

Бекітемін

Директор колледжі

_____ **К.К.Капенов**

Технологиялық колледждегі тәрбиешілік жұмыс бойынша концепция

«Мәңгілік Ел» на 2016-2020 жылдары

«Қазақстан Республикасының 2020 жылға дейінгі Стратегиялық даму жоспары туралы»
Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 1 ақпандағы № 922 Жарлығы;

Қазақстан Республикасының Президенті Н.Назарбаевтың 2012 жылғы 14 желтоқсандағы «Қазақстан-2050» стратегиясы: қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты» атты Қазақстан халқына Жолдауы;

Қазақстан Республикасының Президенті Н.Назарбаевтың 2014 жылғы 11 қарашадағы «Нұрлы жол – болашаққа бастар жол» атты Қазақстан халқына Жолдауы;

Іске асыру мерзімі 2016 – 2019 жылдар

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 бағытталады. Бағдарламаны іске асыруға мемлекеттік бюджеттен жұмсалатын жалпы шығын 1 969 729 500 мың теңгені құрайтын болады.

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 жана 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 түінді 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 сыркаттанушылық

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 осы қарқынымен 17 417,7 мың адамға (01.01.2015 жылға) дейін ұлғаюы;

2) күтілетін өмір сүру ұзақтығының 71,62 жасқа дейін осы (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 шогырландыру сатысында ұстап тұру (2014 жылы – 0,2) байқалды.

Біріккен Ұлттар Ұйымының (бұдан әрі – БҰҰ) Ведомствоаралық агенттіктер тобының растауы бойынша ана, сәби және бала олім-жітімі корсеткіштерінің төмендеуі Қазақстанға мынжылдық дамудың 4 және

5-мақсаттарына (бала және ана олім-жітімі) қол жеткізуге мүмкіндік берді.

Халық денсаулығы корсеткіштерінің он 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 олім-жітімі әйелдерге қарағанда 24 %-ға жоғары.

Жалпы олім-жітім құрылымында қанайналым жүйесінің сырқаттары басты себеп болып табылады (22,3 %), негүрлым жиілері – жүректің ишемиялық сырқаты, ми тамырларының зақымдануы, олардан жыл сайын

30 мыңға жуық адам қайтыс болады. Қанайналым жүйесінің сырқаттарымен алғаш науқастандық осуы шамамен 15 %-ды құрайды (2010 жылы – 100 мың тұрғынға шаққанда 2086,7, 2014 жылы – 2394,7).

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

Үшінші орында – жазатайым оқиғалардан, жаракаттар мен ұланудан болатын олім-жітім (11,3 %), олардан жыл сайын 16 мыңға жуық адам қайтыс болады. Жол-қолік оқиғаларынан (бұдан әрі – ЖҚО) болатын олім-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.

ДДҮ 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 жанандық сауалнамасының нәтижелері бойынша Қазақстанда шылым шегудің таралуы (? 15 жаста шылым шегу %) 2007 жылғы 23,1-ден 2011 жылы 22,4%-ға дейін төмендеген (ӘЫДҮ елдерінде – 20,65%).

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

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

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

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

Қабылданып жатқан амалдар Қазақстан Республикасында АИТВ инфекциясының эпидемиясын шогырландыру 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 олім-жітімнің едәуір томендегеніне (сырқаттанушылықтың жыл сайын 9 %-дан астам, олім-жітімнің – 5 жылда 2 еседен астам томендеуі) карамастан, Қазақстан 2014 жылдың деректері бойынша Еуропа өңіріндегі туберкулездің таралу деңгейі жоғары 18 елі арасынан 7-орын, ілкі тозімді 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 екіпелер күнтізбесіне енгізілді.

Сонымен бірге, қоршаған орта факторларының халықтың денсаулық жағдайына теріс әсерін және онымен байланысты әлеуетті медициналық-биологиялық және экономикалық салдарларды ғылыми негізделген бағалауды қоздейтін, 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 ведомствоаралық өзара іс-қимылды күшейту арқылы денсаулықты сақтау мәселелері жөніндегі бірыңғай ұлттық саясатты қалыптастыру бойынша белгілі бір жұмыстар

жүргізілді.

Когамдық 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 ведомствоаралық 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 тәртібінен бір тәртіпке 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 жаракаттанудан болатын өлім-жітімді азайту, қылмыстық-атқару жүйесі мекемелерінде туберкулезбен ауыратын науқастарға медициналық көмек көрсету, төтенше жағдайлардың алдын алу және салдарын томендету, 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, когамдық орындарда шылым шегу мен алкоголь тұтынуды шектеу жүзеге асырылды. Алкоголь және темекі өнімдеріне акциздерді кезең-кезеңімен қотеру жүргізіліп жатыр. Адамдарға алкоголь өнімдерін сатуға жастық шектеу 21 жасқа дейін ұлғайтылды және тұңғы 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 ролі 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 үнды фортификациялауды жүргізу көлемі жеткіліксіз.

Сонымен қатар, қазіргі таңда денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті органда және жергілікті атқарушы органдарда (облыстардың, Алматы және Астана қалаларының денсаулық сақтау басқармалары) коғамдық денсаулық сақтау саясатын іске асыратын құрылымдық бөлімшелер жоқ, бұл коғамдық 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 коғамдық 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 онірлер арасында 1 тұрғынға шаққандағы тариф ұлғайтылып (169-дан 486 теңгеге дейін), МСАК-ты қаржыландыру деңгейі теңестірілді.

Қабылданған шаралардың арқасында стационарлық қызметтерге сұраныстың осы 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 осы қарқынының бәсеңдегені байқалып отыр. ЖПД қызметін қалыптастыруға уәждеме толық шамада қамтамасыз етілмеген. МСАК деңгейінде тіркелген тұрғындардың денсаулық жағдайын басқаруды экономикалық уәждеу тетіктері әзірленбеген, ЖПД қызметтері мен функционалы неғұрлым кең болатын жана ұлгі 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.

Бірінгі ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің (бұдан әрі – БҰДСЖ) енгізілуімен онірлер 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, онірлерде 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

ості, кардиохирургиялық араласулар саны жылына 7000-нан 85000-ға дейін өсті).

Алайда, тосек қорынын 14 мың бірлікке қысқарғанына қарамастан, Қазақстан Республикасында ауруханалық тосектермен қамту көрсеткіштері ЭЫДҮ елдеріндегіден 20 %-ға жоғары, стационарда жатудың орташа ұзақтығы неғұрлым ұзақ (ЭЫДҮ елдеріндегі 6,0-ге қарағанда 9,5 тосек-күн (2014 жыл), тосек қорынын 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 тосектерінің 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 кен таралған ауру топтары (жіті миокард инфаркты, ми қанайналымының жіті бұзылысы (инсульт), жана қатерлі ісіктер, жаракаттар, босану) емдеуге жатқызу мен олім-жітімнің мейлінше жиі кездесетін себептері болып табылады. Бұл ретте пациент бағдарының барлық деңгейлерінде бірыңғай іс-қимыл алгоритмдеріне негізделген өзара іс-қимыл және интеграция жоқ.

БҮДСЖ енгізу шеңберінде ТМҚКҚ қорсету кезінде жеке меншік және мемлекеттік меншік нысанындағы медициналық қызмет берушілер арасында тең жағдай жасау қамтамасыз етіле отырып, бәсекелес орта қалыптасуда. ТМҚКҚ қызметтерінің жеке меншік өнім берушілерінің үлесі 2010 жылғы

12 %-дан 2014 жылы 27,4 %-ға дейін өсті.

Мемлекеттік медициналық ұйымдар байқау кенестері бар шаруашылық жүргізу құқығындағы (бұдан әрі – ШЖК) ұйымдар мәртебесіне оту жолымен өз дербестіктерін қанайтті. Амбулаториялық және стационарлық секторда түпкі нәтижеге бағдарланған ақы төлеудің жана әдістері, онкологиялық қызметте және ауылдық медицина ұйымдарында жаңандық бюджет енгізілді.

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

Сонымен бірге, макроэкономикалық көрсеткіштерді талдау Қазақстандағы денсаулық сақтауға салынатын бюджеттік инвестициялар мөлшерінің дамыған елдердің деңгейінен едәуір артта қалып отырғанын анықтады.

Түпастай алғанда, Қазақстанда денсаулық сақтауға жұмсалатын жан басына шаққандағы шығыстар ЭЫДҮ елдерінен 9 есеге төмен (Қазақстан – 268; ЭЫДҮ – 2414 АҚШ долл.).

Денсаулық сақтауды қаржыландырудың жеткіліксіздігі салдарынан Қазақстанда медициналық көмек алуға жұмсалатын жеке шығыстар деңгейінің жоғарылығы сақталып қалып отыр (ҚР – 35,4 %, ЭЫДҮ – 19,6 %, ЕО – 16,3 %). ДДҮ 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 кәсіптің 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 жанартуды қаржыландыру мәселелері шешімін таппаған. ТМҚКҚ қаражатын пайдалану тиімділігінің тетіктерін әрі қарай жетілдіру қажет. Мәселен, Үлттық скринингтеу бағдарламасы тиімділігінің төмендігі байқалады (ауруларды анықтау ересектер арасында 3,4 %, балаларда 16,4 %-ды құрайды), скринингтердің тиімділігі обьектілерін ерте анықтаудың тиімділігі және оларды сәтті емдеу жөніндегі ұсынымдардың негізінде мониторингтелмейді.

ТМҚКҚ қаржыландырудың қолданыстағы жүйесі мемлекеттің, жұмыс беруші мен азаматтың ортақ жауапкершілігі қабілетін іске асырмайды.

Жана технологиялардың пайда болуын ескере отырып, қазіргі заманғы медицина ресурстары 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) жұмыс істейді.

Дәрігер кадрлар құрылымындағы біліктілік санаты бар дәрігерлердің үлесі 46,5 %-ды құрайды, 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 негүрлым айқын көрінеді.

Сонымен бірге, Қазақстанда медициналық көмек көрсету деңгейлері арасында кадрлық қамтамасыз етудегі теңгерімсіздік 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 жүйктемесі

айтарлықтай томен – 1500 адамнан аз. МСАК деңгейінде орта медициналық қызметкерлердің жетіспеушілігі орын алып отыр (онтайлы арақатынас 2-3 болғанымен, 1 учаскелік дәрігерге 1,1 мейіргер).

Жан басына шаққандағы нормативтің ынталандырушы компоненті енгізілгеніне карамастан, Казакстанда ЖПД-нын орташа жалақысынын экономикадағы орташа айлык жалақыга арақатынасы 1,0-ді құрайды. Аталмыш қорсеткіш Ұлыбританияда – 1,9; Түркияда – 2,0; Словенияда – 2,5; Мажарстанда – 1,4; Эстонияда – 1,7.

«Саламатты Казакстан» мембағдарламасын іске асыру кезенінде медициналық және ғылыми кадрлардың әлеуетін арттыру бойынша жоспарлы жұмыстар жүргізілді: үздіксіз кәсіптік дамытудың (бұдан әрі – ҰҚД) жинақтау жүйесінің кағидаттары енгізілді, симуляциялық білім беру орталықтары құрылды, мамандар біліктілігін тәуелсіз бағалау жүйесі енгізілді.

Медициналық білімнің сапасын қамтамасыз ету мақсатында Казакстан 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 томен, білім беру бағдарламалары, әсіресе, клиникалық фармакология, менеджмент, экономика бағыттары бойынша бағдарламалар жетілдірілмеген күйінде қалып отыр.

Ғылыми зерттеулердің бәсекеге қабілеттілігінің томен 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 шенберінде 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 ДДҮ Дәрілік заттардың жанама әсерлеріне мониторинг жүргізу жөніндегі халықаралық бағдарламасының толыққанды қатысушы елі атанды. Еуразиялық экономикалық одақ шенберінде Еуразиялық экономикалық одаққа мүше елдердің (Беларусь, Қазақстан, Ресей Федерациясы, Қырғызстан) Дәрілік заттар мен медициналық ұйымдар айналымының бірыңғай қағидалары мен ережелері туралы келісіміне қол қойылды.

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

Медициналық ұйымдардың медициналық техникамен жарактандырылуы 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 жарактандыру стандарттары әзірленбеген, кепілдіктен кейінгі сервистік қызмет қорсету мәселесі шешілмеген.

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

Алайда, қолда бар дерекқорлар бытыранқы және біртұтас ақпараттық кеністікке 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 ведомстволар арасында 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 қолжетімділігі мен сапасын арттыру, денсаулық сақтау ұйымдарының медициналық техникамен жабдықтандыруды жақсарту» – сәтті.

Денсаулық сақтау саласын SWOT-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 жұқпалы аурулардың таралуынан санитариялық қорғаудың тиімді жүйесі;

4) медициналық көмек қорсететін 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 ұйымдар мен медициналық техниканы өндірушілерді дамыту үшін жағдай жасау.

Әлсіз жақтары:

1) ӘБДҮ 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) жеке меншік сектордың ТМҚҚ қорсетуге 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 камтамасыз етудің жеткіліксіздігі.

Мүмкіндіктер:

1) негізгі демографиялық көрсеткіштердің он 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) өмірлік денсаулық сақтау нарығында бәсекеге қабілеттілікті арттыру;

8) халықаралық әріптестермен қарқынды ынтымақтастық орнату арқылы технологияларды, білім мен үздік тәжірибені трансферттеу.

Қауіптер:

- 1) жаһандық және өндіріс 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 қорсетілетін қызметтерге сұраныстың артуы;
- 6) медициналық қорсетілетін 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 көпшілік қалуының және қанағаттанбауының өсуі.

