

**Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ісiн 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 көрсетудiң тиiмдi жүйесiн құру, Қазақстан Республикасының халқы денсаулығының негізгі көрсеткiштерiн жақсарту мақсатында қаулы етемін:

      1. Қоса берiлiп отырған Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау iсiн реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған мемлекеттiк бағдарламасы (бұдан әрi - Бағдарлама) бекiтiлсiн.

      2. Қазақстан Республикасының Үкiметi бiр ай мерзiмде Бағдарламаны iске асыру жөнiндегi iс-шаралар жоспарын әзiрлесiн және бекiтсiн.

      3. Орталық және жергілiктi атқарушы органдар, сондай-ақ Қазақстан Республикасының Президентiне тiкелей бағынатын және есеп беретiн мемлекеттiк органдар Бағдарламаны iске асыру жөнiнде шаралар қолдансын.

      4. Бағдарламаның орындалуын қамтамасыз етудi бақылау және үйлестiру Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлiгiне жүктелсiн.

      5. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлiгi жарты жылда бiр рет, есептi кезеңнен кейiнгi айдың 25-күнiнен кешiктiрмей Қазақстан Республикасы Президентінің Әкімшілігіне және Қазақстан Республикасының Үкіметіне Бағдарламаның іске асырылу барысы туралы ақпарат ұсынсын.

      6. Осы Жарлық қол қойылған күнінен бастап күшіне енеді.

*Қазақстан Республикасының*

*Президенті*

Қазақстан Республикасы

Президентінің

2004 жылғы 13 қыркүйектегі

N 1438 Жарлығымен

бекітілген

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

 **1. Бағдарламаның паспорты**

Бағдарламаның      Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау iсiн

атауы              реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға

                   арналған мемлекеттiк бағдарламасы

Әзiрлеу үшiн       Президенттiң "Бәсекеге қабiлеттi Қазақстан үшiн, негiз              бәсекеге қабiлеттi экономика үшiн, бәсекеге

                   қабілетті халық үшiн" атты 2004 жылғы 19

                   наурыздағы Қазақстан халқына  Жолдауы

Әзiрлеушi          Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау

                   министрлiгi

Мақсаты            Мемлекет пен адам арасында денсаулық сақтау үшiн

                   ынтымақтасқан жауапкершiлiк принциптерiне, халық

                   денсаулығын жақсартуға бағытталған бастапқы

                   медициналық-санитарлық көмектi басым дамытуға

                   негiзделген медициналық көмек көрсетудiң тиiмдi

                   жүйесiн құру

Мiндеттерi         Мемлекет пен адам арасында денсаулықты сақтау

                   үшiн жауапкершiлiктi бөлiсу;

                   негiзгi екпiндi бастапқы медициналық-санитарлық

                   көмекке (бұдан әрi - БМСК) нақты көшiре отырып,

                   медициналық көмек көрсетудi ұйымдастырудың

                   халықаралық принциптерiне көшу;

                   денсаулық сақтауды басқарудың жаңа моделiн және

                   саланың бiрыңғай ақпараттық жүйесiн құру;

                   ана мен бала денсаулығын нығайту, медициналық-

                   демографиялық ахуалды жақсарту;

                   әлеуметтiк жағынан елеулi аурулардың деңгейiн жыл

                   сайын төмендету;

                   медициналық бiлiм берудi реформалау

Iске асыру         2005-2010 жылдар

мерзiмдерi         бiрiншi кезең: 2005-2007 жылдар

                   екiншi кезең: 2008-2010 жылдар

Қажеттi            Бағдарламаны 2005-2010 жылдары iске асыруға

ресурстар мен      республикалық және жергiлiктi бюджеттердiң

қаржыландыру       қаражаты, сондай-ақ, Қазақстан Республикасының

көздерi            заңнамаларында тыйым салынбаған басқа да

                   қаражаттар бағытталатын болады. Мемлекеттiк

                   бюджеттен бағдарламаны iске асыруға жұмсалатын

                   жалпы шығындар 165 658,5 млн. теңгенi, соның

                   iшiнде республикалық бюджет қаражатынан 134609,9

                   млн. теңгенi, жергiлiктi бюджеттердiң қаражатынан

                   31 048,6 млн. теңгенi құрайды.

                   Жылдар     Барлығы    Республикалық  Жергілiктi

                   бойынша               бюджет         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 көлемi жыл

                   сайын көбейтiлiп, 2010 жылға қарай ЖIӨ-нiң 4%-не

                   дейiн жеткiзу көзделедi.

Күтілетiн          Бағдарламаны iске асыру нәтижесiнде:

нәтижелер          денсаулық сақтауда халықтың, саланың және

                   мемлекеттің сұранысын қанағаттандыратын тиiмдi

                   модель құрылатын болады;

                   халықтың медициналық көмекпен қамтамасыз

                   етiлуiнiң деңгейi айтарлықтай артады, адамның өз

                   денсаулығын сақтауына ынталандырулар енгiзiлетiн

                   болады;

                   азаматтардың медициналық көмекке тең

                   қолжетiмдiлiгi қамтамасыз етiлетiн болады және

                   мемлекет пен азаматтың денсаулықты сақтауда

                   ынтымақтасқан жауапкершiлiк принципi iске

                   асырылатын болады;

                   БМСК деңгейiнде тегiн медициналық көмектiң

                   көлемiн кеңейту есебiнен алдын алу, сауықтыру

                   iс-шараларының көлемi ұлғаяды, ауруларды

                   диспансерлеудiң тиiмдiлiгi мен сапасы артады,

                   еңбекке жарамсыздықтың уақытша және тұрақты

                   деңгейi төмендейдi;

                   көлемдердiң бiр бөлiгiн стационарлық сектордан

                   амбулаториялық секторға қайта бөлу және

                   стационарды ауыстыратын технологияларды тиiмдi

                   пайдалану негiзiнде медициналық көмек

                   көрсетудегi сәйкессiздiк жойылатын болады;

                   медициналық қызмет көрсету сапасын басқарудың

                   тиiмдi жүйесi енгiзілетiн болады;

                   медициналық көмектiң барлық кезеңiнде оны

                   көрсетудің қолжетiмділiгi, тиiмділiгi және

                   сабақтастығы артады;

                   қаржыландыру жүйесі жетілдірілетін болады, тегiн

                   медициналық көмек көрсетудiң кепiлдiк берiлген

                   көлемiн қаржыландыру тапшылығы жойылады, саланың

                   субъектілерi арасында өзара есеп айырысудың

                   тетiктерi енгiзiледi;

                   денсаулық сақтауға арналған мемлекеттiк бюджеттiң

                   және халықтың қаражаттарын пайдаланудың

                   тиiмділiгi артады, бұл ретте бейресми төлемдер

                   деңгейi айтарлықтай төмендейдi;

                   денсаулық сақтаудың бiрыңғай ақпараттық жүйесi

                   құрылатын болады;

                   ұрпақты болу жасындағы әйелдердiң және балалардың

                   денсаулық индексi артады, ана мен сәби өлiмi

                   көрсеткiштерi тұрақты төмендейдi;

                   әлеуметтiк жағынан елеулi аурулар бойынша жағдай

                   тұрақтанады, жұқпалы және жұқпалы емес аурулардың

                   деңгейi төмендейдi;

                   дәрiлiк заттардың айналымы саласында мемлекеттiк

                   реттеудiң тиiмдiлiгi артады;

                   бәсекеге қабiлеттi отандық фармацевтикалық және

                   медициналық өнiмдердi өндiру көлемi артады;

                   диагностиканың қазiргi заманғы әдiстерi және

                   емдеудiң халықаралық стандарттары енгiзілетiн

                   болады;

                   мемлекеттiк санитарлық-эпидемиологиялық нормалау

                   жүйесiнiң құжаттарын халықаралық стандарттармен

                   үйлесiмдi ету жүргiзiлетiн болады;

                   кадрларды бекiту тетігін енгiзу, медициналық

                   жоғары оқу орындары (бұдан әрi - ЖОО) мен

                   колледждерге мемлекеттік тапсырыс бойынша

                   қабылдауды арттыру есебiнен саланы кадрлық

                   қамтамасыз ету проблемасы 2010 жылға қарай

                   медициналық бiлiм берудің барлық деңгейiн

                   реформалау жолымен шешiлетiн болады;

                   дәрiгердiң және медицина қызметкерiнiң құқықтары

                   кеңейтiледi және жауапкершiлiгi күшейтiледi,

                   олардың әлеуметтiк мәртебесi мен қоғамдағы

                   беделi көтерiлетiн болады.

 **2. Кiрiспе**

      Халық денсаулығының жай-күйi қоғамның әлеуметтiк бағдарлылығының, мемлекеттiң өз азаматтарының алдындағы жауапкершiлiк дәрежесiн сипаттайтын әлеуметтiк кепiлдiктерiнiң интегралды көрсеткiшi болып табылады.

      Қазақстан, мемлекеттiк қалыптасуы кезеңiнде елеулi экономикалық құлдырауға ұшырап, әлеуметтiк салада, соның iшiнде кеңес уақытында құрылған және негiзiнен жұмыстың сандық көрсеткiштерiне бағдарланған медициналық ұйымдардың икемсiз жүйесiнен тұратын денсаулық сақтау жүйесiнде елеулi оңтайландыру жүргiздi.

      Соңғы жылдары Қазақстан едәуiр экономикалық өсуге қол жеткiздi, осының нәтижесiнде денсаулық сақтау саласын қаржыландыру елеулi өстi (соңғы үш жылда екi рет), сондай-ақ олардың одан әрi дамуының перспективалары жасалды. Әлеуметтiк бағдарлана отырып мемлекет бұдан әрi де саланың дамуына елеулi түрде көңiл бөлуге ниеттенедi.

      Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (бұдан әрi - ДДҰ) дерегi бойынша азамат денсаулығының тек 8-10 %-i ғана денсаулық сақтау жүйесiнiң жұмысына байланысты екендiгiне қарамастан, мемлекеттiң қоғамдық денсаулық сақтау жөнiндегi күш-жiгерi экономикалық және әлеуметтiк прогреске қарай өсе түсуге тиiс.

      Осыған байланысты денсаулық сақтауға азаматтардың өздерiн, жұмыс берушiлердi тарту және денсаулық сақтау саласында iс-шаралар жүргiзудi сектораралық үйлестiрудi күшейту маңызды.

      Бүгiнгi таңда саланы дамытып отырған негiзгi бағдарламалық құжаттар оларды әзiрлеу сәтiндегi талаптарына барабар болған, алайда қазiргi уақытта олар экономикадағы, сол сияқты басқа да секторлардағы өзгерiстер қарқынынан кейiн қалып отыр. Осы құжаттарда белгiленген жекелеген iс-шаралар түпкілiктi нәтижеге бағдарланбаған, ал құрылымдық қайта құрулар, соның iшiнде қаржыландыру жүйесiн өзгерту үнемi дәйектi сипатқа ие бола бермейдi. Бүгiнгi күнi денсаулық сақтау жүйесiнiң жай-күйi қоғамды, мемлекеттi және саланың өзiн толық қанағаттандырады деп тұжырымдауға болмайды.

      Жинақталған проблемалар денсаулық сақтау саласын басқару қағидаттарын түбегейлі қайта қарауды талап етедi. Мемлекет басшысының 2005 жылға арналған  Жолдауында саланың басқару жүйесiн, денсаулық сақтау iсiн қаржыландыруды, ұсынылатын медициналық көмек берудi ұйымдастыруды, денсаулық сақтау жүйесiнiң нормативтiк базасын, саланың статистикасы мен оны ақпараттандыруды, есептілiктi оңтайландыруды жетiлдiруге, сондай-ақ қаржы ресурстарын тиiмдi пайдалану мен сатып алуды міндеттi түрде орталықсыздандыру бөлігінде байыпты өзгерiстер жүргiзу қажеттiгi көрсетiлген.

      Бiрiншi кезектегi мiндеттер ретінде мыналар белгiленген:

      негiзгi екпiндi БМСК-ге, стационарда емдеуден амбулаториялық емдеуге көшiру;

      халықаралық стандарттарға, емдеу мен медициналық қызмет көрсетудiң жаңа технологиялары мен қазiргi заманғы әдiстерiне жүйелi түрде көшу;

      ана мен бала денсаулығын нығайту;

      тәуелсіз сарапшыларды тарта отырып, тәуелсіз сараптау жүйесiн құру;

      денсаулық сақтау жүйесiн, саланың ресурстары мен қаржыландыруды басқару менеджерлерiн даярлау;

      әлеуметтiк жағынан елеулi аурулардың алдын алу, оларды диагностикалау және емдеу;

      денсаулық сақтау ұйымдарының материалдық-техникалық базасын нығайту.

      Денсаулық сақтауды реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған осы мемлекеттiк бағдарламасы (бұдан әрi - Бағдарлама) Қазақстанның 2030 жылғы кезеңге дейiнгi  Даму стратегиясын , Президенттiң "Бәсекеге қабiлеттi Қазақстан үшiн, бәсекеге қабiлеттi экономика үшiн, бәсекеге қабiлеттi халық үшiн!" атты 2004 жылғы 19 наурыздағы Қазақстан халқына  Жолдауын iске асыру мақсатында әзiрленген.

      Бағдарламада Қазақстан Республикасында қолжетімді, сапалы, әлеуметтiк бағдар ұстанған және экономикалық тиiмдi денсаулық сақтау жүйесiн дамытуға бағытталған қажеттi экономикалық, әлеуметтiк, ұйымдастырушылық және басқа да шаралардың жиынтығы белгiленген.

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

      Қазақстан Республикасы халқы денсаулығының жай-күйі, санитарлық-эпидемиологиялық ахуал және денсаулық сақтау жүйесiнiң дамуы соңғы онжылдықта оң үрдiстермен де, сол сияқты терiс үрдiстермен де сипатталды.

      Соңғы жылдары негiзгi медициналық көрсеткiштердi - тууды, өлiм-жiтiмдi, өмiр сүрудің орташа ұзақтығын тұрақтандыруға қол жеткiзiлдi. Жұқпалы аурулармен ауыру төмендедi. Денсаулық сақтау саласында бiрқатар реформалар жүргiзiлді, олардың бір бөлiгi табысты iске асырылды, басқалары өзiнiң қисынды жалғасына жетпеді. Соңғыларына мiндеттi медициналық сақтандыру жүйесiн құруды, отбасылық медицина моделiне көшуге әрекеттенудi жатқызуға болады. Солардың арасынан саланың нормативтiк құқықтық базасын құруды, денсаулық сақтауды қаржыландырудың елеулi ұлғаюын оң өзгерiстер ретiнде атап өткен жөн, бұл бірқатар қазiргi заманғы клиникалардың құрылысын жүзеге асыруға, медициналық ұйымдарға күрделi жөндеулер жүргiзуге және олардың материалдық-техникалық жарақтандырылуын жақсартуға, емдеу-диагностикалық процесіне жаңа медициналық технологиялар енгiзуге мүмкiндiк туғызды. Медициналық көмек көрсетудің сапасын жақсарту және оның қолжетімділігін арттыру нәтижесiнде бiрқатар жұқпалы және басқа да ауруларға қатысты халық денсаулығының жай-күйінде оң үрдiстерге қол жеткізілді. Алайда республика халқының денсаулық жағдайы өлшемiнiң көптеген бөлігі қанағаттанғысыз болып отыр.

**Медициналық-демографиялық ахуал және науқастанушылық**

      Қазақстанда соңғы жылдары белгілi бiр медициналық-демографиялық өзгерiстер болды. Республикада халықтың саны 2003 жылы 1999 жылмен салыстырғанда 49,6 мың адамға өстi және 2004 жылдың басында 14 951,2 мың адамды құрады.

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

      Соңғы 5 жыл iшiнде халықтың табиғи өсiмi 1000 адамға шаққанда 2003 жылы 6,7-ні құрай отырып, 1,6 есе өстi. 1999 жылдан бастап халықтың өлiм-жiтiм коэффициентiнiң болмашы өсуi байқалады, ол 1000 адамға шаққанда 2003 жылы 1999 жылғы 9,7-ге қарағанда, 10,5-тi құрады. Соңғы 5 жыл iшiндегi ерлер мен әйелдер өлiм-жiтiмiнiң неғұрлым үлкен жас мөлшерi коэффициентi 70 және одан да астам жасқа сәйкес келедi, ол жас мөлшерi тобын 1000 адамға шаққанда 2002 жылы тиiсiнше 104,51-дi және 79,98-дi құрады. Халықтың өлiм-жiтiм құрылымында жүрек-қан тамыры, онкологиялық аурулар, жарақаттану жетекшi орын алады. Өлiм-жiтiм құрылымының көрсеткiштерiн бұрмалау факторларының бiрi - өлiм себебiн тиiмдi сараптау жүйесiнiң жоқтығы болып табылады.

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

      Қазақстан Республикасы халқының жалпы науқастанушылық көрсеткiшi серпiндi өстi және 2003 жылы халықтың 100 мың адамына шаққанда 1999 жылғы 47972,8-гe қарағанда 56413,9-ды құрады.

      Науқастану құрылымында халықтың 100 мың адамына шаққанда бiрiншi орынды - тыныс алу ағзаларының аурулары (22160,6), екiншi орынды - жарақаттар мен уланулар (4003,7), үшiншi орынды - несеп-жыныс жүйелерiнiң аурулары (3948,6), төртiншi орынды - терi және терi асты клеткаларының аурулары (3847,0), одан соң ас қорыту ағзаларының аурулары (3688,7), көз және онымен байланысты аурулар (2748,2), жұқпалы және паразиттiк аурулар (2482,1) алады. Әлеуметтiк жағынан елеулi аурулардың арасында 2003 жылы бiрiншi орынды наркологиялық аурулар алды (халықтың 100 мың адамына шаққанда 424,4), ол бұл тiзбеде өзге де аурулардың көрсеткiшiнен 4 есе және одан да асып түстi.

      Республикада сәби өлiм-жiтiмi көрсеткiшiнiң азаю үрдiсi бар, алайда, тұтастай алғанда, Еуропа елдерiмен салыстырғанда айтарлықтай жоғары болып отыр және 2003 жылы 1000 тiрi туғандарға шаққанда 15,3-тi құрады. Бұл ретте, осы көрсеткiштiң ДДҰ-ның ұсынымдары ескерiлмей есептелгендiгiн атап көрсеткен жөн.

      Ана өлім-жiтiмi көрсеткiшiнiң 1999 жылмен салыстырғанда 2003 жылы 100 мың тірі туғандарға шаққанда 65,3-тен 42,1-ге дейiн азайғандығы байқалады. Республикада ана өлiмi негізгi себептерiнiң бiрi - әйелдер денсаулығы индексiнiң төмендiгi болып табылады, ол 20-30%-тi құрайды.

      Балалар денсаулығының жай-күйі алаңдатушылық туғызады. Балаларды жаппай алдын ала тексеру жүргiзу екi баланың бiрiнiң ауру екендiгiн көрсеттi және ол сауықтыру терапиясына барабар алдын алу жұмыстарын, бiрiншi кезекте амбулаториялық-емханалық деңгейде ұйымдастыруды талап етедi. ДДҰ-ның ұсынымдарына сәйкес 5 жастағы балалар ауруының көбiсiн амбулаториялық жағдайда тиiмдi емдеуге болады, соған қарамастан Қазақстанда осы жастағы балалардың 60%-тен астамы стационарда емделедi. Ауруханаға балаларды жатқызу себептерiнiң бiрi - дәрiлiк заттарға амбулаториялық деңгейде қолжетiмділiктiң төмендiгi.

      Әлеуметтiк жағынан елеулi аурулардың жоғары көрсеткiштерi сақталуда. Психикалық және наркологиялық аурулар, қант диабеті, өңеш-өкпе аурулары, жүрек-қан тамыры патологиясы, туберкулез, жыныстық жолмен берiлетiн жұқпалы аурулар, қатерлi iсiктер елеулi проблема болып табылады. Өкiнiшке қарай, бүгiнгi таңда денсаулық сақтау аурулардың алдын алуға емес, емдеу сипатындағы шараларға көбірек бағдарланған, ал халықтың өзі денсаулығын сақтауға жеткiлiктi дәрежеде бағдарланбаған. Бұл туралы, атап айтқанда, асқынған нысандағы iсiк аурулары анықталуының өсуi, сондай-ақ халықтың жүрек-қан тамыры ауруларынан қайтыс болуының жоғары көрсеткiшi айғақтайды. ДДҰ деректерi бойынша туберкулез ауруының көрсеткiшi бойынша Қазақстан ТМД елдерiнiң арасында жетекшi 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 iшiнде пенитенциарлық мекемелер жүйесiнде таралуы өрши түсуде. Осыған байланысты, республикада ЖҚТБ-ның iндетiне қарсы iс-әрекет жөнiндегi 2001-2005 жылдарға арналған  бағдарлама қабылданып, iске асырылуда. Алайда, қабылданған шаралар әзiрше iндеттiң қарқынын бәсеңдетуге ғана мүмкiндiк бердi.

      Тұтастай алғанда қазақстандықтардың денсаулығы жай-күйiнiң қанағаттанғысыз болуына денсаулық сақтау жүйесiнiң алдын алудағы белсендiлiгiнiң әлсiздiгi, халық тарапынан өзiнiң денсаулығына жауапкершiлiктiң жеткiлiксiздiгi, денсаулық сақтау мәселелерiнде сектораралық өзара iс-қимылды тиiмсiз жүргiзу, сондай-ақ өтпелi кезеңнiң әлеуметтiк-экономикалық проблемалары себеп болды.

**Денсаулық сақтау жүйесi**

      Қазақстан Республикасында тәуелсiздiк жылдарында саланы реформалау қадамдары бiрнеше мәрте жасалды. Айталық, 1996-1998 жылдары денсаулық сақтау жүйесiне принциптi түрдегi жаңа екi элемент: сатып алушы мен сатушы қатынастарының және медициналық көмектiң көлемi мен сапасына байланысты сараланған еңбекақы төлемiнiң пайда болуына мүмкiндiк туғызатын денсаулық сақтауды қаржыландырудың бюджеттiк-сақтандыру моделi енгiзiлген болатын. 1999 жылдан бастап бөлінетін қаражатқа байланысты түпкiлiктi нәтижеге бағдар ұстануға мүмкіндік беретiн бағдарламалық қаржыландыру енгiзiлдi. Сонымен бiрге, реформаларды талдау көрсеткендей, олар елеулi өзгерiстерге бағытталмады, өзiнің қисынды ақырына жеткiзiлген жоқ, және денсаулық сақтау жүйесіндегі жағдайды түбегейлi өзгерте алмады.

      Саланы басқару құрылымында соңғы жылдары болып өткен өзгерістер арасынан Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігiн қалпына келтiрудi, Фармация комитетiн, фармацевтикалық және медициналық өнеркәсiп пен оның аумақтық бөлiмшелерiн, сондай-ақ бақылау-қадағалау функцияларын жүзеге асыратын мемлекеттiк санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау органдары мен санитарлық-эпидемиологиялық сараптама және зертханалық зерттеулер жүргiзетiн мемлекеттiк ұйымдар қызметiне бөле отырып, Мемлекеттiк санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау комитетiн құруды атап өту керек.

      Қазiргi кезде республикалық денсаулық сақтау жүйесi, барлық ведомстволарды қоса алғанда, 886 ауруханалық және 3463 амбулаториялық-емханалық медициналық ұйымдар жүйесiнен тұрады. Өңiрлердегi медициналық көмектi ұйымдастыру жүйесiнiң өзiнде мынадай бiрқатар өлшемдер:

      қаржыландыру және басқару функцияларын топтастыру деңгейi;

      бiр тұрғынға есептегенде тегiн медициналық көмектiң кепiлдiк берілген көлемiн қаржыландыруға бөлiнетiн ресурстардың мөлшерi;

      пайдаланылатын қаржыландыру әдiстерi;

      БСМК құрылымы;

      медициналық ұйымдардың ұйымдастыру нысандары;

      медициналық көмек сапасын бақылау жүйесi бойынша айырмашылықтары бар.

      Iстің мұндай жай-күйi азаматтардың денсаулығын сақтау саласындағы жалпы мемлекеттiк саясатты жүргiзудi және олардың мемлекеттiк кепілдiктердi тең дәрежеде алуын едәуiр қиындатады.

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

      Халықтың төсек-орындармен қамтамасыз етiлу көрсеткiшi халықтың 10 мың адамына шаққанда 76,8-ді құрады (төсек-орындардың жалпы саны - 114782). Бұл халықтың 10 мың адамына шаққанда 73,3 құрайды. ДДҰ деректеpi бойынша ол еуропалық орташа көрсеткiштен бiршама жоғары. Бұл көрсеткiштiң көлемiнен тiптi дамыған елдердiң (Германия, Франция, Жапония және т.б.) өзiнде айтарлықтай-айырмашылық байқалады, ал жоғары көрсеткiштер негiзiнен медициналық қызмет көрсетудiң негiзгi тұтынушылары болып табылатын кәрi жастағы адамдардың басым үлесiмен түсіндіріледi.

      Дәрігерлердің саны 54,6 мыңға орта медициналық қызметкерлер - - 115,0 мыңға жетті, дәрiгерлермен қамтамасыз ету халықтың 10 мың адамына шаққанда - 36,5-тi, орта медициналық қызметкерлермен қамтамасыз ету - 76,9-ды құрайды. Алайда халықты медициналық қызметкерлермен және төсек қорымен қамтамасыз етудiң орташа көрсеткiштерiнiң жоғарылауына қарамастан, Қазақстандағы денсаулық сақтау жүйесi, әсiресе БМСК деңгейiнде, жеткiлiктi дәрежеде тиiмдi жұмыс iстей алмай келедi.

      Соңғы жылдарда фельдшерлiк және фельдшерлiк-акушерлiк пункттердi (бұдан әрi - ФП және ФАП) қайта қалпына келтiру жұмыстары жүргiзiлсе де, алайда бүгiнгi күнi қалыптасқан жағдай әлi де БМСК-нi дамытуға және нығайтуға жеткiлiксiз көңiл бөлумен, оның бастапқы буынының нақты мүмкiндiктерiн жеткiлiксiз бағалаумен, қалдық принципi бойынша қаржыландырумен және технологиялық тұрғыдан артта қалушылықпен сипатталады. БСМК-нiң медициналық қызметкерлерiнде еңбек нәтижелерiн жақсартуға экономикалық уәждеме жоқ, олардың қоғамдағы беделi төмендетiлген.

      Қазiргi уақытта БМСК объектiлерi бiлiктi мамандармен жас ақталмаған. Емдеу-алдын алу ұйымдары материалдық-техникалық базасының, әсiресе ауылдық жерлерде қанағаттанғысыз жағдайда болуы жалғасуда. Талдаулар бiрқатар өңiрлерде амбулаториялық-емханалық бiр ауысымда оларға барушылардың iс жүзiндегi саны нормативтi көрсеткiштерден 1,5 еседен асатындығын көрсетедi.

      Медициналық ұйымдар, негiзiнен, бейiмделмеген, санитарлық-гигиеналық талаптарға жауап бермейтiн үй-жайларда орналасқан (ауылда - 70%-тен астам). Қазiргi заманғы медициналық жабдықтармен, санитарлық автокөлiкпен жарақтандыру 50%-тен төмен. Ауылдағы БМСК объектiлерiнiң тек 36%-iне ғана телефон орнатылған. Дәрілiк заттарды сату ауылдық денсаулық сақтау объектiлерiнiң барлығында бiрдей ұйымдастырылмаған. Қазақстан Республикасының Төтенше жағдайлар жөнiндегi агенттiгi өткiзген паспорттаудың деректерi бойынша республиканың сейсмикалық қауiптi өңiрлерiнде қазiргi кезде бар ғимараттар мен құрылыстар белгiленген нормаларға сәйкес келмейдi, денсаулық сақтау ұйымдарының 447-ci нығайтуға немесе құлатуға жатады. Медициналық жабдықтарға сервистiк қызмет көрсетудiң тиiмдi жүйесi жоқ.

      Жүктелген функцияларды жүзеге асыру қажеттілiктерiне байланысты БМСК-ға шығындарды жүйелi түрде ұлғайту жүргiзілмедi, бұл аталған буын қызметiнiң тиiмділiгiне әсер етедi. Қазiргi кезде БМСК-нi қоса алғанда, мемлекеттiк медициналық ұйымдар үш бағыт - қызмет көрсетулерге ақы төлеу, күрделi жөндеу мен медициналық және медициналық емес жабдықтарды сатып алу бойынша бюджеттiк қаражат алады. Ал БМСК-ға жан басына шаққандағы норматив, әдетте, тұтынушылық баға индексiне және еңбекақыны көбейтуге тең дәрежеде ұлғайтылады. Жан басына шаққандағы нормативтің қазiргi түрi - бұл жүргiзiлген оңтайландыруды ескере отырып, БМСК-iнiң ескi жүйесiн ұстауға жұмсалатын шығыстар. Қолданыстағы қызмет көрсетулерге ақы төлеу әдiстемесi жеке медициналық ұйымдардың бәсекеге қабілеттiлiгiн айтарлықтай шектейді, өйткенi олар тек бiр көзге - тарифке ғана ықтимал түрде үмiткер бола алады, бұл денсаулық сақтау жүйесiндегi осы сектордың дамуын тежейдi. Осыны ескере отырып, тарифтердi қалыптастыру әдiстемелерiн (жан басына шаққандағы норматив, тарификатор, клиникалық-шығындау топтары (бұдан әрi - КШТ) жетiлдiру қажет.

      Қалыптасқан жағдайда медициналық қызметкерлердiң беделiн көтеру, ұйымдарды қажеттi медициналық жабдықтармен жарақтандыру, алдын алудың, диагностиканың, емдеудiң жаңа технологияларын енгiзу, дәрiмен тегiн және жеңiлдiктi қамтамасыз ету жүйесiн амбулаториялық деңгейде жетiлдіру, жан басына шаққандағы қаржыландыруды нақты толықтыру жолымен БМСК-iге деген қатынасты өзгеру қажет.

      Қазiргі уақытқа дейiн тегiн медициналық көмектiң кепiлдiк берiлген көлемiн көрсету шеңберiнде стационарлық көмекке арналған шығыстардың көлемi жергiлiктi деңгейде БМСК-ға арналған шығыстардан үш есе асып түседi, ал медициналық көмек көрсету жүйесiнiң өзi басым түрде стационарлық емдеуге бағдарланған. 2000 жылдан бастап ауруханаға негiзсiз жатқызу, онда болу мерзiмдерiнiң асып кетуi салдарынан төсек-орындар санының өсе түскенi байқалады. Азаматтардың ауруханаға жатуға ұмтылуының басты себептерiнiң бiрi - амбулаториялық деңгейде дәрiмен қамтамасыз етудiң болмауы және бастапқы буында көрсетiлетiн қызметтер сапасының нашарлығы. Стационарлық көмек (республикалық ұйымдарды қоспағанда) стандартталмаған, оның сапасын бағалау жүйесi жетiлмеген.

      Стационарлық көмектiң сапасын жақсарту үшiн дәрiгерлiк және орта персоналдың бiлiктiлiгiн арттыруды, ауруханалық ұйымдардың материалдық-техникалық қайта жабдықталуын, стационар деңгейiнде тегiн медициналық көмектiң кепiлдiк берiлген көлемiн нақтылауды және диагностика мен емдеудiң дәлелдеу медицинасының принциптерiне негiзделген хаттамаларын енгiзу жолымен медициналық қызмет көрсетулердi стандарттауды қамтитын шаралар кешенiн қабылдау қажет. Шалғайдағы және қатынау қиын елдi-мекендердегi тұрғындарға бiлiктi және мамандандырылған медициналық көмек көрсетудiң сапасын арттыру үшiн санитарлық авиацияны, оңтайлы және телемедицинаны дамыту керек.

      Медициналық көмектi басқарудың маңызды құралы республикада 1996 жылдан бастап қалыптасқан  **оның сапасын бағалау жүйесi** болып табылады. Мiндеттi медициналық сақтандыруды енгiзу кезiнде медициналық көмектiң сапасын бағалау құралдары, айыппұл салу жүйесi әзiрленген, медициналық көмектi бағалаудың әр түрлi өлшемдерi белгiленген болатын. Кейiннен, объективтi себептер бойынша айыппұл салу жүйесi, медициналық көмектiң көлемiн бақылау көрсетiлген медициналық көмектiң медициналық стандарттарға сәйкестiгiн анықтау, медициналық қызметтердiң саласын бағалауды жүргiзу, пациенттердiң пiкiрлерiн зерделеу сияқты өлшемдер бойынша медициналық қызметтердi талдау және сапасын бағалаумен ауыстырылды.

      Медициналық қызметтердiң сапасын басқару жүйесiндегi қол жеткiзiлген нәтижелерге сапасын бағалау институтын және кепiлдiк берiлген тегiн медициналық көмектi, сапа сараптамасын бағдарламалық сүйемелдеу элементтерiн, халықаралық тәжiрибенi ескере отырып, сапаны бағалау өлшемдерiн әзiрлеу үшiн әдiснамалық негiздер дайындауды енгiзудi жатқызуға болады.

      Қазiр медициналық қызмет көрсетулердің сапасын басқару жүйесiнде бiрқатар проблемалар бар. Әкiмшілiк жазалау шаралары, әдетте, қызметкерлер мен басшыларды кәсiби қызметін жақсартуға ынталандырмайды, анықталған ақауларды жою жөнiндегi ұсыныс ұсыным сипатында ғана болады және көбiне орындалмайды, медициналық көмектiң сапасын ішкі және сыртқы бақылауда байланыс жоқ. Бұдан басқа, ведомстволық медициналық ұйымдар, мемлекеттік мекемелер, сондай-ақ медициналық қызмет көрсетулердi мемлекеттік сатып алуға арналған шарттары жоқ ұйымдар алып тасталған.

**Санитарлық-эпидемиологиялық ахуал** халықтың денсаулық жағдайына, бiрiншi кезекте, өндiрiстiк және тұрмыстық факторларды қоса алғанда, қоршаған ортаның қолайсыздығына байланысты жұқпалы, кәсiби және соматикалық аурулардың деңгейiне айтарлықтай әсер етедi.

      Соңғы жылдары әлеуметтiк-экономикалық ахуалдың жақсаруы және жүргiзiлген алдын алу, санитарлық-гигиеналық және індетке қарсы iс-шаралардың нәтижесiнде республикада жұқпалы аурулардың, бiрiншi кезекте, iшек және басқа аса қауiптi аурулардың, сондай-ақ арнайы алдын алу құралдарымен басқарылатын қауiпті аурулардың азайғаны байқалады. Айталық, соңғы бес жыл iшiнде вакцинамен басқарылатын жұқпалы аурулар тобындағы мынадай аурулар: қызылша - 58,2 есе, сiреспе - 5,0 есе, көкжөтел - 4,7 есе, дифтерия - 3,6 есе азайды. Елдiң полиомиелиттен бос аумақ болып табылатынын ДДҰ мойындап отыр. Ішек жұқпалы аурулар тобында мынадай аурулар: iш сүзегi - 3,5 есе, бактериялы дизентерия - 3,1 есе, сальмонеллез 1,7 - есе, iшектiң өткiр жұқпалы аурулары мен "А" вирусты гепатит - 1,6 есе азайды. Өткір iшек жұқпалы аурулары бiрлi-екілi жағдайға дейiн азайды. Аса қауiптi жекелеген жұқпалы аурулар iлуде бiр тiркеледi. Бұл халықтың жұқпалы аурулармен ауруының алдын алу және оны төмендету жөнiндегi неғұрлым тиiмдi iс-шаралардың бiрi - жоспарлы иммундеудiң нормативтiк және қаржылық базаларын қалпына келтiру нәтижесiнде мүмкiн болды.

      Қызметтің құрамында республикаға шет елдерден аса қауiптi жұқпалы аурулардың әкелiнуiнiң алдын алу жөнiндегi бөлiмшелер жүйесi ұйымдастырылды және нығайтылды. Соңғы жылдар iшiнде негізгi көлiктiк магистральдерде, мемлекеттiк шекарадан өткiзу орындарында санитарлық-карантиндiк пункттер құрылуда.

      Ауруханаішiлік жұқпалы арулардың алдын алу және оларды азайту мақсатында емдеу-алдын алу ұйымдарының қызметiне халықаралық тәжiрибе - едәуiр қаржы ресурстарын үнемдеуге мүмкiндiк беретiн "жұқпалы ауруларды бақылау" жүйесi кезең-кезеңiмен енгізілуде.

      Республикада санитарлық талаптар мен нормаларға сәйкес келмейтiн бақылаудағы объектiлер санының жыл сайын азаю үрдiсi күшейiп отыр. Санитарлық талаптарға жауап бермейтiн объектiлердiң, соның iшiнде су құбырларының үлес салмағы 1999 жылғы 31,1%-тен 2003 жылы 15,1%-ке дейін, жалпы бiлiм беру мектептерiнде - 14,2%-тен 5,9%-ке дейiн, балалардың мектепке дейiнгi мекемелерiнде - 7,6%-тен 2,7%-ке дейiн, азық-түлік базарларында - 42%-тен 18%-ке дейiн, қоғамдық тамақтану объектiлерiнде - 22,2%-тен 10,5%-ке дейiн, сауда объектiлерiнде - 15,7%-тен 5,9%-ке дейiн азайды.

      Қабылданған шараларға қарамастан, халықты сапалы ауыз сумен қамтамасыз ету жөнiндегi ахуал ауыр болып отыр, су құбырымен келетiн ауыз суға республика халқының тек 75,1%-i ғана қол жеткiзуде, бiрқатар өңiрлерде бұл көрсеткiш 60,0%-тен аспайды. Тұтастай алғанда, ел бойынша жұмыс iстемейтiн (10,0%) және санитарлық нормативтерге жауап бермейтiн (15,1%) су құбырларының үлес салмағы жоғары болып отыр. Халықты сапасына кепiлдiк берiлген ауыз сумен қамтамасыз етудiң қанағаттанғысыз жағдайы жыл сайын бiрқатар өңiрлерде iндеттiк жағдайды шиеленiстiрiп жiбередi.

      Аса қауiптi жұқпалы аурулардың, соның iшiнде обаның (8 облыстың аумағы), туляремияның (11 облыстың аумағы), геморрагиялық қызбаның (4 облыстың аумағы), көктемгi-жазғы кене энцефалитiнiң (6 облыстың аумағы), күйдiргi бойынша көп мөлшердегi стационарлық қолайсыз елдi мекендердiң (1767) табиғи ошақтарының едәуiр алаңдарының болуы елеулi проблема болып табылады.

      Тамақ өнiмдерiнiң нарығындағы ахуал да күрделi болып отыр. Бақылау органдарының тиiстi өзара iс-қимылдарының болмауына байланысты республикаға сапасыз, соның iшiнде халықтың денсаулығы үшін қауiптi тамақ өнiмдерi көп мөлшерде әкелiнуде. Отандық тамақ өнеркәсiбi кәсіпорындарында және қоғамдық тамақтану объектiлерiнде тиiстi өндiрiстiк бақылаудың болмауы проблема болып отыр, бұл сапасыз тамақ өнiмдерiн шығару мен сатуға әкелiп соқтырады.

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

      санитарлық-эпидемиологиялық қызметтiң БМСК-iмен нашар ықпалдасуы, бұл халыққа медициналық көмек көрсетудiң алдын алу буынын әлсiретедi;

      жарақтандырылу деңгейi, жүргiзу мерзiмдерi, зерттеулердiң халықаралық стандарттармен сәйкессіздiгi бойынша зертханалық сүйемелдеудiң санитарлық-эпидемиологиялық қадағалаумен барабар болмауы;

      аудандық буындағы ұйымдар қызметiнiң едәуiр әлсiреуiне орай облыстық және республикалық деңгейде жүргiзiлетiн санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау мен зертханалық зерттеулердi жүзеге асыру;

      санитарлық-эпидемиологиялық қызмет пен басқа да қадағалау және бақылау органдарының (ветеринарлық қадағалау, мемлекеттiк стандарт, қоршаған ортаны қорғау) арасындағы бiрқатар функциялар мен өкiлеттiктердi iске асыруда үйлестiрудiң болмауы.

**Фармацевтикалық салада** реформалау жекешелендiруден басталған болатын.

      Қазiргi кезде дәрiлiк заттар айналымы саласында 7,5 мыңнан астам фармацевтикалық объектiлер жұмыс iстейдi; олардың iшiнде 370-i ғана (5%-тен аз) мемлекеттiк меншiк нысанындағы объектілер болып табылады.

      Соңғы 5 жыл iшiнде жекешелендiруден өзге басқа да маңызды қайта құрулар жүзеге асырылды. Фармацевтикалық сала нарықтық экономика шарттарына толық бейiмделдi. Фармацевтикалық саланы дамытудың бағыттарын көрсететiн Қазақстан Республикасының Дәрілік саясатының  тұжырымдамасы мақұлданды. Дәрiлiк заттар айналымы саласын реттейтiн негiзгi нормативтiк құқықтық актiлер әзiрлендi. Фармацевтикалық саланы тiкелей мемлекеттiк реттеу қайта қалпына келтiрiлдi. Дәрiлiк заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техника сапасын бақылауды қамтамасыз ету жөнiндегi қызмет ретке келтiрiлдi. Отандық фармацевтикалық өнiмдер өндiрiсiнiң номенклатурасы мен көлемiнiң жыл сайынғы өсiмi қамтамасыз етiлдi. Сонымен қатар, фармацевтикалық секторды реформалаудың белгiлi бiр терiс салдары да болды, ең алдымен дәрiлiк заттардың халықтың әлеуметтiк осал топтары үшiн жетiмдiлiгi төмендедi.

      Сонымен бiрге қазiргi кезге дейiн фармакоэкономикалық зерттеулердi жүргiзу тетiктерi әзiрленбеген, дәрiлiк заттардың жанама тиiмдiлiктерiн, пайдаланылуын, бағасын және жетiмдiлiгiн бақылау мониторингi тиiстi деңгейде жүргiзiлмей келедi. Сынақ зертханаларының материалдық-техникалық базасы дәрiлiк заттардың сапасын бақылауды ұйымдастырудың қазiргi заманғы талаптарына сәйкес келмейдi, иммунобиологиялық зерттеулердi жүргiзу үшiн зертханалар жоқ. Жалған дәрiлiк заттар жасау, фармаколаңкестiк, дәрiлiк заттар мен биологиялық белсендi қоспаларды агрессиялық жарнамалау проблемасы өсе түсуде. Фармацевтикалық рыноктың өзгешелiгi халықтың дәрiлiк заттарды қолдануға қатысты хабардарлығының, рецептуралық босатуды мемлекеттiк бақылаудың тиiмдi шараларының жеткiлiксiз болуын туғызып, жағдай асқынып отыр. Тұтас алғанда, республиканың фармацевтикалық және медициналық өнеркәсiбiнде халықаралық өндiру стандарттарына сәйкес келетiн субъектілер жоқ.

      Қазақстан  **кадрларды даярлау мен қайта даярлаудың** кеңестiк жүйесiн мұра етiп алды және соңғы жылдар iшiнде бұл салада түбегейлi өзгерiстер болған жоқ.

      Қазақстан Республикасында бiлiм берудi дамытудың 2015 жылға дейiнгi тұжырымдамасында жоғары кәсiби бiлiмi бар мамандар мен ғылыми кадрларды даярлауға принциптiк көзқарастарды өзгерту көзделген.

      Медициналық бiлiм беру саласында мемлекеттiк бiлiм беру жүйесiнiң бiр бөлiгi ретiнде 2003 жылдан бастап дәйектi бiлiм беру деңгейлерiнiң арасындағы сабақтастықты көздейтiн медициналық және фармацевтикалық бiлiм берудiң жаңа Мемлекеттік жалпыға бiрдей мiндеттi стандарттары енгiзiлген. Қазiргi кезде медициналық, фармацевтикалық білiм беру мен ғылым жүйесiнде біліктi ғылыми-педагогикалық әлеует қалыптасқан, денсаулық сақтау саласының ұзақ мерзiмдi стратегиялық қажеттілiктерiн қанағаттандыруға халықтың денсаулығын сақтау мен жақсартуға бағытталған кәсiби білім беру мен медицина ғылымының тиiмдi жұмыс iстейтiн жүйесiн құру жөнiндегi шаралар қабылдануда.

      Сонымен бiрге, республикада медициналық кадрларды даярлау мен қайта даярлаудың сапасы және ғылыми зерттеулердiң жеткiлiксiз деңгейi проблемасы бар. Медициналық және фармацевтикалық білім беру жүйесiнде қабылдау, даярлау және сапасын бақылау шарттарын регламенттейтiн нормативтiк-құқықтық базаның жетiлдiрiлмеуi мұның себептерiнiң бiрi болып табылады, оларды әзiрлеу кезiнде медицинаның өзгешелiктерi ескерiлмеген және соның нәтижесiнде болашақ дәрiгерлердi даярлауда ортақ қағидаттар жүйесi қолданылады.

      Медициналық кадрларды даярлау және ғылыми зерттеулер деңгейi сапасына iс жүзiне жаңартылмайтын медициналық білім беру және ғылым ұйымдарының әлсiз материалдық-техникалық базасы да әсерiн тигiзiп отыр, мұның өзi бұл саланы халықаралық рынокта бәсекеге қабiлетсiз етуде.

      Медициналық ЖОО мен ғылыми ұйымдардың жеткілікті дәрежеде жарақтанған оқу және клиникалық базалары жоқ, ғылыми зерттеулердi орындау үшiн қажет болатын қазiргi заманғы жабдықтарға ие болмай отыр. Медициналық ЖОО-нда мемлекеттік білім беру тапсырысы бойынша студенттердi оқытуға көзделген қаржыландырудың жетiмсiздiгi мұның себептерiнiң бiрi болып табылады, мұның өзi қазiргi заманғы технологияларын толық дәрежеде пайдалануға, қажетті жабдық пен көрнекi құралдарды сатып алуға мүмкiндiк бермейдi. Медициналық білім беру ұйымдарының басшылары қаржылық қаражаттың жетiспеу проблемасын көбiне білім деңгейi төмен студенттердi оқытудың шарттық нысанымен қабылдау есебiнен шешуге мәжбүр. Мемлекеттік білім гранты бойынша медициналық жоғары оқу орындарына түсу кезiндегi орташа балл орта есеппен 80 болып отырғанда оқытудың ақылы нысанымен түсу үшiн 40 балл жеткілiкті болып отыр.

      Ақылы оқыту негiзiнде студенттердi қабылдаудың жыл сайын өсiп отыруы алаңдаушылық туғызады. Егер 1999 жылы ол 1059 адам болса (мемлекеттік тапсырыс бойынша қабылдау - 1245), 2001 жылы шарт негiзiнде 2 есе дерлік көп қабылданды (грант - 1345, шарт - 2190). Мұның бәрi оқу бiтiрушілердi даярлаудың деңгейiне ықпал етедi және көрсетiлетiн медициналық көмектiң сапасына әсерiн тигiзедi.

      Әсiресе шалғай және ауылдық өңiрлердегi БМСК объектілерiн біліктi кадрлармен қамтамасыз ету проблемасы сақталып отыр. Көп жағдайда мұның өзi қазiргi кездегі медициналық қызметкерлер тапшылығының - медициналық білім беру ұйымдарын бiтiрушi мамандар есебiнен толықтырылмауымен байланысты. Медициналық ЖОО 1999 жылдан бастап, мемлекеттік гранттар мен кредит бойынша сайынғы бiтiрушілердің саны орташа 2000 адамнан болып отырғанына қарамастан, кадрларға деген мұқтаждық сақталып отыр.

      Кадрларды бекiту тетiктерiнің болмауы (материалдық ынталандырулар, қажетті әлеуметтiк-тұрмыстық жағдайлар, жеңiлдiктер бeру) медициналық ЖОО бiтiрушілердiң орташа 50%-ке жуығының ғана бөлiнген орындарға баруына әкеп соқтырады.

      Сонымен бiрге, біліктілiк аясы тар кейбiр бағыттар бойынша кадрларға тапшылық бар, денсаулық сақтау менеджментi мен экономикасы саласындағы мамандар жоқ.

      Денсаулық сақтауды қаржыландыру жүйесiнде 2002-2004 жылдар iшiнде жүргізiлген мемлекеттік басқару деңгейлерінiң арасындағы функциялар мен өкілеттiктердің ара жiгiн ажырату шеңберiнде маңызды шешiмдер қабылданды.

      Соңғы жылдары денсаулық сақтау жүйесіне жұмсалған мемлекеттiк шығыстар көлемінiң, медициналық білім берудi қоса алғанда, өсу қарқынының елеулi болуына қарамастан, абсолюттi 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 өзi IЖӨ-ге қатысты шаққанда проценттер жағынан да маңызды (2001 жылы - 1,97%, 2002 жылы - 1,93%, 2003 жылы - 2,08%, 2004 жылы - 2,63%). Бұл ретте IЖӨ-ге қатысты шаққандарды ең төменгi процент 2002 жылы - 1,93% болды. ДДҰ-ның ұсынысы бойынша денсаулық сақтауға жұмсалған мемлекеттiк шығыстар ІЖӨ-нiң кемiнде 4%-i болуға тиiс.

      Жан басына шаққандағы шығыстардың соңғы жылдардағы серпінiнде белгілi бiр өсiм бар (2001 жылы - 4308 теңге (29 USD), 2002 жылы - 4911 теңге (32 USD), 2003 жылы - 6201 теңге (41 USD), 2004 жылы - 8797 теңге (63,6 USD).

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

      Азаматтарға медициналық көмектiң тегiн кепілдi көлемiн ұсыну жөнiндегi мемлекеттің өзiне алған міндеттемелерінің барабар қаржылық қамтамасыз етілмей отырғандығы проблема болып қалып отыр. Медициналық тегiн көмектi ақылы қызмет көрсетулермен ауыстыру кездеседi. Кепiлдi көлемдер мен ақылы негiзде көрсетілетiн медициналық қызмет көрсетулердiң ара жiгiнiң айқын ажыратылмауына байланысты медицина қызметкерлерiнің пайдасына халықтың тарапынан бейресми төлемдердiң жоғары деңгейi сақталып отыр. Медициналық көмектiң тегiн кепілдi көлемiн ұсыну, тегiн медициналық көмектiң кепiлдендiрiлген көлемi шеңберiнде ұсынылатын медициналық көмектi тұтынуды есепке алу тиiстi түрде жолға қойылмаған, мұның өзi көлеңкелi экономиканың өсуiне ықпалын тигiзедi.

      Ресурсты үнемдеудiң кешендi салалық саясаты жоқ.

      Бүгiнгi күнi медициналық қызметтердi сатып алушылар мен жеткiзушілерге бөлу - шартты нәрсе, өйткенi iс жүзiнде барлық жеткiзушілер денсаулық сақтау органына әкiмшілiк және экономикалық бағыныстағы мемлекеттік ұйымдар болып табылады. Өңiрлерде денсаулық сақтауды дамыту әлеуметтiк-экономикалық саясаттағы басымдық болып табылмайды.

      Осылайша, салада басқарушылық шешiмдердi қабылдауды талап ететiн бiрқатар қолайсыз үрдiстердi бөлiп көрсетуге болады.

      Бiрiншiден, денсаулық сақтау жүйесiн ұйымдастырудың аса маңызды принципi - медициналық көмек көрсетудiң кезеңділiгi бұзылады.

      Екiншіден, медициналық көмек көрсетудiң көлемi мен сапасы, тұтастай алғанда денсаулық сақтауды дамыту көрсеткiштерi бойынша облыстар шегінде аумақтар арасындағы теңсiздiк байқалады.

      Үшiншiден, басқару жүйесiнiң мiндетті құрамдас бөлiктерi - тұтастай алғанда денсаулық сақтау ұйымдары мен жүйесi қызметтерiнiң мониторингi және оларды бағалау жеткiлiксiз қалыптасқан. Денсаулық сақтауды ақпараттық қамтамасыз ету саласында үйлестiрілген саясаттың болмауы салада жинақталатын ақпарат анықтығының төмен болуына, жергілiктi жерлерден облыстық және республикалық деңгейге ақпараттардың уақытында түспеуiне, жекелеген кiшi жүйелерден келiп түсетiн деректердi салыстырудың мүмкiн болмауына әкеп соқтырады. Бұл, сайып келгенде, осы ақпараттардың негiзiнде қабылданатын шешiмдер тиiмділiгiнiң төмен болуына және денсаулық сақтау ресурстарын ұтымсыз пайдалануға әкеп соғады.

      Төртiншiден, дәрілік заттарды сатып алу кезiндегi бiрыңғай әдiстер мен стандарттардың болмауы сатып алынатын өнiмдердiң қымбаттауына және оның сапасына байланысты проблемаларға әкеп соқтырады.

      Бесiншiден, денсаулық сақтауды басқару органдарының қызметiн халық денсаулығының жай-күйi деңгейiне тiкелей және жанама әсер ететiн басқа да мемлекеттік басқару субъектілерiмен (еңбек және әлеуметтiк қорғау, экология, білім беру, мәдениет және басқа органдармен) үйлестіру әлсiздiгi. Бұл үйлестiру салауатты өмiр салтын қалыптастырудың маңызды құралы болып табылады және сайып келгенде, медициналық қызметтер көрсетуге қажеттілiктердiң төмендеуiне әкеп соқтырады.

      Алтыншыдан, БМСК денсаулық сақтау жүйесiнiң орталық буыны бола отырып, халық денсаулығының көрсеткiштерiн сапалы түрде жақсартудың басты функциясын жүзеге асыруға тиiс. Денсаулық сақтаудың бүкіл жүйесiнiң қызметiнiң тиiмділiгi мен сапасы, елдiң еңбек әлеуетiн сақтау, сондай-ақ отбасы деңгейiнде және халықтың әлеуметтік қорғалмаған топтары: балалар, мүгедектер және егде жастағы адамдардағы туындаған медициналық-әлеуметтік проблемалардың көпшiлiгiн шешу оның жай-күйiне байланысты. Бүгiн БМСК дәрiгерiнде "диспетчерлiк функциялар" басым бола бастады: амбулаториялық науқастарды тар аядағы мамандарға консультацияға жiберу жиілiгi тым жоғары.

      Жетiншiден, амбулаториялық-емханалық және стационарлық көмектi осының соңғысы жағына қаржыландыру көлемдерiнде елеулi қиғаштық байқалады, мұның өзi госпитальға дейiнгi және одан кейiнгi кезеңдерде медициналық көмек көрсетудiң осы заманғы pecypc үнемдеу технологияларын енгiзуге мүмкiндiк бермейдi. Бұл стационарлық емдеу көрсеткiштерiнiң ұлғаюына, төсектер санының өсуiне, демек, медициналық көмектiң қымбаттауына әкеп соғады.

      Сегiзiншіден, мемлекеттiк денсаулық сақтау жүйесi орналасу жағынан жекеше жүйеден бөлiнбеген: денсаулық сақтаудың мемлекеттiк ұйымдары орналасқан алаңдарда ақылы негiзiнде медициналық көмек көрсететін жеке құрылымдар орналасқан.

      Тоғызыншыдан, салада дайындықтан өткен, бiлiктi менеджерлердiң болмауы басқарушылықтың төмендеуiне және бөлiнген ресурстарды тиiмсiз пайдалануға әкеп соғып отыр. Бүгiн медицина ұйымның басшысы басқарушы, әкiмгер, бас дәрiгер, шаруашылық меңгерушiсi, практикалық клиникалық дәрiгер және тағы басқалар болып табылады.

      Оныншыдан, қазiргi жағдайлардағы денсаулық сақтау жүйесiнiң қызметi iшкi салалық проблемалармен ғана шектелiп қоймайды. Халық денсаулығы жай-күйiнiң интеграциялық сипаты салааралық үйлестiрудi, әсiресе салауатты өмiр салтын қалыптастыру мен әлеуметтiк, психологиялық және экологиялық орта мәселелерiн күшейте түсудi қажет етедi. Бұл орайда халық жеткілiксiз ақпараттандырылған және денсаулық сақтау жүйесiн басқаруға белсендi қатыспайды.

      Осыған байланысты, медициналық көмек көрсетудiң халық үшiн айқын, түсiнiктi басқарылатын тиiмдi үлгiсiн таңдап алу қажет болып отыр.

 **4. Бағдарламаның мақсаты мен мiндеттерi**

      Бағдарламаның мақсаты мемлекет пен адам арасындағы денсаулық сақтау үшiн ынтымақтасқан жауапкершілiк, халық денсаулығының негiзгi көрсеткiштерiн жақсартуға бағытталған БМСК-нi басымдықпен дамыту принциптерiне негiзделген медициналық көмек көрсетудiң тиiмдi жүйесiн құру болып табылады.

      Бағдарламаның негiзгi мiндеттерi мыналар болып табылады:

      1. Мемлекет пен адам арасындағы денсаулық сақтау үшiн

         жауапкершiлiктi бөлiсу.

      2. БСМК-ға негiзгi екпіндi ауыстыра отырып, медициналық көмек

         көрсетудi ұйымдастырудың халықаралық принциптерiне көшу.

      3. Денсаулық сақтауды басқарудың жаңа үлгiсiн және саланың

         бiрыңғай ақпараттық жүйесiн құру.

      4. Ана мен бала денсаулығын нығайту, медициналық-демографиялық

         ахуалды жақсарту.

      5. Әлеуметтiк мәнi бар аурулардың деңгейiн тұрақты төмендету.

      6. Медициналық бiлiм берудi реформалау.

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

**Бiрiншi кезеңде (2005-2007 ж.ж.) мынадай мiндеттердi шешу көзделедi:**

      денсаулық сақтау үшiн мемлекет пен азаматтардың ынтымақтасқан жауапкершіліктерiн бөлiсу;

      тегiн медициналық көмектiң кепiлдi көлемi бойынша ең төменгi стандарттарды белгiлеу;

      салауатты өмiр салтын қалыптастыру жөнiнде халықпен жұмыс жүргізу;

      назарды стационарлық көмектен БСМК-ға ауыстыру;

      стационарлардан БМСК қызметiн қаржылық-әкiмшiлiк жағынан бөлу;

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

      стационарлық және жедел медициналық көмек қызметiн ұтымды ету;

      ана мен бала денсаулығын нығайту жөнiндегi iс-шараларды жүргiзу;

      әлеуметтiк жағынан елеулi аурулар саласында профилактикалық, диагностикалық және емдеу-оңалту iс-шараларын күшейту;

      тәуелсiз медициналық сараптама жүйесiн құру арқылы медициналық қызметтердiң сапасын қамтамасыз ету;

      медицина ұйымдары арасында экономикалық қарым-қатынастарды енгiзу;

      менеджерлердi даярлау және денсаулық сақтау жүйесiнiң ресурстарын басқаруды жетiлдiру;

      БМСК жаңа жүйесiнде жұмыс iстеу үшiн медицина және фармацевтика кадрларын даярлау және қайта даярлау жүйесiн сапалы денсаулық сақтау жүйесiнiң нормативтiк құқықтық базасын жетiлдiру;

      денсаулық сақтаудағы халықаралық стандарттарға ауысу жөнiндегi iс-шараларды жүзеге асыру;

      осы заманғы ақпараттық технологияларды әзiрлеу және енгізу.

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

      жүйелiк және кезеңдiк нығайту және жалпы практика дәрiгерi институтын дамыту арқылы БМСК-нi қайта құру;

      стационарлық және жедел медициналық көмектi қайта ұйымдастыру және нығайту, медициналық көмек көрсету кезеңдерiндегi сабақтастықты күшейту;

      халықаралық стандарттарды енгiзу және медицина ұйымдарының арасында бәсеке туғызу арқылы көрсетілетiн медициналық қызметтердiң сапасын көтеру;

      медициналық бiлiм берудi түбегейлi реформалау;

      назарды қалыптасқан ауруларды емдеуден алдын алу iс-шараларына және "денi саулардың" денсаулығын нығайтуға нақты аудару;

      жеке адам мен қоғам денсаулығын сақтау мен нығайту үшiн азаматтардың, жұмыс берушілер мен мемлекеттiң ынтымақтасқан жауапкершілiгiн қамтамасыз ету.

 **5. Бағдарламаның негiзгi бағыттары**
**мен оны iске асыру тетiктерi**

      Бағдарламаны iске асыру мынадай бағыттар бойынша жүзеге асырылады:

      1. Мемлекет пен адамның адам денсаулығы үшiн ынтымақтасқан және бiрлескен жауапкершілігi.

      2. Халыққа медициналық көмектi ұйымдастыру жүйесiн реформалау және дамыту:

      БМСК-нi реформалау - денсаулық сақтау жүйесiнiң қызмет ету тиiмдiлiгiнiң негiзi;

      ауылдағы денсаулық сақтауды дамыту;

      санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылықты қамтамасыз ету;

      салауатты өмiр салтын және аурулардың алдын алуды қалыптастыру;

      халықтың денсаулығын сақтауға сектораралық-көзқарас.

      3. Денсаулық сақтау iсiн басқару жүйесiн жетiлдiру:

      функциялар мен өкілеттілiктердiң ара жiгiн ұтымды ажырату;

      медициналық қызметтердiң сапасын басқару жүйесiн жетілдiру;

      денсаулық сақтау жүйесіндегi бәсекенi дамыту;

      қаржыландыру жүйесiн жетiлдiрудiң негiзгi қағидаттары;

      дәрілік заттар айналымы саласын мемлекеттік реттеудің тиiмдiлiгiн арттыру;

      денсаулық сақтаудың бiрыңғай ақпараттық жүйесi.

      4. Ана мен бала денсаулығын қорғау.

      5. Әлеуметтiк жағынан елеулi аурулардың алдын алу, диагностика, емдеу және оңалтуды жетiлдiру; медицина ғылымын дамыту.

      6. Денсаулық сақтау кадрларын даярлау және қайта даярлау.

 **5.1. Мемлекет пен адамның адам денсаулығы үшiн**
**ынтымақтасқан және бiрлескен жауапкершiлiгi**

      Мемлекет азаматтардың мемлекеттiк бюджет қаражаты есебiнен тегiн медициналық көмектiң кепiлдi көлемiн алуға конституциялық құқықтарын iске асыруды қамтамасыз етуге тиiс.

      Тегiн медициналық көмектiң кепiлдi көлемi шеңберiнде ең төменгi стандарттар бойынша қажеттi медициналық қызметтер ұсынылады (дәрiгерлер мен медперсоналдың қызметтерi, қажеттi зерттеулер, өмiрлiк маңызы бар негiзгi дәрiлiк заттар, емдiк тамақтандыру). Тегiн медициналық көмектiң кепiлдi көлемi шеңберiнде ұсынылатын қызметтер топтамасын қалыптастыру мынадай принциптермен жүзеге асырылады:

      мемлекеттiң қаржылық мүмкiндiктерiне сәйкес келу;

      медициналық көмекке қолжетiмдiлiкке әлеуметтiк әдiлеттiлiк;

      транспаренттiлiк;

      серпiндiлiк;

      денсаулық сақтау және оны нығайту үшiн мемлекеттiң, жұмыс берушiнiң және азаматтардың өздерiнiң жауапкершiлiктерiн бөлу.

      Мемлекеттiң қаржылық мүмкiндiктерiнiң ұлғаю дәрежесiне қарай тегiн медициналық көмектiң кепiлдi көлемi кеңейтiлiп, екi жылда бiр рет бекiтiлетiн болады.

      Емдiк көмек көрсетуден басқа, кепiлдi көлем шегiнде мынадай шаралар да жүзеге асырылады:

      халықты кейiннен серпiндi байқау және сауықтыру жұмысын жүргiзе отырып, кезең-кезеңiмен алдын ала медициналық тексеру өткiзу;

      халықты денсаулық сақтау, ұтымды тамақтану, аурулардың алдын алу жөнiндегi дағдыларына қалыптастыру принциптерiне қатысты анық, объективтi және қолжетiмдi ақпаратпен қамтамасыз ету;

      нашақорлыққа, алкоголизмге, темекi тартуға қарсы күрес жөнiндегi бағдарламалар мен iс-шараларды iске асыру;

      мектепке дейiнгi мекемелерде, жалпы бiлiм беретiн мектептерде, жоғары және орта кәсiптiк оқу орындарында денсаулықты нығайту және сақтау жөнiндегi санитарлық-ағарту жұмыстарын жүргiзу.

      Уақтылы медициналық тексерулерден дер кезiнде өтiп тұруы үшiн жауапкершiлiк айқындалады.

      Тегiн медициналық көмектiң кепiлдi көлемiнен тыс медициналық көмек ұсыну:

      азаматтардың жеке қаражаты есебiнен;

      еркiн медициналық сақтандыру жүйесi шеңберiнде;

      жұмыс берушiнiң есебiнен және Қазақстан Республикасының заңнамасымен тыйым салынбаған басқа да көздерден жүзеге асырылады.

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

 **5.2. Халыққа медициналық көмектi ұйымдастыру жүйесiн реформалау және дамыту**

 **5.2.1. БМСК-нi реформалау - денсаулық сақтау жүйесiнiң**
**қызмет ету тиiмділігiнiң негiзi**

      Дамыған елдердiң тәжiрибесi медициналық көмектi ересек адамдар мен балалардың көпшiлiгi, БМСК ұйымдарында, соның iшiнде, жалпы практика дәрiгерiнен алатындығын көрсетедi.

      Қазақстан Республикасында БСМК-нің ұсынылып отырған үлгiсi жалпы дәрiгерлiк практиканың принциптерiне негiзделедi және жергiлiктi денсаулық сақтауды басқару органдарынан мемлекеттiк тапсырыс алатын БМСК орталықтарынан тұратын болады. Бұл модел, "ынталандырушы" құрамдас бөлiгi бар, екi жиынтықты жан басына шаққандағы нормативтi енгiзудi қоса алғанда, дәрiгердi еркiн таңдап алу және басқарудың экономикалық әдiстерi принципiне негiзделетiн болады. Мұның өзi көрсетiлетiн медициналық қызметтердiң қолжетiмдiлiгiн қамтамасыз етуге және сапасының жақсаруына, медицина қызметкерлерiнiң өз еңбегiнің түпкi нәтижелерiне мүдделiлiгiн арттыруға мүмкiндiк туғызады.

      БМСК-нi реформалау және дамыту 2 кезеңде жүзеге асырылады.

      I-кезеңде (2005-2007 жылдары) амбулаториялық-емханалық ұйымдардың қазiргi желiсi, соның iшiнде жалпы дәрiгерлiк практика принциптерiнде жұмыс iстейтiндерi сақталып, дамытылатын болады. Олардың материалдық-техникалық базасы нығайтылады, мұның өзi жаңа емдеу-диагностикалық технологияларын енгiзуге мүмкiндiк бередi. Аурулардың түрлерi және амбулаториялық емделу кезiнде азаматтардың жекелеген санаттарын тегiн немесе жеңілдiкпен дәрiлiк қамтамасыз ету жақсартылады.

      БМСК-нi кезең-кезеңiмен реформалау жалпы дәрiгерлiк практика принципiн эволюциялық енгiзуге бағдарланатын болады. 2005-2007 жылдары жалпы дәрiгерлiк практика және мамандандырылған көмек қызметтерiн ұсынатын аралас типтегi емханаларды құра отырып, қалалық жерлерде амбулаториялық-емханалық көмектi қайта құрылымдау жүргiзiледi. Аудан орталықтары мен қалаларда азаматтарға мамандандырылған көмек және де стационарларда жоспарлы жатқызу БМСК дәрiгерлерiнiң жолдамасы бойынша ғана көрсетiледi.

      Материалдық-техникалық базаны теңдестiру және нығайту принципiн iске асыру үшiн күрделi құрылысты мақсатты инвестициялау, БМСК объектiлерiн қайта құру және жөндеу саясаты, бiрiншi кезекте амбулаториялық қызмет қуатының жетiспеушiлігін бастан кешiрiп отырған өңiрлерде жүргiзiлетiн болады.

      БМСК рөлi мен функцияларының кеңеюiне байланысты оның қызметiнiң нормативтiк-құқықтық базасын жетiлдiру, аурулардың диагностикасы мен оларды емдеу хаттамаларын енгiзу, диспансерлеу, санитарлық-эпидемиологиялық нормалау және халықты дәрiлiк қамтамасыз ету мәселелерi бойынша нұсқаулық құжаттар әзiрлеу талап етiледi.

      БМСК-нi реформалаудың бiрiншi кезеңiнде мынадай ұйымдастырушылық және емдеу-алдын алу шаралары жүзеге асырылатын болады:

      амбулаториялық-емханалық құрылымдарды стационарлардан қаржылық және заңдық жағынан бөлу;

      әлеуметтiк қорғау органдарымен және басқа да мүдделi қызметтермен, сондай-ақ үкiметтiк емес ұйымдармен сектораралық өзара iс-қимыл;

      бекiтiлген халықтың ауруға шалдығу құрылымын зерделеу, оны азайту мен алдын алу жөнiнде шаралар әзiрлеу және iске асыру;

      азаматтардың жекелеген санаттарын алдын ала тексеру;

      иммундық алдын алу;

      диспансерлiк есепте тұратындардың, сондай-ақ әлеуметтiк жағынан елеулi аурулардың алдын алу, емдеу-диагностикалық және оңалту шараларының көлемiн кеңейту;

      тегiн медициналық көмектiң кепiлдi көлемiнiң шеңберiнде дәрiлiк қамтамасыз ету арқылы стационарды алмастыратын технологиялар енгiзу және дамыту;

      халықтың жекелеген санаттарына, сондай-ақ аурулардың белгiлi бiр тiзбесi бойынша ауруларға амбулаториялық деңгейде жеңiлдiктi дәрiлiк қамтамасыз етудi енгiзу;

      жедел-диагностика әдiстерiн енгiзудi қоса алғанда, зертханалық қызметтердi одан әрi нығайту;

      емдеу-диагностикалық процестi бақылау жүйесiнен қызметтi түпкi нәтиже бойынша бағалауға көше отырып, БМСК деңгейiнде қызметтер сапасын арттыру;

      дәрiгердi еркiн таңдау принципiнiң негiзiнде халықтың БМСК ұйымдарының қызметiне қатысуы.

      Аталған iс-шараларды iске асыру медициналық көмек көрсетудiң жалпы құрылымындағы амбулаториялық медициналық қызметтердiң үлесiн елеулi түрде ұлғайтуға және ауруханаға жатқызудың деңгейiн төмендетуге әкеледi. 2005 жылдан бастап медициналық көмектiң көлемiн кеңейту және сапасын арттыру дәрежесiне қарай БМСК деңгейiнде жан басына шаққандағы норматив мөлшерi ұлғаятын болады.

      Екiншi кезеңде (2008-2010 жж.) БМСК жүйесiнiң жалпы дәрiгерлiк практика принципiне көшуi басталады. БМСК-нiң дербес орталықтары құрылатын болады. Мемлекеттiк тапсырыс шеңберiнде аталған ұйымдарды қаржыландыру қорды ұстау элементтерiмен бiрге жан басына шаққандағы қаржыландыру әдiсiнiң негiзiнде жүргiзiлетiн болады. БМСК орталықтары көрсететін қызметтердiң көлемi елеулi түрде кеңейтiлiп, олардың материалдық-техникалық базасы (үйлер, коммуникациялар, жабдықтар) жаңa талаптарға сәйкес келтiрiледi. Орталық персоналы кемiнде 5 жылда 1 рет біліктілігін арттыруға және қайта даярлықтан өтуге тиiс болады.

      Көрсетілетін медициналық көмектің сапасын арттыру мақсатында тұрақты негізде БМСК мекемелерiн тiркеу және әрбiр 3 жылда - тәуелсiз сарашпылардың қатысуымен медицина кадрларының кәсiби бiлiктiлiгiне аттестаттау жүзеге асырылатын болады.

      2010 жылға қарай БМСК-нi қаржыландыру көлемi тегін медициналық көмектiң кепілдi көлемiне бөлінетін қаражаттың жалпы көлемiнің кемiнде 40%-тi болады.

      Бастапқы буынды реформалау БМСК-нің ажырамас құрамы болып табылатын жедел медициналық көмек қызметiн ұйымдастыру бiр мезгiлде қайта құруды көздейдi.

      Бұл қызметтi дамыту мынадай бағыттар бойынша жүзеге асырылатын болады:

      негізсiз шақыруларды қысқарту және шұғыл (төтенше емес) көмекке мұқтаждық ететiн сырқаттардың мекен-жайына жiберу, амбулаториялық буынды ұйымдастыру есебiнен, сондай-ақ бастапқы деңгей қызметі мен оның қолжетiмділігінің ауқымын кеңейту жолымен жедел медициналық көмектiң көлемiн азайту;

      қызметтердi бекiтілген нормативтерге сәйкес материалдық-техникалық қамтамасыз ету;

      өмiр тiршiлiгiн қамтамасыз ету қызметтерi персоналының (полиция, жол полициясы, өрт қызметі) және көлік құралдары жүргiзушілерiнiң бастапқы медициналық көмек көрсетуi iс-қимылдарын үйлестіру.

      БСМК-нi реформалаудың екiншi кезеңiнде жедел медициналық көмек көрсететiн ұйымдар дербес болуға тиiс.

      Алдын алу бағытын күшейту және БСМК-нi нығайту жөнінде жүргізілетiн реформалардың нәтижесi стационарлық медициналық көмек қызметін ұтымды ету, төсек-орынға бағдар жасаудан бас тарту болады. Болашақта мамандандырылған бөлiмшелерi бар көп бейіндi ауруханалар құрылатын болады. Туберкулезге қарсы диспансерлер, жұқпалы және басқа да ауруханалардың ерекшелiктерi ескеріле отырып, күшейтіледi және жұмыс iстейтiн болады.

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

      Бұл peттe медициналық көмек көрсетудің кезеңділігі мен сабақтастығы принциптерiн ескеріле отырып сырқаттарды ауруханаға жатқызу өлшемдерi барынша айқын белгіленедi.

      Осылайша, Қазақстан Республикасында медициналық көмектi ұйымдастыруды жетілдiрудің басым бағыты жедел көмек қызметтерiнің және стационарлардың жұмыстарын ұтымды етумен қатар, жалпы дәрiгерлік практикаға негiзделген БМСК-нiң жаңа моделiн құру болады. Бұл модел халықтың қажеттіліктерiне толық дәрежеде сай келiп, денсаулық сақтау үшiн медицина қызметкерлерi мен азаматтардың өзара жауапкершілігiне негізделетiн болады. Бұл халыққа медициналық көмек көрсетудегi сабақтастық пен кезеңділiктi қамтамасыз ете отырып, назарды шығынды стационарлықтан амбулаториялық-емханалық көмекке аударуға мүмкiндiк бередi.

 **5.2.2. Ауылдағы денсаулық сақтауды дамыту**

      Қазақстан Республикасының ауылдық аумақтарын дамытудың  мемлекеттiк және өңiрлiк бағдарламаларының шеңберiнде 2004-2010 жылдары ауылдық денсаулық сақтаудың материалдық-техникалық базасы жақсартылатын болады. Денсаулық сақтау объектілерiн салу, қайта салу, күрделi жөндеу және белгіленген нормативтерге сәйкес, сондай-ақ Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлiгi әзiрлеген денсаулық сақтау салаларының басымдық берiлетiн ұйымдары желiсiн дамытудағы қажеттілiкті және оларды салу мен қайта құруды қаржыландыру көздерiн айқындау жөнiндегi әдiстемеге сәйкес БМСК объектілерiн медициналық жабдықтармен және санитарлық автокөлiктермен толық жарақтандыру жүзеге асырылатын болады.

      2005-2007 жылдарда денсаулық сақтау объектілерiнiң 90-ы салынып, 450-i жөнделуден өтуге тиiс. Бұл ретте туберкулездi емдеу мен әйелдердi босандыруға көмектiң барлық қажеттiлiктерi толық қамтамасыз етілуге тиiс.

      Ұтқыр медицина мен телемедицинаны қолдану жалғасады.

      Ауылда БМСК-нi көрсетудiң жұмыс iстейтiн жүйесi сақталатын болады. Медициналық көмектi ұйымдастыруды жетілдiрудiң негiзгi бағыты жалпы практикадағы дәрiгердiң ролiн арттыру және қызметiн кеңейту болып табылады. Оған ФП мен ФАП персоналдарына басшылық ету (фелъдшерлер, акушерлер, медбикелер), сондай-ақ әлеуметтiк қызметкерлермен қызметтi үйлестіру жүктелетiн болады. Қойылған мiндеттердi орындау үшiн жалпы практика жөнiндегi фельдшер-акушер персоналды дайындауды тереңдету көзделiп отыр.

      2005 жылы АДА (ауылдық дәрiгерлiк амбулатория), АУА/АА (ауылдық учаскелiк аурухана/ауылдық аурухана) және аудандық емханаларды мемлекеттік мекемелер мәртебесiне көшiру аяқталатын болады.

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

      Екiншi кезеңде медицина ұйымдарының ұйымдастыру-құқықтық нысаналарын өзгерту мәселесi қаралатын болады.

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

      Ауылдық денсаулық сақтау объектілерiн біліктi медицина және фармацевтика кадрларымен қамтамасыз ету мақсатында медициналық және фармацевтикалық жоғары және орта білімi бар мамандарды ауылдық жерге тұрақтандырудың, қызметтiк тұрғын үй беру, бiр жолғы көмекақылар төлеудiң, ауылдық жерлерде үш жыл жұмыс iстеген жағдайда мемлекеттік білім беру кредиттерiн өтеу сияқты пәрмендi тетiктер әзiрленетiн болады.

      Облыстық атқарушы органдарға мамандарды олардың үш жыл бойы ауылда жұмыс iстеу шартымен даярлауға тиiстi жергіліктi бюджеттер қаражаттары есебiнен мақсатты гранттар бөлу құқығы берілетiн болады.

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

      Санитарлық-эпидемиологиялық ахуалды жақсарту, соның iшiнде жұқпалы, кәсiби және жұқпалы емес аурулардың алдын алу және оларды азайту, халықтың денсаулығына тiршiлiк ету ортасының қолайсыз факторларының зиянды әсерлерiн азайту мақсатында мынадай мiндеттер шешiлетiн болады:

      БМСК-мен мемлекеттiк санитарлық-эпидемиологиялық қызметтi, әсiресе халық арасында санитарлық-алдын алу жұмысына бағытталған шараларды күшейту бөлiгiнде интеграциялау;

      жұқпалы ауруларды, соның iшiнде туберкулездi, жыныс жолдары арқылы берiлетiн жұқпалы ауруларды және АҚТҚ/ЖҚТБ-ны азайту жөнiнде санитарлық-эпидемиологиялық қызметтiң мемлекеттiк органдарымен iс-шараларды жалпы үйлестiрудi қамтамасыз ету;

      жұқпалы аурулардың зертханалық диагностикасын жүргiзуге мүмкiндiк беретiн оңтайлы жағдайларды жасау және оларды аудандық деңгейде санитарлық-эпидемиологиялық сараптаманы жүзеге асыратын мемлекеттiк ұйымдарда орталықтандыру;

      санитарлық-эпидемиологиялық қызмет зертханаларын кезең-кезеңiмен жаңғыртуды жүргiзу;

      жұқпалы ауруларға қарсы күрес, аумақтарды санитарлық қорғау және биологиялық лаңкестiктiң зардаптарын жою жөнiнде жүргiзiлетiн санитарлық-эпидемияға қарсы (алдын алу) iс-шараларды одан әрi жетiлдiру;

      санитарлық-эпидемиологиялық нормалаудың ғылымы негiздемесiн қамтамасыз ету және мемлекеттік жүйесiнiң құжаттарын жүргізу;

      табиғи және техногендiк апаттардың медициналық зардаптарын жою жөнiндегi iс-шараларға мүдделi мемлекеттiк органдармен бiрлесiп қатысу.

      Санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау қызметiнiң алдын алу бағытын күшейту мақсатында БСМК деңгейiнде мынадай iс-шаралар iске асырылатын болады:

      назарды қадағалаушылық пен әкiмшілiктен қауiпсiз тауарлар өндiру мен қызмет көрсетулердi оқыту мен ынталандыру шараларына аудару;

      бiрқатар функциялар мен өкiлеттiктердi республикалықтан облыстыққа және облыстықтан - басқарудың қалалық және аудандық деңгейлерiне беру.

      Санитарлық-эпидемиологиялық қызметтiң зертханалық желілерiн жаңғырту, бiрiншi кезекте, осы заманғы зерттеу стандарттарын қолдануға және халықтың денсаулығына тiршiлiк ету ортасының қолайсыз факторлары әсерлерiнiң себептi-салдарлы байланыстарын белгілеуге негiзделген санитарлық-эпидемиологиялық сараптаманың сапалық жаңа деңгейiне ауысуды көздейтiн болады. Ол үшін барлық деңгейлердегi зертханалық қызметтi жаңғыртумен қатар тиiстi деңгейлер (республикалық, облыстық және аудандық) бойынша жүргiзiлген зертханалық зерттеулердiң мақсаттарын, көлемдерi мен номенклатураларын шектеу көзделедi, ол 3-кезеңде жүзеге асырылатын болады (І - республикалық деңгей 2005 жылы; II - облыстық деңгей - 2006-2007 жылдары; III - аудандық деңгей - 2007-2009 жылдары).

      Референс-зертханалар желiсiнiң негiзiнде орталықтанған, көп функциялы зертханалық қызмет құрылатын болады, мұның өзi зертханалық зерттеулер сапасының елеулi түрде артуын қамтамасыз етедi.

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

      Ел аумағына ерекше қауiптi жұқпалы ауруларды және халықтың денсаулығы үшiн қауiптi өнiмдердi әкелуге жол бермеу мақсатында мемлекеттік шекараның қиып өтетiн жерлерiнде санитарлық-карантиндiк пункттердi нығайту жөнiнде шаралар қолданылатын болады.

      Санитарлық-эпидемиологиялық нормалау саласында халықтың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығы бойынша халықаралық стандарттарға, соның iшiнде ДДҰ-ның талаптарына сәйкес келетiн ғылыми негізделген нормативтiк базаны құру қамтамасыз етiлетiн болады.

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

      Ауруларды емдеуге бағдарланған денсаулық сақтау жүйесiнен алшақтау және интеграцияланған медициналық қызмет көрсетудi енгiзу адам денсаулығына байланысты проблемалар кешенiн шешуге бағытталған көп салалы қызметті көздейдi.

      Денсаулықты сақтау үшiн азаматтар мен мемлекеттiң ынтымақтасқан жауапкершілік принципiн iске асыру профилактикалық iс-шараларды жүргiзу және салауатты өмiр салтын қалыптастыру, халықты кейiннен серпiндi түрде қадағалай және сауықтыра отырып, кезеңдiк 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 принциптерiн енгiзу, дене белсенділiгiн күшейту, отбасын жоспарлау, нашақорлықтың, жарақаттану мен бақытсыз жағдайлардың, АҚТҚ/ЖҚТБ-ның, ЖЖБЖ-ның алдын алу, темекi тартуға және алкогольге салынуға қарсы күрес сияқты қоғамдық денсаулық сақтау бағдарламалары әзiрленедi және iске асырылады. Бұл бағдарламаларды iске асыру БМСК-нiң, мамандандырылған медициналық көмек көрсететiн ұйымдардың және санитарлық-эпидемиологиялық қызметтiң өзара iс-қимылы кезiнде жүзеге асырылатын болады.

      Сондай-ақ артериалдық гипертония, диабет және басқа да ең көп таралған жұқпалы емес аурулардың алдын алу бойынша мақсатты бағдарламалар әзiрленедi. Бұл ретте денсаулық сақтаудың жаңа моделiн дамыта отырып, салауатты өмiр салтын насихаттау және аурулардың алдын алу бағдарламаларын қаржыландыру халықты мейлiнше тиiмдi қамту мақсатында аудандық деңгейге берiлуi мүмкiн.

      БМСК ұйымдарының базасында халықты салауатты өмiр салтына, оңалтуға оқыту жөнiнде бағдарламалар енгізiледi, созылмалы аурулары бар науқастарға арналған мектептер ұйымдастырылатын болады. Қамқорлық қызметке, салауатты өмiр салтын насихаттау мен санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылыққа жауапты орта медициналық персоналдың саны БМСК-нiң әрбiр аумақтық бөлiмшесiндегі жұмыстардың алдын алу бағытын күшейту үшiн штаттық нормативтердi қайта қарау арқылы көбейтiлетiн болады. Мектепке дейiнгi және мектеп жасындағы балаларды, оқушылар мен студенттердi медициналық тексерулерден өткiзуге ерекше назар аударылатын болады. Бұл үшiн барлық бiлiм беру ұйымдарында медициналық пункттер желiсi қалпына келтiрiледi.

 **5.2.5. Халықтың денсаулығын сақтауға сектораралық көзқарас**

      ДДҰ-ның деректерi бойынша адам денсаулығы көбiне тұрмыс салтына, генетикалық факторларға, қоршаған ортаға және денсаулық сақтау жүйесiне байланысты болады. Денсаулық сақтауды басқаруды жетiлдiру мәселелерiндегi негiзгi мiндеттердiң бiрi денсаулық сақтау субъектiлерiнiң қызметiн үйлестiру және халықтың денсаулығын сақтауға сектораралық қағидаттармен келу болып табылады.

      Осы мақсаттарда қызметi халық денсаулығы жай-күйi мен денсаулық сақтау қызметтерiнiң жұмыс iстеуiне тiкелей және жанама әсер ететiн әр түрлi мемлекеттiк органдардың, ведомстволар мен ұйымдардың жұмыстарын үйлестiру көзделедi. Бағдарламада алға қойылған мiндеттердi табысты орындау үшiн денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттiк саясаттың жекелеген басым бағыттарын iске асыру үшiн әр түрлi ведомстволардың күш-жiгерi бiрiктiрiлiп, Қазақстан Республикасы Үкiметiнiң жанындағы денсаулық сақтау жөнiндегi Ұлттық үйлестіру кеңесi, сондай-ақ жергiлiктi атқарушы органдар жанындағы үйлестiру кеңестерi құрылатын болады.

      Сектораралық ынтымақтастықтың мынадай элементтерi iске асырылуға тиiс:

      демография және көшi-қон органдарымен тығыз байланыс жасау арқылы белсендi демографиялық саясат жүргiзу және демографиялық процестерді реттеу;

      еңбек және халықты әлеуметтік қорғау органдарымен бiрге азаматтарға профилактикалық, медициналық-әлеуметтiк көмек және оңалту көмегiн көрсетудiң негiзгi бағыттары бойынша, сондай-ақ медицина қызметкерлерiне сараланған жалақы төлеу бойынша өзара iс-қимыл жасау;

      қоршаған ортаны қорғау мәселелерi бойынша тиiстi мемлекеттiк органдармен бiрлескен шаралар қабылдау;

      бiлiм беру, iшкi iстер, спорт, қорғаныс, мәдениет және ақпарат мемлекеттiк органдарымен балалар мен жасөспiрiмдердi тәрбиелеу, оқыту және денсаулығын сақтау мәселелерiнде өзара iс-қимыл жасау;

      ауыл халқын ауыз сумен, телекоммуникация құралдарымен, жолдармен, санитарлық көлiкпен, медициналық қызмет көрсетумен қамтамасыз ету жөнiндегi мәселелердi шешу және тиiстi орталық және жергіліктi атқарушы органдармен өзара iс-қимыл жасауда санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылық жөнiнде шаралар өткiзу;

      құқық қорғау және басқа да мемлекеттiк органдармен туберкулезге қарсы қызметтi одан әрi интеграциялау;

      халықтың қалың жiгi арасында дене шынықтыру мен спортты дамыту, дене шынықтыру, спорт, туризм ұйымдарының қызметтерiн үйлестiру, салауатты өмiр салтын және спортпен айналысуды енгiзу үшiн жағдайларды уәждеу және жасау жөнiндегi шараларды күшейту;

      салауатты өмiр салтын және аурулардың алдын алуды насихаттау үшiн бұқаралық ақпарат құралдарын кеңiнен пайдалану;

      табиғи және техногендiк сипаттағы дүлей зiлзалалар, сондай-ақ жұқпалы аурулардың тұтану мүмкiндiгi туындаған кезде төтенше жағдайлар жөнiндегi қызметтермен iс-қимылдарды үйлестiру;

      хоспистердi, медбикелiк күтiм жасауды ұйымдастыруды қоса алғанда, мүдделi министрлiктер мен ведомстволарды тарта отырып, сондай-ақ халықаралық және үкiметтiк емес ұйымдардың қатысуымен оңалту қызметi мен паллативтiк көмектi дамыту;

      жүрiс қауiпсiздiгін қамтамасыз ету, экологиялық жағдайды жақсарту проблемалары бойынша көлiктiк-коммуникациялық кешен қызметтерiмен ынтымақтастықты күшейту.

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

 **5.3. Денсаулық сақтауды басқару жүйесiн жетiлдiру**

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

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

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

 **5.3.1. Функциялар мен өкiлеттiлiктердiң ара жiгiн ұтымды ажырату**

      Саланы басқаруды жетiлдiрудiң негiзгi бағыты әкiмшiлiк реттеуден экономикалық ынталандырулар жүйесiне өту болып табылады. Осы мақсатта 2005 жылдан бастап Қазақстан Республикасының  Бюджеттiк кодексiне сәйкес денсаулық сақтаудың орталық, жергiлiкті органдары мен медицина ұйымдарының арасында, соңғыларына басым дербестілiк бере отырып, функциялар қайта бөлiнетiн болады.

      Орталық атқарушы органның құзыретiне:

      денсаулық сақтау саласында бiрыңғай мемлекеттік саясат жүргiзудi қамтамасыз ету функциясы;

      атқарушылық функциялары (денсаулық сақтау саласында елдiң барлық аумағында Қазақстан Республикасының  Конституциясымен кепілдiк берiлген базалық қызмет көрсетулер ұсынудың тең қолжетiмдiлiгiн қамтамасыз ету жөнiндегi шараларды iске асыру, оларды ұсыну стандарттарын белгiлеу, саланы дамытуды жоспарлау, нормативтiк база әзiрлеу);

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

      Жергiлiктi деңгейге, халыққа жалпы сипаттағы тiкелей қызмет көрсетулердi ұсынуды бақылау функциясын қоспағанда, медициналық, фармацевтикалық қызметтердiң жекелеген түрлерi бойынша, сондай-ақ денсаулық сақтау саласында есiрткi құралдары, психотроптық заттар мен прекурсорлар айналымына байланысты лицензиялау рәсiмдерi, дәрiлiк заттарды, вакциналарды, иммунобиологиялық және басқа да медициналық препараттарды сатып алу берілетiн болады.

      Функциялардың көбiнiң орталықсыздандырылуы нәтижесiнде жергiлiктi жерлерде ұсынылатын қызмет көрсетулер сапасының төмендеуiне жол бермеу мақсатында реформалаудың бiрiншi кезеңiнде медициналық көмектiң сапалы параметрлерiн Денсаулық сақтау министрлiгiмен келiсу рәсiмi заңды түрде енгiзiлетiн болады, ал қосымша қаражаттар (амбулаториялық дәрiлiк қамтамасыз етуге және тағы сол сияқтыларға) мақсатты трансферттер түрiнде бөлiнетiн болады. Одан әрi жергiлiктi атқарушы органдардың бөлiнген қаражатты дербес пайдалануына көшу жүзеге асырылатын болады.

      Облыстық деңгейде денсаулық сақтау бюджетiн шоғырландыруға байланысты халық денсаулығын сақтау мәселелерi бойынша барлық деңгейдегi атқарушы органдардың жауапкершiлiгiн күшейту тетiгi әзiрленетiн болады.

      Халықты қауiпсiз, тиiмдi әрi сапалы дәрiлiк заттармен қамтамасыз ету мақсатында Қазақстан Республикасының мемлекеттiк сатып алу туралы заңнамасына жергiлiктi деңгейдегi мемлекеттiк сатып алуды жергiлiктi денсаулық сақтау органдарының жүзеге асыруы мiндеттiлiгiн белгiлейтiн өзгерiстер препараттың сапасы ескерiле отырып енгiзiлетiн болады.

      2006 жылдан бастап БМСК-нi станционарлардан ұйымдық және қаржылық бөлу басталатын болады, бұл бюджеттiк ағымдарды реттеу мен негiзсiз ауруханаға жатқызуды барынша болдырмауға мүмкiндiк бередi.

      Денсаулық сақтау қызметкерлерiнiң еңбегiн негiздеу мақсатында еңбекақы төлеу жүйесiн жетiлдiру жөнiнде шаралар қабылданып (медициналық ұйымдар қызметкерлерiнiң санаттары қайта қаралып және еңбекақы төлеудiң жалпы жүйесi шеңберiнде үстемеақылар ұлғайтылып), бiлiктiлiгiне, орындалған жұмыстың сапасы мен көлемiне сәйкес "ақырғы нәтижесi бойынша" сараланған төлем принципi енгiзiлетiн болады, мемлекеттiк денсаулық сақтау ұйымдарының басшыларына, денсаулық сақтау менеджерi бiлiктiлiгiнiң мiндеттi түрде бар болуы бөлiгiнде, бiлiктiлiк талаптары қайта қаралатын болады.

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

      Кәсiби қауымдастықтар мен одақтарды дамытуға жан-жақты көмек көрсетiлiп, олар медицина кадрларын аттестаттауға, медициналық қызмет көрсетулердiң сапасын сараптауға тарту жүзеге асырылатын болады.

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

      Медициналық қызмет көрсетулердiң сапасын бақылау әлемдiк практикада денсаулық сақтау саласын басқарудың басты тетiктерiнiң бiрi болып табылады.

      Медициналық көмек сапасын басқару жүйесiн құру стандарттауды, аурулар диагностикасы мен оларды емдеудiң жаңа (халықаралық практикада өзiн жағымды жағынан көрсетiп, ДДҰ ұсынған) әдiстерiн енгізудi көздейдi.

      Медициналық қызмет көрсетулер:

      медициналық көмек көрсетулердi жеткiзушілердi қажеттi ресурстармен қамтамасыз ету;

      медицина қызметкерлерiнiң біліктiлiгiн арттыру, соның iшiнде бiлiм беру бағдарламасына дәлелдi медицина курстарын енгізу;

      медициналық ұйымдарда халықаралық стандарт талаптарына сәйкес сапаны басқару жүйесiн енгiзу;

      бөлiнген ресурстарды тиiмдi пайдалану мақсатында басымдықтарды айқындау;

      медициналық қызмет көрсетулердi жеткiзушілердi лицензиялау, тiркеу, сыртқы және iшкi сараптау;

      көрсетілген медициналық қызмет көрсетулердiң сапасына қарай сараланған төлем әдiстерiн енгiзу;

      бұқаралық ақпарат құралдарында медициналық қызмет көрсетудi жеткiзушілердiң рейтингiн жариялау;

      бiрыңғай ақпараттық жүйе құру;

      қажетті әкiмшілiк, қаржылық санкциялар қолдану негізiнде жүзеге асырылатын болады.

      Сапаны басқару жөнiндегі мiндеттердi iске асыру үшiн 2005 жылы медициналық қызмет көрсетулердiң сапасын бақылау жөнiндегi мемлекеттiк орган құрылады. Мемлекеттiк орган бақылау тексерулерiн жүргiзген кезде, қажет болған жағдайда, тәуелсiз сарапшылар тартатын болады. Бұл үшiн түрлi кәсiптер мамандарының қатарынан алынған тәуелсiз сарапшылардың деректер банкi қалыптастырылмақ.

      Медициналық көмек сапасын басқарудың бiрiншi кезектегi мiндеттерінің бiрi медициналық көмек көрсетудің барлық деңгейiнде аурулар диагностикасы мен оларды емдеу хаттамаларын жетілдiру болып табылады. Аталған хаттамалардың сапасы оларды дәлелдi медицина талаптарына сәйкестендiру жолымен қамтамасыз етілетiн болады. Аурулар диагностикасы мен оларды емдеу хаттамалары, сондай-ақ медициналық қызмет көрсетулердің сапа индикаторлары жетілдiрілетін және халықаралық стандарт талаптарына сәйкес жаңартылатын болады.

      Сапа сараптамасы бiрiншi кезеңде стационар мен БМСК ұйымдары қызметiнiң әзiрленген сапа индикаторлары негізiнде жүзеге асырылатын болады. Бұл ретте неғұрлым жиi кездесетiн аурулардың мониторингi жүргiзілуге тиiс. Медициналық ұйымдардағы сапа сараптамасы iрiктелiп жүзеге асырылатын болады, ал жекелеген жағдайларда (үйде өлу, қатерлi iсiк ауруы, туберкулездің және басқа да аурулардың дендеп кеткен жағдайы анықталғанда) мiндетті сараптама жүргiзіледi.

      Медициналық көмектiң сапасын бақылауды жүзеге асыру жүргiзiлген зерттеу мен емдеудiң диагностика мен емдеудің кезеңдiк хаттамаларына сәйкестiк талдауына, диагностикалық зерттеулер мен ем тағайындаудың, ауруханаға жатқызуға жiберудiң негiзділiгi мен уақтылығына, диагностика және емдеу кезiнде жiберiлген қателiктерге негiзделетiн болады.

      Медициналық қызмет көрсетулерге тиiсiнше сараптаманы жүзеге асыру мақсатында сапаны басқарудың кешендi жүйесi әзiрленедi, ол медициналық көмектiң әрбiр деңгейiне арналған индикаторларды, экономикалық негiздеу тетiктерiн қамтитын болады.

      2005 жылы азаматтардың оларға көрсетiлген медициналық қызмет көрсетулер сапасы туралы пiкiрлерiн зерделеудiң жетiлдiрiлген технологиясы ендiрiлетiн болады.

      2006 жылдан бастап денсаулық сақтау субъектiлерiне диагностика мен емдеуде жiберген қателiктерi үшiн азаматтық-құқықтық жауапкершiлiк шаралары қолданылып, емделушiлердiң құқықтарын реттейтiн заң нормалары әзiрленетiн болады.

      2005-2007 жылдары үкiметтiк емес ұйымдарды (медициналық ұйымдар қауымдастықтарын, дәрiгерлердiң кәсiби, емделушiлер қауымдастықтарын) қолдау және қажет болған жағдайда оларды медициналық қызмет көрсетулердiң тәуелсiз сараптамасына, мамандарды тiркеуге, аттестаттауға тарту жөнiнде iс-шаралар өткiзiлетiн болады.

      2008-2010 жылдар iшiнде халықаралық стандарттарға сәйкес аурулар диагностикасы мен оларды емдеу хаттамаларын, медициналық көмек сапасы индикаторларын одан әрi жетiлдiру жүзеге асырылатын болады.

      Алға қойылған мiндеттердi iске асыру тым әкiмшiлiк әдiстерден бас тартуға және медициналық көмектi жақсартуға, бюджет қаражатын тиiмдi пайдалануға және медицина қызметкерлерiнiң өздерi көрсеткен медициналық қызметтерiне жауапкершiлiктi арттыруға бағытталған сапаны кешендi басқару жүйесiн құруға мүмкiндiк бередi.

 **5.3.3. Денсаулық сақтау жүйесiнде бәсекенi дамыту**

      Денсаулық сақтау жүйесiнде жаңа экономикалық қатынастарға бiртiндеп көшу реформалау мен дамытудағы стратегиялық маңызды мiндеттер болып табылады. Тек шынайы бәсекенiң элементтерi ғана сала ретiнде денсаулық сақтаудың тиiмдiлiгiн айтарлықтай көтередi, соның iшiнде бюджет қаражаттарын оңтайландырады және көрсетiлетiн қызмет сапасын көтередi.

      Қалыптасқан "көп арналы бюджеттiк қаржыландыру" (мемлекеттiк медициналық ұйымдар үш бағыт - өзiндiк тариф, жабдықтарды сатып алу мен күрделi жөндеу үшiн күрделi шығындар бойынша қаражат алады) бәсекенiң дамуын тежейдi, өйткенi, жеке медициналық ұйымдар тек бiр көзге - ағымдағы тарифке ғана үмiткер бола алады.

      Жүйеде тарифтiк саясатты өзгертпей бәсекенi дамыту мүмкiн емес. 2007 жылдан бастап тарифтi, олардың құрамына негiзгi қорларды жаңартуға арналған шығындар енгiзiле отырып, қалыптастырудың жаңа жүйесiн енгiзу басталады. Бағдарламаны iске асырудың екiншi кезеңiнде, мемлекеттiк денсаулық сақтау ұйымдарының материалдық-техникалық базасы мен тарифтердiң қажеттi деңгейiне қол жеткiзе отырып, мемлекет "көп арналы" бюджеттiк қаржыландырудан бас тартады, амортизациялық реттеу тетiктерiн күшейтедi, бұл медициналық ұйымдардың қаржылық тұрақтануын қамтамасыз етедi және медициналық қызмет көрсету саласындағы жеке сектордың дамуы үшiн қажеттi жағдайлар жасайды. Бұл ретте жеткiзушiлер меншiк нысаны немесе ұйымдастыру-құқықтық нысанына қарамастан материалдық-техникалық базаны күшейту, шаруашылық қызметi нәтижесiнде үнемделген қаражатты бөлу мәселелерiнде дербестiктiң қажеттi деңгейiн иеленедi.

      Медициналық жабдықтардың қымбат тұратын түрлерiн алу кезiнде оларды үнемдi пайдалану және денсаулық сақтаудың мемлекеттiк және жекеше ұйымдары үшiн тең мүмкiндiктер мен тең бәсекелестiк жағдайларды қамтамасыз ету мақсатында қаржылық лизингтi қолдануды кеңейту жөнiнде шаралар әзiрленетiн болады.

      Сонымен қатар, денсаулық сақтау саласында бәсекенi дамыту бiрқатар маңызды мәселелердi шешудi қажет етедi:

      1) тапсырыс берушi (мемлекеттiк орган) мен жеткiзушi (медициналық ұйым) арасындағы шарттық қатынастарды, олардың арасындағы құқықты, мiндеттi және жауапкершiлiктi нақты айқындайтын басқарудың экономикалық әдiстерiн қолдану бөлiгiнде жетiлдiру. Мемлекеттiк тапсырысты, көбiне-көп жергiлiктi деңгейде, қалыптастыратын және орналастыратын басқармашылар 2005-2006 жылдары қажеттi даярлықтан өтедi, өйткенi, олардың бiлiктiлiгi мен қабылдайтын шешiмдерi, жалпы алғанда, жүйенiң жұмысына айтарлықтай әсер ететiн болады.

      Мемлекеттiк және жеке медициналық ұйымдар тегiн медициналық көмектiң кепiлдендiрiлген көлемiн көрсету жөнiндегi қызметтердi беру үшiн жалпы стандарттар, қажеттiлiктер, жауапкершiлiк пен экономикалық жағдай негiзiнде тепе-тең жағдайға ие болады. Осы жағдайларды iске асыру үшiн басқарушылық шешiмдер қабылдауда, медициналық ұйымдардың мәртебесiн шаруашылық жүргiзу құқығындағы мемлекеттiк кәсiпорындарға, жауапкершiлiгi шектеулi серiктестiктерге, акционерлiк қоғамдарға өзгерту және оларды қайта ұйымдастыру мүмкiншiлiгiн беру жолымен олардың дербестiгiн күшейту қажет. Бұл ретте туберкулез, қатерлi iсiк аурулары және басқа әлеуметтiк жағынан елеулi аурулар бойынша медициналық көмек көрсететiн мамандандырылған ұйымдардың кейбiреулерi өздерiнiң мәртебесiн өзгертпейдi. Сапалы медициналық көмек көрсетудi қамтамасыз ету мақсатында бiр дәрiгерге немесе бiр медициналық ұйымға арналған қабылдаудың шектiк сандық және сапалық көрсеткiштерi енгiзiлетiн болады;

      2) жан басына шаққандағы қаржыландыруды бiртiндеп толықтыру және жартылай қорды ұстауға көшу денсаулық сақтау жүйесiнiң ақталмаған жоғары шығындарына, соның iшiнде стационарлық бөлшектi ұтымды етуге, түбегейлi әсер етедi. Мемлекет БСМК деңгейiнде жеке сектордың ұлғаюына қолдау жасайды, өйткенi, ұйымдардың қормен жарақтануға және шығындылығына деген көзқарастан олар бiршама тартымды болады.

 **5.3.4. Қаржыландыру жүйесiн жетiлдiрудiң негізгi қағидаттары**

      Денсаулық сақтауды тұрақты дамытуды қамтамасыз ету және тиiмдiлiктi арттыруды ынталандырудың iшкi тетiктерiн iске қосу үшiн 2010 жылға қарай денсаулық сақтауға мемлекеттiк шығыстарды IЖӨ-нiң 4 процентiне дейiн кезең-кезеңiмен көтеру көзделедi.

      Бiрiншi кезеңде саланы қаржыландыру жүйесiнде бұрын қабылданған шешiмдер iске асырылып, сондай-ақ қаражатты тиiмдi пайдалануға, жүйеге инвестиция тартуға және өңiраралық теңестiруге бағытталған қаржыландыру саясаты әзiрленетiн болады.

      Қазақстан Республикасының  Бюджет Кодексiне сәйкес денсаулық сақтауды басқарудың облыстық органы бiрыңғай төлеушiнiң функциясын атқаратын болады, ол өңiрлердiң iшкi стационарларында БМСК-ге жан басына шаққандағы нормативтер мен емдеу тарифтерiн теңестiруге мүмкiндiк туғызып, медициналық көмек көрсетулердiң сапасына бақылауды қамтамасыз етедi. Денсаулық сақтау министрлiгi тауарлар мен қызмет көрсетулерді орталықтандырылған сатып алу жөнiндегi өкiлеттiгiн төменгi деңгейге бередi.

      БМСК ұйымдары үшiн жан басына шаққандағы нормативтер осы деңгейдегi медициналық көмектiң қажеттi көлемi, бекiтiлiп берiлген тұрғындардың жынысы мен жас құрамы және өңірлік ерекшеліктерді білдiретiн басқа да факторлар ескерiле отырып айқындалатын болады. Жан басына шаққандағы нормативтердi толықтыруды қамтамасыз ету мақсатында оны жыл сайын ұлғайта отырып 2010 жылы оңтайлы деңгейге дейiн арттыру жүзеге асырылатын болады. Кезең-кезеңiмен, БМСК деңгейiнде көрсетілетiн көмек көлемiнiң өсуiне қарай, БМСК көрсетуге бағытталған қаражат үлесi өсетiн, оның iшiнде ауру түрлерi мен халықтың жекелеген санаттары бойынша ауру адамдарға амбулаторлық деңгейде ақысыз және жеңiлдiктi дәрi-дәрмекпен қамтамасыз етудi ұсыну жолымен өсетiн болады. 2005 жылы ақысыз медициналық көмектiң кепiлдендiрiлген көлемін көрсетуге қосымша шығындардың шеңберiнде бөлiнген 15 млрд. теңге көлемiндегi қаражаттың бiр бөлiгі БМСК ұйымдарын қаржыландыруға бағытталатын болады.

      Нәтиженi бағалауға мүмкіндiк беретін және ынталандыру мен жазалаудың қаржылық құрамдас бөлiктерiн iске қосатын көрсеткiштер мен индикаторлардың жүйесi негізiнде құрылған, ресурстарды пайдалану тиiмдiлiгi мен сапа мониторингінің ұлттық жүйесi 2005 жылы әзiрленiп, 2006 жылдан енгiзiлетiн болады.

      Нәтижелiлiктi бағалауды жүргiзуге және ынталандыру мен жазалауды қаржыландырудың құрамдас бөлiктерiн iске қосуға қол жеткiзетiн, көрсеткiштер мен индикаторлар жүйесi негiзiне құрылған сапа мониторингi мен ресурстарды тиiмдi пайдаланудың ұлттық жүйесi 2005 жылы әзiрленiп, 2006 жылдан енгiзiлетiн болады.

      Медициналық көмек жеткiзушiлердi қаржыландыру әдiстерi әртүрлi деңгейдегi жеткiзушiлер үшiн дұрыс ынталандыруды қамтамасыз етуге тиiс: стационарлар үшiн (КШТ) қуаттылығына емес, қызмет көрсетулерге төлеу, ал БМСК үшiн медицина ұйымдары қызметiнiң алдын алушылық бағыттылығын (жан басына шаққандағы норматив) ынталандыру.

      Қаржыландыру әдiстерi кезең-кезеңiмен жетілдiріліп тұратын болады. Мысалы, КШТ салмақ коэффициенттерi мен топтардың құрылымы дәлелдiк медицина әдiстерiне негiзделген диагностика мен емдеудiң мерзiмдiк хаттамаларын әзiрлеу ретiне қарай қайта қаралатын болады.

      2005 жылдың iшiнде жоғары мамандандырылған медициналық көмектi дамытудың қаржылық тетiктерi әзiрленіп, жаңа технологиялар енгiзiлетiн болады.

      2006 жылдан бастап денсаулық сақтау саласына инвестицияларды жүзеге асыру жөнiндегi қабылданатын барлық шешiмдер немесе мемлекет қабылдайтын қосымша мiндеттемелер нақты нәтижелер мен тиiмділiкке негiзделуге тиiс. Тиiстi әдiстеме талдап жасалып, бекiтiлмек.

      Денсаулық сақтау ұйымдарында медицина жабдықтарының, оның техникалық жай-күйi мен тиiмдi пайдаланылу мониторингi ұдайы жүзеге асырылып, оның iшiнде қымбат тұратын жабдықтар жұмысын есепке алу жүйесi жолға қойылады.

      2005 жыл iшiнде медицина қызметкерлерiнiң еңбек ақысын төлеу жүйесiн жетiлдiру, "ақырғы нәтижесi бойынша" төлем принципiн iске қосу шаралары әзiрленетiн болады. Мемлекеттiк медицина ұйымы қызметкерлерiнiң еңбек ақысын төлеу сараланған, бiлiктiлiк, көрсетiлетiн көмек сапасы мен көлем деңгейiне барабар, оның iшiнде тура бейресми төлем деңгейiн төмендетуге мүмкіндiк беретiн ақылы негiзде болуға тиiс. 2006 жылдан бастап медициналық қызметкерлердің жалақысын кезең-кезеңiмен көтеру жүзеге асырылуға тиiс.

      2005 жыл iшінде мемлекеттік бюджеттен медициналық көмектiң кепiлдендiрiлген көлемiн көрсетуге бөлiнген қаражатты медициналық ұйымдардың пайдалануының ашықтығын қамтамасыз ету жөнiндегi шаралар жүйесi әзiрленетiн болады. Медициналық ұйымдардың түрлi көздерден, оның iшiнде медициналық қызмет көрсетулердi ақылы негізде көрсету есебiнен алынған қаражаттарды есепке алу жүйесi жетілдiрілетiн болады.

      Медициналық қызмет көрсетулер мен тауарлар тұтынуды адам басына жiктеу қамтамасыз етілiп, сондай-ақ көрсетiлетiн қызметтердi емделушілер тарапынан бақылау жүйесi енгiзіледi.

      Аталған жұмыс халықты ақысыз медициналық қызмет көрсетулер тiзбесi мен көлемi туралы кеңiнен ақпараттандырып отырумен, өтiп жатқан процестердiң тұрақты мониторингiмен сүйемелденiп отырады. Халық қанша және не үшiн төлеуге тиiс екендiгi туралы қажеттi ақпарат алады.

      Салаға қосымша қаражат ағымдарын қамтамасыз ету мақсатында Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына өзгерiстер мен толықтырулар жұмыс берушiлер тарапынан да, енгiзiле отырып, халықтың өз тарапынан да ерiктi медициналық сақтандыруды ынталандыру жөнiнде шаралар қолданылатын болады.

      Тәуекелдiң таңданбалылығы проблемасын шешу ескерiле отырып, ерiктi медициналық сақтандыру сақтанушыға да, сақтандырушыға да өзара пайдалы болады.

      2006-2007 жылдары ұлттық денсаулық сақтау шоттарын енгiзу бойынша 2005 жылдан бастап дайындық iс-шаралары жүргiзiлетiн болады, бұл барлық саладағы, оның iшiнде жекеше сектордағы қаржылық ағымдар туралы толық ақпараттар алуға мүмкiндiк бередi.

      Екiншi кезеңде қаражатты тиiмдi пайдалануға бағытталған саланы қаржыландырудың, салаға инвестициялар тарту мен аймақаралық теңдестiрудiң жаңа саясаты енгiзiлетiн болады, бұл оған тұрақтылық беруге мүмкiндiк туғызып, одан әрi дәйектi дамуына және бәсекелестiк қабiлетiнiң артуына жағдай жасайды.

      Түрлi өңiрлердегi халықтың ақысыз медициналық көмектiң кепiлдендiрiлген көлемiне тең қолжетiмдiлiгiн қамтамасыз ету үшiн 2010 жылға қарай тиiстi қаржылық қамтамасыз етумен бiрге ауру құрылымы мен басқа да объективтi факторлар ескерiле отырып, ұқсас медициналық қызметтер көрсеткенi үшiн тарифтердi аймақаралық теңестiру аяқталатын болады.

      Қаржылық ресурстарды неғұрлым тиiмдi әкiмшiлiк етуге жағдайлар жасау, денсаулық сақтаудың құрылымдық тиiмдiлiгiн көтеру, медициналық көмек көрсетудiң түрлi деңгейлерi арасында өзара байланыс орнату бюджеттiк шығыстар ұтымды пайдаланылған жағдайларда қайта инвестициялау үшiн барынша бағдарламалық шоғырландырылу жүргiзiлуi қажет.

      2008 жылға қарай елдiң әлеуметтiк-экономикалық дамуының және азаматтар кiрiстерiнiң өсуiнiң жақсару шамасына қарай мiндеттi медициналық сақтандыру жүйесiн енгiзу мүмкiндiгi мәселесi қаралатын болады.

 **5.3.5. Дәрiлiк заттар айналымы саласын**
**мемлекеттiк реттеудiң тиiмдiлiгін арттыру**

      Қазақстан Республикасының халқын дәрiлiк заттармен қамтамасыз ету мемлекеттiң маңызды мiндеттерiнiң бiрi болып табылады. Дәрiлiк заттарды қолдану алдын алу медицинасы мен ауруларды емдеуде өзектi рөл атқарады. Сонымен қатар, дәрiлiк заттар айналымы саласындағы қазiргi мемлекеттiк реттеу құрылымы дәрiлiк заттар сапасы мен оның қолжетiмдiлiгiн қамтамасыз ету бөлiгiнде қосымша шаралар қабылдауды талап етедi.

      Осы мақсатта алда мынадай мiндеттердi шешу тұр:

      халықтың негiзгi өмiрлiк маңызы бар дәрілік заттарға жеке және экономикалық тең дәрежеде қолжетiмділiгiн қамтамасыз ету;

      дәрiлiк заттарды бөлшек дәрiханалық желілерде уәкілеттi орган айқындайтын тiзiм бойынша рецептпен берудi енгiзу;

      дәрiлiк заттардың сапасы мен қауiпсiздiгін қамтамасыз ету жөнiнде шаралар қолдану;

      дәрiлiк заттарды ұтымды пайдалану;

      Қазақстан Республикасының 2003-2015 жылдарға арналған индустриялық-инновациялық даму  стратегиясы шеңберiнде фармацевтикалық және медициналық өнеркәсiптi одан әрi дамыту.

      Алға қойылған мiндеттердi екi кезеңде шешу көзделiп отыр.

      Бiрiншi кезеңде, 2005-2007 жылдар iшiнде:

      халық үшiн негiзгi (өмiрлiк маңызы бар) дәрiлiк заттарға қолжетiмдiлiгiн арттыру және денсаулық сақтау ұйымдарының барлық деңгейiнде, әсiресе ауылдық жерлерде формулярлық жүйенi енгiзудi қамтамасыз ету;

      отандық фармацевтикалық салаға халықаралық стандарттарды енгiзу жөнiнде дайындық жұмыстарын жүргiзу;

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

      Қазақстан Республикасының мемлекеттiк сатып алу туралы заңнамасына сатып алынатын дәрiлiк заттардың сапасына кепiлдiк беретiн өзгерiстер мен толықтырулар енгiзу жолымен мемлекеттiк сатып алудың тиiмдiлiгiн арттыру;

      қолданылатын дәрілік заттардың жанама әсерлерiне мониторинг жүргiзу;

      Денсаулық сақтау министрлiгiнiң "Дәрiлiк заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдарды және медицина техникасын сараптаудың ұлттық орталығы" республикалық мемлекеттiк кәсiпорнының базасында дәрiлiк заттар айналымы саласында ғылымы зерттеулер ұйымдастыру және жүргiзу үшiн құрылымдар құру;

      Халықаралық стандарттардың "Тиiстi зертханалық практика" талаптарына сәйкес дәрiлiк заттардың сапасын бақылауды жүзеге асыру үшiн иммунобиологиялық және төрт аймақаралық зертхана құрып, жарақтандыру;

      Контрофактiлiк өнiмдердiң фармацевтика рыногына енiп кетуiнiң алдын алу мақсатында дәрілік заттар айналымы саласында мемлекеттік бақылаудың тиiмдiлiгiн жоғарылату, фармаколаңкестiктiң қаупiн төмендету;

      дәрiлiк заттар айналымы саласындағы мемлекеттiк органдардың және олардың аумақтық бөлiмшелерiнiң, сондай-ақ сынақ орталықтарының мамандарының халықаралық стандарттарды, сапаны басқару жүйесiн оқып-үйренуiн ұйымдастыру;

      дәрiлiк заттардың сапасын басқару мәселелерi жөнiнде фармацевтикалық сектордың субъектiлерi үшiн мамандар даярлау жағдайын қамтамасыз ету;

      құрылғалы отырған Денсаулық сақтаудың бiрыңғай ақпараттық жүйесi шеңберiнде дәрiлiк заттар айналымы саласында ақпарат жинау және қайта өңдеудi ұйымдастыру әдiстемелерiн әзiрлеу қажет.

      Екiншi кезеңде, 2008-2010 жылдары, дәрiлiк заттар айналымы саласында фармацевтика секторының халықаралық стандарттар сапасына кезең-кезеңiмен көшу жоспарын жүзеге асыру көзделедi. Дәрiлiк заттар айналымы саласында сынақ зертханаларын, медициналық техникалар мен медициналық мақсаттағы бұйымдарды халықаралық стандарттарға сәйкес тiркеу аяқталып, дәрiлiк заттар сапасын басқару жүйесi құрылатын, дәрiлiк заттарды пайдалану қауiпсiздiгi мен тиiмдiлiгi мәселелерi бойынша халықты ақпараттандыру әдiстемесi әзiрленетiн болады.

 **5.3.6. Денсаулық сақтаудың бiрыңғай ақпараттық жүйесi**

      Қазақстан Республикасын ақпараттандыру шеңберiнде 2005-2007 жылдары денсаулық сақтаудың бiрыңғай ақпараттық жүйесi (бұдан әрi - ДБАЖ) құрылатын болады, оның негiзгi бағыттары:

      азаматтар денсаулығының жай-күйi туралы ақпарат жинаудың, өңдеу мен сақтаудың, медициналық және дәрiлiк көмек алудың бiрыңғай әдiстемесiн әзiрлеу;

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

      әрбiр емдеу-алдын алу ұйымдары мен мемлекеттiк денсаулық сақтау басқармасы органдарынан қажеттi ақпарат алуға мүмкiндiк беретiн ақпараттық-анықтамалық жүйе, орталық деректер банкiн құру;

      медициналық-демографиялық көрсеткiштер жиынтығы мен азаматтардың медициналық көмектi тұтыну көлемiне тиiмдi мониторинг жүргiзуге мүмкiндiк беретiн азаматтар денсаулығының электрондық паспортын, аурудың электрондық тарихын жасау;

      БМСК, емханалар, стационарлар деңгейiнде медициналық көмек көрсетудiң сабақтастығын қамтамасыз етуге мүмкiндiк беретiн ауру адамдарды жiктеп есепке алу үшiн жеке адамдардың бiрыңғай бiрегейлендiрiлген кодын қолдану, сондай-ақ "Жеке адамдар" мемлекеттiк деректер базасы шеңберiнде медициналық ақпараттың құпиялығын сақтай отырып, бiрыңғай форматта медициналық аспектiлердi, әлеуметтiк жеңiлдiктер мен көмекақыларды ескеру болады.

      2007 жылдан бастап республиканың жекелеген аймақтарында медициналық көмек тұтынудың жiктелген есебiн қамтамасыз ететiн, емделушілердiң медициналық электрондық картасын пайдалану жөнiнде пилоттық жобалар енгiзілетін болады.

      ДБАЖ-ды 2010 жылға дейiн дамыту үшiн мынадай мiндеттер шешiлетiн болады:

      басқарушылық шешiмдер қабылдау мен ДБАЖ-да жинақталған ақпараттар негiзiнде барлық деңгейде медициналық көмек көрсетудiң сапасын басқаруды автоматтандыру;

      қолда бар ведомстволық ақпараттық жүйелердi жетілдiру мен бiрiктiру және оларды материалдық-техникалық сүйемелдеу;

      ведомстволық, статистикалық және медициналық-технологиялық ақпараттық жүйе әзiрлеп, енгізу және оларды материалдық-техникалық сүйемелдеу;

      емделушiлердiң медициналық-электрондық картасын енгiзу.

      Денсаулық сақтауды ақпараттық қамтамасыз етудi дамыту мақсатында денсаулық сақтау саласындағы өкілеттi органға ведомстволық бағынысты ақпараттық-талдау орталығы (бұдан әрi - АТО) құрылады. ATO-нің күшiмен алға қойылған мiндеттерге сәйкес саланың ақпараттық моделi жасалады, ол денсаулық сақтау ұйымдары қызметiнiң ақпараттық-анықтамалық жiктемелерiнiң базалық стандартталған, терминологиялық келiсiлген параметрлерiн әзiрлеу үшiн негiз болады. Әзiрленген жiктемелердiң базасында, ақпаратты автоматтандырылған қайта өңдеудi одан әрi енгiзу мақсатында және есепке алудың қосарланушылығын болдырмау, денсаулық сақтаудағы қазiргi есепке алу мен есептiлiк жүйелерi қайта қаралатын болады. Нәтижесiнде денсаулық сақтаудың, басқару органдарынан бастап халыққа тiкелей медициналық көмек көрсетумен айналысатын медицина қызметкерлерiне дейiн, барлық деңгейiне ақпараттық жүйенi енгiзудiң әрбiр кезеңiнде деректердi жинау мен қайта өңдеу әдiстемесi, сондай-ақ жиналған ақпаратты талдау мен басқарушылық шешiмдер қабылдау әдiстемесi әзiрленетiн болады. Қазiргi есепке алу мен есептiлiк жүйесi денсаулық сақтау ұйымдары қызметiнiң клиникалық және медициналық-экономикалық аспектілерiне сәйкестендiрiлетiн болады.

      Бiрыңғай ақпараттық жүйе барлық жеке және заңды тұлғалардың халық денсаулығының жай-күйiне, олардың медициналық қызмет көрсетулердi тұтынуына және басқа өлшемдерге қатысты ақпаратқа сұраныстарына жауап беретiн болады.

 **5.4. Ана мен бала денсаулығын қорғау**

      Қазақстан Республикасы дамуының негiзгi басымдықтарының бiрi медициналық-демографиялық жағдайды жақсарту болып табылады, ол, бiрiншi кезекте, ана мен бала денсаулығын қорғауға (бұдан әрi - АБДҚ) байланысты.

      Ана мен балаға қызмет көрсетудi күшейтуге байланысты өткiзілiп жатқан iс-шараларға қарамастан, пайдаланылып отырған ресурстардың тиiмдiлiгi төмен күйiнде қалуда. Бала туу баяу көтерiлiп келедi, жүктiлiк кезiндегi өлiм, сәби мен ана өлiмi нашар қарқынмен төмендеуде.  Балалардың дене мен психикалық денсаулығының көрсеткiштерi қанағаттанғысыз күйде қалуда.

      АБДҚ қызметiнiң негiзгi бағыттары ана мен бала денсаулығын қорғау мен нығайту, ана, сәби және бала өлiмiнiң деңгейiн төмендету үшiн ДБАЖ-бен және басқа да мүдделi қызметтермен ықпалдасатын, тиiмдi iс-қимыл жүйесiн құру болып табылады.

      АБДҚ қызметiн жетiлдiру мақсатында мынадай шаралар қолданылатын болады:

      ұрпақты болу жасындағы әйелдер мен балаларға ақысыз медициналық көмектiң кепiлдендiрiлген көлемi шеңберiнде медициналық көмек көрсетудi қамтамасыз ету;

      жыл сайын балалар мен ұрпақты болу жасындағы әйелдердi диспансерлеу, медициналық тексерулерден, сауықтырудан өткiзу;

      2005 жылы Астана қаласында әлемдiк стандарттарға сай және жоғары бiлiктi кадрлармен қамтамасыз етiлген Ана мен бала республикалық орталығы құрылысын аяқтау.

      2005 жылдан бастап ұрпақ әкелу денсаулығы мен бала денсаулығына әсер ететiн ауруларды емдеу үшiн жүктi әйелдердi, сондай-ақ балалардың жекелеген санаттарын (5 жасқа дейiнгi балаларды - 2005 жылдан, диспансерлiк есепте тұратын балаларды 2006 жылдан бастап) амбулаториялық емдеу үшiн дәрiлiк заттармен қамтамасыз ету;

      2007 жылға қарай балалар мен жүктi әйелдердi емдеу-алдын алу ұйымдарын қажеттi мамандармен толықтыруды аяқтау;

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

      2008 жылға қарай бекiтiлген нормативтерге сәйкес балалар мен әйелдердi емдеу-алдын алу ұйымдарын бүгiнгi күнгi медициналық жабдықтармен жарақтандыру;

      2007 жылға қарай жүктi әйелдердi халықаралық стандарттарға сәйкес ерте диспансерлiк бақылауға алуды қамтамасыз ету;

      2008 жылға қарай көмекшi репродукциялық әдiстемелер мен техноголияларды, оның iшiнде генетикалық талдаулар мен отбасын жоспарлаудың бүгiнгi күнгi технологияларын пайдалана отырып, туа бiткен және ұрпақ қуалайтын аурулардың босанғанға дейiнгi диагностикасының скринингтiк бағдарламаларын жетiлдiрудi қолданысқа енгiзу;

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

      бұқаралық ақпарат құралдарын тарта отырып, отбасын жоспарлау және балалар, жасөспiрiмдер мен әйелдер арасындағы маскүнемдiктiң, нашақорлықтың, темекi тартудың алдын алуды қоса алғанда, салауатты өмiр салтын қалыптастыру жөнiнде iс-шараларды жүзеге асыру;

      ДДҰ ұсыным жасаған, мектеп оқушыларының денсаулығын сақтау мен нығайтуға бағытталған оқыту бағдарламаларын жалпы бiлiм беру мектептерiне енгiзу жөнiндегi жұмыстарды жандандыру.

      Жоғарыда аталған шараларды iске асыру АБДҚ жүйесiн нығайтуға және жетiлдiруге мүмкiндiк бередi, бұл ана мен нәресте өлiмiн төмендетедi, халықтың демографиялық көрсеткiштерiн жақсартады.

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

      Халықтың әлеуметтiк жағынан елеулi аурулары қашанда мемлекеттiң жiтi назарында болуға тиiс.

      Халық өмiрiнiң сапасы мен ұзақтығын көтеру мақсатында әлеуметтiк жағынан елеулi аурулардың алдын алу, ерте бастан анықтау және тиiмдi емдеу, оңалту шараларын iске асыру жүргiзiлетiн болады. Осы бағытта:

      мүдделi ведомстволар, халықаралық және үкiметтiк емес ұйымдардың өзара белсендi iс-қимылымен жыныстық жолмен берілетiн жұқпалы аурулармен ауырудың алдын алу мен одан әрi төмендету жөнiнде мақсатты шаралар жүзеге асырылатын;

      АҚТҚ жұқпалары мен ЖҚТБ аурулары вирустарына қарсы емдеудiң халықаралық стандарттары енгiзілетiн;

      психикасы мен мiнез-құлқы бұзылған ауруларды емдеу мен сауықтырудың кешендi бағдарламалары әзiрленiп, енгiзілетiн;

      нашақорлыққа тәуелдi адамдардың өңiрлiк медициналық-әлеуметтiк орталықтары (бөлiмшелерi), кәмелеттік жасқа толмаған нашақорлыққа тәуелдiлердi емдеу және медициналық-әлеуметтiк оңалту үшiн наркологиялық ұйымдарда стационарлық бөлiмшелер ашылатын;

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

      Қазақстан Республикасында есiрткiнiң таралуына қарсы iс-әрекеттiң тиiмдi, үйлестiрiлген жүйесi құрылатын;

      2006 жылдан бастап аудандық медицина ұйымдарында эндокриндiк аурулармен, оның iшiнде бiрiншi кезекте қант диабетiмен ауыратындарды ерте диагностикамен, емдеумен қамтамасыз ету және диспансерлеудiң тиiмділiгiн арттыру үшiн дәрiгер-эндокринолог лауазымы кезең-кезеңiмен енгiзiлетiн болады.

      Туберкулезге қарсы күреске, эпидемиологиялық жағдайды жақсартуға, аурушаңдық пен өлiмдi төмендетуге ерекше көңіл бөлiнетiн болады. Туберкулезбен ауыратындарға өткiзiлетiн емдеу-сауықтыру және алдын алу iс-шараларының барлық кезеңi БМСК ұйымдарын жан-жақты тарта отырып жүзеге асырылатын болады. Туберкулезбен ауыратындардың ұлттық тiркелiмi жетiлдiрiлетiн, ауру адамдарға бiрыңғай хаттама жүргiзудi сақтау және туберкулезге қарсы күрес жөнiнде өткiзілетін iс-шаралардың тиiмдiлiгiне бақылау жасау қамтамасыз етiлетiн болады.

      Ұдайы бацило бөлетiн созылмалы туберкулез түрiмен ауыратын ауру адамдарды емдеу үшiн облыстық туберкулезге қарсы диспансерлер жанынан кезең-кезеңiмен мамандандырылған бөлiмшелер ашылатын болады. Облыстық туберкулезге қарсы мекемелердiң мамандандырылған бөлiмшелерi емделуден жалтарып жүрген туберкулездiң жұқтырғыш түрiмен ауыратындарға арналып қайта құрылады.

      Емдеу-диагностикалық iс-шаралары DOTS-қосу стратегиясын одан әрi iске асыруды және туберкулездiң мультирезистенттiк түрiнiң бактерияға қарсы терапиясының тиiмдi кестесiн енгiзудi көздейтiн болады.

      Одан әрi туберкулезбен ауыратындарды және туберкулезге қарсы қызметтiң медицина қызметкерлерiн әлеуметтiк қолдауды кеңейту жөнiндегi шаралар жүзеге асырылмақ.

      Онкопатологияға қатысты диагностика мен емдеудiң жетiлдiрiлген әдiстерi қолданыла отырып, мақсатты топтарға алдын ала тексерулер жүргiзу арқылы қатерлi өскiндердi ерте анықтауға баса назар аударылатын болады.

      Бронхиалды демiкпе, артерия гипертониясы, жүректiң ишемиялық ауруы және басқа да, оның iшiнде хирургиялық емдеудi қажет ететiн жүрек-қан тамырлары ауруларының алдын алу мен тиiмдi емдеу жөнiнде iс-шаралар әзiрленiп, жүзеге асырылады.

      Өлiм себебiнiң растығын белгiлеу мақсатында сот-медицина сараптама органдарын техникалық қайта жарақтандыру жүзеге асырылатын болады.

      Әлеуметтiк жағынан елеулi аурулармен ауыратын ауруларды дәрiлiк қамтамасыз етудi реттеу үшiн, қазiргi емдеу қағидаттарын ескере отырып, ақысыз, жеңiлдiк негiзiнде берiлетiн дәрiлiк заттар тiзбесi қайта қаралуға тиiс.

      Қабылданған шаралар жағдайды тұрақтандыруға, әлеуметтiк жағынан елеулi аурулардың таралу, оның халық денсаулығына және ел экономикасына тигiзетiн зиян мөлшерiн төмендетуге мүмкiндiк бередi.

 **5.5.1. Медицина ғылымын дамыту**

      Медицина ғылымын дамыту азаматтар денсаулығын сақтау мен жақсарту мақсатында жүргiзiлетiн iргелi және қолданбалы зерттеулердiң басым бағыттарын әзiрлеудi көздейдi.

      Медицина ғылымын дамыту процесiнде инновациялық тиiмдi pecуpc үнемдейтiн технологиялар енгiзу арқылы практикалық денсаулық сақтаудың өзектi проблемаларын шешудi қарастыратын болады.

      Медицина ғылымы мынадай бағыттар бойынша дамиды:

      әлеуметтiк жағынан елеулi аурулардың алдын алудың, ерте анықтаудың, емдеудiң және оңалтудың озық технологияларын басым әзiрлеу және қолданысқа енгiзу;

      iргелi және қолданбалы медицина ғылымының, оның негiзгi даму бағыттарын қалыптастыруға және iргелi медициналық зерттеулер бағдарламаларына әкiмшiлiк етуге Денсаулық сақтау министрлігінің қатысуын қамтамасыз ете отырып, сабақтастығы;

      медицина ғылымының өндiрiспен және практикамен байланысын нығайту, практикалық денсаулық сақтауға отандық және тәжiрибе алмасудан алынған ғылыми әзiрлемелер енгiзу;

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

      медицина ғылымының, білім мен клиникалық практиканың интеграциясы;

      азаматтардың денсаулығын қорғау саласында жоспарланатын және қабылданатын шаралардың экономикалық және әлеуметтiк тиiмділігін ғылыми бағалау және негiздеу;

      медицина ғылымы саласында айғақтау медицинасы принциптерiн енгiзу.

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

      Медициналық және фармацевтикалық білім сапасын көтеру мақсатында медицина кадрларын даярлау мен қайта даярлау жүйесiне елеулi өзгерiстер енгiзілетiн болады. Медициналық ерекшелiк ескеріле отырып, денсаулық сақтауды дамытудың стратегиялық бағытына бағдарланған, даярлау мен қайта даярлаудың тиiмдi әрекет ететiн жүйесін құруға бағытталған медициналық білім берудiң нормативтiк құқықтық базасы жасалады.

      БМСК-нi нығайту біліктi медицина кадрларының, оның ішінде жалпы практика дәрiгерлерi мен орта медицина қызметкерлерiнiң бар болуын талап етедi. Медицина кадрларын даярлау ұзақ мерзiмге жоспарлауға негізделедi және сапаның стратегиялық сұранысынан туындайтын болады.

      Осыған байланысты денсаулық сақтау саласының кадрларға ұзақ мерзiмдi сұранысын айқындайтын ғылыми негізделген әдiстеме әзiрленiп, енгiзiлмек.

      БМСК ұйымдарын жалпы практика дәрiгерлерiмен кадрлық қамтамасыз ету 2005 жылдан бастап субординатурада және интернатурада даярлаудың әзiрленген бағдарламалары негiзiнде ортақ емдеу желiсi дәрiгерлерiн қайта даярлау жолымен де, медициналық ЖОО-да жалпы практика дәрiгерлерiн даярлау жолымен де жүзеге асырылатын болады.

      Денсаулық сақтау саласын басқаруды жетілдiру денсаулық сақтаудың кәсiби менеджерлерi мен экономистерін даярлауды көздейдi.

      Бiрiншi кезеңде мынадай шаралар iске асырылмақ:

      лицензиялауды, мемлекеттiк аттестаттауды және білім берудің халықаралық стандарттарына жақындау мақсатында - меншiк нысанына қарамастан, медициналық және фармацевтикалық ұйымдарды мемлекеттiк тiркеудi жүзеге асыру жүйесiне тиiстi өзгертулер енгiзiледі;

      медициналық бiлiм беру ұйымдарында қабылдау мен оқытуға талап жоғарлатылады;

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

      медициналық бiлiм беру ұйымдарының материалдық-техникалық базасы нығайтылады және мемлекеттiк медициналық ЖОО жанынан бiлiм, ғылым және практиканың нақты байланысын қамтамасыз ететiн клиникалық оқу орталықтары құрылады;

      денсаулық сақтаудың жаңа моделдерiнiң дамуы, жаңа мамандықтар енгiзудiң қажеттiлiгi, халықтың медициналық көмекке сұранысы ескерiле отырып, медицина кадрларын даярлау принциптерi мен көлемi қайта қаралып, медициналық колледждер мен медициналық ЖОО-на (жоғары оқу орындарына) қабылдау ұлғайтылатын болады;

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

      халықаралық тәжiрибе ескерiле отырып, интернатурада (резидентурада) практикалық оқып-үйренудi енгiзумен бiрге даярлаудың мемлекеттiк стандарттарын өзгерту жолымен жалпы практика дәрiгерлерiн даярлау бағдарламалары жетiлдiрiледi;

      медициналық ЖОО-ның профессорлық-оқытушылар құрамын тұрақты (5 жылда бiр рет) аттестаттау енгiзiледi;

      кадрлардың, оның iшiнде жалпы практика дәрiгерлерiнiң бiлiктiлiгiн көтеру мен қайта даярлау саласында жаңа бағдарламалар (стандарттар) әзiрленiп, қолданысқа енгiзiледi;

      денсаулық сақтауды ақпараттандыру бағдарламасы шеңберiнде алыстан оқыту нысандары енгiзiледi;

      денсаулық сақтаудың ауылдық буынының медициналық және фармацевтикалық кадрларының бiлiктiлiгiн көтеру мен қайта даярлауға жергiлiктi бюджеттерден қаражат бөлiнедi;

      2005 жылдан бастап көбiне экономикалық салада мамандар даярлауды жүзеге асыратын жоғары оқу орындарында базалық экономикалық және медициналық бiлiм беру негiзiнде, және қосымша бiлiм берудiң тиiстi бағдарламаларын iске асырушы ұйымдарда денсаулық сақтау кадрларының бiлiктiлiгiн көтеру және оларды қайта даярлау бағдарламалары шеңберiнде денсаулық сақтау менеджерлерiн даярлау басталады;

      2005 жылдан бастап денсаулық сақтау (оның iшiнде басқару органдары) жүйесi кадрларын қайта даярлауға шетел мамандары тартылатын болады, сондай-ақ шетел медициналық орталықтарында бiлiктiлiк көтеру практикасы енгiзiлетiн болады.

      Екiншi кезеңде:

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

      базалық экономикалық білімi бар денсаулық сақтау менеджерлерi мен экономистерi бакалавриат пен магистратурада даярланады;

      медициналық бiлiм беру сапасына тәуелсiз бақылау жүйесi енгiзіледi.

 **5.7. Бағдарламаны iске асырудың тетiктерi**

      Бағдарламаны орындау Қазақстан Республикасының Үкiметi бекiтетiн, оны iске асыру жөнiндегi iс-шаралар жоспары арқылы жүзеге асырылатын болады.

      Бағдарламаны кешендi iске асыру мемлекеттiк басқарудың орталық және жергiлiктi органдары қызметiн денсаулық сақтауды реформалау мен дамыту бойынша үйлестiрудi бiлдiредi.

      Iс-шаралар жоспарының орындалу барысын және Бағдарламада жоспарланған жетiстiктердiң жүзеге асуын бақылауды Қазақстан Республикасының Үкiметi жүзеге асырады.

      2005 жылы орталық уәкiлетті органның құрамында жаңа құрылымдық бөлiмше құрылып, оның функциялары мыналар болуға тиiс:

      Бағдарламаның орындалу барысының мониторингi мен талдауы;

      Бағдарламаны ұйымдастырушылық-әдiстемелiк сүйемелдеу;

      денсаулық сақтау саласын реформалау мен дамыту мәселелерi жөнiнде оңтайлы шешiмдер қабылдауға мүмкiндiк беретiн ақпарат жинау мен талдаудың алдыңғы қатарлы технологияларын әзiрлеу мен пайдалану;

      қоғамдық денсаулық сақтауда жалпыға ортақ қағидаттарды ескере отырып, халық денсаулығын қорғау жөнiнде қабылданған шаралар тиiмдiлiгiн медициналық, экономикалық және әлеуметтiк бағалау;

      медициналық қоғамдастық пен халық арасында саланы реформалау жөнiндегi түсiндiру жұмыстарын үйлестiру.

      Бiрiншi кезеңде осы Бағдарламаға сәйкес қолданыстағы нормативтiк құқықтық актiлерге қажеттi өзгерiстер мен толықтырулар енгiзілетiн және жасалып жатқан денсаулық сақтау моделi қызметiн реттейтiн, азаматтардың, жұмыс берушi мен мемлекеттiң халық денсаулығын қорғауға бiрлескен жауапкершiлiгiн нығайтатын, мемлекеттiк денсаулық сақтау жүйесiн дамыту мен сақтауға, жекеше, оның iшiнде коммерциялық емес секторды қолдауға, медициналық қызмет көрсетулер нарығы мен бәсекеге қабылеттiлiгiн қалыптастыруға бағытталған нормативтiк құқықтық актiлер әзiрленетiн болады.

      Отандық және халықаралық сарапшыларды тарта отырып, денсаулық көрсеткiштерi мен денсаулық сақтау жүйесi қызметiн көрсететiн индикаторлар негiзiнде денсаулық сақтауды реформалау мен дамыту барысы мониторингi мен бағалау бағдарламасы әзiрленетiн болады.

      Екiншi кезеңде денсаулық сақтау саласында қоғамдық қатынастарды реттейтiн құқықтық нормаларды бiрiктiру мен жүйелеу мақсатында "Қазақстан Республикасындағы халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесi туралы" Қазақстан Республикасының Кодексi" қабылданатын болады.

 **6. Қажеттi ресурстар мен қаржыландыру көздерi**

      Бағдарламаны 2005-2010 жылдары iске асыруға республикалық және жергiлiктi бюджеттердiң қаражаты, сондай-ақ, Қазақстан Республикасының заңнамаларында тыйым салынбаған басқа да қаражаттар бағытталатын болады.

      Мемлекеттiк бюджеттен Бағдарламаны iске асыруға жұмсалатын жалпы шығындар 165 658,5 млн. теңгенi, республикалық бюджет қаражатынан (жергiлiктi бюджеттердiң мақсатты трансферттерiн қоса алғанда) 134 609,9 млн. теңгенi, жергiлiктi бюджеттердiң қаражатынан 31 048,6 млн. теңгені құрайды.

      Жекелеген iс-шаралар жергiлiктi деңгейде республикалық бюджет қаражатынан бөлiнетiн мақсатты трансферттер есебiнен жүзеге асырылатын болады.

      2008-2010 жылдары саланы қаржыландыру көлемi жыл сайын көбейтіліп, 2010 жылға қарай ЖIӨ-нiң 4 процентiне дейiн жеткiзiледi.

      2005-2010 жылдары Бағдарламаны қаржыландыру көлемi тиiстi қаржы жылына Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес республикалық және жергiлiктi бюджеттердi қалыптастыру кезiнде нақтыланатын болады.

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

      Бағдарлама iс-шараларын жүзеге асыру халықтың медициналық көмекке қолжетiмдiлiгiн және оны көрсету сапасын көтерудi қамтамасыз ететiн жүйе құруға мүмкiндiк бередi.

      Бағдарламаны iске асыру нәтижесiнде:

      халықтың, саланың және мемлекеттiң сұранысын қанағаттандыратын оңтайлы денсаулық сақтау моделi құрылады;

      халықты денсаулық сақтау қызмет көрсетулерiмен қамтамасыз ету деңгейi айтарлықтай өседi, адамның өз денсаулығын қорғауы үшiн ынталандырулар енгiзiлетiн болады;

      азаматтардың медициналық көмекке тең қолжетiмдiлiгi қамтамасыз етiлетiн және денсаулықты қорғауда мемлекет пен азаматтардың бiрлескен жауапкершілігі принциптерi iске асырылатын болады;

      алдын алу, сауықтыру іс-шараларының көлемi ұлғаяды, ауру адамдарды диспансерлеудiң тиiмдiлiгi мен сапасы артады, БМСК деңгейiнде ақысыз медициналық көмектiң кепiлдендiрілген көлемiн кеңейту есебiнен еңбек қабiлетiн уақытша және тұрақты жоғалту деңгейi төмендейдi;

      жүргiзiлетiн алдын алу шараларының, денсаулық жай-күйiне тәуекел факторларының әсер етуi туралы халықтың хабардарлық деңгейiн көтерудiң есебiнен халықтың ауруға шалдығуы төмендейдi, бұл бiрiншi кезеңде 10-15 процентке және екiншi кезеңде 25-30 процентке ауруханаға жатқызудың кезең-кезеңiмен төмендеуiне әкеледi;

      дәрiгерлердi шақыру саны азайып, БМСК деңгейiнде көмек көлемi есебiнен жедел медициналық көмек көрсету сапасы көтерілетiн болады;

      2010 жылға қарай БМСК ұйымдары нормаларға сәйкес бiлiкті дәрiгерлермен және орта медицина қызметкерлерiмен қамтамасыз етілетiн, жабдықтармен жарақтандырылады;

      медициналық көмек көрсетудiң бір бөлiгiн стационарлықтан амбулаториялық секторға қайта бөлу, стационарды ауыстыратын технологияларды тиiмдi пайдалану негiзiнде медициналық көмек көрсетудегi тепе-теңсiздiк жойылмақ;

      медициналық қызмет көрсетулер сапасын басқарудың тиiмдi жүйесi енгiзiледi;

      медициналық қызмет көрсетудiң оның барлық кезеңiнде қолжетiмдiлiгi, тиiмділiгi мен сабақтастығы артады;

      қаржыландыру жүйесi жетiлдiрілетiн, тегiн медициналық көмек көрсетудiң кепiлдендiрілген көлемiн қаржыландырудың тапшылығы жойылып, сала субъектiлерi арасында өзара есеп айырысудың тиiмдi тетiктерi енгiзілетiн болады;

      денсаулық сақтауға арналған мемлекеттiк бюджет пен халықтың қаражаттарын пайдаланудың тиiмдiлiгi артады, бұл ретте ресми емес төлемдер деңгейi едәуiр төмендейдi;

      денсаулық сақтаудың бiрыңғай ақпараттық жүйесі құрылатын болады;

      ұрпақты болу жасындағы әйелдер мен балалардың денсаулығын индекстеу артады, ана мен бала өлiмi көрсеткiштерi тұрақты төмендейдi, 2010 жылға қарай ана өлiмi (қолда бар есептердiң әдiстемесiне сүйенгенде) 2003 жылғы тiрi туған 100 мың сәбиге шаққанда 42,1-ден 30,0-ге дейiн, ал нәрестенiң шетiнеуi 2003 жылғы тiрi туған 1000 сәбиге шаққанда 15,3-тен 10,0-ке дейiн кемидi;

      әлеуметтiк жағынан елеулi аурулар бойынша жағдай тұрақтанады, жұқпалы және жұқпалы емес аурулардың деңгейi төмендейдi;

      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-гe түседi;

      көбiне жыныстық жолмен берілетін жұқпалы аурулар жыл сайын 10 процентке төмендейтiн болады;

      дәрілік заттардың айналымы саласында мемлекеттiк реттеудің тиiмдiлігі өседi;

      отандық бәсекеге қабiлеттi фармацевтикалық және медициналық өндiрiс көлемi артады;

      диагностиканың қазiргi заманғы әдiстерi және емдеудiң халықаралық стандарттары енгiзілетiн болады;

      мемлекеттiк санитарлық-эпидемиологиялық жүйенiң құжаттарын халықаралық стандарттармен үйлесiмдi ету жүргiзiледi;

      медициналық бiлiм беру ұйымдарының материалдық-техникалық базасы жақсарады, медицина кадрларын даярлау және қайта даярлау жетiлдiрiледi, медициналық ЖОО мен колледждерде оқуға деген талап күшейтiледi. Кадрларды бекiту тетiктерiн енгiзу, медициналық ЖОО мен колледждерге мемлекеттiк тапсырыс бойынша қабылдауды арттыру есебiнен саланы кадрлық қамтамасыз ету проблемасы шешiлуге тиiс;

      медицина қызметкерлерiн даярлау мен қайта даярлаудың сапасы едәуiр артады, дәрiгердiң және медицина қызметкерiнiң құқықтары мен жауапкершiлiгi күшейтіледi, олардың әлеуметтiк мәртебесi мен қоғамдағы беделi көтеріледi.

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