

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016 - 2019 жылдарға арналған "Денсаулық" мемлекеттік бағдарламасын бекіту және " Мемлекеттік бағдарламалар тізбесін бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 19 наурыздағы № 957 Жарлығына толықтыру енгізу туралы

Күшін жойған

Қазақстан Республикасы Президентінің 2016 жылғы 15 қаңтардағы № 176 Жарлығы. Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Президентінің 2019 жылғы 19 сәуірдегі № 29 Жарлығымен.

**Ескерту. Күші жойылды – ҚР Президентінің 19.04.2019 № 29 Жарлығымен.
Р Қ А О - н ы ң е с к е р т п е с і !**

Осы Жарлық 2016 жылғы 1 қаңтардан бастап қолданысқа енгізіледі.

"Қазақстан Республикасының 2020 жылға дейінгі Стратегиялық даму жоспары туралы" Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 1 ақпандағы № 922 Жарлығына сәйкес **ҚАУЛЫ ЕТЕМІН:**

1. Қоса беріліп отырған Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016 - 2019 жылдарға арналған "Денсаулық" мемлекеттік бағдарламасы (бұдан әрі - Бағдарлама) бекітілсін.

2. Қазақстан Республикасының Үкіметі:

1) бір ай мерзімде Қазақстан Республикасы Президентінің Әкімшілігімен келісу бойынша Бағдарламаны іске асыру жөніндегі іс-шаралар жоспарын әзірлесін және бекітсін;

2) "Қазақстан Республикасындағы мемлекеттік жоспарлау жүйесінің одан әрі жұмыс істеуінің кейбір мәселелері туралы" Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 4 наурыздағы № 931 Жарлығында айқындалған мерзімде және тәртіппен Бағдарламаны іске асыру мониторингі мен бағалау нәтижелерін Қазақстан Республикасы Президентінің Әкімшілігіне ұсынсын.

3. Орталық мемлекеттік органдар және жергілікті атқарушы органдар Бағдарламаны іске асыру бойынша шаралар қабылдасын.

4. Күші жойылды - ҚР Президентінің 05.05.2018 № 681 Жарлығымен.

5. Осы Жарлықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасы Президентінің Әкімшілігіне жүктелсін.

6. Осы Жарлық 2016 жылғы 1 қаңтардан бастап қолданысқа енгізіледі.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016 - 2019 жылдарға арналған "Денсаулық" МЕМЛЕКЕТТІК БАҒДАРЛАМАСЫ

Астана, 2016 жыл

Мазмұны

1. Бағдарламаның паспорты
2. Кіріспе
3. Ағымдағы жағдайды талдау
4. Бағдарламаның мақсаты, міндеттері, нысаналы индикаторлары және іске асыру нәтижелерінің көрсеткіштері
5. Бағдарламаның негізгі бағыттары, қойылған мақсаттарға қол жеткізу жолдары және тиісті шаралар
6. Бағдарламаны іске асыру мерзімдері
7. Қажетті ресурстар

1. Бағдарламаның паспорты

Бағдарламаның Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға атауы арналған "Денсаулық" мемлекеттік бағдарламасы (бұдан әрі - Бағдарлама)

Әзірлеу үшін негіз "Қазақстан Республикасының 2020 жылға дейінгі Стратегиялық даму жоспары туралы" Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 1 ақпандағы № 922 Жарлығы; Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә.Назарбаевтың 2012 жылғы 14 желтоқсандағы "Қазақстан-2050" стратегиясы: қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты" атты Қазақстан халқына Жолдауы; Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә.Назарбаевтың 2014 жылғы 11 қарашадағы "Нұрлы жол - болашаққа бастар жол" атты Қазақстан халқына Жолдауы; Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә.Назарбаевтың "Бес институционалдық реформаны іске асыру бойынша 100 нақты қадам" атты Ұлт жоспары.

Бағдарламаны
әзірлеуге
жауапты
мемлекеттік
орган

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі,
Қазақстан Республикасының Ішкі істер министрлігі, Қазақстан Республикасының
Мәдениет және спорт министрлігі, Қазақстан Республикасының Ұлттық экономика

| | |
|--|--|
| Бағдарламаны іске асыруға жауапты мемлекеттік органдар | министрлігі, Қазақстан Республикасының Қорғаныс министрлігі, Қазақстан Республикасының Білім және ғылым министрлігі, Қазақстан Республикасының Инвестициялар және даму министрлігі, Қазақстан Республикасының Ауыл шаруашылығы министрлігі, Қазақстан Республикасының Қаржы министрлігі, Қазақстан Республикасының Энергетика министрлігі, Қазақстан Республикасының Әділет министрлігі, Астана және Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері |
| Бағдарламаның мақсаты | Еліміздің орнықты әлеуметтік-экономикалық дамуын қамтамасыз ету үшін халықтың денсаулығын нығайту |
| Міндеттері | Қоғамдық денсаулық сақтау жүйесін дамыту; аурулардың профилактикасын және басқаруды жетілдіру; денсаулық сақтау жүйесін басқарудың және қаржыландырудың тиімділігін арттыру; ресурстарды пайдаланудың тиімділігін арттыру және саланың инфрақұрылымын жетілдіру |
| Іске асыру мерзімі | 2016-2019 жылдар |
| Нысаналы индикаторлар | 2020 жылға қарай өмір сүрудің күтілетін ұзақтығы 73 жасқа жетеді |
| Қаржыландыру көздері мен көлемдері | 2016-2019 жылдары Бағдарламаны іске асыруға мемлекеттік бюджеттің және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының қаражаты, сондай-ақ Қазақстан Республикасының заңнамасымен тыйым салынбаған басқа да қаражат бағытталатын болады. Бағдарламаны іске асыруға мемлекеттік бюджеттен жұмсалатын жалпы шығын 1 969 729 500 мың теңгені құрайтын болады. |

| Жылдар бойынша | Барлығы | Республикалық бюджет | Жергілікті бюджет | Басқа да көздер (МӘСК, ҰҚ) |
|----------------|---------------|----------------------|-------------------|----------------------------|
| 2016 ж. | 128 034 799 | 92 389 291 | 34 945 508 | 700 000 |
| 2017 ж. | 408 080 865 | 69 309 875 | 19 035 944 | 319 735 046 |
| 2018 ж. | 709 797 105 | 46 769 024 | 2 244 785 | 660 783 296 |
| 2019 ж. | 723 816 732 | 46 701 636 | 2 259 174 | 674 855 922 |
| Жиыны: | 1 969 729 500 | 255 169 825 | 58 485 411 | 1 656 074 264 |

Бағдарламаны қаржыландыру көлемі Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес тиісті қаржы жылдарына арналған республикалық және жергілікті бюджеттерді бекіту кезінде әрі республикалық және жергілікті бюджеттердің, Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының кіріс бөлігінің мүмкіндіктері тұрғысынан, сондай-ақ басқа да балама көздердің тартылуымен нақтыланатын болады.

2. Кіріспе

Мемлекет басшысы Н.Ә.Назарбаев 2012 жылғы 14 желтоқсандағы "Қазақстан -2050" стратегиясы: қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты" атты Қазақстан халқына Жолдауында қойған еліміздің одан әрі дамуы және 2050 жылға қарай әлемнің ең дамыған 30 елінің қатарына кіруі жөніндегі стратегиялық мақсатқа қол жеткізу үшін Экономикалық ынтымақтастық және

даму ұйымы (бұдан әрі - ЭЫДҰ) елдері мен Қазақстанның дамуы арасындағы алшақтықтарды жою қажет.

Осыған орай мемлекет ұсынылатын медициналық қызметтердің сапасы мен қолжетімділігін жақсартуға, денсаулық сақтау жүйесін басқару және қаржыландыру жүйесінің тиімділігін арттыруға, сондай-ақ қолда бар ресурстарды ұтымды пайдалануға бағытталған ЭЫДҰ елдерінің стандарттарын кезең-кезеңімен енгізуді қамтамасыз етуге тиіс.

Алдыңғы мемлекеттік бағдарламаларды іске асыру барысында Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесінің әлеуеті нығайтылды, нарықтық тетіктер элементтері енгізілді және қазіргі заманғы медициналық технологиялар трансферті жүзеге асырылды.

Осы Бағдарлама қол жеткізілген нәтижелерді бекіту мен дамытуға және денсаулық сақтау мәселесіндегі проблемаларды жаңа сын-тегеуріндерге сәйкес шешуге бағытталады, сондай-ақ саланың 2050 жылға дейінгі жоспарлы дамуы үшін негіз болады.

Бағдарламаны іске асыру Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (бұдан әрі - ДДҰ) "Денсаулық-2020" саясатының түйінді қағидаттарына сәйкес халықты жаппай қамту, әлеуметтік әділеттілік, сапалы медициналық көмекпен қамтамасыз ету және денсаулық үшін ортақ жауапкершілік қағидаттарын сақтай отырып, әлеуметтік бағдарланған ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің орнықтылығы мен серпінді дамуына ықпал ететін болады.

3. Ағымдағы жағдайды талдау

Жаһандық бәсекеге қабілеттілік индексінің (бұдан әрі - ЖБИ) есебіне сәйкес 2015-2016 жылдары Қазақстан өткен жылғы рейтингтің нәтижелерімен салыстырғанда 8 орынға жоғары көтеріліп, 140 елдің арасынан 42-орынды иеленді. "Денсаулық және бастауыш білім беру" индикаторы бойынша Қазақстан 140 елдің ішінен 93-орын алды. Республикамыз 2014 жылы адами даму индексі бойынша 187 ел ішінен 70-орынды иеленіп, даму деңгейі жоғары елдердің тобына енді.

Медициналық-демографиялық ахуал және сырқаттанушылық

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған "Саламатты Қазақстан" мемлекеттік бағдарламасы (бұдан әрі - "Саламатты Қазақстан" мембағдарламасы) іске асырылған кезеңде:

1) республикадағы халық санының жыл сайын 1,4%-ға өсу қарқынымен 17 417,7 мың адамға (01.01.2015 жылға) дейін ұлғаюы;

2) күтілетін өмір сүру ұзақтығының 71,62 жасқа дейін өсуі (2010 жылы - 68,45 жас);

3) халықтың жалпы өлім-жітімінің 15,3%-ға төмендеуі (2010 жылы - 1000 тұрғынға шаққанда 8,94, 2014 жылы - 7,57);

4) бала туу көрсеткішінің 2,6%-ға ұлғаюы (2010 жылы - 1000 тұрғынға шаққанда 22,54, 2014 жылы - 23,13);

5) аналар өлім-жітімінің 1,9 есе төмендеуі (2010 жылы - туылған 100 000 балаға шаққанда 22,7, 2014 жылы - 11,7);

6) сәбилер өлім-жітімінің 1,7 есе төмендеуі (2010 жылы - тірі туылған 1000 балаға шаққанда 16,58, 2014 жылы - 9,72);

7) халықтың туберкулезбен сырқаттанушылығының 30,3%-ға төмендеуі (2010 жылы - 100 000 тұрғынға шаққанда 95,3, 2014 жылы - 66,4) және одан болатын өлім-жітімнің 2 еседен астам төмендеуі (2010 жылы - 1000 тұрғынға шаққанда 10,6, 2014 жылы - 4,9);

8) адамның иммун тапшылығы вирусының (бұдан әрі - АИТВ)/ жұқтырылған иммун тапшылығы синдромының (бұдан әрі - ЖИТС) таралуын шоғырландыру сатысында ұстап тұру (2010 жылы - 0,118, 2014 жылы - 0,169) байқалды.

Біріккен Ұлттар ұйымының (бұдан әрі - БҰҰ) Ведомствоаралық агенттіктер тобының растауы бойынша ана, сәби және бала өлім-жітімі көрсеткіштерінің төмендеуі Қазақстанға Мыңжылдық дамудың 4 және 5-мақсаттарына (бала және ана өлім-жітімі) қол жеткізуге мүмкіндік берді.

Халық денсаулығы көрсеткіштерінің оң серпініне қарамастан, қазақстандықтардың күтілетін өмір сүру ұзақтығы ЭЫДҰ-ға мүше елдердегіден шамамен 10 жылға аз. Ерлер мен әйелдердің күтілетін өмір сүру ұзақтығы арасындағы едәуір айырмашылық (2014 жылы - 8,82 жас) сақталып отыр, еңбекке жарамды жастағы ерлердің өлім-жітімі әйелдерге қарағанда 24%-ға жоғары.

Жалпы өлім-жітім құрылымында қан айналымы жүйесінің сырқаттары басты себеп болып табылады (22,3%), неғұрлым жиілері - жүректің ишемиялық сырқаты, ми тамырларының зақымдануы, олардан жыл сайын 30 мыңға жуық адам қайтыс болады. Қан айналымы жүйесінің сырқаттарымен алғаш науқастанудың өсуі шамамен 15%-ды құрайды (2010 жылы - 100 мың тұрғынға шаққанда 2086,7, 2014 жылы - 2394,7).

Екінші себебі қатерлі ісіктерден болатын өлім-жітім болып табылады (12,1%), олардан жыл сайын 17 мыңға жуық адам қайтыс болса, олардың 16,9%-ын өкпе обыры құрайды. Қатерлі ісіктерге шалдығу көрсеткіші 9,7%-ға ұлғайған (2010 жылы - 100 мың тұрғынға шаққанда 181,2, 2014 жылы - 198,7).

Үшінші орында - жазатайым оқиғалардан, жарاقاتтар мен уланудан болатын өлім-жітім (11,3%), олардан жыл сайын 16 мыңға жуық адам қайтыс болады.

Жол-көлік оқиғаларынан (бұдан әрі - ЖКО) болатын өлім-жітімнің алдын орап, жыл сайын 3000-нан астам адам өзін-өзі әдейі зақымдаудан қайтыс болады.

Созылмалы аурулар ауыртпалығы себептерінің арасында 87,5%-ы 4 қауіп факторы (жоғары артериялық қысым, холестериннің жоғары деңгейі, шылым шегу және алкогольді тұтыну) болып табылады.

ДДҰ деректері бойынша Қазақстанда алкоголь тұтынудың жылдық деңгейі (жылына халықтың жан басына шаққандағы таза спирт литрі эквивалентінде) 2007 жылғы 7,1-ден 2012 жылы 6,6-ға дейін болмашы ғана төмендеген.

Темекі тұтыну туралы халықтың жаһандық сауалнамасының нәтижелері бойынша Қазақстанда шылым шегудің таралуы (≥ 15 жаста шылым шегу %) 2007 жылғы 23,1-ден 2011 жылы 22,4%-ға дейін төмендеген (ЭЫДҰ елдерінде - 20,65%).

2007 жылдан бері есірткі заттарын тұтыну деңгейі 38,1%-ға төмендеді.

5-ұлттық зерттеудің нәтижелері бойынша (2012 жыл) ересектердің 31,2%-ында артық дене салмағы немесе семіздік бар.

Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігінің (бұдан әрі - ҰЭМ) Статистика комитетінің болжамы бойынша елімізде халық саны 2030 жылға қарай 21 млн. адамнан асып, егде адамдардың үлесі 7,7%-дан 11-13%-ға дейін (ЭЫДҰ - 15,5%) ұлғаяды. Созылмалы аурулардың өсуінен демографиялық ахуалдың өзгеруі медициналық қызметтерге деген сұранысқа ықпал етеді.

Республикада инфекциялық аурулардың көпшілігі бойынша тұрақты эпидемиологиялық ахуал байқалады. Вакцинамен басқарылатын 11 инфекцияға қарсы имундалуға тиіс барлық балаларды 95% қамтуға қол жеткізілді. 2012 жылы ДДҰ Қазақстанды полиомиелит пен безгектен ада ел ретінде қайта сертификаттады.

Қабылданып жатқан амалдар Қазақстан Республикасында АИТВ инфекциясының эпидемиясын шоғырландыру сатысында ұстап тұруға мүмкіндік берді. ЖБИ-де "15-49 жас аралығындағы топта АИТВ таралуы" көрсеткіші бойынша Қазақстан 1-орын алатын көрсеткіші төмен елдердің тобына енді.

Туберкулезбен сырқаттану және одан болатын өлім-жітімнің едәуір төмендегеніне (сырқаттанушылықтың жыл сайын 9%-дан астам, өлім-жітімнің - 5 жылда 2 еседен астам төмендеуі) қарамастан, Қазақстан 2014 жылдың деректері бойынша Еуропа өңіріндегі туберкулездің таралу деңгейі жоғары 18 елі арасынан 7-орын, ілкі төзімді туберкулез деңгейі бойынша - 2-орын, ал ЖБИ-де туберкулездің таралуы бойынша 102-орын алады.

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметте қауіптерді болжау, бағалау және басқару жүйесі енгізілді, 5 аймақтық вирусологиялық зертхана ұйымдастырылды, Дүниежүзілік сауда ұйымының талаптарына сай келетін тағам өнімдерінің қауіпсіздігін бақылау бойынша мамандандырылған зертханалар құрылды,

балаларды пневмококк инфекциясына қарсы вакциналау екепелер күнтізбесіне енгізілді.

Сонымен бірге, қоршаған орта факторларының халықтың денсаулық жағдайына теріс әсерін және онымен байланысты әлеуетті медициналық-биологиялық және экономикалық салдарларды ғылыми негізделген бағалауды көздейтін, қауіптерді бағалау жүйесін әрі қарай дамыту және жетілдіру тұжырымдамасы айқындалған жоқ.

Қолданыста бар ақпараттық жүйелер басқа мүдделі мемлекеттік органдардың, ведомстволардың және халықаралық ұйымдардың дерекқорларымен жедел дерек алмасуды, санитариялық-эпидемиологиялық ахуалды онлайн режимінде мониторингтеуді қамтамасыз етпейді.

Технологиялардың дамуын және халықтың санитариялық-эпидемиологиялық әл-ауқатын қамтамасыз ету жөніндегі міндеттерді шешуді ескере отырып, қолданыстағы зертханалық бақылау жүйесі тұрақты жетілдіруді және жете жарактандыруды қажет етеді.

Денсаулық сақтау және денсаулық сақтау жүйесі

"Саламатты Қазақстан" мембағдарламасын іске асыру кезеңінде сектораралық және ведомстволаралық өзара іс-қимылды күшейту арқылы денсаулықты сақтау мәселелері жөніндегі бірыңғай ұлттық саясатты қалыптастыру бойынша белгілі бір жұмыстар жүргізілді.

Қоғамдық денсаулық сақтау негіздері "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының Кодексімен регламенттелген және оны денсаулық сақтау ұйымдары, оның ішінде саламатты өмір салтын қалыптастыру орталықтары, медициналық-санитариялық алғашқы көмек ұйымдары (бұдан әрі - МСАК), медициналық ұйымдардағы инфекциялық бақылау қызметтері, сонымен бірге ведомстволаралық өзара іс-қимыл аясында басқа да мемлекеттік органдар мен ұйымдар іске асырады.

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық әл-ауқатын қамтамасыз ету бойынша іс-шараларды іске асыру жалғастырылуда. Кәсіпкерлік қызмет үшін жағдайды жақсарту, әкімшілік кедергілерді қысқарту бойынша шаралар қабылданды. Санитариялық-эпидемиологиялық қорытындылар беру төрт түрден бір түрге дейін оңтайландырылды. Қазақстанда тұңғыш рет тексерістерге баламалы тетіктер (аудит, НАССР (қатерлерді талдау және сыни бақылау нүктелері), сынамалар алу және камералық бақылау арқылы өнім қауіпсіздігіне мониторинг жүргізу) енгізілді. Орталық Азия тағам қауіпсіздігі жөніндегі оқыту орталығы құрылды және жұмыс істейді.

Жауапты мемлекеттік органдармен бірлесіп мектеп оқушыларын тамақтандыруды қамтамасыз ету, саламатты өмір салтын ұстану дағдыларын бойға сіңіру, ЖКО мен жарақаттанудан болатын өлім-жітімді азайту, қылмыстық-атқару жүйесі мекемелерінде туберкулезбен ауыратын науқастарға медициналық көмек көрсету, төтенше жағдайлардың алдын алу және салдарын төмендету, медициналық-құтқару көмегін қамтамасыз ету және санитариялық авиацияны дамыту жөніндегі іс-шараларды іске асыру жалғастырылуда. Сондай-ақ жергілікті атқарушы органдармен бірлесіп саламатты өмір салтын насихаттау және аса қауіпті инфекциялардың профилактикасы бойынша іс-шаралар өткізілуде.

Бірлескен шаралармен мінез-құлық факторларын реттеу үшін республикада темекі өнімдері мен алкогольді жарнамалауға толық тыйым салу және оларды сатуды, қоғамдық орындарда шылым шегу мен алкоголь тұтынуды шектеу жүзеге асырылды. Алкоголь және темекі өнімдеріне акциздерді кезең-кезеңімен көтеру жүргізіліп жатыр. Адамдарға алкоголь өнімдерін сатуға жастық шектеу 21 жасқа дейін ұлғайтылды және түнгі уақытта алкоголь сатуға тыйым салынды.

Сонымен бір уақытта ведомствоаралық және сектораралық өзара іс-қимыл қатысушыларының міндеттемелерді уақтылы орындауы бойынша іс-шаралардың тиімділігі төмен, Ұлттық үйлестіру кеңесінің үйлестірушілік рөлі жеткіліксіз, секторлардың бастапқы деңгейдегі өзара тиімді іс-қимылы жоқ. Инфекциялық емес аурулар себептерінің детерминанттарын басқаруға жеткілікті назар аударылып отырған жоқ. Мектеп оқушылары арасындағы профилактикалық және сауықтыру іс-шараларының тиімділігі төмендеген. Темір мен фолий қышқылы тапшылығының профилактикасы бойынша ұнды фортификациялауды жүргізу көлемі жеткіліксіз.

Сонымен қатар қазіргі таңда денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті органда және жергілікті атқарушы органдарда (Алматы және Астана қалаларының, облыстардың денсаулық сақтау басқармалары) қоғамдық денсаулық сақтау саясатын іске асыратын құрылымдық бөлімшелер жоқ, бұл қоғамдық денсаулық сақтау жөніндегі қызметті басқару мен үйлестіруде олқылық тудырады. Бұл олқылық санитариялық-эпидемиологиялық қызметті денсаулық сақтау жүйесі құрылымынан шығарғаннан кейін ерекше көрінді. Санитариялық-эпидемиологиялық қызмет бақылау-қадағалау функциясымен қатар, инфекциялық бақылауды үйлестіруді, халықты санитариялық-гигиеналық оқытуды қоса алғанда, профилактикалық шараларды да жүзеге асырған болатын.

Сипатталған проблеманы жою үшін ең үздік халықаралық тәжірибеге сәйкес қоғамдық денсаулық қызметі (бұдан әрі - ҚДК) түрінде институционалдық негізді қалыптастырған жөн.

Профилактикалық бағыттануды күшейту мақсатында бастапқы буын деңгейінде мына іс-шаралар өткізілді:

1) 2011 жылы аурулардың 11 түрі бойынша Ұлттық скринингтеу бағдарламасы енгізілді;

2) әлеуметтік қызметкерлер институты құрылды (2014 жылдың соңына қарай 10 мың тұрғынға 1,2-ден келеді);

3) жалпы практика дәрігерлерінің (бұдан әрі - ЖПД) саны 30%-ға өсті;

4) 2014 жылдан бастап кешенді жанбасылық норматив (бұдан әрі - КЖН) енгізілді, тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін (бұдан әрі - ТМККК) қаржыландырудың жалпы көлемінде МСАК-ты қаржыландыру 28%-ға дейін (2010 жылы - 23,4%) ұлғайды, нәтижесінде өңірлер арасында 1 тұрғынға шаққандағы тариф ұлғайтылып (169-дан 486 теңгеге дейін), МСАК-ты қаржыландыру деңгейі теңестірілді.

Қабылданған шаралардың арқасында стационарлық қызметтерге сұраныстың өсу қарқынының төмендеуі, пациенттерді қосымша тексерулер мен консультацияларға неғұрлым сараланған түрде жолдау байқалып отыр.

Алайда, қаржыландыру бөлігінде МСАК басымдығына қол жеткізілген жоқ. МСАК-ты қаржыландыру көлемі Қазақстанда - 95, Эстонияда - 231, Словенияда - 369, ЭЫДҰ - 558 АҚШ долларын құрады. МСАК ұйымдарының отбасылық медицина қағидатына өту қарқынының бәсеңдегені байқалып отыр. ЖПД қызметін қалыптастыруға уәждеме толық шамада қамтамасыз етілмеген. МСАК деңгейінде тіркелген тұрғындардың денсаулық жағдайын басқаруды экономикалық уәждеме тетіктері әзірленбеген, ЖПД құзыреттері мен функционалы неғұрлым кең болатын жаңа үлгі туралы халықты хабардар ету жұмыстары жеткіліксіз болып отыр.

МСАК пен тік бейінді қызметтердің (туберкулез, онкология, АИТВ/ЖИТС және т.б) интеграциясы да жеткілікті емес. Амбулаториялық-емханалық, стационарлық деңгей мен жедел медициналық жәрдем қызметі арасындағы сабақтастықты жақсарту мәселелерін шешу қажет. Консультациялық-диагностикалық қызметтер әлі де артық тұтынылуда. Осы мақсаттар үшін стационарлар әлеуеті жеткілікті түрде пайдаланылмайды, бұл тұрғындардың медициналық қызметтердің қолжетімділігі мен сапасына қанағаттанбауын тудырады.

Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің (бұдан әрі - БҰДСЖ) енгізілуімен өңірлер арасындағы қаржыландыру айырмашылықтарын азайта отырып, стационарлық деңгейде ТМККК қаражатын республикалық бюджет деңгейіне шоғырландыру жүргізілді, "ақша пациенттің ізінен жүреді" қағидаты, клиникалық-шығындық топтар (бұдан әрі - КШТ) бойынша қаржыландыру енгізілді. Бұл стационар ресурстарын пайдалануды қарқынды етуге және

стационарды алмастыратын технологияларды дамытуға, өңірлерде жоғары медициналық технологияларды енгізуге және дамытуға жағдай жасады (стационарда жатудың орташа ұзақтығы 27%-ға қысқарып, күндізгі стационар жағдайында емделген науқастар саны 2010 жылмен салыстырғанда 23,5%-ға өсті, кардиохирургиялық араласулар саны жылына 7000-нан 85000-ға дейін өсті).

Алайда, төсек қорының 14 мың бірлікке қысқарғанына қарамастан, Қазақстан Республикасында ауруханалық төсектермен қамту көрсеткіштері ЭЫДҰ елдеріндегіден 20%-ға жоғары, стационарда жатудың орташа ұзақтығы неғұрлым ұзақ (ЭЫДҰ елдеріндегі 6,0-ге қарағанда 9,5 төсек-күні (2014 жыл), төсек қорының емдеу қарқынының деңгейі бойынша саралануы жеткіліксіз, бұл денсаулық сақтау бюджетіне қаржылық жүктеме түсіреді: денсаулық сақтау жүйесі бюджетінің 60%-ынан астамы стационарлардың үлесіне тиесілі.

Саралау деңгейі жеткіліксіздігінің, қалпына келтіру емі, оңалту және ұзақ күтім жасау төсектерінің жетіспеуі олардың жұмыс тиімділігінің төмендеуіне алып келді. Үйдегі стационарлар және патронаж қызметі дамымаған. Емдеуге жатқызылған науқастардың 20%-дан астамы емді амбулаториялық деңгейде ала алатын еді.

Неғұрлым кең таралған ауру топтары (жіті миокард инфаркты, ми қанайналымының жіті бұзылысы (инсульт), жаңа қатерлі ісіктер, жарақаттар, босану) емдеуге жатқызу мен өлім-жітімнің мейлінше жиі кездесетін себептері болып табылады. Бұл ретте пациент бағдарының барлық деңгейлерінде бірыңғай іс-қимыл алгоритмдеріне негізделген өзара іс-қимыл және интеграция жоқ.

БҰДСЖ енгізу шеңберінде ТМККК көрсету кезінде жеке меншік және мемлекеттік меншік нысанындағы медициналық қызмет берушілер арасында тең жағдай жасау қамтамасыз етіле отырып, бәсекелес орта қалыптасуда. ТМККК қызметтерінің жеке меншік өнім берушілерінің үлесі 2010 жылғы 12%-дан 2014 жылы 27,4%-ға дейін өсті.

Мемлекеттік медициналық ұйымдар байқау кеңестері бар шаруашылық жүргізу құқығындағы (бұдан әрі - ШЖҚ) ұйымдар мәртебесіне өту жолымен өз дербестіктерін кеңейтті. Амбулаториялық және стационарлық секторда түпкі нәтижеге бағдарланған ақы төлеудің жаңа әдістері, онкологиялық қызметте және ауылдық медицина ұйымдарында жаһандық бюджет енгізілді.

Саланы қаржыландыру көлемі 1,5 есеге: 2010 жылғы 562,8 млрд. теңгеден 2014 жылы 869,7 млрд. теңгеге дейін өсті.

Сонымен бірге макроэкономикалық көрсеткіштерді талдау Қазақстандағы денсаулық сақтауға салынатын бюджеттік инвестициялар мөлшерінің дамыған елдердің деңгейінен едәуір артта қалып отырғанын анықтады. Осылайша, Қазақстанда 2013 жылы ЖІӨ-де денсаулық сақтауға мемлекеттік шығын 2,3% құрады, ЭЫДҰ-да - 6,5%.

Денсаулық сақтауды қаржыландырудың жеткіліксіздігі салдарынан Қазақстанда медициналық көмек алуға жұмсалатын жеке шығыстар деңгейінің жоғарылығы сақталып қалып отыр (ҚР - 35,4%, ЭЫДҰ - 19,6%, ЕО - 16,3%). ДДҰ деректері бойынша тұрғындардың шығыстары деңгейінің 20%-дан асуы денсаулық сақтау жүйесінің төмен қаржылық тұрақтылығының белгісі болып табылады және халық үшін сырқаттардың салдарынан кедейлік шегіне жақындаумен байланысты қатердің жоғарылығын сипаттайды, олар өз кезегінде, барлық салаларды (білім алуға қабілеттілік, экономикалық өнімділік, медициналық қызметтерге деген сұраныстың азаюы) қозғауы, сондай-ақ денсаулық пен демографиялық көрсеткіштердің нашарлауына әкеліп соғуы мүмкін.

Бұдан басқа, денсаулық сақтау жүйесіндегі қолданыстағы қаржыландыру тетіктерінің, тариф саясатының тиімділігі жеткіліксіз, негізгі құралдарды жаңартуды қаржыландыру мәселелері шешімін таппаған. ТМККК қаражатын пайдалану тиімділігінің тетіктерін әрі қарай жетілдіру қажет. Мәселен, Ұлттық скринингтеу бағдарламасы тиімділігінің төмендігі байқалады (ауруларды анықтау ересектер арасында 3,4%, балаларда 16,4%-ды құрайды), скринингтердің тиімділігі обыр ісіктерін ерте анықтаудың тиімділігі және оларды сәтті емдеу жөніндегі ұсынымдардың негізінде мониторингтелмейді.

ТМККК қаржыландырудың қолданыстағы жүйесі мемлекеттің, жұмыс беруші мен азаматтың ортақ жауапкершілігі қағидатын іске асырмайды.

Жаңа технологиялардың пайда болуын ескере отырып, қазіргі заманғы медицина ресурсты мейлінше көп тұтынатын болып барады.

Халықаралық талаптарға сәйкес стандарттау бойынша жұмыстар жалғасуда: диагностикалау және емдеу хаттамалары, бейінді қызметтердің алгоритмдері, стандарттары жетілдірілуде. Сапаны басқару компоненттері: медициналық ұйымдарды аккредиттеу жүйесі, ішкі аудит, білім мен дағдыларды тәуелсіз бағалау жүйелі түрде енгізілуде.

Сонымен бірге медициналық қызметтердің сапасын басқару көбінесе бақылау жүйесіне негізделген, денсаулық сақтаудағы стандарттау процесі аяқталмаған, қоғамдық ұйымдар мен кәсіптік бірлестіктер сапаны басқару процесіне тартылмайды. Медициналық қызметкерлерді сертификаттау жүйесі медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасын қамтамасыз етуге әлсіз ынталандырады. Медициналық ұйымдарды аккредиттеуге дейінгі даярлау процесі дамымаған.

Қазіргі уақытта денсаулық сақтау жүйесінде барлық ведомстволарды ескергенде 68,8 мыңнан астам дәрігер (2014 жылы - 10 мың тұрғынға шаққанда 39,5, ЭЫДҰ - 42,0) және 160 мыңнан астам орта медициналық қызметкер (2014 жылы - 10 мың тұрғынға шаққанда 91,9) оның ішінде ведомствоны есепке

алмағанда 124,9 мың (10 мың тұрғынға шаққанда 71,7, ЭЫДҰ - 10 мың адамға шаққанда 91) жұмыс істейді.

Дәрігер кадрлар құрылымындағы біліктілік санаты бар дәрігерлердің үлесі 46,5%-ды құрады, бұл ретте қалалық персонал арасындағы санатты дәрігерлердің үлесі ауыл персоналына қарағанда жоғарылау (қала - 48,0%, ауыл - 39,3%).

Зейнетке таяу жастағы және зейнет жасындағы дәрігерлердің үлесі 22,7%-ды құрайды, бұл ауылдық жерлерде неғұрлым айқын көрінеді.

Сонымен бірге Қазақстанда медициналық көмек көрсету деңгейлері арасында кадрлық қамтамасыз етудегі теңгерімсіздігі байқалады (МСАК және ауыл деңгейінде - тапшылық, стационар деңгейінде - артықшылық). Орташа алғанда, 1 МСАК дәрігері 2200-ге жуық тіркелген тұрғынға қызмет көрсетеді, ал ЭЫДҰ елдерінде оның жүктемесі айтарлықтай төмен - 1500 адамнан аз. МСАК деңгейінде орта медициналық қызметкерлердің жетіспеушілігі орын алып отыр (оңтайлы арақатынас 2-3 болғанымен, 1 учаскелік дәрігерге 1,1 мейіргер).

Жан басына шаққандағы нормативтің ынталандырушы компоненті енгізілгеніне қарамастан, Қазақстанда ЖПД-ның орташа жалақысының экономикадағы орташа айлық жалақыға арақатынасы 1,0-ді құрайды. Аталмыш көрсеткіш Ұлыбританияда - 1,9; Түркияда - 2,0; Словенияда - 2,5; Мажарстанда - 1,4; Эстонияда - 1,7.

"Саламатты Қазақстан" мембағдарламасын іске асыру кезеңінде медициналық және ғылыми кадрлардың әлеуетін арттыру бойынша жоспарлы жұмыстар жүргізілді: үздіксіз кәсіптік дамытудың (бұдан әрі - ҮКД) жинақтау жүйесінің қағидаттары енгізілді, симуляциялық білім беру орталықтары құрылды, мамандар біліктілігін тәуелсіз бағалау жүйесі енгізілді.

Медициналық білімнің сапасын қамтамасыз ету мақсатында Қазақстан Республикасында 2012 жылдан бастап білім беру ұйымдарын (институционалдық аккредиттеу) және білім беру бағдарламаларын (мамандандырылған аккредиттеу) аккредиттеу рәсімі, түлектерден тәуелсіз емтихан алу енгізіліп жатыр. Қазіргі уақытқа дейін 6 медициналық ЖОО институционалдық аккредиттеу жүргізілді, медициналық колледждерді аккредиттеу рәсімі енгізіле бастады. 2014 жылдан бері жоғары білім беру бағдарламаларын мамандандырылған аккредиттеу басталды.

Алайда, кадрлар даярлаудың практикалық бағытталуы төмен, білім беру бағдарламалары, әсіресе, клиникалық фармакология, менеджмент, экономика бағыттары бойынша бағдарламалар жетілдірілмеген күйінде қалып отыр.

Ғылыми зерттеулердің бәсекеге қабілеттілігінің төмен болуы, олардың практикалық маңызының қанағаттанғысыздығы, денсаулық сақтау саласындағы

қолданбалы ғылыми зерттеулерді қаржыландырудың жеткіліксіздігі және ғылыми дәрежесі бар кадрлар тапшылығы (650 маманнан астам) мәселелері өзекті күйінде қалып отыр.

Халықаралық тәжірибенің негізінде Дәрілік заттар дистрибуциясының бірыңғай жүйесі құрылды. Халықаралық сапа стандарттары (GMP, GDP, GPP және т.б) енгізілуде, фарминспекторат және дәрілік заттар айналымы саласындағы мемлекеттік орган құрылды. Ауыл тұрғындарына дәрілік көмектің нақты қолжетімділігін қамтамасыз ету үшін дәріханалық ұйымдары жоқ 3000-нан астам ауылдық елді мекенде дәрілік заттарды МСАК нысандары арқылы өткізу ұйымдастырылды.

ТМҚКК шеңберінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге жұмсалатын шығыстар құрылымында стационарлық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің үлесі 45%-ды, амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің үлесі - 55%-ды құрайды. Амбулаториялық деңгейде республиканың 2 миллионнан астам азаматы мемлекет есебінен дәрілік заттардың 400-ден астам атауы бойынша тегін дәрілік препараттар алады.

Қазақстан Республикасы Еуропалық фармакопея комиссиясының ресми бақылаушысы және ДДҰ Дәрілік заттардың жанама әсерлеріне мониторинг жүргізу жөніндегі халықаралық бағдарламасының толыққанды қатысушы елі атанды. Еуразиялық экономикалық одақ шеңберінде Еуразиялық экономикалық одаққа мүше елдердің (Беларусь, Қазақстан, Ресей Федерациясы, Қырғызстан, Армения) Дәрілік заттар мен медициналық бұйымдар айналымының бірыңғай қағидалары мен ережелері туралы келісіміне қол қойылды.

Республикамыздың медицина, фармацевтика қызметкерлері мен тұрғындарын ақпараттандыруды жақсарту мақсатында Дәрі-дәрмек ақпараттық-талдау орталығы құрылды, өңірлерде оның филиалдары бар. Дәлелдік медицинаның негізінде формулярлық жүйе, ұтымды фармакотерапия қағидастары жетілдірілуде.

Алайда, Қазақстанда тіркелген барлық дәрілік заттардың небәрі 61%-ы, 42 отандық өндірушінің 7-еуі және Бірыңғай дистрибьютор сатып алатын дәрілік заттардың 40%-ы GMP сертификатына ие.

Рецептілік дәрілік заттарды дәрігердің рецептінсіз берудің жоғары деңгейі, антибиотиктерді бақылаусыз пайдалану, полипрагмазия, клиникалық тиімділігі дәлелденбеген дәрілік заттарды пайдалану, қауымдастықтардың дәрілік заттарды пациенттерді тарта отырып, сонымен қатар дәрігерлердің нақты өндірушінің дәрілік препараттарын жазып беруі кезінде әдепке жат ілгерілетуі сақталып отыр, сондай-ақ дәрілік заттардың сапасымен және нарықта контрафактілік өнімнің болуымен байланысты мәселе сол күйінде қалып отыр.

Қазақстан Республикасының нарығына келіп түсетін дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканы фармакологиялық қадағалау жүйесі жоқ. Дәрілік заттардың жанама әсерлерін жинақтау, анықтау жүйесі жетілдіруді қажет етеді, жанама әсерлерді мониторингтеудің барлық қатысушыларына арналған интеграцияланған ақпараттық жүйе жоқ.

Клиникаға дейінгі және клиникалық базалар халықаралық талаптарға сәйкес аккредиттелмеген. Медициналық ұйымдар клиникалық фармакологтармен жеткілікті түрде жасақталмаған.

Медициналық ұйымдардың медициналық техникамен жарақтандырылуы 25,5%-ға ұлғайды (2010 жылы - 43,2%, 2014 жылы - 67%): ауылдық - 72,6%, қалалық - 74,1%. Медициналық техникамен қамтамасыз ету үшін қаржылық лизинг тетіктерін енгізу басталды.

Сонымен бірге, медициналық техниканың қолданылмай тұруы мен тиімсіз пайдаланылу фактілері байқалады, дәлелдік медицинаға негізделген жарақтандыру стандарттары әзірленбеген, кепілдіктен кейінгі сервистік қызмет көрсету мәселесі шешілмеген.

Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау саласының ақпараттық құрылымын құру мақсатында ақпараттық денсаулық сақтау жүйесін енгізу аяқталады, өзекті бағыттар бойынша веб-қосымшалар (әлеуметтік мәні бар аурулардың тіркелімдері, Емдеуге жатқызу бюросы порталы, кадрлар бойынша және т.б) әзірленді және енгізілді.

Алайда, қолда бар дерекқорлар бытыраңқы және біртұтас ақпараттық кеңістікке интеграцияланбаған, ол денсаулық сақтау саласының түрлі деңгейлері мен қызметтерінің өзара іс-қимылын қиындатады, ақпарат сабақтастығын қамтамасыз етпейді, жедел талдау жасау мүмкіндіктерін шектейді. Медициналық ұйымдарда электрондық құжат алмасу жүйесі енгізіліп жатқан жоқ.

2014 жылғы желтоқсанда Халықаралық Қайта құру және Даму Банкінің тәуелсіз сарапшылары "Саламатты Қазақстан" мембағдарламасын іске асыру нәтижелері туралы есепті жариялады, оған сәйкес негізгі 6 бағыттың іске асырылуын халықаралық сарапшылар былайша бағалады:

1) 1-бағыт "Азаматтардың денсаулығын сақтау мәселелері бойынша сектораралық және ведомствоаралық өзара іс-қимылдың тиімділігін арттыру" - өте сәтті;

2) 2-бағыт "Профилактикалық іс-шараларды, скринингтік зерттеулерді күшейту, негізгі әлеуметтік мәні бар аурулар мен жарақаттарды диагностикалауды, емдеуді және оңалтуды жетілдіру" - айтарлықтай сәтті;

3) 3-бағыт "Санитариялық-эпидемиологиялық қызметті жетілдіру" - айтарлықтай сәтті;

4) 4-бағыт "Денсаулық сақтаудың бірыңғай ұлттық жүйесінде медициналық көмекті ұйымдастыруды, басқару мен қаржыландыруды жетілдіру" - өте сәтті;

5) 5-бағыт "Медициналық, фармацевтикалық білімді жетілдіру, медицинада инновациялық технологияларды дамыту және енгізу" - сәтті;

6) 6-бағыт "Халыққа дәрілік заттардың қолжетімдігі мен сапасын арттыру, денсаулық сақтау ұйымдарын медициналық техникамен жарақтандыруды жақсарту" - сәтті.

Денсаулық сақтау саласын SWOOT-талдау

Күшті жақтары:

1) мемлекеттің ең жоғары деңгейдегі саяси қолдауы және алынған әлеуметтік міндеттемелерді орындау кепілдігі;

2) балаларды иммундаумен қамтудың жоғарылығымен инфекциялық аурулардың көпшілігі бойынша орнықты эпидемиологиялық ахуал;

3) шекараны аса қауіпті инфекциялық аурулар мен қауіпті жүктердің әкелінуі мен таралуынан санитариялық қорғаудың тиімді жүйесі;

4) медициналық көмек көрсететін ұйымдардың дамыған инфрақұрылымы;

5) қазіргі заманғы медициналық технологияларды табысты трансферттеу тәжірибесі;

6) стандарттау мен аккредиттеу негізінде медициналық көмектің сапасын басқару жүйесін енгізу;

7) денсаулық сақтау саласын қаржыландырудың заманауи тарифтік саясаты;

8) отандық дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканы өндірушілерді дамыту үшін жағдай жасау.

Әлсіз жақтары:

1) ЭЫДҰ елдерінің орташа деңгейімен салыстырғанда күтілетін өмір сүру ұзақтығының төмендігі, жалпы өлім-жітім деңгейінің жоғарылығы;

2) денсаулық сақтау саласын қаржыландыру деңгейінің төмендігі;

3) денсаулық сақтауға жұмсалатын жеке шығыстар деңгейінің жоғарылығы;

4) МСАК-ты қаржыландыру деңгейінің жеткіліксіздігі;

5) денсаулық сақтау жүйесінің ескірген инфрақұрылымы;

6) санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органдары мен ұйымдарының жеткіліксіз материалдық-техникалық қамтамасыз етілуі;

7) саладағы ақпараттандыру деңгейінің әлсіздігі;

8) денсаулық үшін ортақ жауапкершілік тетіктерінің болмауы;

9) жекеше сектордың ТМККК көрсетуге қатысуының жеткіліксіздігі;

10) дипломға дейінгі және дипломнан кейінгі білім беру кадрларын даярлау деңгейінің жеткіліксіздігі;

- 11) денсаулық сақтау жүйесіндегі тиімді басқару деңгейінің төмендігі;
- 12) медициналық персоналдың еңбек уәждемесінің төмендігі;
- 13) амбулаториялық деңгейде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің жеткіліксіздігі.

Мүмкіндіктер:

- 1) негізгі демографиялық көрсеткіштердің оң серпіні;
- 2) Еуразиялық экономикалық кеңістік шеңберінде біртұтас нарықтың құрылуы;
- 3) денсаулық сақтауға тікелей инвестицияларды (оның ішінде шетелдік) тарту және мемлекеттік-жекешелік әріптестікті дамыту;
- 4) дәрілік заттар, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техника өндірісінің орналасуы;
- 5) енгізілген нарық тетіктерінің (Бірыңғай ақы төлеуші құрылды, түпкі нәтиженің негізінде ақы төлеудің заманауи әдістері енгізілді) негізінде әлеуметтік медициналық сақтандыруды енгізу;
- 6) халықаралық қаржы институттарының қолдауы;
- 7) өңірлік денсаулық сақтау нарығында бәсекеге қабілеттілікті арттыру;
- 8) халықаралық әріптестермен қарқынды ынтымақтастық орнату арқылы технологияларды, білім мен үздік тәжірибені трансферттеу.

Қауіптер:

- 1) жаһандық және өңірлік экономикалық ахуалдың одан әрі нашарлауы;
- 2) жаңа инфекциялық аурулардың пайда болуы және бұрын белгілі болғандарының қайта оралуы;
- 3) ел аумағында аса қауіпті инфекциялардың табиғи ошақтарының болуы;
- 4) инфекциялық емес аурулардың өсуі;
- 5) медициналық көрсетілетін қызметтерге сұраныстың артуы;
- 6) медициналық көрсетілетін қызметтер мен тауарлар импортының артуы;
- 7) денсаулық сақтауға жұмсалатын мемлекеттік және жеке шығындардың өсуі;
- 8) ескірген, тиімділігі аз басқару технологиялары;
- 9) тез тозатын және ескіретін инфрақұрылым және жабдықтар;
- 10) саланың адами ресурстарын тиімсіз дамыту мен пайдалану;
- 11) халықтың медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігінен көңілі қалуының және қанағаттанбауының өсуі.

4. Бағдарламаның мақсаты, міндеттері, нысаналы индикаторлары және іске асыру нәтижелерінің көрсеткіштері

| | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------------------|--|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1 | Зардап шеккендері бар ЖКО саны | абс. | І І М ведомстволық статистикалық есебі | ІІМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 20378 | 19970 | 19570 | 19178 | 18794 | 18418 |
| 2 | Жарақаттардан, оқыс оқиғалардан және уланулардан болатын өлім-жітім | 100 000 тұрғынға шаққанда | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ, ІІМ, БҒМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 87,8 | 87,5 | 84,9 | 82,3 | 79,8 | 77,5 |
| 3 | 15-17 жастағы балалар арасында өз-өзіне қол жұмсау деңгейі | 100 000 тұрғынға шаққанда | Ұ Э М Статистика комитетінің р е с м и деректері | БҒМ, ІІМ, ДСӘДМ | 19,3 | 17,4 | 17,2 | 17,0 | 16,9 | 16,7 |
| 4 | 15-49 жас тобындағы А И Т В инфекциясының 0,2-0,6% шегінде таралуы | % | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ, ҰЭМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 0,168 | 0,21 | 0,26 | 0,33 | 0,41 | 0,51 |
| 5 | 15-17 жастағы балалар арасында жыныстық жолмен берілетін инфекциялармен (бұдан әрі – ЖЖБИ) сырқаттанушылық (мерез маркері) | 100 000 тұрғынға шаққанда | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ, БҒМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 6,9 | 6,5 | 6,2 | 5,9 | 5,6 | 5,3 |
| 6 | Туберкулезбен сырқаттану | 100 000 тұрғынға шаққанда | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ, ҰЭМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 66,4 | 64,7 | 63,1 | 61,5 | 59,9 | 57,0 |
| 7 | Сотталғандар арасындағы туберкулезбен сырқаттану | 100 000 сотталғанға шаққанда | І І М ведомстволық статистикалық есебі | ІІМ | 799,0 | 790,0 | 780,0 | 770,0 | 760,0 | 750,0 |
| 8 | Инфекциялық және паразиттік аурулармен сырқаттану көрсеткішін 315,9-дан аспайтын деңгейде ұстап тұру | 100 000 тұрғынға шаққанда | Ұ Э М ведомстволық статистикалық есебі | Ұ Э М, ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 295,6 | 315,9 | 315,9 | 315,9 | 315,9 | 315,9 |
| 9 | Дене шынықтырумен және спортпен | % | М С М ведомстволық | М С М, ДСӘДМ, Астана мен Алматы | 25,1 | 26,0 | 27,0 | 28,0 | 29,0 | 30,0 |

| | | | | | | | | | | | |
|----|--|---------------------------|--|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| | айналысатын азаматтарды қамту | | статистикалық есебі | қалаларының, облыстардың әкімдіктері | | | | | | | |
| 10 | Балалар-жасөспірімдер спорт мектептерінің базасында дене шынықтырумен және спортпен айналысатын балалар мен жасөспірімдерді қамту | % | М С М ведомстволық статистикалық есебі | М С М, БҒМ, ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 13,0 | 13,5 | 14,0 | 14,5 | 15,0 | 15,1 | |
| 11 | Семіздіктің таралуы | 100 000 тұрғынға шаққанда | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 278,3 | 270,0 | 256,5 | 243,6 | 231,4 | 220,0 | |
| 12 | Нашақорлықтың және мінез-құлық ауруларының профилактикасы жөніндегі бағдарламаларды іске асыратын жалпы білім беру мекемелерінің үлесі | % | Б Ғ М ведомстволық статистикалық есебі | Б Ғ М, ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 50,0 | 64,0 | 78,0 | 85,0 | 90,0 | 100,0 | |
| 13 | Есірткіні залалды тұтынумен және оған тәуелділікпен наркологиялық есепте тұрған адамдар саны | 100 000 тұрғынға шаққанда | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ, ПМ | 194,3 | 193,0 | 192,0 | 191,0 | 190,0 | 189,0 | |

2-міндет. Аурулар профилактикасы мен басқаруды жетілдіру.

Осы мақсатқа қол жеткізу мына тікелей нәтижелер көрсеткіштерімен өлшенетін болады

| Р/с № | Нәтижелер көрсеткіштері | Өлшем бірлігі | Ақпарат көздері | Орындалуына жауаптылар | 2014 (факт) | 2015 (бағалау) | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|-------|----------------------------|---------------------------|--|---|-------------|----------------|------|------|------|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1 | Халықтың жалпы өлім-жітімі | 1 0 0 0 тұрғынға шаққанда | Статистика комитетінің ресми деректері | ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 7,57 | 7,57 | 7,56 | 6,97 | 6,8 | 6,28 |
| 2 | Аналар өлім-жітімі | | ДСӘДМ ведомстволық | ДСӘДМ, Астана мен Алматы | 11,7 | 11,6 | 11,5 | 11,4 | 11,3 | 11,2 |

| | | | | | | | | | | | |
|----|---|---------------------------------|--|---|-------|--------|-------|-------|-------|-------|--|
| | | 100 000 тірі туылғанға шаққанда | статистикалық есебі | қалаларының, облыстардың әкімдіктері | | | | | | | |
| 3 | Сәбилер өлім-жітімі | 1000 тірі туылғанға шаққанда | Статистика комитетінің ресми деректері | ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 9,7 | 9,7 | 9,6 | 9,5 | 9,4 | 9,1 | |
| 4 | Қан айналымы жүйесінің ауруларынан болатын өлім-жітім (ҚЖСА) | 100 000 тұрғынға шаққанда | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 207,7 | 204,54 | 203,1 | 201,7 | 200,2 | 200,0 | |
| 5 | Туберкулезден болатын өлім-жітім | 100 000 тұрғынға шаққанда | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 4,9 | 4,7 | 4,5 | 4,3 | 4,1 | 4,0 | |
| 6 | Жаңа қатерлі ісіктерден болатын өлім-жітім | 100 000 тұрғынға шаққанда | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 92,8 | 93,7 | 93,5 | 93,3 | 93,1 | 92,9 | |
| 7 | Қатерлі ісіктері бар науқастардың 5 жыл өмір сүруі | % | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 50,2 | 50,6 | 50,8 | 51,0 | 51,2 | 51,4 | |
| 8 | Жаңа қатерлі ісіктерді ерте анықтау (1-2 сатысы) | % | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 55,8 | 56,6 | 57,4 | 58,2 | 59,0 | 59,8 | |
| 9 | 1 ЖПД-ға тіркелген тұрғындар саны | адам | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 2303 | 2194 | 1954 | 1791 | 1672 | 1577 | |
| 10 | ТМККК шеңберінде МСАК - ті қаржыландырудың үлесі ² | % | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 26 | 28 | 30 | 32,5 | 35 | 40,0 | |

| | | | | | | | | | | |
|----|---|--|---|---|------|------|------|------|------|------|
| 11 | Б Ұ Д С Ж жағдайларында қаржыландырылатын стационарлық көмекті тұтыну деңгейі | 1 0 0 0 тұрғынға шаққанда төсек-күнінің саны | ДСӘДМ, Ж А О ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 1176 | 1172 | 1170 | 1160 | 1140 | 1130 |
|----|---|--|---|---|------|------|------|------|------|------|

²Бұдан әрі 2017 жылдан бастап бүкіл мәтін бойынша - МӘМС жүйесінде
2-бағдарламалық мақсат: Тиімділікке, қаржылық тұрақтылыққа және әлеуметтік-экономикалық өсуді қолдауға бағытталған ұлттық денсаулық сақтау жүйесін жаңғырту.

Осы мақсатқа қол жеткізу мынадай нысаналы индикатормен өлшенетін болады:

| Р/с № | Нысаналы индикатор | Өлшем бірлігі | Ақпарат көздері | Орындалуына жауаптылар | 2014 (факт) | 2015 (бағалау) | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|-------|---|---------------|--|------------------------|-------------|----------------|------|------|------|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1 | Халықтың медициналық көмек сапасына қанағаттануының деңгейі | % | Халыққа жүргізілген әлеуметтік сауалдың деректері (ДСӘДМ жетілдірілген әдістеме бойынша) | (ДСӘДМ | - | - | 40 | 42 | 44 | 46 |

Қойылған мақсатқа қол жеткізу үшін мына міндеттерді шешу көзделеді:

1-міндет: Денсаулық сақтау жүйесін басқару және қаржыландыру тиімділігін арттыру.

Осы міндетке қол жеткізу мынадай тікелей нәтижелер көрсеткіштерімен өлшенетін болады:

| Р/с № | Нәтижелер көрсеткіштері | Өлшем бірлігі | Ақпарат көздері | Орындалуына жауаптылар | 2014 (факт) | 2015 (бағалау) | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|-------|--|---------------|--|--|-------------|----------------|------|------|------|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1 | МӘМС олар үшін МӘС алымдары мен жарналарын алған тұрғындардың үлесі | % | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ, Қаржымині, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | - | - | - | 60 | 70 | 80 |
| 2 | Дәрігерлердің орташа жалақысының экономикадағы орташа жалақыға арақатынасы | | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 1,0 | 0,9 | 1,0 | 0,9 | 0,9 | 1,1 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|------|------|------|------|------|------|
| 3 | Менеджмент деңгейі бойынша жоғары рейтингке ие медициналық ұйымдардың үлесі | % | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 6,5 | 6,8 | 7,1 | 7,4 | 7,7 | 8,0 |
| 4 | ТМККК шеңберінде жеке меншік медициналық қызмет берушілердің үлесі | % | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 27,4 | 28,5 | 29,3 | 30,5 | 31,6 | 32,0 |

2-міндет. Ресурстарды пайдалану тиімділігін арттыру және саланың инфрақұрылымын жетілдіру.

Осы міндетке қол жеткізу мынадай тікелей нәтижелер көрсеткіштерімен өлшенетін болады:

| Р/с № | Нәтижелер көрсеткіштері | Өлшем бірлігі | Ақпарат көздері | Орындалуына жауаптылар | 2014 (факт) | 2015 (бағалау) | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|-------|---|---------------|--|---|-------------|----------------|------|------|------|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1 | Жалпы дәрігерлер ішіндегі МСАК дәрігерлерінің үлесі | % | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 19,5 | 21,0 | 22,5 | 23,9 | 25,2 | 26,6 |
| 2 | Алғашқы реттен-ақ тәуелсіз емтиханнан сәтті өткен резидентура түлектерінің үлесі | % | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ | - | 60 | 70 | 77 | 85 | 90 |
| 3 | ҚР-да қолдануға рұқсат етілгендер ішінен енгізілген жаңа медициналық технологиялардың үлес салмағы | % | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ | 30 | 45 | 50 | 50 | 50 | 52 |
| 4 | Халықаралық жарияланымдардың жалпы санында халықаралық рецензияланатын басылымдардағы жарияланымдардың үлесі | % | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ, БҒМ | 9,56 | 10,5 | 12 | 13,5 | 15 | 17 |
| 5 | ТМККК шеңберінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің жалпы көлеміндегі амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің үлесі | % | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 55 | 57 | 60 | 63 | 65 | 70 |
| | | | | ДСӘДМ, Астана мен | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|--|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 6 | Амбулаториялық-емханалық ұйымдармен қамтамасыз етілу | 10 мың тұрғынға шаққанда | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 4,5 | 4,5 | 4,8 | 5,5 | 6,0 | 6,5 |
| 7 | Электронды денсаулық төлқұжатпен халықты қамтамасыз ету | % | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | 50 |
| 8 | Денсаулық сақтауда мемлекеттік-жекешелік әріптестік, сенімді басқару және жекешелендірудің іске асырылып жатырған жобалар саны | Саны | ДСӘДМ ведомстволық статистикалық есебі | ДСӘДМ, Астана мен Алматы қалаларының, облыстардың әкімдіктері | 2 | 10 | 8 | 16 | 16 | 16 |

5. Бағдарламаның негізгі бағыттары, қойылған мақсаттарға қол жеткізу жолдары және тиісті шаралар

Осы Бағдарламаның негізгі бағыттары:

- 1) халық денсаулығын сақтаудың негізі ретінде қоғамдық денсаулық сақтауды дамыту;
- 2) МСАК-ты жаңғырту және басым дамытудың негізінде барлық денсаулық сақтау қызметтерін халықтың мұқтаждықтары айналасына интеграциялау;
- 3) медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасын қамтамасыз ету;
- 4) Ұлттық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету саясатын іске асыру;
- 5) ынтымақтастықты енгізу және жүйенің қаржылық тұрақтылығын арттыру негізінде денсаулық сақтау жүйесін жетілдіру;
- 6) денсаулық сақтау саласындағы адами ресурстарды басқарудың тиімділігін арттыру;
- 7) мемлекеттік-жекешелік әріптестік және қазіргі заманғы ақпараттық-коммуникациялық технологиялар негізінде денсаулық сақтау саласының инфрақұрылымын одан әрі дамытуды қамтамасыз ету болып табылады.

5.1. Халық денсаулығын сақтаудың негізі ретінде қоғамдық денсаулық сақтауды дамыту

5.1.1. Қоғамдық денсаулық қызметін қалыптастыру

Халық денсаулығын нығайту және қорғау тек тиісті стратегияларды дамытуды және түрлі тіршілік салаларындағы ресурстарды жұмылдыруды ғана емес, сондай-ақ мемлекеттің, жұртшылықтың және халықтың осы бағыттағы

қызметін интеграциялауды қамтамасыз ету үшін орнықты және тиімді негіз жасауды талап етеді. Үздік халықаралық тәжірибеге сәйкес денсаулық сақтау жүйесін одан әрі дамытудың негізі қоғамдық денсаулық қызметін ҚДҚ-ны қалыптастыру болмақ.

ҚДҚ жұмысының негізгі бағыты қоғамның денсаулығын басқару, МСАК-тың мүдделі мемлекеттік органдармен (санитариялық-эпидемиологиялық, экологиялық, ветеринариялық қызметтермен) ведомствоаралық өзара іс-қимылының негізінде сауаттандыру, консультациялар, саламатты өмір салтын насихаттау, қолдау арқылы халықтың денсаулығын, мінез-құлық дағдыларын қолдау бағытында өзгерту болмақ.

ҚДҚ негізгі функциялары:

1) халықтың хабардарлығын және оның қоршаған ортаның түрлі факторларының, дұрыс тамақтанбаудың және мінез-құлық қауіптерінің зиянды әсерінің профилактикасы және оны төмендету жөніндегі іс-шараларға тартылуын арттыру;

2) инфекциялық және негізгі инфекциялық емес ауруларды, оның ішінде психикалық денсаулықтың ауытқуы мен жарақаттанушылықты эпидемиологиялық мониторингтеуді қамтамасыз ету;

3) ел халқының денсаулығын сақтауға және нығайтуға бағытталған сектораралық өзара іс-қимылды қамтамасыз ету, үйлестіру және кеңейту;

4) денсаулық сақтау саласындағы заңнаманың және басқа да құқықтық нормалардың сақталуын бақылауды қамтамасыз ету;

5) өңірлік және ұлттық деңгейде аурулардың дамуын ұзақ мерзімді модельдеу мен болжаудың халықаралық жүйелерін енгізу болады.

ҚДҚ қызметі халыққа медициналық көмек көрсету жүйесімен, әсіресе МСАК-пен, мамандандырылған ғылыми-зерттеу ұйымдарымен және бағдарламаларымен тығыз интеграцияланатын болады.

Республикалық деңгейде инфекциялық және инфекциялық емес аурулардың қауіп факторларына эпидемиологиялық мониторинг жүргізу функциялары, сондай-ақ мыналар:

1) қоғамдық денсаулық сақтауды дамытуға бағытталған мемлекеттік саясатты және сектораралық бағдарламаларды әзірлеу және іске асыру;

2) қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы ғылыми зерттеулер, соның ішінде саламатты өмір салтын қалыптастыру жөніндегі іс-шаралар;

3) қоғамдық денсаулық сақтау проблемаларын белгілеу және олардың серпінін болжау үшін халықтың денсаулық жағдайын мониторингтеу;

4) қоғамдық денсаулық сақтау қызметтері мен бағдарламаларының тиімділігін, қолжетімділігі мен сапасын бағалау жүзеге асырылатын болады.

Жергілікті деңгейдегі ҚДҚ шеңберінде инфекциялық және инфекциялық емес аурулардың профилактикасы жөніндегі іс-шараларды, оның ішінде скринингтерді әзірлеу, жоспарлау, іске асыру және мониторингтеу және МСАК-пен бірлесіп диспансерлеумен қамтамасыз етіледі.

Жергілікті деңгейдегі ҚДҚ-ның негізгі мақсаттарының бірі тамақтануды ұтымды ету мен саламатты өмір салтын ынталандырудың, санитариялық және дене шынықтыруды дамытудың негізінде халықтың өз денсаулығы үшін ақпараттық жауапкершілігін арттыру болады. Бұл азаматтарды хабардар ету және олардың сауатын ашу, олардың жеке денсаулығын, қоғамдық денсаулықты нығайту, дұрыс тамақтануды насихаттау мәселелеріндегі мүмкіндіктерін кеңейту іс-шараларымен қамтамасыз етіледі.

Ол үшін ҚДҚ-да дәстүрлі бұқаралық ақпарат құралдарын және заманауи әлеуметтік медиа-ресурстар мен желілерді белсенді қатыстыра отырып, мінез-құлық психологиясы және экономика саласындағы ғылыми негізделген әзірлемелердің негізінде әлеуметтік маркетингтің инновациялық технологиялары енгізілетін болады.

ҚДҚ-ның басым міндеті әлеуметтік мәні бар негізгі инфекциялық емес аурулардың (бұдан әрі - ИЕА) профилактикасы және оларды мониторингтеуді жүргізу бойынша іс-шараларды жандандыру болмақ.

Бұл ретте ИЕА-мен күрес ИЕА профилактикасы және онымен күрес жөніндегі 2013 - 2020 жылдарға арналған жаһандық іс-қимыл жоспарына, ДДҰ негіздемелік конвенциясына және Еуропалық темекіге қарсы күрес стратегиясына, ДДҰ тағам өнімдері және тамақтану саласындағы 2015 - 2020 жылдарға арналған іс-қимыл жоспарына сәйкес халықаралық сынамаланған технологиялардың негізінде жүргізіледі. Мектепте дұрыс тамақтандыруды қамтамасыз ету тұжырымдамасы әзірленеді, денсаулыққа пайдалы (май, тұз, қант мөлшері төмен жаңа піскен (дайындалған) және экологиялық) тамақ өнімдерін тұтынуды насихаттау күшейтілетін болады. Кәсіптік, экологиялық және әлеуметтік қатерлер оларды төмендету факторларын үздіксіз мониторингтеу және бақылау жүргізілетін болады.

Еліміздегі балалар мен ересектерді иммундық профилактикалау жөніндегі бүкіл жұмысты ДДҰ ұсынымдарына сәйкес ұйымдастыру мен үйлестірудің негізінде инфекциялық аурулардың профилактикасы мәселелеріне айрықша назар аударылатын болады.

Бұл бағыт ҚДҚ-ның халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы уәкілетті органмен өзара іс-қимылы кезінде мүмкін болады.

Қоғамдық денсаулық сақтау жүйесі орта мерзімді кезеңде халықтың денсаулығын сақтауға және нығайтуға бағытталған сектораралық өзара

іс-қимылдың негізіне айналады. Осы мақсатта мүдделі мемлекеттік органдармен бірлесіп, қоғамдық денсаулық сақтау саласында өкілеттіктер мен функциялардың аражігін ажырату бойынша жұмыс жүргізілетін болады. Нәтижесінде, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің және Астана, Алматы қалаларының, облыстардың денсаулық сақтау басқармаларының құрылымында қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы саясатты жүзеге асыратын құрылымдық бөлімшелер құрылады, ол елдің тұрақты әлеуметтік-экономикалық дамуын қамтамасыз ету үшін халық денсаулығын нығайтуға елеулі үлес қосады.

5.1.2. Сектораралық өзара іс-қимылды дамыту

Халықаралық стандарттарға сәйкес әртүрлі мемлекеттік және қоғамдық институттардың сектораралық өзара іс-қимылы инфекциялық және инфекциялық емес аурулардың туындауы қатері факторларын төмендетуді және мыналарға бағытталған кешенді шараларды көздеуге тиіс:

1) халықтың сауаттылық деңгейін, оның ішінде саламатты өмір салтын ұстану және қалыптастыру мәселелеріндегі сауаттылық деңгейін арттыру;

2) қатер факторларының (шылым шегу, алкогольді шектен тыс пайдалану, физикалық белсенділіктің аздығы) таралуын төмендететін жаңа мінез-құлық ұстанымдарын қалыптастыру;

3) кенеулі теңгерімді тамақтану;

4) дене шынықтырумен және спортпен тұрақты шұғылданатындар санының өсуі;

5) жол-көлік оқиғаларын азайту;

6) қауіпсіз еңбек және тұрмыс жағдайларын жасау;

7) қауіпсіз тұрғын үй жағдайларын қамтамасыз ету;

8) мүгедектердің денсаулық сақтау көрсетілетін қызметтеріне өзгелермен тең дәрежеде қол жеткізуін қамтамасыз ету;

9) халықтың сырқаттану жағдайына әсері тұрғысынан мониторингтеу деректерін ескере отырып, ауыз суға тұрақты түрде қолжетімдікті қамтамасыз ету, ауаның, су мен топырақтың ластануын азайту, шу деңгейін төмендету.

Адам денсаулығын қорғау және нығайту адамның жас және әлеуметтік ерекшеліктерін ескере отырып, аурулар мен олардың салдарының пайда болу қатерінің сыртқы және мінез-құлықтық факторларын төмендету бойынша сәби өмірінің алғашқы күндерінен басталатын және барлық жастағы кезеңдерінде жалғастырылатын профилактикалық іс-шараларға бағытталатын болады. Еңбек белсенділігін сақтауға, жұмысты өмір бойына қайта бөлуге және әлеуметтік қолдауға бағытталған дұрыс қартаюды қолдау бойынша шаралар қолға алынады.

Сектораралық өзара іс-қимылды дамыту шеңберінде басқарудың барлық деңгейлерінде, оның ішінде осы бағдарламаның мақсаттары мен міндеттерін басқа да мемлекеттік және салалық бағдарламалармен, өңірлер мен салаларды дамытудың стратегиялық жоспарларымен интеграциялау арқылы халық денсаулығын сақтау мен нығайтудың келісілген саясатын жүргізу қамтамасыз етілетін болады.

Міндеттерді шешу үшін жоспарлаудың, қаржыландырудың тиімді әдістері, халықпен, ұйымдасқан ұжымдармен, білім беру мекемелерімен өзара іс-қимыл тетіктері енгізіледі, денсаулық сақтау жөніндегі қызмет көрсеткіштері үшін министрліктердің жауапкершілік жүйесі, қоғамдық, алғашқы денсаулық сақтау және әлеуметтік қорғау қызметтері жұмысының интеграциясы қалыптасады.

Басқа да секторлармен және ведомстволармен бірлескен жұмыс шеңберінде халық денсаулығына ықпал ететін қатер факторларын басқарудың бірыңғай жүйесі құрылады және денсаулық сақтау жөніндегі қызмет көрсеткіштері үшін әр министрліктің жауапкершілік аймағы айқындалады.

Бұдан басқа, жергілікті атқарушы органдармен бірлесе отырып денсаулықты нығайту бағдармаларын іске асыру үшін халықпен, әсіресе, жастармен, ұйымдасқан ұжымдармен, білім беру мекемелерімен өзара іс-қимыл тетіктерін енгізуді көздейтін әлеуметтік жұмылдыру жөніндегі кешенді шаралар әзірленеді және іске асырылады; мектептердің медициналық қызметкерлерінің штаттарын білім беру жүйесінен денсаулық сақтау жүйесіне беру бойынша шаралар қабылданады.

Сектораралық өзара іс-қимылдың басым міндеті ана мен баланы қорғау бойынша кешенді шараларды іске асыру, оның ішінде балалар жарақаттануын азайту, балалар мен жастардың ділі мен ұрпақты болу денсаулығын нығайту болады.

Балалар мен жасөспірімдердің дене және психикалық денсаулығын қалыптастыруға, ата-аналар мен оқытушыларды балалар мен жасөспірімдердің психикасындағы ауытқу белгілерін, қатерлі суицидтік мінез-құлқын танып-білуге, әлеуметтік қызметкерлерді, бейінді денсаулық сақтау қызметтері (туберкулезге қарсы, наркологиялық, психиатриялық) жұмысының бейәлеуметтік мінез-құлқы бар тұлғаларға қатысты, балалық шақта жазатайым оқиғаларды болдырмау, отбасындағы теріс факторлардың бала денсаулығына әсерін жою бойынша ПМ учаскелік қызметтерінің және басқа да мүдделі органдардың (психологтар мен ПМ кәметке толмағандар ісі жөніндегі нұсқаушыларын және т.б.) тарта отырып, олармен одан әрі жұмыс жасау тактикасына үйретуге бағытталған іс-шаралар айқындалады және іске асырылады.

Жол қозғалысының қауіпсіздігі, жол қозғалысы саласындағы нормалар мен қағидаларды сақтау деңгейін көтеру, оның ішінде жол қозғалысы ережелерін

бұзушылықтарды автоматты тіркеу жүйелерін пайдалана отырып көтеру бойынша халықпен профилактикалық және ақпараттық жұмыстың жүйелілігін қамтамасыз ету арқылы ЖКО-ның алдын алу, жолдардағы авариялық-қауіпті учаскелерді жою жөніндегі іс-шаралар жалғастырылатын болады. Республика жолдарының авариялық-қауіпті жерлеріндегі трассалық медициналық-құтқару пункттері жүйесін одан әрі дамыту қамтамасыз етілетін болады.

Сектораралық өзара іс-қимыл шеңберінде халықты толыққанды тұрғын үй-коммуналдық шаруашылық қызметтерімен (халықтың ауыз суға, су бұру жүйелеріне тұрақты түрде қол жеткізуін қамтамасыз ету, тұрмыстық қалдықтарды кәдеге жарату, жылумен және энергиямен қамтамасыз ету) қамтамасыз етуге бағытталған кешенді шараларды іске асыру қамтамасыз етіледі.

Қоршаған орта факторларының халық денсаулығына зиянды әсерін төмендетуге бағытталған іс-шараларды іске асыру, оның ішінде ауаның, топырақтың және табиғи су қоймаларының ластануымен күрес жалғасатын болады. Бұл ретте кейіннен өңірлер бөлінісінде халық денсаулығын мониторингтей отырып, Қоршаған ортаның халық денсаулығына әсерінің қауіптер картасы әзірленетін болады.

ҚДСҚ МСАК ұйымдарымен, жергілікті атқарушы органдармен және жұмыс берушілермен бірлесіп, қазіргі заманғы стандарттар мен озық технологиялар трансфертінің негізінде адамның жұмыс орнында денсаулығын сақтау, кәсіптік сырқаттармен күресу, кәсіптік патология кезінде медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын арттыру жөніндегі кешенді тәсілдерді әзірлейтін және енгізетін болады.

Сектораралық өзара іс-қимылдың ең маңызды міндеттерінің бірі дене белсенділігін ынталандыру мен спортпен шұғылдануды насихаттауды, оның ішінде жұмыс берушілерді кеңінен тарту арқылы жұмыс істейтін тұрғындарды, мектептегі білім беру жүйесі арқылы - балалар-жасөспірімдер спорт мектептерінің базасында балалар мен жасөспірімдерді дене шынықтырумен және спортпен шұғылдануға тартуды қоса алғанда, дұрыс тамақтану, саламатты және қауіпсіз өмір салты үшін жағдайлар және әділ мүмкіндіктер жасау болмақ.

Жалған және генетикалық түрлендірілген өнімдерді қоса алғанда, өндірілетін және әкелінетін тамақ өнімдерінің сапасы мен қауіпсіздігіне бақылау және мониторинг жүргізіледі, ұсынымдар әзірленіп, енгізілетін болады.

Ведомствоаралық жұмыс шеңберінде төтенше жағдайлардың, жарақаттанудың, жазатайым оқиғалар мен уланулардың, зорлық-зомбылық пен қылмыстың ауқымын азайтуға, оның ішінде инфрақұрылымды тиісінше жоспарлау, алкоголь өнімдерінің айналымын бақылауды және есірткі заттарының заңсыз айналымына белсенді түрде қарсы күресуді қоса алғанда,

нормативтік реттеу және мемлекеттік бақылау көмегімен азайтуға бағытталған жүйелі шаралардың қабылдануы қамтамасыз етіледі.

Жалпы білім беру мекемелерінде нашақорлық пен мінез-құлық ауруларының профилактикасы жөніндегі бағдарламаларды енгізу, оның ішінде кәмелетке толмағандардың істері жөніндегі инспекторларды балалар мен жасөспірімдер арасында наркологиялық бейін бойынша қатер топтарын ерте анықтау технологияларына оқыту арқылы кеңейтілетін болады. Сондай-ақ ІІМ қызметкерлеріне (полицейлер, учаскелік инспекторлар) масаңдық (алкогольден, есірткіден, уыттану) дәрежесін айқындау дағдылары оқытылады.

Туберкулезге шалдығу және одан болатын өлім-жітім деңгейін, соның ішінде пенитенциарлық жүйеде қылмыстық-атқару жүйесінің (бұдан әрі - ҚАЖ) мекемелерінде туберкулезбен және АИТВ/ЖИТС-пен ауыратын науқастарға медициналық көмек көрсетуді жетілдіру жолымен төмендету жөніндегі ведомствоаралық іс-шаралар, бүкіл халықтың және пенитенциарлық жүйе контингентінің туберкулездің және АИТВ/ЖИТС таралу мәселелері бойынша хабардар болуын арттыру жалғастырылады.

Жасөспірімдер мен репродуктивті жастағы тұрғындар арасында АИТВ инфекциясының таралуын төмендету жөніндегі профилактикалық іс-шараларға, 15-17 жастағы балалар арасында ЖЖБИ-ға шалдығудың профилактикасына ерекше назар аударылады.

Сектораралық өзара іс-қимылды дамыту шеңберінде халықаралық бірлестіктермен және ұйымдармен (ДҰҰ, БҰҰ, ЮНИСЕФ, оның ішінде онда қазақстандық мамандарды қатыстыру және тәжірибе алмасу мақсатымен) тығыз ынтымақтастық орнату жалғасады.

Сектораралық өзара іс-қимылдың ұзақ мерзімді мақсаты денсаулық сақтау, еңбек және әлеуметтік қорғау саласындағы мемлекеттік саясатты кезең-кезеңімен, оның ішінде ортақ мақсаттардың, міндеттер мен нәтижелілік индикаторларының негізінде интеграциялау болып табылады.

Бұл қоғамдық денсаулық сақтау, алғашқы денсаулық сақтау және әлеуметтік қорғау қызметтерінің жұмысын кезең-кезеңімен интеграциялаудың негізінде әлеуметтік медицина үлгісін қалыптастыру үшін негіз болады.

5.2. МСАК-ты жаңғырту және басым дамыту негізінде барлық денсаулық сақтау қызметтерін пациент мұқтаждықтары айналасына интеграциялау

МСАК оның көлбеу (амбулаториялық-емханалық) және тік (психиатриялық, наркологиялық, туберкулезге қарсы, онкологиялық және т.б) бейінді

қызметтермен өзара іс-қимылының өзгеруімен халыққа медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру жүйесіндегі орталық буынға айналады.

Тегін амбулаториялық емдеу үшін дәрілік заттар тізбесін кезең-кезеңімен ұлғайту мүмкіндігімен МСАК деңгейіндегі медициналық көмек кеңейтілетін болады.

Жоспарлы мамандандырылған көмек МСАК-қа тіркелген тұрғындардың қажеттілігіне байланысты болады, оңалту және ұзақ күтім жасау қызметтері, оның ішінде жекеше секторды тарта отырып дамиды.

Көлік медицинасын, оның ішінде санитариялық авиацияны, жедел медициналық жәрдемді, телемедицинаны одан әрі дамыту жүзеге асырылатын болады.

Медициналық қызметтер тұтынуды тиімді басқару көрсетілген іс-шаралардың негізі болмақ.

Дәлелдік медицинаға, ғылыми әзірлемелерге негізделген медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарттарын, клиникалық хаттамаларды жетілдіру және енгізу жалғасады.

5.2.1. МСАК-ты жаңғырту және басым дамыту

МСАК-ты одан әрі дамыту алғашқы буындағы әмбебап, интеграцияланған, элеуметтік бағдарланған, қолжетімді және сапалы медициналық көмекті дамытуға бағытталған шараларды тереңдетуді көздейді.

Алғашқы медициналық көмектің әмбебаптығы одан әрі қызмет көрсетудің отбасылық қағидатына өтудің есебінен қамтамасыз етіледі. Қызмет көрсетудің отбасылық қағидаты организмнің әрбір жастағы кезеңіндегі ерекшеліктерін ескере отырып, профилактикаға баса назар аудара отырып, өмір бойы адамның денсаулығына бақылау жасауды көздейді.

Отбасылық қағидат әр отбасының қажеттілігіне қарай профилактикалық, диагностикалық, емдеу, оңалту және сауықтыру іс-шараларын, паллиативтік көмек пен үйде күтім жасауды жүргізуді көздейді.

Отбасылық қызмет көрсету қағидаты МСАК дәрігерлерімен (жалпы практика дәрігері (ЖПД), учаскелік дәрігерлер (терапевтер, педиатрлар) және МСАК дәрігерлері тарапынан үйлестіру жасай отырып, арнаулы мамандардан жасақталған мультитәртіптік командалармен жүзеге асырылады. ЖПД-мен қамтылудың және олардың құзыреттерінің өсу шамасына қарай, олар кезең кезеңімен учаскелік дәрігерлерді алмастыратын болады.

Қолданыстағы емханалар/МСАК орталықтары базасында of excellens орталықтары (ең жақсы практика орталықтары) құрылады.

Отбасы денсаулығын қорғау бойынша шаралар кешені отбасын жоспарлау, аурудың профилактикасы, әйелдердің, ерлер мен балалардың созылмалы ауруларын емдеу және оңалту шараларын қамтитын болады.

МСАК жұмысының басымдығы ана мен баланың денсаулығын нығайту болып қала береді. МСАК түрлі аурулар, оның ішінде перинаталды көмек кезінде медициналық көмекті аймақтандыру бағдарламаларының негізгі деңгейі болады. Андрологиялық қызметтің ұйымдастырылуын жетілдіру, ерлердің репродуктивті жүйесінің ауруларының профилактикасы мен заманауи емдеудің тиімділігін арттыру бойынша іс-шаралар жүргізіледі.

Геронтологиялық көмекті дамыту жалғастырылатын болады.

Медициналық көмек көрсетудің сабақтастығын қамтамасыз ету мақсатында МСАК-тың басқа да денсаулық сақтау деңгейлерімен және қызметтерімен толық интеграциялануы қамтамасыз етіледі.

Мәселен, МСАК мамандары диагностика мен бейінді мамандардың қызметтерін, стационарға жолдауды, оңалтуды, паллиативті көмекті және үйде күтім жасауды қоса алғанда, денсаулық сақтау жүйесінің барлық деңгейлерінде медициналық көмек көрсетуді үйлестіреді (бағдарлау). Олар медициналық көмектің барлық кезеңдерінде қызмет берудің толықтығы мен сапасын мониторингтейтін болады.

Сондай-ақ паллиативтік көмек көрсету және оңалту орталықтары, күндізгі стационарлар, үйдегі стационарлар, паллиативтік көмек көрсету орталықтары, бөлімшелері жағдайларында ҰЕҰ-ге мемлекеттік тапсырысты орналастыру арқылы отбасы қажеттілігін ескере отырып, үйде күту нысандары жетілдірілетін болады.

Күндізгі стационар жағдайларында оңалту және қалпына келтіру емдерін одан әрі дамыту жалғастырылады.

Мамандандырылған қызметтер (оның ішінде психиатриялық, наркологиялық, туберкулезге қарсы, онкологиялық және т. б.) жұмысының МСАК ұйымдарымен өзара тығыз байланысы жүзеге асырылады.

Медициналық көмек көрсетудің тиісті стандарттарын жетілдіру, оның толықтығы мен сабақтастығын қамтамасыз ету жөніндегі жұмыс жалғастырылады. Барлық деңгейлерде диагностикалау мен емдеу хаттамаларының және МСАК қызметкерлерінің орталық үйлестіру рөлі жағдайында мониторингтеу негізінде ауруларды интеграциялық басқару (АИБ) бағдарламалары енгізіледі. Бұл үшін барлық өңірлерде үш ауру (артериялық гипертония, қант диабеті, қан айналымының созылмалы жеткіліксіздігі) бойынша АИБ енгізілетін болады. Бұл ретте МСАК-ты түпкі нәтиже үшін қаржылық ынталандыру тетігінде индикаторлар жүйесі жетілдіріледі. Бұл назарды ауруларды ерте анықтау мен емдеуге аударуға, асқынулар жиілігі мен

емдеуге жатқызу деңгейін төмендетуге, медициналық-әлеуметтік тиімді оңалтуды жүргізуге ынталандырады.

МСАК-тың әлеуметтік бағытталуы МСАК, әлеуметтік қорғау және қоғамдық денсаулық сақтау қызметтерінің жұмысын интеграциялаудың, халық денсаулығын сақтау жөніндегі сектораралық өзара іс-қимыл шеңберіндегі іс-шараларға бастапқы буын мамандарын белсенді түрде тартудың есебінен қамтамасыз етілмек.

Тиісінше, МСАК психологтарды, әлеуметтік қызметкерлерді, мейіргерлерді, фельдшерлерді, акушерлерді және көмекші персоналды тарту арқылы кешенді медициналық және әлеуметтік қызметтер ұсынуды қамтитын алғашқы медициналық-әлеуметтік көмек қызметі ретінде қарастырылады. Әлеуметтік қорғау органдарымен өзара іс-қимыл жасай отырып, әлеуметтік және психологиялық қолдау мен мультибейінді патронаж қамтамасыз етіледі.

Көрсетілетін қызметтердің барынша қолжетімді болуын қамтамасыз ету үшін МСАК ұйымдарының желісі өңірлердегі демографиялық, географиялық және инфрақұрылымдық жағдайларды ескере отырып дамитын болады. Ұйымдардың халық тұратын жерлерге барынша жақындатылған, кіші және шағын нысандарына басымдық берілетін болады.

Осы мақсатта:

- 1) ЖПД учаскелерін кезең-кезеңімен ірілендіру;
- 2) топтық және жеке отбасылық практикалар құруды қолдау;
- 3) МСАК-ты медициналық бұйымдармен, сондай-ақ арнайы автокөлікпен жарақтандыруды жетілдіру*;
- 4) мобильді (көліктік) медицинаны, пациенттерді қашықтықтан бақылауды одан әрі жетілдіру*;
- 5) МСАК көрсету жүйесінде жекеше сектордың, шағын және орта бизнестің дамуын мемлекеттік қолдау;
- 6) мемлекеттік-жекешелік әріптестікті (МЖӘ), МСАК желісін дамыту, қызмет бейіні тұрақты түрде сақталған жағдайда мемлекеттік объектілерді кейін жекешелендіру мүмкіндігімен сенімгерлік басқаруға беру жүзеге асырылады.

МСАК сапасын арттыру мақсатында МСАК ұйымы мен дәрігерін толыққанды еркін таңдауды қамтамасыз ету және ынталандыру, оның ішінде халықтың МСАК ұйымдарына тіркелуінің жеңілдігі мен айқындығын қамтамасыз ету бойынша шаралар қабылданатын болады.

Қызмет көрсету сапасын жақсарту, кезек күтуді және персонал жүктемесінің шамадан тыс болуын төмендету мақсатында, операциялық менеджментті жақсарту, өңірлік және жергілікті call-орталықтарын құру, дәрігердің

кабылдауына Интернет арқылы жазылуды енгізу, кезектерді басқарудың қазіргі заманғы технологияларын енгізу негізінде МСАК ұйымдарын басқару жетілдірілетін болады.

Денсаулық сақтау жүйесіндегі МСАК басымдығын, тиімділігін және тартымдылығын қамтамасыз ету үшін МСАК-тың кадрлық әлеуетін дамыту жөніндегі жұмыстар, лауазымдық нұсқаулықтарды және біліктілік талаптарын оңтайландыру жүргізілетін болады.

ЖПД-ны жоғары білім берудің жаңа мемлекеттік стандарттары бойынша даярлау заманауи білімі бар, практикалық, коммуникативтік дағдыларға ие және командада жұмыс істей алатын кең бейіндегі мамандар қалыптастырудың негізін қалайды. Бұл ретте ЖПД-ны бала жастағы аурулардың профилактикасы, диагностикалау және емдеу бойынша теориялық және практикалық оқыту күшейтіледі.

МСАК-ты дамыту шеңберінде пациенттерді бақылау, созылмалы ауруларды басқару, сондай-ақ пациенттерге үйде қызмет көрсету жөніндегі кейбір функциялар кезең-кезеңімен арнайы дайындалған жалпы практика мейіргерлеріне берілетін болады.

Орта медициналық қызметкерлерді (бұдан әрі - ОМҚ) оқыту МСАК басымдығы, оның көпфункционалығы мен әмбебаптығы ескеріле отырып жүргізілетін болады, ол денсаулық сақтаудың басқа секторларына қарағанда, ОМҚ-да жоғары дербестікті талап етеді. ОМҚ оқыту стандарттары да әзірленген кәсіби стандарттарға сәйкестендіріледі.

МСАК-тың тұрақты дамуын қамтамасыз ету, оның толықтығы мен тартымдылығын арттыру үшін мамандар тартудың уәждемелік тетіктері жетілдіріледі, амбулаториялық деңгейде мемлекет қамтамасыз ететін дәрілік заттардың тізбесі кезең-кезеңімен кеңейтіледі. Халық денсаулығына ең ауыр әсер ететін ауруларды ерте анықтау жөніндегі түйінді скринингтік бағдарламаларды одан әрі дамыту, сондай-ақ олардың тиімділігіне үнемі мониторинг жүргізу және бағалау қамтамасыз етіледі.

5.2.2. Жедел және шұғыл медициналық көмекті (ЖШМК) дамыту

Халыққа медициналық көмек берудің толықтығы мен сапасын қамтамасыз ету мақсатында сабақтастықты және МСАК ұйымдарын ЖШМК көрсетуге тартуды қамтамасыз ету жалғастырылады.

Сараланған медициналық көмекті стационарлық деңгейге кезең-кезеңімен ауыстыра отырып, практикалық дағдыларды бекіту және пациенттерді тасымалдау жағдайында шұғыл медициналық жәрдемнің стандартталған алгоритмдерін енгізу негізінде ЖШМК қызметінің халықаралық стандарттарын

енгізу қамтамасыз етіледі. Осы мақсатта ЖШМК-ты кадрлармен қамтамасыз ету нормативтері қайта қаралады, халықаралық стандарттардың негізінде білім беру бағдарламалары әзірленіп, енгізіледі және парамедиктерді қоса алғанда, денсаулық сақтаудың барлық деңгейлері үшін кадрлар даярлау орталықтары құрылады, бұл ретте, олардың рөлін жоғарылату бойынша шаралар қабылданады. ТМҚКК шеңберінде республика халқын санитариялық авиация нысанында медициналық көмекпен қамтамасыз ету жалғасатын болады.

МЖӘ негізінде медициналық әуе тасымалы (санитариялық авиация) жүйесін одан әрі дамыту бойынша іс-шаралар әзірленіп, іске асырыла бастайды. Мемлекеттік емес қаржыландыру көздерін тарту бірнеше негізгі міндеттің тиімді іске асырылуын қамтамасыз етеді:

1) шұғыл және ТЖ жағдайларда оқиға орнында ЖМШК көрсету және пациенттерді стационарға тасымалдау;

2) пациенттерді медициналық көмек көрсету деңгейлері арасында қайта тасымалдау;

3) жету қиын жерлерде медициналық көмек көрсету, оның ішінде толыққанды медициналық көмек көрсету үшін қажетті мамандарды жеткізу арқылы көмек көрсету.

5.2.3. Барлық денсаулық сақтау қызметтерінің интеграциясымен мамандандырылған медициналық көмекті (ММК) дамыту

Халық денсаулығының ағымдағы жай-күйін және инфекциялық емес аурулардың болжамды өсімін ескере отырып, медициналық көмекті ұйымдастырудың интеграцияланған моделін әзірлеу және кезең-кезеңімен енгізу көзделіп отыр.

Осы үлгі әлеуметтік мәні бар, инфекциялық емес негізгі ауруларды және ел халқының демографиясына айтарлықтай ықпал ететін ауруларды:

- 1) миокардтың жіті инфарктын;
- 2) ми қан айналымының жіті бұзылуын (инсульт);
- 3) қатерлі жаңа ісіктерді;
- 4) жарақаттарды;
- 5) жүктілікті және босандыруды қамтитын болады.

Халықаралық кәсіптік ұйымдар ұсынған клиникалық нұсқаулар мен хаттамалардың негізінде әр блок бойынша іс-қимыл жоспарлары (Action Plan) әзірленеді және іске асырыла бастайды, олардың шеңберінде халық денсаулығының жоспарланып отырған көрсеткіштері және оларға қол жеткізу үшін қажетті негізгі іс-шаралар айқындалатын болады.

Бұл модель шеңберінде МСАК үйлестіруші рөлінің негізінде денсаулық сақтау жүйесінің барлық деңгейлерінде медициналық көмектің толық болуын, сапасын және сабақтастығын қамтамасыз етуге бағытталған интеграцияланған медициналық көмек беру стандарттары әзірленеді және іске асырылады.

Бұл ретте, стационар деңгейінде медициналық көмек көрсету көрсетілетін медициналық технологияның күрделілігіне байланысты аймақтандыру қағидаты бойынша жүргізіледі. Күрделі технологиялық қондырғылар мен біліктілігі жоғары мамандарды қажет ететін денсаулық сақтау қызметтері ауданаралық, өңірлік, облысаралық және республикалық деңгейлерде тиісті орталықтардың құрылуымен орталықтандырылады. Сонымен бірге, күрделі технологиялық қондырғыларды қажетсіنبейтін денсаулық сақтау қызметтері орталықсыздандырылады және пациенттің тұрғылықты жеріне жақын денсаулық сақтау ұйымдарында көрсетілетін болады. Қазақстан Республикасының халқы сапалы донорлық қан компоненттерімен және препараттарымен қамтамасыз етілетін болады.

Бұл қызметтер сапасын арттыру, күту уақытын азайту, диагностикалау мен емдеудің негізсіз әдістерін тағайындауды болдырмау мақсатымен пациенттердің қозғалысын айқын және ұтымды бағдарлау тетіктерін әзірлеу мен енгізуді көздейді.

Науқастарды отандық клиникаларда емдеу, сонымен қатар шетелдік мамандар тартумен, шеберлік кластарын пайдалану арқылы қамтамасыз етілетін болады.

Бұдан басқа, осы іс-шараларды іске асыру үшін мыналар:

1) денсаулық сақтау ұйымдарының барлық деңгейлері үшін диагностикалау мен емдеудің дәлелді медицина қағидаттарына негізделген клиникалық хаттамаларын;

2) бейінді қызметтердің жұмысын ұйымдастыру стандарттарын;

3) медициналық қызметкерлер үшін кәсіптік стандарттарды;

4) іс-шараларға мониторинг жүргізу, оларды басқару және үйлестіру технологияларын әзірлеу және енгізу жалғасады.

Олардың бейіндері шеңберінде барлық деңгейлерде медициналық көмек көрсетуді мониторингтеу сабақтастығын, тиімділігі мен сапасын қамтамасыз ету бөлігінде республикалық клиникалардың, ғылыми орталықтардың және ғылыми-зерттеу институттарының рөлі мен жауапкершілігі күшейтілетін болады.

МСАК қызметі мен ММК-нің интеграциясын технологиялық сүйемелдеу мақсатында АКТ-ны, телемедицинаны және пациенттердің жекелеген санаттарына қашықтан сымсыз мониторинг жүргізу жүйесін дамыту жүзеге

асырылады. Сабақтастықты қамтамасыз ету үшін пациенттерге түсіндіру, консультация беру, оларды тіркеу және мониторингтеу үшін оқшау және өңірлік call-орталықтар құрылады.

Бір жағынан, озық медициналық технологиялардың трансфертін одан әрі ынталандыру, сондай-ақ медициналық көмектің қолжетімді болуын, толықтығын және сапасын арттыру, екінші жағынан, денсаулық сақтау жүйесінің қаржылық орнықтылығын қамтамасыз ету мақсатында жан-жақты талдау жүргізіліп, жоғары технологиялық қызметтерді қоса алғанда, клиникалық хаттамалардың негізінде мамандандырылған медициналық көмекті одан әрі дамытудың жаңа тәсілдері әзірленетін болады. Медициналық көмектің осы түрі үшін қызметтерді стандарттау, ұйымдардың инфрақұрылымын дамыту және мамандарды жүйелі даярлау негізінде түрлі патологиясы бар науқастарды медициналық-әлеуметтік оңалтуды белсенді түрде дамыту қамтамасыз етіледі. Бұл ретте осы саладағы жеке секторды және МЖӘ-ні дамытуды мемлекеттік қолдау және ынталандыру шаралары әзірленіп енгізіледі.

5.3. Медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасын қамтамасыз ету

5.3.1. Медициналық көмекті стандарттау және сапасын басқару

Медициналық ұйымдардағы барлық өндірістік процестерді стандарттаудың негізінде сапаны басқару жүйесі медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігін тиімді көтеру үшін негіз болады.

Клиникалық процестерді стандарттау үшін неғұрлым тиімді және қазіргі заманғы технологиялар мен медицина ғылымының жетістіктерін енгізу негізінде ауруларды диагностикалау мен емдеудің клиникалық хаттамаларын әзірлеу және жетілдіру жалғастырылады.

Диагностикалау мен емдеудің клиникалық хаттамаларын әзірлеу медициналық қызметкерлердің кәсіптік бірлестіктерін тарта отырып, медициналық технологияларды бағалау жүйесінің (health technology assessment) негізінде жүзеге асырылатын болады. Бұл жүйенің негізінде жекелеген медициналық технологиялар мен дәрілік заттарды енгізу және қолданудың орындылығын анықтау мақсатында арнайы талдамалық, клиникалық-экономикалық және фармакологиялық-экономикалық зерттеулерді ұйымдастыру және өткізу қамтамасыз етіледі.

Қалған, клиникалық емес өндірістік процестердің (тікелей нақты ауруларды емдеумен байланысты емес) стандарттары медициналық ұйымдарды аккредиттеуге арналған талаптар шеңберінде әзірленеді.

Ең жоғары клиникалық және экономикалық тиімділікті, сондай-ақ медициналық технологиялардың қауіпсіздігін қамтамасыз ету үшін медициналық

практикаға жаңа технологияларды және дәрілік заттарды енгізу процесі жетілдіріледі. Сапа стандарттарын енгізуді және тиімділігін мониторингтеуді денсаулық сақтау саласындағы орталық және жергілікті атқарушы органдар, оның ішінде медициналық қызметкерлерді оқыту, медициналық ұйымдарды қосымша жарақтандыру жолымен қамтамасыз ететін болады.

Сапаны басқарудың оқшау жүйелерінің негізі медицина ұйымдарының ішкі аудит қызметтері болады. Олардың қызметі қатерлерді басқарудың бірыңғай жүйесін енгізуден және тәуелсіз медициналық сарапшылар институтын тарта отырып, клиникалық процестердің тұрақты аудитін жүргізуден тұрады.

Пациенттердің қауіпсіздігін қамтамасыз етудің халықаралық тәсілдерін енгізу мақсатында құпия аудитті қолдану негізінде медициналық қателіктерді есепке алу мен талдаудың ұлттық жүйесін енгізу мәселесі қаралатын болады.

Бекітілген стандарттарды бұзғаны үшін медициналық қызметкерлер мен ұйымдардың жауапкершілігін арттыру қамтамасыз етіледі.

Денсаулық сақтау жүйесінің сапасы мен ықыластылығын қамтамасыз ету үшін жұртшылықты, білім беру ұйымдарын, кәсіптік бірлестіктер мен бұқаралық ақпарат құралдарын кеңінен қатыстыра отырып, медициналық қызметкерлердің медициналық әдебі мен коммуникациялық дағдыларын дамытудың ұлттық бағдарламасы әзірленеді және енгізіледі.

Тұтас алғанда, медицина қызметкерлері мен ұйымдарының қызметінің және нәтижелерінің айқындығы қамтамасыз етіледі; денсаулық сақтау ұйымдарының өндірістік қызмет нәтижелерін, сонымен қатар тәуелсіз ұйымдармен өткізілетін медициналық қызметтердің сапасына халықтың қанағаттану деңгейінің әлеуметтік зерттеуінің нәтижелері міндетті түрде БАҚ-та жариялау енгізіледі.

ДСӘДМ жанынан консультативтік-кеңесші орган - Медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасы жөніндегі біріккен комиссия құру медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасын арттыру жөніндегі жаңа институционалдық тетік болмақ, оның қызметі клиникалық хаттамаларды, медициналық білім беру, дәрілік қамтамасыз ету стандарттарын, денсаулық сақтау саласында көрсетілетін қызметтердің сапасы мен қолжетімділігін бақылау жүйесінің стандарттарын жетілдіру жөніндегі ұсынымдарды тұжырымдауға бағытталатын болады.

Комиссия құрамына мемлекеттік органдардың, қоғамдық ұйымдардың, медициналық қызметкерлердің кәсіптік бірлестіктерінің өкілдерін, халықаралық сарапшыларды және т.б. қоса алғанда, денсаулық сақтау жүйесінің барлық мүдделі тараптарының өкілдері кіреді.

5.3.2. Денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеуді және лицензиялауды дамыту

Медициналық көрсетілетін қызметтер сапасын орнықты көтеру медициналық қызмет берушілерді денсаулық сақтау саласындағы ұлттық сапа және қауіпсіздік стандарттарына сәйкестігі тұрғысынан аккредиттеуді дамыту арқылы да қамтамасыз етіледі.

Аталмыш институтты дамыту үшін ұлттық аккредиттеуге қойылатын талаптар халықаралық стандарттарға толықтай сәйкестендіріледі. Медициналық көмектің жекелеген түрлерінің денсаулық сақтау саласындағы белгіленген талаптар мен стандарттарға сәйкестігін айқындау үшін денсаулық сақтау ұйымдарын аккредиттеу стандарттарын жетілдіру бойынша жұмыс жалғастырылатын болады. Бұл дайындалмаған ұйымдарда сапасыз қызмет көрсету қаупін, сондай-ақ стационарлардың төмен тұрған деңгейдегі стационарда немесе күндізгі стационарда емделе алатын, жеңіл патологиясы бар пациенттердің шамадан тыс болуымен артық жүктеме алу қаупін төмендетеді. Бұл ретте денсаулық сақтау саласындағы ұлттық аккредиттеу органы сапаны қамтамасыз ету саласындағы халықаралық аккредиттеуден өтеді және кезең-кезеңімен өзін-өзі реттейтін ұйым нысанына беріледі. Жаһандық бәсекеге қабілеттілікті дамыту үшін отандық медицина ұйымдарын медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасы саласындағы басқа да танылған халықаралық ұйымдардың, соның ішінде "Joint Commission International (JCI)" аккредиттеуі қолдау табылады. Медицина ұйымдарының аккредиттеуден өтуін ынталандыру мақсатында әртүрлі стимулдар енгізіледі. Онымен бір мезгілде аккредиттеу мамандарын даярлау жөніндегі оқыту бағдарламалары дамытылады. Медициналық қызметкерлерді міндетті сертификаттауды міндетті лицензиялау институтына өзгерту мәселесі зерделенеді.

Медициналық қызметкерлерді және медициналық ЖОО мен колледждер түлектерінің құзыреттеріне тәуелсіз бағалау жүргізу үшін құзыреттерді тәуелсіз бағалаудың тиісті мамандандырылған орталықтары дамитын болады.

Тұтас алғанда, басқару органдарын сайлау, қатысу еріктілігі, қызметтің айқындығы мен әдептілігі негізінде ұлттық медициналық қызметкерлердің кәсіптік бірлестіктерін дамыту қолдауға, оның ішінде аккредиттеу, өкілеттіліктерді беру жолымен қолдауға ие болады.

Аккредиттелген кәсіптік бірлестіктердің негізгі мақсаты медицина ғылымы мен практикасының тиісті бағыттарын дамыту, мамандардың кәсіби құзыреттерін нығайту және халыққа берілетін медициналық көмектің сапасын жақсарту болмақ.

5.4. Ұлттық дәрі-дәрмек саясатын іске асыру

Медициналық көмектің жоғары сапасы мен қауіпсіздігін, денсаулық сақтау жүйесінің қаржылық тұрақтылығын қамтамасыз ету, отандық фармацевтикалық өндірісті дамыту мақсатында Ұлттық дәрі-дәрмек саясаты (бұдан әрі - ҰДС) іске асырылады.

Фармацевтика саласының дамуы дәрілік заттардың қолжетімділігі, сапасы, тиімділігі мен қауіпсіздігі қағидаттарына негізделген, болып жатқан интеграциялық процестер жағдайындағы денсаулық сақтау жүйесінің, қазақстандық қоғамның, фармацевтика нарықтарының заманауи талаптарын ескере отырып, дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің пациентке бағдарланған моделін құруға бағытталатын дәрілік заттар, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техника айналымы саласындағы ҰДС-мен айқындалады.

ҰДС-ны іске асыру мынадай маңызды міндеттерді:

- 1) дәрілік заттардың қолжетімділігін қамтамасыз етуді;
- 2) дәрілік заттардың сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз етуді;
- 3) дәрілік заттардың ұтымды қолданылуын қамтамасыз етуді іске асыруға арналған іс-шаралар кешенін әзірлеуді, орындауды және тиімділігін мониторингтеуді көздейді.

5.4.1. Дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың қолжетімділігін қамтамасыз ету

Дәрілік заттардың қолжетімділігі кейіннен Қазақстан Республикасы мен ЕАЭО елдерінің аумағында пайдалануға рұқсат ету үшін дәрілік заттарды кешенді іріктеу жүйесі арқылы қамтамасыз етіледі.

Осы мақсатта дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканы мемлекеттік тіркеу жүйесі жетілдіріледі, тиісті өндірістік практика стандарттары (бұдан әрі - GMP) бойынша өндірілген дәрілерді тіркеу рәсімі жеңілдетіледі.

Дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдардың экономикалық және физикалық қолжетімділігін қамтамасыз ету мақсатында мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарында сатып алу тетіктері жетілдірілетін болады.

Шалғай аудандардағы халық үшін дәрілік заттардың қолжетімділігін арттыру үшін жылжымалы ұтқыр дәріхана пункттері жүйесі дамытылады.

Қолжетімділікті арттыру, импортқа тәуелділікті төмендету және денсаулық сақтау жүйесінің қаржылық орнықтылығын қамтамасыз ету мақсатында отандық өндірістің дәрілік заттарының, медициналық мақсаттағы бұйымдары мен медициналық техникасының айналымын жүйелі мемлекеттік қолдау шаралары көрсетілетін болады.

Халық үшін дәрілік заттардың экономикалық қолжетімділігін қамтамасыз ету бойынша кешенді шаралар іске асырылады.

Сыртқы және ішкі референтті баға белгілеуге, дәрілік заттарды сатып алу жүйесін жоспарлауды жетілдіруге және оларды ұтымды пайдалануға негізделген әлемдік озық тәжірибені пайдалана отырып, дәрілік заттарға бағаны мемлекеттік реттеуді жетілдіру жолымен мемлекеттік шығындардың өсуін тежеудің тиімді тетіктері енгізіледі.

Сондай-ақ, амбулаториялық деңгейде дәрілік заттармен тегін қамтамасыз етуді (АДҚ) кеңейту шеңберінде азаматтардың мұндай дәрілік заттардың құны мен өтеудің белгіленген шекті бағасындағы айырманы бірлесіп төлеуінің негізінде халықтың неғұрлым қымбат препараттарды таңдау мүмкіндігі қаралатын болады.

5.4.2. Дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз ету

Лайықты фармацевтикалық практикаларды (бұдан әрі - GXP) енгізу жолымен дәрілік заттардың сапасын қамтамасыз ету жүйесін енгізу бойынша шаралар қабылданады.

Отандық дәрілік заттардың өндірісі, дәрілік заттар логистикасы мен сақталуының сапасы 2018 жылы міндетті түрде GMP және тиісті дистрибьюторлық практика (бұдан әрі - GDP) стандарттарына өтумен қамтамасыз етіледі.

Дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың сапасын сараптау саласындағы халықаралық талаптарға сай келетін референс-зертханалар құрылады және жарактандырылады.

Дәрілік заттардың сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз ету де тиісті клиникалық практика (бұдан әрі - GCP) стандарттары бойынша клиникалық сынақтар өткізумен қамтамасыз етіледі. Дәрілік заттардың сапасын жоғарылату мақсатында Қазақстан Республикасында жаңа дәрілік заттарға клиникалық сынақтар жүргізуді қолдау, сондай-ақ клиникалық базалардың ғылыми және техникалық әлеуетін арттыру жөніндегі шаралар кешені әзірленеді.

Жоғарыда көрсетілген стандарттарға сәйкестікті бақылау мақсатында дәрілік заттар айналымы саласындағы объектілер мен денсаулық сақтау ұйымдарының тиісінше фармацевтикалық практикаларға сәйкестігін бағалау, тұрақты оқыту жүргізе отырып өндірістердің, клиникаға дейінгі және клиникалық зерттеулердің, фармакологиялық қадағалау жүйесінің инспекцияларын жүргізу үшін

мемлекеттік фармацевтикалық инспекторат дамытылады. Қазақстанның Халықаралық фармацевтикалық инспекциялардың ынтымақтастық жүйесіне (бұдан әрі - PIC/S) кіруі аяқталады.

Отандық дәрілік заттарды өндірушілер сыртқы нарыққа шығуы және СРР сертификатын алуы үшін ДДҰ сертификаттау жүйесіне кіру жүзеге асырылады.

Сондай-ақ халықаралық GSI стандарттарын үйлестіру, денсаулық сақтау саласындағы басшылар мен мамандарды халықаралық GSI жүйесінде автоматты түрде сәйкестендіру бойынша оқыту жүзеге асырылатын болады.

Дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың айналымын мемлекеттік реттеудің және сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз етудің тиімділігін арттыру бойынша шаралар қабылданады.

Қазақстан Республикасы аумағында қолданылатын дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз ету саласындағы мемлекеттік органдардың өкілеттіктері мен жауапкершілігі заңнамалық тәртіппен күшейтілетін болады.

5.4.3. Дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың ұтымды қолданылуын қамтамасыз ету

Дәлелді медицинаны әрі қарай дамыту дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың ұтымды қолданылуын қамтамасыз ету үшін негіз болады.

Осы мақсатта Қазақстанның ұлттық дәрі-дәрмек формулярын (бұдан әрі - ҚҰФ) енгізу және қолдау жолымен формулярлық жүйені дамыту және жетілдіру жалғастырылады.

Денсаулық сақтау ұйымдарының дәрі-дәрмек формулярлары ҚҰФ негізінде жасақталып, жекелеген, неғұрлым қымбат дәрілік заттарға қатысты қолданылуын тұрақты түрде мониторингтеу және тиімділігін бағалау негізінде ұдайы жетілдіріліп тұратын болады.

Денсаулық сақтау ұйымдарында қаржы қаражатын жұмсауды клиникалық-экономикалық талдау ескеріле отырып, дәрілік заттарды ұтымды қолдануға толыққанды мониторинг жүргізу және талдау жасау қамтамасыз етіледі.

Медициналық ұйымдарды клиникалық фармакология мамандарымен қамтамасыз ету жөніндегі шаралар іске асырылады. ҰДС орнықтылығын қамтамасыз ету үшін ұйымның меншік нысанына қарамастан, медициналық ұйымдардың мамандарын дәрілік заттарды ұтымды пайдалануға жаппай оқыту бағдарламасы әзірленіп, іске асырылатын болады.

Барлық қатысушы тараптардың жауапкершілігін арттыра отырып, дәрілік заттарды өткізудің әдеп нормалары енгізіледі.

Ұлттық дәрілік заттарды ұтымды пайдалану орталығы болып қайта ұйымдастырылатын Дәрі-дәрмек ақпараттық орталығы арқылы медициналық және фармацевтикалық қызметкерлер мен тұрғындардың дәрілік сауаттылығын арттыру жөнінде іс-шаралар жүргізіледі.

Жоғарыда аталған шараларды тиімді іске асыру үшін денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті органның міндеттері мен функциялары талданып, қайта қаралатын болады.

5.5. Ынтымақтастықты енгізу және қаржылық орнықтылығын арттыру негізінде денсаулық сақтау жүйесін жетілдіру

5.5.1. Міндетті элеуметтік медициналық сақтандыруды енгізу

Денсаулық сақтау жүйесінің орнықтылығы елеулі дәрежеде денсаулық сақтауға бағытталатын қаражаттың барабар деңгейін, оларды әділ бөлуді және ұтымды пайдалануды болжайтын тиімді қаржыландыру жүйесімен байланысты.

Денсаулық сақтау жүйесін одан әрі дамыту азаматтардың денсаулығы үшін жауапкершілік мемлекет, жұмыс берушілер мен қызметкерлер арасында бөлінетін үш деңгейлі медициналық көмек беру жүйесін құруды көздейді. Бұл ретте:

1) бірінші деңгей базалық пакетті немесе республикалық және жергілікті бюджеттер есебінен ТМККК ұсынады;

2) екінші деңгей Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына сәйкес міндетті медициналық сақтандыру жүйесіндегі және мемлекеттің жарналары, жұмыс берушілер мен қызметкерлердің аударымдары және Қазақстан Республикасының заңнамасында тыйым салынбаған өзге де түсімдер есебінен қаржыландырылатын медициналық көмектің қосымша пакетін немесе тізбесін қамтитын болады;

3) үшінші деңгей сақтандыру компаниялары мен жарналарды төлеушілер арасындағы ерікті шарттық негізде айқындалатын, азаматтардың немесе жұмыс берушілердің өз қызметкерлерінің пайдасына төлейтін ерікті аударымдары есебінен қаржыландырылатын қызметтердің жеке пакетін немесе тізбесін көздейді.

Ұлттық денсаулық сақтау жүйесін орнықты дамытуда және тиімділігін арттыруда халық пен жұмыс берушілердің ынтымақтастығын дамыту мақсатында, сондай-ақ денсаулық сақтауға жұмсалатын мемлекеттік және жеке

шығындардың өсуі салдарынан болатын қаржылық қатерлерді жою мақсатында міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (бұдан әрі - МӘМС) жүйесі енгізіледі.

МӘМС жүйесі жұмыс істейтін халықтың, жұмыс берушілер мен өзін-өзі жұмыспен қамтыған халықтың аударымдары негізінде құрылатын болады. "Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы" Қазақстан Республикасының Заңында көзделген азаматтардың жекелеген санаттары үшін жарналарды республикалық бюджет қаражатынан мемлекет төлейтін болады. Осы ретте азаматтардың жекелеген санаттарын медициналық көмекпен қамтамасыз ету бойынша МӘМСҚ және мемлекеттік органдар арасында міндеттер бөлінісі жүзеге асырылатын болады.

МӘМС жүйесіне тұрақты қажеттілікпен және тұтынумен, басқарумен және болжаумен сипатталатын негізгі медициналық қызметтердің барлығы, яғни кенеттен шамадан тыс тұтынудың айқын қаржылық қатерін тудырмайтын қызметтер кешені берілетін болады.

Бұл ретте мемлекет МСАК-ты, яғни жедел жәрдем және санитариялық авиация, вакцинация қызметтерін, кейбір әлеуметтік мәні бар аурулар (туберкулез, АИТВ, наркология және психиатрия) кезіндегі медициналық көмекті, шұғыл көрсетімдер бойынша стационарлық көмекті және 2020 жылға дейін "Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы" Қазақстан Республикасының Заңына сәйкес міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық көмек алуға құқығы жоқ тұлғалар үшін амбулаториялық-емханалық көмекті қамтитын медициналық қызметтердің негізгі пакетін қаржыландыру жөніндегі міндеттемелерді өзіне қалдырады.

Тұтастай алғанда, МӘМС енгізу шығыстардың мынадай бағыттарына:

- 1) қоғамдық денсаулық сақтау қызметін дамытуға;
- 2) МСАК деңгейінде - ЖПД санын ұлғайтуға және амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді кеңейтуге**;
- 3) медициналық қызметкерлердің жалақысын бағдарламалық ұлғайтуға**;
- 4) оңалту, паллиативті көмек пен мейіргерлік күтім жөніндегі қызметтерді кеңейтуге;
- 5) үздіксіз медициналық білім беруге жұмсалатын шығыстарды ұлғайтуға;
- 6) негізгі қаражатты жаңартуға жұмсалатын шығындарды тарифке енгізуге* басымдық беру негізінде ҚР денсаулық сақтау жүйесін қаржыландыруды ЭЫДҰ стандарттарына дейін жеткізумен сүйемелденетін болады.

МӘМС жүйесін дамыту шеңберінде Медициналық әлеуметтік сақтандыру қоры (МӘСК) құрылатын болады, ол жүйеге қатысушылардан түсетін міндетті

әлеуметтік медициналық сақтандыру аударымдары мен жарналарын шоғырландырады және медициналық қызмет көрсету үшін бірыңғай төлеуші ретінде танылады.

ТМҚКК және МӘМС жүйесінде медициналық қызметтер көрсетуге рұқсат етуді реттеу тетіктері жетілдіріледі. Медициналық көрсетілетін қызметтерді берушілер меншік нысанына қарамастан МӘМС жүйесіне қатысу мүмкіндігіне ие болады. Шарт жасасу үшін медициналық қызмет берушілерді іріктеу көрсетілетін медициналық көмектің қолжетімділігі, сапасы мен тиімділігі өлшемшарттары ескеріле отырып жүзеге асырылады.

Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорына аударымдар мен жарналарды есепке алу және оларға мониторингтеу енгізілетін болады.

Медициналық қызметтерді тұтынуды төмендетуге уәждеу үшін бірлесіп ақы төлеуді енгізу қажеттілігі зерделенеді, бірақ халық үшін аурулардың қаржылық ауыртпалығы айтарлықтай ұлғайтылмайды.

Жоғарыда аталған іс-шаралар халықпен және медициналық қызметкерлермен белсенді ақпараттық-түсіндіру жұмысын жүргізу арқылы сүйемелденеді. Халықпен қайтымды байланыс тетіктері, оның ішінде МӘСҚ-тың құрылымдық бірлігі нысанында не одан тыс тұрғындардың өтініштерін өңдеу жөніндегі бөлім құрылатын болады. Тұрақты негізде МӘМС жүйесі қызметінің тиімділігіне мониторинг және бағалау жүргізіледі. Жария есептілік практикасын енгізу денсаулық сақтау жүйесінің ашықтығын арттыруға мүмкіндік береді.

5.5.2. Тарифтік саясатты жетілдіру

Әртүрлі медициналық қызмет берушілермен өзара қарым-қатынастағы анық және айқын тарифтік және келісімшарттық саясат МӘМС тиімді қызметінің негізі болады.

Айқындық, әлеуметтік бағдарлану, бірыңғай инвестициялық саясат пен шығындарды басқару тетіктерінің негізінде тарифтік саясатты жоспарлау, қалыптастыру және іске асыру тетіктері жетілдіріледі.

Амбулаториялық деңгейде ынталандырушы компоненттері бар жанбасылық қаржыландыру жүйесі дамытылады, пациенттердің мүддесі үшін медициналық қызметтердің кешенділігі мен сабақтастығын қамтамасыз ету үшін қызметтердің құрама тарифтерін қалыптастыру зерделенеді.

Енгізілетін ауруларды басқару тұжырымдамасының шеңберінде кейбір жағдайларда, әсіресе, қымбат тұратын диагностика және емдеу технологияларын қолдану жағдайларында медициналық көмек көрсетудің МСАК-тан бастап стационарлық емдеуге және кейіннен оңалтуға дейінгі барлық деңгейлерін біріктіретін тарифтер де қаралатын болады.

Стационарлық деңгейде оларды есептеудің халықаралық практикасы ескеріле отырып, клиникалық-шығынды топтар негізінде тарифтер де жетілдіріледі.

Кезең-кезеңімен шығыстарды есепке алуды ақпараттандыру және электрондық аурулар тарихтарын енгізу негізінде медициналық ұйымдарда шығындардың мониторинг жүйесі енгізілетін болады. Бұл іс жүзіндегі шығындардың негізінде тарифтік саясаттың айқындылығы мен тиімділігін едәуір арттыруға мүмкіндік береді.

МӘМС қызметтерін көрсетуге қатысатын денсаулық сақтау субъектілерінің қаржылық орнықтылығын арттыру мақсатында медициналық қызметтер тарифтеріне негізгі қаражатты жаңартуға жұмсалатын шығыстар кезең-кезеңімен енгізіледі*. Бұл жеке инвестициялар тарту және МЖӘ дамыту үшін сектордың тартымдылығын арттырады.

Тарифтерді әзірлеу және бекіту процесі нарық өкілдерін, медициналық көрсетілетін қызметтерді берушілерді, жұртшылықты тарту арқылы айқын болады.

МӘМС енгізу тұтынылатын медициналық қызметтердің көлемін бақылау мен басқарудың неғұрлым тиімді және айқын тетіктерін әзірлеуді және енгізуді қажет етеді. Жергілікті атқарушы органдармен бірге стационарлық медициналық қызметтердің жалпы төсек қорының негізсіз өсуіне жол бермеу саясаты жалғастырылады.

Тарифтік саясат жеке инвестицияларды және МЖӘ-ні ынталандыруға бағытталады. Осы мақсатта медициналық көрсетілетін қызметтерге тарифтер қалыптастыру әдістері зерттеліп және ұсынылатын болады.

Бұл ретте, азаматтардың медициналық көрсетілетін қызметтерді берушілерді еркін таңдауы нарықтық қағидаттарының негізінде МӘМС шеңберінде медициналық көрсетілетін қызметтердің көлемдерін жоспарлау және бақылау тетіктері жетілдіріледі.

5.5.3. Денсаулықты сақтау мен нығайтуда жергілікті атқарушы органдардың рөлін арттыру

Мемлекеттік басқаруды орталықтан алу процестері, жергілікті атқарушы органдардың (бұдан әрі - ЖАО) рөлін арттыру халық денсаулығын сақтау және нығайту мәселелерін шешуде жергілікті мемлекеттік басқару органдарының қатысуымен тікелей байланысты.

Осыған орай, ЖАО-мен бірлесіп мыналар:

1) жергілікті атқарушы органдар деңгейінде халық денсаулығын сақтау мен нығайту саласындағы өңірлік басымдықтар және жергілікті әлеуметтік бағдарламаларды іске асыру үшін қосымша қаржыландыру көздері;

2) сыртқы орта факторлары мен мінез-құлықтық қатерлердің халық денсаулығына зиянды әсерінің профилактикасына және оны төмендетуге бағытталған кешенді шараларды іске асыру бойынша тиімді сектораралық өзара іс-қимылды дамытуда ЖАО-лардың рөлі мен міндеттері;

3) өңірлік денсаулық сақтау инфрақұрылымын дамытуға қажеттіктер, оның ішінде мемлекеттік денсаулық сақтау объектілерінің күрделі инвестицияларға мұқтаждығы;

4) жергілікті бюджеттерде денсаулық сақтау объектілерінің желілерін, оның ішінде МЖӘ тетіктері бойынша дамытуға және күтіп ұстауға жеткілікті қаражат жоспарлау және бөлу;

5) өңірлік денсаулық сақтау жүйелерінің адами ресурстарға қажеттілігі, сондай-ақ өңірлік адами ресурстарды басқару саясатын, оның ішінде жоғары және орта білімі бар медициналық қызметкерлерді даярлау және қайта даярлау үшін ЖАО-лардың ынтымақты жауапкершілігі тетіктерін әзірлеу және іске асыру;

6) жергілікті деңгейде тиісті қаржыландыру көздерімен денсаулық сақтау қызметкерлерін қолдау үшін әлеуметтік, қаржылық және материалдық ынталандыруды енгізу;

7) өңірлік деңгейде медициналық ұйымдарда корпоративтік басқаруды енгізу негізінде жергілікті атқарушы органдардың саланы басқарудағы рөлін күшейту;

8) денсаулық сақтау ұйымдарының басшылары - менеджерлерді қатаң түрде олардың кәсіби құзыреттілігіне, жұмыс тәжірибесіне, басқарудағы практикалық дағдыларына сәйкес тағайындаудың бірыңғай қағидаларын енгізу;

9) ведомстволық тиесілігіне және қаржыландыру көздеріне қарамастан, өңірлік денсаулық сақтау ұйымдарының өңір халқының денсаулық көрсеткіштері үшін ортақ жауапкершілігін белгілеу.

5.5.4. Денсаулық сақтау жүйесіндегі көшбасшылықты және заманауи менеджментті дамыту

Қазіргі заманғы жағдайларда мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарын басқару тиімділігін одан әрі арттырудың нормативтік құқықтық негізі осы ұйымдардың операциялық дербестігін дамыту болмақ.

Бұл медициналық ұйымдардың менеджерлері мен қызметкерлерінің өндірісті тұрақты дамытуға және қызметтер сапасын арттыруға прогрессивті уәждемесін қалыптастыруға мүмкіндік береді.

Мемлекеттік кәсіпорындар алған табысын ұйымның өзін дамытуға жұмсау мүмкіндігі қаралатын болады.

Байқау кеңестерінің өкілеттіліктерін кеңейту және алқалы басқару органдарын (басқарма) енгізу жолымен денсаулық сақтау саласындағы корпоративтік басқару жүйесін жетілдіру жөнінде ұсынымдар әзірленеді.

Бұдан басқа, медициналық ұйымдарды басқаруды жетілдіру және денсаулық сақтау инфрақұрылымын дамыту мақсатында медициналық ұйымдарды бейіндері бойынша біріктіру жолымен оңтайландыру, сондай-ақ жоғары оқу орындарының корпоративті басқаруға қатысуы арқылы университеттік клиникалар құру көзделіп отыр.

Денсаулық сақтау саласындағы басқару тетіктерін одан әрі жетілдіру шеңберінде басшыларға қойылатын жаңа функциялық және біліктілік талаптарын әзірлеу және енгізу, клиника менеджментінің оқуын, оның ішінде MBA бағдарламалары бойынша ынталандыру және қолдау негізінде көшбасшылықты және кәсіби менеджмент дағдыларын дамыту жөнінде шаралар қабылданатын болады.

Барлық мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдары үшін кезең-кезеңімен барлық басқару буыны қызметкерлері үшін денсаулық сақтау менеджері сертификатының болуы жөніндегі міндетті біліктілік талабы енгізіледі.

Нәтижеліліктің түйінді көрсеткіштерін (НТК) белгілеу және оған қол жеткізу негізінде басқарушы аппаратты ынталандыру мен еңбегіне ақы төлеудің заманауи тетіктерін (бонустық жүйені) енгізу әдістемесі әзірленеді.

Басқарудың шығындық тиімділігін арттыру үшін амбулаториялық және стационарлық ұйымдарда қазіргі заманғы ресурс үнемдегіш технологияларды: операциялық менеджмент технологиясын, үнемді өндіріс технологиясын (Lean), оңтайлы қаржыландыру тетіктерін, инновациялық медициналық және медициналық емес технологияларды кезең-кезеңімен енгізу көзделеді.

МЖӘ негізінде клиникалық, параклиникалық және медициналық емес қызметтердің, оның ішінде зертханалардың, радиологиялық қызметтердің, жекелеген клиникалық сервистердің (тамырларды катетерлеу зертханалары, гемодиализ және т.б.) аутсорсингі бағдарламалары әзірленеді. Бұл ретте, аутсорсинг қызметтері үшін ақы төлеу осы қызметтер сапасының индикаторлары негізінде жүзеге асырылатын болады.

Госпиталдық ақпараттық жүйелерді енгізу шеңберінде бөлімшелер деңгейінде, ал кейін - әр пациент деңгейінде шығындарды бөлек есепке алуды жүргізу үшін тиімді ақпараттық технологиялар мен бағдарламалар енгізіледі.

Медицина индустриясы нарықтарының жаһандануы, Қазақстанның өңірлік және жаһандық экономикалық одақтарға (БЭЖ, ШЫҰ және т.б) интеграциялануы жағдайларында еліміздің және өңірдің денсаулық сақтау макроэкономикасының дамуы жөнінде талдамалық зерттеулер жүргізіліп, болжамдар мен ұсынымдар әзірленеді.

Медициналық туризмді, шетелде емделуді және отандық денсаулық сақтау ұйымдарының медициналық қызметтерді экспорттауын мемлекеттік қолдау және дамыту шаралары әзірленеді.

5.6. Денсаулық сақтау саласындағы адами ресурстарды басқарудың тиімділігін арттыру

5.6.1. Адами ресурстарды стратегиялық басқару

Денсаулық сақтау жүйесіндегі еңбек нарығын мемлекеттік реттеу медициналық қызметкерлерді сапалы дайындау және халықтың мұқтаждықтарына сәйкес барабар бөлу мақсатында адами ресурстарды басқару жөніндегі бірыңғай саясат пен бағдарламаларды әзірлеуге және іске асыруға құрылатын болады.

Денсаулық сақтау жүйесінің орнықты дамуын қамтамасыз ету мақсатында саланың адами ресурстарын стратегиялық басқару (АРБ) жүзеге асырылады. Бұл АРБ бағдарламаларын саланы дамытудың стратегиялық мақсаттарымен: қоғамдық денсаулық сақтауды дамытумен, денсаулық сақтаудың МСАК басымдығының негізінде халық мұқтаждықтарының айналасына интеграциялануымен, медициналық және фармацевтикалық білім беруді жаңғыртумен, инновацияларды және медициналық ғылымды дамытумен үйлестіруді көздейді.

Денсаулық сақтаудың кадр ресурстарының қажеттіктерін айқындау, есепке алу және жоспарлау жүйесі жетілдіріледі, денсаулық сақтау саласының кадрлық ресурстарының тиімділігі мен қолжетімділігі жақсартылады, білім мен дағдыларды тәуелсіз бағалау жүйесі дамытылады.

Мыналар:

- 1) қажетті адами ресурстардың болуы (қолжетімділігі);
- 2) қызметкерлердің тиісті құзыреті;
- 3) адами ресурстардың халықтың сұрауларына ықыластылығы;
- 4) адами ресурстардың өнімділігі АРБ-ның негізгі қағидаттары ретінде айқындалуға тиіс.

Осы қағидаттарға сәйкес АРБ-ның ұлттық, өңірлік және корпоративтік саясаттары мен бағдарламалары әзірленіп, енгізіледі. Олар басқарудың мынадай кезеңдеріне негізделеді:

1. Адами ресурстарға қажеттікті жоспарлау.

Саланың адами ресурстармен сандық және сапалық қамтамасыз етілуін талдау, саладағы еңбек нарығын талдау және бағалау тұрақты негізде жүргізілетін болады.

Кейіннен денсаулық сақтаудың тиісті деңгейлеріндегі АР-ға жалпы қажеттілік, сондай-ақ саланың, өңірдің және ұйымның даму стратегиясына сәйкес қажетті мамандықтар мен біліктіліктердің құрылымы (дәрігерлер, мейіргерлер, кіші медициналық персонал, әкімшілік қызметкерлер, медициналық инженерлер және т.с.с.) айқындалатын болады.

Бұл ретте басымдық ескірген штаттық нормативтер мен стандарттарды қолдану қажеттілігінен қолданылатын технологияларға, стандартталған операциялық емшараларға және пациенттің қажеттіліктеріне сәйкес адами ресурстар мен еңбек шығындарын икемді жоспарлау мүмкіндігіне қарай ауысатын болады.

Персоналдың функциялық міндеттері мен оларға қойылатын біліктілік талаптарын айқындау тәсілдері қайта қаралады: шамадан тыс нақтылаудың орнына жалпы талаптарға сай болу қажеттілігі мен үйрену және жаңа технологиялары мен стандарттары бар еңбектің құбылмалы сыртқы жағдайларына сәйкес жаңа құзыреттерді дамыту қабілетіне көңіл аударылатын болады.

Атап айтқанда, медициналық көмекті ұйымдастырудың интеграцияланған моделін енгізу шеңберінде алғашқы буын қызметкерлерінің лауазымдық нұсқаулықтары қайта қаралатын болады. Ұлттық және өңірлік АРБ саясаттарында ЖПД мен мейіргерлердің рөлін арттыру, жекелеген денсаулық сақтау қызметтері (мысалы, қоғамдық денсаулық сақтау, медициналық оңалу қызметтері және т.б.) қызметкерлерінің функционалын кеңейту көзделеді.

Тұтастай алғанда, орта медициналық персоналдың білім беру және қайта даярлау стандарттарын өзгертумен қатар, олардың құзыреттерін кезең-кезеңімен кеңейту жүзеге асырылады.

Қажетті дағдылардың ең аз көлемін міндетті меңгеруді қоса алғанда, техникалық және кіші медициналық персоналдың даярлығы мен құзыреттерінің ең төменгі деңгейіне қойылатын нақты талаптар әзірленеді (мысалы, міндетті түрде алғашқы медициналық көмек көрсету дағдыларын меңгеру).

2. Қызметкерлерді жалдау.

Кадрларды, ең алдымен - басқарушы буын, басқару және қаржылық аппараттың қызметкерлерін конкурстық және алқалы негізде іздеу мен іріктеу қағидаты кезең-кезеңімен енгізілетін болады.

3. Еңбек өнімділігін арттыру.

Медицина ұйымдарында, әсіресе, жас мамандар үшін бейімдеу және менторлық (қамқорлық) қағидаттары мен тетіктері әзірленетін болады.

Нарық қағидаттарын, тариф қалыптастыру кезінде еңбек шығындары құнының барабар бағалануын, нәтижеліліктің нысаналы көрсеткіштеріне қол жеткізуге бағдарлануды ескере отырып, денсаулық сақтау жүйесі қызметкерлерін

, оның ішінде санитариялық-эпидемиологиялық бейін мамандарын ынталандыру және еңбекақы төлеу, денсаулық сақтау жүйесі қызметкерлеріне, оның ішінде санитариялық-эпидемиологиялық бейін мамандарына, әсіресе ауылдық жерлердегі жас мамандарға әлеуметтік қолдау шараларын ұсыну тетіктері жетілдіріледі.

Материалдық емес ынталандыру ретінде түрлі тетіктерді: жұмыс берушінің есебінен оқу мүмкіндігін беру, үздіксіз мансаптық және кәсіби тұрғыдан өсуді қамтамасыз ету, қолайлы ұйымдық мәдениетті, жұмыс орындарының қауіпсіздігі мен жайлылығын қолдау белсенді түрде қолданылады.

Денсаулық сақтау жүйесі мамандарын үздіксіз кәсіби дамыту жүйесі жетілдіріліп, дамытылады, ол ұйымдардың стратегиялық даму мақсаттарымен интеграцияланып, барабар қаржыландырумен қамтамасыз етіледі.

Осы мақсатта медициналық қызметкерлердің құзыреттерін тәуелсіз бағалау жүйесімен өзара тығыз байланыста үздіксіз кәсіптік білім беру стандарттары әзірленетін болады.

4. Көші-қон, қайта бейіндеу.

АР дамуын тұрақты түрде мониторингтеу, болжау және жоспарлау негізінде қажет мамандықтар мен қызметтер бойынша кадрларды қайта бейіндеуді және қайта бөлуді мемлекеттік қолдау, оның ішінде жаңа құзыреттерге тегін оқыту, басқа да материалдық және материалдық емес ынталандыру шаралары іске асырылады.

Жергілікті және өңірлік еңбек ресурстары нарықтарындағы медициналық қызметкерлердің көші-қонын басқару тетіктері енгізіледі.

Өңірлік және жаһандық экономикалық интеграция процестерін ескере отырып, денсаулық сақтау саласында отандық еңбек нарығына шетелдік жұмыс күшін тарту қағидалары мен тәртібі, оның ішінде өте тапшы мамандықтар бойынша шетелдік мамандар тартуды оңайлату шаралары жетілдіріледі.

5. Денсаулықты нығайту, қауіпсіздік және зейнетке шығу.

Медициналық қызметкерлердің қолайлы және қауіпсіз еңбек жағдайларын қамтамасыз ету жөніндегі шаралар кешені әзірленеді.

6. Мониторинг және болжау.

Денсаулық сақтау саласындағы еңбек нарығы мен адами ресурстардың дамуына тиімді мониторинг жүргізу және болжауды қамтамасыз ету, кадрлар даярлауды басқару мен жоспарлаудың заманауи әдістерін енгізу мақсатында міндеттерінің аясы кең институционалдық негіз ретінде Денсаулық сақтау саласының кадрлар ресурстарының ұлттық обсерваториясын одан әрі дамыту қамтамасыз етіледі.

Денсаулық сақтаудың кадр ресурстарының кәсіптік тіркелімі әзірленетін болады.

5.6.2. Медициналық білім беруді жаңғырту

Денсаулық сақтау жүйесінің кадрлар ресурстарын үздіксіз кәсіби дамыту жүйесінің негізі Ұлттық біліктілік шеңбері болмақ. Оны қалыптастыру мыналарды көздейді:

1) медициналық және фармацевтикалық білім беру ұйымдарына талапкерлерді іріктеу және қабылдау тәсілдерін жетілдіру;

2) Еуропалық біліктіліктерді тану директиваларына сәйкес медициналық және фармацевтикалық мамандықтар тізбесін оңтайландыру, денсаулық сақтау саласының кадр ресурстары жөніндегі статистиканы қалыптастыру қағидағтары мен тетіктерін қайта қарау;

3) практикалық денсаулық сақтау ұйымдарының, дәрігерлер қауымдастығының, ғылыми ұйымдардың қатысуымен түлектер мен жұмыс істейтін мамандардың біліктілік деңгейін регламенттейтін денсаулық сақтау саласындағы кәсіптік стандарттарды әзірлеу;

4) құзыреттілік тәсіліне және кәсіптік стандарттарға негізделген интеграцияланған үлгінің негізінде денсаулық сақтау кадрларын базалық даярлаудың білім беру бағдарламаларын енгізу;

5) кәсіптік стандарттарға сәйкес резидентура бағдарламаларын жетілдіру;

6) кәсіптік стандарттарға сәйкес және халықаралық тәсілдерді (Maintenance of Certification рәсімі) енгізудің негізінде әрбір мамандық пен біліктілік деңгейі үшін біріздендірілген сертификаттау курстарын әзірлеу және енгізу;

7) фармация саласында дипломға дейінгі және дипломнан кейінгі дайындық бағдарламаларын жетілдіру, бұл дәрілік заттардың, оның ішінде биологиялық препараттардың өндірісі және сапасын бақылау саласындағы фармацевтикалық кадрлардың, сондай-ақ фармацевтикалық нарықты реттеу саласындағы мамандардың біліктілік деңгейін көтеруге мүмкіндік береді.

Түлектердің теориялық білімі мен практикалық дағдыларының деңгейін бағалау үшін кәсіптік стандарттар мен үздік халықаралық тәжірибеге негізделген құзыреттерді тәуелсіз бағалау жүйесі енгізіледі.

Медициналық және мейіргерлік білім беруді одан әрі дамыту клиникалық тәжірибенің, медициналық білім мен ғылыми қызметтің үштұғырлығын көздейді, ол мыналарды:

1) стратегиялық мақсаттар мен міндеттердің біртұтастығы негізінде академиялық және өндірістік процестерді тиімді басқаруды;

2) университеттік клиникалар жағдайында заманауи теориялық білім мен нақты практикалық дағдыларды игерудің негізінде сапалы медициналық білім беруді;

3) озық технологиялар мен ғылыми әзірлемелерге қолжетімділік негізінде медициналық көмектің сапасын орнықты көтеруді;

4) нәтижелерін дереу практикалық денсаулық сақтауға трансферттей отырып, өзекті ғылыми зерттеулер жүргізуге арналған ауқымды клиникалық және зертханалық базаларды;

5) ресурстарды интеграциялау және бірлесіп пайдалану негізінде жүйелердің қаржылық орнықтылығы мен тиімділігін арттыруды қамтамасыз етеді.

Осы мақсатта медициналық қызметтер мен кадр даярлаудың толық оралымы қағидаты бойынша ғылыми ұйымдардың, медициналық ЖОО-ның, стационарлық және амбулаториялық ұйымдардың функциялық (консорциумдар) және ұйымдастырушылық (холдингтер) бірігуінің негізінде интеграцияланған академиялық медицина орталықтарын (университеттік клиникаларды) дамыту тұжырымдамасы әзірленеді. Жаңа клиникалық базалар мен университеттік клиникаларды құру халықаралық жетекші университеттермен және медициналық ұйымдармен стратегиялық әріптестікте жүзеге асырылады. Академиялық процеске шетелдің жетекші мамандарын, басшыларын (менеджерлерді), ғалымдары мен оқытушыларын тарту тәжірибесі кеңінен дамытылады.

Бұдан басқа, білім беру және ғылыми ізденістер процестеріне практиканың үздік мамандары ынталы түрде тартылып, ғылыми қызметкерлер мен оқытушылар практикалық жұмыс жасау және клиникалық зерттеулер жүргізу мүмкіндігін алады. Бұл дәрігер кадрларды (дәрігер, оқытушы, ғалым - бәрі бір тұлғада) ұтымды пайдалануға, кадрлардың жоғары материалдық және кәсіби ынтасын қамтамасыз етуге мүмкіндік береді және бүгінгі күні әлемдік денсаулық сақтаудағы кәсіби дамудың үздік стандарты болып табылатын медицина кадрларын ғылыми-педагогикалық мансаптық дамыту үлгісін қалыптастырады.

Қазақстан Республикасы ЖОО-лары мен колледждерінің мейіргерлік іс оқытушылары үшін Мейіргерлік іс бойынша магистрдің қазақстандық дипломы және JAMK (Финляндия) университетінің Master of Health дипломы берілетін бірлескен Қазақстан-фин ғылыми-педагогикалық магистратурасы енгізілетін болады.

"Назарбаев Университеті" ДБҰ-ның Жоғары білім мектебінің білім беру бағдарламасы бойынша медициналық және фармацевтикалық ЖОО-лардың менеджерлері мен оқытушыларының әлеуеті арттырылады.

Білім мен дағдыларды айқын және тиімді бақылау, оқу және ғылыми ақпараттық базаны шектеусіз кеңейту мүмкіндігімен онлайн сервистер, кітапханалар, дәрісханалар, студенттер мен оқытушылар құрамының жеке электрондық аккаунттарын құра отырып, оны толық ақпараттандыру медициналық білім беруді одан әрі дамытудың міндетті шарты болады. Қайта даярлау және біліктілікті арттыру үшін ЖОО орналасқан жерлерде ұзақ уақыт

болу мүмкіндігі жоқ мамандар үшін өңірлерде білім беру жүйесіндегі қашықтықтан оқыту технологиялары енгізіледі.

Медициналық білім беру бағдарламаларын жетілдіру шеңберінде студенттердің заманауи әдептілік стандарттарын, коммуникациялық дағдыларды, білім алу және оны сақтап қалу үшін жеткілікті деңгейде ағылшын тілін міндетті түрде меңгеруін кезең-кезеңімен енгізу қамтамасыз етіледі.

ОМҚ оқыту МСАК басымдығын, оның көпфункционалылығы мен әмбебаптығын ескере отырып жүргізіледі. ОМҚ оқыту стандарттары да әзірленген кәсіптік стандарттарға сәйкестендірілетін болады.

Медициналық ЖОО-ның дербестігін кеңейту, университет инфрақұрылымын салу мен реконструкциялау кезінде мемлекеттік-жекешелік әріптестікті дамыту, корпоративті басқарудың үздік қағидаттарын енгізу жөніндегі шаралар білім беруді басқару тиімділігін арттырудың негізі болады.

5.6.3. Инновациялар мен медицина ғылымын дамыту

Халық денсаулығын сақтау және нығайту жөніндегі қойылған стратегиялық мақсаттардың негізінде осы Бағдарламаны іске асыру шеңберінде 2020 жылға дейінгі кезеңге медицина ғылымын дамытудың басым бағыттары айқындалатын болады.

Отандық медицина ғылымын дамытудың бірінші кезекті міндеті - әлемдік озық стандарттар мен тұжырымдамалар трансфертінің негізінде оның әдіснамалық тәсілдерін жаңғырту болмақ. Осы мақсатпен отандық ғылыми-зерттеу бағдарламалары мен жобалардың халықаралық бағдарламалармен және жобалармен интеграциясына баса назар аударылатын болады, отандық жобалардың халықаралық көп орталықты зерттеулер бағдарламаларына тартылуы ынталандырылады.

Перспективалы және бәсекеге қабілетті ғылыми-зерттеу жобаларын, оның ішінде стартап жобалар, инновациялық гранттар, венчурлік қордың қаржыландыруы нысанында мемлекеттік қолдау шараларын, оның ішінде қаржылай көмекті іске асыру жалғасады.

Ғылыми құзыреттерді дамыту, стратегиялық басым бағыттар бойынша оқыту мен ғылыми тағылымдамалардың орта мерзімді бағдарламасы әзірленеді. Ғылыми кадрлармен алмасу дамытылады және ғылыми жұмыстың халықаралық стандарттарына үйретуде, оның ішінде зерттеулердің дизайны мен әдіснамасын жасауда, ғылыми еңбектерді рәсімдеуде көмек көрсетіледі.

Ғылыми кадрлар тапшылығы жағдайында ғылыми мектепті дамыту:

1) ғылыми кадрларды дайындау мамандықтары мен бағыттарының санын көбейтуге;

2) білім және ғылым ұйымдарына дарынды мамандарды тартудың, оларды ғылыми зерттеулер жүргізуге ынталандырудың әлеуметтік-экономикалық тетіктерінің кешенді жүйесін құруға негізделеді.

Бұдан басқа, 2018 жылдан бастап отандық жетекші медициналық ЖОО-лар мен ғылыми ұйымдардың базасында пост-докторантура бағдарламаларын енгізу мәселесі пысықталатын болады.

Ғылыми құзыреттерді және әлемдік технологиялар трансфертін дамыту шеңберінде медициналық қызметкерлердің кәсіптік және ғылыми қоғамдастығын, кәсіптік бірлестіктер мен қауымдастықтарды дамытуды қолдау, сондай-ақ медициналық ғылым мен білімді дамытудағы олардың рөлін жоғарылату қамтамасыз етіледі.

Ғылыми-зерттеу жобалары мен бағдарламаларын барабар, тұрақты және ашық қаржыландыру қамтамасыз етіледі. Осы мақсатта жекелеген ғылыми зерттеулерді қаржыландыруды бағдарламалық-нысаналы және негізгі қаржыландырудан ғылыми-зерттеу қызметін тек гранттар негізінде қаржыландыруға кезең-кезеңімен ауыстыру жүзеге асырылады. Бұл ретте, ғылыми қызметкерлердің мүддесі үшін қаржыландыру мен есептіліктің анықтығы және қарапайымдылығы қамтамасыз етіледі.

Ғылыми зерттеулер мен жобалардың да, ғылыми ұйымдардың да менеджментінің тиімділігін арттыру бойынша жұмыстар жалғасады. Әлемдік жетекші елдердің тәжірибесі бойынша медицина және фармацевтика ғылымының дамуы университеттер айналасына шоғырланады. Осы мақсатта ресурстарды (ғимараттарды, жабдықтарды, адами ресурстарды және өзгелерін) бірлесіп пайдалану үшін ғылыми, білім беру және медициналық ұйымдардың интеграциялануы ынталандырылады.

Ұжымдық пайдалану зертханаларын, клиникаға дейінгі және клиникалық зерттеулер жүргізу үшін ғылыми зертханалар мен базалардың материалдық-техникалық базасын нығайтуды одан әрі дамыту қамтамасыз етіледі. Медициналық технологиялардың клиникалық сынақтарының орналасуын жүйелі қолдау және ынталандыру жүзеге асырылады.

Халықаралық рецензияланатын басылымдардағы жарияланымдар көлемі, қазақстандық авторлардың жұмыстарынан үзінді келтіру саны, патенттеу көлемі және алынған нәтижелерді коммерциялау мен практикалық денсаулық сақтауға енгізу деңгейі ғылыми зерттеулердің бәсекеге қабілеттілігінің интегралдық көрсеткіштері болады.

Отандық медицина ғылымының деңгейін бағалау және сапасын арттыру мақсатында жыл сайын еліміздің ғылыми ұйымдарының Ұлттық рейтингі жарияланатын болады, бұл олардың ашықтығы мен бәсекеге қабілеттілігін жоғарылатуға мүмкіндік береді.

5.7. Мемлекеттік-жекешелік әріптестік және қазіргі заманғы ақпараттық-коммуникациялық технологиялар негізінде денсаулық сақтау инфрақұрылымын одан әрі дамытуды қамтамасыз ету

5.7.1. Денсаулық сақтау ұйымдарының желісін жетілдіру

Денсаулық сақтау жүйесін одан әрі реформалау халықтың қолжетімді, толыққанды, сапалы медициналық көрсетілетін қызметтерге мұқтаждығына икемді жауап беретін инфрақұрылымды қалыптастыруға негізделетін болады.

Тік және көлбеу интеграция мен медицина ұйымдарының бірігуі жолымен мемлекеттік денсаулық сақтау инфрақұрылымын оңтайландыру жүргізіледі.

Көлбеу интеграция қызметтердің сабақтастығын, толықтығын және сапасын арттыруға мүмкіндік береді (мәселен, аудандық аурухана мен емхананың бірігуі, бір бейінді клиникалардың көп бейінділермен бірігуі). Тік интеграция басқаруға икемділікті және тиімділікті көтеруге мүмкіндік береді (мәселен, облыстық және аудандық туберкулезге қарсы диспансерлердің бірігуі).

ЖОО мен ғылыми орталықтарды қоса алғанда, облыстық және республикалық ұйымдар деңгейінде "Назарбаев Университеті" ДБҰ тәжірибесі бойынша кезең-кезеңімен дербес денсаулық сақтау ұйымдарына (ДДСҰ) трансформациялау мүмкіндігі қаралады.

Университеттік клиникаларды дамыту үшін стратегиялық әріптестер: шетелдік жетекші университеттер мен медицина орталықтары, оның ішінде сенімгерлікпен басқару негізінде тартылатын болады.

Тұтастай алғанда, мемлекеттік инфрақұрылымдарды оңтайландыру шеңберінде ауруханалық секторда тиімсіз пайдаланылып отырған ресурстарды босату мен қайта бөлуге басты назар аударылады, ол мыналарды көздейді:

1) емдеу-диагностикалық процестерін оңтайландыру, менеджменті жақсарту және тиімсіз жұмыс істейтін нысандар мен бөлімшелерді халықтың сұранысына ие медициналық қызметтерді (МСАК, оңалту, паллиативті көмек және өзгелерін) көрсету үшін трансформациялау; бұл ретте, халықтың денсаулығын сақтау мақсатында ескірген стандарттар мен желі нормативтерін қолданудан алшақтау қажет;

2) жоғары білікті мамандар мен күрделі технологиялық жабдықты қажетсінбейтін кейбір медициналық қызметтерді көрсетуді орталықтан алу; мұндай технологияларды трансферттеу және тиісті медициналық көмекті пациенттің тұрғылықты жеріне жақын орналасқан денсаулық сақтау ұйымдарында көрсету қажет;

3) ауданаралық, облыстық және республикалық деңгейлерде мамандандырылған орталықтар құра отырып, күрделі технологияларды және

біліктілігі жоғары арнаулы мамандардың құзыреттерін талап ететін денсаулық сақтау қызметтерін орталықтандыру; бұл ретте жоғары технологиялық қызметтер көрсететін және бейінді бағыттар бойынша денсаулық сақтау ұйымдарының қызметін үйлестіретін ұйымдардың рөлі мен жауапкершілігін көтеру бойынша шаралар қабылданады.

Осы шараларды іске асыру емдеу қарқындылығына қарай төсек қорын саралауды және басқаруды және, тиісінше, амбулаториялық, стационарды алмастыратын, стационарлық және оңалту медициналық көмегін үйлесімді дамытуды қамтамасыз етуге мүмкіндік береді.

Стратегиялық даму мақсаттарының, денсаулық сақтау объектілерін жобалаудың, салудың, жаратқандырудың халықаралық стандарттарын бейімдеудің және медициналық көрсетілетін қызметтер сапасын қамтамасыз етудің негізінде денсаулық сақтау жүйесінің біртұтас инфрақұрылымын дамытуға ұзақ мерзімді қажеттілікті айқындау бойынша жұмыс жалғасады.

Осы мақсатта денсаулық сақтау саласының инфрақұрылымын дамытудың өңірлердің ерекшелігін және тұрғындардың медициналық көмектің нақты түрлеріне мұқтаждығын ескеретін, өңірлер мен медициналық көмек көрсету деңгейлері бойынша бірыңғай перспективалық жоспар (шеберлік-жоспары) пысықталып, бекітіледі. Оның негізі бірыңғай құрылымға сай болатын, денсаулық сақтау ұйымдарының қолда бар желісі, жоспарланып отырған қайта құрылымдау (ашу, біріктіру, жабу, қайта бейімдеу) жөніндегі ақпаратты, объектілерге қажеттілікті (қосымша объектілерді салу және орнына салу) және т.б. көрсететін өңірлерді дамыту жоспарлары болады.

Шеберлік-жоспардың негізінде денсаулық сақтау желісін, ең алдымен, жеке инвестицияларды ынталандыру және тарту, МЖӘ-ні басымдықпен дамыту негізінде инвестициялық жоспарлау және дамыту жүзеге асырылады.

Осы мақсатта БҰҰ Еуропалық экономикалық комиссиясының (UNECE) Денсаулық сақтау саласындағы МЖӘ жөніндегі мемлекеттік саясат стандартының ұсынымдары негізінде Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласындағы МЖӘ-нің жол картасы әзірленетін болады.

Мемлекеттік инвестициялар концессия мен МЖӘ қолданысы шектелген, МЖӘ-ні дамыту экономикалық тұрғыдан орынсыз болатын салаларда, сондай-ақ саланың дамуы үшін стратегиялық маңызы бар секторларда (ана болу, туберкулез, АИТВ және т.с.с) денсаулық сақтау желісін дамытуға жоспарланады және бағытталады болады.

Жеке секторды және МЖӘ-ні дамытуды ынталандыру мақсатында МЖӘ жобаларын дайындау мен консультациялық сүйемелдеуді қаржылық қамтамасыз ету шараларының кешені әзірленеді, үлгілік жобалық құжаттарды әзірлеу жүзеге асырылады, тариф қалыптастыру және медициналық қызметтерді тұтыну

көлемдерін кепілдендіру, мемлекеттік органдардың шарт бойынша, оның ішінде денсаулық сақтау объектілерінің қолжетімділігі үшін ақы төлеу негізінде ұзақ мерзімді концессиялық міндеттемелер қабылдауы бойынша арнайы нормативтік актілер жасалады.

МЖӘ тетіктері бойынша, оның ішінде мемлекеттік меншік нысандарын сенімгерлікпен басқаруға беру, жекешелендіру, объектілерді концессия үлгісі бойынша салу немесе реконструкциялау негізінде сату үшін объектілердің нақты тізбесі қалыптастырылады.

Бұл ретте МЖӘ-нің мыналарды көздейтін түрлі нысандары іске асырылады:

1) ТМҚКК және МӘМС-ге кіретін бүкіл көрсетілетін қызметтер аясын ұсынуға жекеше медицина ұйымдарының қатысуын кеңейту;

2) медициналық және медициналық емес көрсетілетін қызметтердің жекелеген түрлерін (зертханалар, радиология қызметтері, тазалау, тамақтандыру, материалдық және материалдық емес құндылықтарды сатып алу, медициналық техниканы күтіп-ұстау және өзгелерін) ұзақ мерзімді аутсорсингке беру;

3) республикалық және жергілікті денсаулық сақтау ұйымдарын жекеше компанияларға, оның ішінде шетелдік компанияларға сенімгерлікпен басқаруға беру;

4) мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарын жекешелендіру; бәсекелес ортаға берілетін ұйымдардың, көрсетілетін қызметтердің тізбесі жаңартылады;

5) концессияның әртүрлі үлгілері бойынша денсаулық сақтау объектілерін салуға жекеше инвестициялар тарту;

6) медициналық техниканың, зертханалық қызметтің және денсаулық сақтаудағы ақпараттық жүйелердің жарақтандырылуын және тиімді жұмыс істеуін қамтамасыз ету үшін жекеше компанияларды тарту.

Бұл ретте мемлекеттік және жекеше көрсетілетін қызметті берушілер үшін тең экономикалық жағдай жасалады.

Сонымен қатар инфрақұрылымды сәтті дамыту және шеберлік-жоспарын іске асыру үшін жекеше медицина ұйымдарын, оның ішінде шетелдік қатысуы бар ұйымдарды мемлекеттік қолдау, олар үшін даму стимулдарын жасау жөнінде жүйелі сектораралық жұмыс жүргізіледі. Бұл шаралар:

1) нормативтік құқықтық реттеуді жетілдіруді және денсаулық сақтау саласындағы жеке сектор үшін әкімшілік кедергілерді азайтуды;

2) қолжетімді қаржыландыруды, оның ішінде Бизнестің жол картасы 2020, Қазақстан Республикасын индустриялық-инновациялық дамытудың 2015-2019 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасына денсаулық сақтау секторын қосу арқылы қамтамасыз етуді;

3) негізгі құралдарды жаңартуға кететін шығыстарды және қымбат медициналық жабдықтың сервисіне жұмсалатын шығындарды қосу арқылы барабар және әділ тарифтік саясатты қамтамасыз етуді қамтиды*.

ЭДЫҰ стандарттарының негізінде денсаулық сақтау инфрақұрылымы стандарттарының (сәулет, инженерлік, технологиялық және т.б.) жаңа жүйесін кешенді әзірлеу және енгізу, сондай-ақ денсаулық сақтау объектілерінің ресурс үнемдеуі, энергия тиімділігі және экологиялығы саласындағы стандарттар жүзеге асырылады.

5.7.2. Жарақтандырудың және медициналық техниканы пайдаланудың тиімділігін арттыру

Денсаулық сақтау ұйымдарын жарақтандырудың, олардың медициналық техниканы пайдалануы мен қалпына келтіруінің тиімді жүйесін құру мынадай кешенді шаралардың жүргізілуін көздейді:

1) медициналық техникаға, жөндеуге және техникалық қызмет көрсетуге қажеттіліктерді жоспарлау жүйесін жетілдіру, ол:

белгілі бір мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдары үшін медициналық техникамен жарақтандырудың үлгілік стандарттарын, медициналық көмекті көрсетуді өңірлендіру есепке ала отырып, әзірлеу мен енгізуді;

медициналық техника үлгісін оңтайлы таңдаудың бірыңғай әдіснамасын және оған техникалық қызмет көрсету бойынша көрсетілетін қызметтерге баға қалыптастыру әдіснамасын әзірлеуді және енгізуді;

бағасын, тиісті мемлекеттік стандарттарға сәйкес келетін техникалық сипаттамаларын, мүмкін болатын барлық жиынтықтарын көрсете отырып, бүкіл тіркелген медициналық техниканың дерекқорын (анықтамалық жүйесін) құруды қамтиды;

2) МЖӘ негізінде орталықтандырылған сатып алу жолымен денсаулық сақтау ұйымдарын медициналық техникамен жарақтандыру бағдарламаларын әзірлеу.

Медициналық және сервистік қызметтер көрсетуге, шығыс материалдарын жеткізуге арналған ұзақ мерзімді келісімшарттардың негізінде жекеше компаниялардың медициналық техниканы жеткізуінің негізінде сервистік МЖӘ тетіктері енгізіледі. Бұл медициналық ұйымдардың инвестициялық бағдарламаларын ұтымды етуге, көрсетілетін қызметтердің сапасын жақсартуға, сондай-ақ сатып алынған техникаға өнім берушілер мен өндірушілер тарапынан тұрақты сервистік қызмет көрсетуді қамтамасыз етуге мүмкіндік береді.

Бұл ретте медициналық техниканы сатып алу және оның лизингі функциясын жүзеге асыратын ұйымдар тиісті көрсетілетін қызметтер нарығында конкурстық жолмен анықталатын болады;

3) медициналық техниканы сатып алудың лизингтік жүйелерін дамыту, оның ішінде ұлттық даму институттары арқылы дамыту*. Негізгі құралдарды жаңарту мақсатында медициналық техниканы сатып алудың сервистік және лизингтік моделін дамыту тетігі жетілдірілетін болады.

Медициналық техниканы өндірушіден соңғы тұтынушыға дейін қадағалау үшін деректер базасын жүйелендіру мақсатында бірыңғай Медициналық техниканың ұлттық деректер базасы (өндіруші, тіркелуі, жинағы, құны және т.б. туралы мәліметтер) құрылады;

4) өңірлерде МЖӘ негізінде орталықтандырылған медициналық сервистік қызметтерді және медициналық ұйымдармен ұзақ мерзімді келісімшарттар жасасу негізінде медициналық жабдықтың жұмысқа жарамдылығын қамтамасыз ететін медициналық және техникалық мамандарды үздіксіз оқыту орталықтарын құру;

5) денсаулық сақтау ұйымдарын ресурсты үнемдеуге ынталандыру және уәждеу жүйесін қалыптастыру. Бұл мақсатта негізгі құралдарды жаңартуға кететін шығыстарды өтеу үшін тарифке шығындарды қоса отырып, медициналық қызметке тарифті айқындау әдістемесі қайта қаралатын болады*;

6) негізгі білімі бар, медициналық техникаға қызмет көрсету жөніндегі инженерлер мен медициналық техниктерді дайындауды қамтамасыз ету, емдеу ұйымдарында медициналық техника жөніндегі сервистік қызметкерлердің штат бірліктерін енгізу.

Бұл ретте, негізгі құралдарды тиімді басқаруға бағытталған бірыңғай амортизациялық саясат әзірленеді, ол кейіннен негізгі құралдарды жаңартуға қайта инвестициялау мақсатында тиісті тарифтік алымдарды шоғырландыру үшін медициналық ұйымдарда амортизациялық қорлар құруды көздейді.

Бұдан басқа, медициналық техника сатып алуды ұзақ мерзімді жоспарлау тетігі енгізіледі және бәсекеге қабілетті отандық өндірушілерді қолдау шаралары көрсетіледі.

Көрсетілген кешенді шаралар медициналық ұйымдарға өздеріне қажетті жабдықты сатып алуға мүмкіндік береді, тікелей сатып алу жүйесінен ұзақ мерзімді лизингтік жүйеге өту орын алады.

5.7.3. Ақпараттық-коммуникациялық технологияларды (АКТ) дамыту

Осы Бағдарламаны іске асыру шеңберінде жүйені пайдаланушылармен өзара тығыз іс-қимыл жасау негізінде жүйенің талап етілетін функционалы бөлігінде

бірыңғай стандарттарды, технологиялық ерекшеліктерді және түрлі ақпараттық жүйелердің сипаттамаларын әзірлеу бөлігінде денсаулық сақтау саланы ақпараттандыру дамыту жалғасатын болады.

Белгіленген талаптар мен стандарттарға сәйкес кейіннен денсаулық сақтау саласындағы АКТ нарығына шығу үшін түрлі бағдарламалық өнімдерді электрондық денсаулық сақтау талаптарына сәйкестігі тұрғысынан сертификаттау рәсімі ұйымдастырылады және енгізіледі.

Бұл ретте жекеше сектордың қатысуын кеңейту, МЖӘ және денсаулық сақтау объектілерін жекешелендіруді дамыту шеңберінде денсаулық сақтау ұйымдарына АКТ нарығында госпитальдық және басқа да медициналық ақпараттық жүйелерді таңдау еркіндігі ұсынылатын болады.

МӘМС үшін электрондық денсаулық сақтаудың, салық органдарының, әлеуметтік сақтандыру және әлеуметтік қорғау ұйымдарының ресурстарына негізделген ақпараттық негіз жасалады.

Электрондық денсаулық сақтау ресурстарына қолжетімділік және қажетті ақпараттың тұрақты түрде енгізілуі медициналық және фармацевтикалық қызмет субъектілерін лицензиялау мен аккредиттеу үшін міндетті шарт болады.

Денсаулық сақтау сапасы қызметкерлерінің дипломға дейінгі және дипломнан кейінгі білім беру деңгейінде электрондық денсаулық сақтаудың негіздері бойынша әлеуеттері арттырылатын болады.

Медициналық ақпараттық жүйелердің халықаралық стандарттары негізінде бірыңғай стандартталған талаптар пысықталатын болады, олар барлық клиникалық ақпараттық жүйелер үшін міндетті түрде талап етілетін болады.

МЖӘ негізінде денсаулық сақтаудың жекелеген ұйымдарын, қызметтерін, өңірлік жүйелерін ақпараттандыру жөніндегі инвестициялық жобаларды іске асырудың сервистік үлгісі енгізіледі. Осыны ескере отырып, мемлекеттің атынан орталық және жергілікті атқарушы органдар бюджеттік АТ-жобаларын дайындау және іске асыру мерзімдері ақпараттық технологиялардың даму және ескіру мерзімдеріне сай келмейтіндіктен, жаһандық және өңірлік ақпараттық жүйелерді құру мен енгізу жөніндегі жобаларға тікелей бюджеттік инвестицияларды жоспарлы түрде азайтатын болады.

Саладағы өндірістік процестерді ақпараттандырудың дәстүрлі тәсілдерімен қатар, пациенттердің денсаулық жағдайын ұтқыр медициналық құрылғылардың көмегімен алыстан автоматтандырылған мониторингтеу секілді инновациялық АКТ енгізуді қолдау жүзеге асырылатын болады.

Медициналық көмектің интеграцияланған үлгісін іске асыру шеңберінде пациенттердің медициналық қызметкерлердің қабылдауына өз бетінше онлайн

жазылуы, нақты уақыт режимінде консультация беру және пациенттерді жеке стационарлық компьютерлер мен смартфондарды пайдалана отырып бақылау кезең-кезеңімен енгізіледі.

Кластерлік жүйенің жұмысын басқару және үйлестіру үшін ұлттық телемедицина желісі кеңейтіліп*, қолданыстағы ақпараттық жүйелер шеңберінде ақпараттық технологиялар жетілдіріледі.

Көзделген шараларды сәтті іске асыру және ақпараттық жүйелердің тиімді пайдаланылуын қамтамасыз ету үшін денсаулық сақтау жүйесі мамандарын ақпараттандыру мәселелері жөнінде оқыту бойынша кең ауқымды іс-шаралар іске асырылады.

6. Бағдарламаны іске асыру мерзімдері

Мембағдарламаны іске асыру 2016-2019 жылдарға есептелген және:

- 1) қоғамдық денсаулық сақтау қызметін құруды;
- 2) медициналық-санитариялық алғашқы көмекті басымдықпен дамытуды;
- 3) медициналық көмектің барлық деңгейлерінің интеграциясын дамытуды;
- 4) денсаулық сақтау саласындағы менеджменттің тиімділігін дамытуды, корпоративтік басқару элементтерін енгізуді;
- 5) денсаулық сақтау саласында жеке секторды және бәсекелестікті әрі қарай дамытуды: денсаулық сақтау объектілерін сенімгерлік басқаруды және жекешелендіруді, жеке отбасылық практиканы дамытуды;
- 6) адами ресурстарды стратегиялық басқаруды дамытуды;
- 7) медициналық білім беруді жаңғыртуды, медицина ғылымын, білім беруді және практиканы интеграциялауды;
- 8) мектеп медицинасын денсаулық сақтау жүйесінде одан әрі дамытуды;
- 9) халықаралық стандарттардың негізінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді жетілдіруді;
- 10) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруды енгізуді;
- 11) мемлекеттің, кәсіптік қоғамдастықтар мен пациенттердің әріптестігі арқылы медициналық көрсетілетін қызметтер сапасын басқару жүйесін дамытуды;
- 12) денсаулық сақтау саласы инфрақұрылымының тиімділігін арттыруды және оңтайландыруды;
- 13) денсаулық сақтау саласындағы ақпараттық технологияларды одан әрі дамытуды көздейді.

7. Қажетті ресурстар

Бағдарламаны іске асыруға 2016-2019 жылдары мемлекеттік бюджет қаражаты, сондай-ақ Қазақстан Республикасының заңнамасында тыйым салынбаған басқа да қаражат бағытталатын болады.

Бағдарламаны іске асыруға жұмсалатын жалпы шығындар 1 969 729 500 мың теңгені құрайды.

Бюджет қаражатынан қаржыландырудың жалпы көлеміне кейіннен МӘС қорының қаражаты қосылады.

Бағдарламаны қаржыландыру көлемі Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес тиісті қаржы жылдарына арналған республикалық және жергілікті бюджеттерді бекіту кезінде және республикалық және жергілікті бюджеттердің, Медициналық әлеуметтік сақтандыру қорының кіріс бөлігі мүмкіндіктері тұрғысынан, сондай-ақ басқа да баламалы көздердің тартылуымен нақтыланатын болады.

Ескертпе:

**- іс-шараларды іске асыру жекеше инвестициялар және басқа да баламалы қаржыландыру көздерін тарту арқылы жүзеге асырылатын болады;*

*** - іс-шараларды іске асыру Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының кіріс бөлігі тұрғысынан жүзеге асырылатын болады.*