзу;   
      менеджерлердi даярлау және денсаулық сақтау жүйесінің ресурстарын басқаруды жетілдiру;   
      БМСК жаңа жүйесінде жұмыс iстеу үшiн медицина және фармацевтика кадрларын даярлау және қайта даярлау жүйесiн сапалы өзгерту;   
      денсаулық сақтау жүйесiнiң нормативтiк құқықтық базасын жетілдiру;   
      денсаулық сақтаудағы халықаралық стандарттарға ауысу жөніндегі iс-шараларды жүзеге асыру;   
      осы заманғы ақпараттық технологияларды әзiрлеу және енгiзу.

**Екiншi кезеңде (2008-2010 ж.ж.) мыналар жүзеге асырылады:**   
      жүйелiк және кезеңдiк нығайту және жалпы практика дәрiгерi институтын дамыту арқылы БМСК-нi қайта құру;   
      стационарлық және жедел медициналық көмектi қайта ұйымдастыру және нығайту, медициналық көмек көрсету кезеңдерiндегi сабақтастықты күшейту;   
      халықаралық стандарттарды енгiзу және медицина ұйымдарының арасында бәсеке туғызу арқылы көрсетілетін медициналық және фармацевтикалық қызметтердiң сапасын жетiлдiру;   
      медициналық бiлiм берудi түбегейлi реформалау;   
      қалыптасқан ауруларды емдеуден алдын алу iс-шараларына және "денi саулардың" денсаулығын нығайтуға назарды нақты aудapу;   
      азаматтардың, жұмыс берушiлер мен мемлекеттің жеке адамның және қоғамның денсаулығын сақтауы мен нығайтуы үшін ынтымақтасқан жауапкершiлiгін қамтамасыз ету.

**5. Бағдарламаның негізгі бағыттары**   
**және оны iске асырудың тетiктерi**

      Бағдарламаны iске асыру мынадай бағыттар бойынша жүзеге асырылады:   
      1. Мемлекет пен адамның адам денсаулығы үшiн ынтымақтасқан және бiрлескен жауапкершілігі.   
      2. Халыққа медициналық көмектi ұйымдастыру жүйесiн реформалау және дамыту:   
      БМСК-ні реформалау - денсаулық сақтау жүйесiнiң қызмет ету тиiмділігінiң негiзi;   
      денсаулық сақтауды ауылда дамыту;   
      санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылықты қамтамасыз ету;   
      салауатты өмiр салтын және аурулардың алдын алуды қалыптастыру;   
      халықтың денсаулығын сақтауға сектораралық көзқарас.   
      3. Денсаулық сақтауды басқару жүйесін жетілдiру:   
      функциялар мен өкілеттіліктердің ара жiгiн ұтымды ажырату;   
      медициналық қызметтердiң сапасын басқаруды жетiлдiру;   
      қаржыландыру жүйесін жетілдiрудегі негізгi әдiстердi жасау;   
      дәрілiк заттар айналымы сапасын мемлекеттiк реттеудiң тиiмдiлiгiн арттыру және халықаралық стандарттарды енгiзу;   
      денсаулық сақтаудың бiрыңғай ақпараттық жүйесi.   
      4. Ана мен баланың денсаулығын сақтау.   
      5. Әлеуметтік жағынан елеулi аурулардың алдын алу, диагностика, емдеу және оңалтуды жетiлдiру; медицина ғылымын дамыту.   
      6. Денсаулық сақтау кадрларын даярлау және қайта даярлау.

**5.1. Мемлекет пен адамның адам денсаулығы**   
**үшін ынтымақты және бiрлескен жауапкершiлігі**

      Мемлекет азаматтардың мемлекеттік бюджет қаражаты есебiнен тегiн медициналық көмектiң кепілдi көлемiн алуға конституциялық құқықтарын iске асыруды қамтамасыз етуге тиiс.   
      Тегiн медициналық көмектiң кепiлдi көлемi шегiнде ең төменгi стандарттар бойынша қажеттi медициналық қызметтер ұсынылады (дәрiгерлер мен медперсоналдың қызметтерi, қажеттi зерттеулер, өмiрлiк маңызы бар негiзгі дәрілік заттар, емдiк тамақтандыру).   
      Тегiн медициналық көмектiң кепiлдi көлемi шегiнде ұсынылатын қызметтер топтамасын қалыптастыру мынадай принциптермен жүзеге acырылады:   
      мемлекеттiк қаржылық мүмкiндiктерге сәйкес келу;   
      медициналық көмекке жетiмдiлiкке әлеуметтiк әділеттілік;   
      транспаренттілік;   
      cepпінділік;   
      мемлекеттiң, жұмыс берушінің және азаматтардың өздерінің денсаулық сақтау және оны нығайту үшiн жауапкершілiктерiн бөлiсу.   
      Мемлекеттiң қаржылық мүмкiндiктерінің ұлғаю дәрежесiне қарай тегiн медициналық көмектiң кепілді көлемi кеңейтiліп, екi жылда бiр рет бекiтiлетiн болады.   
      Емдiк көмек көрсетуден басқа, кепiлдi көлем шегiнде мынадай шаралар да жүзеге асырылады:   
      халықты кейiннен серпiндi байқау және сауықтыру жұмысын жүргiзе отырып, уақтылы алдын ала тексерулермен қамтамасыз ету;   
      халықты денсаулық сақтау, ұтымды тамақтану, ауруларды алу жөнiндегi дағдыларды егу принциптерiне қатысты анық, объективтi және жетімдi ақпаратпен қамтамасыз ету;   
      нашақорлыққа, алкоголизмге, темекi тартуға қарсы күрес жөнiндегi бағдарламалар мен iс-шараларды iске асыру;   
      мектепке дейiнгi мекемелерде, жалпы бiлiм беретiн мектептерде, жоғары және орта кәсіптiк оқу орындарында денсаулықты нығайту және сақтау жөнiндегi санитарлық-ағарту жұмыстарын жүргiзу.   
      Уақтылы медициналық тексерулерден дер кезiнде өтiп тұруы үшiн жауапкершілiк айқындалады.   
      Тегiн медициналық көмектiң кепiлдi көлемiнен тыс медициналық көмектi ұсыну:   
      азаматтардың жеке қаражаты есебiнен;   
      еркiн медициналық сақтандыру жүйесi шеңберiнде;   
      жұмыс берушiнiң есебiнен және Қазақстан Республикасының заңнамасымен тыйым салынбаған басқа да көздерден жүзеге асырылады.   
      Қосымша алынған қаражаттарды медицина ұйымдары жалақыны ұлғайтуға, келтiрiлген шығындардың орнын толтыруға, материалдық-техникалық базаны нығайтуға, кадрларды қайта даярлауға жұмсайтын болады. Аталған қаражаттарды пайдалану тәртiбi заңдық тұрғыдан айқындалатын болады.

**5.2. Халыққа медициналық көмектi ұйымдастыру**   
**жүйесiн реформалау және дамыту 5.2.1. БМСК-нi реформалау - денсаулық сақтау жүйесiнiң**   
**қызмет ету тиiмділігінiң негізi**

      Дамыған елдердiң тәжiрибесi медициналық көмектi ересек адамдар мен балалардың көпшілiгi, БМСК ұйымдарында соның iшiнде, жалпы практика дәрiгерiнен алатындығын көрсетедi.   
      Қазақстан Республикасында БСМК-нiң ұсынылып отырған үлгiсi жалпы дәрiгерлiк практиканың принциптерiне негізделедi және жергiлiктi денсаулық сақтауды басқару органдарынан мемлекеттiк тапсырыс алатын БМСК орталықтарынан тұратын болады. Бұл үлгі "ынталандырып" жасайтын, екi компонентті жан басына шағу нормативiн енгiзудi қоса, дәрiгердi еркiн таңдап алу және басқарудың экономикалық әдiстерi принципiне негiзделетін болады. Мұның өзi көрсетілетiн медициналық қызметтердің қолжетімдi болуына және сапасының жақсаруына, медицина қызметкерлерінің өз еңбегiнiң түпкi нәтижелеріне мүдделi болуына мүмкiндiк туғызады.   
      БМСК-нi реформалау және дамыту 2 кезеңде жүзеге асырылады.   
      I-кезеңде (2005-2007 жылдары) амбулаториялық-емханалық ұйымдардың қазiргi желiсi, оның ішінде жалпы дәрiгерлiк практика принциптерiнде жұмыс iстейтiндерi сақталып, дамытылатын болады. Олардың материалдық-техникалық базасы нығайтылады, мұның өзi жаңа емдеу-диагностикалық технологияларын енгiзуге мүмкiндiк бередi. Аурулардың түрлерi және амбулаториялық емделу кезiнде азаматтардың жекелеген санаттарын тегiн немесе жеңілдiкпен дәрілік қамтамасыз ету жақсартылады.   
      БМСК-ні кезең-кезеңiмен реформалау жалпы дәрігерлік практика принципiн эволюциялық енгiзуге бағдарланатын болады. 2005-2007 жылдары жалпы дәрiгерлiк практика және мамандандырылған көмек қызметтерiн ұсынатын аралас типтегi емханаларды құра отырып, қалалық жерлерде амбулаториялық-емханалық көмектi қайта құрылымдау жүргізіледi. Аудан орталықтары мен қалаларда азаматтарға мамандандырылған көмек және де стационарларда жоспарлы жатқызу БМСК дәрiгерлерінің жолдамасы бойынша ғана көрсетiледi.   
      Теңдестiру принципiн iске асыру және материалдық-техникалық базаны нығайту үшін күрделі құрылысты мақсатты инвестициялау, БМСК объектiлерiн қайта құру және жөндеу саясаты, бiрiнші кезекте амбулаториялық қызмет қуатының жетiспеушілiгiн бастан кешіріп отырған өңiрлерде жүргiзiлетiн болады.   
      БМСК рөлi мен функцияларының кеңеюiне байланысты оның қызметiнің нормативтік-құқықтық базасын жетілдiру, аурулардың диагностикасын және емдеудiң хаттамаларын енгiзу, диспансерлеу, санитариялық-эпидемиологиялық нормалау және халықты дәрілік қамтамасыз ету мәселелерi бойынша нұсқаулық құжаттарды әзiрлеу қажет болады.   
      БМСК-ні реформалаудың бiрiнші кезеңiнде мынадай ұйымдастырушылық және емдеу-алдын алу шаралары жүзеге асырылатын болады:   
      амбулаториялық-емханалық құрылымдарды стационарлардан қаржылық және заңдық жағынан бөлу;   
      әлеуметтік қорғау органдармен және басқа да мүдделi қызметтермен, сондай-ақ үкіметтік емес ұйымдармен сектораралық өзара iс-қимыл;   
      бекiтілген халықтың ауруға шалдығу құрылымын зерделеу, оны азайту мен алдын алу жөніндегі шараларды әзiрлеу және iске асыру;   
      азаматтардың жекелеген санаттарын алдын ала тексеру;   
      иммундық алдын алу;   
      диспансерлiк есепте тұратындардың, сондай-ақ әлеуметтiк жағынан елеулi аурулардың алдын алу, емдеу-диагностикалық және оңалту шараларының көлемiн кеңейту;   
      тегiн медициналық көмектiң кепілдi көлемінің шеңберiнде дәрілік қамтамасыз ету арқылы стационарды алмастыратын технологияларды енгiзу және дамыту;   
      халықтың жекелеген санаттарына, сондай-ақ аурулардың белгілі бiр тiзбесi бойынша ауруларға амбулаториялық деңгейде жеңілдікті дәрілік қамтамасыз етудi енгiзу;   
      экспресс-диагностика әдiстерiн енгiзудi қоса, зертханалық қызметтердi одан әрi нығайту;   
      емдеу-диагностикалық процестi бақылау жүйесінен қызметте түпкі нәтиже бойынша бағалауға көше отырып БМСК деңгейiнде қызметтер сапасын арттыру;   
      дәрiгердi еркiн таңдау принципiнiң негiзiнде халықтың БМСК ұйымдарының қызметiне қатысуы.   
      Аталған іс-шараларды iске асыру медициналық көмек көрсетудiң жалпы құрылымындағы амбулаториялық медициналық қызметтердiң үлесiн елеулi түрде ұлғайтуға әкеледi және ауруханаға жатқызудың деңгейiн төмендетуге әкеледi. 2005 жылдан бастап медициналық көмектiң көлемiн кеңейту және сапасын арттыру дәрежесiне қарай БМСК деңгейiнде жан басына шаққандағы норматив мөлшерi ұлғаятын болады.   
      Екiнші кезеңде (2008-2010 жж.) БМСК жүйесiнiң жалпы дәрiгерлiк практика принципiне көшуi басталады. БМСК-нiң дербес орталықтары құрылатын болады. Мемлекеттiк тапсырыс шеңберiнде аталған ұйымдарды қаржыландыру қорды ұстау элементтерімен бiрге жан басына шаққандағы қаржыландыру әдiсiнің негізiнде жүргiзiлетiн болады.   
      БМСК орталықтары көрсететін қызметтердiң көлемi елеулi түрде кеңейтіліп, олардың материалдық-техникалық базасы (үйлер, коммуникациялар, жабдықтар) жаңа талаптарға сәйкес келтiрiледi. Орталықтың персоналы кемiнде 5 жылда 1 рет бiлiктiлiгiн арттыруға және қайта даярлықтан өтуге тиiс.   
      Көрсетiлетiн медициналық көмектiң сапасын арттыру мақсатында тұрақты негiзде БМСК мекемелерiн аккредиттеу және әрбiр 3 жылда - тәуелсiз сарапшылардың қатысуымен медицина кадрларының кәсiби біліктiлігіне аттестаттау жүзеге асырылатын болады.   
      2010 жылы БМСК-нi қаржыландыру көлемi тегін медициналық көмектiң кепiлдi көлемiне бөлiнетiн қаражаттың жалпы көлемінің кемiнде 40%-ті болады.   
      Бастапқы буынды реформалау БМСК-нiң ажырамас құрамы болып табылатын жедел медициналық көмек қызметін ұйымдастыру бiр мезгiлде қайта құруды көздейдi.   
      Бұл қызметтi дамыту мынадай бағыттар бойынша жүзеге асырылатын болады:   
      негiзсiз шақыруларды қысқарту және шұғыл (төтенше емес) көмекке мұқтаждық ететiн сырқаттардың мекен-жайына жiберу, амбулаториялық буынды ұйымдастыру есебiнен, сондай-ақ бастапқы деңгей қызметі мен оның қолжетiмділігінің ауқымын кеңейту жолымен жедел медициналық көмектiң көлемiн азайту;   
      қызметтердi нормативтерге сәйкес материалдық-техникалық қамтамасыз ету;   
      өмiр тіршілігін қамтамасыз ету қызметтері персоналының (полиция, жол полициясы, өрт қызметi) және көлiк құралдары жүргiзушiлерінің бастапқы медициналық көмек көрсетуiн үйлестіру.   
      БМСК-нi реформалаудың екiншi кезеңiнде жедел медициналық көмек көрсететiн ұйымдар дербес болуы тиiс.   
      Алдын aлу бағытын күшейту және БМСК-нi нығайту жөнiнде жүргiзiлетiн реформалардың нәтижесi стационарлық медициналық көмек қызметiн ұтымды ету, төсек-орынға бағдар жасаудан бас тарту болады. Болашақта мамандандырылған бөлiмшелерi бар көп бейiндi ауруханалар құрылатын болады. Туберкулезге қарсы диспансерлер, инфекциялық ауруханалар сияқтылар және басқалары олардың өзгешелiктерi ескеріле отырып, күшейтiледi және жұмыс iстейтiн болады.   
      Қазiргi жағдай көп бейiндi ауруханаларды жылдам және тиiмдi ұйымдастыруға мүмкiндiк бермейдi. Емдеу ұйымдарының жаңаларын caлу жәнe барларын қайта құру стационарлық көмек сияқты нысандарды дамыту қажеттiгiн және БМСК ұйымдарының басымдығын ескере отырып жүргiзiлетiн болады.   
      Бұл ретте медициналық көмек көрсетудiң кезеңділігі мен сабақтастығы принциптерiн ескере отырып сырқаттарды ауруханаға жатқызу өлшемдерi барынша айқын белгіленедi.   
      Осылайша, Қазақстан Республикасында медициналық көмектi ұйымдастыруды жетілдiрудің басым бағыты жедел көмек қызметтерінің және стационарлардың жұмыстарын ұтымды етумен қатар, жалпы дәрiгерлiк практикаға негiзделген БМСК-ың жаңа үлгiсi құру болады. Бұл үлгi халықтың қажеттiліктерiне толық дәрежеде сай келіп, денсаулық сақтау үшiн медицина қызметкерлерi мен азаматтардың өзара жауапкершілігіне негізделетін болады. Бұл халыққа медициналық көмек көрсетудегi сабақтастық пен кезеңдiлікті қамтамасыз ете отырып, шығынды стационарлықтан назарды амбулаториялық-емханалық көмекке аударуға мүмкiндiк бередi.

**5.2.2. Денсаулық сақтауды ауылда дамыту**

      Қазақстан Республикасының ауылдық аумақтарын дамытудың мемлекеттiк және өңiрлiк бағдарламаларының шеңберiнде 2004-2010 жылдары ауылдық денсаулық сақтаудың материалдық-техникалық базасы жақсартылатын болады. Денсаулық сақтау объектiлерiн салу, қайта салу, күрделi жөндеу және белгiленген нормативтерге сәйкес, сондай-ақ денсаулық сақтау салаларының басымдық берiлетін ұйымдары желiсiн дамытудағы қажеттiлiкті және Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлiгi әзiрлеген оларды салу мен қайта құруды қаржыландыру көздерiн айқындау жөнiндегi әдiстемеге сәйкес БМСК объектілерiн медициналық жабдықтармен және санитарлық автокөлiктермен толық жарақтандыру.   
      2005-2007 жылдарда денсаулық сақтау объектiлерінің 90-ы салынып, 450-i жөнделуден өтуге тиiс. Бұл ретте туберкулездi емдеу мен әйелдердi босандыруға көмектiң барлық қажеттiліктерi толық қамтамасыз етiлуге тиiс.   
      Жұмылдырушылық және телемедицинаны қолдану жалғасады.   
      Ауылда БМСК-ні көрсетудің жұмыс iстейтiн жүйесi сақталатын болады. Медициналық көмектi ұйымдастыруды жетілдiрудiң негiзгi бағыты жалпы практикадағы дәрігердiң ролiн арттыру және қызметiн кеңейту болып табылады. Оған ФП мен ФАП персоналдарына басшылық ету (фельдшерлер, акушерлер, медбикелер), сондай-ақ әлеуметтiк қызметкерлермен қызметті үйлестiру жүктелетiн болады. Қойылған мiндеттердi орындау үшiн жалпы практика жөніндегі фельдшер-акушер персоналды дайындауды тереңдету көзделiп отыр.   
      2005 жылы АДА, АУА/АА және аудандық емханаларды мемлекеттiк мекемелер мәртебесiне көшіру аяқталатын болады.   
      Қаржыландырудың жаңа схемасына және функцияларының айқын бөлiнуiне байланысты аудандық емханалар аудандық орталық ауруханалардан қаржылық және заңдық жағынан бөлiнетiн болады.   
      Екінші кезеңде медицина ұйымдарының ұйымдастыру-құқықтық нысаналарын өзгерту мәселесi қаралатын болады.   
      Ауылдық жерлерде аудандық орталық ауруханаларға (аудандық) ерекше роль берiлетін болады.   
      Ауылдық денсаулық сақтау объектiлерiн білікті медицина және фармацевтика кадрларымен қамтамасыз ету мақсатында медициналық және фармацевтикалық жоғары және орта бiлiмi бар мамандарды ауылдық жерге тұрақтандырудың, қызметтiк тұрғын үй беру, бiр жолғы көмекақылар төлеудiң, ауылдық жерлерде 3 жыл жұмыс iстеген жағдайда мемлекеттік бiлiм беру кредиттерiн өтеу сияқты пәрмендi тетiктер әзiрленетiн болады.   
      Облыстық атқарушы органдарға мамандарды олардың үш жыл бойы ауылда жұмыс iстеу шартымен дайындауға тиiстi жергiлiктi бюджеттер қаражаттары есебiнен мақсатты гранттар бөлу құқығы берiлетiн болады.

**5.2.3. Санитариялық-эпидемиологиялық**   
**салауаттылықты қамтамасыз ету**

      Санитариялық-эпидемиологиялық ахуалды жақсарту, оның iшінде инфекциялық, кәсiби және инфекциялық емес аурулардың алдын алу және оларды азайту, халықтың денсаулығына тiршiлiк ету ортасының қолайсыз факторларының зиянды әсерлерiн азайту мақсатында мынадай мiндеттер шешілетін болады:   
      БМСК-мен мемлекеттiк санитариялық-эпидемиологиялық қызметтi, әсiресе халық арасында санитариялық-алдын алу жұмысына бағытталған шараларды күшейту бөлiгiнде кiрiктiру;   
      инфекциялық ауруларды, оның iшінде туберкулездi, жыныс жолдары арқылы берiлетін жұқпалы ауруларды және АҚТҚ/ЖҚТБ-ны азайту жөнiнде санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттiк органдарымен iс-шараларды жалпы үйлестірудi қамтамасыз ету;   
      жұқпалы аурулардың зертханалық диагностикасын жүргiзуге мүмкіндiк беретiн оңтайлы жағдайларды жасау және оларды аудандық деңгейде санитариялық-эпидемиологиялық сараптаманы жүзеге асыратын мемлекеттiк ұйымдарда орталықтандыру;   
      санитариялық-эпидемиологиялық қызмет зертханаларын кезең-кезеңiмен жаңғыртуды жүргізу;   
      жұқпалы ауруларға қарсы күрес, аумақтарды санитариялық қорғау және биологиялық терроризмнің зардаптарын жою жөнiнде жүргiзiлетiн санитариялық-эпидемияға қарсы (алдын алу) iс-шараларды одан әрi жетілдіру;   
      санитариялық-эпидемиологиялық нормалаудың ғылыми негіздемесiн қамтамасыз ету және мемлекеттік жүйесiнің құжаттарын жүргiзу;   
      табиғи және техногендiк апаттардың медициналық зардаптарын жою жөнiндегі iс-шараларға мүдделi мемлекеттiк органдармен бiрлесіп қатысу.   
      Санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау қызметінiң алдын алу бағытын күшейту мақсатында БМСК деңгейiнде мынадай iс-шаралар iске асырылатын болады:   
      тауарлар мен қызметтердi қауiпсiз өндiрудiң қадағалаушы және әкiмшiлiк шараларын оқыту және ынталандырушы шараларға назарды аудару;   
      бiрқатар функциялар мен өкілеттiктердi республикалықтан облыстыққа және облыстықтан - басқарудың қалалық және аудандық деңгейлерiне беру.   
      Санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің зертханалық желiлерiн жаңғырту, бiрiншi кезекте, осы заманғы зерттеу стандарттарына және халықтың денсаулығына тiршiлiк ету ортасының қолайсыз факторлары әсерлерiнiң себептi-салдарлы байланыстарын белгілеуге негiзделген санитариялық-эпидемиологиялық сараптаманың сапалық жаңа деңгейiне ауысуды көздейтiн болады. Ол үшiн барлық деңгейлердегі зертханалық қызметтi жаңғыртумен қатар тиiстi деңгейлер (республикалық, облыстық және аудандық) бойынша жүргiзiлген зертханалық зерттеулердiң мақсаттарын, көлемдерi мен номенклатураларын шектеу көзделедi, ол 3-кезеңде жүзеге асырылатын болады (I-республикалық деңгей 2005 жылы; II - облыстық деңгей - 2006-2007 жылдары; ІІІ - аудандық деңгей - 2007-2009 жылдары).   
      Референс-зертханалар желiсiнiң негiзiнде орталықтанған, көп функциялы зертханалық қызмет құрылатын болады, мұның өзi зертханалық зерттеулер сапасының елеулi түрде артуын қамтамасыз етедi.   
      Ерекше қауіпті жұқпалы ауруларға қарсы күрес, аумақтарды санитариялық қорғау және биологиялық терроризмнiң зардаптарын жою халықтың ерекше қауiптi жұқпалы ауруларға шалдығуының алдын алуға және оларға жол бермеуге бағытталатын болады.   
      Ел аумағына ерекше қауiптi жұқпалы ауруларды және халықтың денсаулығы үшін қауiптi өнiмдердi әкелуге жол бермеу мақсатында мемлекеттік шекараның қиып өтетiн жерлерiнде санитарлық-карантиндiк пункттердi нығайту жөнiнде шаралар қолданылатын болады.   
      Санитариялық-эпидемиологиялық нормалау саласында халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы бойынша халықаралық стандарттарға, оның iшiнде Дүниежүзілiк сауда ұйымдарының талаптарынана сәйкес келетiн ғылыми негiзделген нормативтік базаны құру қамтамасыз етілетін болады.

**5.2.4. Салауатты өмiр салтын қалыптастыру**   
**және аурулардың алдын алу**

      Ауруларды емдеуге бағдарланған денсаулық сақтау жүйесiнен алшақтау және интеграцияланған медициналық қызмет көрсетудi енгiзу адам денсаулығына байланысты проблемалар кешенiн шешуге бағытталған көп салалы қызметті көздейдi.   
      Денсаулықты сақтау үшiн азаматтар мен мемлекеттiң ынтымақтасқан жауапкершілік принципiн iске асыру профилактикалық iс-шараларды жүргiзу және салауатты өмiр салтын қалыптастыру, халықты кейiннен серпiндi түрде байқай және сауықтыра отырып, мерзiмдiк 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 принциптерiн енгiзу, дене белсендiлiгiн кеңейту, отбасын жоспарлау, нашақорлықтың, жарақаттану мен бақытсыз жағдайлардың, АҚТҚ/ЖҚТБ-ның, ЖЖБЖ-ның алдын алу, темекi тартуға және алкогольге салынуға қарсы күрес сияқты қоғамдық денсаулық сақтау бағдарламалары әзiрленедi және iске асырылады. Бұл бағдарламаларды iске асыру БМСК-нiң, мамандандырылған медициналық көмек көрсететiн ұйымдардың және санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің өзара iс-қимылы кезiнде жүзеге асырылатын болады.   
      Сондай-ақ артериалдық гипертония, диабет және басқа да ең көп таралған жұқпалы емес аурулардың алдын алу бойынша мақсатты бағдарламалар әзiрленедi. Бұл ретте денсаулық сақтаудың жаңа үлгiсiн дамыта отырып, салауатты өмiр салтын насихаттау және аурулардың алдын алу бағдарламаларын қаржыландыру халықты мейлiнше тиiмдi қамту мақсатында аудандық деңгейге берiлуi мүмкiн.   
      БМСК ұйымдарының базасында халықты салауатты өмiр салтына, оңалтуға оқыту жөнiнде бағдарламалар енгiзіледi, созылмалы аурулары бар науқастарға арналған мектептер ұйымдастырылатын болады. Патронаждық қызметке, салауатты өмiр салтын насихаттау мен санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылыққа жауапты орта медициналық персоналдың саны БМСК-нің әрбiр аумақтық бөлімшесiндегi жұмыстардың профилактикалық бағытын күшейту үшiн штаттық нормативтердi қайта қарау арқылы көбейтiлетiн болады. Мектепке дейiнгi және мектеп жасындағы балаларды, оқушылар мен cтуденттердi медициналық тексерулерден өткiзуге ерекше назар аударылатын болады. Бұл үшiн барлық бiлiм беру ұйымдарында медициналық пункттер желiсi қалпына келтiріледi.

**5.2.5. Халықтың денсаулығын сақтауға сектораралық көзқарас**

      ДДС ұйымының пiкiрi бойынша адам денсаулығының тұрмыс салтына, генетикалық факторларына, қоршаған ортаға және денсаулық сақтау жүйесiне байланысты. Денсаулық сақтауды жетілдiру мәселелерiндегi негiзгi міндеттердiң бiрi денсаулық сақтау субъектілерінің қызметін үйлестiру және халықтың денсаулығын сақтауға сектораралық көзқарас болып табылады.   
      Осы мақсаттарда қызметi халық денсаулығы жай-күйi мен денсаулық сақтау қызметтерінің жұмыс iстеуіне тiкелей және жанама әсер ететiн әр түрлi мемлекеттiк органдардың, ведомстволар мен ұйымдардың жұмыстарын үйлестiру көзделедi. Бағдарлама алға қойған мiндеттердi табысты орындау үшiн денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттiк саясаттың жекелеген басым бағыттарын iске асыру үшін әр түрлi ведомстволардың күш-жiгерлерi бiрiктіріліп, Қазақстан Республикасы Үкiметiнiң жанындағы денсаулық сақтау жөнiндегi Ұлттық Үйлестiру Кеңесi, сондай-ақ жергілiкті атқарушы органдар жанындағы үйлестiру кеңестерi құрылатын болады.   
      Сектораралық ынтымақтастықтың мынадай элементтерi iске асырылуға тиiс:   
      - белсендi демографиялық саясатты жүргізу және демография және көші-қон органдарымен тығыз байланыс жасау арқылы демографиялық процестердi реттеу;   
      - еңбек және халықты әлеуметтiк қорғау органдарымен бiрге азаматтарға профилактикалық, медициналық-әлеуметтiк көмек және оңалту көмегiн көрсетудiң негiзгі бағыттары бойынша, сондай-ақ медицина қызметкерлерiне сараланған жалақы төлеу бойынша өзара iс-қимыл жасау;   
      - қоршаған ортаны қорғау және денсаулық сақтау органдарымен бiрлескен шаралар қабылдау;   
      - бiлiм беру, денсаулық сақтау, ішкі iстер, спорт, қорғаныс, мәдениет және ақпарат ұйымдарында балалар мен жасөспірімдерді тәрбиелеу, оқыту және денсаулығын сақтау мәселелерiнде өзара iс-қимыл жасау;   
      - тиiсті орталық және жергіліктi атқарушы органдармен өзара iс-қимыл жасай отырып, ауыл халқын ауыз сумен, телекоммуникация құралдарымен, жолдармен, санитарлық көлікпен, медициналық қызмет көрсетумен және санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылық жөніндегi шаралармен қамтамасыз ету жөнiндегi мәселелердi шешу;   
      - құқық қорғау және басқа да мемлекеттiк органдармен туберкулезге қарсы қызметті одан әрi интеграциялау;   
      - халықтың үлкен топтарының арасында дене шынықтыру мен спортты дамыту жөніндегi шараларды күшейту, дене шынықтыру, спорт, туризм ұйымдарының қызметтерін үйлестіру, салауатты өмір салтын және спортпен айналысуды енгiзу үшін 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 жөніндегі қызметтермен қимылдарды үйлестiру;   
      - мүдделi министрлiктер мен ведомстволарды тарта отырып, сондай-ақ халықаралық және үкiметтік емес ұйымдардың қатысуымен хоспистердi, медбикелiк күтiм жасауды ұйымдастыруды қоса, оңалту қызметi мен паллативтік 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 әкiмшілiк әдiспен басқаруды көздейдi, соның салдарынан, лицензиялауды, аккредиттеудi, мемлекеттік сатып алуды және басқаларын қоса алғанда, саланы басқарудың тиiмсiздiгiн тұтастай айқындап беретiн барлық негiзгі функциялар iс жүзiнде Денсаулық сақтау министрлiгi деңгейiнде орталықтандырылған.   
      Бiрiнші кезеңде Бағдарлама басымдықтарының бiрi тиiстi нормативтiк құқықтық база жасай отырып, орталық, жергілікті басқару органдары мен медициналық ұйымдар арасында функциялардың ара жiгін нақты ажырата, экономикалық әдiстерге көше отырып, орталықтандырылған әкiмшiлiк басқаруды өзгерту болып табылады.   
      Екiнші кезеңде денсаулық сақтауды басқару осы заманғы ақпараттық технологиялардың негiзiнде халықаралық стандарттарды ескере отырып, медициналық қызметтер көрсетудiң сапасы мен сала жұмысы тиiмділігiнің басқа да өлшемдерiн бақылау жүйесiн енгiзу арқылы жүзеге асырылатын болады.

**5.3.1. Функциялар мен өкiлеттілiктердiң**   
**ара жігін ұтымды ажырату**

      Саланы басқаруды жетiлдiрудiң негізгі бағыты әкімшілік реттеуден экономикалық ынталандырулар жүйесiне өту болып табылады. Осы мақсатта 2005 жылдан бастап Қазақстан республикасының Бюджеттiк кодексiне сәйкес денсаулық сақтауды басқарудың орталық, жергілiктi атқарушы органдары мен медицина ұйымдарының арасында, соңғыларына басым дербестілік бере отырып, функциялар қайта бөлiнетін болады.   
      Орталық атқарушы органның құзыретіне:   
      денсаулық сақтау саласында бiрыңғай мемлекеттiк саясат жүргізуді қамтамасыз ету функциясы;   
      атқарушылық функциялары (денсаулық сақтау саласында елдің барлық аумағында Қазақстан Республикасының Конституциясымен кепілдiк берілген базалық қызмет көрсетулер ұсынудың тең қолжетімділігін қамтамасыз ету жөнiндегi шараларды iске асыру, оларды ұсыну стандарттарын белгілеу, саланы дамытуды жоспарлау, нормативтiк база әзiрлеу);   
      реттеуші функциялар (денсаулық сақтау саласында саясаттың iске асырылуын бақылауды жүзеге асыру, мемлекеттiк, салалық бағдарламалардың орындалуын бақылау, денсаулық сақтау ұйымдарын аккредиттеу, бақылау-қадағалау функциялары) жатқызылатын болады.   
      Жергiлiктi деңгейге, халыққа жалпы сипаттағы тiкелей қызмет көрсетулерді ұсынуды бақылау функциясын қоспағанда, медициналық, фармацевтикалық қызметтердiң жекелеген түрлерi бойынша, сондай-ақ денсаулық сақтау саласында есiрткi құралдары, психотроптық заттар мен прекурсорлар айналымына байланысты лицензиялау рәсiмдерi, дәрілік заттарды, вакциналарды, иммунобиологиялық және басқа да медициналық препараттарды сатып алу берілетiн болады.   
      Функциялардың көбінің орталықсыздандырылуы нәтижесiнде жергiлiктi жерлерде ұсынылатын қызмет көрсетулер сапасының төмендеуiне жол бермеу мақсатында реформалаудың бiрiншi кезеңінде медициналық көмектiң сапалы параметрлерін Денсаулық сақтау министрлiгiмен келiсу рәсімi заңды түрде енгізілетін болады, ал қосымша қаражаттар (амбулаториялық дәрілік қамтамасыз етуге және тағы сол сияқтыларға) мақсатты трансферттер түрінде бөлiнетiн болады. Одан әрi жергілiктi атқарушы органдардың бөлiнген қаражатты дербес пайда алуына көшу жүзеге асырылатын болады.   
      Облыстық деңгейде денсаулық сақтау бюджетін шоғырландыруға байланысты халық денсаулығын сақтау мәселелерi бойынша барлық деңгейдегi атқарушы органдардың жауапкершілігін күшейту тетігі әзiрленетін болады.   
      Халықты қауiпсiз, тиiмдi әрi сапалы дәрілік заттармен қамтамасыз ету мақсатында мемлекеттік сатып алу туралы заңнамаға жергіліктi деңгейдегi мемлекеттiк сатып алуды жергілiкті денсаулық сақтау органдарының жүзеге асыруы мiндеттілігін белгiлейтiн өзгерістер препараттың сапасы ескеріле отырып енгiзілетін болады.   
      2006 жылдан бастап БМСК-ні (бастапқы медициналық-санитарлық көмектi) станционарлардан ұйымдық және қаржылық бөлу басталатын болады, бұл бюджеттiк ағымдарды реттеу мен негiзсiз ауруханаға жатқызуды барынша болдырмауға мүмкіндiк бередi.   
      2008-2009 жылдары денсаулық сақтау ұйымдарына материалдық-техникалық базаны нығайту, шаруашылық қызметінің нәтижесінде үнемделген қаражаттарды бөлу мәселелерiнде тиiсті дербестiк берiледi және денсаулық сақтау ұйымдарының түрлi ұйымдық-құқықтық нысандармен жұмыс iстеуi үшiн жағдай жасалатын болады.   
      Денсаулық сақтау қызметкерлерiнiң еңбегiн негiздеу мақсатында еңбекақы төлеу жүйесiн жетiлдiру жөнiнде шаралар қабылданып (медициналық ұйымдар қызметкерлерiнiң санаттары қайта қаралып және еңбекақы төлеудiң жалпы жүйесi шеңберiнде үстемеақылар ұлғайтылып), бiлiктiлiгiне, орындалған жұмыстың сапасы мен көлемiне сәйкес "ақырғы нәтижесi бойынша" сараланған төлем принципi енгізiлетiн болады, мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарының басшыларына денсаулық сақтау менеджерi білiктілігінің мiндеттi түрде бар болуы бөлiгiнде, бiлiктiлiк талаптары қайта қаралатын болады.   
      Кадрлық қамтамасыз ету шарасы бойынша денсаулық сақтау ұйымдарын басқару құрылымы менеджмент мәселелерiн даярланған мамандарға беру арқылы қайта қаралатын болады.   
      Кәсiби қауымдастықтар мен одақтарды дамытуға жан-жақты көмек көрсетiлiп, олар медицина кадрларын аттестаттауға медициналық қызмет көрсетулердiң сапасын сараптауға тартылатын болады.

**5.3.2. Медициналық қызмет көрсетулердiң**   
**сапасын басқаруды жетiлдiру**

      Медициналық қызмет көрсетулердiң сапасын бақылау әлемдiк практикада денсаулық сақтау саласын басқарудың басты тетiктерiнiң бiрi болып табылады.   
      Медициналық көмек сапасын басқару жүйесiн құру стандарттауды, аурулар диагностикасы мен оларды емдеудiң жаңа (халықаралық практикада өзiн жағымды жағынан көрсетiп, ДДҰ ұсынған) әдiстерiн енгiзудi көздейдi.   
      Медициналық қызмет көрсетулер:   
      медициналық көмек көрсетулердi жеткiзушілердi қажетті ресурстармен қамтамасыз ету;   
      медицина қызметкерлерiнің бiлiктiлiгiн арттыру, оның iшiнде бiлiм беру бағдарламасына дәлелдi медицина курстарын енгiзу;   
      медициналық ұйымдарда халықаралық стандарт талаптарына сәйкес сапаны басқару жүйесін енгiзу;   
      медициналық қызмет көрсетулердi жеткiзушілердi лицензиялау, аккредиттеу, сыртқы және iшкi сараптау;   
      көрсетiлген медициналық қызмет көрсетулердiң сапасына қарай сараланған төлем әдiстерiн енгiзу;   
      бұқаралық ақпарат медициналық қызмет көрсетуді жеткiзушілердiң рейтингін жариялау;   
      бiрыңғай ақпараттық жүйе құру;   
      қажетті әкiмшілiк, қаржылық санкциялар қолдану негiзінде жүзеге асырылатын болады.   
      Сапаны басқару жөнiндегi мiндеттердi iске асыру үшiн 2005 жылы медициналық қызмет көрсетулердiң сапасын бақылау жөніндегi мемлекеттік орган құрылатын болады. Мемлекеттік орган бақылау тексерулерін жүргiзген кезде қажет болған жағдайда тәуелсiз сарапшылар тартатын болады. Бұл үшiн түрлі кәсiптер мамандарының қатарынан алынған тәуелсiз сарапшылардың деректер банкi қалыптастырылатын болады.   
      Медициналық көмек сапасын басқарудың бiрiнші кезектегi мiндеттерiнiң бiрi медициналық көмек көрсетудiң барлық деңгейiнде аурулар диагностикасы мен оларды емдеу хаттамаларын жетiлдiру болып табылады. Аталған хаттамалардың сапасы оларды дәлелдi медицина талаптарына сәйкестендiру жолымен қамтамасыз етілетін болады. Аурулар диагностикасы мен оларды емдеу хаттамалары, сондай-ақ медициналық қызмет көрсетулердiң сапа индикаторлары жетiлдiрілетін және халықаралық стандарт талаптарына сәйкес жаңартылатын болады.   
      Сапа сараптамасы бiрiншi кезеңде стационар мен БМСК ұйымдары қызметiнің әзiрленген сапа индикаторлары негiзiнде жүзеге асырылатын болады. Бұл ретте неғұрлым жиi кездесетiн аурулардың мониторингі жүргiзілетін болады. Медициналық ұйымдардағы сапа сараптамасы iрiктеліп жүзеге асырылатын болады, ал жекелеген жағдайларда (үйде өлу, қатерлi iсiк ауруы, туберкулездiң және басқа да аурулардың дендеп кеткен жағдайы анықталғанда) міндетті сараптама жүргiзіледi.   
      Медициналық көмектің сапасын бақылауды жүзеге асыру жүргiзілген зерттеу мен емдеудiң диагностика мен емдеудiң кезеңдiк хаттамаларына сәйкестiк талдауына, диагностикалық зерттеулер мен ем тағайындаудың, ауруханаға жатқызуға жiберудiң негiзділiгі мен уақтылығына, диагностика және емдеу кезiнде жiберiлген қателіктерге негізделетін болады.   
      Медициналық қызмет көрсетулерге тиiсiнше сараптаманы жүзеге асыру мақсатында сапаны басқарудың кешендi жүйесi әзiрленедi, ол медициналық көмектiң әрбiр деңгейiне арналған индикаторларды, экономикалық негiздеу тетiктерiн қамтитын болады.   
      2005 жылы азаматтардың оларға көрсетілген медициналық қызмет көрсетулер сапасына қанағаттанушылығын зерделеудiң жетілдiрiлген технологиясы өндiрілетiн болады.   
      2006 жылдан бастап денсаулық сақтау субъектілеріне диагностика мен емдеуде жiберген қателiктерi үшiн азаматтық-құқықтық жауапкершілік шаралары қолданылып, емделушілердiң құқықтарын реттейтін заң нормалары әзiрленетiн болады.   
      2005-2007 жылдары үкіметтiк емес ұйымдарды (медициналық ұйымдар қауымдастықтарын, дәрiгерлердiң кәсiби, емделушілер қауымдастықтарын) қолдау және қажет болған жағдайда оларды медициналық қызмет көрсетулердiң тәуелсiз сараптамасына, мамандарды аккредиттеуге, аттестаттауға тарту жөнiнде iс-шаралар өткiзілетін болады.   
      2008-2010 жылдар iшiнде халықаралық стандарттарға сәйкес аурулар диагностикасы мен оларды емдеу хаттамаларын, медициналық көмек сапасы индикаторларын одан әрi жетiлдiру жүзеге асырылатын болады.   
      Алға қойылған мiндеттердi iске асыру тым әкiмшiлiк әдiстерден бас тартуға және медициналық көмектi жақсартуға, бюджет қаражатын тиiмдi пайдалануға және медицина қызметкерлерінің өздерi көрсеткен медициналық қызметтерiне жауапкершiлiкті арттыруға бағытталған сапаны кешендi басқару жүйесiн құруға мүмкiндiк бередi.

**5.3.3. Қаржыландыру жүйесін жетiлдiрудiң**   
**негізгі қағидаттары**

      Денсаулық сақтауды тұрақты дамытуды қамтамасыз ету және тиiмділiкті арттыруды ынталандырудың iшкi тетiктерiн iске қосу үшiн 2010 жылға қарай денсаулық сақтауға мемлекеттiк шығыстарды IЖӨ-нiң 4 процентіне дейiн кезең-кезеңiмен көтеру көзделеді.   
      Бiрiншi кезеңде саланы қаржыландыру жүйесiнде бұрын қабылданған шешiмдер iске асырылып, сондай-ақ қаражатты тиiмдi пайдалануға, жүйеге инвестиция тартуға және өңiраралық теңестiруге бағытталған қаржыландыру саясаты әзiрленетiн болады.   
      Бюджет Кодексіне сәйкес денсаулық сақтауды басқарудың облыстық органы бiрыңғай төлеушiнiң функциясын атқаратын болады, ол өңiрлердiң iшкі стационарларында БМСК-ге жан басына шаққандағы нормативтер мен емдеу тарифтерiн теңестіруге мүмкiндiк туғызып, медициналық көмек көрсетулердiң сапасына бақылауды қамтамасыз етедi. Денсаулық сақтау министрлігі тауарлар мен қызмет көрсетулерді орталықтандырылған сатып алу жөнiндегi өкiлеттігін төменгi деңгейге бередi.   
      БМСК ұйымдары үшiн жан басына шаққандағы нормативтер осы деңгейдегі медициналық көмектiң қажеттi көлемi, бекiтiлiп берiлген тұрғындардың жыныстық жас құрамы мен өңірлік ерекшеліктерді бiлдiретiн басқа да факторлар ескеріле отырып айқындалатын болады. Жан басына шаққандағы нормативтерді толықтыруды қамтамасыз ету мақсатында оны жыл сайын ұлғайта отырып 2010 жылы оңтайлы деңгейге дейiн арттыру жүзеге асырылатын болады. Бұдан басқа, бастапқы буында стационардың орнын басатын тиімдi қаржыландыру тетiктерiн әзiрлеу мен iске қосу жолымен ішінара қор ұстау моделiне өту жүзеге асырылатын болады. Кезең-кезеңiмен, БМСК деңгейiнде көрсетiлетiн көмек көлемiнiң өсуiне қарай, БМСК көрсетуге бағытталған қаражат үлесi өсетiн, оның ішінде aypу түрлері мен халықтың жекелеген санаттары бойынша ауру адамдарға амбулаторлық деңгейде ақысыз және жеңiлдiктi дәрi-дәрмекпен қамтамасыз етудi ұсыну жолымен өсетiн болады. 2005 жылы ақысыз медициналық көмектiң кепілдендiрілген көлемiн көрсетуге қосымша шығындардың шеңберінде бөлiнген 15 млрд. теңге көлемiндегі қаражаттың бiр бөлiгі БМСК ұйымдарын қаржыландыруға бағытталатын болады.   
      Нәтиженi бағалауға мүмкiндiк беретін және ынталандыру мен жазалаудың қаржылық құрамдас бөліктерін iске қосатын көрсеткіштер мен индикаторлардың жүйесi негiзiнде құрылған ресурстарды пайдалану тиiмдiлігі мен сапа мониторингінің ұлттық жүйесi 2005 жылы әзiрленіп, 2006 жылдан енгiзілетiн 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 жеткiзушілердi қаржыландыру әдiстерi әртүрлi деңгейдегi жеткiзушілер үшін дұрыс ынталандыруды қамтамасыз етуге тиiс: стационарлар үшін (клиникалық-шығын топтары - КШТ) қуаттылығына емес, қызмет көрсетулерге төлеу, ал БМСК үшін медицина ұйымдары қызметiнің алдын-алушылық бағыттылығын (жан басына шаққандағы норматив) ынталандыру.   
      Қаржыландыру әдiстерi кезең-кезеңiмен жетiлдiрiліп тұратын болады. Мысалы, КШT салмақ коэффициенттерi мен топтардың құрылымы дәлелдiк медицина әдiстерiне негiзделген диагностика мен емдеудiң мерзімдiк хаттамаларын әзiрлеу ретіне қарай қайта қаралатын болады.   
      2005 жылдың iшiнде жоғары мамандандырылған медициналық көмектi дамытудың қаржылық тетiктерi әзiрленiп, жаңа технологиялар енгізілетiн болады.   
      2006 жылдан бастап денсаулық сақтау саласына инвестицияларды жүзеге асыру жөніндегi қабылданатын барлық шешімдер немесе мемлекет қабылдайтын қосымша мiндеттемелер нақты нәтижелер мен тиімділікке негiзделуге тиiс. Тиiстi әдiстеме талдап жасалып, бекiтілетін болады.   
      Денсаулық сақтау ұйымдарында медицина жабдықтарының, оның техникалық жай-күйi мен тиiмдi пайдаланылу мониторингi ұдайы жүзеге асырылып, оның iшiнде қымбат тұратын жабдықтар жұмысын есепке алу жүйесi жолға қойылатын болады.   
      2005 жыл iшiнде медицина қызметкерлерінің еңбек ақысын төлеу жүйесiн жетілдiру, "ақырғы нәтижесi бойынша" төлем принципiн iске қосу шаралары әзiрленетiн болады. Мемлекеттiк медицина ұйымы қызметкерлерінің еңбек ақысын төлеу сараланған, біліктілік, көрсетілетін көмек сапасы мен көлем деңгейiне барабар, оның ішінде тура бейресми төлем деңгейiн төмендетуге мүмкiндiк беретiн ақылы негiзде болуға тиiс. 2006 жылдан бастап медициналық қызметкерлердiң жалақысы кезең-кезеңiмен көтеру жүзеге асырылатын болады.   
      2005 жыл iшiнде мемлекеттiк бюджеттен медициналық көмектiң кепілдендiрiлген көлемiн көрсетуге бөлiнген қаражатты медициналық ұйымдардың пайдалануының ашықтығын қамтамасыз ету жөніндегi шаралар жүйесi әзiрленетiн болады. Медициналық ұйымдардың түрлi көздерден, оның ішінде медициналық қызмет көрсетулердi ақылы негiзде көрсету есебiнен алынған қаражаттарды есепке алу жүйесi жетілдiрілетін болады.   
      Медициналық қызмет көрсетулер мен тауарлар тұтынуды адам басына жiктеу қамтамасыз етіліп, сондай-aқ көрсетiлетiн қызметтердi емделушілер тарапынан бақылау жүйесi енгізілетін болады.   
      Аталған жұмыс халықты ақысыз медициналық қызмет көрсетулер тiзбесi мен көлемi туралы кеңiнен ақпараттандырып отырумен, өтіп жатқан процестердiң тұрақты мониторингiмен сүйемелденiп отырады. Халық қанша және не үшін төлеуге тиiс екендiгі туралы қажетті ақпарат алады.   
      Салаға қосымша қаражат ағымдарын қамтамасыз ету мақсатында жұмыс берушілер тарапынан да оларды пайдаланудың отбасылық принципінің басымдылығы ескеріле отырып, халықтың өз тарапынан да ерiктi медициналық сақтандыруды ынталандыру жөнiнде шаралар қолданылатын болады.   
      2006-2007 жылдары Ұлттық денсаулық сақтау шоттарын енгізу бойынша 2005 жылдан бастап дайындық іс-шаралары жүргізілетін болады, бұл барлық саладағы, оның iшiнде жекеше сектордағы қаржылық ағымдар туралы толық ақпараттар алуға мүмкiндiк бередi.   
      Екiншi кезеңде қаражатты тиiмдi пайдалануға бағытталған саланы қаржыландырудың, салаға инвестициялар тарту мен аймақаралық теңдестiрудiң жаңа саясаты енгiзілетiн болады, бұл оған тұрақтылық беруге мүмкіндік туғызып, одан әрi дәйектi дамуына және бәсекелестiк қабілетiнiң артуына жағдай жасайды.   
      Медициналық ұйымдардың қаржылық тұрақтылығын қамтамасыз eтeтін медициналық қызмет көрсетулерге тарифтердi қалыптастырудың бiрыңғай әдiстемесi әзiрленетін болады. Бұл ретте стационарларға ауруларды жатқызу деңгейiн төмендету медициналық көмектiң аталған түрiне тарифтерді көтерумен және оны оңтайлы деңгейге дейiн жеткiзумен сүйемелденетін болады.   
      Түрлi өңiрлердегi халықтың ақысыз медициналық көмектiң кепілдендiрiлген көлемiне тең қолжетiмділігін қамтамасыз ету үшiн 2010 жылға қарай тиісті қаржылық қамтамасыз етумен бiрге ауру құрылымы мен басқа да объективтi факторлар ескеріле отырып, ұқсас медициналық қызметтер көрсеткенi үшiн тарифтердi аймақаралық теңдестiру аяқталатын болады.   
      Жекеше инвестициялар үшiн саланың тартымдылығы көтеріледі.   
      Мемлекеттiк денсаулық сақтау ұйымдарының материалдық-техникалық базасы мен тарифтердiң жеткiлiктi деңгейiне қол жеткiзгенде мемлекет амортизациялық реттеу тетiктерiн iске қоса отырып, "көп арналы" бюджеттiк қаржыландырудан бас тартады.   
      Медициналық ұйымдардың оның iшінде жекешелердiң медициналық жабдықтардың қымбат түрлерiн алуы мен оларды тиiмдi пайдалануы үшiн тең мүмкiндiктердi қамтамасыз ету мақсатында қаржылық лизингті қолдануды кеңейту жөнiнде шаралар әзiрленетiн болады.   
      Қаржылық ресурстарға неғұрлым тиiмдi әкiмшілік етуге жағдайлар жасау, денсаулық сақтаудың құрылымдық тиiмдiлiгін көтеру, медициналық көмек көрсетудiң түрлi деңгейлерi арасында өзара байланыс орнату, бюджеттiк шығыстар ұтымды пайдаланылған жағдайларда қайта инвестициялау үшiн барынша бағдарламалық шоғырландырылу жүргiзiлуi қажет.   
      2008 жылға қарай елдiң әлеуметтiк-экономикалық дамуының және азаматтар кірістерінің өсуінің жақсару шамасына міндеттi медициналық сақтандыру жүйесін енгізу мүмкiндігі мәселесi қаралатын болады.

**5.3.4. Дәрiлiк заттар айналымы саласын мемлекеттiк**   
**реттеудiң тиімдiлiгін арттыру**

      Қазақстан Республикасының халқын дәрілік заттармен қамтамасыз ету мемлекеттiң маңызды міндеттерінің бiрi болып табылады. Дәрілік заттарды қолдану алдын алу медицинасы мен ауруларды емдеуде өзектi рөл атқарады. Сонымен қатар, дәрілік заттар айналымы саласындағы қазiргi мемлекеттiк реттеу құрылымы дәрілік заттар сапасы мен оның қолжетімдiлiгiн қамтамасыз ету бөлігінде қосымша шаралар қабылдауды талап етедi.   
      Осы мақсатта алда мынадай мiндеттердi шешу тұр:   
      халықтың негiзгi өмiрлiк маңызы бар дәрілік заттарға жеке және экономикалық тең дәрежеде қолжетiмдiлігiн қамтамасыз ету;   
      дәрілік заттарды бөлшек дәрiханалық желiлерде уәкілеттi орган айқындайтын тiзiм бойынша рецептпен берудi енгізу;   
      дәрілік заттардың сапасы мен қауіпсiздігін қамтамасыз ету жөнінде шаралар қолдану;   
      дәрілік заттарды ұтымды пайдалану;   
      Қазақстан Республикасының 2003-2015 жылдарға арналған индустриялық-инновациялық даму стратегиясы шеңберiнде фармацевтикалық және медициналық өнеркәсіптi одан әрi дамыту.   
      Алға қойылған мiндеттердi екі кезеңде шешу көзделіп отыр.   
      Бiрiншi кезеңде, 2005-2006 жылдар iшiнде:   
      халық үшiн негiзгi (өмiрлiк маңызы бар) дәрілік заттарға қолжетiмділігін арттыру және денсаулық сақтау ұйымдарының барлық деңгейiнде, әсiресе ауылдық жерлерде формулярлық жүйелі енгізудi қамтамасыз ету;   
      отандық фармацевтикалық салаға халықаралық стандарттарды енгiзу жөнiнде дайындық жұмыстарын жүргiзу;   
      2007 жылдан бастап отандық фармацевтикалық салаға халықаралық стандарттарды (GLP, GCP, GPP, GDP, GMP) енгiзуге кiрiсу;   
      мемлекеттiк сатып алу туралы заңнамаға сатып алынатын дәрілік заттардың сапасына кепілдiк беретін өзгерiстер мен толықтырулар енгізу жолымен мемлекеттiк сатып алудан тиiмділiгiн aрттыру;   
      қолданылатын дәрілік заттардың жанама әсерлерiне мониторинг жүргізу;   
      Денсаулық сақтау министрлігінің "Дәрiлiк заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдарды және медицина техникасын сараптаудың ұлттық орталығы" республикалық мемлекеттік кәсiпорнының базасында дәрілік заттар айналымы саласында ғылыми зерттеулер ұйымдастыру және жүргізу үшiн құрылымдар құру;   
      Халықаралық стандарттардың "Тиiстi зертханалық практика" талаптарына сәйкес дәрiлiк заттардың сапасын бақылауды жүзеге асыру үшiн иммунобиологиялық және төрт аймақаралық зертхана құрып, жарақтандыру;   
      Контрофактілік өнiмдердiң фармацевтика рыногына енiп кетуiнiң алдын алу мақсатында дәрілік заттар айналымы саласында мемлекеттік бақылаудың тиiмдiлігін жоғарылату, фармакотерроризмнiң қаупiн төмендету;   
      дәрілік заттар айналымы саласындағы мемлекеттік органдардың және олардың аумақтық бөлiмшелерінің, сондай-ақ сынақ орталықтарының мамандарының халықаралық стандарттарды, сапаны басқару жүйесiн оқып-үйренуiн ұйымдастыру;   
      дәрілік заттардың сапасын басқару мәселелерi жөнiнде фармацевтикалық сектордың субъектiлерi үшiн мамандар даярлау жағдайын қамтамасыз ету;   
      құрылғалы отырған Денсаулық сақтаудың бiрыңғай ақпараттық жүйесi шеңберiнде дәрілік заттар айналымы саласында ақпарат жинау және қайта өңдеудi ұйымдастыру әдiстемелерiн әзiрлеу қажет.   
      Екiнші кезеңде, 2008-2010 жылдары, дәрілік заттар айналымы саласында фармацевтика секторының халықаралық стандарттар сапасына кезең-кезеңiмен көшу жоспарын жүзеге асыру көзделедi. Дәрілік заттар айналымы саласында сынақ зертханаларын, медициналық техникалар мен медициналық мақсаттағы бұйымдарды халықаралық стандарттарға сәйкес аккредитациялау аяқталып, дәрілік заттар сапасын басқару жүйесi құрылатын, дәрілік заттарды пайдалану қауiпсiздігі мен тиiмдiлігі мәселелерi бойынша халықты ақпараттандыру жүйесi қалыптастырылатын болады.

**5.3.5. Денсаулық сақтаудың бiрыңғай ақпараттық жүйесi**

      Қазақстан Республикасын ақпараттандыру шеңберiнде 2005-2007 жылдары Денсаулық сақтаудың бiрыңғай ақпараттық жүйесi (бұдан әрi - ДБАЖ) құрылатын болады, оның негiзгi бағыттары:   
      азаматтар денсаулығының жай-күйi туралы ақпарат жинаудың, өңдеу мен сақтаудың, медициналық және дәрілік көмек алудың бiрыңғай жүйесiн ұйымдастыру;   
      ақпаратты талдау, қорыту және денсаулық сақтау ұйымдары мен мемлекеттiк органдарға ұсыну;   
      әрбiр емдеу-алдын алу ұйымдары мен мемлекеттiк денсаулық сақтау басқармасы органдарынан қажеттi ақпарат алуға мүмкiндiк беретін ақпараттық-анықтамалық жүйе, орталық деректер банкiн құру;   
      медициналық-демографиялық көрсеткiштер жиынтығы мен азаматтардың медициналық көмектi тұтыну көлемiне тиiмдi мониторинг жүргiзуге мүмкiндiк беретiн азаматтар денсаулығының электрондық паспортын, аурудың электрондық тарихын жасау;   
      БМСК, емханалар, стационарлар деңгейінде медициналық көмек көрсетудің сабақтастығын қамтамасыз етуге мүмкiндiк беретін ауру адамдарды жiктеп есепке алу үшін жеке адамдардың бiрыңғай бiрегейлендiрілген кодын қолдану, сондай-ақ "Жеке адамдар" мемлекеттiк деректер базасы шеңберiнде медициналық ақпараттың құпиялығын сақтай отырып, бiрыңғай форматта медициналық аспектілердi, әлеуметтiк жеңiлдiктер мен көмекақыларды ескеру болады.   
      2007 жылдан бастап республиканың пилоттық аймақтарында медициналық көмек тұтынудың жiктелген есебiн қамтамасыз ететін, емделушілердiң медициналық электрондық картасы енгізілетін болады.   
      ДБАЖ-ды 2010 жылға дейiн дамыту үшiн мынадай мiндеттер шешілетiн болады:   
      басқарушылық шешімдер қабылдау мен ДБАЖ-да жинақталған ақпараттар негiзiнде барлық деңгейде медициналық көмек көрсетудiң сапасын басқаруды автоматтандыру;   
      қолда бар ведомстволық ақпараттық жүйелердi жетілдiру және бiрiктiру және оларды материалдық-техникалық сүйемелдеу;   
      ведомстволық, статистикалық және медициналық-технологиялық ақпараттық жүйе әзiрлеп, енгізу және оларды материалдық-техникалық сүйемелдеу;   
      емделушiлердің медициналық-электрондық картасын енгiзу.   
      Денсаулық сақтауды ақпараттық қамтамасыз етудi дамыту мақсатында денсаулық сақтау саласындағы өкiлетті органға ведомстволық бағынысты ақпараттық-талдау орталығы (бұдан әрi - АТО) құрылады. AТО-ның күшiмен алға қойылған мiндеттерге сәйкес саланың ақпараттық моделi жасалады, ол денсаулық сақтау ұйымдары қызметінің ақпараттық-анықтамалық жiктемелерiнің базалық стандартталған, терминологиялық келiсiлген параметрлерiн әзiрлеу үшін негiз болады. Әзiрленген жiктемелердiң базасында, ақпаратты автоматтандырылған қайта өңдеудi енгiзу мен есепке алудың қосарланушылығын болдырмаудың қажеттілігі ескеріле отырып, денсаулық сақтаудағы қазiргi есепке алу мен есептілік жүйелерi қайта қаралатын болады. Нәтижесiнде денсаулық сақтаудың, басқару органдарынан бастап халыққа тiкелей медициналық көмек көрсетумен айналысатын медицина қызметкерлерiне дейiн, барлық деңгейiне ақпараттық жүйені енгiзудiң әрбiр кезеңiнде деректердi жинау мен қайта өңдеу әдiстемесi, сондай-ақ жиналған ақпаратты талдау мен басқарушылық шешімдер қабылдау әдiстемесi әзiрленетін болады. Қазiргi есепке алу мен есептілік жүйесi денсаулық сақтау ұйымдары қызметiнiң клиникалық және медициналық-экономикалық аспектілерiне сәйкестендiрілетiн болады.   
      Бiрыңғай ақпараттық жүйе барлық жеке және заңды тұлғалардың халық денсаулығының жай-күйiне, олардың медициналық қызмет көрсетулердi тұтынуына және басқа өлшемдерге қатысты ақпаратқа сұраныстарын қанағаттандыратын болады.

**5.4. Ана мен баланың денсаулығын сақтау**

      Қазақстан Республикасы дамуының негізгi басымдықтарының бiрi медициналық-демографиялық жағдайды жақсарту болып табылады, ол, бiрiнші кезекте, ана мен бала денсаулығын қорғауға байланысты.   
      Ана мен балаға қызмет көрсетудi күшейтуге байланысты өткізіліп жатқан iс-шараларға қарамастан, пайдаланылып отырған ресурстардың тиiмділігі төмен күйiнде қалуда. Бала туу баяу көтерiлiп келедi, жүктiлiк кезiндегі өлiм, сәби мен ана өлімi нашар қарқынмен төмендеуде. Балалардың дене мен психикалық денсаулығының көрсеткiштерi қанағаттанғысыз күйде қалуда.   
      АБДҚ (ана мен бала денсаулығын қорғау) қызметiнiң негізгi бағыты ана мен бала денсаулығын қорғау мен нығайту, ана, сәби және бала өлiмiнiң деңгейiн төмендету үшiн ДБАЖ-бен және басқа да мүдделi қызметтермен ықпалдасатын, тиiмдi iс-қимыл жүйесiн құру болып табылады.   
      АБДҚ қызметін жетiлдiру мақсатында мынадай шаралар қолданылатын болады:   
      ұрпақты болу жасындағы әйелдер мен балаларға ақысыз медициналық көмектiң кепілдендiрiлген көлемi шеңберiнде медициналық көмек көрсетудi қамтамасыз ету;   
      жыл сайын балалар мен ұрпақты болу жасындағы әйелдердi диспансерлеу, медициналық тексерулерден, сауықтырудан өткiзу;   
      2005 жылы Астана қаласында әлемдiк стандарттарға сай және жоғары бiлiктi кадрлармен қамтамасыз етілген Ана мен бала республикалық орталығы құрылысын аяқтау.   
      2005 жылдан бастап ұрпақ әкелу денсаулығы мен бала денсаулығына әсер ететін ауруларды емдеу үшiн жүктi әйелдерді, сондай-ақ балалардың жекелеген санаттарын (5 жасқа дейінгі балаларды - 2005 жылдан, диспансерлiк есепте тұратын балаларды 2006 жылдан бастап) амбулаториялық емдеу үшін дәрілік заттармен қамтамасыз ету;   
      2007 жылға қарай балалар мен жүкті әйелдердi емдеу-алдын алу ұйымдарын қажеттi мамандармен толықтыруды аяқтау;   
      практикалық денсаулық сақтауға алдағы уақытта енгiзу мақсатымен АБДҚ саласында ғылыми-техникалық бағдарламаларды қаржыландыру;   
      2008 жылға қарай бекiтiлген нормативтерге сәйкес балалар мен әйелдердi емдеу-алдын алу ұйымдарын бүгінгі күнгi медициналық жабдықтармен жарақтандыру;   
      2007 жылға қарай жүктi әйелдердi халықаралық деңгейге сәйкес ерте диспансерлiк бақылауға алуды қамтамасыз ету;   
      2008 жылға қарай көмекшi репродукциялық әдiстемелер мен технологияларды, оның iшінде генетикалық талдаулар мен отбасын жоспарлаудың бүгiнгi күнгi технологияларын пайдалана отырып, туа бiткен және ұрпақ қуалайтын аурулардың босанғанға дейінгі диагностикасының скринингтiк бағдарламаларын жетілдiрудi қолданысқа енгiзу;   
      трансплантология (жiлiк майын ауыстыруды қоса алғанда), нейрохирургия, хирургия, жаңа туған нәрестелер реанимациясы, кардиохирургия, неврология саласында балаларға жоғары мамандандырылған медициналық көмек қызметiн одан әрi дамыту;   
      бұқаралық ақпарат құралдарын тарта отырып, отбасын жоспарлау және балалар, жасөспірімдер мен әйелдер арасындағы маскүнемдiктiң, нашақорлықтың, темекi шегудiң алдын алуды қоса алғанда, салауатты өмiр салтын қалыптастыру жөнiнде iс-шараларды жүзеге асыру;   
      ДДҰ ұсыным жасаған, мектеп оқушыларының денсаулығын сақтау мен нығайтуға бағытталған оқыту бағдарламаларын жалпы білім беру мектептерiне енгiзу жөніндегі жұмыстарды жандандыру.   
      Жоғарыда аталған мiндеттердi iске асыру АБДҚ жүйесiн нығайтуға және жетілдiруге мүмкіндік бередi, бұл, ақыр соңында, ана мен нәресте өлiмiн төмендетедi, халықтың демографиялық көрсеткiштерiн жақсартады.

**5.5. Әлеуметтік жағынан елеулi аурулардың алдын алуды,**   
**диагностикалауды, емдеудi және оңалтуды жетiлдiру**

      Халықтың әлеуметтік жағынан елеулi аурулары қашанда мемлекеттің жіті назарында болуға тиiс.   
      Халық өмiрiнiң санасы мен ұзақтығын көтеру мақсатында әлеуметтiк жағынан елеулi аурулардың алдын алу, epтe бастан анықтау, және тиiмді емдеу, оңалту шараларын iске асыру жүргiзiлетін болады. Осы бағытта:   
      мүдделi ведомстволар, халықаралық және үкіметтiк емес ұйымдардың өзара белсендi iс-қимылымен жыныстық жолмен берiлетiн жұқпалы аурулармен ауырудың алдын алу мен одан әрi төмендету жөнінде мақсатты шаралар жүзеге асырылатын;   
      АҚТҚ жұқпалары мен ЖҚТБ аурулары вирустарына қарсы емдеудiң халықаралық стандарттары енгiзiлетін;   
      психикасы мен мiнез-құлқы бұзылған ауруларды емдеу мен сауықтырудың кешендi бағдарламалары әзiрленiп, енгізілетiн;   
      нашақорлыққа тәуелдi адамдардың өңiрлiк медициналық-әлеуметтiк орталықтары (бөлiмшелерi), кәмелеттiк жасқа толмағандарды емдеу және медициналық-әлеуметтік оңалту үшін наркологиялық ұйымдарда стационарлық бөлiмшелер ашылатын;   
      нашақорлықты емдеу мен оның медициналық алдын алу саласында озық технологиялар енгiзiлетін;   
      Қазақстан Республикасында есiрткiнiң таралуына қарсы iс-әрекеттiң тиiмдi, үйлестiрілген жүйесi құрылатын;   
      2006 жылдан бастап аудандық медицина ұйымдарында эндокриндiк аурулармен, оның iшiнде бiрiншi кезекте қант диабетiмен ауыратындарды ерте диагностикамен, емдеумен қамтамасыз ету және диспансерлеудiң тиiмділігін арттыру үшiн дәрiгер-эндокринолог лауазымы кезең-кезеңiмен енгізілетiн болады.   
      Туберкулезге қарсы күреске, эпидемиологиялық жағдайды жақсартуға, аурушаңдық пен өлiмдi төмендетуге ерекше көңiл бөлiнетiн болады. Туберкулезбен ауыратындарға өткiзілетiн емдеу-сауықтыру және алдын алу iс-шараларының барлық кезеңi БМСК ұйымдарын жан-жақты тарта отырып жүзеге асырылатын болады. Туберкулезбен ауыратындардың Ұлттық тiркелiмi жетілдiрілетiн, ауру адамдарға бiрыңғай хаттама жүргізудi сақтау және туберкулезге қарсы күрес жөнiнде өткiзілетiн iс-шаралардың тиiмділігіне бақылау жасау қамтамасыз етілетiн болады.   
      Ұдайы бацило бөлетiн созылмалы туберкулез түрiмен ауыратын ауру адамдарды емдеу үшiн облыстық туберкулезге қарсы диспансерлер жанынан кезең-кезеңiмен мамандандырылған бөлiмшелер ашылатын болады. Облыстық туберкулезге қарсы мекемелердiң мамандандырылған бөлiмшелерi емделуден жалтарып жүрген туберкулездiң жұқтырғыш түрiмен ауыратындарға арналып қайта құрылады.   
      Емдеу-диагностикалық iс-шаралары DOTS-қосу стратегиясын одан әрі iске асыруды және туберкулездiң мультирезистенттік түрiнiң бактерияға қарсы терапиясының тиiмдi кестесiн енгiзудi көздейтін болады.   
      Одан әрi туберкулезбен ауыратындарды және туберкулезге қарсы қызметтің медицина қызметкерлерін әлеуметтік қолдауды кеңейту жөнiндегi шаралар жүзеге асырылатын болады.   
      Онкопатологияға қатысты диагностика мен емдеудің жетілдiрiлген әдiстерi қолданыла отырып, мақсатты топтарға алдын ала тексерулер жүргiзу арқылы қатерлi өскiндердi ерте анықтауға баса назар аударылатын болады.   
      Бронхиалды демiкпе, артерия гипертониясы, жүректiң ишемиялық ауруы және басқа да, оның iшiнде хирургиялық емдеудi қажет ететiн жүрек-қан тамырлары ауруларының алдын алу мен тиiмдi емдеу жөнiнде іс-шаралар әзiрленіп, жүзеге асырылатын болады.   
      Өлiм себебiнiң растығын белгiлеу мақсатында сот-медицина сараптама органдарын техникалық қайта жарақтандыру жүзеге асырылатын болады.   
      Әлеуметтік жағынан елеулi аурулармен ауыратын ауруларды дәрілік қамтамасыз етудi реттеу үшін, қазiргi емдеу қағидаттарын ескере отырып, ақысыз/жеңілдiк негiзiнде берілетiн дәрілік заттар тiзбесi қайта қаралатын болады.   
      Қабылданған шаралар жағдайды тұрақтандыруға, әлеуметтiк жағынан елеулi аурулардың таралу, оның халық денсаулығына және ел экономикасына тигiзетін зиян деңгейін төмендетуге мүмкiндiк бередi.

**5.5.1. Медицина ғылымын дамыту**

      Медицина ғылымын дамыту азаматтар денсаулығын сақтау мен жақсартуға бағытталған iргелi және қолданбалы зерттеулердiң басым бағыттарын әзiрлеудi және дамытуды көздейдi. Медицина ғылымын дамыту, инновациялық тиімдi pecуpc үнемдейтiн технологиялар енгізу арқылы практикалық денсаулық сақтаудың өзектi проблемаларын шешудi қарастыратын болады.   
      Медицина ғылымы мынадай бағыттар бойынша дамитын болады:   
      әлеуметтік жағынан елеулi аурулардың алдын алудың, ерте анықтаудың, емдеудiң және оңалтудың озық технологияларын басым әзiрлеу және қолданысқа енгiзу;   
      iргелi және қолданбалы медицина ғылымының сабақтастығы, Денсаулық сақтау министрлігінің iргелi медициналық зерттеулер бағдарламаларының негiзгi даму бағыттары мен оларға әкiмшiлiк етудi қалыптастыруға қатысуы;   
      медицина ғылымының өндiрiспен және практикамен байланысын кеңейту, практикалық денсаулық сақтауға отандық және тәжiрибе алмасудан алынған ғылыми әзiрлемелер енгiзу;   
      қазақстандық медицина ғылымын халықаралық кеңiстiкте интеграциялау, халықаралық серiктестiктi дамыту;   
      медицина ғылымы мен білімінің интеграциясы;   
      азаматтардың денсаулығын қорғау саласында жоспарланатын және қабылданатын шаралардың экономикалық және әлеуметтік тиімділігін ғылыми бағалау және негiздеу;   
      медицина ғылымы саласында айғақтау медицинасы принциптерін енгiзу.

**5.6. Денсаулық сақтау кадрларын даярлау және қайта даярлау**

      Медициналық және фармацевтикалық білім сапасын көтеру мақсатында медицина кадрларын даярлау мен қайта даярлау жүйесіне елеулi өзгерiстер енгізілетін болады. Медициналық ерекшелiк ескеріле отырып, денсаулық сақтауды дамытудың стратегиялық бағытына бағдарланған, даярлау мен қайта даярлаудың тиiмдi әрекет ететiн жүйесін құруға бағытталған медициналық бiлiм берудiң нормативтік құқықтық базасы жасалатын болады.   
      БМСК-ні нығайту білікті медицина кадрларының, оның ішінде жалпы практика дәрiгерлерi мен орта медицина қызметкерлерінің бар болуын талап етедi. Медицина кадрларын даярлау ұзақ мерзiмге жоспарлауға негiзделедi және стратегиялық сұраныстан туындайтын болады.   
      Осыған байланысты денсаулық сақтау саласының кадрларға ұзақ мерзiмдi сұранысын айқындайтын ғылыми негiзделген әдiстеме әзiрленіп, енгізілетін болады.   
      БМСК ұйымдарын жалпы практика дәрiгерлерiмен кадрлық қамтамасыз ету 2005 жылдан бастап субординатурада және интернатурада даярлаудың әзiрленген бағдарламалары негiзiнде ортақ емдеу желiсi дәрiгерлерiн қайта даярлау жолымен де, медициналық жоғары оқу орындарында ЖПД (жалпы практика дәрiгерлерiн) даярлау жолымен де жүзеге асырылатын болады.   
      Денсаулық сақтау саласын басқаруды жетілдiру денсаулық сақтаудың кәсiби менеджерлерi мен экономистерiн даярлауды көздейдi.   
      Бiрiншi кезеңде мынадай шаралар iске асырылатын болады:   
      лицензиялауды, мемлекеттiк аттестаттауды және білiм берудiң халықаралық стандарттарына жақындау мақсатында - меншiк нысанына қарамастан, медициналық және фармацевтикалық ұйымдарды мемлекеттiк тiркеудi жүзеге асыру жүйесiне тиiстi өзгертулер енгiзіледi;   
      медициналық білiм беру ұйымдарында қабылдау мен оқытуға талап жоғарлатылады;   
      медициналық және фармацевтикалық мамандықтар бойынша оқытудың бағасы кезең-кезеңiмен ұлғайтылады;   
      медициналық білiм беру ұйымдарының материалдық-техникалық базасы нығайтылады және мемлекеттiк медициналық жоғары оқу орындары жанынан бiлiм, ғылым және практиканың нақты байланысын қамтамасыз ететін клиникалық оқу орталықтары құрылады;   
      денсаулық сақтаудың жаңа моделдерiнiң дамуы, жаңа мамандықтар енгiзудiң қажеттілігі, халықтың медициналық көмекке сұранысы ескерiле отырып, медицина кадрларын даярлау принциптерi мен көлемi қайта қаралып, медициналық колледждер мен медициналық ЖОО-на (жоғары оқу орындарына) қабылдау ұлғайтылатын болады;   
      оқытудың интегративтiк әрi "проблемалық" қағидаттарына, практикалық даярлыққа бейiмделуге, шетел тiлдерiн терең зерделеуге баса назар аударыла отырып, медициналық ЖОО-ларда кадрлар даярлау бағдарламалары қайта қаралады;   
      халықаралық тәжiрибе ескерiле отырып, интернатурада (резидентурада) практикалық оқып-үйренудi енгiзумен бiрге даярлаудың мемлекеттік стандарттарын өзгерту жолымен жалпы практика дәрiгерлерiн даярлау бағдарламалары жетілдiріледi;   
      медициналық ЖОО-ның профессорлық оқытушылар құрамын тұрақты (5 жылда бiр рет) енгiзіледi;   
      кадрлардың, оның ішінде жалпы практика дәрігерлерінің біліктілігін көтеру мен қайта даярлау саласында жаңа бағдарламалар (стандарттар) әзiрленіп қолданысқа енгiзіледi;   
      телемедицина базасында денсаулық сақтауды ақпараттандыру бағдарламасы шеңберiнде алыстан оқыту нысандары енгiзіледi;   
      денсаулық сақтаудың ауылдық буынының медициналық және фармацевтикалық кадрларының тұрақты білiктiлігiн көтеру мен қайта даярлауға жергілікті бюджеттерден қаражат бөлiнедi;   
      2005 жылдан бастан базалық медициналық бiлiм негiзiнде магистратурада және денсаулық сақтау кадрларының біліктілігін көтеру және қайта даярлау бағдарламалары шеңберiнде қосымша бiлiм берудiң тиiсті бағдарламаларын iске асырушы ұйымдарда денсаулық сақтау менеджерлерін даярлау басталады;   
      2005 жылдан бастап денсаулық сақтау (оның ішінде басқару органдары) жүйесi кадрларын қайта даярлауға шетел мамандары тартылатын болады, сондай-ақ шетел медициналық орталықтарында бiлiктiлiк көтеру практикасы енгізілетiн болады.   
      Екiншi кезеңде:   
      дәрiгерлердi даярлау бағдарламалары қайта қаралады және жоғары медициналық бiлiмi бар медицина кадрларын бакалавриатта, магистратурада оқыту басталады;   
      базалық экономикалық білімі бар денсаулық сақтау менеджерлерi мен экономистерi бакалавриат пен магистратурада даярланады;   
      медициналық бiлiм беру сапасына тәуелсiз бақылау жүйесi енгiзіледi.

**5.7. Бағдарламаны iске асырудың тетiктерi**

      Бағдарламаны орындау Қазақстан Республикасының Үкіметi бекiтетін, оны iске асыру жөнiндегi iс-шаралар жоспары арқылы жүзеге асырылатын болады.   
      Бағдарламаны кешендi iске асыру мемлекеттік басқарудың орталық және жергілікті органдары қызметiн денсаулық сақтауды реформалау мен дамытудың бағыттары бойынша үйлестiрудi бiлдiредi.   
      Iс-шаралар жоспарының орындалу барысын және Бағдарламада жоспарланған жетістiктердiң жүзеге асуын бақылауды Қазақстан Республикасының Үкiметi жүзеге асырады.   
      2005 жылы орталық уәкілеттi органның құрамында жаңа құрылымдық бөлiмше құрылып оның функциялары мыналар болуға тиiс:   
      Бағдарламаның орындалу барысының мониторингi мен таңдауы;   
      Бағдарламаны ұйымдастырушылық-әдiстемелік сүйемелдеу;   
      денсаулық сақтау саласын реформалау мен дамыту мәселелерi жөнiнде оңтайлы шешiмдер қабылдауға мүмкiндiк беретiн ақпарат жинау мен талдаудың алдыңғы қатарлы технологияларын әзiрлеу мен пайдалану;   
      қоғамдық денсаулық сақтауда жалпыға ортақ қағидаттарды ecкepe отырып, халық денсаулығын қорғау жөнiнде қабылданған шаралар тиiмдiлігін медициналық экономикалық және әлеуметтік бағалау;   
      медициналық қоғамдастық пен халық арасында саланы реформалау жөнiндегi түсiндiру жұмыстарын үйлестіру.   
      Бiрiншi кезеңде осы Бағдарламаға сәйкес қолданыстағы нормативтiк құқықтық актілерге қажеттi өзгерiстер мен толықтырулар енгiзілетiн және жасалып жатқан денсаулық сақтау моделi қызметiн реттейтiн, азаматтардың, жұмыс беруші мен мемлекеттің халық денсаулығын қорғауға бiрлескен жауапкершілігін нығайтатын, мемлекеттік денсаулық сақтау жүйесiн дамыту мен сақтауға, жекеше, оның iшiнде коммерциялық емес секторды қолдауға, медициналық қызмет көрсетулер нарығы мен бәсекеге қабілеттiлігін қалыптастыруға бағытталған нормативтік құқықтық актiлер әзiрленетiн болады.   
      Отандық және халықаралық сарапшыларды тарта отырып, денсаулық көрсеткіштерi мен денсаулық сақтау жүйесi қызметін көрсететін индикаторлар негiзiнде денсаулық сақтауды реформалау мен дамыту барысы мониторингі мен бағалау жөнiнде бағдарлама әзiрленетін болады.   
      Екiншi кезеңде денсаулық сақтау саласында қоғамдық қатынастарды реттейтiн құқықтық нормаларды бiрiктiру мен жүйелеу мақсатында "Қазақстан Республикасындағы денсаулық және денсаулық сақтау туралы" Қазақстан Республикасының Кодексi" қабылданатын болады.

**6. Қажетті ресурстар мен қаржыландыру көздерi**

      Бағдарламаны iске асыру 2005-2007 жылдары 98 825,5 млн.теңге, оның ішінде республикалық бюджет қаражаты есебiнен - 38 464,7 млн.теңге, жергiлiктi бюджет қаражаты есебiнен 60 360,8 млн. теңге мөлшерiнде қосымша қаржыландыруды талап етедi.   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
                |  Қосымша  |             оның iшiнде   
                |  шығындар,|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
                |  барлығы  | инвестиция.  | ДБАЖ   | басқа да   
                |           | лық жобалар  | құру   | іс-шаралар   
                |           | (құрылыс)    |        |   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
2005 жыл   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Барлығы             26067      14500        1500        10067   
Республикалық   
бюджет            18473,8      14500        1500       2473,8   
Жергiлiктi   
бюджет             7593,2                              7593,2   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
2006 жыл   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Барлығы           33318,9       2500       3184,5     27634,4   
Республикалық   
бюджет            10140,4       2500       3184,5      4455,9   
Жергiлiктi   
бюджет            23178,5                             21178,5   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
2007 жыл   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Барлығы           39439,6       2500        1695      35244,6   
Республикалық   
бюджет             9850,5       2500        1695       5655,5   
Жергіліктi   
бюджет             29589,5                            29589,1   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
2005-2007 жылдар бойынша жиынтығы   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Барлығы            98825,5     19500      6379,5        72946   
Республикалық   
бюджет             38464,7     19500      6379,5       12585,2   
Жергілікті   
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 енгізiлдi.   
      2008-2010 жылдары саланы қаржыландыру көлемi жыл сайын көбейтіліп, 2010 жылға қарай жалпы iшкi өнiмнің 4 процентіне дейін жеткiзіледi.   
      2005-2010 жылдары Бағдарламаны қаржыландыру көлемi тиiстi қаржы жылына республикалық және жергiлiктi бюджеттердi қалыптастыру кезінде нақтыланатын болады.

**7. Бағдарламаны iске асырудан күтілетiн нәтижелер**   
**және оның индикаторлары**

      Бағдарлама iс-шараларын жүзеге асыру халықтың медициналық көмекке қолжетімділігін және оны көрсету сапасын көтерудi қамтамасыз ететiн жүйе құруға мүмкiндiк бередi.   
      Бағдарламаны iске асыру нәтижесiнде:   
      халықтың, саланың және мемлекеттің сұранысын қанағаттандыратын оңтайлы денсаулық сақтау моделi құрылатын болады;   
      халықты денсаулығын сақтау қызмет көрсетулерімен қамтамасыз ету деңгейi айтарлықтай өседi, адам өз денсаулығын қорғауы үшiн ынталандырулар енгізілетін болады;   
      азаматтардың медициналық көмекке тең қолжетiмдiлiгi қамтамасыз етілетін және денсаулықты қорғауда мемлекет пен азаматтардың бiрлескен жауапкершілігі принциптерi iске асырылатын болады;   
      алдын алу, сауықтыру iс шараларының көлемi ұлғаяды, ауру адамдарды диспансерлеудiң тиiмділігі мен сапасы артады, БМСК деңгейiнде ақысыз медициналық көмектiң кепілдендiрiлген көлемін кеңейту есебiнен еңбек қабілетiн уақытша және тұрақты жоғалту деңгейi төмендейді;   
      жүргізілетiн алдын алу шараларының, денсаулық жай-күйiне тәуекел факторларының әсер етуi туралы халықтың хабардарлық деңгейiн көтерудің есебiнен халықтың ауруға шалдығуы төмендейдi, бұл бipiнші кезеңде 10-15 процентке және екiншi кезеңде 25-30 процентке дейiн ауруханаға жатқызудың кезең-кезеңiмен төмендеуiне әкеледi;   
      дәрігер шақырулар саны азайып, БМСК деңгейiнде көмек көлемi есебiнен жедел медициналық көмек көрсету сапасы көтерілетін болады;   
      2010 жылға қарай БМСК ұйымдары нормаларға сәйкес бiлiктi дәрiгерілерімен және орта медицина қызметкерлерiмен қамтамасыз етiлетiн, жабдықтармен жарақтандырылатын болады;   
      медициналық көмек көрсетудiң бір бөлiгiн стационарлықтан амбулаториялық секторға қайта бөлу, стационарды ауыстыратын технологияларды тиiмдi пайдалану негізiнде медициналық көмек көрсетудегі тепе-теңсiздiк жойылатын болады;   
      медициналық қызмет көрсетулер сапасын басқарудың тиiмдi жүйесi енгiзiлетін болады;   
      медициналық қызмет көрсетудiң оның барлық кезеңiнде қолжетiмділігі, тиiмділігі мен сабақтастығы артады;   
      қаржыландыру жүйесі жетiлдiрiлетін тегiн медициналық көмек көрсетудiң кепілдендiрiлген көлемiн қаржыландырудың тапшылығы жойылып, сала субъектілерi арасында өзара есеп айырысудың тиiмдi тетіктерi енгiзiлетiн болады;   
      денсаулық сақтауға арналған мемлекеттік бюджет пен халықтың қаражаттарын пайдаланудың тиiмділігі артады, бұл ретте ресми емес төлемдер деңгейi едәуiр төмендейдi;   
      денсаулық сақтаудың бiрыңғай ақпараттық жүйесi құрылатын болады;   
      ұрпақты болу жасындағы әйелдер мен балалардың денсаулығын индекстеу артады, ана мен бала өлiмi көрсеткiштерi тұрақты төмендейді, 2010 жылға қарай ана өлiмi (қолда бар есептердiң әдістемесіне сүйенгенде) 2003 жылғы тiрi туған 100 мың сәбиге шаққанда 42,1-ден 30,0-ге дейiн, ал нәресте шетiнеуi 2003 жылғы тiрi туған 1000 сәбиге шаққанда 15,3-тен 10,0-ге дейiн төмендейдi;   
      әлеуметтiк жағынан елеулi аурулар бойынша жағдай тұрақтанады, жұқпалы және жұқпалы емес аурулардың деңгейi төмендейдi;   
      туберкулезбен ауыру 100 мың адамға 2003 жылғы 160,4-тен 2007 жылы 150,0-ге, 2010 жылы 135,0-ге төмендейдi;   
      көбiне жыныстық жолмен берiлетін жұқпалы аурулар жыл сайын 10 процентке дейiн төмендейтін болады;   
      дәрілік заттардың айналымы саласында мемлекеттiк реттеудiң тиiмділігі артады;   
      отандық бәсекеге қабiлеттi фармацевтикалық және медициналық өндiрiс көлемi артады;   
      диагностиканың қазiргi заманғы әдiстерi және емдеудiң халықаралық стандарттары енгiзiлетін болады;   
      мемлекеттiк санитариялық-эпидемиологиялық жүйенiң құжаттарын халықаралық стандарттармен үйлесiмдi ету жүргiзілетін болады;   
      медициналық білім беру ұйымдарының материалдық-техникалық базасы жақсарады, медицина кадрларын даярлау және қайта даярлау жетілдiріледі, медициналық жоғары оқу орындары мен колледждерде оқуға деген талап күшейтiледi. Кадрларды бекiту тетiктерiн енгізу, медициналық ЖОО мен колледждерге мемлекеттiк 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 әлеуметтік мәртебесі мен қоғамдағы беделі көтеріледі.

© 2012. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің «Қазақстан Республикасының Заңнама және құқықтық ақпарат институты» ШЖҚ РМК