

## Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ісін реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы туралы

Қазақстан Республикасы Президентінің 2004 жылғы 13 қыркүйектегі N 1438 Жарлығы Қазақстан Республикасының Конституциясы 44-бабының 8) тармақшасына сәйкес, медициналық көмек көрсетудің тиімді жүйесін құру, Қазақстан Республикасының халқы денсаулығының негізгі көрсеткіштерін жақсарту мақсатында қаулы етемін:

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

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

3. Орталық және жергілікті атқарушы органдар, сондай-ақ Қазақстан Республикасының Президентіне тікелей бағынатын және есеп беретін мемлекеттік органдар Бағдарламаны іске асыру жөнінде шаралар қолдансын.

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

5. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі жарты жылда бір рет, есепті кезеңнен кейінгі айдың 25-күнінен кешіктірмей Қазақстан Республикасы Президентінің Әкімшілігіне және Қазақстан Республикасының Үкіметіне Бағдарламаның іске асырылу барысы туралы ақпарат ұсынсын.

6. Осы Жарлық қол қойылған күнінен бастап күшіне енеді.

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

*Президенті*

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

П р е з и д е н т і н і ң

2 0 0 4      ж ы л ғ ы      1 3      қ ы р к ү й е к т е г і

№      1 4 3 8      Ж а р л ы ғ ы м е н

бекітілген

**Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ісін реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы Астана, 2004 жыл**

### **1. Бағдарламаның паспорты**

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

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

Әзірлеуші министрлігі Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі

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

Міндеттері Мемлекет пен адам арасында денсаулықты сақтау үшін жауапкершілікті бөлісу; негізгі екпінді бастапқы медициналық-санитарлық көмекке (бұдан әрі - БМСК) нақты көшіре отырып, медициналық көмек көрсетуді ұйымдастырудың халықаралық принциптеріне көшу; денсаулық сақтауды басқарудың жаңа моделін және саланың бірыңғай ақпараттық жүйесін құру; ана мен бала денсаулығын нығайту, медициналық-демографиялық ахуалды жақсарту; әлеуметтік жағынан елеулі аурулардың деңгейін жыл сайын төмендету; медициналық білім беруді реформалау

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

Қажетті ресурстар мен қаржыландыру көздері Бағдарламаны 2005-2010 жылдары іске асыруға республикалық және жергілікті бюджеттердің қаражаты, сондай-ақ, Қазақстан Республикасының заңнамаларында тыйым салынбаған басқа да қаражаттар бағытталады. Мемлекеттік бюджеттен бағдарламаны іске асыруға жұмсалатын жалпы шығындар 165 658,5 млн. теңгені, соның ішінде республикалық бюджет қаражатынан 134609,9

млн. теңгені, жергілікті бюджеттердің қаражатынан 31 048,6 млн. теңгені құрайды.

Жылдар	Барлығы	Республикалық бюджет	Жергілікті бюджет
2005 ж.	42 877,8	32 766,2	10 111,6
2006 ж.	65 330,5	54 974,5	10 356,0
2007 ж.	57 450,2	46 869,2	10 581,0

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

Күтілетін нәтижелер

Бағдарламаны іске асыру нәтижесінде: денсаулық сақтауда халықтың, саланың және мемлекеттің сұранысын қанағаттандыратын тиімді модель құрылатын болады; халықтың медициналық көмекпен қамтамасыз етілуінің деңгейі айтарлықтай артады, адамның өз денсаулығын сақтауына ынталандырулар енгізілетін болады; азаматтардың медициналық көмекке тең қолжетімділігі қамтамасыз етілетін болады және мемлекет пен азаматтың денсаулықты сақтауда ынтымақтасқан жауапкершілік принципі іске асырылатын болады; БМСК деңгейінде тегін медициналық көмектің көлемін кеңейту есебінен алдын алу, сауықтыру іс-шараларының көлемі ұлғаяды, ауруларды диспансерлеудің тиімділігі мен сапасы артады, еңбекке жарамсыздықтың уақытша және тұрақты деңгейі төмендейді; көлемдердің бір бөлігін стационарлық сектордан амбулаториялық секторға қайта бөлу және стационарды ауыстыратын технологияларды тиімді пайдалану негізінде медициналық көмек көрсетудегі сәйкессіздік жойылатын болады; медициналық қызмет көрсету сапасын басқарудың тиімді жүйесі енгізілетін болады; медициналық көмектің барлық кезеңінде оны көрсетудің қолжетімділігі, тиімділігі және сабақтастығы артады;

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

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

денсаулық сақтаудың бірыңғай ақпараттық жүйесі құрылатын болады;

ұрпақты болу жасындағы әйелдердің және балалардың денсаулық индексі артады, ана мен сәби өлімі көрсеткіштері тұрақты төмендейді;

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

дәрілік заттардың айналымы саласында мемлекеттік реттеудің тиімділігі артады;

бәсекеге қабілетті отандық фармацевтикалық және медициналық өнімдерді өндіру көлемі артады; диагностиканың қазіргі заманғы әдістері және емдеудің халықаралық стандарттары енгізілетін болады;

мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық нормалау жүйесінің құжаттарын халықаралық стандарттармен үйлесімді ету жүргізілетін болады;

кадрларды бекіту тетігін енгізу, медициналық жоғары оқу орындары (бұдан әрі - ЖОО) мен колледждерге мемлекеттік тапсырыс бойынша қабылдауды арттыру есебінен саланы кадрлық қамтамасыз ету проблемасы 2010 жылға қарай медициналық білім берудің барлық деңгейін реформалау жолымен шешілетін болады;

дәрігердің және медицина қызметкерінің құқықтары кеңейтіледі және жауапкершілігі күшейтіледі, олардың әлеуметтік мәртебесі мен қоғамдағы беделі көтерілетін болады.

## 2. Кіріспе

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

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

Соңғы жылдары Қазақстан едәуір экономикалық өсуге қол жеткізді, осының нәтижесінде денсаулық сақтау саласын қаржыландыру елеулі өсті (соңғы үш жылда екі рет), сондай-ақ олардың одан әрі дамуының перспективалары жасалды. Әлеуметтік бағдарлана отырып мемлекет бұдан әрі де саланың дамуына елеулі түрде көңіл бөлуге н и е т т е н е д і .

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (бұдан әрі - ДДҰ) дерегі бойынша азамат денсаулығының тек 8-10 %-і ғана денсаулық сақтау жүйесінің жұмысына байланысты екендігіне қарамастан, мемлекеттің қоғамдық денсаулық сақтау жөніндегі күш-жігері экономикалық және әлеуметтік прогреске қарай өсе түсуге тиіс.

Осыған байланысты денсаулық сақтауға азаматтардың өздерін, жұмыс берушілерді тарту және денсаулық сақтау саласында іс-шаралар жүргізуді сектораралық үйлестіруді к ү ш е й т у м а ң ы з д ы .

Бүгінгі таңда саланы дамытып отырған негізгі бағдарламалық құжаттар оларды әзірлеу сәтіндегі талаптарына барабар болған, алайда қазіргі уақытта олар экономикадағы, сол сияқты басқа да секторлардағы өзгерістер қарқынынан кейін қалып отыр. Осы құжаттарда белгіленген жекелеген іс-шаралар түпкілікті нәтижеге бағдарланбаған, ал құрылымдық қайта құрулар, соның ішінде қаржыландыру жүйесін өзгерту үнемі дәйекті сипатқа ие бола бермейді. Бүгінгі күні денсаулық сақтау жүйесінің жай-күйі қоғамды, мемлекетті және саланың өзін толық қанағаттандырады д е п т ұ ж ы р ы м д а у ғ а б о л м а й д ы .

Жинақталған проблемалар денсаулық сақтау саласын басқару қағидаттарын түбегейлі қайта қарауды талап етеді. Мемлекет басшысының 2005 жылға арналған Жолдауында саланың басқару жүйесін, денсаулық сақтау ісін қаржыландыруды, ұсынылатын медициналық көмек беруді ұйымдастыруды, денсаулық сақтау жүйесінің нормативтік базасын, саланың статистикасы мен оны ақпараттандыруды, есептілікті оңтайландыруды жетілдіруге, сондай-ақ қаржы ресурстарын тиімді пайдалану мен сатып алуды міндетті түрде орталықсыздандыру бөлігінде байыпты өзгерістер жүргізу қ а ж е т т і г і к ө р с е т і л г е н .

Бірінші кезектегі міндеттер ретінде мыналар белгіленген:  
негізгі екіпінді БМСК-ге, стационарда емдеуден амбулаториялық емдеуге көшіру;

халықаралық стандарттарға, емдеу мен медициналық қызмет көрсетудің жаңа технологиялары мен қазіргі заманғы әдістеріне жүйелі түрде көшу;  
ана мен бала денсаулығын нығайту;  
тәуелсіз сарапшыларды тарта отырып, тәуелсіз сараптау жүйесін құру;  
денсаулық сақтау жүйесін, саланың ресурстары мен қаржыландыруды басқару мен еджерлерін даярлау;  
элеуметтік жағынан елеулі аурулардың алдын алу, оларды диагностикалау және емдеу;  
денсаулық сақтау ұйымдарының материалдық-техникалық базасын нығайту.

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

Бағдарламада Қазақстан Республикасында қолжетімді, сапалы, элеуметтік бағдар ұстанған және экономикалық тиімді денсаулық сақтау жүйесін дамытуға бағытталған қажетті экономикалық, элеуметтік, ұйымдастырушылық және басқа да шаралардың жиынтығы белгіленген.

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

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

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

республика халқының денсаулық жағдайы өлшемінің көптеген бөлігі қанағаттанғысыз болып отыр.

### **Медициналық-демографиялық ахуал және науқастанушылық**

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

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

Соңғы 5 жыл ішінде халықтың табиғи өсімі 1000 адамға шаққанда 2003 жылы 6,7-ні құрай отырып, 1,6 есе өсті. 1999 жылдан бастап халықтың өлім-жітім коэффициентінің болмашы өсуі байқалады, ол 1000 адамға шаққанда 2003 жылы 1999 жылғы 9,7-ге қарағанда, 10,5-ті құрады. Соңғы 5 жыл ішіндегі ерлер мен әйелдер өлім-жітімінің неғұрлым үлкен жас мөлшері коэффициенті 70 және одан да астам жасқа сәйкес келеді, ол жас мөлшері тобын 1000 адамға шаққанда 2002 жылы тиісінше 104,51-ді және 79,98-ді құрады. Халықтың өлім-жітім құрылымында жүрек-қан тамыры, онкологиялық аурулар, жарақаттану жетекші орын алады. Өлім-жітім құрылымының көрсеткіштерін бұрмалау факторларының бірі - өлім себебін тиімді сараптау жүйесінің жоқтығы болып табылады.

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

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

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

Республикада сәби өлім-жітімі көрсеткішінің азаю үрдісі бар, алайда, тұтастай алғанда, Еуропа елдерімен салыстырғанда айтарлықтай жоғары болып отыр және 2003 жылы 1000 тірі туғандарға шаққанда 15,3-ті құрады. Бұл ретте, осы көрсеткіштің ДДҰ-ның ұсынымдары ескерілмей есептелгендігін атап көрсеткен жөн.

Ана өлім-жітімі көрсеткішінің 1999 жылмен салыстырғанда 2003 жылы 100 мың

тірі туғандарға шаққанда 65,3-тен 42,1-ге дейін азайғандығы байқалады. Республикада ана өлімі негізгі себептерінің бірі - әйелдер денсаулығы индексінің төмендігі болып табылады, ол 20-30%-ті құрайды.

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

Әлеуметтік жағынан елеулі аурулардың жоғары көрсеткіштері сақталуда. Психикалық және наркологиалық аурулар, қант диабеті, өңеш-өкпе аурулары, жүрек-қан тамыры патологиясы, туберкулез, жыныстық жолмен берілетін жұқпалы аурулар, қатерлі ісіктер елеулі проблема болып табылады. Өкінішке қарай, бүгінгі таңда денсаулық сақтау аурулардың алдын алуға емес, емдеу сипатындағы шараларға көбірек бағдарланған, ал халықтың өзі денсаулығын сақтауға жеткілікті дәрежеде бағдарланбаған. Бұл туралы, атап айтқанда, асқынған нысандағы ісік аурулары анықталуының өсуі, сондай-ақ халықтың жүрек-қан тамыры ауруларынан қайтыс болуының жоғары көрсеткіші айғақтайды. ДДҰ деректері бойынша туберкулез ауруының көрсеткіші бойынша Қазақстан ТМД елдерінің арасында жетекші орын алып отыр: 1999 жылы 100 мың халыққа шаққанда - 141,0, ал 2003 жылы - 160,4.

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

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

### **Денсаулық сақтау жүйесі**

Қазақстан Республикасында тәуелсіздік жылдарында саланы реформалау қадамдары бірнеше мәрте жасалды. Айталық, 1996-1998 жылдары денсаулық сақтау жүйесіне принципті түрдегі жаңа екі элемент: сатып алушы мен сатушы қатынастарының және медициналық көмектің көлемі мен сапасына байланысты сараланған еңбекақы төлемінің пайда болуына мүмкіндік туғызатын денсаулық сақтауды қаржыландырудың бюджеттік-сақтандыру моделі енгізілген болатын. 1999



жылдан бастап бөлінетін қаражатқа байланысты түпкілікті нәтижеге бағдар ұстануға мүмкіндік беретін бағдарламалық қаржыландыру енгізілді. Сонымен бірге, реформаларды талдау көрсеткендей, олар елеулі өзгерістерге бағытталмады, өзінің қисынды ақырына жеткізілген жоқ, және денсаулық сақтау жүйесіндегі жағдайды түбегейлі өзгерте алмады.

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

Қазіргі кезде республикалық денсаулық сақтау жүйесі, барлық ведомстволарды қоса алғанда, 886 ауруханалық және 3463 амбулаториялық-емханалық медициналық ұйымдар жүйесінен тұрады. Өңірлердегі медициналық көмекті ұйымдастыру жүйесінің өзінде мынадай бірқатар өлшемдер:

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

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

Істің мұндай жай-күйі азаматтардың денсаулығын сақтау саласындағы жалпы мемлекеттік саясатты жүргізуді және олардың мемлекеттік кепілдіктерді тең дәрежеде алуын 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 халықтың 10 мың адамына шаққанда 76,8-ді құрады (төсек-орындардың жалпы саны - 114782). Бұл халықтың 10 мың адамына шаққанда 73,3 құрайды. ДДҰ деректері бойынша ол еуропалық орташа көрсеткіштен біршама жоғары. Бұл көрсеткіштің көлемінен тіпті дамыған елдердің (Германия, Франция, Жапония және т.б.) өзінде айтарлықтай-айырмашылық байқалады, ал жоғары көрсеткіштер негізінен медициналық қызмет көрсетудің негізгі тұтынушылары болып табылатын кәрі жастағы адамдардың басым үлесімен түсіндіріледі.

Дәрігерлердің саны 54,6 мыңға орта медициналық қызметкерлер - - 115,0 мыңға жетті, дәрігерлермен қамтамасыз ету халықтың 10 мың адамына шаққанда - 36,5-ті,

орта медициналық қызметкерлермен қамтамасыз ету - 76,9-ды құрайды. Алайда халықты медициналық қызметкерлермен және төсек қорымен қамтамасыз етудің орташа көрсеткіштерінің жоғарылауына қарамастан, Қазақстандағы денсаулық сақтау жүйесі, әсіресе БМСК деңгейінде, жеткілікті дәрежеде тиімді жұмыс істей алмай келеді.

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

Қазіргі уақытта БМСК объектілері білікті мамандармен жас ақталмаған. Емдеу-алдын алу ұйымдары материалдық-техникалық базасының, әсіресе ауылдық жерлерде қанағаттанғысыз жағдайда болуы жалғасуда. Талдаулар бірқатар өңірлерде амбулаториялық-емханалық бір ауысымда оларға барушылардың іс жүзіндегі саны нормативті көрсеткіштерден 1,5 еседен асатындығын көрсетеді.

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

Жүктелген функцияларды жүзеге асыру қажеттіліктеріне байланысты БМСК-ға шығындарды жүйелі түрде ұлғайту жүргізілмеді, бұл аталған буын қызметінің тиімділігіне әсер етеді. Қазіргі кезде БМСК-ні қоса алғанда, мемлекеттік медициналық ұйымдар үш бағыт - қызмет көрсетулерге ақы төлеу, күрделі жөндеу мен медициналық және медициналық емес жабдықтарды сатып алу бойынша бюджеттік қаражат алады. Ал БМСК-ға жан басына шаққандағы норматив, әдетте, тұтынушылық баға индексіне және еңбекақыны көбейтуге тең дәрежеде ұлғайтылады. Жан басына шаққандағы нормативтің қазіргі түрі - бұл жүргізілген оңтайландыруды ескере отырып, БМСК-інің ескі жүйесін ұстауға жұмсалатын шығыстар. Қолданыстағы қызмет көрсетулерге ақы төлеу әдістемесі жеке медициналық ұйымдардың бәсекеге қабілеттілігін айтарлықтай

шектейді, өйткені олар тек бір көзге - тарифке ғана ықтимал түрде үміткер бола алады, бұл денсаулық сақтау жүйесіндегі осы сектордың дамуын тежейді. Осыны ескере отырып, тарифтерді қалыптастыру әдістемелерін (жан басына шаққандағы норматив, тарификатор, клиникалық-шығындау топтары (бұдан әрі - КШТ) жетілдіру қажет.

Қалыптасқан жағдайда медициналық қызметкерлердің беделін көтеру, ұйымдарды қажетті медициналық жабдықтармен жарақтандыру, алдын алудың, диагностиканың, емдеудің жаңа технологияларын енгізу, дәрімен тегін және жеңілдікті қамтамасыз ету жүйесін амбулаториялық деңгейде жетілдіру, жан басына шаққандағы қаржыландыруды нақты толықтыру жолымен БМСК-іге деген қатынасты өзгеру қажет.

Қазіргі уақытқа дейін тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін көрсету шеңберінде стационарлық көмекке арналған шығыстардың көлемі жергілікті деңгейде БМСК-ға арналған шығыстардан үш есе асып түседі, ал медициналық көмек көрсету жүйесінің өзі басым түрде стационарлық емдеуге бағдарланған. 2000 жылдан бастап ауруханаға негізсіз жатқызу, онда болу мерзімдерінің асып кетуі салдарынан төсек-орындар санының өсе түскені байқалады. Азаматтардың ауруханаға жатуға ұмтылуының басты себептерінің бірі - амбулаториялық деңгейде дәрімен қамтамасыз етудің болмауы және бастапқы буында көрсетілетін қызметтер сапасының нашарлығы. Стационарлық көмек (республикалық ұйымдарды қоспағанда) стандартталмаған, оның сапасын бағалау жүйесі жетілмеген.

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

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

Медициналық қызметтердің сапасын басқару жүйесіндегі қол жеткізілген

нәтижелерге сапасын бағалау институтын және кепілдік берілген тегін медициналық көмекті, сапа сараптамасын бағдарламалық сүйемелдеу элементтерін, халықаралық тәжірибені ескере отырып, сапаны бағалау өлшемдерін әзірлеу үшін әдіснамалық негіздер дайындауды енгізуді жатқызуға болады.

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

**Санитарлық-эпидемиологиялық ахуал** халықтың денсаулық жағдайына, бірінші кезекте, өндірістік және тұрмыстық факторларды қоса алғанда, қоршаған ортаның қолайсыздығына байланысты жұқпалы, кәсіби және соматикалық аурулардың деңгейіне айтарлықтай әсер етеді.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

жарактандырылу деңгейі, жүргізу мерзімдері, зерттеулердің халықаралық стандарттармен сәйкессіздігі бойынша зертханалық сүйемелдеудің санитарлық-эпидемиологиялық қадағалаумен барабар болмауы;

аудандық буындағы ұйымдар қызметінің едәуір әлсіреуіне орай облыстық және республикалық деңгейде жүргізілетін санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау мен зертханалық зерттеулерді жүзеге асыру;

санитарлық-эпидемиологиялық қызмет пен басқа да қадағалау және бақылау органдарының (ветеринарлық қадағалау, мемлекеттік стандарт, қоршаған ортаны

қорғау) арасындағы бірқатар функциялар мен өкілеттіктерді іске асыруда үйлестірудің болмауы.

**Фармацевтикалық салада** реформалау жекешелендіруден басталған болатын.

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

Соңғы 5 жыл ішінде жекешелендіруден өзге басқа да маңызды қайта құрулар жүзеге асырылды. Фармацевтикалық сала нарықтық экономика шарттарына толық бейімделді. Фармацевтикалық саланы дамытудың бағыттарын көрсететін Қазақстан Республикасының Дәрілік саясатының тұжырымдамасы мақұлданды. Дәрілік заттар айналымы саласын реттейтін негізгі нормативтік құқықтық актілер әзірленді. Фармацевтикалық саланы тікелей мемлекеттік реттеу қайта қалпына келтірілді. Дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техника сапасын бақылауды қамтамасыз ету жөніндегі қызмет ретке келтірілді. Отандық фармацевтикалық өнімдер өндірісінің номенклатурасы мен көлемінің жыл сайынғы өсімі қамтамасыз етілді. Сонымен қатар, фармацевтикалық секторды реформалаудың белгілі бір теріс салдары да болды, ең алдымен дәрілік заттардың халықтың әлеуметтік осал топтары үшін жетімділігі төмендеді.

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

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

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

Медициналық білім беру саласында мемлекеттік білім беру жүйесінің бір бөлігі ретінде 2003 жылдан бастап дәйекті білім беру деңгейлерінің арасындағы сабақтастықты көздейтін медициналық және фармацевтикалық білім берудің жаңа

Мемлекеттік жалпыға бірдей міндетті стандарттары енгізілген. Қазіргі кезде медициналық, фармацевтикалық білім беру мен ғылым жүйесінде білікті ғылыми-педагогикалық әлеует қалыптасқан, денсаулық сақтау саласының ұзақ мерзімді стратегиялық қажеттіліктерін қанағаттандыруға халықтың денсаулығын сақтау мен жақсартуға бағытталған кәсіби білім беру мен медицина ғылымының тиімді жұмыс істейтін жүйесін құру жөніндегі шаралар қабылдануда.

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

Медициналық кадрларды даярлау және ғылыми зерттеулер деңгейі сапасына іс жүзіне жаңартылмайтын медициналық білім беру және ғылым ұйымдарының әлсіз материалдық-техникалық базасы да әсерін тигізіп отыр, мұның өзі бұл саланы халықаралық рынокта бәсекеге қабілетсіз етуде.

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

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

Әсіресе шалғай және ауылдық өңірлердегі БМСК объектілерін білікті кадрлармен қамтамасыз ету проблемасы сақталып отыр. Көп жағдайда мұның өзі қазіргі кездегі медициналық қызметкерлер тапшылығының - медициналық білім беру ұйымдарын бітіруші мамандар есебінен толықтырылмауымен байланысты. Медициналық ЖОО 1999 жылдан бастап, мемлекеттік гранттар мен кредит бойынша сайынғы

бітірушілердің саны орташа 2000 адамнан болып отырғанына қарамастан, кадрларға деген мұқтаждық сақталып отыр.

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

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

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

Соңғы жылдары денсаулық сақтау жүйесіне жұмсалған мемлекеттік шығыстар көлемінің, медициналық білім беруді қоса алғанда, өсу қарқынының елеулі болуына қарамастан, абсолютті есептеумен ғана ұлғайып қойған жоқ (2001 жылы - 63,9 млрд. теңге, 2002 жылы - 73,0 млрд. теңге, 2003 жылы - 92,4 млрд. теңге, 2004 жылы - 133,7 млрд. теңге), сондай-ақ мұның өзі ІЖӨ-ге қатысты шаққанда проценттер жағынан да маңызды (2001 жылы - 1,97%, 2002 жылы - 1,93%, 2003 жылы - 2,08%, 2004 жылы - 2,63%). Бұл ретте ІЖӨ-ге қатысты шаққандарды ең төменгі процент 2002 жылы - 1,93% болды. ДДҰ-ның ұсынысы бойынша денсаулық сақтауға жұмсалған мемлекеттік шығыстар ІЖӨ-нің кемінде 4%-і болуға тиіс.

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

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

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

Ресурсты үнемдеудің кешенді салалық саясаты жоқ.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Тоғызыншыдан, салада дайындықтан өткен, білікті менеджерлердің болмауы басқарушылықтың төмендеуіне және бөлінген ресурстарды тиімсіз пайдалануға әкеп соғып отыр. Бүгін медицина ұйымның басшысы басқарушы, әкімгер, бас дәрігер, шаруашылық меңгерушісі, практикалық клиникалық дәрігер және тағы басқалар болып табылады.

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

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

#### **4. Бағдарламаның мақсаты мен міндеттері**

Бағдарламаның мақсаты мемлекет пен адам арасындағы денсаулық сақтау үшін ынтымақтасқан жауапкершілік, халық денсаулығының негізгі көрсеткіштерін жақсартуға бағытталған БМСК-ні басымдықпен дамыту принциптеріне негізделген медициналық көмек көрсетудің тиімді жүйесін құру болып табылады.

Бағдарламаның негізгі міндеттері мыналар болып табылады:

1. Мемлекет пен адам арасындағы денсаулық сақтау үшін жауапкершілікті бөлісу.
2. БМСК-ға негізгі екпінді ауыстыра отырып, медициналық көмек көрсетуді ұйымдастырудың халықаралық принциптеріне көшу.
3. Денсаулық сақтауды басқарудың жаңа үлгісін және саланың бірыңғай ақпараттық жүйесін құру.
4. Ана мен бала денсаулығын нығайту, медициналық-демографиялық ахуалды жақсарту.

5. Әлеуметтік мәні бар аурулардың деңгейін тұрақты төмендету.

6. Медициналық білім беруді реформалау.

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

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

денсаулық сақтау үшін мемлекет пен азаматтардың ынтымақтасқан жауапкершіліктерін бөлісу;

тегін медициналық көмектің кепілді көлемі бойынша ең төменгі стандарттарды белгілеу;

салауатты өмір салтын қалыптастыру жөнінде халықпен жұмыс жүргізу;

назарды стационарлық көмектен БСМК-ға ауыстыру;

стационарлардан БМСК қызметін қаржылық-әкімшілік жағынан бөлу;

денсаулық сақтау ұйымдарының, бірінші кезекте БМСК материалдық-техникалық базасын нығайту;

стационарлық және жедел медициналық көмек қызметін ұтымды ету;

ана мен бала денсаулығын нығайту жөніндегі іс-шараларды жүргізу;

әлеуметтік жағынан елеулі аурулар саласында профилактикалық, диагностикалық және емдеу-оңалту іс-шараларын күшейту;

тәуелсіз медициналық сараптама жүйесін құру арқылы медициналық қызметтердің сапасын қамтамасыз ету;

медицина ұйымдары арасында экономикалық қарым-қатынастарды енгізу;

менеджерлерді даярлау және денсаулық сақтау жүйесінің ресурстарын басқаруды жетілдіру;

БМСК жаңа жүйесінде жұмыс істеу үшін медицина және фармацевтика кадрларын даярлау және қайта даярлау жүйесін сапалы денсаулық сақтау жүйесінің нормативтік құқықтық базасын жетілдіру;

денсаулық сақтаудағы халықаралық стандарттарға ауысу жөніндегі іс-шараларды жүзеге асыру;

осы заманғы ақпараттық технологияларды әзірлеу және енгізу.

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

жүйелік және кезеңдік нығайту және жалпы практика дәрігері институтын дамыту арқылы БМСК-ні қайта құру;

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

халықаралық стандарттарды енгізу және медицина ұйымдарының арасында бәсеке туғызу арқылы көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасын көтеру;

медициналық білім беруді түбегейлі реформалау;

назарды қалыптасқан ауруларды емдеуден алдын алу іс-шараларына және "дені

саулардың" денсаулығын нығайтуға нақты аудару;  
жеке адам мен қоғам денсаулығын сақтау мен нығайту үшін азаматтардың, жұмыс берушілер мен мемлекеттің ынтымақтасқан жауапкершілігін қамтамасыз ету.

## **5. Бағдарламаның негізгі бағыттары мен оны іске асыру тетіктері**

Бағдарламаны іске асыру мынадай бағыттар бойынша жүзеге асырылады:

1. Мемлекет пен адамның адам денсаулығы үшін ынтымақтасқан және бірлескен жауапкершілігі.

2. Халыққа медициналық көмекті ұйымдастыру жүйесін реформалау және дамыту: БМСК-ні реформалау - денсаулық сақтау жүйесінің қызмет ету тиімділігінің негізі;

ауылдағы денсаулық сақтауды дамыту;

санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылықты қамтамасыз ету;

салауатты өмір салтын және аурулардың алдын алуды қалыптастыру;

халықтың денсаулығын сақтауға сектораралық-көзқарас.

3. Денсаулық сақтау ісін басқару жүйесін жетілдіру:

функциялар мен өкілеттіліктердің ара жігін ұтымды ажырату;

медициналық қызметтердің сапасын басқару жүйесін жетілдіру;

денсаулық сақтау жүйесіндегі бәсекені дамыту;

қаржыландыру жүйесін жетілдірудің негізгі қағидаттары;

дәрілік заттар айналымы саласын мемлекеттік реттеудің тиімділігін арттыру;

денсаулық сақтаудың бірыңғай ақпараттық жүйесі.

4. Ана мен бала денсаулығын қорғау.

5. Әлеуметтік жағынан елеулі аурулардың алдын алу, диагностика, емдеу және оңалтуды жетілдіру; медицина ғылымын дамыту.

6. Денсаулық сақтау кадрларын даярлау және қайта даярлау.

### **5.1. Мемлекет пен адамның адам денсаулығы үшін ынтымақтасқан және бірлескен жауапкершілігі**

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

Тегін медициналық көмектің кепілді көлемі шеңберінде ең төменгі стандарттар бойынша қажетті медициналық қызметтер ұсынылады (дәрігерлер мен медперсоналдың қызметтері, қажетті зерттеулер, өмірлік маңызы бар негізгі дәрілік заттар, емдік тамақтандыру). Тегін медициналық көмектің кепілді көлемі шеңберінде ұсынылатын қызметтер топтамасын қалыптастыру мынадай принциптермен жүзеге асырылады:

мемлекеттің қаржылық мүмкіндіктеріне сәйкес келу;  
медициналық көмекке қолжетімділікке әлеуметтік әділеттілік;  
т р а н с п а р е н т т і л і к ;  
с е р п і н д і л і к ;

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

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

Емдік көмек көрсетуден басқа, кепілді көлем шегінде мынадай шаралар да жүзеге а с ы р ы л а д ы :

халықты кейіннен серпінді байқау және сауықтыру жұмысын жүргізе отырып, кезең-кезеңімен алдын ала медициналық тексеру өткізу;

халықты денсаулық сақтау, ұтымды тамақтану, аурулардың алдын алу жөніндегі дағдыларына қалыптастыру принциптеріне қатысты анық, объективті және қолжетімді а қ п а р а т п е н қ а м т а м а с ы з е т у ;

нашақорлыққа, алкоголизмге, темекі тартуға қарсы күрес жөніндегі бағдарламалар мен і с - ш а р а л а р д ы і с к е а с ы р у ;

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

Уақтылы медициналық тексерулерден дер кезінде өтіп тұруы үшін жауапкершілік а й қ ы н д а л а д ы .

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

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

## **5.2. Халыққа медициналық көмекті ұйымдастыру жүйесін реформалау және дамыту**

### **5.2.1. БМСК-ні реформалау - денсаулық сақтау жүйесінің қызмет ету тиімділігінің негізі**

Дамыған елдердің тәжірибесі медициналық көмекті ересек адамдар мен балалардың көпшілігі, БМСК ұйымдарында, соның ішінде, жалпы практика дәрігерінен а л а т ы н д ы ғ ы н к ө р с е т е д і .

Қазақстан Республикасында БСМК-нің ұсынылып отырған үлгісі жалпы дәрігерлік практиканың принциптеріне негізделеді және жергілікті денсаулық сақтауды басқару органдарынан мемлекеттік тапсырыс алатын БМСК орталықтарынан тұратын болады. Бұл модел, "ынталандырушы" құрамдас бөлігі бар, екі жиынтықты жан басына шаққандағы нормативті енгізуді қоса алғанда, дәрігерді еркін таңдап алу және басқарудың экономикалық әдістері принципіне негізделетін болады. Мұның өзі көрсетілетін медициналық қызметтердің қолжетімділігін қамтамасыз етуге және сапасының жақсаруына, медицина қызметкерлерінің өз еңбегінің түпкі нәтижелеріне мүдделілігін арттыруға мүмкіндік туғызады.

БМСК-ні реформалау және дамыту 2 кезеңде жүзеге асырылады.

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

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

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

БМСК рөлі мен функцияларының кеңеюіне байланысты оның қызметінің нормативтік-құқықтық базасын жетілдіру, аурулардың диагностикасы мен оларды емдеу хаттамаларын енгізу, диспансерлеу, санитарлық-эпидемиологиялық нормалау және халықты дәрілік қамтамасыз ету мәселелері бойынша нұсқаулық құжаттар әзірлеу т а л а п е т і л е д і .

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

амбулаториялық-емханалық құрылымдарды стационарлардан қаржылық және



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

Бұл қызметті дамыту мынадай бағыттар бойынша жүзеге асырылатын болады: негізсіз шақыруларды қысқарту және шұғыл (төтенше емес) көмекке мұқтаждық ететін сырқаттардың мекен-жайына жіберу, амбулаториялық буынды ұйымдастыру есебінен, сондай-ақ бастапқы деңгей қызметі мен оның қолжетімділігінің ауқымын кеңейту жолымен жедел медициналық көмектің көлемін азайту; қызметтерді бекітілген нормативтерге сәйкес материалдық-техникалық қамтамасыз ету ;

өмір тіршілігін қамтамасыз ету қызметтері персоналының (полиция, жол полициясы , өрт қызметі) және көлік құралдары жүргізушілерінің бастапқы медициналық көмек көрсетуі іс-қимылдарын үйлестіру.

БСМК-ні реформалаудың екінші кезеңінде жедел медициналық көмек көрсететін ұйымдар дербес болуға тиіс.

Алдын алу бағытын күшейту және БСМК-ні нығайту жөнінде жүргізілетін реформалардың нәтижесі стационарлық медициналық көмек қызметін ұтымды ету, төсек-орынға бағдар жасаудан бас тарту болады. Болашақта мамандандырылған бөлімшелері бар көп бейінді ауруханалар құрылатын болады. Туберкулезге қарсы диспансерлер, жұкпалы және басқа да ауруханалардың ерекшеліктері ескеріле отырып, күшейтіледі және жұмыс істейтін болады.

Емдеу ұйымдарының жаналарын салу және барларын қайта құру стационарлық көмек сияқты нысандарды дамыту қажеттігін және БСМК ұйымдарының басымдығын ескере отырып жүргізілетін болады.

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

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

### **5.2.2. Ауылдағы денсаулық сақтауды дамыту**

Қазақстан Республикасының ауылдық аумақтарын дамытудың мемлекеттік және өңірлік бағдарламаларының шеңберінде 2004-2010 жылдары ауылдық денсаулық



сақтаудың материалдық-техникалық базасы жақсартылатын болады. Денсаулық сақтау объектілерін салу, қайта салу, күрделі жөндеу және белгіленген нормативтерге сәйкес, сондай-ақ Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі әзірлеген денсаулық сақтау салаларының басымдық берілетін ұйымдары желісін дамытудағы қажеттілікті және оларды салу мен қайта құруды қаржыландыру көздерін айқындау жөніндегі әдістемеге сәйкес БМСК объектілерін медициналық жабдықтармен және санитарлық автокөліктермен толық жарақтандыру жүзеге асырылатын болады.

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

Ұтқыр медицина мен телемедицинаны қолдану жалғасады.

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

2005 жылы АДА (ауылдық дәрігерлік амбулатория), АУА/АА (ауылдық учаскелік аурухана/ауылдық аурухана) және аудандық емханаларды мемлекеттік мекемелер мәртебесіне көшіру аяқталатын болады.

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

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

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

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

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

### 5.2.3. Санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылықты қамтамасыз ету

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

БМСК-мен мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қызметті, әсіресе халық арасында санитарлық-алдын алу жұмысына бағытталған шараларды күшейту бөлігінде **и н т е г р а ц и я л а у** ;

жұқпалы ауруларды, соның ішінде туберкулезді, жыныс жолдары арқылы берілетін жұқпалы ауруларды және АҚТҚ/ЖҚТБ-ны азайту жөнінде санитарлық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органдарымен іс-шараларды жалпы үйлестіруді **қ а м т а м а с ы з е т у** ;

жұқпалы аурулардың зертханалық диагностикасын жүргізуге мүмкіндік беретін оңтайлы жағдайларды жасау және оларды аудандық деңгейде санитарлық-эпидемиологиялық сараптаманы жүзеге асыратын мемлекеттік ұйымдарда **о р т а л ы қ т а н д ы р у** ;

санитарлық-эпидемиологиялық қызмет зертханаларын кезең-кезеңімен жаңғыртуды **ж ү р г і з у** ;

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

санитарлық-эпидемиологиялық нормалаудың ғылымы негіздемесін қамтамасыз ету және мемлекеттік жүйесінің құжаттарын жүргізу;

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

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

назарды қадағалаушылық пен әкімшіліктен қауіпсіз тауарлар өндіру мен қызмет көрсетулерді оқыту мен ынталандыру шараларына аудару;

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

Санитарлық-эпидемиологиялық қызметтің зертханалық желілерін жаңғырту, бірінші кезекте, осы заманғы зерттеу стандарттарын қолдануға және халықтың денсаулығына тіршілік ету ортасының қолайсыз факторлары әсерлерінің себепті-салдарлы байланыстарын белгілеуге негізделген санитарлық-эпидемиологиялық сараптаманың сапалық жаңа деңгейіне ауысуды көздейтін болады. Ол үшін барлық деңгейлердегі зертханалық қызметті жаңғыртумен

қатар тиісті деңгейлер (республикалық, облыстық және аудандық) бойынша жүргізілген зертханалық зерттеулердің мақсаттарын, көлемдері мен номенклатураларын шектеу көзделеді, ол 3-кезеңде жүзеге асырылатын болады (I - республикалық деңгей 2005 жылы; II - облыстық деңгей - 2006-2007 жылдары; III - аудандық деңгей - 2007-2009 жылдары).

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

Ерекше қауіпті жұқпалы ауруларға қарсы күрес, аумақтарды санитарлық қорғау және биологиялық лаңкестіктің зардаптарын жою халықтың ерекше қауіпті жұқпалы ауруларға шалдығуының алдын алуға және оларға жол бермеуге бағытталатын болады.

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

Санитарлық-эпидемиологиялық нормалау саласында халықтың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығы бойынша халықаралық стандарттарға, соның ішінде ДДҰ-ның талаптарына сәйкес келетін ғылыми негізделген нормативтік базаны құру қамтамасыз етілетін болады.

#### **5.2.4. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және аурулардың алдын алу**

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

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

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

б о л а д ы .

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

БМСК ұйымдарының базасында халықты салауатты өмір салтына, оңалтуға оқыту жөнінде бағдарламалар енгізіледі, созылмалы аурулары бар науқастарға арналған мектептер ұйымдастырылатын болады. Қамқорлық қызметке, салауатты өмір салтын насихаттау мен санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылыққа жауапты орта медициналық персоналдың саны БМСК-нің әрбір аумақтық бөлімшесіндегі жұмыстардың алдын алу бағытын күшейту үшін штаттық нормативтерді қайта қарау арқылы көбейтілетін болады. Мектепке дейінгі және мектеп жасындағы балаларды, оқушылар мен студенттерді медициналық тексерулерден өткізуге ерекше назар аударылатын болады. Бұл үшін барлық білім беру ұйымдарында медициналық пункттер желісі қалпына келтіріледі.

#### **5.2.5. Халықтың денсаулығын сақтауға сектораралық көзқарас**

ДДҰ-ның деректері бойынша адам денсаулығы көбіне тұрмыс салтына, генетикалық факторларға, қоршаған ортаға және денсаулық сақтау жүйесіне байланысты болады. Денсаулық сақтауды басқаруды жетілдіру мәселелеріндегі негізгі міндеттердің бірі денсаулық сақтау субъектілерінің қызметін үйлестіру және халықтың денсаулығын сақтауға сектораралық қағидаттармен келу болып табылады.

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

Сектораралық ынтымақтастықтың мынадай элементтері іске асырылуға тиіс: демография және көші-қон органдарымен тығыз байланыс жасау арқылы белсенді демографиялық саясат жүргізу және демографиялық процестерді реттеу;

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

қоршаған ортаны қорғау мәселелері бойынша тиісті мемлекеттік органдармен бірлескен шаралар қабылдау;

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

ауыл халқын ауыз сумен, телекоммуникация құралдарымен, жолдармен, санитарлық көлікпен, медициналық қызмет көрсетумен қамтамасыз ету жөніндегі мәселелерді шешу және тиісті орталық және жергілікті атқарушы органдармен өзара іс-қимыл жасауда санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылық жөнінде шаралар өткізу;

құқық қорғау және басқа да мемлекеттік органдармен туберкулезге қарсы қызметті одан әрі интеграциялау;

халықтың қалың жігі арасында дене шынықтыру мен спортты дамыту, дене шынықтыру, спорт, туризм ұйымдарының қызметтерін үйлестіру, салауатты өмір салтын және спортпен айналысуды енгізу үшін жағдайларды уәждеу және жасау жөніндегі шараларды күшейту;

салауатты өмір салтын және аурулардың алдын алуды насихаттау үшін бұқаралық ақпарат құралдарын кеңінен пайдалану;

табиғи және техногендік сипаттағы дүлей зілзалалар, сондай-ақ жұқпалы аурулардың тұтану мүмкіндігі туындаған кезде төтенше жағдайлар жөніндегі қызметтермен іс-қимылдарды үйлестіру;

хоспистерді, медбикелік күтім жасауды ұйымдастыруды қоса алғанда, мүдделі министрліктер мен ведомстволарды тарта отырып, сондай-ақ халықаралық және үкіметтік емес ұйымдардың қатысуымен оңалту қызметі мен паллативтік көмекті дамыту;

жүріс қауіпсіздігін қамтамасыз ету, экологиялық жағдайды жақсарту проблемалары бойынша көліктік-коммуникациялық кешен қызметтерімен ынтымақтастықты күшейту

Осы Бағдарламаның шеңберінде кейіннен ұлттық денсаулық сақтау жүйесіне бейімделу үшін алыс және жақын шетелдердің оң тәжірибесін пайдалану мақсатында халықаралық ұйымдармен тығыз ынтымақтастық жасау көзделеді.

### **5.3. Денсаулық сақтауды басқару жүйесін жетілдіру**

Денсаулық сақтауды басқарудың қазіргі жүйесі негізінен әкімшілік әдіспен басқаруды көздейді, соның салдарынан, лицензиялауды, тіркеуді, мемлекеттік сатып алуды және басқаларын қоса алғанда, саланы басқарудың тиімсіздігін тұтастай айқындап беретін барлық негізгі функциялар іс жүзінде Денсаулық сақтау министрлігі деңгейінде орталықтандырылған.

Бірінші кезеңде Бағдарлама басымдықтарының бірі тиісті нормативтік құқықтық база жасай отырып, орталық, жергілікті басқару органдары мен медициналық ұйымдар арасында функциялардың ара жігін нақты ажырата отырып, экономикалық әдістерге көшу арқылы орталықтандырылған әкімшілік басқаруды өзгерту құралы болып т а б ы л а д ы .

Екінші кезеңде денсаулық сақтауды басқару осы заманғы ақпараттық технологиялардың негізін және халықаралық стандарттарды ескере отырып, медициналық қызметтер көрсетудің сапасы мен сала жұмысы тиімділігінің басқа да өлшемдерін бақылау жүйесін енгізу арқылы жүзеге асырылатын болады.

### **5.3.1. Функциялар мен өкілеттіліктердің ара жігін ұтымды ажырату**

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

Орталық атқарушы органның құзыретіне:

денсаулық сақтау саласында бірыңғай мемлекеттік саясат жүргізуді қамтамасыз ету ф у н к ц и я с ы ;

атқарушылық функциялары (денсаулық сақтау саласында елдің барлық аумағында Қазақстан Республикасының Конституциясымен кепілдік берілген базалық қызмет көрсетулер ұсынудың тең қолжетімділігін қамтамасыз ету жөніндегі шараларды іске асыру, оларды ұсыну стандарттарын белгілеу, саланы дамытуды жоспарлау, н о р м а т и в т і к б а з а ә з і р л е у ) ;

реттеуші функциялар (денсаулық сақтау саласында саясаттың іске асырылуын бақылауды жүзеге асыру, мемлекеттік, салалық бағдарламалардың орындалуын бақылау, денсаулық сақтау ұйымдарын аккредиттеу, бақылау-қадағалау функциялары) ж а т қ ы з ы л а т ы н б о л а д ы .

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

Функциялардың көбінің орталықсыздандырылуы нәтижесінде жергілікті жерлерде ұсынылатын қызмет көрсетулер сапасының төмендеуіне жол бермеу мақсатында реформалаудың бірінші кезеңінде медициналық көмектің сапалы параметрлерін Денсаулық сақтау министрлігімен келісу рәсімі заңды түрде енгізілетін болады, ал

қосымша қаражаттар (амбулаториялық дәрілік қамтамасыз етуге және тағы сол сияқтыларға) мақсатты трансферттер түрінде бөлінетін болады. Одан әрі жергілікті атқарушы органдардың бөлінген қаражатты дербес пайдалануына көшу жүзеге асырылатын болады.

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

Халықты қауіпсіз, тиімді әрі сапалы дәрілік заттармен қамтамасыз ету мақсатында Қазақстан Республикасының мемлекеттік сатып алу туралы заңнамасына жергілікті деңгейдегі мемлекеттік сатып алуды жергілікті денсаулық сақтау органдарының жүзеге асыруы міндеттілігін белгілейтін өзгерістер препараттың сапасы ескеріле отырып енгізілетін болады.

2006 жылдан бастап БМСК-ні стационарлардан ұйымдық және қаржылық бөлу басталатын болады, бұл бюджеттік ағымдарды реттеу мен негізсіз ауруханаға жатқызуды барынша болдырмауға мүмкіндік береді.

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

Кадрлық қамтамасыз ету шарасы бойынша денсаулық сақтау ұйымдарын басқару құрылымы менеджмент мәселелерін даярланған мамандарға беру арқылы қайта қаралатын болады.

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

### **5.3.2. Медициналық қызмет көрсетулердің сапасын басқаруды жетілдіру**

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

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

Медициналық қызмет көрсетулер:

медициналық көмек көрсетулерді жеткізушілерді қажетті ресурстармен қамтамасыз е т у ;

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

медициналық ұйымдарда халықаралық стандарт талаптарына сәйкес сапаны б а с қ а р у ж ү й е с і н е н г і з у ;

бөлінген ресурстарды тиімді пайдалану мақсатында басымдықтарды айқындау; медициналық қызмет көрсетулерді жеткізушілерді лицензиялау, тіркеу, сыртқы ж ә н е і ш к і с а р а п т а у ;

көрсетілген медициналық қызмет көрсетулердің сапасына қарай сараланған төлем ә д і с т е р і н е н г і з у ;

бұқаралық ақпарат құралдарында медициналық қызмет көрсетуді жеткізушілердің р е й т и н г і н ж а р и я л а у ;

бірыңғай ақпараттық жүйе құру;

қажетті әкімшілік, қаржылық санкциялар қолдану негізінде жүзеге асырылатын б о л а д ы .

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

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

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

Медициналық көмектің сапасын бақылауды жүзеге асыру жүргізілген зерттеу мен емдеудің диагностика мен емдеудің кезеңдік хаттамаларына сәйкестік талдауына, диагностикалық зерттеулер мен ем тағайындаудың, ауруханаға жатқызуға жіберудің негізділігі мен уақтылығына, диагностика және емдеу кезінде жіберілген қателіктерге н е г і з д е л е т і н б о л а д ы .



Медициналық қызмет көрсетулерге тиісінше сараптаманы жүзеге асыру мақсатында сапаны басқарудың кешенді жүйесі әзірленеді, ол медициналық көмектің әрбір деңгейіне арналған индикаторларды, экономикалық негіздеу тетіктерін қамтитын б о л а д ы .

2005 жылы азаматтардың оларға көрсетілген медициналық қызмет көрсетулер сапасы туралы пікірлерін зерделеудің жетілдірілген технологиясы ендірілетін болады.

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

2005-2007 жылдары үкіметтік емес ұйымдарды (медициналық ұйымдар қауымдастықтарын, дәрігерлердің кәсіби, емделушілер қауымдастықтарын) қолдау және қажет болған жағдайда оларды медициналық қызмет көрсетулердің тәуелсіз сараптамасына, мамандарды тіркеуге, аттестаттауға тарту жөнінде іс-шаралар ө т к і з і л е т і н б о л а д ы .

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

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

### **5.3.3. Денсаулық сақтау жүйесінде бәсекені дамыту**

Денсаулық сақтау жүйесінде жаңа экономикалық қатынастарға біртіндеп көшу реформалау мен дамытудағы стратегиялық маңызды міндеттер болып табылады. Тек шынайы бәсекенің элементтері ғана сала ретінде денсаулық сақтаудың тиімділігін айтарлықтай көтереді, соның ішінде бюджет қаражаттарын оңтайландырады және көрсетілетін қызмет сапасын көтереді.

Қалыптасқан "көп арналы бюджеттік қаржыландыру" (мемлекеттік медициналық ұйымдар үш бағыт - өзіндік тариф, жабдықтарды сатып алу мен күрделі жөндеу үшін күрделі шығындар бойынша қаражат алады) бәсекенің дамуын тежейді, өйткені, жеке медициналық ұйымдар тек бір көзге - ағымдағы тарифке ғана үміткер бола алады.

Жүйеде тарифтік саясатты өзгертпей бәсекені дамыту мүмкін емес. 2007 жылдан бастап тарифті, олардың құрамына негізгі қорларды жаңартуға арналған шығындар енгізіле отырып, қалыптастырудың жаңа жүйесін енгізу басталады. Бағдарламаны іске асырудың екінші кезеңінде, мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарының материалдық-техникалық базасы мен тарифтердің қажетті деңгейіне қол жеткізе

отырып, мемлекет "көп арналы" бюджеттік қаржыландырудан бас тартады, амортизациялық реттеу тетіктерін күшейтеді, бұл медициналық ұйымдардың қаржылық тұрақтануын қамтамасыз етеді және медициналық қызмет көрсету саласындағы жеке сектордың дамуы үшін қажетті жағдайлар жасайды. Бұл ретте жеткізушілер меншік нысаны немесе ұйымдастыру-құқықтық нысанына қарамастан материалдық-техникалық базаны күшейту, шаруашылық қызметі нәтижесінде үнемделген қаражатты бөлу мәселелерінде дербестіктің қажетті деңгейін иеленеді.

Медициналық жабдықтардың қымбат тұратын түрлерін алу кезінде оларды үнемді пайдалану және денсаулық сақтаудың мемлекеттік және жеке ұйымдары үшін тең мүмкіндіктер мен тең бәсекелестік жағдайларды қамтамасыз ету мақсатында қаржылық лизингті қолдануды кеңейту жөнінде шаралар әзірленетін болады.

Сонымен қатар, денсаулық сақтау саласында бәсекені дамыту бірқатар маңызды мәселелерді шешуді қажет етеді:

1) тапсырыс беруші (мемлекеттік орган) мен жеткізуші (медициналық ұйым) арасындағы шарттық қатынастарды, олардың арасындағы құқықты, міндетті және жауапкершілікті нақты айқындайтын басқарудың экономикалық әдістерін қолдану бөлігінде жетілдіру. Мемлекеттік тапсырысты, көбіне-көп жергілікті деңгейде, қалыптастыратын және орналастыратын басқармашылар 2005-2006 жылдары қажетті даярлықтан өтеді, өйткені, олардың біліктілігі мен қабылдайтын шешімдері, жалпы алғанда, жүйенің жұмысына айтарлықтай әсер ететін болады.

Мемлекеттік және жеке медициналық ұйымдар тегін медициналық көмектің кепілдендірілген көлемін көрсету жөніндегі қызметтерді беру үшін жалпы стандарттар, қажеттіліктер, жауапкершілік пен экономикалық жағдай негізінде тепе-тең жағдайға ие болады. Осы жағдайларды іске асыру үшін басқарушылық шешімдер қабылдауда, медициналық ұйымдардың мәртебесін шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік кәсіпорындарға, жауапкершілігі шектеулі серіктестіктерге, акционерлік қоғамдарға өзгерту және оларды қайта ұйымдастыру мүмкіншілігін беру жолымен олардың дербестігін күшейту қажет. Бұл ретте туберкулез, қатерлі ісік аурулары және басқа әлеуметтік жағынан елеулі аурулар бойынша медициналық көмек көрсететін мамандандырылған ұйымдардың кейбіреулері өздерінің мәртебесін өзгертпейді. Сапалы медициналық көмек көрсетуді қамтамасыз ету мақсатында бір дәрігерге немесе бір медициналық ұйымға арналған қабылдаудың шектік сандық және сапалық көрсеткіштері енгізілетін болады;

2) жан басына шаққандағы қаржыландыруды біртіндеп толықтыру және жартылай қорды ұстауға көшу денсаулық сақтау жүйесінің ақталмаған жоғары шығындарына, соның ішінде стационарлық бөлшекті ұтымды етуге, түбегейлі әсер етеді. Мемлекет БСМК деңгейінде жеке сектордың ұлғаюына қолдау жасайды, өйткені, ұйымдардың қормен жарақтануға және шығындылығына деген көзқарастан олар біршама тартымды болады.

#### 5.3.4. Қаржыландыру жүйесін жетілдірудің негізгі қағидаттары

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

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

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

БМСК ұйымдары үшін жан басына шаққандағы нормативтер осы деңгейдегі медициналық көмектің қажетті көлемі, бекітіліп берілген тұрғындардың жынысы мен жас құрамы және өңірлік ерекшеліктерді білдіретін басқа да факторлар ескеріле отырып айқындалатын болады. Жан басына шаққандағы нормативтерді толықтыруды қамтамасыз ету мақсатында оны жыл сайын ұлғайта отырып 2010 жылы оңтайлы деңгейге дейін арттыру жүзеге асырылатын болады. Кезең-кезеңімен, БМСК деңгейінде көрсетілетін көмек көлемінің өсуіне қарай, БМСК көрсетуге бағытталған қаражат үлесі өсетін, оның ішінде ауру түрлері мен халықтың жекелеген санаттары бойынша ауру адамдарға амбулаторлық деңгейде ақысыз және жеңілдікті дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді ұсыну жолымен өсетін болады. 2005 жылы ақысыз медициналық көмектің кепілдендірілген көлемін көрсетуге қосымша шығындардың шеңберінде бөлінген 15 млрд. теңге көлеміндегі қаражаттың бір бөлігі БМСК ұйымдарын қаржыландыруға бағытталады болады.

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

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

Медициналық көмек жеткізушілерді қаржыландыру әдістері әртүрлі деңгейдегі

жеткізушілер үшін дұрыс ынталандыруды қамтамасыз етуге тиіс: стационарлар үшін ( КШТ) қуаттылығына емес, қызмет көрсетулерге төлеу, ал БМСК үшін медицина ұйымдары қызметінің алдын алушылық бағыттылығын (жан басына шаққандағы н о р м а т и в ) ы н т а л а н д ы р у .

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

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

2006 жылдан бастап денсаулық сақтау саласына инвестицияларды жүзеге асыру жөніндегі қабылданатын барлық шешімдер немесе мемлекет қабылдайтын қосымша міндеттемелер нақты нәтижелер мен тиімділікке негізделуге тиіс. Тиісті әдістеме т а л д а п ж а с а л ы п , б е к і т і л м е к .

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

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

2005 жыл ішінде мемлекеттік бюджеттен медициналық көмектің кепілдендірілген көлемін көрсетуге бөлінген қаражатты медициналық ұйымдардың пайдалануының ашықтығын қамтамасыз ету жөніндегі шаралар жүйесі әзірленетін болады. Медициналық ұйымдардың түрлі көздерден, оның ішінде медициналық қызмет көрсетулерді ақылы негізде көрсету есебінен алынған қаражаттарды есепке алу жүйесі ж е т і л д і р і л е т і н б о л а д ы .

Медициналық қызмет көрсетулер мен тауарлар тұтынуды адам басына жіктеу қамтамасыз етіліп, сондай-ақ көрсетілетін қызметтерді емделушілер тарапынан б а қ ы л а у ж ү й е с і е н г і з і л е д і .

Аталған жұмыс халықты ақысыз медициналық қызмет көрсетулер тізбесі мен көлемі туралы кеңінен ақпараттандырып отырумен, өтіп жатқан процестердің тұрақты мониторингімен сүйемелденіп отырады. Халық қанша және не үшін төлеуге тиіс екендігі т у р а л ы қ а ж е т т і а қ п а р а т а л а д ы .

Салаға қосымша қаражат ағымдарын қамтамасыз ету мақсатында Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына өзгерістер мен толықтырулар жұмыс

берушілер тарапынан да, енгізіле отырып, халықтың өз тарапынан да ерікті медициналық сақтандыруды ынталандыру жөнінде шаралар қолданылатын болады.

Тәуекелдің таңданбалылығы проблемасын шешу ескеріле отырып, ерікті медициналық сақтандыру сақтанушыға да, сақтандырушыға да өзара пайдалы болады.

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

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

Түрлі өңірлердегі халықтың ақысыз медициналық көмектің кепілдендірілген көлеміне тең қолжетімділігін қамтамасыз ету үшін 2010 жылға қарай тиісті қаржылық қамтамасыз етумен бірге ауру құрылымы мен басқа да объективті факторлар ескеріле отырып, ұқсас медициналық қызметтер көрсеткені үшін тарифтерді аймақаралық теңестіру аяқталатын болады.

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

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

### **5.3.5. Дәрілік заттар айналымы саласын мемлекеттік реттеудің тиімділігін арттыру**

Қазақстан Республикасының халқын дәрілік заттармен қамтамасыз ету мемлекеттің маңызды міндеттерінің бірі болып табылады. Дәрілік заттарды қолдану алдын алу медицинасы мен ауруларды емдеуде өзекті рөл атқарады. Сонымен қатар, дәрілік заттар айналымы саласындағы қазіргі мемлекеттік реттеу құрылымы дәрілік заттар сапасы мен оның қолжетімділігін қамтамасыз ету бөлігінде қосымша шаралар қабылдауды талап етеді.

Осы мақсатта алда мынадай міндеттерді шешу тұр:  
халықтың негізгі өмірлік маңызы бар дәрілік заттарға жеке және экономикалық тең дәрежеде қолжетімділігін қамтамасыз ету;  
дәрілік заттарды бөлшек дәріханалық желілерде уәкілетті орган айқындайтын тізім

бойынша рецептпен беруді енгізу;  
дәрілік заттардың сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз ету жөнінде шаралар қолдану;

дәрілік заттарды ұтымды пайдалану;  
Қазақстан Республикасының 2003-2015 жылдарға арналған  
индустриялық-инновациялық даму стратегиясы шеңберінде фармацевтикалық және  
медициналық өнеркәсіпті одан әрі дамыту.

Алға қойылған міндеттерді екі кезеңде шешу көзделіп отыр.

Бірінші кезеңде, 2005-2007 жылдар ішінде:  
халық үшін негізгі (өмірлік маңызы бар) дәрілік заттарға қолжетімділігін арттыру  
және денсаулық сақтау ұйымдарының барлық деңгейінде, әсіресе ауылдық жерлерде  
формулярлық жүйені енгізуді қамтамасыз ету;

отандық фармацевтикалық салаға халықаралық стандарттарды енгізу жөнінде  
дайындық жұмыстарын жүргізу;

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

Қазақстан Республикасының мемлекеттік сатып алу туралы заңнамасына сатып  
алынатын дәрілік заттардың сапасына кепілдік беретін өзгерістер мен толықтырулар  
енгізу жолымен мемлекеттік сатып алудың тиімділігін арттыру;

колданылатын дәрілік заттардың жанама әсерлеріне мониторинг жүргізу;

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

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

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

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

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

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

Екінші кезеңде, 2008-2010 жылдары, дәрілік заттар айналымы саласында

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

### **5.3.6. Денсаулық сақтаудың бірыңғай ақпараттық жүйесі**

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

азаматтар денсаулығының жай-күйі туралы ақпарат жинаудың, өңдеу мен сақтаудың, медициналық және дәрілік көмек алуудың бірыңғай әдістемесін әзірлеу;

ақпаратты талдау, қорыту және денсаулық сақтау ұйымдары мен мемлекеттік органдарға ұсыну;

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

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

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

2007 жылдан бастап республиканың жекелеген аймақтарында медициналық көмек тұтынудың жіктелген есебін қамтамасыз ететін, емделушілердің медициналық электрондық картасын пайдалану жөнінде пилоттық жобалар енгізілетін болады.

ДБАЖ-ды 2010 жылға дейін дамыту үшін мынадай міндеттер шешілетін болады:

басқарушылық шешімдер қабылдау мен ДБАЖ-да жинақталған ақпараттар негізінде барлық деңгейде медициналық көмек көрсетудің сапасын басқаруды автоматтандыру;

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

ведомстволық, статистикалық және медициналық-технологиялық ақпараттық жүйе

әзірлеп, енгізу және оларды материалдық-техникалық сүйемелдеу; емделушілердің медициналық-электрондық картасын енгізу.

Денсаулық сақтауды ақпараттық қамтамасыз етуді дамыту мақсатында денсаулық сақтау саласындағы өкілетті органға ведомстволық бағынысты ақпараттық-талдау орталығы (бұдан әрі - АТО) құрылады. АТО-нің күшімен алға қойылған міндеттерге сәйкес саланың ақпараттық моделі жасалады, ол денсаулық сақтау ұйымдары қызметінің ақпараттық-анықтамалық жіктемелерінің базалық стандартталған, терминологиялық келісілген параметрлерін әзірлеу үшін негіз болады. Әзірленген жіктемелердің базасында, ақпаратты автоматтандырылған қайта өңдеуді одан әрі енгізу мақсатында және есепке алудың қосарланушылығын болдырмау, денсаулық сақтаудағы қазіргі есепке алу мен есептілік жүйелері қайта қаралатын болады. Нәтижесінде денсаулық сақтаудың, басқару органдарынан бастап халыққа тікелей медициналық көмек көрсетумен айналысатын медицина қызметкерлеріне дейін, барлық деңгейіне ақпараттық жүйені енгізудің әрбір кезеңінде деректерді жинау мен қайта өңдеу әдістемесі, сондай-ақ жиналған ақпаратты талдау мен басқарушылық шешімдер қабылдау әдістемесі әзірленетін болады. Қазіргі есепке алу мен есептілік жүйесі денсаулық сақтау ұйымдары қызметінің клиникалық және медициналық-экономикалық аспектілеріне сәйкестендірілетін болады.

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

#### **5.4. Ана мен бала денсаулығын қорғау**

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

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

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

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



медициналық тексерулерден, сауықтырудан өткізу;

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

2005 жылдан бастап ұрпақ әкелу денсаулығы мен бала денсаулығына әсер ететін ауруларды емдеу үшін жүкті әйелдерді, сондай-ақ балалардың жекелеген санаттарын (5 жасқа дейінгі балаларды - 2005 жылдан, диспансерлік есепте тұратын балаларды 2006 жылдан бастап) амбулаториялық емдеу үшін дәрілік заттармен қамтамасыз ету;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **5.5.1. Медицина ғылымын дамыту**

Медицина ғылымын дамыту азаматтар денсаулығын сақтау мен жақсарту мақсатында жүргізілетін іргелі және қолданбалы зерттеулердің басым бағыттарын әзірлеуді көздейді.

Медицина ғылымын дамыту процесінде инновациялық тиімді ресурс үнемдейтін технологиялар енгізу арқылы практикалық денсаулық сақтаудың өзекті проблемаларын шешуді қарастыратын болады.

Медицина ғылымы мынадай бағыттар бойынша дамиды:

әлеуметтік жағынан елеулі аурулардың алдын алудың, ерте анықтаудың, емдеудің және оңалтудың озық технологияларын басым әзірлеу және қолданысқа енгізу;

іргелі және қолданбалы медицина ғылымының, оның негізгі даму бағыттарын қалыптастыруға және іргелі медициналық зерттеулер бағдарламаларына әкімшілік етуге Денсаулық сақтау министрлігінің қатысуын қамтамасыз ете отырып, сабақтастығы;

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

қазақстандық медицина ғылымының халықаралық ғылыми-зерттеу ұйымдарына интеграциялануын, халықаралық серіктестікті дамыту;

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

## 5.6. Денсаулық сақтау кадрларын даярлау және қайта даярлау

Медициналық және фармацевтикалық білім сапасын көтеру мақсатында медицина кадрларын даярлау мен қайта даярлау жүйесіне елеулі өзгерістер енгізілетін болады. Медициналық ерекшелік ескеріле отырып, денсаулық сақтауды дамытудың стратегиялық бағытына бағдарланған, даярлау мен қайта даярлаудың тиімді әрекет ететін жүйесін құруға бағытталған медициналық білім берудің нормативтік құқықтық б а з а с ы ж а с а л а д ы .

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

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

БМСК ұйымдарын жалпы практика дәрігерлерімен кадрлық қамтамасыз ету 2005 жылдан бастап субординатурада және интернатурада даярлаудың әзірленген бағдарламалары негізінде ортақ емдеу желісі дәрігерлерін қайта даярлау жолымен де, медициналық ЖОО-да жалпы практика дәрігерлерін даярлау жолымен де жүзеге а с ы р ы л а т ы н б о л а д ы .

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

Бірінші кезеңде мынадай шаралар іске асырылмақ:  
лицензиялауды, мемлекеттік аттестаттауды және білім берудің халықаралық стандарттарына жақындау мақсатында - меншік нысанына қарамастан, медициналық және фармацевтикалық ұйымдарды мемлекеттік тіркеуді жүзеге асыру жүйесіне тиісті өзгертулер е н г і з і л е д і ;

медициналық білім беру ұйымдарында қабылдау мен оқытуға талап жоғарлатылады ;

медициналық және фармацевтикалық мамандықтар бойынша оқытудың бағасы кезең-кезеңімен ұ л ғ а й т ы л а д ы ;

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

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

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

халықаралық тәжірибе ескеріле отырып, интернатурада (резидентурада) практикалық оқып-үйренуді енгізумен бірге даярлаудың мемлекеттік стандарттарын өзгерту жолымен жалпы практика дәрігерлерін даярлау бағдарламалары жетілдіріледі;

медициналық ЖОО-ның профессорлық-оқытушылар құрамын тұрақты (5 жылда бір рет) аттестаттау енгізіледі;

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

денсаулық сақтауды ақпараттандыру бағдарламасы шеңберінде алыстан оқыту нысандары енгізіледі;

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

2005 жылдан бастап көбіне экономикалық салада мамандар даярлауды жүзеге асыратын жоғары оқу орындарында базалық экономикалық және медициналық білім беру негізінде, және қосымша білім берудің тиісті бағдарламаларын іске асырушы ұйымдарда денсаулық сақтау кадрларының біліктілігін көтеру және оларды қайта даярлау бағдарламалары шеңберінде денсаулық сақтау менеджерлерін даярлау басталады;

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

Екінші кезеңде:

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

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

медициналық білім беру сапасына тәуелсіз бақылау жүйесі енгізіледі.

## **5.7. Бағдарламаны іске асырудың тетіктері**

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

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

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

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

Бағдарламаның орындалу барысының мониторингі мен талдауы;  
Бағдарламаны ұйымдастырушылық-әдістемелік сүйемелдеу;  
денсаулық сақтау саласын реформалау мен дамыту мәселелері жөнінде оңтайлы шешімдер қабылдауға мүмкіндік беретін ақпарат жинау мен талдаудың алдыңғы қатарлы технологияларын әзірлеу мен пайдалану;

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

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

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

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

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

## **6. Қажетті ресурстар мен қаржыландыру көздері**

Бағдарламаны 2005-2010 жылдары іске асыруға республикалық және жергілікті бюджеттердің қаражаты, сондай-ақ, Қазақстан Республикасының заңнамаларында тыйым салынбаған басқа да қаражаттар бағыттталатын болады.

Мемлекеттік бюджеттен Бағдарламаны іске асыруға жұмсалатын жалпы шығындар 165 658,5 млн. теңгені, республикалық бюджет қаражатынан (жергілікті бюджеттердің мақсатты трансферттерін қоса алғанда) 134 609,9 млн. теңгені, жергілікті бюджеттердің қаражатынан 31 048,6 млн. теңгені құрайды.

Жекелеген іс-шаралар жергілікті деңгейде республикалық бюджет қаражатынан бөлінетін мақсатты трансферттер есебінен жүзеге асырылатын болады.

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

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

## **7. Бағдарламаны іске асырудан күтілетін нәтижелер және оның индикаторлары**

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

Бағдарламаны іске асыру нәтижесінде:

халықтың, саланың және мемлекеттің сұранысын қанағаттандыратын оңтайлы денсаулық сақтау моделі құрылады;

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

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

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

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

дәрігерлерді шақыру саны азайып, БМСК деңгейінде көмек көлемі есебінен жедел медициналық көмек көрсету сапасы көтерілетін болады;

2010 жылға қарай БМСК ұйымдары нормаларға сәйкес білікті дәрігерлермен және орта медицина қызметкерлерімен қамтамасыз етілетін, жабдықтармен ж а р а қ т а н д ы р ы л а д ы ;

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

медициналық қызмет көрсетулер сапасын басқарудың тиімді жүйесі енгізіледі; медициналық қызмет көрсетудің оның барлық кезеңінде қолжетімділігі, тиімділігі м е н с а б а қ т а с т ы ғы а р т а д ы ;

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

денсаулық сақтауға арналған мемлекеттік бюджет пен халықтың қаражаттарын пайдаланудың тиімділігі артады, бұл ретте ресми емес төлемдер деңгейі едәуір т ө м е н д е й д і ;

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

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

туберкулезбен ауыру халықтың 100 мың адамына шаққанда 2003 жылғы 160,4-тен 2007 жылы 150,0-ге, 2010 жылға қарай халықтың 100 мың адамына шаққанда 135,0-ге т ү с е д і ;

көбіне жыныстық жолмен берілетін жұқпалы аурулар жыл сайын 10 процентке т ө м е н д е й т і н б о л а д ы ;

дәрілік заттардың айналымы саласында мемлекеттік реттеудің тиімділігі өседі; отандық бәсекеге қабілетті фармацевтикалық және медициналық өндіріс көлемі а р т а д ы ;

диагностиканың қазіргі заманғы әдістері және емдеудің халықаралық стандарттары е н г і з і л е т і н б о л а д ы ;

мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық жүйенің құжаттарын халықаралық стандарттармен үйлесімді ету жүргізіледі;

медициналық білім беру ұйымдарының материалдық-техникалық базасы жақсарады , медицина кадрларын даярлау және қайта даярлау жетілдіріледі, медициналық ЖОО



мен колледждерде оқуға деген талап күшейтіледі. Кадрларды бекіту тетіктерін енгізу, медициналық ЖОО мен колледждерге мемлекеттік тапсырыс бойынша қабылдауды арттыру есебінен саланы кадрлық қамтамасыз ету проблемасы шешілуге тиіс; медицина қызметкерлерін даярлау мен қайта даярлаудың сапасы едәуір артады, дәрігердің және медицина қызметкерінің құқықтары мен жауапкершілігі күшейтіледі, олардың әлеуметтік мәртебесі мен қоғамдағы беделі көтеріледі.

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