

A large, stylized blue cross graphic is centered on the page. It is composed of four rectangular blocks meeting at a central point. The top and bottom blocks are solid blue, while the left and right blocks are white with a thin blue border. The text is centered within the white block on the left.

2012-2022 ЖЫЛДАРДАҒЫ
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІН
ДАМУ ТУРАЛЫ
ҰЛТТЫҚ БАЯНДАМА

МАЗМҰНЫ

Алғыс білдіру.....	4
Суреттер.....	5
Кестелер	8
Кіріспе.....	9
1-тарау. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау жүйесі: әлеуметтік-экономикалық және халықаралық контекст. Реформалар	11
1.1 Әлеуметтік-экономикалық бейін.....	12
1.2 Денсаулық сақтау жүйесін реформалау	14
1.2.1. Соңғы 10 жылдағы динамикадағы денсаулық сақтау жүйесінің негізгі реформаларының қысқаша сипаттамасы.....	14
1.2.2 Денсаулық сақтау ресурстары.....	18
1.2.3 МӘМС жүйесін енгізу	25
1.3 Жаһандық әлемдегі Қазақстанның денсаулық сақтауы.....	28
1.3.1 Тұрақты даму мақсаттарының жаһандық рейтингі/БҰҰ.....	28
1.3.2 Қазақстанның халықаралық рейтингтердегі орны	29
Қорытындылар мен ұсынымдар	31
2- тарау. Халықтың денсаулық жағдайы (денсаулық жағдайы)	33
2.1 Халық денсаулығының негізгі көрсеткіштері.....	34
2.1.1 Туған кездегі күтілетін өмір сүру ұзақтығы	34
2.1.2 Жалпы өлім.....	35
2.1.3 Нәресте өлімінің көрсеткіші	36
2.1.4 Ана өлімінің көрсеткіші.....	37
2.2 Негізгі инфекциялық емес аурулар және қауіп факторлары.....	39
2.2.1 ИЕА негізгі кластары бойынша сырқаттанушылық көрсеткіштері (таралуы, бастапқы сырқаттанушылық, өлім).....	39
2.2.2 0-14 жастағы балалар сырқаттанушылығының динамикасы мен құрылымы.....	39
2.2.3 Еңбекке қабілетті жастан асқан (60 жастан асқан) адамдар сырқаттанушылығының динамикасы мен құрылымы	42
2.2.4 Еңбекке қабілетті жастағы адамдар сырқаттанушылығының динамикасы мен құрылымы	43
Қорытындылар мен ұсынымдар	44
2.2.5 Қанайналым жүйесінің аурулары.....	44
2.2.6 Қатерлі ісіктер	47
2.2.7 Жарақат және улану	54
2.2.8 АИТВ/ЖИТС.....	59
2.2.9 Қант диабеті.....	62
Қорытындылар мен ұсынымдар	64
2.2.10 Туберкулез.....	64

3-тарау. Денсаулық сақтау саясатын 10 жыл ішінде іске асыру	69
3.1 Денсаулық сақтау қызметтерін дамыту және медициналық көмек көрсету.....	70
3.1.1. Қоғамдық денсаулық сақтау қызметі.....	70
3.1.2 Психикалық денсаулық қызметі.....	79
3.1.3 Жедел медициналық көмек және санитариялық авиация.....	83
3.1.4 Медициналық-санитариялық алғашқы көмек.....	89
3.1.5 Мамандандырылған және жоғары мамандандырылған медициналық көмек.....	96
3.1.5.1 Кардиологиялық және кардиохирургиялық қызметтерді дамыту	96
3.1.5.2 Нейрохирургиялық қызметті дамыту	100
3.1.5.3 Босандыру қызметі	102
3.1.5.4 Медициналық оңалту.....	104
3.1.5.5 Паллиативтік көмек.....	111
3.1.5.6 COVID-19 пандемиясы.	112
3.2 Медициналық көмектің сапасын ұйымдастыру және басқару	114
3.2.1 Денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеу.....	114
3.2.2 Ұтымды клиникалық тәжірибе	120
3.3 Денсаулық сақтау инфрақұрылымы	121
3.3.1 Денсаулық сақтау саласындағы ұлттық оператор	124
3.4. Дәрілік заттармен және медициналық бұйымдармен қамтамасыз ету саясатын жетілдіру	125
3.4.1 Дәрілік заттармен және медициналық бұйымдармен қамтамасыз ету саясатының тарихы, динамикасы және перспективалары	125
3.4.2 Халықты дәрілік заттармен және медициналық бұйымдармен қамтамасыз ету.....	127
3.4.3 Бірыңғай дистрибуцияны дамыту	129
3.4.4 Формулярлық жүйені жетілдіру	134
Қорытындылар мен ұсынымдар	135
3.5. Денсаулық сақтау жүйесінде адами капиталды дамыту	136
3.5.1. Денсаулық сақтау жүйесіндегі адами капиталдың даму тарихы.	136
3.5.2. Денсаулық сақтау жүйесіндегі адами капиталдың қазіргі жағдайын талдау	138
3.5.2.1 Денсаулық сақтау саласындағы қолданыстағы кадр ресурстарын бағалау	139
Қорытындылар мен ұсынымдар.....	146
3.5.3 ДСКР бөлігінде денсаулық сақтау жүйесінің алдында тұрған талаптар мен сын-тегеуріндерге талдау жүргізу.....	147
3.5.3.1. Денсаулық сақтаудағы техникалық және кәсіптік білім (ТЖКБ)	148
3.5.3.2 Жоғары медициналық білім беру	149
3.5.3.3. Жоғары оқу орнынан кейінгі білім	149
3.5.3.4. Медицина кадрларын үздіксіз кәсіби дамыту	150
Қорытындылар.....	151
3.5.3.5 Денсаулық сақтаудың зерттеу әлеуеті	152
3.6 Денсаулық сақтауды қаржыландыру.....	154
ҚОРЫТЫНДЫ БӨЛІМ	161
Қысқартулар мен аббревиатуралар	166
Дереккөздер.....	170

АЛҒЫС БІЛДІРУ

2012-2022 жылдардағы денсаулық сақтау жүйесінің жай-күйі мен дамуы туралы ұлттық баяндаманы (бұдан әрі - Баяндама) Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің қолдауымен Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы дайындады.

Осы құжаттың мақсаты Қазақстан Республикасының Ұлттық денсаулық сақтау жүйесі ағзаларының, ұйымдары мен құрылымдарының өткен 10 жылдағы қызметінің Қорытындыларын шығару, жүргізілген реформалардың негізділігі мен нәтижелілігін талдау, халықаралық тәжірибені зерделеу, денсаулық пен денсаулық сақтау жүйесін бағалаудың әлемдік рейтингтеріндегі республиканың денсаулық сақтау орнын айқындау және жүйені одан әрі жетілдіру жолдарын белгілеу болып табылады.

Баяндамада келтірілген барлық деректер денсаулық сақтау субъектілерінің статистикалық есептерінен, республиканың мемлекеттік органдарының және халықаралық ұйымдардың ресми деректерінен және тәуелсіз көздерден алынған.

Баяндаманы дайындауға өңірлік және республикалық маңызы бар мемлекеттік және өзге де денсаулық сақтау ұйымдарына, сондай-ақ тәуелсіз сарапшыларға, оның ішінде Денсаулық сақтау министрлігінің жауапты қызметкерлеріне ерекше үлес қосқаны үшін ризашылығымызды білдіреміз.

Денсаулық сақтау жөніндегі Баяндаманы жариялаудың алғашқы тәжірибесі денсаулық сақтауды ұйымдастырушылар, басқа ведомстволар басшыларының арасында резонанс тудырады және жыл сайын денсаулық сақтау жүйесінің жай-күйі мен дамуы туралы ұлттық баяндама түрінде жыл қорытындысын шығару дәстүрге айналады деп үміттенеміз.

Әр түрлі, кейде өте күмәнді көздерден алынған ақпараттың жаһандық ағыны дәуірінде қол жетімді, ресми және ең бастысы сенімді ақпараттың болуы денсаулық сақтау мәселелеріне қызығушылық танытқандар үшін пайдалы болатынына сенімдіміз.

СУРЕТТЕР

1-сурет - 2021 жылғы ЭЫДҰ-мен салыстырғанда мемлекеттік бюджеттің жалпы шығыстары, ЖІӨ %-ден [5] (Қазақстан бойынша деректер - 2022 жыл, ЭЫДҰ елдері бойынша - 2021 жыл).....	13
2-сурет - ЭЫДҰ-мен салыстырғанда денсаулық сақтауға арналған ағымдағы шығыстар, ЖІӨ-ден %.....	19
3-сурет - 2012-2022 жылдарға арналған денсаулық сақтау шығыстарының жиынтық көрсеткіштерінің динамикасы, млрд. теңге	19
4-сурет - 2012-2022 жылдардағы ЖІӨ %-бен денсаулық сақтауға арналған жалпы шығыстары (ДЖШ) мен ағымдағы шығыстары (ДАШ) деңгейінің динамикасы.....	19
5-сурет - ДАШ-тан %-бен денсаулық сақтауға арналған ағымдағы шығыстардың құрылымы.....	20
6-сурет - ЭЫДҰ-мен және салыстыру тобының елдерімен салыстырғанда қаржыландыру схемалары тұрғысынан шығыстардың құрылымы.....	21
7-сурет - Денсаулық сақтауға арналған ағымдағы шығыстардың %-дағы қалта шығыстары үлесінің динамикасы.....	21
8-сурет - Денсаулық сақтауға арналған мемлекеттік шығыстар, ЖІӨ %-бен және жан басына шаққандағы ПОҚ бойынша АҚШ долл., ЭЫДҰ елдерімен салыстырғанда [9]	22
9-сурет - Денсаулық сақтауға жұмсалатын мемлекеттік шығыстардың динамикасы, ЖІӨ %-бен және млрд. теңгемен.....	22
10-сурет-қызметтер бойынша ағымдағы мемлекеттік шығыстарды бөлу, %.....	23
11-сурет - ЭЫДҰ елдерімен салыстырғанда динамикадағы және денсаулық сақтауға арналған ағымдағы шығыстардың үлесі ретінде мемлекеттік шығыстардың құрылымы.....	23
12-сурет - Денсаулық сақтаудың ағымдағы шығыстарының %-дағы денсаулық сақтаудың жеке шығыстары үлесінің динамикасы.....	24
13-сурет - Халықтың динамикадағы номиналды және нақты (2017 жылғы бағамен) төлемдері, мың теңгемен.....	24
14-сурет - Денсаулық сақтау қызметтері бойынша үй шаруашылықтарының шығыстарын бөлу.....	24
15-сурет - Динамикадағы ағымдағы шығыстардың үлесі ретінде денсаулық сақтауға қалта шығыстарының құрылымы.....	25
16-сурет - Қазақстан IMD рейтингінде.....	30
17-сурет - ҚР-дағы 10 жылдағы ӨСҰ көрсеткіші.....	34
18-сурет - Қазақстан Республикасында 2013-2022 жылдары туған кезде әйелдер мен ерлердің өмір сүру ұзақтығының динамикасы.....	35
19-сурет - Қазақстан Республикасындағы 2013-2022 жылдардағы нәресте өлімі көрсеткішінің динамикасы.....	36
20-сурет - Қазақстан Республикасындағы 2013-2022 жылдардағы ана өлімі көрсеткішінің динамикасы.....	38
21-сурет - Қазақстан Республикасындағы 2013-2022 жылдардағы ана өлімі көрсеткішінің динамикасы.....	39
22-сурет-Қазақстан Республикасында 2013-2022 жылдардағы 0-ден 14 жасқа дейінгі балалардың бастапқы сырқаттанушылық көрсеткішінің динамикасы.....	41
23-сурет - Қазақстан Республикасында еңбекке қабілетті жастан асқан адамдарда 2013-2022 жылдардағы бастапқы сырқаттанушылық көрсеткішінің динамикасы.....	42
24-сурет - Қазақстан Республикасында еңбекке қабілетті жастағы адамдарда 2013-2022 жылдардағы бастапқы сырқаттанушылық көрсеткішінің динамикасы.....	43
25-сурет - ҚЖА-дан өлім динамикасы.....	44
26-сурет - ҚЖА-дан бастапқы сырқаттанушылық динамикасы (100 мың тұрғынға).....	45
27-сурет - 2022 жылдың соңына республика өңірлері бөлінісінде ҚЖА бойынша диспансерлік есепте тұрған 18 және одан жоғары жастағы науқастардың саны.....	45
28-сурет - Өлімнің барлық себептерінің арасында ҚЖА-дан өлімнің үлес салмағы.....	46
29-сурет - ҚЖА өлім динамикасы (100 мың тұрғынға)	47
30-сурет - Қазақстан халқының ҚІ (100 мың тұрғынға) бастапқы сырқаттанушылық динамикасы.....	48
31-сурет - 2022 жылдың соңына қарай елдің өңірлері бөлінісінде ҚІ бойынша диспансерлік есепте тұрған науқастардың контингенттері.....	49
32-сурет - Қазақстан халқының ҚІ-ден өлім динамикасы (100 мың тұрғынға).....	49

33-сурет - Барлық себептерден қайтыс болғандардың арасындағы ҚІ қайтыс болғандардың үлес салмағы (%- бен)	50
34-сурет- ҚІ науқастарының бес жылдық өмір сүру динамикасы (%)	51
35-сурет - Жас топтарына жататын тұрғындарды ҚІ-ға ерте анықтауға арналған скринингтік тексерулермен қамту	53
36-сурет - І сатыдағы ҚІ алғаш анықталған науқастардың саны	54
37-сурет - III-IV сатыдағы ҚІ көзбен шолу қолжетімді орны бойынша алғаш рет анықталған науқастардың саны	54
38-сурет - Өлімнің барлық себептері арасында жазатайым оқиғалардан, жарақаттардан және уланудан болатын өлімнің үлес салмағы	55
39-сурет - Орны бойынша жарақаттар саны	55
40-сурет - Жазатайым оқиғалардан, жарақаттардан және уланудан болатын өлім динамикасы	57
41-сурет - Өлімнің барлық себептерінің арасында жазатайым оқиғалардан, жарақаттардан және уланудан болатын өлімнің үлес салмағы	57
42-сурет-ШЕОА елдерінде 15-49 жас аралығындағы АИТВ инфекциясының таралуы	59
43-сурет-АИТВ инфекциясымен сырқаттанушылықтың динамикасы	60
44-сурет-АИТВ инфекциясы жағдайын тіркеу динамикасы	61
45-сурет - ЖИТС-тен болатын өлім көрсеткішінің динамикасы	61
46-сурет - Қант диабетімен сырқаттанушылық (100 мың халыққа шаққанда)	62
47-сурет-100 мың халыққа шаққанда ТБ бойынша негізгі эпидемиологиялық көрсеткіштер	66
48-сурет - Туберкулезбен сырқаттанушылықтың, балалар туберкулезімен сырқаттанушылықтың және туберкулезден болатын өлімнің 100 мыңға шаққандағы көрсеткіші	66
49-сурет - Емделгендердің % тиімділік көрсеткіші	66
50-сурет - 2025 жылға арналған ендТВ стратегиясының нысаналы көрсеткіштері	67
51-сурет-Ұлттық скринингтік бағдарлама	71
52-сурет-Халықты теледидар арқылы ақпараттандыру	72
53-сурет-Жастар денсаулығы Орталығы туралы ақпарат	72
54-сурет - Халықтың нысаналы топтарын вакцинациялаумен қамту	74
55-сурет-Науқастар контингенттері	80
56-сурет - Орындалған ұшулар	84
57-сурет - Медициналық авиация желісі бойынша қызмет көрсетілген пациенттердің саны	85
58-сурет-Медициналық қызметтер	85
59-сурет- Шетелге ұшу	85
60-сурет - Донорлық ағзаларды алу жөніндегі мамандардың ұшуы	86
61-сурет - Қашықтықтан медициналық көрсетілетін қызметтер	86
62-сурет - 2012-2022 жылдар кезеңіндегі ЖМК шақыруларының саны	87
63-сурет - 2013-2022 жылдар кезеңіндегі ЖМК кешігулерінің үлесі (%)	87
64-сурет - 2015-2022 жылдар кезеңінде ЖМК бригадаларының қатысуымен ауруханаға дейінгі өлімнің құрылымы (%)	88
65-сурет - Сәтті реанимация көрсеткіші	88
66-сурет - МСАК көрсететін ұйымдардың құрылымы	90
67-сурет - 2017-2022 жылдардағы учаскелік қызметтің дәрігерлік қабылдау құрылымының өзгеру динамикасы	91
68-сурет - Бір ЖПД-ға жүктеме динамикасы	91
69-сурет- «Ауылдық денсаулық сақтауды жаңғырту» ұлттық жобасы	93
70-сурет - МСАК шығыстарының динамикасы	94
71-сурет - Учаскелік қызмет жалақысының өсу динамикасы	94
72-сурет - Медициналық ұйымдар ғимараттарының тозу коэффициенттері	94
73-сурет - Мобилдік қызметтермен және қашықтықтан қызмет көрсету арқылы медициналық қызмет көрсетудің құрылымы мен көлемі	95
74-сурет - Кардиохирургиялық операциялар мен интервенциялық араласулардың динамикасы	97
75-сурет - Ашық жүрекке жасалатын операциялардың саны	97
76-сурет - Интервенциялық араласулардың саны	97
77-сурет - Жас топтары бөлінісінде ТЖК кезіндегі балаларға жасалатын операциялардың саны	98
78-сурет - Туу динамикасы	103
79-сурет - 10 жылдың ішіндегі мүгедек балалардың саны	106
80-сурет-Бастапқы мүгедектік құрылымы	107
81-сурет-Оңалту орталықтары желісінің құрылымы	109
82-сурет-Мүгедек балаларды медициналық оңалтумен қамту динамикасы	109
83-сурет - 2022 жылы медициналық оңалтумен қамту	110

84-сурет - 2012-2022 жылдар кезеңінде Қазақстан Республикасының медициналық ұйымдарын ұлттық аккредиттеуге тарту.....	117
85-сурет - Қазақстан Республикасының жеке меншік нысанындағы медициналық ұйымдарын ұлттық аккредиттеуге тарту динамикасы.....	118
86-сурет - Стационарлық және амбулаториялық-емханалық медициналық көмек көрсететін Қазақстан Республикасының медициналық ұйымдарының аккредиттеуге қатысуы.....	118
87-сурет - Қазақстан Республикасы бойынша аккредиттеу процесіне балалар бейініндегі медициналық ұйымдарды тарту динамикасы.....	119
88-сурет - Аккредиттеу процесіне стоматология мен офтальмологияның қатысу динамикасы.....	119
89-сурет. - ДЗ мен МБ сатып алу жай-күйі.....	129
90-сурет - БД тізбесі бойынша 2010-2022 жылдардағы БД сатып алу динамикасы (млрд. тг.)	130
91-сурет - Шығыстардың жалпы үнемі.....	131
92-сурет - 2010-2022 жылдар кезеңінде ОТӨ-ден БД сатып алу динамикасы.....	133
93-сурет - 2020-2022 жылдары ҰБШ шеңберінде ОТӨ-ден БД сатып алу динамикасы	133
94-сурет - АТХ топтар бөлінісінде ОТӨ атауларын жабу.....	133
95-сурет - Кадрлық ресурстар.....	139
96-сурет - 2013-2022 жылдар аралығындағы медицина қызметкерлерінің саны.....	139
97-сурет - 2013-2022 жылдар аралығындағы медицина қызметкерлерімен қамтамасыз ету динамикасы.....	140
98-сурет - 2013-2022 жылдар аралығында ауыл тұрғындарын медицина қызметкерлерімен қамтамасыз ету динамикасы.....	142
99-сурет - 2013-2022 жылдар аралығында медициналық кадрлар тапшылығының динамикасы.....	142
100 - сурет - 2013-2022 жылдар аралығында медицина кадрларының көші-қоны.....	144
101-сурет - 2023 жылғы 1 қаңтардағы ахуал бойынша медицина қызметкерлерінің жас құрамы.....	145
102-сурет - Еңбекке қабілетті, зейнеткерлік жасқа дейінгі және зейнеткерлік жастағы дәрігерлер.....	145
103-сурет - 2016-2022 жылдарға арналған 005 РББ шеңберінде оқытылған медицина қызметкерлерінің саны.....	150
104-сурет - ЭЫДҰ және ТМД елдерімен салыстырғанда 2022 жылы Қазақстандағы денсаулық сақтауға арналған ағымдағы шығыстардың деңгейі.....	158

КЕСТЕЛЕР

1-кесте-Қазақстан экономикасындамытудың негізгі көрсеткіштері.....	13
2-кесте-Төлеушілердің санаттары.....	28
3-кесте - ТДМ 3 индикаторлары бойынша көрсеткіштер - саламатты өмір салтын қамтамасыз ету және кез келген жастағы барлық адамдар үшін әл-ауқатқа жәрдемдесу.....	29
4-кесте - CEOWORLD деректері негізінде 2021 жылғы денсаулық сақтау жүйесі бойынша елдердің рейтингі [10]	30
5-кесте - Цифрлардағы ӨСҰ.....	34
6-кесте - Қазақстан Республикасындағы 2013-2022 жылдардағы өлім көрсеткішінің динамикасы.....	36
7-кесте - Өмірінде алғаш рет диагнозы қойылған 0-14 жастағы балалар сырқаттанушылығының динамикасы мен құрылымы (тиісті халықтың 100 мың адамына)	40
8-кесте - Қазақстан Республикасының 2013-2022 жылдардағы өңірлері бөлінісінде ҚЖА-дан өлім көрсеткіштері.....	46
9-кесте - Қазақстан Республикасының өңірлері бөлінісінде 2013-2022 жылдардағы ҚІ-ден өлім көрсеткіштері.....	50
10-кесте - Халықты травматолог-ортопед дәрігерлерімен (комбустиологтарды қоса алғанда) қамтамасыз ету.....	56
11-кесте - Өзін-өзі өлтіру деңгейі бойынша әлем елдерінің рейтингі.....	58
12-кесте - Стратегия 95/95/95.	59
13-кесте - 90/90/90 және 95/95/95 мақсаттарына қолжеткізу динамикасы.....	61
14-кесте - 2022 жылдың соңына ел өңірлері бөлінісінде қант диабеті бойынша диспансерлік есепте тұрған науқастардың саны.....	63
15-кесте - Науқастар контингенттері.....	80
16-кесте - 2022 жылы АЕҰ көрсеткен қызметтер саны.....	92
17-кесте - МСАК және ҚДҚ қызметтерін қала және ауыл тұрғындарының арасында бөлу.....	95
18-кесте - ТЖК скринингтік тексерулер.....	99
19-кесте - ДДҰ деректеріндегі оңалту қызметтеріне қажеттіліктер [16]	104
20-кесте - 2014-2022 жылдардағы нақты қалпына келтіру емі және медициналық оңалту төсектерінің саны.....	105
21-кесте - ҚР-да 2018-2022 жылдарға арналған процессоры бар балалардың саны.....	107
22-кесте - Балаларға арналған қалпына келтіру лечения және медициналық оңалту ұйымдарының саны.....	108
23-кесте - АДҚ тізбесі.....	127
24-кесте - Шығыстар сомасы бойынша ТОП 10 нозологиялары.....	131
25-кесте - Науқастар саны бойынша ТОП 10 нозология*.....	132
26-кесте - ЭЫДҰ елдеріндегі 10 000 халыққа шаққанда медицина қызметкерлерімен қамтамасыз етілуі.....	141
27-кесте - 2018-2022 жылдар аралығында дәрігерлердің жұмысты қоса атқару коэффициенті.....	143
28-кесте. Денсаулық сақтаудың негізгі модельдерінің сипаттамасы.....	156

КІРІСПЕ

Денсаулық сақтау жүйесі мемлекеттің әлеуметтік саясатының маңызды басымдықтарының бірі ретінде оның экономикалық, саяси және әлеуметтік даму деңгейін, сондай-ақ ғылыми әлеуеттің даму деңгейін көрсетеді. Азаматтардың денсаулығын сақтау саласындағы ахуалды жақсарту жөнінде саяси шешімдер қабылдау елдің қаржы-экономикалық мүмкіндіктеріне байланысты екені сөзсіз және кез келген елдің денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік саясатының басты міндеті бүкіл халықтың сапалы медициналық қызметтерге қол жеткізуінің қажетті деңгейін сақтау үшін макроэкономикалық және геосаяси ауытқулар жағдайында жүйенің орнықтылығын қамтамасыз ету болып табылады.

Қазақстан Республикасының Ұлттық денсаулық сақтау жүйесі қалыптасу кезеңінің барлық қиындықтарына қарамастан, медициналық көмектің тегін және жалпыға бірдей қолжетімділігі қағидатын сақтап қалды және оның дамуы экономиканы жаңғыртудың әртүрлі кезеңдеріндегі трансформациялық реформалармен қатар жүрді және әрбір келесі онжылдықта денсаулық сақтауды кешенді жақсартуға бағытталған бірқатар ұлттық бағдарламалар қабылданып, іске асырылды.

Мәселен, 1998 жылы қатаң экономикалық дағдарыс жағдайында республиканың денсаулық сақтау саласын одан әрі дамытудың бастапқы нүктесі болған «Халық денсаулығы» атты алғашқы мемлекеттік бағдарлама бекітілді. Сол кезеңде денсаулық сақтау объектілерінің көп бөлігін бәсекелестік ортаға бере отырып, бүкіл жүйені Мемлекет меншігінен алу мәселесі белсенді талқыланғанын және осы мемлекеттік бағдарламаны қабылдау халықты сол кезеңдегі қаржыландыру көлеміне пропорционалды медициналық қызметтердің минималды көлемімен қамтамасыз ете отырып, мемлекеттік желіні сақтап қалғанын есте ұстаған жөн. Кейіннен саланың одан әрі дамуы осы шешімнің дұрыстығын бірнеше рет растады.

Алдағы уақытта еліміздің экономикалық мүмкіндіктерінің өсуіне қарай Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан 2011-2015 жылдарға» және «Дені сау ұлт» әрбір азамат үшін сапалы және қолжетімді денсаулық сақтау» мемлекеттік бағдарламалары қабылданды, ұлттық денсаулық сақтаудың барлық құрамдас бөліктерін кешенді жаңарту және жақсарту жөніндегі міндеттер мен шаралар қабылданды.

Аталған бағдарламалар саланың ресурстық мазмұнын едәуір ұлғайтуға, жүйеге қосымша қаржы құюды тартуға мүмкіндік берді және қысқа мерзім ішінде Қазақстанның денсаулық сақтау саласы жаңа технологиялар мен дәрілік заттарды пайдалана отырып, ауруларды диагностикалау мен емдеудің заманауи әдістерін игеріп, енгізе отырып, өз дамуында елеулі прогреске қол жеткізді.

Сонымен қатар, денсаулық сақтау өзінің сұранысы мен ғылымға тәуелділігіне байланысты тұрақты дамуды талап ететін сала болып табылады. Дамудың белгілі бір кезеңіндегі жетістіктер қысқа уақыт ішінде ескіруі мүмкін.

Сонымен қатар, жүйеге белгілі бір қысым халықтың инновациялық және қымбат қызмет түрлеріне және дәрі-дәрмектерге үнемі өсіп келе жатқан сұранысын тудырады, бұл қатынастардың жаһандануымен және халықтың ақпараттық технологияларға қол жетімділігімен байланысты. Бұл жағдайда жағдай әлемде болып жатқан өзгерістерді үнемі талдауды және қолда бар денсаулық сақтау моделін әлемдік трендтерге бейімдеуді талап етеді, бұл өз кезегінде сала басшылығын тұрақты бюджет тапшылығы жағдайында халықтың қажеттіліктерін қанағаттандыру үшін жоғары деңгейде тиісті басқару шешімдерін уақтылы қабылдауға мәжбүр етуі тиіс.

Сондықтан алға жылжуды қамтамасыз ету үшін табысты тәжірибелерді сақтау және дамыту және болашақта қате шешімдер қабылдауға жол бермеу үшін тарихи жад пен жүріп өткен жолды үнемі талдау қажет.

Осы баяндама алғаш рет Қазақстан Республикасының онжылдық Денсаулық сақтау саласын дамытуды қорытындылайды және статистикалық, ғылыми және сараптамалық талдауға негізделген саланы орнықты дамыту үшін одан әрі бағдарларды айқындау міндетін қояды.

Баяндамада келтірілген барлық деректер ресми болып табылады және кез келген дереккөздерде ұқсас материалдар жарияланған кезде осы баяндаманың деректері сенімді болып саналады.

1-ТАРАУ.

**ҚАЗАҚСТАН
РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ
ДЕНСАУЛЫҚ
САҚТАУ ЖҮЙЕСІ:**

**ӘЛЕУМЕТТІК-
ЭКОНОМИКАЛЫҚ
ЖӘНЕ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ
КОНТЕКСТ.
РЕФОРМАЛАР**

1-ТАРАУ. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІ: ӘЛЕУ-МЕТТІК-ЭКОНОМИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ КОНТЕКСТ. РЕФОРМАЛАР

1.1 Әлеуметтік-экономикалық бейін

Қазақстан - Орталық Азия мемлекеті, 2,7 млн. шаршы шақырым аумақты алып жатыр және тұрақты тұратын халық саны небәрі 19,8 млн. адам (1 шаршы км-ге 6,2 адам) аумағы бойынша әлемде 9-шы ел болып табылады, бұл медициналық көмек көрсету жүйесін ұйымдастыруға әсер етеді. Қазақстан-100-ден астам этнос пен 18 конфессия өкілдері тұратын көпұлтты ел.

Республика Табиғи ресурстар қоры бойынша әлемде алтыншы орында. 2021/2022 жылғы Адам дамуы туралы баяндаманың деректеріне сәйкес, Қазақстан адам дамуы индексінің өте жоғары мәні бар (0,811) елдер тізіміне еніп, әлемнің 191 елі арасында 56-шы орынды иеленді [1].

90-шы жылдары халық санының 1 млн.600 мың адамға немесе 1992 жылдан 2001 жылға дейін 9,7% - ға қысқарғанына қарамастан, республика жағдайды салыстырмалы түрде қысқа мерзімде түзетіп, көші-қон кемуін азайту және халықтың табиғи өсімін ұлғайту есебінен халықтың тұрақты өсуіне қол жеткізді.

Бұған халық саласындағы тексерілген мемлекеттік саясат және қабылданған бірқатар негізгі шешімдер ықпал етті. Осылайша, қалыптасудың бастапқы кезеңіндегі қиындықтарға қарамастан, Қазақстан Бұрынғы КСРО елдері арасында алғашқылардың бірі болып тарихи отанына көшу үшін қаржылық және әлеуметтік жағдайлар жасай отырып, Шетелде тұратын этникалық қазақтарды елге қайтару туралы шешім қабылдады. 1991 жылы осы шешім қабылданған сәттен бастап республикаға 1 миллионнан астам қазақ оралды, осылайша өткен ғасырда ел аумағына күштеп жер аударылған басқа ұлт өкілдерінің тарихи отанына кеткеннен кейін пайда болған «демографиялық шұңқырды» едәуір жұмсартады.

Демографиялық дағдарыс мәселесін шешудің екінші маңызды құрамдас бөлігі соңғы жиырма жыл ішінде туудың тұрақты жоғары өсуін қамтамасыз етуге мүмкіндік беретін әртүрлі экономикалық және әлеуметтік ынталандырулар жасау арқылы тууды ынталандыру болды. 2003-2022 жылдар кезеңінде табиғи өсім 4 млн 209 мың адамды құрады және Қазақстан осындай қысқа уақыт ішінде демографиялық проблеманы шешуге қол жеткізген әлемдегі санаулы елдердің бірі болып табылады.

2019-2022 жылдары ел халқының табиғи өсімі жыл сайын орта есеппен 1,4% құрады.

2023 жылғы 1 шілдедегі жағдай бойынша халықтың саны 19 899 377 адамды құрайды, оның ішінде қалалық - 12 317 671 адам (61,9%) және ауылдық - 7 581 706 адам (38,1%). Әйелдердің саны - 10 183 785 адам (51,2%), ерлердің саны - 9 715 592 адам (48,8%). Қазақстан халықтың «қартаю қарсаңында» тұрған ел болып табылады: 63 және одан жоғары жастағы халықтың үлесі 11,4%-ға жетеді. Сонымен қатар, қазақстандықтардың орташа жасы 32 жасты құрайды, бұл елдің экономикалық өсуі үшін қолайлы көрсеткіш болып табылады, 0-15 жас тобының үлесі 30,3% құрайды.

Қазіргі өсу қарқынын сақтай отырып, Қазақстан халқы өсуді жалғастырады, халықтың орташа жылдық саны 2050 жылға қарай 8,2 млн адамға өсіп, 27,8 млн адамға жетеді [2].

Қазақстан президенттік басқару нысаны бар біртұтас, зайырлы мемлекет болып табылады. Елдің әкімшілік-аумақтық құрылымы әртүрлі экономикалық мүмкіндіктері мен климатогеографиялық жағдайлары бар 17 облысты және Республикалық маңызы бар 3 қаланы (Алматы, Шымкент және Астана) қамтиды.

Сондықтан, белгілі бір салада жұмсалған қаражат пен экономикалық көрсеткіштерді талдау кезінде, сондай-ақ кейінгі Қорытындыларды қалыптастыру кезінде салада болып жатқан өзгерістерді ғана емес, сонымен бірге талданатын уақыт аралығында тұтастай алғанда елдегі экономиканың үрдістерін де ескеру қажет.

1-КЕСТЕ-ҚАЗАҚСТАН ЭКОНОМИКАСЫН ДАМУДЫҢ НЕГІЗГІ КӨРСЕТКІШТЕРІ

ҚАЗАҚСТАН	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ХАЛЫҚ	16 910 246	17 160 855	17 415 715	17 669 896	17 918 214	18 157 337	18 395 567	18 631 779	18 879 552	19 503 159
ЖІӨ, АҒЫМДАҒЫ БАҒАМЕН, МЛН. АҚШ ДОЛЛАРЫ	236 633,3	221 417,7	184 387,0	137 278,3	166 806,3	179 337,8	181 665,9	171 083,7	197 055,6	220 472,1
ЖАН БАСЫНА ШАҚҚАНДАҒЫ ЖІӨ, АҒЫМДАҒЫ БАҒАМЕН, АҚШ ДОЛЛАРЫ	13 890,8	12 806,7	10 509,9	7 714,8	9 247,6	9 812,5	9 812,5	9 121,7	10 369,9	11 229,0
ТУҒАН КЕЗДЕГІ ӨМІР СУРУ ҰЗАҚТЫҒЫ, ЖЫЛДА (2020)	70,62	71,44	71,97	72,41	72,95	73,15	73,18	71,37		

2020 жылы карантиндік шаралар әсер еткен экономикалық өсудің айтарлықтай төмендеуінен кейін 2021-2022 жылдары Әлемдік экономика Қазақстан экономикасы сияқты оң серпінді көрсетті. Мәселен, Қазақстанның нақты ЖІӨ өсімі 2020 жылдың үшінші тоқсанында қалпына келді және 2020 жылдың төртінші тоқсанына қарағанда 1,9% өсіммен 2021 жылдың бірінші тоқсанында жалғасты.

2022 жылдың қорытындысы бойынша Қазақстан Республикасындағы ішкі жалпы өнімнің мөлшері 103 765 518,2 млн. теңгені құрады, ЖІӨ-нің нақты көлем индексі 2021 жылғы деңгейге қарағанда 103,2% - құрады. 2022 жылы жан басына шаққандағы ЖІӨ-нің үлес көрсеткішінде көрсетілген халықтың әл-ауқатының деңгейі елдің 1 тұрғынына 5 284 727 теңгені құрады.

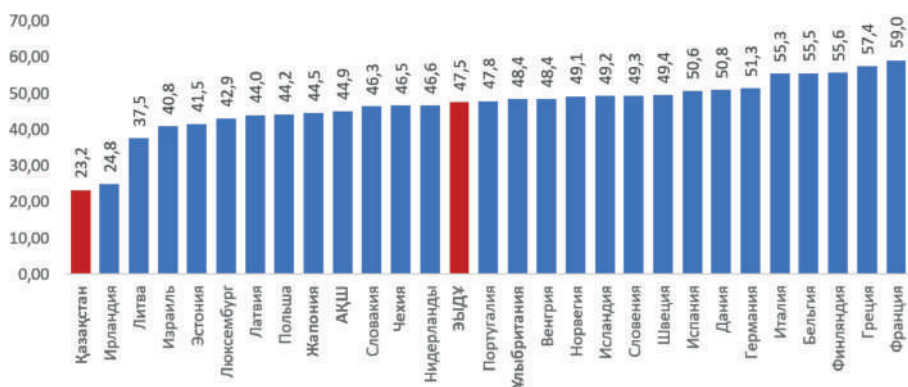
COVID-19 пандемиясының барысы экономиканың тепе - теңдігі мен қалпына келу жылдамдығына айтарлықтай әсер етті-өнеркәсіп салалары халықтың көп бөлігі үшін жұмыс орындарын қамтамасыз ететін және пандемиядан басқа салаларға қарағанда тезірек қалпына келеді.

Осылайша, үкіметтің ынталандыру шаралары, зейнетақы жинақтарының ағыны және тауарлар құнының өсуі экономикаға айтарлықтай қолдау көрсетті, бұл 2021-2022 жылдардағы құлдыраудан өсуге көшті. Экономиканың тезірек қалпына келуіне карантиндік шаралардың сақталуы, сондай-ақ ОПЕК+ келісімі шеңберіндегі шектеу квоталары және мұнай-газ секторындағы инвестициялардың сақталып қалған құлдырауы кедергі болды.

Ұлттық экономика қолайсыз сыртқы жағдайларға бейімделіп, тұрақты өсу жолына түсті. Сонымен қатар, әлемдегі санкциялық саясаттың шиеленісуі, логистикалық тізбектердің үзілуі, инфляция мен азық-түлік бағасының өсуі әлемдік экономиканың баяулауына үлкен әсер етуді жалғастыруда. Атап айтқанда, Халықаралық валюта қоры 2023 жылы әлемдік инфляция болжамын 7%-ға дейін көтерді, ал әлемдік экономиканың өсу болжамы 2,8%-ға дейін төмендеді.

2022 жылы жалпы ішкі өнім 103,57 трлн. теңге3 (2021 жылға қарай 23,3%) немесе жан басына шаққанда 11 393 АҚШ4 доллары. Халықаралық институттар қолданатын жіктеуге сәйкес Қазақстан табысы жоғары-орташа деңгейдегі елдердің қатарына жатады [3,4].

Мемлекеттік бюджеттің жалпы шығыстары 21 232,4 млрд.теңгені немесе ЖІӨ-нің 23,2%-ын құрады. ҰБДҰ елдерінде бұл көрсеткіш, соңғы өзекті деректер бойынша, 2021 жылы орта есеппен 47,5% -ды құрады (1-сурет).



1-СУРЕТ - 2021 ЖЫЛҒЫ ҰБДҰ-МЕН САЛЫСТЫРҒАНДА МЕМЛЕКЕТТІК БЮДЖЕТТІҢ ЖАЛПЫ ШЫҒЫСТАРЫ, ЖІӨ %-ДЕН [5]
(ҚАЗАҚСТАН БОЙЫНША ДЕРЕКТЕР – 2022 ЖЫЛ, ҰБДҰ ЕЛДЕРІ БОЙЫНША - 2021 ЖЫЛ)

Республика Үкіметінің есептері бойынша қабылданған шаралар тұтастай алғанда экономиканың дамуын тұрақтандыруды қамтамасыз етуге мүмкіндік берді. Мәселен, 2023 жылғы қаңтар-наурызда ЖІӨ-нің нақты өсімі 4,9%-ды құрады. Барлық негізгі бағыттар бойынша оң динамика қалыптасуда: құрылыста 16%-ға, саудада – 12%-ға, көлік саласында – 8%-ға, өңдеу өнеркәсібінде – 5,4%-ға өсу тіркелді.

Сонымен қатар, үш айда негізгі капиталға салынған инвестициялар 16%-ға, ал мемлекеттік бюджет кірістері 24%-ға өсті. Өз кезегінде, ағымдағы жылға арналған республикалық бюджетті нақтылау кезінде бұл әлеуметтік төлемдерге, денсаулық сақтауды, білім беруді, экономиканың нақты секторын және инфрақұрылымды дамытуға қосымша 2,2 трлн теңге бөлуге мүмкіндік берді.

Сонымен қатар, Қазақстанның халықаралық резервтері 9 94 млрд құрады, атап айтқанда, ұлттық әл-ауқат қорының активтері өткен жылдың басынан бері 3 3 млрд-қа өсіп, 5 58 млрд-қа жетті.

Бұл ретте халықаралық рейтингтік агенттіктер Қазақстанның инвестициялық рейтингін растады, ал Standard&Poor's агенттігі ағымдағы жылдың наурыз айында Қазақстан экономикасына қатысты өз болжамын жақсартты [6].

Жоғарыда келтірілген фактілер денсаулық сақтау дамуының елдің экономикалық өсуінен тығыз байланысын айқын дәлелдейді, сондай-ақ COVID-19 пандемиясы әлем елдерінің барлық экономикаларына денсаулық сақтау саласындағы жағдайдың экономика мен әлеуметтік әл-ауқатқа қаншалықты әсер ететінін көрсетті. Сонымен қатар, пандемия мемлекеттің, сектораралық, еларалық ынтымақтастықтың және халықаралық институттардың денсаулықты сақтаудың өткір мәселелерін шешудегі рөлі қаншалықты маңызды екенін көрсетті.

Тек бірлескен күш-жігердің және халықаралық ынтымақтастық, ақпарат алмасу, ең бастысы тиімді емдеу технологияларына қол жеткізу бойынша бұрын-соңды болмаған шараларды қабылдаудың арқасында ғана пандемияны тоқтатуға мүмкіндік туды.

Сонымен қатар, пандемия әлемнің өзгергенін көрсетті және өзінің денсаулық сақтау жүйесін ұйымдастырған кезде жаһанданудың әсерін әрдайым ескеріп, өз елінің ғана емес, әлемнің барлық елдерінің аурушандығына талдау жасау керек.

Бұдан басқа, бұдан былай барлық мемлекеттер жаһандық жылынуудың әсерін және климаттың өзгеруінің адам денсаулығына әсерін қандай да бір жолмен ескеруі керек, ал жақын болашақта бұл әлемдік денсаулық сақтаудың маңызды мәселелерінің біріне айналады.

1.2 Денсаулық сақтау жүйесін реформалау

1.2.1. Соңғы 10 жылдағы динамикадағы денсаулық сақтау жүйесінің негізгі реформаларының қысқаша сипаттамасы

Денсаулық сақтау жүйесінде болып жатқан процестерді жақсы түсіну үшін ел тәуелсіздік алған сәттен бастап жүргізілген барлық реформаларға талдау жүргізу қажет.

Жоғарыда айтылғандай, тәуелсіздіктің алғашқы жылдарында экономиканы нарықтық тетіктерге қайта құру және қосымша қаржыландыру көздерін тарту мақсатында 1995 жылы Президент «Азаматтарды медициналық сақтандыру туралы» Жарлыққа қол қойды, ол ММС Қорын құра отырып, азаматтар үшін міндетті медициналық сақтандыруды енгізуді көздеді. Үш жыл ішінде денсаулық сақтау жүйесіне 24,5 миллиард теңге көлемінде қаражат енгізілді. Осы жылдары медициналық көмектің сапасын бақылау, денсаулық сақтаудағы шарттық қатынастарды дамыту, ақпараттық база құру және басқа да шаралар енгізілді.

Алайда, бұл ауқымды реформалар экономиканың құлдырауы және өндірістің практикалық тоқтауы шеңберінде жүзеге асырылды, бұл ММС-ке жүктелген алғашқы үміттердің орындалмауына себеп болды. Қордың ауруханалар мен емханалар алдындағы қарызы өсті, ал салық түсімдерінің жетіспеушілігінен жергілікті атқарушы органдар халықтың әлеуметтік осал топтары үшін Қорға жарна төлеуді тоқтатты. Жағдай әлеуметтік шиеленіске айналды.

Сондықтан өсіп келе жатқан проблеманы жедел шешу үшін Үкімет ОМС қорын тарату туралы шешім қабылдады және жүйені қаржыландыру жағдайды тұрақтандыруға ықпал еткен және саланың қолда бар ресурстарының сақталуын қамтамасыз еткен баппен қаржыландырумен бюджеттік модельге қайтарылды.

Жүйені одан әрі дамыту үшін Президенттің Жарлығымен 1998 жылы әртүрлі кезеңдерге (қысқа мерзімді, орта мерзімді және ұзақ мерзімді) іс-шаралар жоспарларын әзірлеу және жүзеге асыру арқылы азаматтардың денсаулығын жақсартуды мақсат еткен «Халық денсаулығы» мемлекеттік бағдарламасы қабылданды. Бұл іс-шаралар Денсаулық сақтау жүйесін мемлекеттік тапсырыс мекемесімен бағдарламалық-нысаналы қаржыландыру жүйесін енгізу арқылы шоғырландырылған бюджетке ауыстыруға мүмкіндік берді.

Бұл ретте осы кезеңде денсаулық сақтау министрлігінің өзі трансформацияланғанын, ол жойылып, комитеттің ұйымдық нысанында Денсаулық сақтау, білім, мәдениет және спорт министрлігінің қарамағына берілгенін атап өту қажет.

Жағдайды тұрақтандырғаннан кейін халықтың денсаулығын жақсартуға бағытталған медициналық көмек көрсетудің тиімді жүйесін құруға бағытталған «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы» саланы дамытудың маңызды кезеңі болды. Бағдарлама мемлекеттің, жұмыс берушілердің және азаматтардың денсаулық үшін ортақ жауапкершілігі қағидаттарына негізделді. Медициналық алғашқы көмекті (МСАК) дамытуға ерекше көңіл бөлінді. 2010 жылға қарай ЖІӨ-нің 4% деңгейіне қол жеткізу мақсатында саланы қаржыландыруды бір жылға ұлғайту көзделген.

Осы кезеңде Денсаулық сақтау комитеті алдымен дербес агенттікке бөлінді, содан кейін Денсаулық сақтау министрлігімен қайта құрылды, өйткені ауқымды реформаны жүзеге асыру үшін орталық уәкілетті органның рөлін едәуір күшейту қажет болды.

Қабылданған мемлекеттік бағдарлама қаржы жүйесіне қосымша 45 млрд. теңгеден астам соманы құю арқылы мемлекеттік денсаулық сақтау жүйесінің материалдық-техникалық жай-күйін айтарлықтай жақсартуға мүмкіндік берді.

Сала алдындағы келесі міндет бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесін құру болды, өйткені қаржыландыруды орталықсыздандыру өңірлердің қаржылық мүмкіндіктеріне байланысты фрагменттілікті сақтап қалды. Бір тұрғынға есептегенде бөлінетін қаржының теңгерімсіздігі өсе бастады және дотациялық облыстардың тұрғындары үшін медициналық қызметтердің көптеген түрлері қол жетімсіз болып қалды.

Осы мемлекеттік бағдарламаны іске асыру шеңберінде пациенттің медициналық қызмет көрсетушіні еркін таңдау, бәсекелестікті дамыту және денсаулық сақтауда ашықтықты қамтамасыз ету қағидатына негізделген бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің (бұдан әрі – БҰДЖ) тұжырымдамасы қабылданды. БҰДЖ енгізу бойынша міндеттер:

- пациентті еркін таңдау негізінде стационарлық көмек көрсетуді одан әрі жетілдіру;
- бәсекелестік ортаны дамыту;
- жоғары мамандандырылған медициналық көмектің қолжетімділігін қамтамасыз ету;
- медициналық қызметтердің сапасын жақсарту;
- стационардың медицина қызметкерлері үшін сараланған төлемді дамыту және

амбулаториялық-емханалық секторда ынталандыру тетіктерін енгізу.

2005-2010 жылдардағы реформа барысында психиатриялық, инфекциялық және туберкулезді қоспағанда, ауруларды емдеу кезінде стационарлық және стационарлық алмастырушы көмек шеңберінде аумақтық департаменттермен бірге Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық қызметтерге ақы төлеу комитеті (бұдан әрі – МҚАТ) атынан тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің бірыңғай төлеушісі (бұдан әрі – ТМККК) құрылды.

Бұдан басқа, медициналық қызметтердің сапасын бақылау және санитариялық-эпидемияға қарсы бақылау комитеттері құрылды.

Осылайша, БҰДЖ енгізу нәтижесінде пациенттің дәрігер мен медициналық ұйымды еркін таңдау қағидатын енгізу арқылы медициналық ұйымдар арасында бәсекелестік орта құру мүмкін болды. Өз кезегінде, бұл медициналық ұйымдардың (медициналық қызмет көрсетушілер ретінде) қол жетімді және сапалы медициналық көмек көрсетуге деген ынтасын арттырды.

Сонымен қатар, БҰДЖ шеңберінде алғаш рет медициналық қызмет көрсету процесінің ашықтығын арттыруға мүмкіндік беретін бірыңғай электрондық ақпараттық база құрылды. Сондай-ақ, медициналық қызметтердің сапасын басқарудың тиімді халықаралық стандарттары енгізілді (диагностика және емдеу хаттамаларын енгізу, шығыстарды өтеудің және науқасты клиникалық басқарудың бірыңғай тәсілімен, медициналық ұйымдарды аккредиттеуді жүргізу), бұл өз кезегінде мемлекеттің денсаулық сақтау ресурстарын пайдаланудың тиімділігін арттырды.

Жүргізілген реформалардың маңыздылығы бюджет қаражаты алғаш рет бәсекеге қабілетті медициналық ұйымдарды дамыту үшін перспективалар ашқан нарықтық қағидаттар бойынша Медициналық қызмет көрсетушілер арасында бөлінетіндігінде болды.

Саланы одан әрі дамыту үшін «2011-2015 жылдарға арналған Саламатты Қазақстан» денсаулық сақтауды дамытудың мемлекеттік бағдарламасы қабылданды, оның негізгі мақсаты азаматтардың денсаулығын сақтау саласындағы сектораралық және ведомствоаралық өзара іс-қимылды жақсарту жолымен Қазақстан Республикасы азаматтарының денсаулығын нығайту және елдің әлеуметтік-демографиялық дамуын қолдау үшін тиімді денсаулық сақтау жүйесін құру болды.

«Саламатты Қазақстан 2011-2015» бағдарламасы 2 кезеңнен тұрды, 2011-2013 және 2014-2015 жылдардағы 2 уақыт аралығына бөлінді. Бірінші кезең (2011-2013) келесі міндеттерді қойды:

- Денсаулық сақтау саласындағы нормативтік-құқықтық базаны жақсарту және оны Кеден одағы мен Дүниежүзілік сауда ұйымының (ДСҰ) талаптарына бейімдеу.
- Мемлекеттік санитариялық -эпидемиологиялық қадағалау жүйесін басқару тиімділігін арттыру.
- Дәрі-дәрмектер мен медициналық өнімдердің дистрибуция жүйесін жетілдіру.
- Тиісті енгізу әдістемесін әзірлей отырып, әлеуметтік қызметкерлер институтын Денсаулық сақтау жүйесіне интеграциялау.
- Денсаулық сақтау саласына инвестициялар тарту тетіктерін құру.

Екінші кезеңде (2014-2015 жылдар) мынадай міндеттер көзделді:

- Бағдарламаның бірінші кезеңінде әзірленген стратегиялар мен әдістемелерді енгізу.
- Мемлекеттік міндетті тегін медициналық көмек (ТМККК) шеңберінде көрсетілетін медициналық қызметтер мен дәрілік заттардың тізбесін кеңейту.
- Медициналық-санитариялық алғашқы көмектің (МСАК) әлеуметтік бағдарланған моделін құру.
- Денсаулық сақтау қызметтерінің сапасына бағытталған денсаулық сақтауды басқару және қаржыландыру жүйесін енгізу.

Алға қойылған міндеттерге қол жеткізу үшін 359 358,9 млн.теңге бөлінді. Бағдарламаның соңына қарай дене шынықтырумен және спортпен шұғылданатын азаматтарды қамтудың 25%-на қол жеткізу; халықтың арасында темекі шегуді, нашақорлықты және алкогольді асыра пайдалануды 15%-ға төмендету; ана мен бала өлімін 1,5 есе азайту; халықтың өмір сүру ұзақтығын 70 жасқа дейін арттыру жоспарланды.

2011-2015 жылдар кезеңіне арналған «Саламатты Қазақстан 2011-2015» мемлекеттік бағдарламасын іске асыру нәтижесінде денсаулық сақтауда айтарлықтай прогреске қол жеткізілді.

Ана мен бала өлімінің сәтті төмендеуі тиімді перинаталдық технологияларды енгізудің арқасында мүмкін болды. Сондай-ақ, қанайналым жүйесі ауруларынан болатын өлім екі есеге жуық төмендегенін, ал қатерлі ісіктерден болатын өлім 2009 жылғы деңгеймен салыстырғанда 11%-ға төмендегенін атап өткен жөн.

Стационарлық деңгейде ресурстарды тиімді пайдалану есебінен 2010 жылдан бастап 10 мыңнан астам төсек қысқартылды, ал 12 мыңнан астамы қайта бейінделді және босатылған қаражат елдегі инновациялық технологияларды дамытуға бағытталды. Қабылданған шаралардың нәтижесінде Қазақстаннан тыс жерлерге емделуге жолдамалар саны азайды.

Мемлекеттік бағдарламаны іске асыру кезеңінде донорлық жүрек пен бауырды трансплантаттау бойынша алғашқы операциялар сәтті жүргізілді, отандық ғылыми орталықтар 8 технологияның 4-ін енгізді (қан тамырларының ақаулары кезінде эндоваскулярлық емдеу; ісіктерді трансаральды жою; жүрек, жасанды сол жақ қарынша, бауыр, бүйрек, ұйқы безі, сүйек кемігі, сүйек, көмей стенозын трансплантаттау), ел азаматтары тарихи түрде тек шетелдік клиникаларда ем ала алатын.

2010 жылы стационарлық деңгейде енгізілген дәрігер мен медициналық ұйымды еркін таңдау қағидаты стационарлардың арасында бәсекелестік ортаны қалыптастыруға, нәтижеге бағдарланған мемлекеттік жоспарлау жүйесіне сәйкес түпкілікті нәтиже бойынша Медициналық қызметтер көрсетудің және медициналық ұйымдарды қаржыландырудың ашықтығына қол жеткізуге мүмкіндік берді. Аурухана басшылары мемлекеттік жоспарлаудың жаңа жағдайларында заманауи талаптарға бейімделудің үлкен тәжірибесіне ие болғаны маңызды, бұл ресурстарды тиімді пайдалануды және басқару сапасын арттыруды ынталандырды.

БҰДЖ шеңберіндегі жұмыс тәжірибесі емхананы, стационарды, дәрігерді өз бетінше таңдау қағидаты баламасыз екенін көрсетті. Пациенттің өзі таңдау жасауға құқылы. Белгілі бір емханаға тіркелу дәрігерді және медициналық ұйымды еркін таңдау құқығын ескере отырып, тұрақты немесе уақытша тұратын, жұмыс істейтін, оқитын жері бойынша жүргізіледі.

МСАК-тың табысты дамуын қамтамасыз ету үшін бірқатар елеулі өзгерістер жүргізілді: 2014 жылдан бастап МСАК ұйымдары жан басына шаққандағы кешенді норматив бойынша қаражат ала бастады, сондай-ақ халықтың қажеттіліктеріне, қажеттіліктеріне, құрылымы мен денсаулық көрсеткіштеріне байланысты қосалқы мердігерлік ұйымдарды өз бетінше таңдау құқығы.

Нәтижеге бағдарланған мемлекеттік жоспарлау жағдайында денсаулық сақтаудың амбулаториялық секторында қаржыландырудың екі негізгі моделі енгізілді: МСАК-та - жан басына шаққандағы нормативтің негізінде, ал клиникалық-диагностикалық көмекте (ҚДК)

- тарификатор бойынша төлем. Бұл медицина қызметкерлерінің дені сау халыққа деген қызығушылығын арттыруға мүмкіндік берді, сондай-ақ медицина қызметкерлерін алдын алудың заманауи тиімді әдістерін енгізуге, әзірленіп жатқан стандарттар, хаттамалар мен алгоритмдер шеңберінде сапалы медициналық көмек көрсетуді қамтамасыз етуге ынталандырды. Жалпы дәрігерлік практиканың дамуын ынталандыруға баса назар аударылды.

Сондай-ақ, МСАК үшін ынталандырушы компонент енгізілді. Егер кепілді КЖН компоненті халықтың әртүрлі жыныстық-жас санаттарының медициналық көмекті тұтыну деңгейіндегі айырмашылықтарды ескеретін базалық КЖН (2016 жылдан бастап базалық КЖН бүкіл елге бірыңғай-800 теңге болып белгіленсе), онда жан басына шаққандағы кешенді нормативтің ынталандырушы компоненті (КЖНЫК) - МСАК қызметтерін көрсететін медициналық персоналды ынталандыруға бағытталған ынталандырушы құрамдас бөлік, қызметтің белгіленген индикаторларына қол жеткізгені үшін (түпкілікті нәтиже).

Бұдан басқа, егер 2013 жылы әрбір тіркелген пациентке ЖКНЫК төлеуге 50 теңге көзделсе, 2018 жылы жбнж қол жеткізілген нәтижеге байланысты төлемдерді саралай отырып, тіркелген 1 тұрғынға 150 теңгені құрады, онда мынадай индикаторлар белгіленді:

- МСАК деңгейінде алдын алуға болатын ана өлімі;
- МСАК деңгейінде алдын алуға болатын 7 күннен 5 жасқа дейінгі балалар өлімі;
- өкпе туберкулезін уақтылы диагностикалау;
- 1-2 сатыдағы визуалды орнының қатерлі ісіктерін ерте анықтау (жатыр мойны обыры, сүт безі обыры, колоректальды Обыр, тері обыры, орофаринс обыры);
- пациенттер тарапынан шағымдардың болмауы;
- қанайналым жүйесі ауруларының асқынуымен (миокард инфарктісі, инсульт) тіркелген халық санынан стационарда емделген науқастардың үлес салмағы.

КЖНЫК енгізу емханалардың алынған нәтижелерге байланысты ақша таба бастауына ықпал етті, учаскелік дәрігерлер қосымша қаражат алудың нақты мүмкіндігін сезінді, бұл ешқашан МСАК деңгейінде болмаған.

Осылайша, «Саламатты Қазақстан» бағдарламасының қорытындысы бойынша медициналық көмек көрсетуде бастапқы секторды дамыту басталды, профилактикалық бағыт бойынша шаралар күшейтілді, санитариялық-эпидемиологиялық қызмет жетілдірілді. Сонымен қатар, 9 нозология бойынша Ұлттық скринингтік бағдарламалар жүзеге асырылды.

2015 жылы «Саламатты Қазақстан» бағдарламасының логикалық жалғасы ретінде декларацияланған және қол жеткізілген нәтижелерді бекітуге, сондай-ақ медициналық қызметтердің қолжетімділігі мен сапасын арттыру арқылы бәсекеге қабілетті денсаулық сақтауды одан әрі қалыптастыруға және жаңа сын-тегеуріндерге сәйкес проблемаларды шешуге бағытталған денсаулық сақтау саласындағы 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» жаңа мемлекеттік бағдарламасы қабылданды.

Осы мемлекеттік бағдарламаның басты міндеті көп арналы қаржыландыру жүйесін енгізу және ел экономикасын дамытудың қазіргі кезеңінде міндетті медициналық сақтандыруды енгізу арқылы денсаулық сақтаудың қаржылық орнықты моделін құру болды.

2015 жылғы 16 қарашада жүйені одан әрі дамытудың негізін қалаған «Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы» Заң қабылданды. Осы заңды іске асыру шеңберінде денсаулық сақтауға барлық қаражатты орталықтандыра отырып, мемлекеттің, жұмыс берушілердің, жұмыскерлер мен өзін-өзі жұмыспен қамтығандардың денсаулықты қорғауға міндетті жарналарын бекіте отырып, әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры құрылды.

Заң талаптарын сапалы іске асыру үшін Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2019 жылғы 26 желтоқсандағы қаулысымен Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды дамытудың 2020-2025 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы бекітілді. Бағдарламаның мақсаты медициналық көмектің сапасын арттыру; денсаулық сақтау жүйесін тұрақты дамыту жөніндегі міндеттерді қамтитын сапалы және қолжетімді денсаулық сақтауды қамтамасыз ету болып табылады. Бағдарламаның соңында келесі көрсеткіштерге қол жеткізу күтілді:

- Азаматтардың өмір сүру ұзақтығының 75 жасқа дейін өсуі;
- Жүрек-қан тамырлары, онкологиялық, созылмалы респираторлық аурулар мен қант диабетінен 30-70 жас аралығындағы мезгілсіз өлім қаупінің 15,43%-ға дейін төмендеуі;
- Ана өлімінің 100 мың тірі туғанға шаққанда 14,5-ке дейін төмендеуі;
- Нәресте өлімінің 1000 тірі туғанға шаққанда 8,3-ке дейін төмендеуі;

Бағдарламаны іске асыруға 3,2 триллион теңге көлемінде бюджет бөлу жоспарланды.

Алайда, COVID-19 пандемиясы саланың дамуына өз түзетулерін енгізді және мемлекеттік бағдарламаның барлық іс-шаралары қысқартылды және денсаулық сақтаудың барлық ресурстары онымен күресуге бағытталды.

2021 жылғы 12 қазанда Қазақстан Республикасының Үкіметі «Дені сау ұлт» әрбір азамат үшін сапалы және қолжетімді денсаулық сақтау» ұлттық жобасын бекітті, оның басты мақсаты әрбір азамат үшін сапалы және қолжетімді денсаулық сақтауды қамтамасыз ету болып табылады. Бағдарлама 2021 жылдан 2025 жылға дейін жүзеге асырылуы тиіс экономикалық және әлеуметтік әсерлерді білдіреді. Сонымен күтілетін экономикалық әсерлерге мыналар жатады:

- Денсаулық сақтау саласына жеке инвестицияларды 2020 жылы 124,5 млрд теңгеден 2025 жылы 783,3 млрд теңгеге дейін ұлғайту
- 13 мыңға жуық жаңа жұмыс орындарын құру (тұрақты)
- Отандық фармацевтикалық өнімнің үлесін 2020 жылы 17% - дан 2025 жылы 50% - ға дейін жеткізу
- Бағдарламаны іске асыру барысында «әлеуметтік әсерлерде мыналар күтілуде:
- 2025 жылы азаматтардың өмір сүру ұзақтығын 75 жасқа дейін арттыру;
- Халықтың медициналық қызмет сапасына қанағаттану деңгейін 2020 жылғы 53,3%-дан 2025 жылы 80%-ға дейін арттыру;
- Алға қойылған міндеттерге қол жеткізу және ұлттық жобаны іске асыру үшін қаржыландыру көлемі 3,6 триллион теңгені құрады. Бағдарламаның 4 бағыты бар:
- Халықты денсаулық сақтау қызметтерімен қамту үшін қолжетімді және сапалы медициналық көмек
- Қазіргі заманғы модельге көшумен эпидемиологиялық болжау мен ден қоюдың заманауи жүйесін қалыптастыру
- Отандық өндірістегі қолжетімді дәрілік заттар мен медициналық бұйымдар
- Саламатты өмір салтын ұстанатын халықтың үлесін арттыру және бұқаралық спортты дамыту

Осылайша, мемлекет дамуының әртүрлі кезеңдерінде ел азаматтарын халықаралық стандарттарға жақындататын қолжетімді және сапалы медициналық қызметтермен қамтамасыз етуге бағытталған денсаулық сақтауды реформалау және дамыту жөніндегі елдің экономикалық мүмкіндіктеріне сәйкес шаралар қабылданды.

Алайда, жүргізіліп жатқан реформалардың барысында қол жеткізілген елеулі жетістіктерге қарамастан, денсаулық сақтау саласында көптеген шешілмеген проблемалар қалып отыр. Бұл жеткіліксіз қаржыландыру және тиімсіз менеджмент, сапасыз цифрландыру, дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету және жедел және кешенді шешімді қажет ететін көптеген басқа мәселелер.

Ұлттық денсаулық сақтау жүйелерін дамытудың әлемдік тренді бәсекеге қабілетті денсаулық сақтауды толыққанды қалыптастыру үшін, әсіресе денсаулық сақтауды цифрландыру бөлігінде жаңа технологиялар қажет екенін көрсетеді, өйткені бұл тек осы саланы ғана емес, сонымен қатар елдің экономикалық және қоғамдық прогресінің негізгі факторы болып табылады.

Қазіргі уақытта Қазақстан институционалдық өзгерістердің жаңа кезеңіне - міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруды енгізуге кірісті.

Кез-келген реформа белгілі бір шығыстармен тікелей байланысты. Денсаулық сақтаудың бәсекеге қабілеттілігін ескере отырып, оны қаржыландыру мәселесін назардан тыс қалдыруға болмайды. Денсаулық сақтаудың ең тиімді модельдері бар елдердің тәжірибесі жүйенің тиімділігі әрдайым бөлінген қаражаттың мөлшері мен көлеміне байланысты емес, олардың түпкілікті нәтижеге бағытталған сәтті әкімшілігіне байланысты екенін көрсетеді.

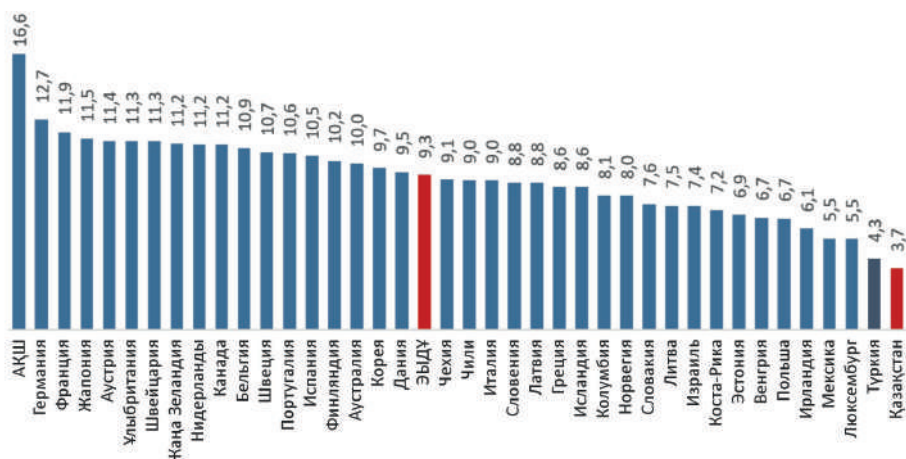
Сондықтан, денсаулық сақтауда жаңа экономикалық қатынастар құра отырып, бөлінген ресурстарды бөлуде ашықтық пен әділдікті қамтамасыз ететін институттардың жұмысын жолға қою өте маңызды, және құрылған МӘМС қоры бүкіл саланың қызметтерін Стратегиялық са-тып алушы ретінде бүгінгі күннің осы аса маңызды міндетін шешуге арналған.

1.2.2 Денсаулық сақтау ресурстары

2023 жылғы 1 қаңтарға Қазақстан Республикасының тұрғындарына 838 аурухана (482 мемлекеттік, 40 ведомстволық және 316 жеке) және 3234 амбулаториялық-емханалық ұйым (1958 мемлекеттік 62 ведомстволық 1214 жеке) медициналық көмек көрсетеді.

Республиканың ауыл тұрғындарына медициналық көмекті 146 аурухана (7 ауданаралық, 40 орталық және 99 аудандық аурухана), 4 дербес ауылдық учаскелік және ауылдық аурухана, 182 (4 дербес емхана, 178 консультациялық-диагностикалық және емханалық бөлімше), 1 173 дәрігерлік және отбасылық дәрігерлік амбулатория, 50 МСАК орталығы, дербес және құрамына кіреді 3 622 фельдшерлік-акушерлік және медициналық пункттер.

ҚР Денсаулық сақтау саласының ағымдағы шығыстары 2022 жылы 3 трлн. 855 млрд. теңге немесе ЖІӨ-нің 3,7% (Жан басына шаққандағы 424 АҚШ доллары) (2-сурет).



2-СУРЕТ - ЭЫДҰ-МЕН САЛЫСТЫРҒАНДА ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУҒА АРНАЛҒАН АҒЫМДАҒЫ ШЫҒЫСТАР, ЖІӨ-ДЕН %

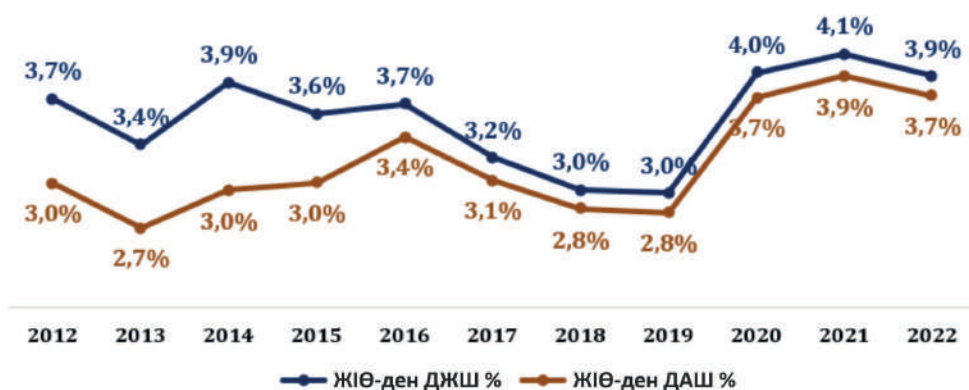
ЭЫДҰ елдеріндегі осындай көрсеткіш ЖІӨ-нің 9,3%-ды құрады. 2022 жылы денсаулық сақтаудың ағымдағы шығыстары (3 трлн. 855 млрд.) өткен жылмен салыстырғанда (3 трлн. 294 млрд.) 17%-ға өскенін айта кету керек. Алайда ЖІӨ-нің пайыздық үлесі 2021 жылғы 3,9%-дан 2022 жылы 3,7%-ға дейін төмендеді.



3-СУРЕТ – 2012-2022 ЖЫЛДАРҒА АРНАЛҒАН ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ШЫҒЫСТАРЫНЫҢ ЖИЫНТЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ДИНАМИКАСЫ, МЛРД. ТЕҢГЕ

Күрделі шығыстар, өз кезегінде, 170 млрд.теңгені немесе ЖІӨ-нің 0,2%-ын немесе денсаулық сақтауға арналған жалпы шығыстардың 4,4%-ын құрады. Капиталды құруға арналған мемлекеттік шығыстардан тұратын күрделі шығыстар 2022 жылы 2021 жылмен салыстырғанда іс жүзінде өзгерген жоқ.

Төмендегі суретте жалпы және ағымдағы денсаулық сақтау шығыстарының ЖІӨ % үлесінің динамикасы көрсетілген.



4-СУРЕТ – 2012-2022 ЖЫЛДАРДАҒЫ ЖІӨ %-БЕН ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУҒА АРНАЛҒАН ЖАЛПЫ ШЫҒЫСТАРЫ (ДЖШ) МЕН АҒЫМДАҒЫ ШЫҒЫСТАРЫ (ДАШ) ДЕҢГЕЙІНІҢ ДИНАМИКАСЫ

Мемлекеттің экономикалық жүйесінің ажырамас бөлігі ретінде денсаулық сақтаудың дамуы елдегі нарықтық қатынастардың қалыптасуының жалпы тенденцияларын көрсететін

экономикалық және әлеуметтік процестерге табиғи түрде сәйкес келеді. Сондықтан қоғамдағы бар проблемалар қандай да бір жолмен Денсаулық сақтау саласына әсер етеді және бүкіл қоғамды сауықтырмай денсаулықты сақтаудағы жекелеген проблемаларды жоюды талап етуге болмайды.

Сонымен қатар, денсаулық сақтау жүйесінің нақты қажеттіліктері мен оны қаржыландыру деңгейі арасындағы сәйкессіздік объективті қажеттілікпен Медициналық және экономикалық компоненттер арасындағы тепе-теңдікті қамтамасыз ету үшін осы сәйкессіздікті жеңудің жолдарын іздеуді қажет етеді.

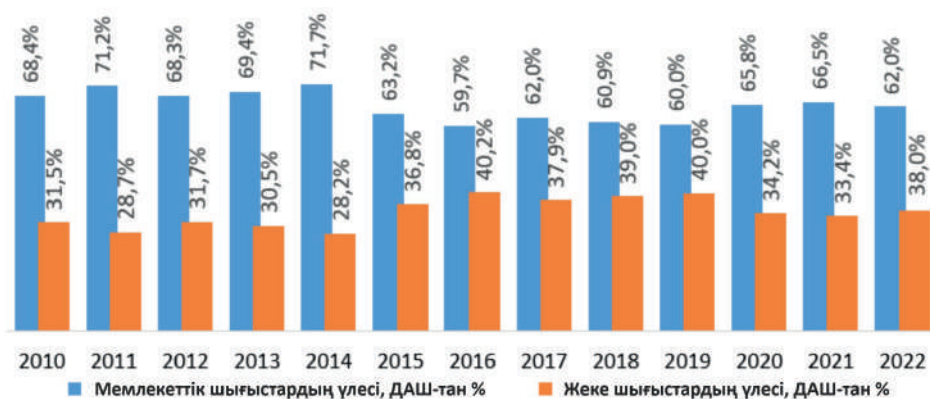
Қазіргі уақытта республиканың денсаулық сақтау саласы бірнеше көздерден қаржыландырылады: көп бөлігі мемлекеттік бюджеттен (жалпы салық түсімдері, соның ішінде әлеуметтік салық), міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру қаражатынан, халықтың тікелей төлемдерінен (ресми, бейресми) және ерікті медициналық сақтандыру қаражаты есебінен аз мөлшерде. Денсаулық сақтауға арналған ресурстарды қалыптастырудың қолданыстағы жүйесі дамудың әлемдік үрдістеріне жауап береді, бұл туралы жыл сайын тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі (бұдан әрі - ТМККК) және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (бұдан әрі - МӘМС) пакеті шеңберінде ұлғайтылатын бөлінетін ресурстардың көлемі куәландырады.

Алайда, саланы қаржыландыру көлемінің жыл сайынғы өсуіне қарамастан, халықты тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемімен толық қамтамасыз ету үшін қаражат әлі де жеткіліксіз.

Мемлекеттің әл-ауқатының өсуін макроэкономикалық көрсеткіштердің деректері, атап айтқанда, 2012-2022 жылдар аралығындағы кезеңде номиналды мәнде динамикада келтірілген ЖІӨ көрсеткіші ретінде куәландырады (2-кестені қараңыз). Тиісінше, жалпы денсаулық сақтау шығыстарының, соның ішінде мемлекеттік және жеке шығыстардың өсуі байқалады. Жалпы денсаулық сақтау шығыстарының артуы мемлекеттің денсаулық сақтау саласындағы жағдайды жақсартуға және оның бәсекеге қабілеттілігін арттыруға деген ұмтылысы туралы айтады. Алайда, номиналды шығыстардың тұрақты өсуіне қарамастан, инфляциялық процестер денсаулық сақтауды қаржыландырудың жалпы сомасына айтарлықтай теріс әсер етеді, бұл денсаулық сақтаудың нақты шығыстарының төмендеуіне әсер етеді.

Денсаулық сақтауды қаржыландыру жеке шығыстарды да қамтиды.

Жеке шығыстардың жоғары деңгейі, әдетте, мемлекеттік қаржыландыру деңгейі ақысыз негізде сұраныстың жеткілікті мөлшерін қамтамасыз етпейтіндігімен байланысты және халық ақылы медициналық қызмет көрсететін жеке секторға жүгінуі керек.



5-СУРЕТ - ДАШ-ТАН %-БЕН ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУҒА АРНАЛҒАН АҒЫМДАҒЫ ШЫҒЫСТАРДЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫ

Денсаулық сақтау шығыстарының құрылымы келесі көріністі көрсетеді:

2022 жылы денсаулық сақтау шығыстарының ең көп үлесі мемлекеттік шығыстарға тиесілі: 62% (2 трлн. 389 млрд теңге) (сурет 6).

Жеке шығыстардың үлесі 38% құрайды (1 трлн. 466 млрд теңге.).

Жеке шығыстардың арасында халықтың тікелей төлемдері 31,1% құрайды (1 трлн. 198 млрд теңге), кәсіпорындардың шығыстары 5,9% (228 млрд. тнг), ЕМС қаражаты 1% (38,7 млрд.теңге) құрайды.

Бұл ретте ЭЫДҰ-да орташа қалта шығыстарының көрсеткіші 16,9%-ды, ЕМС шығыстары- 5,5%-ды ұрайды.



6-СУРЕТ - ЭІДҰ-МЕН ЖӘНЕ САЛЫСТЫРУ ТОБЫНЫҢ ЕЛДЕРІМЕН САЛЫСТЫРҒАНДА ҚАРЖЫЛАНДЫРУ СХЕМАЛАРЫ ТҮРҒЫСЫНАН ШЫҒЫСТАРДЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫ

7-сурет Қазақстандағы денсаулық сақтауға арналған ағымдағы шығыстардан үй шаруашылықтарының денсаулық сақтауға арналған қалта шығыстарының үлес салмағының динамикасын көрсетеді.

2017 жылдан бастап 2019 жылға дейін қалтадан төлемдердің ДАШ-тан 33,1%-дан ДАШ-тан 33,8%-ға дейін біртіндеп өсуі байқалады. Алайда, 2020 жылдан бастап біз қалтадан төленетін төлемдердің үлес салмағының 27,7%-ға дейін төмендегенін көріп отырмыз. Мұны МӘМС 2020 жылдан бастап жұмыс істей бастағандығымен түсіндіруге болады, осылайша қолма-қол ақшаның жалпы пулын ұлғайтады, бұл қалта шығыстарының үлесінің төмендеуіне әкелді. Сонымен қатар, атаулы мәнде денсаулық сақтауға арналған қалта шығыстарының тұрақты өсуі байқалады.

2022 жылы ДАШ-тағы қалта шығыстарының үлесі 31%-ды құрады.

Бұл көрсеткіштің төмендеуіне қарамастан, ол әлі де жоғары деңгейде. ДДҰ бағалауы бойынша, жеке шығыстардың үлесіне 20%-дан аспайтын денсаулық сақтау жүйесі тұрақты болып саналады.



7-СУРЕТ - ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУҒА АРНАЛҒАН АҒЫМДАҒЫ ШЫҒЫСТАРДЫҢ %-ДАҒЫ ҚАЛТА ШЫҒЫСТАРЫ ҮЛЕСІНІҢ ДИНАМИКАСЫ

Қазақстанда байқалатын жоғары жеке шығыстар денсаулық сақтау қызметтерінің қолжетімділігіне қауіп төндіреді, медициналық қызметтерді алу деңгейіндегі теңсіздікті күшейтеді және экономикалық өсу үшін туындайтын салдарлармен қымбат ем алу қажеттілігімен байланысты қоғамның кедей топтарына қосымша ауыртпалық жүктейді.

Жеке шығыстардың жоғарылауы мемлекеттік қаржыландырудың жеткіліксіздігімен және оның қоғамдық денсаулық сақтау жүйесі шеңберінде қажетті көмекті ақысыз ала алмауымен түсіндіріледі, бірақ іс жүзінде шығыстар құрылымын анықтайтын факторлар ауқымы едәуір кең болуы мүмкін.

Жеке шығыстар деңгейіне бірқатар сыртқы әлеуметтік-экономикалық параметрлер әсер етеді, мысалы:

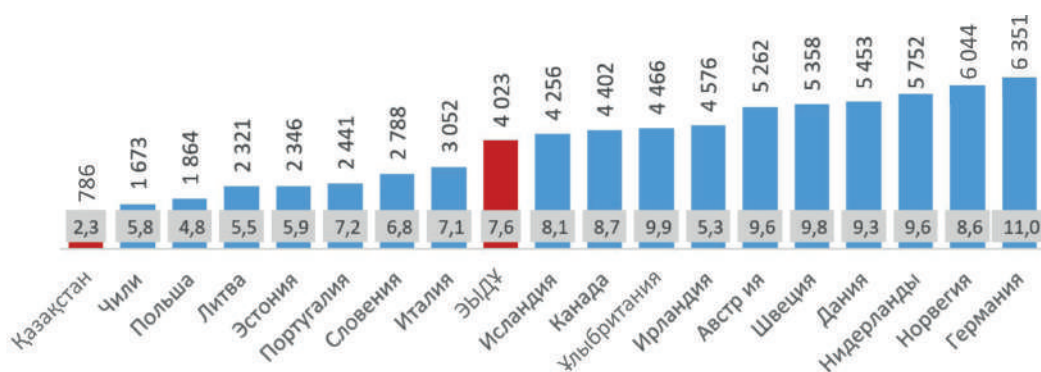
- табыс және оны бөлу (саралау деңгейі). ЖІӨ мен халықтың нақты кірісі өскен сайын жеке қаражаттан шығыстар мөлшері артады. Кірісті саралау мемлекеттік және жеке шығыстардың арақатынасына екі жақты әсер етуі мүмкін. ЭІДҰ-ның бірқатар елдерінің салыстырмалы талдауы табыс бойынша саралаудың ұлғаюы әдетте жеке шығыстар үлесінің өсуімен қатар жүретінін көрсетті;

- халықтың денсаулық деңгейі және жас құрылымы. Денсаулық жағдайының нашарлауының немесе егде жастағы халықтың үлесінің артуының салдары медициналық көмекке сұраныстың артуы болып табылады. Қоғамдық денсаулық сақтау жүйесінің қажеттіліктердің жаңа көлемін қанағаттандыру қабілеті мемлекеттік немесе жеке қаржыландырудың өсуіне әкелуі мүмкін;
- білім деңгейі. Еуропаның бірқатар елдерінде жүргізілген зерттеулер білімі жоғары адамдар медициналық қажеттіліктерге жеке қаражаттың көп мөлшерін жұмсауға бейім екенін көрсетеді, бұл денсаулық пен қажетті медициналық көмек туралы жақсы хабардар болумен және денсаулыққа инвестиция салуға дайын болуымен түсіндіріледі.

Мемлекеттік шығыстар мен денсаулық сақтау саласына міндетті аударымдар негізінде схемалар 2022 жылы 2 трлн құрады. 389 млрд. теңге ЖІӨ-нің 7 немесе 2,3%. 2021 жылы ЭЫДҰ елдері арасындағы ұқсас орташа көрсеткіш (соңғы өзекті деректерге сәйкес) – ЖІӨ-нің 7,6%-ы [7].

Жан басына шаққандағы денсаулық сақтауға мемлекеттік шығыстар 2022 жылы Қазақстанда 121 мың теңгені немесе 263 АҚШ долларын (ПОҚ бойынша 786 долл) құрады [8].

Өз кезегінде, ЭЫДҰ елдерінде бұл көрсеткіш 2021 жылы орташа есеппен ПОҚ бойынша 4023 долларды құрады (8-сурет).



8-СУРЕТ - ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУҒА АРНАЛҒАН МЕМЛЕКЕТТІК ШЫҒЫСТАР, ЖІӨ %-БЕН ЖӘНЕ ЖАН БАСЫНА ШАҚҚАНДАҒЫ ПОҚ БОЙЫНША АҚШ ДОЛЛ., ЭЫДҰ ЕЛДЕРІМЕН САЛЫСТЫРҒАНДА [9]

2022 жылғы мемлекеттік шығыстар (2 трлн. 389 млрд. теңге) өткен жылмен салыстырғанда (2 трлн 189 млрд. теңге) 9,1%-ға өсті. 2017-2022 жылдардағы ЖІӨ-ден мемлекеттік шығыстардың пайыздық үлесі 1,7-2,6% шамасында өзгерді. 2021 жылы міндетті қаржыландыру схемаларының мәні ЖІӨ-нің 2,6%-ды, 2019 жылы ЖІӨ-нің 1,7%-ын құрады.

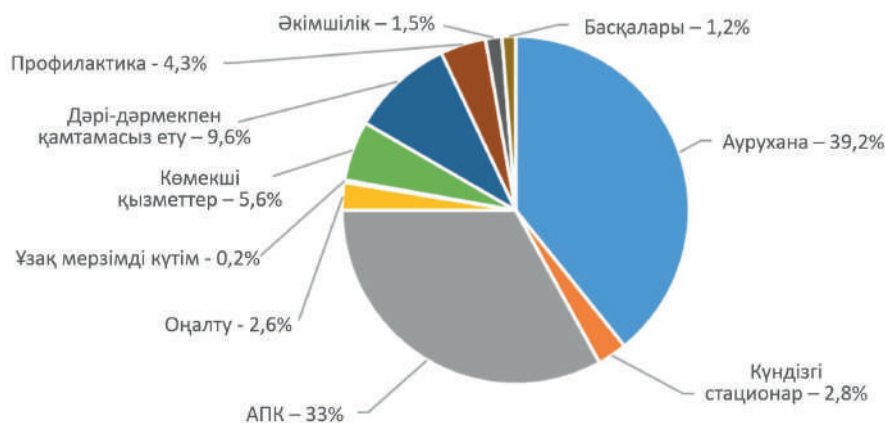
Бұл қарастырылып отырған кезеңдегі ең жоғарғы мән. Алайда, 2020 жылы өскеннен кейін бұл көрсеткіш төмендей бастады және 2022 жылы 2,3% мәніне жетті. Мұндай өсу, ең алдымен, 2020 жылы COVID-19 пандемиясы кезіндегі қаржылық инфузиялармен, сондай-ақ МӘМС жүйесінің жұмыс істеуінің басталуымен байланысты, бұл денсаулық сақтау жүйесінде қосымша ақша пулын құрады (9-сурет).



9-СУРЕТ - ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУҒА ЖҰМСАЛАТЫН МЕМЛЕКЕТТІК ШЫҒЫСТАРДЫҢ ДИНАМИКАСЫ, ЖІӨ %-БЕН ЖӘНЕ МЛРД. ТЕҢГЕМЕН

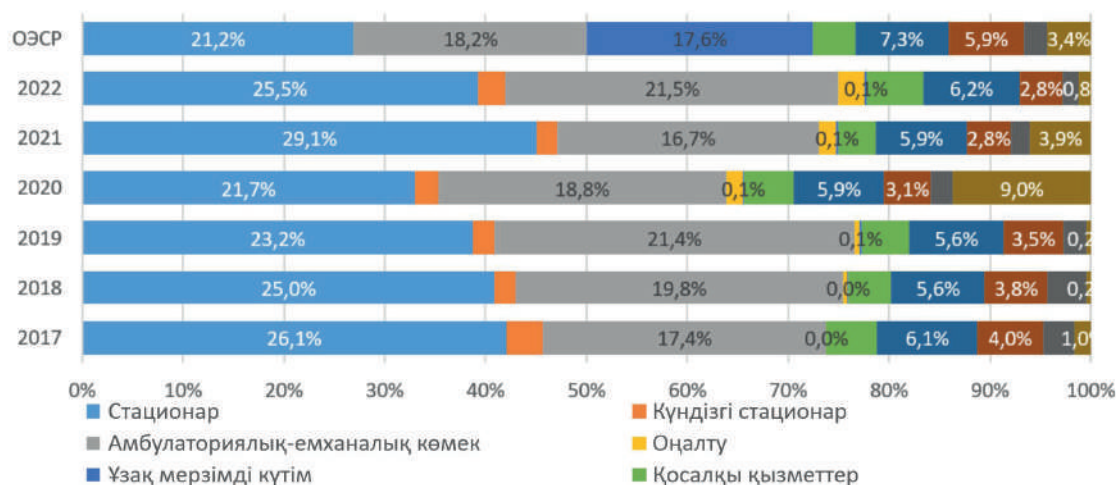
Денсаулық сақтауға арналған ағымдағы мемлекеттік шығыстар құрылымында 39,2% стационарлық көмек алады (10-сурет). Мемлекеттік шығыстардың 33%-ы 2022 жылы амбулаториялық-емханалық көмекке жұмсалды. Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету мемлекеттік шығыстардың 9,6%-ын құрайды. Көмекші қызметтерге қаражаттың 5,6%-ы, әкімшілік қызметтерге 1,5%-ы және басқа қызметтерге 1,2%-ы жіберілді. Оңалту көмегіне 2022 жылы мемлекеттік қаражаттың 2,6% жұмсалды.

Ағымдағы мемлекеттік шығыстар 2022 жылы келесідей бөлінді:



10-СУРЕТ-ҚЫЗМЕТТЕР БОЙЫНША АҒЫМДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК ШЫҒЫСТАРДЫ БӨЛУ, %

Динамикада сурет келесідей:



11-СУРЕТ - ЭЫДҰ ЕЛДЕРІМЕН САЛЫСТЫРҒАНДА ДИНАМИКАДАҒЫ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУҒА АРНАЛҒАН АҒЫМДАҒЫ ШЫҒЫСТАРДЫҢ ҮЛЕСІ РЕТІНДЕ МЕМЛЕКЕТТІК ШЫҒЫСТАРДЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫ

2017-2022 жылдары көрсетілетін қызметтер бөлінісінде денсаулық сақтауға арналған ағымдағы шығыстардың үлесі ретінде мемлекеттік шығыстардың құрылымын талдау кезінде қаражаттың 25,5% - ы бағытталған стационарлық көмекке арналған шығыстардың басым болуы байқалады (11 - сурет). Айта кету керек, 10 жыл ішінде стационарлық көмек көрсетуге арналған шығыстар үлесінің тұрақты қысқаруы, сондай-ақ амбулаториялық-емханалық көмек көрсетуге арналған шығыстар үлесінің 2022 жылы 16,7%-дан 21,5%-ға дейін ұлғаюы байқалады.

Салыстыру үшін ЭЫДҰ елдерінде стационарлық көмекке орташа есеппен ағымдағы шығыстардан мемлекеттік шығыстардың 21,2%-ы, амбулаториялық көмекке 18,2%-ы және ұзақ мерзімді медициналық көмек көрсетуге 17,6%-ы жіберіледі.

2022 жылы жеке шығыстар 1 трлн. 466 млрд. теңге немесе ЖІӨ-нің 1,4% және денсаулық сақтауға арналған ағымдағы шығыстардың 38% (12 - сурет).

Құрылымда жеке шығыстарға мыналар жатады: халықтың тікелей төлемдері-31% (1 трлн 198 млрд.теңге), кәсіпорындардың шығыстары - 6% (228 млрд. теңге), ЕМС қаражаты - 1% (38 млрд. теңге).



12-СУРЕТ - ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫҢ АҒЫМДАҒЫ ШЫҒЫСТАРЫНЫҢ %-ДАҒЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫҢ ЖЕКЕ ШЫҒЫСТАРЫ ҮЛЕСІНІҢ ДИНАМИКАСЫ

Тікелей төлемдер қызметтерді алу кезінде отбасылық бюджетке ауыртпалық түсіретін медициналық шығыстардың тікелей жүктемесін көрсетеді. Бұл жеке денсаулық сақтау шығыстарының негізгі бөлігі (2022 жылғы жеке шығыстардың 82%).

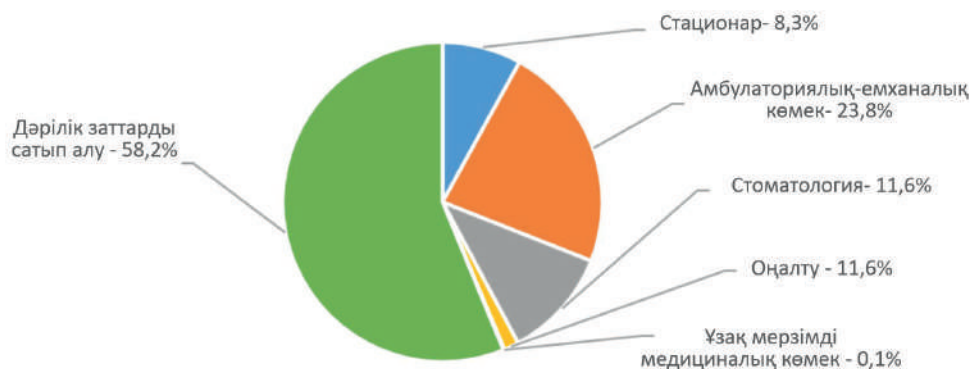
ҰДШ деректері бойынша халықтың денсаулық сақтау саласына тікелей төлемдері 2022 жылы 1 трлн. 198 млрд. теңге (ЖІӨ-нің 1,2% немесе денсаулық сақтауға арналған ағымдағы шығыстардың 31%). Өткен жылмен салыстырғанда (824 млрд теңге) бұл көрсеткіш 45%-ға өсті (13-сурет).

Номиналды түрде 2022 жылы 2021 жылмен салыстырғанда 45% өсім байқалғанымен, нақты мәнде бұл өсім 30% құрайды. 2017 - 2022 жылдар кезеңінде номиналды мәнде өсім 2,2 есе, ал нақты мәнде - 1,8 есе құрады.



13-СУРЕТ - ХАЛЫҚТЫҢ ДИНАМИКАДАҒЫ НОМИНАЛДЫ ЖӘНЕ НАҚТЫ (2017 ЖЫЛҒЫ БАҒАМЕН) ТӨЛЕМДЕРІ, МЫҢ ТЕҢГЕМЕН

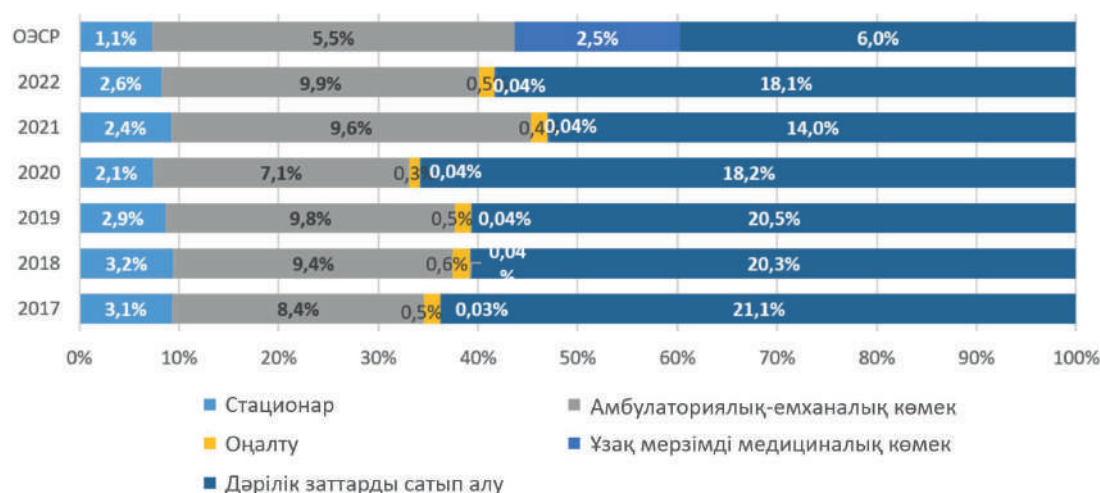
Денсаулық сақтау қызметтері түрлерінің құрылымында шығыстар былайша бөлінді: шығыстар құрылымында дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдарды сатып алуға жұмсалатын шығыстар басым (58,2%), үй шаруашылықтарының барлық шығыстарының 23,8%-ы амбулаториялық көмекке, 11,6%-ы стоматологиялық емге, үй шаруашылықтары төлемдерінің 8,3%-ы стационарлық көмек көрсетуге жұмсалады (14-сурет).



14-СУРЕТ - ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ҚЫЗМЕТТЕРІ БОЙЫНША ҮЙ ШАРУАШЫЛЫҚТАРЫНЫҢ ШЫҒЫСТАРЫН БӨЛУ

Шығыстардың құрылымына сәйкес Қазақстанда денсаулық сақтау қызметтеріне жұмсалатын шығыстардың динамикасында дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдарды сатып алуға жұмсалатын шығыстардың қысқаруы байқалады – 2017 жылғы денсаулық сақтауға арналған ағымдағы шығыстардың 24,1%-дан 2022 жылы 18,1%-ға дейін. Сондай-ақ, амбулаториялық-емханалық көмекке жұмсалатын шығыстардың 2017 жылғы 8,4%-дан 2022 жылы 9,9%-ға дейін аз өсуі және стационарлық көмекке жұмсалатын шығыстар үлесінің 2017 жылы 3,1%-дан 2022 жылы 2,6%-ға дейін төмендеуі байқалады (15-сурет).

Динамикадағы және ЭЫДҰ-мен салыстырғанда денсаулық сақтауға арналған ағымдағы шығыстардан қалта шығыстарының құрылымы:



15-СУРЕТ - ДИНАМИКАДАҒЫ АҒЫМДАҒЫ ШЫҒЫСТАРДЫҢ ҮЛЕСІ РЕТІНДЕ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУҒА ҚАЛТА ШЫҒЫСТАРЫНЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫ

1.2.3 МӘМС жүйесін енгізу

Бүгінгі таңда әлемдік тәжірибеде денсаулық сақтаудың көптеген модельдері бар, оларды қаржыландыру әдісі мен көздеріне байланысты төрт негізгі модельге бөлуге болады, олардың бір немесе басқа түрі басым болады:

- Бюджеттік модель: қаржыландырудың негізгі көзі-жалпы салық салу (Ұлыбритания, Канада, Солтүстік Еуропа елдері).
- Әлеуметтік медициналық сақтандыру: мемлекеттің, жұмыс берушілер мен қызметкерлердің (Германия, Франция, Жапония, Корея) міндетті бірлескен жарналары есебінен.
- Жеке медициналық сақтандыру: жұмыс берушілер немесе жұмысшылардың өздері төлейтін ерікті жарналар арқылы (АҚШ).
- Денсаулық сақтаудың жинақтаушы шоттары: халық ерікті жарналарды қалыптастырады (Сингапур).

Бірыңғай жұмыс істеу қағидаттарына қарамастан, денсаулық сақтаудың әмбебап моделі жоқ және нақты модельді таңдау ең алдымен экономиканың ерекшеліктері мен мүмкіндіктеріне, сондай-ақ әр елдің өмір сүру деңгейіне, тарихи, мәдени және басқа факторларына байланысты.

Дамыған елдерде, соның ішінде ЭЫДҰ елдерінде денсаулық сақтаудың ағымдағы шығыстары ЖІӨ-нің шамамен 10,2% құрайды. Польшадағы ЭЫДҰ елдері арасындағы ең төменгі көрсеткіш-ЖІӨ-нің 6,6%.

Денсаулық сақтау жүйелерінің тұрақтылығы үшін ДДҰ дамушы экономикаларда ЖІӨ-нің 5%-дан 8%-ға дейін, дамыған елдерде кемінде 9%-ын денсаулық сақтауға жіберуді ұсынады.

Мемлекеттік денсаулық сақтау шығыстары ЭЫДҰ елдеріндегі ағымдағы шығыстардың көп бөлігін құрайды, бұл жалпы соманың шамамен 77,2% құрайды. Литвада бұл көрсеткіш 70,1%, Ресейде – 70,5%, Польшада – 72,6%, Словенияда – 74,6%, Эстонияда – 78,5%, Қазақстанда-65,1%-ды құрайды.

Егер сатып алу қабілетінің паритеті бойынша жан басына шаққандағы денсаулық сақтауға арналған мемлекеттік шығыстарды қарастыратын болсақ, онда Қазақстанда 2022 жылы бұл сома 283 АҚШ долларын құрады, ал ЭЫДҰ елдерінде ол 3 941 АҚШ долларына жетті. Осылайша,

Қазақстанда денсаулық сақтауды қаржыландыру дамыған елдердегі орташа деңгейден едәуір артта қалып, ұлғайтуды талап етеді.

ЭЫДҰ елдерінде денсаулық сақтауға арналған қалта шығыстары ағымдағы шығыстардың орта есеппен 16,9% құрайды. Словенияда бұл көрсеткіш 11,8%, Польшада - 19,6%, Эстонияда - 19,9%, Ресейде - 27,7%, Қазақстанда - 27,7% тең. Жоғарыда айтылғандай, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы бұл көрсеткішті 20%-дан аспауға кеңес береді, себебі бұл медициналық қызметтердің қолжетімділігі мен саланы қаржыландыру тапшылығының маңызды көрсеткіштерінің бірі.

Әр түрлі елдердегі жарналар мен аударымдар да әр түрлі, мысалы, Германияда жарналар мен аударымдардың мөлшерлемесі 14,6% (жұмыс берушінің 7,3% және қызметкердің кірісінің 7,3%), Молдовада - 9,5% (қызметкердің табысынан), Словенияда - 13,45% (жұмыс берушінің 7,09% және қызметкердің табысының 6,36%), Литвада - 9% (жұмыс берушінің 3% және қызметкердің табысының 6%), Словакияда - 14% (жұмыс берушінің 10% және қызметкердің табысының 4%), ал Қазақстанда - 5% (жұмыс берушінің 3% және қызметкердің табысының 2%) құрайды.

Жоғарыда келтірілген деректер денсаулық сақтау жүйесінің үдемелі дамуы үшін макро және микроэкономиканың үнемі өзгеріп отыратын сын-қатерлеріне және халықтың өсіп келе жатқан қажеттіліктеріне икемді жауап беруге мүмкіндік беретін тұрақты қаржыландыру көздерін белгілеу қажет екенін көрсетеді.

Сондықтан 2020 жылы Қазақстанда МӘМС жүйесін қайта енгізу белгілі бір дайындық кезеңімен тұтастай алғанда елдің денсаулық сақтау жүйесін жоспарлы және кезеңдік дамытудың нәтижесі болды.

Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорын құру халықаралық сарапшыларды тарта отырып, әртүрлі деңгейдегі көпжылдық есептеулердің, даулардың, талқылаулардың қорытындысы болды.

Сала дамып, сондай-ақ жаңа технологиялар енгізілгендіктен, жүйенің даму қарқынын ұстап тұру және денсаулық сақтау шығыстарын толық жабу үшін қосымша қаржыландыру көздері қажет екендігі және осы негіздемелердің барлығы ел басшылығының деңгейіне жеткізілгені белгілі болды.

Шешім Мемлекет басшысының «Қазақстан-2050» Стратегиясы: қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты» Жолдауын, «Бес институционалдық реформаны іске асыру жөніндегі 100 нақты қадам» Ұлт жоспарын және «Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы» Қазақстан Республикасының Заңын (бұдан әрі - МӘМС туралы Заң) іске асыру шеңберінде қабылданды.

Жоғарыда айтылғандай, посткеңестік кезеңде жүйе экономиканың құлдырауы жағдайында енгізілді. Декларацияланған мемлекеттік кепілдіктердің үлкен көлемі жеткілікті қаржыландырумен толық қамтамасыз етілмеген.

2015 жылы қабылданған МӘМС туралы Заңға сәйкес 2017 жылғы 1 шілдеден бастап МӘМС жүйесіне аударымдар мен жарналарды жинақтау басталды. Халықтың жарналары мен аударымдарының мөлшерлемелері, оның ішінде олардың кезең-кезеңімен өсуі МӘМС туралы Заңмен бекітілген.

2017 жылдан 2019 жылға дейін МӘМС жүйесін жалпыұлттық деңгейде енгізу үшін дайындық жұмыстары жүргізілді. 2019 жылы Қарағанды облысында МӘМС пилоттық өткізілді. Бұл шаралар саланы қаржыландырудың тиімділігін арттыруға және денсаулық сақтауды 2020 жылдан бастап МӘМС жүйесін енгізуге дайындауға мүмкіндік берді.

2018 жылдан бастап МӘМС жүйесі енгізілгеннен кейін медициналық көмекті қаржыландыруда Қор шешуші рөл атқарады. Қор ТМҚКК (сақтандырылмағандарды қоса алғанда, барлық азаматтар үшін) және МӘМС (сақтандырылған адамдар үшін) шеңберінде медициналық қызметтерді стратегиялық сатып алушы болып табылады.

МӘМС туралы Заңға және 2016 жылғы 16 қыркүйекте № 969 бекітілген Қордың Жарғысына

сәйкес Қор мынадай функцияларды жүзеге асырады:

- аударымдар мен жарналарды жинақтау;
- денсаулық сақтау субъектілерінің қызметтеріне ақы төлеу;
- медициналық қызметтерді тұтынушылардың есебін жүргізу;
- денсаулық сақтау субъектілерінің есебін жүргізу;
- МӘМС жүйесінің ақпараттық жүйесін және электрондық ақпараттық ресурстарын құру және дамыту;
- денсаулық сақтау субъектілерінің қызметтерін сатып алу және төлеу;
- фармацевтикалық қызметтердің құнын төлеу;
- медициналық қызметтердің сапасы мен көлемі бойынша мониторинг;
- азаматтар мен заңды тұлғалардың өтініштері мен шағымдарын қарау;
- денсаулық сақтау субъектілерін есепке алу;
- денсаулық сақтау субъектілерінің деректер базасын қалыптастыру.

2020 жылдан бастап медициналық қызмет үш деңгейлі жүйе бойынша көрсетіледі:

- Медициналық қызметтердің ең аз тегін пакеті (ТМККК) барлығына қолжетімді (МСАҚ, шұғыл медициналық көмек, әлеуметтік мәні бар аурулар, паллиативтік көмек және т. б.);
- МӘМС пакеті сақтандырылған тұлғаларға беріледі (ҚДҚ, медициналық оңалту, ЖМК, ЖТМК және т. б.);
- Ерікті медициналық сақтандыру қосымша қызмет алғысы келетіндер үшін қол жетімді.

МӘМС енгізу нәтижесінде денсаулық сақтауды қаржыландыру 2 есеге артты. МӘМС жүйесін енгізу 2020 жылғы 1 қаңтардан бастап денсаулық сақтау секторына қосымша қаражат тартуға және қаржыландыруды 2019 жылмен салыстырғанда 108% а ұлғайтуға мүмкіндік берді. Егер 2019 жылы ТМККК шеңберінде медициналық көмекке арналған шығыстар шамамен 1 трлн теңгені құраса, 2022 жылы түзетуді ескере отырып, ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде медициналық көмекті қаржыландыруға көзделген шығыстардың жалпы сомасы 2,16 трлн теңгені құрайды. Қаржыландырудың өсуі медициналық көмектің барлық бағыттары бойынша жүзеге асырылды.

МӘМС жүйесінің өзі азаматтардың өз денсаулығы үшін ортақ жауапкершілігін арттыруды қамтамасыз етуге арналған, сондықтан азаматтардың 15 жеңілдікті санаты үшін жарналар мен аударымдарды төлеушілер мемлекет, жұмыс берушілер және жұмыскерлердің өздері болып табылады.

2022 жылы 1 090,4 млрд теңге түсті, бұл төлемдердің болжамды жалпы сомасының 101,1%-ды құрайды (12,1 млрд теңгеге артық).

Қазақстан өзінің дамуының өткен кезеңінде банк секторы мен цифрлық технологияларды дамытуда елеулі серпіліс жасағанын атап өту маңызды, бұл төлемдерді жинау және деректерді өңдеу жүйесін едәуір жеңілдетті. Кеңес одағынан кейінгі кеңістік елдерінде алғашқылардың бірі болып құрылған «Азаматтарға арналған үкімет» корпорациясы салық төлеушілер туралы барлық қажетті ақпаратты жинады, ал төлемдерді қадағалау бойынша енгізілген ақпараттық технологиялар Қордың және денсаулық сақтауды қаржыландыруды қамтамасыз ететін басқа да мемлекеттік жүйелердің ашықтығы мен есептілігін қамтамасыз етті.

Нәтижесінде, өткен жылмен салыстырғанда түсімдердің өсуі 45,1%-ды құрады.

Бұл ретте 39,9% төлемнің сомасы – мемлекеттің жарналары, 56,1% – жұмыс берушілердің аударымдары және қызметкерлердің жарналары, 2,3% – ЖК жарналары, қалғандары -1,7%.

2022 жылдың қорытындысы бойынша МӘМС жүйесінде медициналық көмек алуға құқығы бар адамдардың саны 16,3 млн.адамды немесе Қазақстан халқының 82,4%-ын құрайды, 2021 жылдың алдыңғы кезеңімен салыстырғанда 15,5 млн. адамды немесе халық санының 81,3%-ын құрады, бұл 1,1%-ға өсті.

2-КЕСТЕ - ТӨЛЕУШІЛЕРДІҢ САНАТТАРЫ

ТӨЛЕУШІЛЕРДІҢ САНАТТАРЫ	ҚР БОЙЫНША БАРЛЫҒЫ			
	2021 ЖЫЛ		2022 ЖЫЛ	
	САНЫ*	ЖАЛПЫ САНЫНА ҮЛЕСІ, %	САНЫ*	ЖАЛПЫ САНЫНА ҮЛЕСІ, %
АУДАРЫМДАР ЖӘНЕ (НЕМЕСЕ) ЖАРНАЛАР ТӨЛЕНГЕН ТҰЛҒАЛАР	17 467 568	91,3%	17 126 231	86,7%
ЖАРНАЛАРДЫ ТӨЛЕУДЕН БОСАТЫЛҒАН АДАМДАР	11 358 652	59,4%	11 481 325	58,3%
ЖАЛДАМАЛЫ ЖҰМЫСШЫЛАР	5 372 893	28,1%	4 896 038	24,8%
ЖЕКЕ КӘСІПкерлер ЖӘНЕ ЖЕКЕ ПРАКТИКАМЕН АЙНАЛЫСАТЫН АДАМДАР	289 443	1,5%	316 848	1,6%
МЖӘ ШАРТТАРЫ БОЙЫНША ЖҰМЫС ІСТЕЙТІН ЖЕКЕ ТҰЛҒАЛАР	125 938	0,7%	118 402	0,5%
БӘТ ТӨЛЕУШІЛЕР	199 088	1,0%	200 869	1,0%
ДЕРБЕС ТӨЛЕУШІЛЕР	121 554	0,6%	112 749	0,5%
МӘМС ЖҮЙЕСІНДЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК АЛУҒА ҚҰҚЫҒЫ БАР ТҰЛҒАЛАР	15 527 249	81,3 %	16 266 563	82,4 %
САҚТАНДЫРЫЛМАҒАН	3 598 371	18,7%	3 474 720	17,6%
БАРЛЫҚ ХАЛЫҚ	19 102 465	100%	19 741 283	100%

* төлеушілердің әрбір санаты бойынша бірегей тұлғалардың саны көрсетілген

Осылайша, 2022 жылдың қорытындысы бойынша ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде медициналық көмектің көлемі 2 142,8 млрд. теңгені (COVID-19 – ға қарсы күрес жөніндегі іс-шараларды төлеуге арналған шығыстар-39,3 млрд. теңге) құрады және 2021 жылмен салыстырғанда орта есеппен 0,8% - ға азайды (2 160 млрд. теңге, оның ішінде шығыстар COVID-19 – ға қарсы күрес жөніндегі іс-шараларға ақы төлеуге-449,2 млрд.теңге).

Бұл ретте, жалпы төмендеуді ескере отырып, медициналық қызметтердің барлық түрлері бойынша қаржыландырудың өсуі байқалады.

2022 жылдың қорытындысы бойынша Медициналық қызметтерді қаржыландыру құрылымындағы шығыстардың негізгі бөлігі МСАК, стационарлық медициналық көмек және консультациялық-диагностикалық қызметтерге тиесілі болды.

1.3 Жаһандық әлемдегі Қазақстанның денсаулық сақтауы

1.3.1 Тұрақты даму мақсаттарының жаһандық рейтингі/БҰҰ

Қазақстанның БҰҰ ТДМ №3 орындауы (Денсаулық сақтау)

Саланы одан әрі дамыту векторын таңдау үшін әлемдік рейтингтердегі Денсаулық сақтау орнын анықтау және оларға қол жеткізу үшін нақты мақсаттарды белгілеу стратегиялық маңызды. Елді әлемдік кеңістікте толыққанды орналастыру үшін кез-келген мемлекеттің

халықаралық стандарттармен, әсіресе әлеуметтік саясат саласында үйлесетін тиісті институционалдық негіздері болуы керек екенін түсіну маңызды.

Тұрақты даму мақсаттары (ТДМ) дамыған, дамушы және кедей мемлекеттердегі кедейлік пен әлеуметтік теңсіздікті жоюға бағытталған жаһандық тұжырымдама болып табылады. Халықаралық бағдарламаны Біріккен Ұлттар Ұйымына мүше елдер мақұлдады және қабылдады, олар 2030 жылға дейін 17 мақсатты жүзеге асыруға міндеттеме алды.

Тұрақты даму тұжырымдамасының бір бағыты – «Саламатты өмір салтын ұстану және кез-келген жастағы кез-келген адамның әл-ауқатына ықпал ету». Тұжырымдама қабылданған сәттен бастап Қазақстан ТДМ-ны ұлттық деңгейде іске асыра бастады. Бүгінгі таңда мониторинг жүйесіне 280 индикатор енгізілген: оның ішінде 205 – жаһандық, 75 – ұлттық.

ТДМ-ға қол жеткізу жөніндегі жаһандық рейтингте Қазақстанның ұстанымы әртүрлі жылдардағы көрсеткіштердегі байқалған оң және теріс динамикаға байланысты құбылмалы болып көрінеді. Мысалы, егер 2020 жылы ел 65-орынды, ал 2021 жылы 59-орынды иеленсе, БҰҰ-ның ТДМ-ға қол жеткізу жөніндегі есебіне сәйкес, 2023 жылы Қазақстан 66-орынды иеленіп, позициясын төмендетті (3-кесте).

3-КЕСТЕ - ТДМ 3 ИНДИКАТОРЛАРЫ БОЙЫНША КӨРСЕТКІШТЕР - САЛАМАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ ЖӘНЕ КЕЗ КЕЛГЕН ЖАСТАҒЫ БАРЛЫҚ АДАМДАР ҮШІН ӘЛ-АУҚАТҚА ЖӘРДЕМДЕСУ

ТДМ 3 – МЫҚТЫ ДЕНСАУЛЫҚ ПЕН ӘЛ-АУҚАТ	САНЫ	ЖЫЛ	РЕЙТИНГ	ТРЕНД
АНА ӨЛІМІНІҢ КОЭФФИЦИЕНТІ (100000 ТІРІ ТУҒАНҒА)	36,5	2020	17,0	2022
НЕОНАТАЛДЫҚ ӨЛІМ КОЭФФИЦИЕНТІ (1000 ТІРІ ТУҒАНҒА)	4,80	2020	4,53	2022
5 ЖАСҚА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРДЫҢ ӨЛІМ КОЭФФИЦИЕНТІ (1000 ТІРІ ТУҒАНҒА)	9,41	2020	9,88	2022
ТУБЕРКУЛЕЗБЕН СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚ (100 000 ТҰРҒЫНҒА ШАҚҚАНДА)	35,7	2020	36,5	2022
АИТВ-ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ ЖАҢА ЖАҒДАЙЛАРЫ (ЖҰҚТЫРЫЛМАҒАН 1000 ТҰРҒЫНҒА ШАҚҚАНДА)	0,18	2020	0,20	2022
ЖАСЫ БОЙЫНША ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫРЛАРЫ АУРУЛАРЫ, ОБЫР, ҚАНТ ДИАБЕТІ НЕМЕСЕ СОЗЫЛМАЛЫ РЕСПИРАТОРЛЫҚ АУРУЛАРДАН БОЛАТЫН ӨЛІМНІҢ СТАНДАРТТАЛҒАН ДЕҢГЕЙІ (%)	20,48	2020	16,63	2022
ЖОЛ-КӨЛІК ОҚИҒАЛАРЫ САЛДАРЫНАН БОЛАТЫН ӨЛІМ (100 000 ТҰРҒЫНҒА ШАҚҚАНДА)	11,38	2020	13,83	2022
ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ БАЛА ТУУ КОЭФФИЦИЕНТІ (15 ПЕН 19 ЖАС АРАЛЫҒЫНДАҒЫ 1000 ӘЙЕЛГЕ ШАҚҚАНДАҒЫ ТУУ САНЫ)	22,689	2020	19,71	2022
ҰЛТТЫҚ БАҒДАРЛАМАЛАРҒА ЕНГІЗІЛГЕН БАРЛЫҚ ВАКЦИНАЛАРМЕН ИММУНДАУМЕН ҚАМТЫЛҒАН ХАЛЫҚТЫҢ НЫСАНАЛЫ ТОБЫНЫҢ ҮЛЕСІ	90,2	2020	98,8	2022

1.3.2 Қазақстанның халықаралық рейтингтердегі орны

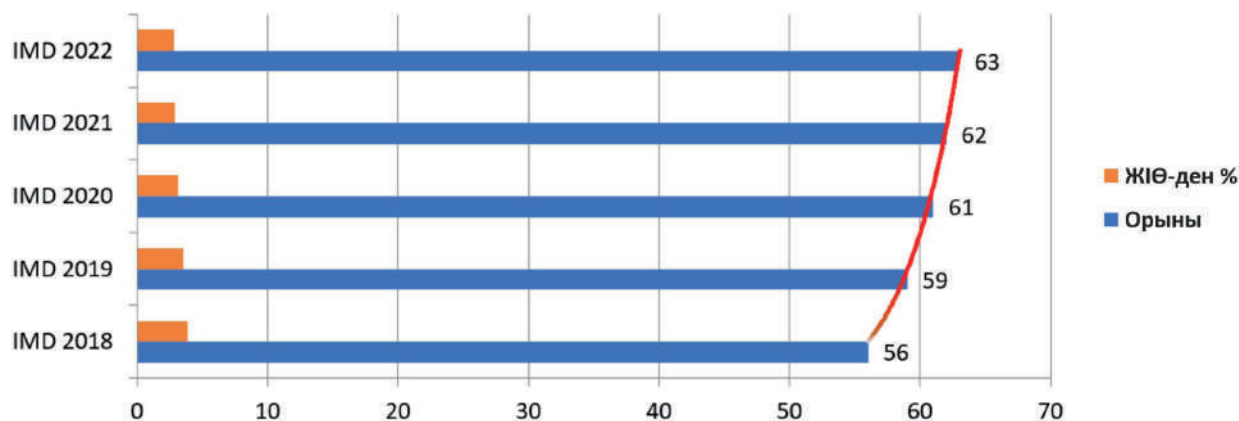
CEOWORLD Халықаралық рейтингінің деректері бойынша денсаулық сақтау жүйесінің деңгейі бойынша 2021 жылы Қазақстан ТМД елдері арасында 82-ші орынды иеленді. Рейтингке барлығы 89 мемлекет енгізілді. Елдер денсаулық сақтаудың жалпы индексі, Инфрақұрылым,

кадрлық ресурстар, дәрі-дәрмектердің қол жетімділігі, Үкіметтің дайындығы, сондай-ақ шығыстар сияқты көрсеткіштер бойынша бағаланды (4-кесте).

4-КЕСТЕ - SEOWORLD ДЕРЕКТЕРІ НЕГІЗІНДЕ 2021 ЖЫЛҒЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІ БОЙЫНША ЕЛДЕРДІҢ РЕЙТИНГІ [10]

ОРНЫ	ЕЛ	ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ИНДЕКСІ	ИНФРАҚҰРЫЛЫМ	МАМАНДАР	ШЫҒЫСТАР	ДӘРІНІҢ ҚОЛЖЕТІМДІЛІГІ	ҮКІМЕТТІҢ ДАЙЫН БОЛУЫ
57	БЕЛАРУСЬ	37,9	70,9	17,1	55,0	64,1	89,8
58	РЕСЕЙ	37,8	64,8	21,8	51,7	57,9	93,8
61	НЕПАЛ	37,1	71,8	14,1	55,0	73,7	87,9
68	АЛЖИР	35,6	72,0	19,7	54,4	71,7	91,6
70	КЕНИЯ	35,2	69,9	16,9	53,1	51,2	89,6
72	ДОМИНИКАНА	35,0	66,1	21,1	51,1	62,9	92,5
73	НИГЕРИЯ	34,8	96,3	16,0	66,8	82,8	89,4
79	ГРУЗИЯ	33,8	70,7	22,8	52,9	64,4	93,9
81	УКРАИНА	33,4	68,9	14,3	51,7	53,6	88,0
82	ҚАЗАҚСТАН	33,2	50,0	12,8	41,9	52,6	59,1
86	ӨЗЕРБАЙЖАН	32,9	77,8	13,8	56,1	59,4	87,4
89	ВЕНЕСУЭЛА	32,4	71,4	17,2	52,5	53,7	89,8

ДДҰ статистикалық деректері негізінде IMD халықаралық рейтингі Қазақстанның денсаулық сақтау саласындағы ұстанымының төмендеуін көрсетеді. Мәселен, 2022 жылы 63 респонденттің арасында Қазақстан ЖІӨ-нің 2,8% (63 орын) мәнімен көрсеткіш көрсетіп отыр. Бұл ретте IMD Әлемдік бәсекеге қабілеттілік рейтингінде индикаторлар ретінде денсаулық сақтауға арналған жалпы шығыстар (ЖІӨ%) салыстырылды (16-сурет) [11].



16-СУРЕТ - ҚАЗАҚСТАН IMD РЕЙТИНГІНДЕ

Қазақстан әлемдік бәсекеге қабілеттілік рейтингінде (2023)

Қазақстан 2023 жылы IMD Әлемдік бәсекеге қабілеттілік рейтингінде бағаланған 64 елдің ішінде 37-ші орында, өткен жылғы 43-ші орыннан алты орынға көтерілді.

Халықаралық менеджментті дамыту институты (IMD) жариялаған Әлемдік бәсекеге қабілеттілік рейтингі елдерді төрт негізгі санат бойынша 336 көрсеткіш негізінде бағалайды: экономикалық көрсеткіштер, мемлекеттік басқару тиімділігі, бизнес тиімділігі және инфрақұрылым. Бұл бағалау елдерді олардың экономикасы үшін бәсекелестік ортаны құру және қолдау қабілетіне қарай талдайды және бағалайды. Көрсеткіштерге қорытынды рейтингтің үштен екісін құрайтын сенімді деректердің және қалған үштен бірін құрайтын сауалнама нәтижелерінің жиынтығы кіреді.

Қазақстанның 43-ші орыннан 37-ші орынға көтерілуі 52-ші орыннан 49-шы орынға ауысқан ТМД өңірінде байқалатын бәсекеге қабілеттілік деңгейінің орташа артуына сәйкес келеді.

Қорытындылар мен ұсынымдар

Осылайша, Қазақстан экономикасы 10 жыл ішінде айтарлықтай өсті, бұл ЖІӨ-нің макроэкономикалық көрсеткішінен көрінеді, оның өсуі 2022 жылы (103,5 трлн. теңге) 2021 жылмен салыстырғанда 23,3% құрады (83,9 трлн. теңге)

Денсаулық сақтау шығыстарының өсуі де байқалады. Мәселен, 2022 жылы денсаулық сақтау саласына жұмсалған жалпы шығыстар 4,026 трлн. теңге, бұл 2021 жылғы көрсеткіштен 16%-ға артық (3,4 трлн. теңге). Алайда, денсаулық сақтауға жұмсалатын жалпы шығыстардың номиналды мәнде өсуіне қарамастан, олардың ЖІӨ-дегі үлесі ЖІӨ көрсеткішінің өсу қарқынының денсаулық сақтауға жұмсалатын жалпы шығыстардың өсу қарқынынан асып кетуіне байланысты ЖІӨ-нің 4,1%-дан ЖІӨ-нің 3,9%-на дейін қысқарды. Басқаша айтқанда, Қазақстанның ЖІӨ денсаулық сақтау саласының шығыстарына қарағанда жылдам қарқынмен өсуде.

Денсаулық сақтаудың ағымдағы шығыстары 3,855 трлн. теңге, бұл 2021 жылғы денсаулық сақтауға жұмсалатын ағымдағы шығыстардан 17%-ға жоғары (3,3 трлн. теңге). ЖІӨ-дегі ағымдағы шығыстардың үлесі де ЖІӨ-нің 3,9% - дан 3,7% - на дейін қысқарды.

Сондай-ақ, атаулы мәнде денсаулық сақтауға арналған ағымдағы шығыстар 560 млрд. теңгеге өскенін атап өтеміз, бұл көбінесе денсаулық сақтауға арналған жеке шығыстардың, атап айтқанда, қалта шығыстарының өсуіне байланысты болды. Қалта шығыстарының өсуі 2021 жылмен салыстырғанда 373 млрд.теңгені немесе 45% -ды құрады.

2022 жылы 2,4 трлн-ға жеткен денсаулық сақтау саласына мемлекеттік шығыстардың өсуі ДАШ-тың өсуіне аз әсер етті. теңге, бұл 2021 жылмен салыстырғанда 199 млрд. теңгеге немесе 9% - ға артық (2,2 трлн. теңге).

Денсаулық сақтауға арналған ағымдағы шығыстардың құрылымында мемлекеттік шығыстардың үлесіне - 62%, жеке шығыстардың үлесіне - 38% келеді. Бұлартеденсаулық сақтауға арналған жеке шығыстардың құрылымы былайша бөлінді: 31,1 % - үй шаруашылықтарының шығыстары, 5,9% - кәсіпорындардың шығыстары, 1% - ерікті медициналық сақтандыруға арналған шығыстар.

Айта кету керек, ЖІӨ-дегі мемлекеттік шығыстардың үлесі 2021 жылғы 2,6% - дан 2022 жылы 2,3% - ға дейін қысқарды.

Ал жеке шығыстардың үлес салмағы 2021 жылғы 1,3% - дан 2022 жылы 1,4% - ға дейін өсті.

Инфрақұрылымды дамытуға қомақты қаражат салу Қазақстанға қысқа уақыт ішінде халықаралық деңгейдегі медициналық клиникалардың заманауи желісін құруға және диагностика мен емдеудің жаңа әдістерін енгізуге мүмкіндік берді.

Алайда, саланы қаржыландыруды ұлғайтуға бағытталған айқын өзгерістерге қарамастан, денсаулық сақтаудың қаржылық тұрақты моделін құруда белгіленген мақсаттарға қол жеткізу мүмкін болмады, бұған келесі себептер кедергі болды:

- ұзақ дайындық кезеңіне және қаржыландырудың ынтымақты моделін енгізу үшін институционалдық негіздердің құрылуына қарамастан, реформаны енгізу әлемдік экономикадағы кезекті дағдарыспен, кейіннен бағаның өсуімен және ұлттық валютаның девальвациясымен түспа-түс келді. Осылайша, қосымша қаражат күтілетін нәтиже бермеді және олардың әсері инфляциялық процестермен теңестірілді;

- енгізу процесінде экономиканың өсуін және салықтық түсімдердің ұлғаюын күтіп, жарналар мен аударымдардың төмендеу жағына қарай пайыздық мөлшерлемелері төмендетілді, бұл әлемдік экономикадағы, әсіресе пандемия кезеңіндегі дағдарыстық процестерге байланысты болған жоқ.

Нәтижесінде жиналған қаражат көлемі қабылданған міндеттемелерге сәйкес келмеді, бұл қаржылық тапшылықты және халықтың наразылығының өсуін тудырды және мемлекет алдында денсаулық сақтаудың сақтандыру моделін одан әрі дамыту мен қаржыландырудың бюджеттік жүйесіне қайта оралу арасында кезекті рет таңдау пайда болды.

Бұл жағдайда жүйе одан әрі жетілдіруді және қаржыландыруды халықаралық сарапшылар ұсынған деңгейге дейін едәуір арттыруды немесе мемлекет кепілдіктерін түбегейлі қысқартуды талап ететіні белгілі болды.

Осыған байланысты, жақын арада мемлекеттің назары осы мәселені шешуге бағытталатын болады.

Бұл өте маңызды, өйткені ТДМ-ға қол жеткізу бойынша жаһандық рейтингте Қазақстанның позициясы әртүрлі жылдардағы көрсеткіштердегі байқалған оң және теріс динамикаға байланысты құбылмалы болып көрінеді, ал егер 2020 жылы ел 65-орынды, 2021 жылы 59-орынды иеленген болса, онда БҰҰ-ның ТДМ-ға қол жеткізу жөніндегі есебіне сәйкес, 2023 жылы Қазақстан позициясы төмендеді (66-шы орын). Ұқсас позиция және көптеген басқа позициялар бойынша.

Саланың одан әрі үдемелі дамуын қамтамасыз ету үшін бөлінетін қаражатты ұтымды пайдалану үшін пәрменді тетіктерді енгізу қажет екені белгілі болады. Жағдай қазіргі жағдайды сақтай отырып, мемлекет пен оның қаржылық мүмкіндіктері арасындағы алшақтық одан әрі арта түсетіндігімен қиындады, бұл жүйенің тұрақсыздығына әкелуі мүмкін.

2-ТАРАУ.

ХАЛЫҚТЫҢ
ДЕНСАУЛЫҚ
ЖАҒДАЙЫ
(HEALTH STATUS)

2- ТАРАУ. ХАЛЫҚТЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ (HEALTH STATUS)

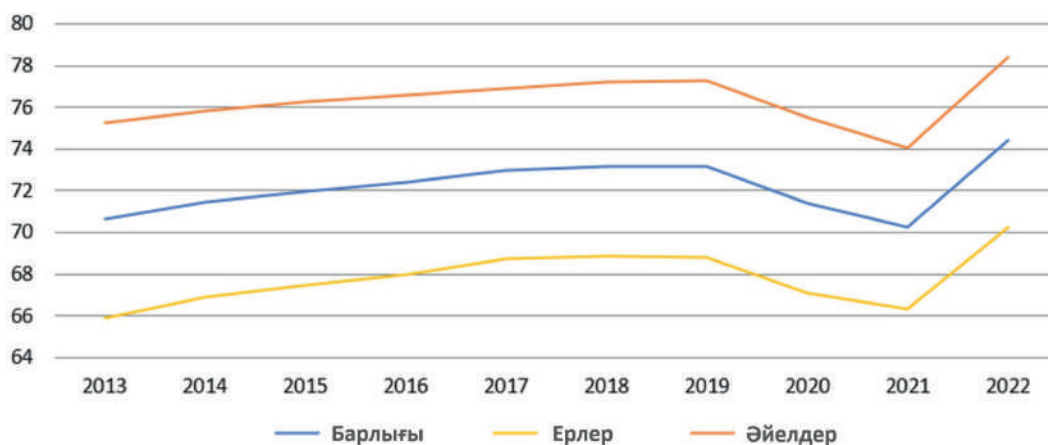
2.1 Халық денсаулығының негізгі көрсеткіштері

2.1.1 Туған кездегі күтілетін өмір сүру ұзақтығы

Туған кездегі өмір сүру ұзақтығы - бұл ұрпақтың өмір бойы әр жастағы өлім деңгейі осы көрсеткіш есептелген жылдағыдай болған жағдайда туған ұрпақтың бір адамы орта есеппен өмір сүретін жылдар саны.

(ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ СТРАТЕГИЯЛЫҚ ЖОСПАРЛАУ ЖӘНЕ РЕФОРМАЛАР АГЕНТТІГІНІҢ ҰЛТТЫҚ СТАТИСТИКА БЮРОСЫ)

ДДҰ анықтамасына сәйкес, туу кезіндегі өмір сүру ұзақтығының (бұдан әрі-ӨСҰ) көрсеткіші қазіргі әлемдегі халықтың әлеуметтік-экономикалық және демографиялық әл-ауқатының негізгі индикаторларының бірі болып саналады.



17-СУРЕТ - ҚР-ДАҒЫ 10 ЖЫЛДАҒЫ ӨСҰ КӨРСЕТКІШІ

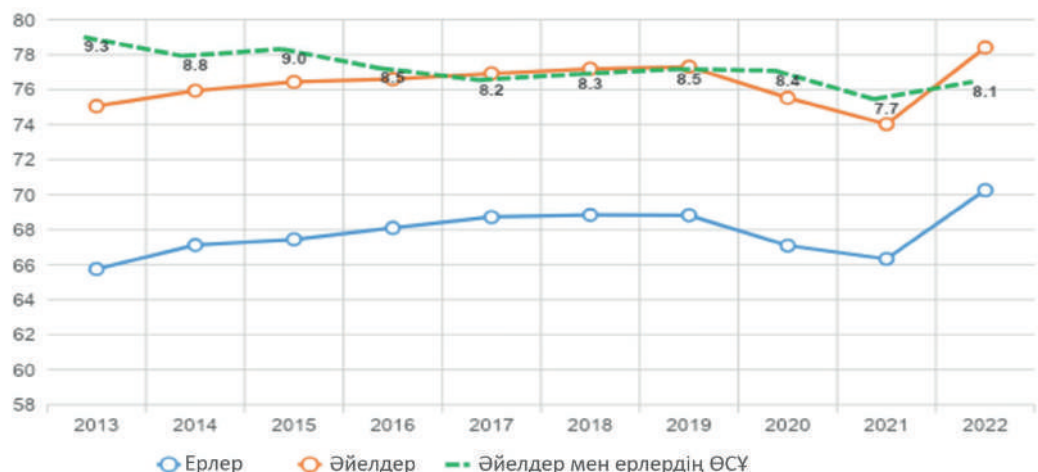
5-КЕСТЕ – ЦИФРЛАРДАҒЫ ӨСҰ

ЖЫЛ	ЕРЛЕР МЕН ӘЙЕЛДЕР	ЕРЛЕР	ӘЙЕЛДЕР
2013	70,45	65,75	75,06
2014	71,62	67,12	75,94
2015	71,95	67,44	76,44
2016	72,30	68,10	76,60
2017	72,95	68,72	76,92
2018	73,15	68,84	77,19
2019	73,18	68,82	77,30
2020	71,37	67,09	75,53
2021	70,23	66,33	74,03
2022	74,44	70,26	78,41

Кестеден көріп отырғаныңыздай, 10 жыл ішінде бұл көрсеткіштің тұрақсыз сипаты байқалады. Егер 2013 жылдан бастап 2014 жылға өсім 1,7%-ді құраса, 2015 жылдан бастап 2018 жылға дейін-орта есеппен 0,6% - 0 құраса, 2019 жылы ӨСҰ көрсеткіші іс жүзінде 2018 жылғы деңгейде қалып, 73 жасты құрады.

Коронавирус инфекциясының кең таралған кезеңінде үш жылдан аз уақыт жоғалды.

Дегенмен, баяу, бірақ әлі де әйелдер мен ерлердің ӨСҰ алшақтығы төмендеу үрдісіне ие, бұл азаматтардың денсаулық жағдайын бағалаудағы оң динамиканың көрсеткіші болып табылады.



18-СУРЕТ - ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА 2013-2022 ЖЫЛДАРЫ ТУҒАН КЕЗДЕ ӘЙЕЛДЕР МЕН ЕРЛЕРДІҢ ӨМІР СҮРУ ҰЗАҚТЫҒЫНЫҢ ДИНАМИКАСЫ

Алайда, ерлер мен әйелдер арасындағы ЖӨҰ көрсеткіштерінің алшақтығы дамыған елдермен салыстырғанда елеулі болып қала береді, бұл қоғамда бар проблемалар туралы айтады және өмір сүру ұзақтығына әсер ететін саланың негізгі көрсеткіштеріне назар аударуды талап етеді.

2.1.2 Жалпы өлім

Жалпы, 2013-2022 жылдар кезеңінде Қазақстан Республикасында жалпы өлім көрсеткішінің 2013 жылғы 1000 адамға шаққанда 7,98-ден 2022 жылы 6,77-ге дейін төмендеу үрдісі байқалады және бұл фактор ерекше назар аударуға лайық.

Мақсатты қаржыландырумен қабылданған Мемлекеттік бағдарламалар денсаулық сақтау жүйесінің әлеуетін айтарлықтай жақсартты және бұрын халықтың кең тобына қол жетімді болмаған көптеген медициналық көмек түрлері пациенттерге жақындай түсті және қаржыландыру қағидаттарын қайта құрылымдау аурулардың көптеген түрлерін диагностикалау мен емдеудің заманауи технологияларын дамытуға мүмкіндік берді.

Қазіргі уақытта Қазақстан Республикасында өлімнің негізгі себебі қанайналым жүйесінің аурулары болып қала береді (өлімнің жалпы санының 22,7%-ы, халықтың 1000 адамына 1,54-і). Олардың ең үлкен үлесі – жүректің ишемиялық ауруы (халықтың 1000 адамына 0,51) және цереброваскулярлық аурулар (халықтың 1000 адамына 0,50).

Өлімнің құрылымында екінші орынды ісіктер иеленді (өлімнің жалпы санының 10,3%, халықтың 1000 адамына 0,70), оның 0,68 – қатерлі ісіктерден болатын өлім көрсеткіші.

Үшінші орында – тыныс алу ағзаларының аурулары (9,8%).

Бұл ретте қанайналым жүйесі ауруларынан өлім көрсеткіші 10 жыл ішінде 25,56%-ға қысқарды және 2022 жылы халықтың 1 000 адамына 1,54, қатерлі ісіктерден – 30,89%-ға қысқарды және халықтың 1 000 адамына 0,68 құрады.

Сондай-ақ, соңғы 10 жылда Қазақстан Республикасында туберкулезге қарсы күрес бойынша елеулі жетістіктерге қол жеткізілді.

2022 жылы туберкулезбен байланысты өлім деңгейі халықтың 1000 адамына шаққанда 0,04 құрады, бұл 2013 жылмен салыстырғанда 75% - ға аз (халықтың 1000 адамына шаққанда 0,05).

COVID-19 пандемиясы өлімнің негізгі себептерінің барлық спектрі бойынша халық өлімінің деңгейі мен құрылымына айтарлықтай әсер еткенін айта кету керек. Мәселен, 2021 жылы жалпы өлім көрсеткіші 2013 жылмен салыстырғанда 19,3%-ға, оның ішінде қанайналым жүйесінің аурулары есебінен (9%-ға өсу) өсімді көрсетті. Бұл ретте Қазақстан Республикасының аумағында COVID-19 пандемиясының бірінші жылында деңгейі 82,8%-ға, екінші жылы – 62%-ға ұлғайған тыныс алу ағзаларының аурулары себебінен халық өлімінің динамикасы бұрын-соңды болмаған болып табылады (6-кесте).

6-КЕСТЕ - ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ 2013-2022 ЖЫЛДАРДАҒЫ ӨЛІМ КӨРСЕТКІШІНІҢ ДИНАМИКАСЫ

ЖЫЛДАР	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ӨЛІМНІҢ ЖАЛПЫ КӨРСЕТКІШІ	7,98	7,57	7,51	7,37	7,15	7,13	7,19	8,60	9,52	6,77
ҚАНАЙНАЛЫМ ЖҮЙЕСІНІҢ АУРУЛАРЫ	2,07	1,69	1,97	1,78	1,74	1,67	1,63	1,93	2,26	1,54
АС ҚОРЫТУ ЖҮЙЕСІНІҢ АУРУЛАРЫ	0,63	0,63	0,74	0,71	0,64	0,62	0,64	0,68	0,66	0,54
ТЫНЫС АЛУ АҒЗАЛАРЫНЫҢ АУРУЛАРЫ	0,67	0,70	1,04	1,02	0,92	0,86	0,87	1,22	1,08	0,66
ЖАЗАТАЙЫМ ОҚИҒАЛАР, ЖАРАҚАТТАР ЖӘНЕ УЛАНУ	0,95	0,85	0,84	0,75	0,69	0,66	0,65	0,57	0,59	0,56
ИНФЕКЦИЈАЛЫҚ ЖӘНЕ ПАРАЗИТТІК АУРУЛАР	0,10	0,09	0,09	0,07	0,07	0,07	0,07	0,15	0,07	0,06
ҚАТЕРЛІ ЖӘНЕ ҚАТЕРСІЗ ІСІКТЕР	1,01	1,07	1,07	0,90	0,85	0,82	0,81	0,80	0,75	0,70

Денсаулық сақтау жүйесін жетілдіру және халықтың әл - ауқатын қамтамасыз ету жөніндегі іс-шаралар кешенін іске асыру нәтижесінде экономикалық ынтимақтастық және даму ұйымы (бұдан әрі - ЭЫДҰ) елдері мен Қазақстан арасында ӨЖС деңгейі бойынша алшақтық қысқарды. Мәселен, егер 2015 жылы айырмашылық 8,8 жыл болса (ЭЫДҰ - 80,6 жыл, ҚР - 71,78 жыл), 2019 жылы алшақтық 7,5 жылға дейін қысқарды (ЭЫДҰ - 80,7 жыл, ҚР - 73,18 жыл).

Алайда, 2021 жылы коронавирус инфекциясының (бұдан әрі - КВИ) пандемиясына байланысты елдегі сырқаттанушылық пен өлім көрсеткіштерін арттыру есебінен орташа КӨҰ көрсеткіші 70,23 жылға дейін нашарлады.

2022 жылдың қорытындысы бойынша қазақстандықтардың орташа өмір сүру ұзақтығы Тарихи ең жоғары деңгейге - 74,44 жасқа жетті және бұл құбылыс жеке зерттеуді талап етеді және көрсеткішті жақсартудың ықтимал факторларының бірі. Денсаулық сақтау мәселелерін шешуге жүйелі көзқарас және аурулардың алдын алу негіздері бойынша халық арасында кең ауқымды ақпараттық-насихаттау жұмысы болып табылады.

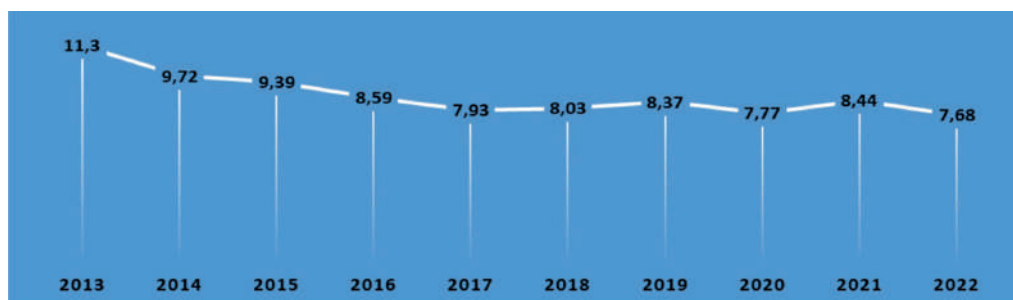
Сонымен қатар, белгілі бір мақсатты қысқа мерзімде шешу үшін барлық күштер мен құралдарды жұмылдыру болды, бұл сөзсіз кумулятивті нәтиже берді. Алынған тәжірибе болашақта жүйенің алдында тұрған басқа мәселелерді шешу үшін қолданылуы керек.

2.1.3 Нәресте өлімінің көрсеткіші

Ана мен бала денсаулығын қорғау Қазақстан Республикасының бірінші кезектегі міндеті болып табылады және әйелдердің, балалардың және олардың отбасыларының денсаулығына, оның ішінде босанғанға дейінгі және босанғаннан кейінгі күтім мен көмекке қолжетімділікке, нәресте өлімін ерте анықтауға және алдын алуға бағытталған.

COVID -19 пандемиясының алдындағы онжылдықта (2009 жылдан 2019 жылға дейін) елде көрсеткіште оң динамика байқалды, нәресте өлімі 2,2 есеге (1000 тірі туғанға 18,3 -тен 8,37-ге дейін) төмендеді. Жалпы алғанда бұл көрсеткіштердің орташа жылдық төмендеу қарқыны 7,3 құрады.

Бұған бірқатар мемлекеттік бағдарламалар мен ұлттық жобаларды іске асыру арқылы қол жеткізілді, оның аясында Қазақстанда перинаталдық орталықтар желісі құрылды, акушерлік және педиатриялық қызметтер жаңартылды, денсаулық сақтауды тұрақты қаржыландыру қамтамасыз етілді. Ауруларды диагностикалау мен емдеудің заманауи әдістері енгізілді, жаңа клиникалық хаттамалар әзірленді, дәлелді медицина қағидаттарына және жүкті әйелдерге, босанатын әйелдерге, босанған әйелдерге және жаңа туған нәрестелерге шұғыл көмек көрсету әдістерін жетілдіру, тиімді перинаталдық көмек, ДДҰ ұсынған қауіпсіз ана болу принциптеріне негізделген.



19-СУРЕТ - ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ 2013-2022 ЖЫЛДАРДАҒЫ НӘРЕСТЕ ӨЛІМІ КӨРСЕТКІШІНІҢ ДИНАМИКАСЫ

Амбулаториялық деңгейде балалардың денсаулығын нығайту және сақтау бойынша бірқатар шаралар жүзеге асырылды. Баланың, отбасының және қоғамның әл-ауқатына әсер ететін педиатриялық тәуекелдерді жүзеге асыруды азайту мақсатында 2017 жылы Қазақстанда патронаттық қызметтің әмбебап прогрессивті моделінің бағдарламасы енгізілді.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының балалық шақтағы ауруларды интеграциялап жүргізу стратегиясы (бұдан әрі - БШАИЖС) енгізілді. БШАИЖС денсаулық сақтау провайдерлерінен де, отбасы мүшелерінен де дереу назар аударуды қажет ететін жағдайлары бар жаңа туған нәрестелерге ерекше назар аударады. БШАИЖС дұрыс енгізу бес жасқа дейінгі балалардағы өлімді азайтуға, уақтылы медициналық көмек көрсетуге және дұрыс тамақтанбаудан туындаған жағдайларды жақсартуға көмектеседі.

Қазақстанда жыл сайын 2500-ден 4000-ға дейін жаңа туған нәресте әртүрлі туа біткен ауытқулармен және даму ақауларымен дүниеге келеді, оның 2000-ға жуығы жаңа туған кезеңде хирургиялық түзетуді қажет етеді (неонатальды хирургия).

Ота жасалған нәрестелер мен жас балалар арасындағы өлім орташа есеппен 20% құрайды. Операциядан кейінгі кезеңдегі мейірбике ісі осы санаттағы балалардың аман қалуында маңызды рөл атқарады. Өңірлердің басым көпшілігінде жаңа туған нәрестелерге хирургиялық көмек көрсету көп бейінді балалар ауруханаларының құрамына кіретін неонаталдық хирургия бөлімшелерінде жүзеге асырылады, оларда жаңа туған нәрестелерді күтуге жағдай жасалмаған, неонатологтар мен неонаталдық медбикелер жоқ, қанағаттанарлықсыз материалдық-техникалық жарақтандыру, және кадрлардың біліктілігінің жеткіліксіздігі.

2021 жылы COVID-19 пандемиясының нәтижесінде нәресте өлімі көрсеткіші 8,6%-ға өсіп, 1000 тірі туылғанға шаққанда 8,44-ті құрады. Бұл 2020 жылмен салыстырғанда балалар арасында COVID-19 ауруы 5,6 есеге, жүкті әйелдер арасында COVID-19 аурушандығының 2,3 есеге, ауыр жағдайлар санының 2,5 есеге және мерзімінен бұрын босану 3%-ға өсумен байланысты.

2022 жылдың аяғында нәресте өлімінің көрсеткіші 1000 тірі туылғанға шаққанда 7,68 құрады, бұл 2021 жылмен салыстырғанда 9%-ға төмен (8,44).

Нәресте өлімінің құрылымы өзгеріссіз қалады, бірінші орында перинаталдық кезеңнің жағдайы, екінші орында туа біткен даму кемістігі, үшінші орында жұқпалы аурулар, төртінші орында жазатайым оқиғалардан болатын өлім.

Тәуліктік өлім-жітім көрсеткіші соңғы 3 жылда өзгеріссіз қалды және 2022 жылдың аяғында 1,3 құрады, нәресте өлімінің құрылымында 16% құрайды. Үйде өмірінің бірінші жылындағы балалардың өлім-жітім көрсеткіші 1000 тірі туылғанға шаққанда 0,50-ді құрайды, соңғы үш жылдағы динамикалық маңызды өзгерістерсіз жалпы құрылымда 6,2% құрайды.

Нәресте өлімінің құрылымында бақыланатын себептерден болатын өлімнің болуы ата-аналардың қауіпті белгілер туралы хабардар болуының төмендігін, медициналық көмекке кеш жүгінуін, алғашқы медициналық-санитарлық көмектің патронаждық қызметінің жеткіліксіз жұмысын көрсетеді.

Осылайша, Қазақстан нәресте өлімін азайтуда оң жетістіктерге қол жеткізді. Бұл ретте медициналық ұйымдарды жарақтандыруды ұлғайту, персоналдың біліктілігін арттыру, диагностика мен емдеудің жаңа әдістерін енгізу арқылы алғашқы медициналық-санитарлық көмекті одан әрі жетілдіру, жоғары мамандандырылған медициналық көмектің қолжетімділігін арттыру қажет.

2.1.4 Ана өлімінің көрсеткіші

Қазіргі жағдайда ана өлімі қоғамның әлеуметтік-экономикалық әл-ауқатының жетекші өлшемдерінің бірі ретінде қарастырылуда. Бұл көрсеткіш ӨЖС-ға тікелей әсер етпесе де, ана өлімі жеке ұйымда, өңірде және тұтастай алғанда елде денсаулық сақтау ұйымының әрекет қабілеттілігін бағалаудың индикаторы болып табылады.

Ана өлімін төмендетудің маңызды факторларының бірі барлық кезеңдерде білікті және сапалы көмек көрсету болып табылады. Алайда, заңнамалық базаны жаңғыртуға, сондай-ақ Акушерлік және гинекология саласының мамандары үшін жоғары біліктілік талаптарына қарамастан, көптеген қызметтердің жұмысындағы, олардың басқа буындармен өзара іс-қимылындағы өзекті мәселелер болып табылады, бұл өз кезегінде жүкті әйелдерде ауыр жағдайлардың даму қаупін арттырады және ана шығыстарын қалыптастырады.

Ұлттық статистика бюросының мәліметтері12 2022 жылы ана өлімінің көрсеткіші 100 000 тірі туғандарға шаққанда 17,0 құрады, бұл 2013 жылғы ұқсас көрсеткіштен 35% - ға жоғары (100 000 тірі туғандарға шаққанда 12,6) (сурет 20) [41].

Ана өлімінің күрт өсуі 2020-2021 жылдары тіркелді және бүкіл ел бойынша COVID-19 коронавирус инфекциясының өсуімен байланысты.



20-СУРЕТ - ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ 2013-2022 ЖЫЛДАРДАҒЫ АНА ӨЛІМІ КӨРСЕТКІШІНІҢ ДИНАМИКАСЫ

Пандемия кезінде COVID-19-дан «артық» өлімнің өсуі инфекциялық агентпен, «дельта» коронавирус штамының жоғары патогенділігімен, аурудың ауыр және найзағай ағымымен, аналардың соматикалық денсаулығымен, жүкті әйелдердің физиологиялық жағдайының ерекшеліктерімен және ковидтен кейінгі асқынулармен байланысты.

Сонымен қатар, Халықаралық ғылыми басылымдарда жетекші елдердің ғалымдары COVID-19-ның алыс салдары аурудың өзінен де қауіпті болуы мүмкін екенін атап өтті. Қалпына келтірілгеннен кейін де жүйелік қабыну және прокоагулянттық белсенділіктің жоғарылауы ұзақ уақыт сақталуы мүмкін, бұл жағымсыз нәтижелерге әкелуі мүмкін, әсіресе жүкті әйелдер үшін ұзақ мерзімді перспективада. МИС мәліметтері бойынша, әйелдер арасындағы сырқаттанушылық 2022 жылы 4,2%-ға өсті, ал әйелдер денсаулығының индексі 70%-ға дейін төмендеді.

Сонымен қатар, АӨ көрсеткішінің төмендеуімен келесі 4 жылда аналардың өлімінің төмендеуінің жоғары қарқынына қол жеткізу мүмкіндігі жоқ, мұнда ана өлімі көрсеткішінің жыл сайынғы төмендеуі 1,5 - 2%-ға болуы мүмкін.

2022 жылдың қорытындысы бойынша ковидтен кейінгі кезеңде медициналық көмекті ұйымдастыруды жақсарту бойынша жүйелі шаралар қабылдау нәтижесінде АӨ-ні 100 мың тірі туғанға шаққанда 44,7-ден (2021 жыл) **17,0-ге** дейін **2,6** есе төмендетуге қол жеткізілді.

Жүкті әйелдердің экстрагениталдық аурулары (бұдан әрі - ЭГА) ана өлімінің себептері арасында жетекші орындардың бірін алады. Қазақстан Республикасы бойынша орта есеппен 1 жүкті әйелге шаққандағы аурулар саны 1,2 құрайды.

Сонымен, 2022 жылы ана өлімінің құрылымындағы негізгі себеп экстрагениталдық аурулар болды (50%).

Екінші орында - акушерлік қан кету (13%), үшінші орында - преэклампсия, эклампсия және сепсис (әрқайсысы 11%).

Сонымен қатар, ковидтен кейінгі кезеңде **жүкті әйелдер арасында экстрагениталдық патологияның өсуі байқалды** (коронавирус инфекциямен ауырған) МҚЖБ, тромбоз, ЖҚЖ, онкопатология және т.б., бұл жүктілік пен босану барысына әсер етті.

Соңғы жылдары 35 жастан асқан әйелдерде жүктіліктің өсу тенденциясы байқалды, олар осы жасқа дейін қолайсыз соматикалық фонға ие және күрделі акушерлік тарихы бар, бұл қазіргі жүктіліктің асқыну қаупін арттырады.

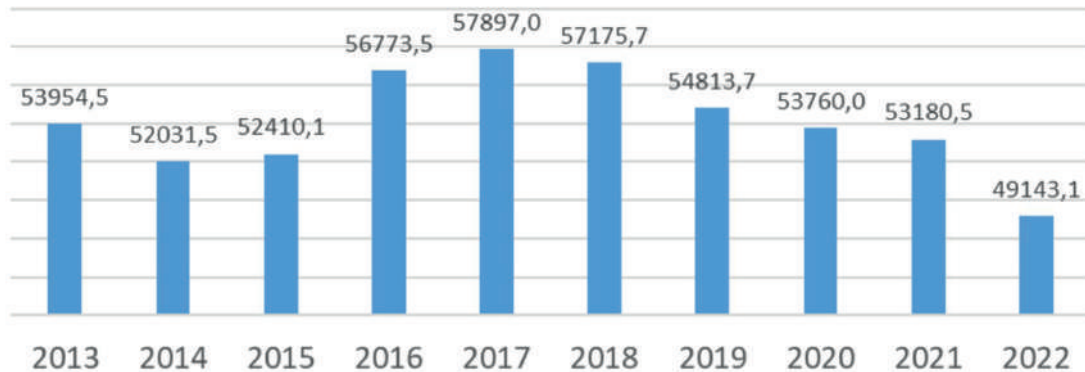
Сонымен қатар, ұйымдастырушылық - әдістемелік (логистиканы анықтау, жүкті әйелдерді бағдарлау, кадрларды орналастыру және оқыту және т. б.), әлеуметтік-демографиялық (ірі қалалардағы халықтың көші-қон өсімі, әйелдердің әлеуметтік мәртебесінің төмендігі және қанағаттанарлықсыз отбасылық қатынастар) және халықтың ортақ жауапкершілігінің болмауы сияқты жүктілік пен босанудың қолайсыз нәтижесіне әсер ететін маңызды факторлар бар (пациенттердің хабардар болмауына байланысты кеш жүгінуі, дәрігерлердің ұсынымдарын орындамауы және тұрақты келмеуі, ауыр жағдайда ауруханаға жатқызылуы).

2.2 Негізгі инфекциялық емес аурулар және қауіп факторлары

2.2.1 ИЕА негізгі кластары бойынша сырқаттанушылық көрсеткіштері (таралуы, бастапқы сырқаттанушылық, өлім)

Бастапқы сырқаттанушылық көрсеткіші

2013 - 2022 жылдары Қазақстан Республикасы бойынша бастапқы сырқаттанушылық динамикасын (өмірінде алғаш рет тіркелген аурулар саны, тиісті халықтың 100 000 адамына) талдау негізгі көрсеткіштер бойынша оның жалпы алғанда 8,9% - ға (2013 жылы 53 954,5-тен 2022 жылы 49 143,1-ге дейін) төмендегенін көрсетті. Осы көрсеткіш бойынша халықтың сырқаттану деңгейі 2017 жылы ең жоғары болды (халықтың 100 000 адамына 57 897,0).



21-СУРЕТ - ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ 2013-2022 ЖЫЛДАРДАҒЫ АНА ӨЛІМІ КӨРСЕТКІШІНІҢ ДИНАМИКАСЫ

2022 жылы бастапқы сырқаттанушылықтың ең жоғары деңгейі тыныс алу ағзаларының аурулары (халықтың 100 000 адамына 20 130,80, 40,96%), ас қорыту ағзаларының аурулары (халықтың 100 000 адамына 3 794,50, 7,72%), несеп-жыныс жүйесінің аурулары (халықтың 100 000 адамына 2 889,60, 5,9%), қанайналым жүйесінің аурулары бойынша тіркелді (халықтың 100 000 адамына 2 618,10, 5,3%), сондай-ақ жарақаттар мен уланулар (халықтың 100 000 адамына 2 494,10, 5,1%).

2013 жылмен салыстырғанда ең үлкен өсім туа біткен ауытқулар (1,7 есе), неоплазмалар (1,6 есе), тірек-қимыл аппаратының аурулары және дәнекер тінінің аурулары (1,4 есе) бойынша байқалды.

2.2.2 0-14 жастағы балалар сырқаттанушылығының динамикасы мен құрылымы

10 жыл ішінде 14 жасқа дейінгі балалардың бастапқы сырқаттануы 25%-ға төмендеп, 2022 жылы тиісті халықтың 100 мың адамына шаққанда 68 943,20 көрсеткішке жетті.

Талданатын кезең ішінде алғаш рет анықталған сырқаттанушылықтың жетекші класы тыныс алу ағзаларының аурулары болды, олардың жиілігі 10 жылда 27%-ға төмендеп, 2022 жылы тиісті халықтың 100 мың адамына шаққанда 40 118,40-қа жетті.

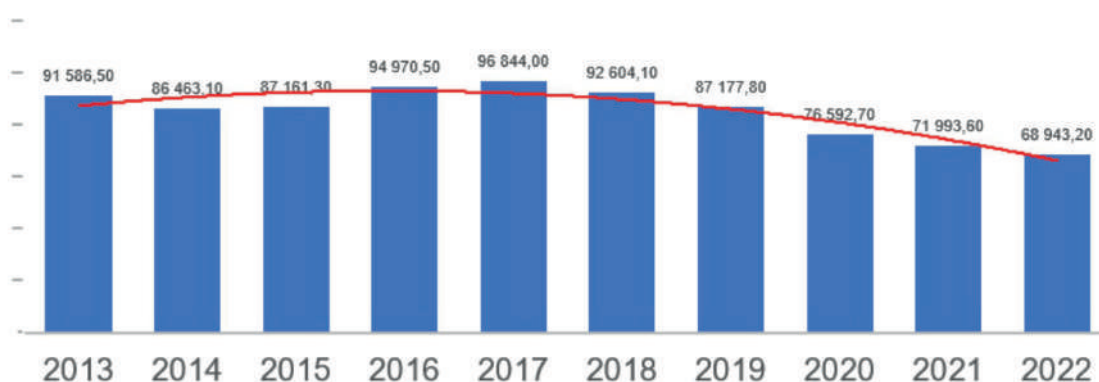
Екінші және үшінші позицияларда ас қорыту жүйесінің аурулары (6 327,10) және тері мен тері астындағы тіндердің аурулары (3 112,30) жиілігі айтарлықтай артта қалды.

7-КЕСТЕ - ӨМІРІНДЕ АЛҒАШ РЕТ ДИАГНОЗЫ ҚОЙЫЛҒАН 0-14 ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАР СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҒЫНЫҢ ДИНАМИКАСЫ МЕН ҚҰРЫЛЫМЫ (ТИІСТІ ХАЛЫҚТЫҢ 100 МЫҢ АДАМЫНА)

АУРУЛАР КЛАСЫ	2013	2016	2019	2022	ӨСУ/ТӨМЕНДЕУ (2022/2013)
БАРЛЫҒЫ ОНЫҢ ІШІНДЕ:	91 586,50	94 970,50	87 177,80	68 943,20	-25%
ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ПАРАЗИТТІК АУРУЛАР	2 752,40	2 408,60	2 309,80	1 808,50	-34%
ІСІКТЕР	131,40	159,70	198,10	175,30	33%
ҚАН АУРУЛАРЫ, ҚАН ТҮЗЕТІН АҒЗАЛАР ЖӘНЕ ИММУНДЫҚ МЕХАНИЗМДІ ҚАМТИТЫН ЖЕКЕ БҰЗЫЛУЛАР	4 577,30	3 962,60	3 447,30	1 931,60	-58%
ЭНДОКРИНДІК АУРУЛАР, ТАМАҚТАНУДЫҢ БҰЗЫЛУЫ ЖӘНЕ ЗАТ АЛМАСУ БҰЗЫЛУЛАР	1 114,40	861,20	752,80	628,60	-44%
ПСИХИКАЛЫҚ ЖӘНЕ МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАРЫ	132,80	95,40	83,30	95,40	-28%
ЗАТТАРДЫ ҚОЛДАНУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПСИХИКАЛЫҚ ЖӘНЕ МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАРЫ	4,00	2,60	1,30	0,30	-93%
НЕРВ ЖҮЙЕСІНІҢ АУРУЛАРЫ	3 096,40	3 288,90	3 245,40	2 959,20	-4%
КӨЗ ЖӘНЕ ОНЫҢ ҚОСЫМШАЛАРЫНЫҢ АУРУЛАРЫ	3 101,30	3 131,90	2 961,60	2 538,10	-18%
ҚҰЛАҚ ЖӘНЕ ЕМІЗІКТӘРІЗДІ ӨСІНДІНІҢ АУРУЛАРЫ	2 477,70	2 524,80	2 328,90	2 044,00	-18%
ҚАНАЙНАЛЫМ ЖҮЙЕСІНІҢ АУРУЛАРЫ	337,50	295,10	239,30	149,00	-56%
ТЫНЫС АЛУ АҒЗАЛАРЫНЫҢ АУРУЛАРЫ	55 095,80	58 695,60	52 667,20	40 118,40	-27%
АС ҚОРЫТУ ЖҮЙЕСІНІҢ АУРУЛАРЫ	6 124,80	7 048,30	6 865,90	6 327,10	3%
ТЕРІ ЖӘНЕ ТЕРІ АСТЫНДАҒЫ ТІНДЕРДІҢ АУРУЛАРЫ	3 986,20	4 088,50	4 187,30	3 112,30	-22%
ТІРЕК-ҚИМЫЛ ЖҮЙЕСІ МЕН ДӘНЕКЕР ТІНІНІҢ АУРУЛАРЫ	817,10	927,30	1 135,70	982,90	20%
НЕСЕП-ЖЫНЫС ЖҮЙЕСІНІҢ АУРУЛАРЫ	1 403,40	1 302,80	1 195,30	939,90	-33%
ПЕРИНАТАЛДЫҚ КЕЗЕҢДЕ ПАЙДА БОЛАТЫН ЖЕКЕЛЕГЕН ЖАҒДАЙЛАР**)	1 987,10	1 629,50	1 245,00	815,40	-59%
ТУА БІТКЕН АУЫТҚУЛАР (АҚАУЛАР), ДЕФОРМАЦИЯЛАР ЖӘНЕ ХРОМОСОМАЛЫҚ БҰЗЫЛУЛАР	709,80	1 015,60	1 333,10	1 114,50	57%
КЛИНИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ЗЕРТХАНАЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР КЕЗІНДЕ АНЫҚТАЛҒАН, БАСҚА АЙДАРЛАРДА ЖІКТЕЛМЕГЕН СИМПТОМДАР, БЕЛГІЛЕР ЖӘНЕ НОРМАДАН АУЫТҚУЛАР	540,50	556,40	431,50	610,10	13%
ЖАРАҚАТТАР, УЛАНУ ЖӘНЕ СЫРТҚЫ СЕБЕПТЕРГЕ ӨСЕР ЕТУДІҢ БАСҚА ДА САЛДАРЫ	3 196,10	2 975,50	2 549,00	2 187,90	-32%
КОРОНОВИРУС ИНФЕКЦИЯСЫ				226,00	

2013-2022 жылдар кезеңінде 0-14 жастағы балалардың бастапқы сырқаттанушылығының айқын (20% - дан астам) өсу қарқыны байқалды:

- туа біткен ауытқулар (даму ақаулары), деформациялар және хромосомалық бұзылулар (57,01%);
- ісіктер (33,4% - ға);
- тірек-қимыл жүйесі мен дәнекер тінінің аурулары (20,29%).
- Мынадай аурулар кластарының арасында бастапқы сырқаттанушылық деңгейінің айтарлықтай төмендеуі анықталды:
- заттарды қолданумен байланысты психикалық және мінез-құлық бұзылыстары (92,5%);
- перинаталдық кезеңде туындайтын жекелеген жағдайлар (58,97%-ға);
- қанның, қан түзуші ағзалардың аурулары және иммундық механизмді қамтитын жекелеген бұзылулар (57,81%-ға);
- қанайналым жүйесінің аурулары (55,86%);
- эндокриндік аурулар, тамақтанудың бұзылуы және метаболикалық бұзылулар (43,6%).



22-СУРЕТ-ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА 2013-2022 ЖЫЛДАРДАҒЫ 0-ДЕН 14 ЖАСҚА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРДЫҢ БАСТАПҚЫ СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚ КӨРСЕТКІШІНІҢ ДИНАМИКАСЫ

Талданатын кезең ішінде 0-14 жас аралығындағы балалардың бастапқы сырқаттанушылық құрылымында жетекші орын тыныс алу ағзаларының ауруларына тиесілі болды, бұл аурулардың жалпы санының 60%-дан 58%-на дейін. Бұл көрсеткіш балалардың басым көпшілігінің тыныс алу ағзаларының өткір қабыну аурулары кезінде дәрігерлерге жүгінуін көрсетеді.

Балалардың сырқаттанушылық құрылымында екінші орынды әр жылдары 7-9% құрайтын ас қорыту ағзаларының аурулары иеленді. 2022 жылы бұл патологияның жиілігі тиісті халықтың 100 000 адамына 6 327,10-ға жетті және 10 жылдағы өсу қарқыны 3% құрады. Көрсетілген нозологиялық класс көрсеткішінің өсуі, соның ішінде балалардың дұрыс емес тамақтануы мен отырықшы өмір салтын көрсетуі мүмкін.

2022 жылы балалардың бастапқы аурушаңдығының нозологиялық құрылымында үшінші орынды тері және тері асты тіндерінің аурулары иеленді, бұл 5% құрады. Көрсеткіш динамикасында 10 жыл ішінде бұл патологияның деңгейі 2022 жылға қарай 22%-ға төмендеді.

Осылайша, 2013-2022 жылдар кезеңінде Қазақстан Республикасында 0-14 жастағы балалардың арасында бастапқы сырқаттанушылық көрсеткішінің 25%-ға төмендеуі анықталды, бұл 2020 жылдан бастап МӘМС енгізу және балалар халқына медициналық көмектің қолжетімділігін қамтамасыз ету есебінен шартталған балалар халқының денсаулық жағдайының жақсарғанын көрсетеді.

0-14 жастағы балалардың бастапқы сырқаттанушылық құрылымында талданатын кезең ішінде бірінші орын тыныс алу ағзаларының ауруларына тиесілі болды, бұл осы патологиясы бар балаларда елде емдеу-алдын алу іс-шараларының кешенін одан әрі әзірлеуді және жүзеге асыруды талап етеді.

2.2.3 Еңбекке қабілетті жастан асқан (60 жастан асқан) адамдар сырқаттанушылығының динамикасы мен құрылымы

2022 жылдың аяғында еңбекке қабілетті жастан асқан адамдардың саны 2,6 млн адамды немесе халықтың жалпы санының 13%-ды құрады. Халықтың бұл санатында денсаулық жағдайының ерекшеліктері бар. Бірқатар зерттеушілер инфекциялық емес аурулардың жоғары деңгейін, созылмалы патологияның жиі өршуі мен асқынуларын, мультиморбидтілікті, ұзақ қалпына келтіру және оңалту кезеңін, сондай-ақ егде жастағы патологияның атиптілігін атап өтті.

Ғылыми зерттеулерге сәйкес, егде жастағы халықтың сырқаттанушылығы еңбекке жарамды адамдарға қарағанда 6 есе жоғары.

Зейнеткерлік жастағы халықтың жалпы сырқаттанушылығының неғұрлым жоғары көрсеткіштері байқалады, бұл олар үшін еңбекке қабілетті жастағы адамдарға қарағанда медициналық көмектің көлемін 11 есе айқындайды.

Қазақстан Республикасы бойынша алғашқы сырқаттанушылықты талдау нәтижелері 10 жыл ішінде бұл көрсеткіш 2022 жылы 23% - ға өскенін және 2013 жылы 38 760,1-ге қарсы тиісті халықтың 100 000 адамына 47 859,7-ні құрағанын көрсетті.

Еңбекке қабілетті жастан асқан адамдарда бірінші орында тыныс алу ағзалары ауруларының сыныбы тиісті халықтың 100 000 адамына шаққанда 9269,5 көрсеткішті құрады, бүкіл халық үшін бұл көрсеткіш 20 037,8 құрады.

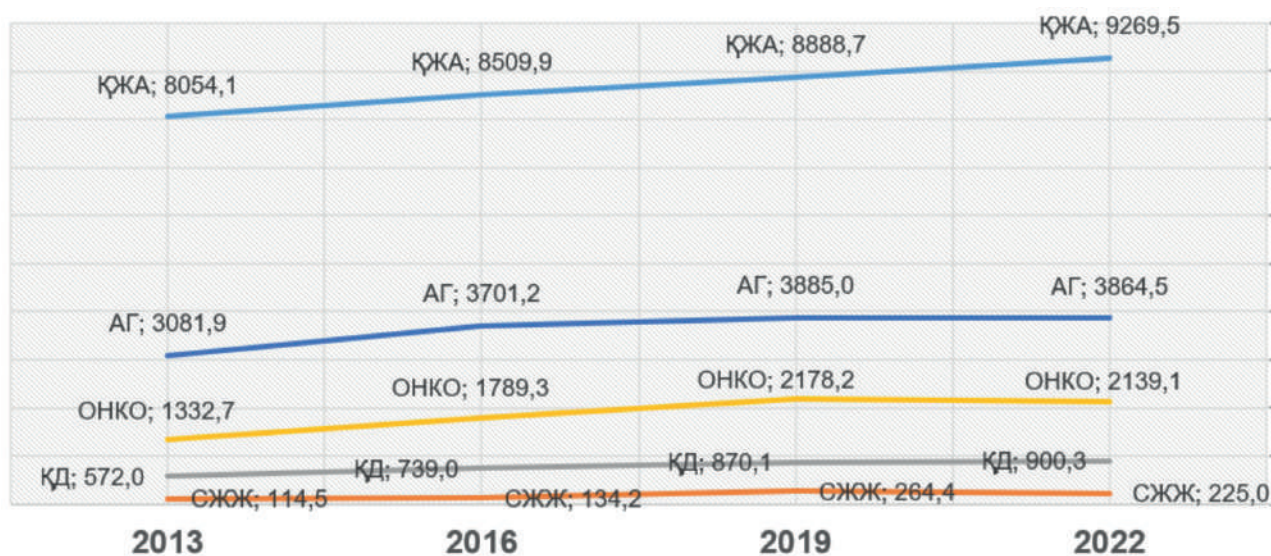
Талдау көрсеткендей, еңбекке қабілетті жастан асқан халықтың қанайналым жүйесі аурулары класында алғаш рет анықталған сырқаттанушылық көрсеткіші (2022 ж.) еңбекке қабілетті жаста белгіленген көрсеткіштен едәуір жоғары. Көрсеткіштер еңбекке қабілетті халық үшін тиісті халықтың 100 000 адамына шаққанда 2633,3 - еңбекке қабілетті жастан асқан халыққа қарсы-тиісті халықтың 100 000 адамына 8 954,7 (3 есе жиі кездеседі) құрады.

Еңбекке қабілетті жастағы адамдарда ісіктерге байланысты еңбекке қабілетті халықтан асқан адамдарға қарағанда бастапқы сырқаттанушылық көрсеткіші де 2 есе төмен, бұл көрсеткіштер тиісінше халықтың 100 000 адамына 771,1 және 2139,1 құрады.

Айта кету керек, ерекше назар аударуды қажет ететін патологиялардың бірі - қант диабеті. Өткен жылдың қорытындысы бойынша ауру алғаш рет 60 жастан асқан 22 мың адамда тіркелді және көрсеткіш тиісті халықтың 100 000 адамына 900,3 құрады.

Негізгі аурулар бойынша еңбекке қабілетті жастан асқан адамдарда 10 жыл ішінде бастапқы сырқаттанушылықтың өсу қарқынын талдау, мысалы:

- қанайналым жүйесінің аурулары, оның ішінде артериялық гипертензия, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі
- қант диабеті,
- онкология,
- тыныс алу ағзаларының аурулары келесі нәтижелерді көрсетті.



23-СУРЕТ - ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ЕҢБЕККЕ ҚАБІЛЕТТІ ЖАСТАН АСҚАН АДАМДАРДА 2013-2022 ЖЫЛДАРДАҒЫ БАСТАПҚЫ СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚ КӨРСЕТКІШІНІҢ ДИНАМИКАСЫ

Артериялық гипертензия бойынша 10 жыл ішінде бастапқы сырқаттанушылықтың өсуі 25%, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі – 97%, қант диабеті – 57%, онкология – 61%, тыныс алу ағзаларының аурулары – 15% құрады.

Осылайша, егде жастағы топтардағы адамдар өсу тенденциясы бар аурудың жоғары деңгейімен сипатталады. Мұндай заңдылықтарды медициналық көмектің көлемі мен құрылымын жоспарлау кезінде ескеру қажет.

Осы контингенттің жоғары сырқаттанушылығын назарға ала отырып, диспансерлік бақылау жүйесін нығайту және профилактикалық жұмыстың ролін арттыру қажет, бұл созылмалы патологияның шиеленісуін болдырмауға, өмір сүру сапасын жақсартуға және ұзақтығын арттыруға, сондай-ақ медициналық көмек көрсетуге шығыстарды азайтуға мүмкіндік береді.

Айта кету керек, бірқатар халықаралық зерттеу жұмыстары диспансерлік топтағы егде жастағы пациенттерді профилактикалық және рецидивке қарсы емдеу кезінде күндізгі стационарлардың маңыздылығын атап өтті. Егде жастағы адамдарға медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыруда олардың ерекшеліктерін ескеру қажет: мультиморбидтілік, сондай-ақ медициналық көмек көрсетуге жоғары шығыстар.

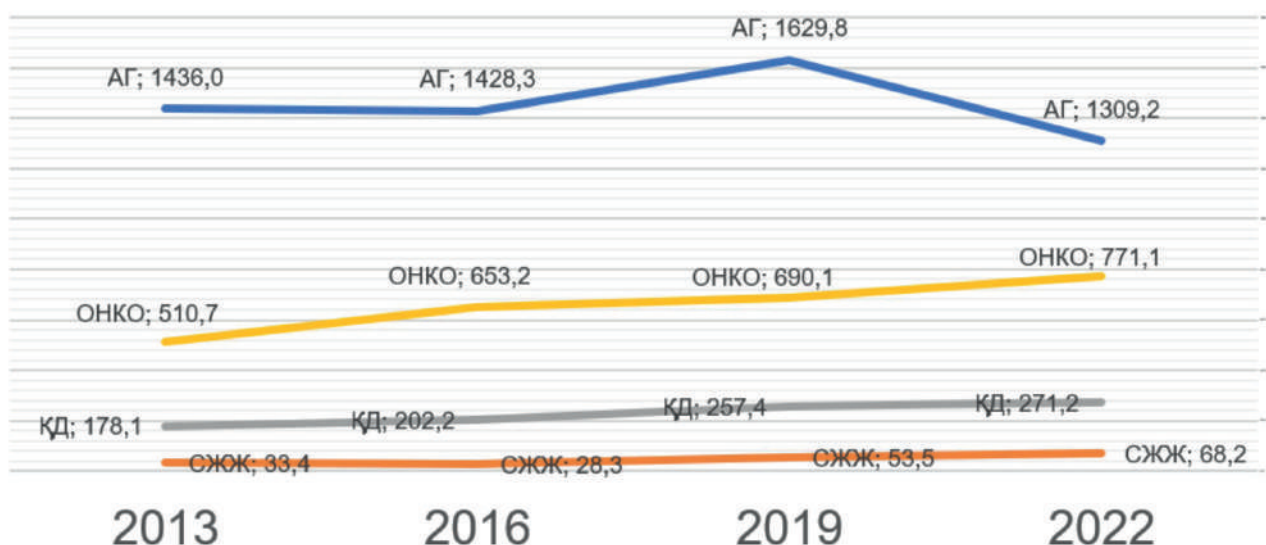
2.2.4 Еңбекке қабілетті жастағы адамдар сырқаттанушылығының динамикасы мен құрылымы

Еліміздің денсаулық сақтау саясатында еңбекке қабілетті халық ерекше орын алады, олардың саны 2023 жылдың басында 10,4 млн адамды құрады (халықтың жалпы санының 53%). Айта кету керек, 2014 жылдың басында аталған санаттағы халықтың үлес салмағы жоғары болды және 60% құрады.

Соңғы 10 жылда созылмалы инфекциялық емес және әлеуметтік маңызы бар аурулар бойынша бастапқы сырқаттанушылықты талдау 2013 жылдан бастап еңбекке қабілетті жастағы адамдарда қанайналым жүйесі аурулары бойынша көрсеткіш 5,1% - ға төмендегенін көрсетті (2013 жылы - тиісті халықтың 100 000 адамына 2 775,2, 2022 жылы-2 633,3). Айта кету керек, артериялық гипертензия бойынша бастапқы сырқаттанушылық көрсеткіші төмендеу үрдісіне ие (2013 жылы - тиісті халықтың 100 000 адамына 1 436,0, 2022 жылы-1 309,2).

Сонымен қатар, халықтың осы санаты бойынша қант диабетінің жаңа жағдайлары санының өсуі байқалады. Мәселен, егер 10 жыл бұрын өмірінде алғаш рет белгіленген қант диабетімен ауыратын 18 мың жағдай жылына тіркелсе, өткен жылы бұл сан 28 мың адамға жетті. Тиісті халықтың 100 000-ға шаққандағы бастапқы сырқаттанушылық көрсеткішінің өсу қарқыны 52% -ды құрады. Бұл үрдіс аурудың жақсы анықталуымен түсіндіріледі.

10 жыл ішінде ісіктермен бастапқы сырқаттанушылық көрсеткіші 2013 жылы тиісті халықтың 100 000 адамына шаққанда 510,7-ден 2022 жылы 771,1-ге дейін өсті (өсу қарқыны 51% -ды құрады).



24-СУРЕТ - ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ЕҢБЕККЕ ҚАБІЛЕТТІ ЖАСТАҒЫ АДАМДАРДА 2013-2022 ЖЫЛДАРДАҒЫ БАСТАПҚЫ СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚ КӨРСЕТКІШІНІҢ ДИНАМИКАСЫ

Қорытындылар мен ұсынымдар

Егде жастағы топтардағы адамдар өсу тенденциясы бар аурудың жоғары деңгейімен сипатталатыны түсінікті. Мұндай заңдылықтарды медициналық көмектің көлемі мен құрылымын жоспарлау кезінде ескеру қажет.

Созылмалы патологияның шиеленісуін болдырмау мақсатында осы контингенттің жоғары сырқаттанушылығын ескере отырып, диспансерлік бақылау жүйесін нығайтып, профилактикалық жұмыстың ролін арттыру қажет.

Сонымен қатар, халықаралық деректерге сәйкес еңбекке қабілетті халық санаты уақыттың шектелуіне (жұмыс істейтін халық) байланысты медициналық көмек пен қызметке аз жүгінеді, бұл тиісінше МСАК деңгейінде басқарылатын аурулар бойынша хронизация мен мүгедектіктің жоғары көрсеткіштеріне әкеледі.

Медициналық көмек көрсету көлемін бөлу кезінде басымдықтар қатарына еңбекке қабілетті жастағы адамдарды қосу және медициналық, оның ішінде профилактикалық көмектің сапасын одан әрі арттыруды қамтамасыз ету қажет, бұл халықтың неғұрлым әлеуметтік маңызы бар аурулар мен себептерден аурушандығы мен өлімін азайтуға, халықтың әлеуметтік белсенді өмір сүру ұзақтығын ұлғайтуға және мемлекетке экономикалық жүктемені азайтуға мүмкіндік береді.

Халықтың өлімін азайту үшін алғашқы медициналық-санитариялық көмектің қолжетімділігі мен сапасын арттыру, жекелеген ауруларға қарсы күрес жөніндегі бағдарламаларды іске асыру, нәрестелер мен балалар өлімін, сондай-ақ инфекциялық аурулардан болатын өлімді қысқарту басым мәнге ие екенін атап өту қажет.

Бастапқы буын жұмысының тиімділігін арттыру жөніндегі бірінші кезектегі міндеттер жұмыстың көшпелі нысандарын, оның ішінде ауылда және қашықтықтан технологияларды пайдалану, сондай-ақ қабылдауға белсенді шақыру, жоғары қауіп тобындағы пациенттерді динамикалық байқаумен барынша жоғары қамту, жоспарлы, оның ішінде жоғары технологиялық медициналық көмек көрсетуге уақтылы жіберу, пациенттерді дәрілік заттармен қамтамасыз ету, үйге емделушілерге бару, сондай-ақ азаматтардың осал топтарын, соның ішінде аралас созылмалы аурулары бар адамдарды уақтылы вакцинациялау болып табылады.

Инфекциялық емес аурулар (ИЕА) Қазақстанда даму және қоғамдық денсаулық сақтау саласында өсіп келе жатқан проблема болып табылады. Қазақстанда тұратын адам үшін (мысалы, қатерлі ісік, жүрек-қан тамырлары аурулары, қант диабеті және созылмалы респираторлық аурулар, сондай-ақ олардың қауіп факторлары) ИЕА-ның төрт негізгі тобынан мезгілсіз өлім ықтималдығы (яғни 70 жасқа толмаған) 27%-ды құрайды.

Төменгі деңгей адамның өмір салтымен тығыз байланысты және олардың пайда болуының негізгі себебі-жаман әдеттер мен саламатты өмір салтын елемей.

2.2.5 Қанайналым жүйесінің аурулары

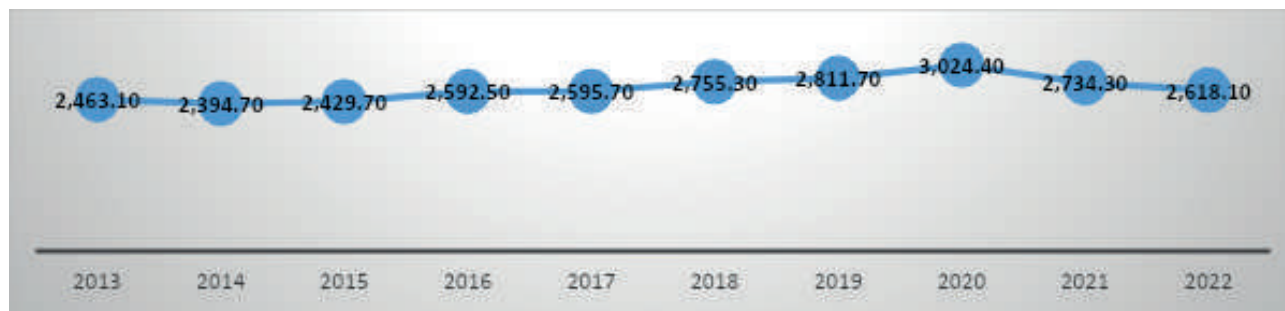
Соңғы үш онжылдықта қанайналым жүйесінің аурулары (ҚЖА) Қазақстан Республикасы халқының өлімі мен мүгедектігінің себептері арасында бірінші орында тұр.

ДДҰ деректері бойынша жыл сайын әлемде ҚЖА-дан 17,9 млн. астам адам қайтыс болады. 2022 жылы Қазақстанда өлімнің барлық себептерінің құрылымында ҚЖА -дан қайтыс болғандардың жалпы санына өлім үлесі 22,80%-ды құрады. ҚЖА-дан өлім құрылымында ЖИА-дан өлім үлесі мидың тамырлы зақымдануының 33,66%-ынан 32,72%-ды құрады. 2022 жылы жүрек-қан тамырлары ауруларынан болатын өлім көрсеткіші 100 мың тұрғынға шаққанда 154,39 құрады. 2010 жылмен салыстырғанда көрсеткіш 64,79%-ға төмендеді (25-сурет).



25-СУРЕТ - ҚЖА-ДАН ӨЛІМ ДИНАМИКАСЫ

2013-2022 жылдар кезеңінде елде ҚЖА бастапқы сырқаттанушылық көрсеткішінің өсуі тіркелді, ол 6,29%-ға ұлғайды және 100 мың тұрғынға шаққанда 2618,10-ды құрады (26-сурет).



26-СУРЕТ - ҚЖА-ДАН БАСТАПҚЫ СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚ ДИНАМИКАСЫ (100 МЫҢ ТҰРҒЫНҒА)

Өлімнің барлық себептерінің құрылымында ҚЖА-дан өлім үлесі елеулі болып қала береді, бірақ көрсеткіштің 2013 жылғы 25,98%-дан 2022 жылы 22,80%-ға дейін төмендеу үрдісі байқалады (27-сурет).

Сырқаттанушылықты уақтылы анықтау, скринингтік зерттеулер жүргізу ҚЖА бойынша диспансерлік науқастардың 2013 жылдың аяғындағы 1 044 390 науқастан 2022 жылдың аяғындағы 2 463 963 науқасқа дейін 2,35 есеге ұлғаюына әкелді. 2022 жылдың қорытындысы бойынша елімізде ҚЖА бойынша диспансерлік бақылауда 0 жастан 14 жасқа дейінгі 4047 бала, 15 жастан 17 жасқа дейінгі 2327 жасөспірім, 18 жастан асқан 2 457 589 ересек адам тұрады.

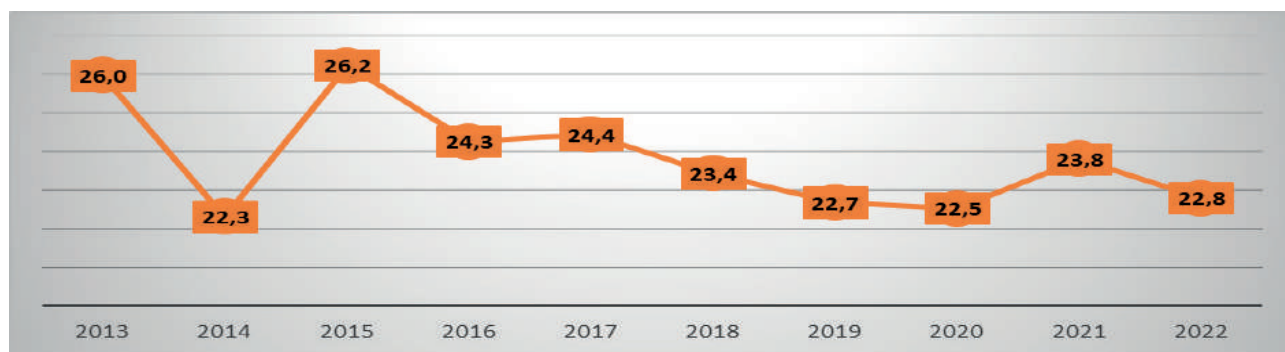


27-СУРЕТ - 2022 ЖЫЛДЫҢ СОҢЫНА РЕСПУБЛИКА ӨҢІРЛЕРІ БӨЛІНІСІНДЕ ҚЖА БОЙЫНША ДИСПАНСЕРЛІК ЕСЕПТЕ ТҰРҒАН 18 ЖӘНЕ ОДАН ЖОҒАРЫ ЖАСАҒЫ НАУҚАСТАРДЫҢ САНЫ

2022 жылдың қорытындысы бойынша елімізде ҚЖА бойынша диспансерлік бақылауда тұрғандардың негізгі үлесі 18 жастан асқан ересек тұрғындарға тиесілі.

Осылайша, 2022 жылғы 31 желтоқсандағы диспансерлік бақылауда тұрғандардың ең көп саны Алматы қаласында - 257 511 науқас, Түркістан облысында - 244 281, Қарағанды облысында - 216 571, Шығыс Қазақстан облысында - 148 304 және Алматы қаласында - 141 449 науқас байқалады.

2022 жылдың қорытындысы бойынша диспансерлік есепте тұрған науқастардың ең аз саны Ұлытау облысында - 35 798, Атырау облысында - 53 508, Маңғыстау облысында - 67 278 және Жетісу облысында - 83 595 науқас байқалады.



28-СУРЕТ - ӨЛІМНІҢ БАРЛЫҚ СЕБЕПТЕРІНІҢ АРАСЫНДА ҚЖА-ДАН ӨЛІМНІҢ ҮЛЕС САЛМАҒЫ

2013 - 2022 жылдардағы ҚЖА-дан өлім көрсеткіштерінің статистикалық талдауы ҚЖА -дан өлім көрсеткішінің 2013 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 207,4-тен 2019 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 163,14-ке дейін төмендегенін айқын көрсетеді. Мәселен, 2020 жылы ҚЖА-дан өлім 18,8%-ға (100 мың тұрғынға 193,79), 2021 жылы тағы 17%-ға (100 мың тұрғынға 226,86) өсті. 2022 жылы ҚЖА-дан өлім көрсеткіші 100 мың тұрғынға шаққанда 154,39 деңгейінде.

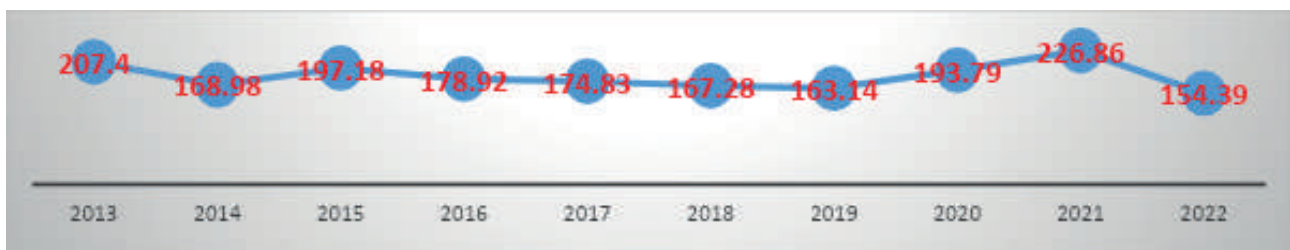
8-КЕСТЕ - ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ 2013-2022 ЖЫЛДАРДАҒЫ ӨҢІРЛЕРІ БӨЛІНІСІНДЕ ҚЖА-ДАН ӨЛІМ КӨРСЕТКІШТЕРІ

ӨҢІРЛЕР	ҚАНАЙНАЛЫМ ЖҮЙЕЛЕРІНІҢ АУРУЛАРЫ									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ	207,4	168,98	197,18	178,92	174,83	167,28	163,14	193,79	226,86	154,39
АБАЙ ОБЛЫСЫ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	233,53
АҚМОЛА ОБЛЫСЫ	257,85	212,48	317,76	272,93	259,14	205,48	198,33	230,39	253,83	180,34
АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫ	169,37	157,77	182,67	167,81	140,78	130,49	129,39	147,07	215,38	129,33
АЛМАТЫ ОБЛЫСЫ	181,27	159,2	159,03	124,45	130,03	117,94	123,67	154,39	185,27	140,73
АТЫРАУ ОБЛЫСЫ	124,66	103,54	130,1	146,58	131,9	106,18	100,39	127	130,09	109,29
БАТЫС ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ	193,78	195,55	220,27	215,72	220,27	215,05	209,45	238,67	240,51	210,58
ЖАМБЫЛ ОБЛЫСЫ	203,12	152,53	193,07	160,46	150,14	138,67	129,46	160,58	198,07	114,92
ЖЕТІСУ ОБЛЫСЫ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	125,94
ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫ	331,06	250,37	372,66	327,73	314,27	321,34	325,47	351,86	389,47	242,4
ҚОСТАНАЙ ОБЛЫСЫ	227,18	189,53	191,12	178,91	184,98	164,84	174,12	263	353,34	247,49
ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫ	129,83	97,39	135,29	140,94	123,5	112,58	114,65	145,72	138,32	116,12
МАҢҒЫСТАУ ОБЛЫСЫ	85,18	73,68	70,68	71,68	59,86	56,48	56,94	64,58	68,61	54,06
ПАВЛОДАР ОБЛЫСЫ	287,92	240,63	257,53	217,6	221,58	190,23	198,14	234,7	333,63	190,41
СОЛТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ	356,63	283,22	327,32	248,57	217,49	222,44	198,5	200,09	215,21	183,93
ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫ	111,45	103,45	147,42	139,73	141,09	128,3	126,15	150,51	145,15	106,66
ҰЛЫТАУ ОБЛЫСЫ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	213,41
ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ	330,46	249,59	239,83	199,81	216,49	257,47	255,81	330,72	401,81	277,61
АСТАНА ҚАЛАСЫ	153,83	145,14	158,67	152,28	123,1	124,8	115,87	129,19	114,51	89,65
АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ	227,29	159,01	141,91	175,16	190,13	187,22	165,13	191,52	284,85	182,44
ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ	-	-	-	-	-	129,41	124,27	143,14	133,79	107,8

Өңірлер бөлінісінде 2013 - 2022 жылдардағы ҚЖА-дан өлім көрсеткіштері барлық өңірлер бойынша ҚЖА-дан өлім көрсеткішінің төмендегенін көрсетеді. Оның ішінде, ҚЖА-дан өлім көрсеткішінің төмендеуі келесі өңірлерде байқалады:

- Маңғыстау облысында 2013 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 85,18-ден 2019 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 56,94-ке дейін;
- Астана қаласында 2013 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 153,83-тен 2019 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 115,87-ге дейін;
- Атырау облысында 2013 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 124,66-дан 2019 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 100,39-ға дейін;
- Жамбыл облысында 2013 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 203,12-ден 2019 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 129,46-ға дейін;
- Қызылорда облысында 2013 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 129,83-тен 2019 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 114,65-ке дейін;
- Ақтөбе облысында 2013 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 169,37-ден 2019 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 129,39-ға дейін;
- ал Алматы облысында 2013 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 181,27-ден 2019 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 123,67-ге дейін.

Осылайша, он жылдық кезеңде ҚЖА -дан өлім ел бойынша 25,5% - ға төмендеді (29-сурет).



29-СУРЕТ - ҚЖА ӨЛІМ ДИНАМИКАСЫ (100 МЫҢ ТҰРҒЫНҒА)

ЖИА-дан өлім көрсеткіші 2013 жылғы 100 мың тұрғынға шаққанда 70,75-тен 2022 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 51,98-ге дейін төмендеді.

Инсульттан болатын өлім көрсеткіші 2013 жылғы 100 мың тұрғынға шаққанда 71,90-дан 2022 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 50,53-ке дейін төмендеді.

2022 жылдың қорытындысы бойынша ҚЖА -дан өлім құрылымында ЖИА-дан өлім үлесі мидың тамырлы зақымдануының 33,6% және 32,7%-ды құрады.

Аталған деректер ҚЖА-дан өлімді төмендету бойынша іске асырылған бағдарламалардың тиімділігі туралы куәландырады. Қазақстан қысқа мерзім ішінде барлық халықаралық трендтерге жауап беретін өзінің модернизацияланған және стандартталған кардиологиялық және кардиохирургиялық қызметін құра алды.

2.2.6 Қатерлі ісіктер

Қатерлі ісік - 2020 жылы 10 миллионға жуық адамның өмірін қиған әлемдегі өлімнің жетекші себептерінің бірі [12]. 2020 жылы қатерлі ісіктің ең көп таралған түрлері (жаңа жағдайлар саны бойынша):

- сүт безінің обыры (2,26 миллион жағдай);
- өкпенің обыры (2,21 миллион жағдай);
- тоқ ішек пен тік ішектің обыры (1,93 миллион жағдай);
- қуық асты безінің обыры (1,41 миллион жағдай);
- тері обыры (меланома емес) (1,20 миллион жағдай);
- асқазан обыры (1,09 миллион жағдай).

2020 жылы онкологиялық өлімнің ең көп тараған себептері:

- өкпенің обыры (1,8 миллион өлім);
- тоқ ішек пен тік ішектің обыры (916000 өлім);
- бауыр обыры (830 000 өлім);
- асқазан обыры (769 000 өлім);
- сүт безінің обыры (685 000 өлім).

Обыр жыл сайын шамамен 400 000 балада дамиды. Обырдың әртүрлі түрлерінің таралуы елге байланысты өзгереді. Жатыр мойны обыры 23 елде жиі кездеседі.

Әрбір елде қаражаттың қолжетімділігін, қызмет көрсету тәртібін және обыр диагнозы мен емі сәтті болатын жағдайларды анықтайтын денсаулық сақтау жүйесі бар.

Онкологиялық көмекті ұйымдастырудағы негізгі халықаралық трендтер:

- «Обырды белсенді анықтау» жүйелеріне барынша назар аудару: белсенді профилактика (вакцинациялау), скринингтік тексерулер, профилактикалық тексерулер;
- медициналық қызмет көрсету-сақтандыру жүйесі негізінде мемлекеттік, оның ішінде көп бейінді медициналық мекемелерде және аккредиттелген жеке көп бейінді госпитальдарда;
- амбулаториялық медициналық көмек ҚІ бар пациенттерге басым негізде көрсетіледі;
- ҚІ бар науқасты емдеуге жатқызғанға дейін барлық диагностикалық зерттеулер амбулаториялық режимде, мемлекет есебінен және/немесе сақтандыру жүйесі шеңберінде жүргізіледі;
- сәулелік және химиотерапияны жүргізудің басымдығы-медициналық қызмет көрсетудің ең аз шығысты нысандарының бірі ретінде онкологиялық көмек көрсететін клиникалардағы «бір күндік» күндізгі стационарларда;
- клиникаларды емдеу-диагностикалық жабдықтармен жарақтандырудың жоғары деңгейіне ұмтылу, прогрессивті технологияларды енгізу: ең аз инвазивті хирургия, модификацияланған сәулелік терапия, ядролық медицина және т. б.;

- онкологиялық диагнозы расталған пациенттерге әлемнің барлық дамыған елдерінде жеңілдікпен дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету карточкасы беріледі;

- онкологиялық клиникалар үшін жоғары білікті мамандарды даярлауды қамтамасыз ету және меншікті және имплементацияланған ғылыми әзірлемелерді кеңінен дамыту және енгізу.

Осылайша, біздің еліміздегі онкологиялық жағдайдың көрсеткіштерін жақсарту үшін онкологиялық көмек ұйымы айтарлықтай өзгертіліп, онкологиялық науқастарға көмек көрсетудің ең жақсы үлгілеріне бейімделуі керек. Көмек жүйесінде пациенттің бағытын оңтайландыруға, диагностика мен емдеу процестерін стандарттауға және басқаруға, өңірлердегі емдеу-диагностикалық жабдықтарды әмбебаптандыруға, сондай-ақ араласулардың тиімділігін жоспарлауға және бақылауға ерекше назар аудару қажет.

ЖӨҰ ұлғайған сайын обырдың жиілігі де артып келеді және бұл жалпы әлемдік үрдіс. Бұл көрсеткіш онкологиялық қызметтің даму деңгейіне де сезімтал, өйткені ол жаңғыртылып, пациенттерді диагностика мен емдеудің заманауи түрлерімен қамтамасыз етілгендіктен, олар 5 жыл немесе одан да көп өмір сүруге мүмкіндік алады, ал онкологиялық науқастардың саны тұрақты түрде артады және оған дайын болу керек.

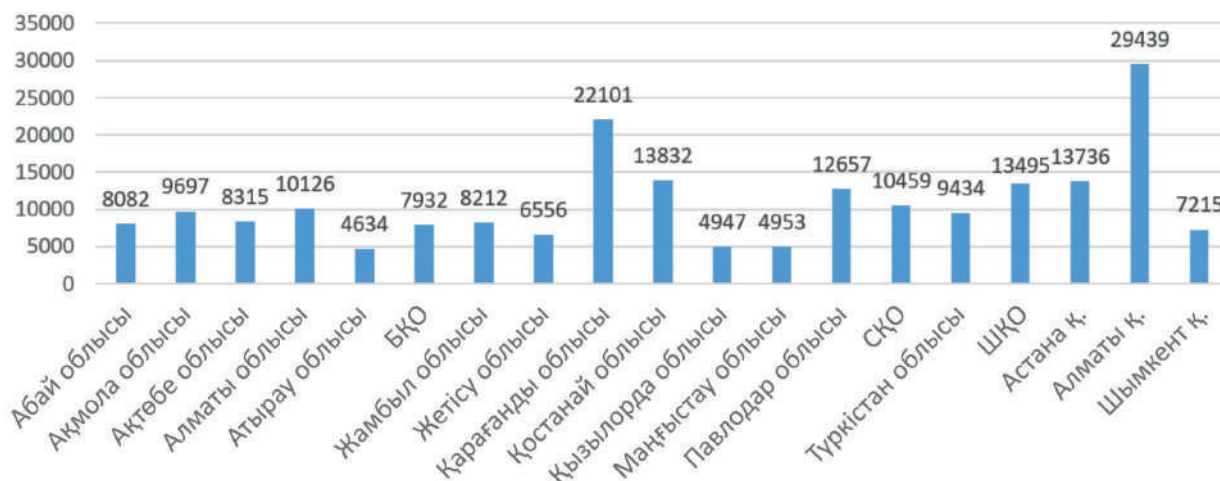
Қазақстанда 2013 жылдан 2022 жылға дейін қатерлі ісіктермен (бұдан әрі - ҚІ) бастапқы сырқаттанушылық деңгейі 2,6%-ға, 100 мың тұрғынға шаққанда 193,9-дан 199,0-ге дейін өсті (31-сурет). ҚІ бастапқы сырқаттанушылығының шыңы 2015 жылы тіркелді - 100 мың тұрғынға шаққанда 207,7. Аурудың күрт төмендеуі (172,1) 2020 жылы КВИ пандемиясы кезінде мамандандырылған көмектің қол жетімділігінің төмендеуіне байланысты болды.



30-СУРЕТ - ҚАЗАҚСТАН ХАЛҚЫНЫҢ ҚІ (100 МЫҢ ТҰРҒЫНҒА) БАСТАПҚЫ СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚ ДИНАМИКАСЫ

Жалпы, эпидемиологиялық жағдай жақсарып келеді. 2020 жылдан бастап скринингтік тексерулердің едәуір көлемінің, патологияны анықтау әдістерін жетілдірудің, Халықпен білім беру жұмысының арқасында ҚІ-нің анықталуы, демек, бастапқы сырқаттанушылығы қайтадан өсуде, бұл елдің әлеуметтік-экономикалық әл-ауқатының өсуімен, халықтың өмір сүру ұзақтығының ұлғаюымен және профилактикалық іс-шаралар кешенін жүргізумен байланысты.

Ерте кезеңде анықтау, скринингтік зерттеулерді уақтылы жүргізу ҚІ бойынша диспансерлік есепте тұрған науқастардың санын 40,58%-ға 2013 жылдың аяғындағы 146 404 науқастан 2022 жылдың аяғындағы 205 822 науқасқа дейін ұлғайтты. 2022 жылдың қорытындысы бойынша елде ҚІ бойынша диспансерлік бақылауда 0 жастан 14 жасқа дейінгі 2506 бала, 15 жастан асқан 203 316 науқас тұр.

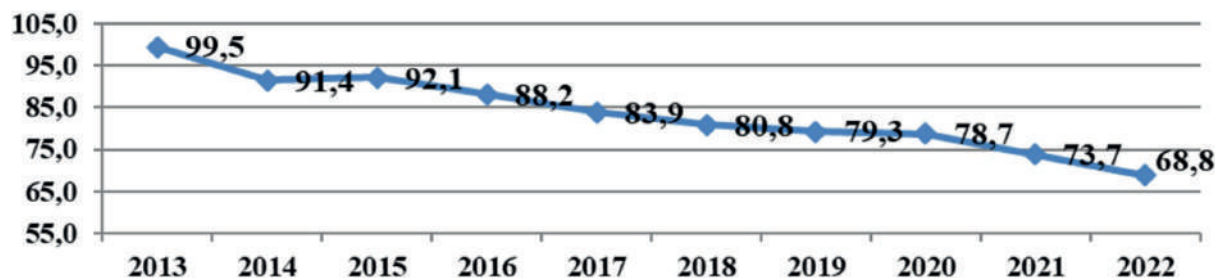


31-СУРЕТ - 2022 ЖЫЛДЫҢ СОҢЫНА ҚАРАЙ ЕЛДІҢ Өңірлері бөлінісінде ҚІ бойынша ДИСПАНСЕРЛІК ЕСЕПТЕ ТҰРҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ КОНТИНГЕНТТЕРІ

2022 жылғы 31 желтоқсанда диспансерлік бақылауда тұрғандардың ең көп саны Алматы қаласында - 29 439 науқас, Қарағанды облысында - 22 101 науқас, Қостанай облысында - 13 832 науқас, Астана қаласында - 13 736 науқас, Шығыс Қазақстан облысында - 13 495 науқас, Павлодар облысында - 12 657 науқас байқалады.

2022 жылдың қорытындысы бойынша ҚІ бойынша диспансерлік есепте тұрған науқастардың ең аз саны Атырау облысында - 4634 науқас, Маңғыстау облысында - 4953 науқас, Қызылорда облысында - 4947 науқас, Жетісу облысында - 6556 науқас және Шымкент қаласында - 7215 науқас байқалады.

Елде жүргізіліп жатқан қатерлі ісікке қарсы ауқымды іс-шаралар, халыққа онкологиялық көмекті дамыту жөніндегі жүйелі шаралар ҚІ-дан болатын өлімді азайтуға мүмкіндік берді. 2013 жылдан бастап өлім деңгейі 1,5 есеге төмендеп, 2022 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 68,8 құрады және бұл - өткізілетін іс-шаралардың ең сенімді нәтижесі (32 - сурет).



32-СУРЕТ - ҚАЗАҚСТАН ХАЛҚЫНЫҢ ҚІ-ДЕН ӨЛІМ ДИНАМИКАСЫ (100 МЫҢ ТҰРҒЫНҒА)

2022 жылы 28-ден 25 орны бойынша ҚІ-еан өлім төмендеді (2021 жылы - тек 13 орны бойынша төмендеді). Байқалған контингенттің ҚІ-ден 3 орны бойынша өлімі: бауырдың ҚІ-ден - 2,6%-ға, бүйректен - 1,9%-ға, жатыр мойнынан - 0,04%-ға өсті.

ҚІ-ден ел халқының өлімінің себептерінің құрылымында бірінші орынды өкпе обыры (16,3%), екінші орынды асқазан обыры (12,0%), үшінші орынды сүт безі обыры (8,1%) алады.

Бақыланатын контингенттің өлім деңгейінің төмендеуінің анағұрлым елеулі (10% - дан астам) қарқыны мынадай ЖҚҚ орны ларында тіркелді: еріндер - 40,1% - ға, тері - 34,3%-ға,

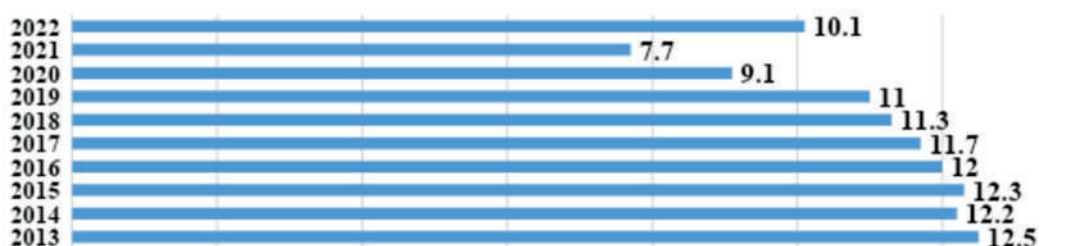
қалқанша безі - 24,2%-ға, қатерлі лимфомалар-22,8%-ға, дәнекер және жұмсақ тіндер-21,8%-ға, қуық асты безі - 20,9%-ға, тері меланомасы - 15,7%, ОНЖ - 13,6%, сүт безі - 13,0%, көмей - 10,7%.

9-КЕСТЕ - ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ Өңірлері бөлінісінде 2013-2022 жылдардағы ҚІ-ден өлім көрсеткіштері

Өңірлер	ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕР									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ	99,49	91,36	92,12	88,16	83,9	80,81	79,3	78,66	73,7	68,76
АБАЙ ОБЛЫСЫ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	115,70
АҚМОЛА ОБЛЫСЫ	152,01	121,32	124,92	121,99	120,27	107,21	114,01	100,79	102,2	90,61
АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫ	101,57	74,04	80,6	78,67	71,86	67,97	66,01	58,11	60,9	54,09
АЛМАТЫ ОБЛЫСЫ	75,04	70,92	70,49	63,75	60,99	58,33	58,86	61,16	54	52,34
АТЫРАУ ОБЛЫСЫ	86,37	85,44	90,65	82,53	77,84	65,84	63,95	60,04	53,1	50,06
БАТЫС ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ	101,64	101,92	97,9	97,61	92,83	92,36	90,9	95,13	94,8	88,37
ЖАМБЫЛ ОБЛЫСЫ	93,67	87,49	89,43	85,89	87,88	73,57	70,85	73,94	72,1	66,31
ЖЕТІСУ ОБЛЫСЫ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	58,53
ҚАРАҒАНДЫ ОБЛЫСЫ	127,21	108,44	99,52	100,96	87,07	92,35	89,79	94,67	90,5	85,56
ҚОСТАНАЙ ОБЛЫСЫ	100,53	84,89	94,94	94,73	93,12	94,03	88,67	87,7	89,6	85,86
ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫ	85,51	86,01	82,86	70,73	61,68	60,22	59,2	62,29	55,2	48,76
МАҢҒЫСТАУ ОБЛЫСЫ	66,31	56,77	59,65	56,87	56,02	50,5	54,32	48,93	51,4	42,56
ПАВЛОДАР ОБЛЫСЫ	145,29	142,65	143,95	143,18	131,63	124,48	128,68	122,67	111,5	100,96
СОЛТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ	144,04	134,55	145,79	127,28	120,87	119,49	119,28	102,15	101,6	101,56
ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫ	52,92	48,61	58,77	50,28	54,58	46,25	50,35	50,93	46,3	44,25
ҰЛЫТАУ ОБЛЫСЫ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69,18
ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ	147,44	145,7	135,43	129,31	126,42	129,02	128,31	126,36	122,4	115,36
АСТАНА ҚАЛАСЫ	76,75	90,56	92,49	92,24	82,27	86,39	79,2	70,84	68,6	68,75
АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ	118,14	102,66	94,98	102,02	93,32	90,96	83,73	90,39	76,1	70,60
ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ	-	-	-	-	-	59,55	53,24	60,3	52,4	48,59

2013-2022 жылдардағы ҚІ-ден өлім көрсеткіштерін талдау бойынша Қазақстан Республикасының барлық өңірлері бойынша өлім деңгейінің айтарлықтай төмендеу қарқыны байқалады.

Ел халқының өлімінің барлық себептерінің құрылымында ҚІ-ден қайтыс болғандардың үлесі барлық себептерден қайтыс болғандардың жалпы санына 2013 жылы 12,5%-дан 2022 жылы 10,1% - ға дейін төмендеп, 2-ші орынға ие болды (33-сурет).



33-СУРЕТ - БАРЛЫҚ СЕБЕПТЕРДЕН ҚАЙТЫС БОЛҒАНДАРДЫҢ АРАСЫНДАҒЫ ҚІ ҚАЙТЫС БОЛҒАНДАРДЫҢ ҮЛЕС САЛМАҒЫ (%- БЕН)

Онкологиялық көмек сапасының интеграцияланған көрсеткіші – 5 және одан да көп жыл өмір сүретін ҚІ науқастарының үлес салмағы динамикада тұрақты өсуде-2013 жылғы 50,0% - дан 2022 жылы 55,3% - ға дейін, бұл ҚІ бар науқастарды уақтылы тіркеуді, онкологиялық көмектің сапасы мен қолжетімділігін көрсетеді (34-сурет)



34-СУРЕТ- ҚІ НАУҚАСТАРЫНЫҢ БЕС ЖЫЛДЫҚ ӨМІР СҮРУ ДИНАМИКАСЫ (%)

Дәстүр бойынша, туу деңгейі төмен және егде жастағы және кәрілік жастағы адамдардың үлесі жоғары демографиялық проблемалары бар солтүстік аймақтарда қатерлі ісік ауруынан болатын өлім деңгейі жоғары. Сондықтан онкологиялық қызмет өңірлердің ерекшеліктеріне бейімделу бойынша іс-шаралар өткізеді.

Онкологиялық көмек көрсетудің кезеңділігі мен бағытталуын жетілдіру үшін үш деңгей бойынша интеграцияланған модель енгізілді.

Онкологиялық көмектің I деңгейін тексеру және онкологиялық кабинеттер саны артып келе жатқан МСАК ұйымдары көрсетеді. 2022 жылы жалпы ел бойынша МСАК-та 493 онкологиялық кабинет жұмыс істеді, олардың саны 2012 жылдан бастап (331) 1,5 есеге (+162 бірлік) өсті. 2022 жылға қарай тексеру кабинеттерінің саны 3,5 есеге, 614-тен 2157-ге дейін (+1543 бірлік) ұлғайды.

Онкопатологияны ерте кезеңдерде анықтау тиімділігін арттыру үшін мотивациялық компонентті енгізу басталды. Есептеу әдістемесі МӘМС қорымен өңірлердің ұсынымдары негізінде әзірленеді.

2022 жылдан бастап МСАК желісінде барлық жерде «жасыл жол» енгізіле бастады, бұл ҚІ күдікті болған жағдайда пациенттерді тексеру мерзімін қысқартуға мүмкіндік береді.

Диагноз қою кезінде пациенттер үшін диагностикалық қызметтердің қолжетімділігін арттыруға, емханадағы пациенттің бағыты бойынша мерзімдерді сақтауға көп көңіл бөлінеді.

Мамандардың консультациялары және пациенттерді, оның ішінде МРТ және КТ-ны тексеру, амбулаториялық жағдайларда ҚІ-ға күдік болған кезде жалпы кезектілік пен шектеулерден тыс, он сегіз жұмыс күні ішінде жүргізіледі. ҚІ-ға күдікті пациенттерді тереңдетіп тексеру онкологиялық орталыққа жүгінген сәттен бастап он бес жұмыс күні ішінде, емдеу тактикасын нақтылау және терапияны дербестендіру мақсатында-отыз жұмыс күні ішінде жүргізіледі.

Онкологиялық көмектің II деңгейін 14 онкологиялық диспансер және өңірлік клиникалардың 6 онкологиялық бөлімшесі көрсетеді. Тәулік бойы және күндізгі стационарлардың төсек қорын оңтайландыру шеңберінде онкологиялық науқастарды емдеуге арналған төсек саны 2022 жылы 10 мың тұрғынға шаққанда 4368 немесе 2,24 құрады (2012 жылы – 4209 төсек, 159 төсекке өсім). Тәулік бойы болатын төсек саны – 3437 (2012 жылы – 3429), күндізгі – 934 (2012 жылы – 390) немесе жалпы төсек қорының 21,3%.

Онкологиялық көмектің III деңгейін Алматы қаласындағы радиациялық онкологияның жоғары технологиялық орталықтары (ҚазОРҒЗИ, АОО, ПБХҰО), Астана (ҰҒОО + «Үміт» томотерапия және ядролық медицина орталығы, АБҰҒО), Ақтөбе, Семей (Ядролық медицина және онкология орталығы), Қарағанды, Павлодар, Ақтау, Өскемен, Шымкент қалалары көрсетеді. Көмектің бұл деңгейі Қазақстан Республикасында онкологиялық аурулармен күрес жөніндегі 2018-2022 жылдарға арналған Кешенді жоспарды (бұдан әрі – кешенді жоспар) және оны орындау жөніндегі Жол картасын іске асыру шеңберінде белсенді дамып, жетілдірілуде.

Онкология бойынша жағдайды жақсартуда соңғы буынның заманауи жабдықтарымен жабдықталған жаңадан салынған онкологиялық орталықтар оң рөл атқарды.

Павлодар қаласында жоғары технологиялық желілік үдеткіші бар онкологиялық орталық (2019 жыл), Ақтау қаласындағы Маңғыстау облыстық онкологиялық орталығы (2020 жыл) іске қосылды, ол заманауи КТ, МРТ аппараттарымен және желілік үдеткішпен жабдықталған. Тараз қаласында Жамбыл облыстық онкология және хирургия орталығының құрылысы аяқталды (2021 жыл), желілік үдеткіш, КТ-симулятор, МРТ аппараты және т.б. орнатылды, 2021 жылы Өскемен қаласының Шығыс Қазақстан облыстық көпбейінді «Онкология және хирургия орталығында» желілік үдеткіш іске қосылды.

Семей қаласының өңірлік онкологиялық диспансерінің базасында радиофармацевтикалық препараттарды қолдана отырып ауруларды диагностикалау және емдеу үшін еліміздегі алғашқы ядролық медицина және онкология орталығы (ЯМЖОО) құрылды. Радионуклидті диагностика, терапия бөлімшелері ашылды, циклотрон іске қосылды.

2021 жылдың қазан айында ҚазОРҒЗИ базасында Томотерапия орталығы жұмыс істей бастады. Томотерапия қызметтері Астана қаласындағы «Үміт» томотерапия орталығында пациенттерге ұсынылады.

2022 жылдың қараша айында Шымкент қаласында инвесторларды қаржыландыру кезінде «MIG Qazaqstan» ядролық медицина орталығы ашылды. Жоба «Мединвест-Групп Казахстан» компаниясының қолдауымен мемлекеттік-жекеменшік әріптестік шеңберінде іске асырылды. Орталықта онкологиялық ауруларды ерте сатысында анықтап қана қоймай, сонымен қатар Halcyon сәулелік терапиясының соңғы жүйесін пайдалана отырып, заманауи емдеу жүргізіледі. Радиофармпрепараттардың кеңейтілген желісін және онкологиялық ауруларды емдеуге арналған жоғары дәлдіктегі радиология орталығын пайдалана отырып, радионуклидтік диагностика орталығын құру жоспарлануда. Орталықта компьютерлік томографиямен біріктірілген позитронды-эмиссиялық томография аппараты орнатылған, бұл тереңдетілген диагностика жүргізуге мүмкіндік береді. Бұл Орталық Азиядағы алғашқы осындай орталық.

Астана қаласында Ұлттық ғылыми онкология орталығы (ҰҒОО) құрылды – келешекте ғылыми, клиникалық және білім беру практикаларының үлгілі инфрақұрылымы мен интеграциясы бар Орталық Азия өңірі елдеріндегі онкология саласындағы жетекші ғылыми орталық. ҰҒОО онкохирургия, онкогематология, трансплантология және реаниматология бойынша озық медициналық технологияларды енгізу саласында Қазақстанда жетекші болып табылады. ҰҒОО-да интервенциялық рентгенологиясы бар сараптамалық эндоскопия орталығы сәтті жұмыс істейді. Протон орталығын және басқа да жоғары технологиялық бөлімшелерді ұйымдастыру жұмыстары аяқталуда. Жарақтандыру аяқталғаннан кейін ҰҒОО елдің онкологиялық қызметінің дамуын үйлестіру және бақылау орталығына айналады, онда протондық, лазерлік, сәулелік және жасушалық-иммундық терапияны, ядролық медицина технологияларын қоса алғанда, ҚІ диагностикалау мен емдеудің барлық бірегей әлемдік технологиялары шоғырландырылатын болады.

Ұлттық нейрохирургия орталығында (Астана қ.) «Гамма-пышақ» кешені орнатылған, онда ми ісіктері бар пациенттерді түбегейлі емдеу жүргізіледі.

2015 жылдан бастап 18F-FDG қолдану алғаш рет басталған Президент істерін басқару Медициналық орталығының ауруханасының ядролық медицина орталығы тұрақты дамуда және бүгінде жаңа инновациялық препараттарды енгізу жалғасуда. 2022 жылдың желтоқсанында тиісті өндірістік практика ережелерін (GMP) қатаң сақтай отырып, орталықта 18F-FDG жеке өндірісі іске қосылды, ал 2023 жылы сүйек метастаздары мен қатерлі сүйек ісіктерін диагностикалауға арналған 18F-NaF - препарат және ми ісіктерін диагностикалауда нағыз серпіліс болатын инновациялық радиофармацевтикалық препарат - 11C-метионин өндірісін бастау жоспарлануда.

Онкологиялық көмек көрсететін барлық дерлік медициналық ұйымдар медициналық ақпаратты сақтау және өңдеу үшін ПАКС-жүйелерге қосылған, ҚазОРҒЗИ-да орталық серверді орналастыра отырып, сараптама орталығын құру бойынша жұмыс жүргізілуде.

Кешенді жоспарда ҚазОРҒЗИ (Алматы қ.), Ядролық медицина орталығында (Абай облысы Семей қ.), Ақтөбе облысында, ҰҒОО (Астана қ.) және Шымкент қ. ПЭТ орталықтарын ұйымдастыру көзделген.

Бүгінгі таңда Қазақстанда 4 өңірде 9 аппараты бар 7 ПЭТ-орталық жұмыс істейді және диагностиканың бұл түрі қолжетімді болды.

2019 жылдан бастап республикада өкпе обыры бар науқастарға (EGFR, PDL1, ALK, ALK/ROS1 гендік мутацияларын анықтау), тері меланомасына (BRAF гендік мутацияларын анықтау)

және колоректалды обырға (KRAS гендік мутацияларын анықтау) диагнозды нақтылау және дербестендірілген терапияны тағайындау мақсатында мақсатты және иммунологиялық препараттарды іріктеу үшін молекулалық-генетикалық зерттеулер енгізілді.

Мамандандырылған зертханалардың болуын және жеткілікті жарақтандырылуын ескере отырып, молекулалық-генетикалық зерттеулер жүргізу үшін референт-орталықтармен ҚазОРҒЗИ (Алматы қ.), Қарағанды қаласының №3 көпбейінді ауруханасы және Астана қаласының көпбейінді медициналық орталығы анықталды. 2020 жылдан бастап Алматы онкологиялық орталығында да молекулалық-генетикалық зерттеулер жүргізілуде.

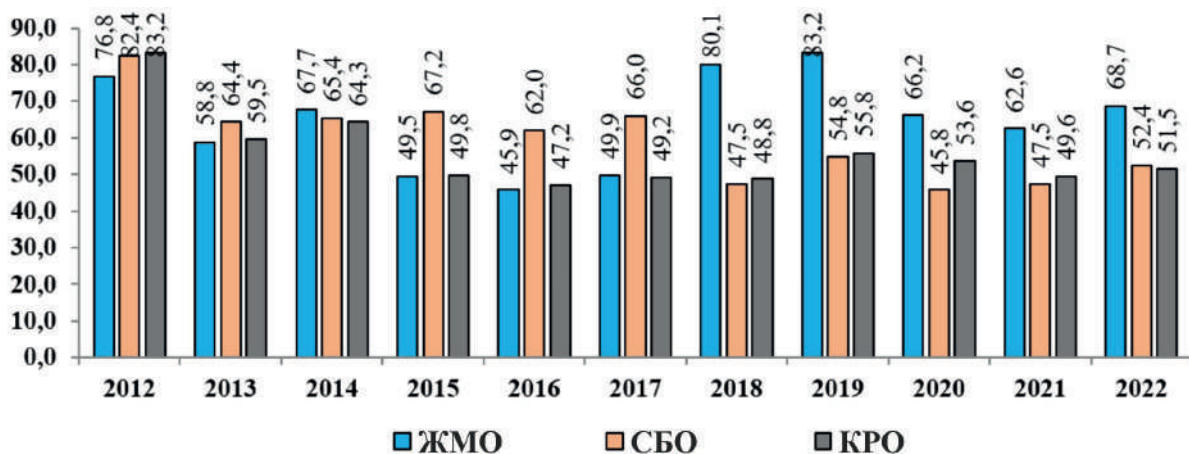
Мысалы, 2022 жылы 4916 молекулалық-генетикалық зерттеулер жүргізілді, сомасы 472 млн.666,8 теңгеге және драйверлік мутациялардың оң нәтижелері бар 512 пациентке дербестендірілген мақсатты және иммунологиялық терапия тағайындалды.

Онкологиялық науқастарға халықаралық сарапшылармен телеконсультация енгізілді. 2022 жылы 812 пациентке (2021 жылы - 782), оның ішінде жетекші халықаралық сарапшыларды тарта отырып - 260 науқасқа (256) консультация берілді.

Әрине, қызметтің қызметі онкологиялық ауруларға халықты жаппай зерттеусіз тиімсіз.

Қазақстанда сүт безінің обыр алды және обыр ауруларын, жатыр мойны, тоқ ішек және тік ішек обырын ерте анықтауға халықты жаппай скринингтік тексеру енгізілді.

2012-2022 жылдар кезеңінде жатыр мойны обырын (бұдан әрі - ЖМО) ерте анықтауға арналған скринингпен қамту 2012 жылғы 76,8%-дан БХТ бойынша жататын халық санының 68,7%-на дейін төмендеді, бірақ 2018 және 2019 жылдары айтарлықтай өсумен, колоректалдық обыр (КРО) - 83,2%-дан 51,5%-ға дейін, сүт безі обыры (СБО) - 2012 жылғы 82,4% - дан 2022 жылы 52,4%-ға дейін (35 - сурет).



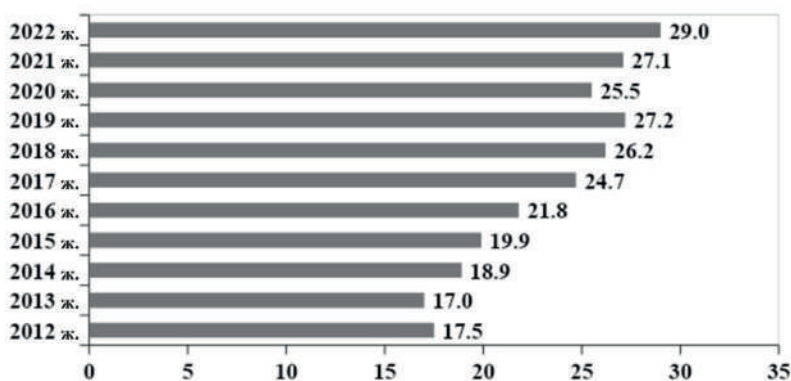
35-СУРЕТ - ЖАС ТОПТАРЫНА ЖАТАТЫН ТҮРҒЫНДАРДЫ ҚІ-ҒА ЕРТЕ АНЫҚТАУҒА АРНАЛҒАН СКРИНИНГТІК ТЕКСЕРУЛЕРМЕН ҚАМТУ

Жалпы емдеу желісі мамандарында қалыптасқан онкологиялық сақтық тәжірибесінің, елімізде ҚІ-ні неғұрлым кең таралған оқшаулау бойынша жаппай мақсатты скринингтердің, денсаулық сақтау ұйымдарын заманауи диагностикалық жарақтандырудың, онкологиялық көмек көрсетудің интеграцияланған моделі мен стандарттарын енгізудің арқасында соңғы жылдары ҚІ-ні ерте диагностикалау көрсеткіштері айтарлықтай жақсарды.

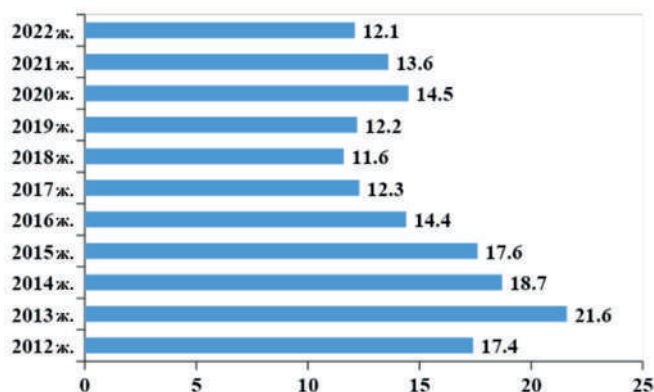
2012 жылдан бастап аурудың 1-ші сатысында анықталған ҚІ науқастарының үлес салмағы 2022 жылы 17,5-тен 29,0%-ға дейін өсті, бұл КВИ бойынша эпидемиологиялық қолайсыздыққа байланысты көрсеткіш нашарлаған 2020-2021 жылдарды қоспағанда, іс жүзінде дәйекті процесс (36 - сурет).

ҚІ-нің асқынған нысандары бойынша көрсеткіш төмендейді. Мәселен, көзбен шолу қолжетімді орындары бойынша 3-4 сатыда анықталған науқастардың үлес салмағы, яғни асқынған нысандармен 2012 жылдан бастап 2022 жылы 17,4-тен 12,1% - ға дейін төмендеді, 2013 жылы ол ең жоғары - 21,6% болды және КВИ салдарынан 2020-2021 жылдары байқаусызда өсті (37 - сурет).

Бұл жетістіктер онкологиялық қызметтің даму тиімділігінің көрсеткіштерінің динамикасына оң әсер етті, мысалы, халықтың ҚІ-ден өлімі, бір жылдық өлім, науқастардың бес жылдық өмір сүруі және басқалар.



36-СУРЕТ - I САТЫДАҒЫ ҚІ АЛҒАШ АНЫҚТАЛҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ САНЫ



37-СУРЕТ - III-IV САТЫДАҒЫ ҚІ КӨЗБЕН ШОЛУ ҚОЛЖЕТІМДІ ОРНЫ БОЙЫНША АЛҒАШ РЕТ АНЫҚТАЛҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ САНЫ

МСАК онкологтарының арасында 50% немесе одан да көп араластыру деңгейі бар өңірлерде төмен анықтау, ҚІ-нің жоғары асқынуы және қоса атқарушылардың жоғары деңгейі арасында корреляция сақталуда және бұл мәселе жақын арада өз шешімін талап етеді.

Онкологиялық көмек сапасының интеграцияланған көрсеткіші – 5 және одан да көп жыл өмір сүретін ҚІ науқастарының үлес салмағы динамикада тұрақты өсуде-2012 жылғы 50,3%-дан 2022 жылы 55,3%-ға дейін, бұл ҚІ бар науқастарды уақтылы тіркеуді, онкологиялық көмектің сапасы мен қолжетімділігін көрсетеді.

Көрсеткіштің ең жоғары деңгейі Абай облысында-58,3%, Қарағанды облысында – 58,0% және Ақмола облысында – 57,8%, ең төмені Астана қаласында – 48,9%, Атырау облысында – 52,0% және Шымкент қаласында – 52,5%. 9 өңірде көрсеткіш орташа республикалық деңгейден жоғары, 19 өңірдің 16 – сында ол 2021 жылғы деңгейге дейін өсті.

2.2.7 Жарақат және улану

БҰҰ Бас Ассамблеясы 2030 жылға қарай бүкіл әлем бойынша жол-көлік оқиғаларынан қаза тапқандар мен жарақат алғандардың санын екі есеге азайту туралы өршіл мақсат қабылдады (A/RES/74/299).

Жол-көлік жарақаты 5 пен 29 жас аралығындағы балалар мен жастар арасындағы өлімнің басты себебі болып табылады.

Жыл сайын жол-көлік оқиғалары шамамен 1,3 миллион адамның өмірін қиды. Тағы 20-50 миллион адам мүгедектікке әкелетін жарақат алады. Жол-көлік жарақаты жеке адамдарға, олардың отбасыларына және жалпы елдерге айтарлықтай экономикалық зиян келтіреді. Бұл залал қайтыс болу немесе жарақат алу салдарынан емдеу құны мен өнімділіктің жоғалуына, сондай-ақ зардап шеккендерге қамқорлық жасауы керек туыстарының өндірістен немесе оқудан алшақтауына байланысты. Жол-көлік оқиғалары салдарынан көптеген елдер келтіретін залал олардың жалпы ішкі өнімінің 3% - на жетеді[13].

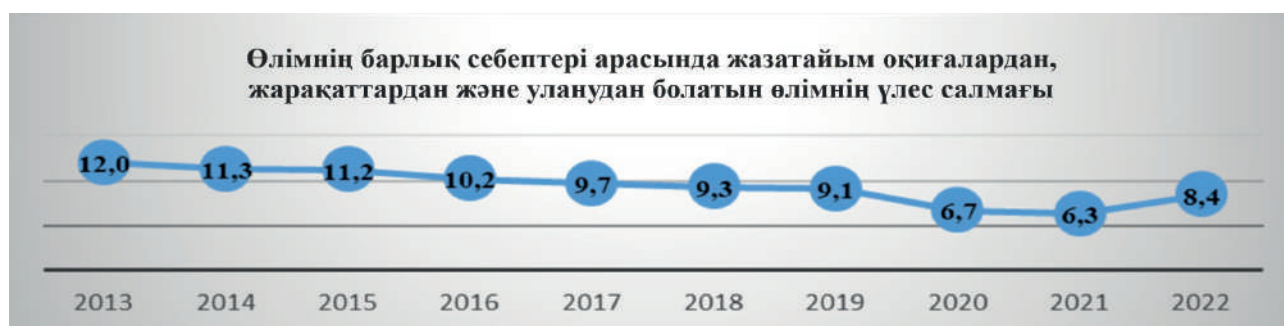
Дүние жүзіндегі сияқты жарақаттар мен уланулар халық өлімінің себептерінде жетекші орын алады және халықтың урбанизациясы мен елдің индустриялық дамуы өскен сайын жарақаттану көрсеткіші тек арта түсетіні түсінікті.

Қазақстан өлімінің құрылымында жарақаттар жүрек-қан тамырлары ауруларынан, тыныс алу ағзаларынан және онкологиялық аурулардан кейін төртінші орында тұр.

Травматологиялық қызметті жетілдіру және оны үйлестіру үшін Қазақстанда жарақаттар мен жазатайым оқиғалар кезінде, оның ішінде ЖКО салдарынан медициналық көмек көрсетудің интеграцияланған моделін енгізу үшін денсаулық сақтау министрлігінің жанынан Үйлестіру кеңесі құрылды. ЖКО салдарын азайту үшін республикалық маңызы бар жолдардың авариялық-қауіпті учаскелерінде 40 трассалық медициналық-құтқару пункті жұмыс істейді, шақыртулар санатын нақты бөле отырып және стационарлардың қабылдау бөлмелерінің халықаралық стандарттарына ауыса отырып, жедел медициналық көмек қызметін реформалау жүргізілді, травматологиялық бейіндегі ауруларды диагностикалау мен емдеудің жаңа әдістері енгізілді.

2013 жылмен салыстырғанда травматолог-ортопедтердің практик дәрігерлерінің саны 32,3%-ға (2013 ж. - 1012, 2021 ж. - 1339), травматологиялық бейіндегі 1294 төсекке (2013 ж. - 2606, 2021 ж. - 3900), 31,6%-ға-тірек-қимыл жүйесіне жасалатын операциялар саны (2013 ж. - жыл - 72 175, 2021 жыл-94 997) өсті.

Өлімнің барлық себептерінің құрылымында жазатайым оқиғалардан, жарақаттардан және уланудан қайтыс болғандардың жалпы санына өлім үлесі 2013 жылғы 12,0%-дан 2022 жылы 8,4%-ға дейін төмендеді (38-сурет).

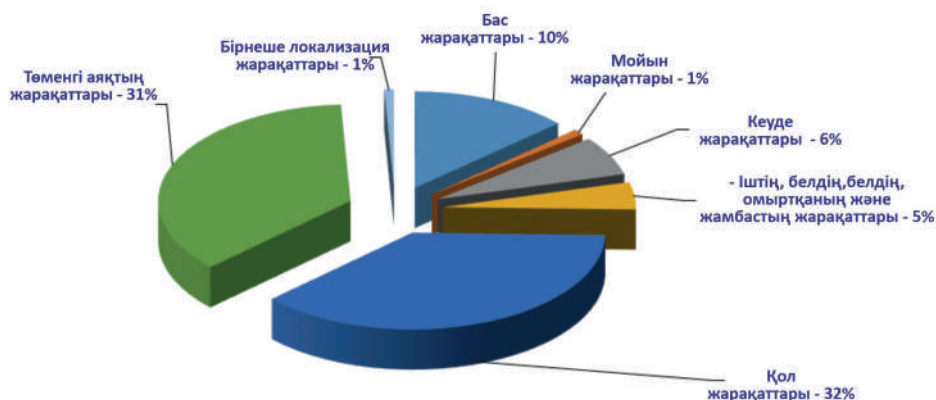


38-СУРЕТ - ӨЛІМНІҢ БАРЛЫҚ СЕБЕПТЕРІ АРАСЫНДА ЖАЗАТАЙЫМ ОҚИҒАЛАРДАН, ЖАРАҚАТТАРДАН ЖӘНЕ УЛАНУДАН БОЛАТЫН ӨЛІМНІҢ ҮЛЕС САЛМАҒЫ

2012 жылдан бастап жарақаттану, улану және сыртқы себептер әсерінің кейбір басқа салдарларының саны 16%-ға азайып, 100 мың тұрғынға шаққанда 3060,0 құрады (2012 ж. - 3627,0). Сондай-ақ ересектердің арасында жарақаттанудың 3297,2 (2012 жылы - 3600,6) дейін және 0-14 жастағы балалар арасында - 2353,0 (2012 жылы - 3246,3) дейін төмендеуі, жасөспірім (15-17 жас) балалар арасында көрсеткіштің 4174,0 (2012 жылы-6175,6) дейін төмендеуі байқалады.

Жарақаттар мен жазатайым оқиғалардан зардап шеккендердің 55%-ын ер адамдар құрады, олардың арасында жарақат алу көрсеткіші 3479,2, ал әйелдердің арасында - 100 мың тиісті халыққа шаққанда 2660,4 құрады.

2022 жылдың қорытындысы бойынша орны бойынша механикалық зақымданулардан болатын жарақаттардың жиілігін талдау шамамен 63%-ы жоғарғы (32%) және төменгі (31%) аяқ-қолдардың жарақаттарынан, 10% - бас жарақаттарынан, 6% - кеуде жарақаттарынан және 5% - іш, бел, бел омыртқасы және жамбас жарақаттарынан келетінін көрсетті (39-сурет).



39-СУРЕТ - ОРНЫ БОЙЫНША ЖАРАҚАТТАР САНЫ

Халыққа травматологиялық-ортопедиялық көмек көрсететін Қазақстандағы жетекші республикалық орталық Академик Н.Ж. Батпенев атындағы Ұлттық травматология және ортопедия ғылыми орталығы (бұдан әрі - ҰТОҒО) болып табылады. Халыққа травматологиялық көмек көпбейінді стационарлардың 152 травматологиялық-ортопедиялық және күйік бөлімшелерінде, амбулаториялық-емханалық ұйымдардың 277 травматологиялық кабинетінде, сондай-ақ өңірлердің медициналық ұйымдарының 77 травматологиялық пунктінде көрсетіледі. Бұдан басқа, республика халқына мамандандырылған травматологиялық-ортопедиялық көмек ОАА және АА хирургиялық бөлімшелерінің құрамында бөлінген травматологиялық төсектерде көрсетіледі. Академик Н.Ж. Батпенев атындағы ҰТОҒО оларға травматологиялық бейін шеңберінде бағдарламаларды іске асыру жөніндегі үйлестіруші болып табылады.

Республиканың травматологиялық-ортопедиялық қызметінің төсек қоры 2022 жылдың соңында 3675 төсекті құрады, оның 766-сы балаларға арналған төсек. Сонымен қатар, республика бойынша травматологиялық және ортопедиялық науқастарды қалпына келтіру және ерте медициналық оңалту үшін 2200 төсек ашылды.

2022 жылы республиканың травматолог-ортопед дәрігерлерінің саны 1388-ді құрады (2021 жылы - 1339), кадрлармен қамтамасыз ету көрсеткіші соңғы жылдар деңгейінде қалып отыр-10 мың тұрғынға шаққанда 0,7 (10-кесте).

10-КЕСТЕ - ХАЛЫҚТЫ ТРАВМАТОЛОГ-ОРТОПЕД ДӘРІГЕРЛЕРІМЕН (КОМБУСТИОЛОГТАРДЫ ҚОСА АЛҒАНДА) ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ

ОБЛЫСТАР	ТРАВМАТОЛОГ-ОРТОПЕД ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ АБСОЛЮТТІК САНЫ		10 000 ХАЛЫҚКА ШАҚҚАНДА	
	2021	2022	2021	2022
ҚР	1339	1388	0,7	0,7
АБАЙ		32		0,5
АҚМОЛА	33	32	0,4	0,4
АҚТӨБЕ	49	50	0,5	0,5
АЛМАТЫ	103	74	0,5	0,5
АТЫРАУ	16	22	0,2	0,3
ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН	92	59	0,7	0,8
ЖАМБЫЛ	50	56	0,4	0,5
ЖЕТІСУ		27		0,4
БАТЫС ҚАЗАҚСТАН	27	33	0,4	0,5
ҚАРАҒАНДЫ	104	95	0,8	0,8
ҚОСТАНАЙ	47	45	0,5	0,5
ҚЫЗЫЛОРДА	31	31	0,4	0,4
МАҢҒЫСТАУ	32	36	0,4	0,5
ПАВЛОДАР	65	67	0,9	0,9
СОЛТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН	24	28	0,4	0,5
ТҮРКІСТАН	96	101	0,5	0,5
ҰЛЫТАУ		8		0,4
АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ	239	247	1,2	1,1
АСТАНА ҚАЛАСЫ	258	272	2,1	2,0
ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ	73	73	0,7	0,6

Жол-көлік оқиғаларынан (ЖКО) болатын өлімді азайту мақсатында республика жолдарының авариялық-қауіпті учаскелерінде 40 трассалық медициналық-құтқару пункті (бұдан әрі-ТМҚП) жұмыс істейді және көліктік жарақаттануды азайту мәселесі мемлекеттік бағдарламалар шеңберінде ведомствоаралық тәсілді талап ететіндіктен 2011 жылы бес министрлік «Онжылдықты іске асыру жөніндегі ұлттық іс-шаралар жоспарын» бекітіп, келіскен 2011-

2020 жылдарға арналған Жол қозғалысы қауіпсіздігін қамтамасыз ету және жарақаттанудың алдын алу жөніндегі іс-қимылдар

Жоспарды іске асыру кезеңінде Қазақстанда көліктік жазатайым оқиғалардан болатын өлім көрсеткіші 31,7%-ға төмендеді (2011 ж. - 19,3, 2018 ж. - 100 мың тұрғынға шаққанда 13,2). Алдағы уақытта жарақаттан, оның ішінде ЖКО-дан болатын өлімді азайту бағдарламасы шеңберінде жол карталары әзірленді. 2019 жылы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі жарақат алған кезде медициналық көмек көрсетудің интеграцияланған моделін енгізу жөніндегі жол картасын бекітті.

Басқа ведомстволар тарапынан да жарақаттанудың алдын алу және оның салдарын азайту жөнінде тиісті шаралар қабылданды.

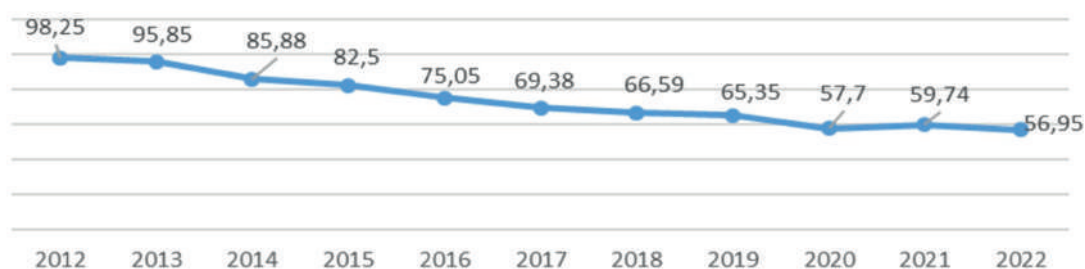
Атап айтқанда, Ішкі істер министрлігі жүргізуші куәліктерін алу үшін азаматтарды оқытудың ескірген тәсілдерін қайта қарады, жүргізушілерді жүргізу ережелерін бұзғаны үшін жазалау шаралары күшейтілді, барлық қалаларда жол қозғалысы ережелерін бұзушылықтарды бақылау камералары орнатылды, автомобильдер мен олардың иелері туралы барлық деректер цифрландырылды, бұл ЖКО деңгейіне айтарлықтай әсер етті.

Автожолдардың сапасына ерекше назар аударылады. 10 жылдың ішінде халықаралық және қалааралық маңызы бар барлық трассалар, әсіресе «Нұрлы Жол» ұлттық бағдарламасы шеңберінде жөнделді немесе қайта салынды.

Автокөліктің техникалық жай-күйіне қойылатын талаптар күшейтілді және елімізде ескіргендердің орнына жаңа автокөлік сатып алуды ынталандыратын прогрессивті салық салу қағидаты енгізілді.

Денсаулық сақтау қызметтері, ТЖМ және басқалар арасында «Алтын сағат» қағидаты бойынша шұғыл медициналық көмек көрсету бойынша ведомствоаралық өзара іс-қимыл жұмысы жолға қойылған.

Нәтижесінде жазатайым оқиғалардан, уланулардан және жарақаттардан болатын өлім 2012 жылғы жылдық көрсеткішпен салыстырғанда 42,04%-ға айтарлықтай төмендеді және 2022 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 56,95 құрады (40-сурет).



40-СУРЕТ - ЖАЗАТАЙЫМ ОҚИҒАЛАРДАН, ЖАРАҚАТТАРДАН ЖӘНЕ УЛАНУДАН БОЛАТЫН ӨЛІМ ДИНАМИКАСЫ

2022 жылы республиканың амбулаториялық - емханалық ұйымдарында 604 819 жарақат алу, улану және сыртқы себептер әсерінің кейбір басқа да салдары тіркелді, оның ішінде: 0-14 жас - 137 309 жағдай, 15-17 жас - 37 923 жағдай, 18 жас және одан жоғары 429 587 жағдай.

Қазіргі уақытта денсаулық сақтау министрлігі 2022-2023 жылдарға арналған жарақаттанудың алдын алу жөніндегі Жол Картасына мониторинг жүргізуде, онда өз құзыреті шеңберінде жарақаттардан болатын өлім көрсеткіштерін төмендету жөніндегі іс-шаралар көзделген.

Өлімнің барлық себептерінің құрылымында жазатайым оқиғалардан, жарақаттардан және уланудан қайтыс болғандардың жалпы санына өлім үлесі 2012 жылғы 11,8% - дан 2022 жылы 8,3% - ға дейін төмендеді (41-сурет).



41-СУРЕТ - ӨЛІМНІҢ БАРЛЫҚ СЕБЕПТЕРІНІҢ АРАСЫНДА ЖАЗАТАЙЫМ ОҚИҒАЛАРДАН, ЖАРАҚАТТАРДАН ЖӘНЕ УЛАНУДАН БОЛАТЫН ӨЛІМНІҢ ҮЛЕС САЛМАҒЫ

Травматологиялық қызметті дамытудағы айқын жетістіктерге қарамастан, мәселе әлі де өзекті және үнемі назар аударуды қажет етеді.

Жарақат пен уланудан болатын өлімнің себептерінің ішінде суицид жетекші орындардың бірі болып табылады.

ДДҰ мәліметтері бойынша, өзін-өзі өлтіру деңгейінің көрсеткіші бір жылдың ішінде 100 мың адамға шаққандағы өзін-өзі өлтірудің салдарынан ресми түрде тіркелген өлім санын білдіреді және белгілі бір мемлекеттегі немесе өңірдегі халықтың әлеуметтік-психологиялық әл-ауқатының жалпы деңгейін бағалаудағы негіздердің бірі болып табылады. Әлем елдеріндегі өзін-өзі өлтіру деңгейінің көрсеткіштері Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) — Біріккен Ұлттар Ұйымы жүйесінің (БҰҰ) арнайы мекемесінің әдістемесі бойынша есептеледі, оның негізгі қызметі әлем халқының денсаулығын сақтау және халықаралық денсаулық сақтау мәселелерін шешу болып табылады.

Қазіргі уақытта ДДҰ өз-өзіне қол жұмсауды әлемнің барлық аймақтарына тән жаһандық проблемалық құбылыс ретінде қарастыруда. Ұйымның бағалауы бойынша, соңғы 50 жылда суицид деңгейі бүкіл әлемде 60% - дан астамға өсті, кейбір елдерде (Ресейді қоса алғанда) суицид 15 пен 45 жас аралығындағы адамдар арасындағы өлімнің негізгі үш себебінің бірі болып табылады.

11-КЕСТЕ - ӨЗІН-ӨЗІ ӨЛТІРУ ДЕҢГЕЙІ БОЙЫНША ӘЛЕМ ЕЛДЕРІНІҢ РЕЙТИНГІ

№	ЕЛ	ӨЗІН-ӨЗІ ӨЛТІРУ ДЕҢГЕЙІ
1	ГРЕНЛАНДИЯ	~90.0
2	ЛЕСОТО	87.48
3	ГАЙАНА	40.85
4	СВАЗИЛЕНД	40.46
5	КИРИБАТИ	30.56
6	МИКРОНЕЗИЯ	28.99
7	СУРИНАМ	25.89
8	ЗИМБАБВЕ	23.63
9	ОҢТҮСТІК АФРИКА	23.49
10	МОЗАМБИК	23.19
11	ОРТАЛЫҚ-АФРИКА РЕСПУБЛИКАСЫ	22.96
12	РЕСЕЙ	21.6
13	ОҢТҮСТІК КОРЕЯ	21.16
14	ВАНУАТУ	20.96
15	БОТСВАНА	20.22
16	ЛИТВА	20.15
17	УРУГВАЙ	18.83
18	МОҢҒОЛИЯ	18.05
19	ҚАЗАҚСТАН	18.02

Әлем елдеріндегі өзін-өзі өлтіру статистикасы көрсеткіштері бар деректер халықаралық деңгейде «Дүниежүзілік денсаулық сақтау статистикасы» сериясының мерзімді басылымдарында (WHO World Health Statistics) және «Психикалық денсаулық жөніндегі жаһандық денсаулық сақтау обсерваториясының» (WHO Global Health Observatory Data: Mental Health) дерекқорында жарияланады. Зерттеу «Өлім жөніндегі жаһандық деректер базасында» (WHO Mortality Database) жинақталатын Ұлттық қызметтер мен халықаралық институттардың статистикалық деректері негізінде жүргізіледі, бұл ретте деректер бірнеше жылда бір реттен жиі жаңартылмайды, өйткені көптеген елдер әртүрлі себептерге байланысты осы көрсеткіш бойынша жыл сайынғы статистиканы ұсына алмайды.

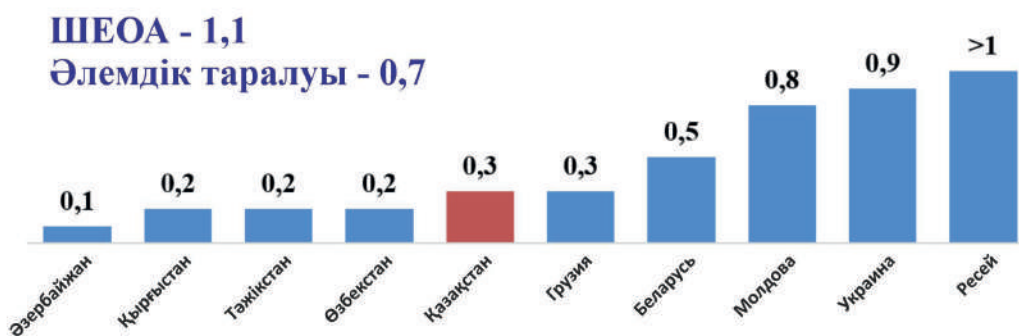
ДДҰ деректеріне сәйкес, Қазақстан өзін-өзі өлтіру деңгейі бойынша 184 елдің ішінде 19-шы орында және бұл көрсеткіш жақын арада барлық мүдделі қызмет органдарының тарапынан осы мәселеге назар аударуды талап етеді. Республикада жыл сайын 3,5 мыңнан астам адам

өзін-өзі өлтіреді және қабылданып жатқан шараларға қарамастан, көрсеткіш әлі де жоғары [14].

2.2.8 АИТВ/ЖИТС

15-49 жас тобында АИТВ инфекциясының орташа әлемдік таралуы - 0,7, Шығыс Еуропа және Орталық Азия елдерінде (ШЕОА) - 1,1 құрайды. Қазақстанда-0,3. ШЕОА елдерінде халықтың негізгі топтары (ХНТ) арасында АИТВ инфекциясының таралуы:

- секс қызметкерлерінің арасында (СҚ) - 2,0, Қазақстанда - 1,3%,
- ерлермен жыныстық қатынасқа түсетін ерлердің арасында (ЕЖЕ) - 4,5%, Қазақстанда - 6,9%;
- есірткі қолданатын адамдардың арасында (ЕҚА) - 7,2%, Қазақстанда - 7,6%;
- трансгендерлердің арасында - 2,5%, Қазақстанда трансгендерлердің арасында зерттеулер жүргізілмейді.
- 95-95-95 жаһандық стратегиясы бойынша ШЕОА елдерінің ешқайсысы қамтудың 95%-на жеткен жоқ.
- Бірінші 95% бойынша: Жаһандық көрсеткіш 85%, Қазақстанда- 81%/87% (2021/2022).
- Екінші 95% бойынша: Жаһандық көрсеткіш-88%, Қазақстанда- 79%/84% (2021/2022).
- Үшіншіден 95%: жаһандық көрсеткіш-92%, Қазақстанда- 86%/87% (2021/2022).
- Барлық үш бағыт Қазақстан үшін басым бағыт болып қала береді.



42-СУРЕТ-ШЕОА ЕЛДЕРІНДЕ 15-49 ЖАС АРАЛЫҒЫНДАҒЫ АИТВ ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ ТАРАЛУЫ

12-КЕСТЕ – СТРАТЕГИЯ 95/95/95

ЕЛ	95%	95%	95%
ЖАҒАНДЫҚ КӨРСЕТКІШТЕР	85	88	92
НОРВЕГИЯ		93	98
ШВЕЙЦАРИЯ		90	
ТАЙЛАНД	94	91	97
ГРУЗИЯ	88	81	95
БЕЛАРУСЬ	84	83	93
МАЛАЙЗИЯ	83	66	81
ҚАЗАҚСТАН (2021/2022)	81/87	79/84	86/87
ӨЗБЕКСТАН	77	66	
ТӘЖІКСТАН	75	87	88
УКРАИНА	75	83	94
ҚЫРҒЫЗСТАН	75	67	89
МОЛДОВА	66	72	89
ӨЗЕРБАЙЖАН	61	98	83

Қазіргі уақытта АИТВ-инфекциясының алдын алу қызметі 20 орталықтан тұрады, оның ішінде 17 облыстық, 3 қалалық республикалық маңызы бар қалалардағы АИТВ инфекциясының алдын алу орталығы және Қазақ дерматология және инфекциялық аурулар ғылыми орталығы. ҚДИАҒО.

ДДҰ жіктемесі бойынша Қазақстан эпидемияның шоғырланған сатысында тұр. АИТВ инфекциясының таралуы негізінен халықтың негізгі топтарында (бұдан әрі - ХНТ) байқалады: инъекциялық есірткі қолданатын адамдар (бұдан әрі - ИЕҚА), секс - жұмыскерлер (бұдан әрі - СҚ), ерлермен жыныстық қатынасқа түсетін ерлер (бұдан әрі - ЕЖЕ) және тұтқындар.

2022 жылы 15-49 жас тобында АИТВ инфекциясының таралуы 0,3%-ды құрайды, орташа әлемдік көрсеткіш - 0,7% және Шығыс Еуропа мен Орталық Азия елдері -1,1%.

ХНТ арасында АИТВ-ның таралуы жалпы халыққа қарағанда айтарлықтай жоғары. ИЕҚА арасында таралуы-7,6%, СҚ -1,3%, ЕЖЕ - 6,9%.

Берілудің негізгі жолдары-парентеральды және жыныстық. Егер 2013 жылы берілудің негізгі жолы инъекциялық есірткіні қолданудағы инъекциялық жол болса (61%), онда 2022 жылы жыныстық қатынас 74,7%, ал парентеральды жол 20,3% басым болды. Бұл эпидемияның ХНТ арқылы жалпы халыққа өтуі нәтижесінде пайда болатын жалпы әлемдік үрдіс.

Аурудың өсуі көптеген бағыттар бойынша жұмыстың жандануына байланысты және онымен байланысты:

- АИТВ инфекциясына зерттелген адамдар санының өсуімен. 2013 жылмен салыстырғанда (соңғы 10 жылда) тестіленгендердің өсуі 1,6 есе өсті (2013 жылы-2450517; 2023 жылы -3837896), бұл тиісінше жаңа жағдайлардың анықталуының артуына әсер етеді (2013 жылы-2433 және 2022 жылы 007 жағдай);

- клиникалық көрсеткіштер бойынша халықты тексеру бойынша алғашқы медициналық-санитариялық қызметпен жұмысты жандандыру арқылы медицина қызметкерлерінің АИТВ инфекциясына қатысты сақтығы артты. Клиникалық көрсеткіштер бойынша тексерілгендердің саны 2 еседен астам өсті (2013 жылғы 270465 - тен 2022 жылы 541850-ге дейін);

- экспресс диагностиканы енгізу есебінен ХНТ тестілеуін ұлғайту;

- АИТВ инфекциясымен өмір сүретін адамдардың жақын ортасын, жыныстық және инъекциялық серіктестерін индекстік тестілеу сияқты ДДҰ ұсынған жаңа тәсілдерді енгізу;

- әйелді есепке қою кезінде жүкті әйелдердің жыныстық серіктестерін тексеруді енгізу;

- психикалық денсаулық орталықтарында / бастапқы медициналық-санитариялық қызметте инъекциялық есірткі қолданатын адамдарды жедел тестілеуді енгізу.

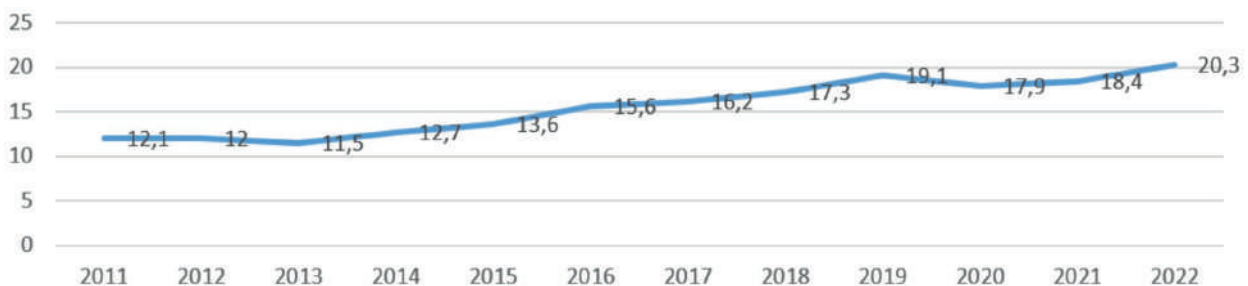
- медициналық ұйымдарға аз жүгінетін, халықтың қол жетімділігі қиын жабық топтарына қол жеткізе алатын үкіметтік емес ұйымдарға (бұдан әрі - ҮЕҰ) сілекей сынақтарын пайдалана отырып, жедел тестілеуді беру арқылы;

- 2021 жылдан бастап байланысқа дейінгі профилактика енгізіле бастады, бұл АИТВ-мен өмір сүретін адамдардың серіктестерінің арасында АИТВ жұқтыру жиілігін төмендетуге мүмкіндік береді;

- жыл сайын АӨА-ны антиретровирустық терапиямен қамту өсуде (2022 жылы 84%), бұл сонымен қатар эпидемиологиялық жағдайды шоғырланған кезеңде ұстап тұруға және өлімді төмендетуге ықпал етеді;

- жүкті әйелдерді АИТВ-ға тексеруге мониторинг енгізілді, оларды тестілеумен қамту 98% - дан асты (ДДҰ ұсынымы -95%).

АИТВ инфекциясымен сырқаттанушылықтың динамикасы



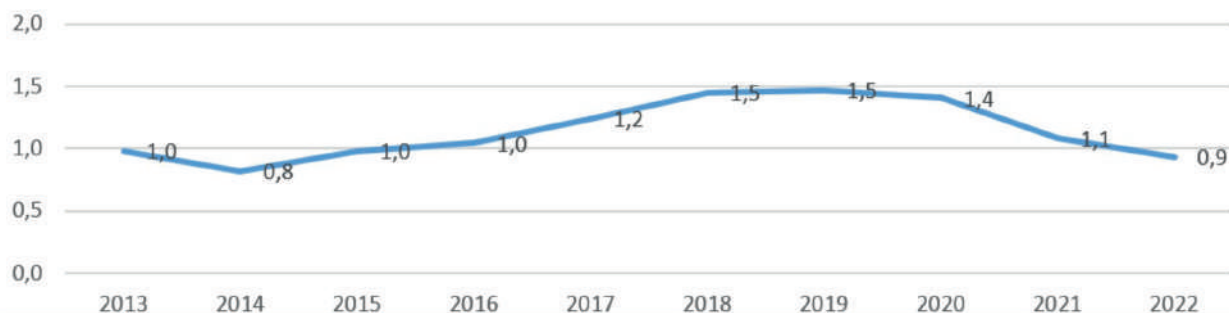
АИТВ инфекциясы жағдайын тіркеу динамикасы



44-СУРЕТ - АИТВ ИНФЕКЦИЯСЫ ЖАҒДАЙЫН ТІРКЕУ ДИНАМИКАСЫ

Қазақстан Республикасында ДДҰ ұсынған профилактикалық бағдарламалар енгізілді. 2016 жылдан бастап кәсіптік бағдарламалармен қамту: ИЕҚА 57%-дан 62%-ға дейін, СҚ 76%-дан 85%-ға дейін, ЕЖЕ 5348 адамнан 15071 адамға дейін ұлғаюда. 2022 жылы кәсіптік бағдарламаларға жүгінгендер санынан АИТВ-ға тексеру барлық кҒН бойынша: ИЕҚА 59%-дан (2012 ж.) 90%-ға дейін (2022 ж.), СҚ 49%-дан 87%-ға дейін, ЕЖЕ 10%-дан 91%-ға дейін өсті.

ЖИТС-тен болатын өлім көрсеткішінің динамикасы



45-СУРЕТ - ЖИТС-ТЕН БОЛАТЫН ӨЛІМ КӨРСЕТКІШІНІҢ ДИНАМИКАСЫ

13-КЕСТЕ – 90/90/90 ЖӘНЕ 95/95/95 МАҚСАТТАРЫНА ҚОЛ ЖЕТКІЗУ ДИНАМИКАСЫ

90/90/90 МАҚСАТТАРЫ	2016	2017	2018	2019	2020	95/95/95 МАҚСАТТАРЫ	2021	2022
БАРЛЫҚ АӨА-НЫҢ 90%-Ы ӨЗІНІҢ АИТВ МӘРТЕБЕСІ ТУРАЛЫ БІЛУІ КЕРЕК	80	80	84	82	83	БАРЛЫҚ АӨА-НЫҢ 95%-Ы ӨЗІНІҢ АИТВ МӘРТЕБЕСІ ТУРАЛЫ БІЛУІ КЕРЕК	81	87
АРТ АӨА-НЫҢ 90%-Ы АРТ-НЫ ТҰРАҚТЫ ТҮРДЕ АЛУЫ КЕРЕК	43	55	64	68	73	АРТ АӨА-НЫҢ 95%-Ы АРТ-НЫ ТҰРАҚТЫ ТҮРДЕ АЛУЫ КЕРЕК	79	84
АРТ АЛАТЫН АӨА-НЫҢ 90%-ЫНДА ВИРУСТЫҚ СУПРЕССИЯ БАЙҚАЛУЫ КЕРЕК	64	72	68	80	84	АРТ АЛАТЫН АӨА-НЫҢ 95%-ЫНДА ВИРУСТЫҚ СУПРЕССИЯ БАЙҚАЛУЫ КЕРЕК	86	87

АИТВ-ға тестілеудің жаңа әдістерін, тиімділігі жоғары заманауи антиретровирустық препараттарды енгізу, халық арасында профилактикалық іс-шараларды іске асыру және ХНТ эпидемияны шоғырланған кезеңде ұстауға мүмкіндік берді.

Жыл сайын антиретровирустық терапия алатын адамдардың саны артып келеді, сондықтан 2013 жылы - 3526 адам, 2022 жылы - 25642 адам, яғни 7,2 есеге ұлғайды, яғни АӨА-ны антиретровирустық терапиямен қамту 2013 жылғы 25% - дан 2022 жылы 84% - ға дейін өсті.

Емдеу тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлеміне кіреді.

АРВ-терапияның қолжетімділігінің артуы нәтижесінде ЖИТС-тен АӨА өлімінің көрсеткішін төмендету үрдісі байқалады: 2018 жылы 1,5%-дан 2022 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 0,9%-ға дейін, бұл ЖИТС өмір сүру ұзақтығын арттыруға және өмір сүру сапасын жақсартуға ықпал етеді.

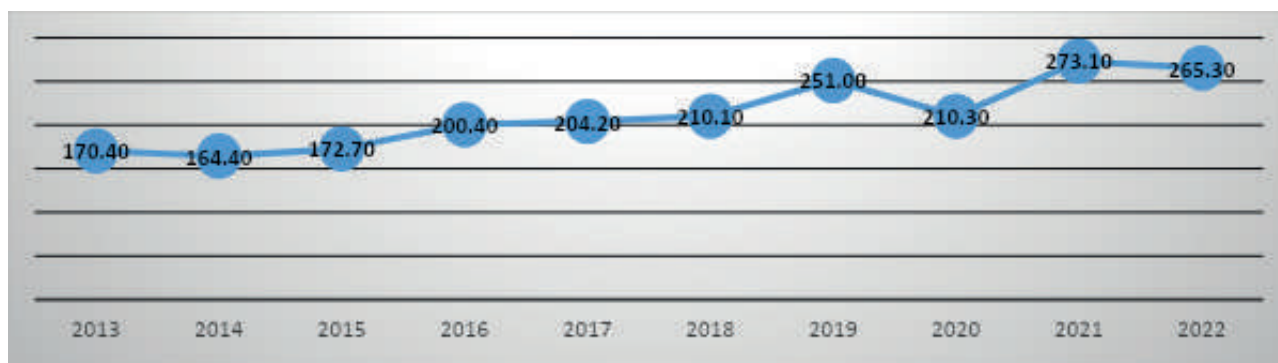
2023-2026 жылдарға арналған АИТВ-инфекциясының алдын алу жөніндегі шараларды іске асырудың Жол картасы бекітілді, оған сәйкес қолда бар проблемалық мәселелерді шешу жоспарлануда: стигма мен кемсітушілікті азайту, ҰЕҰ арқылы ХНТ-де жедел тестілеуді кеңейту, АИТВ-қауымдастырылған ауруларды уақтылы диагностикалау және емдеу, барлық мұқтаж адамдарды емдеу схемаларымен қамту, АИТВ мәселелері бойынша медициналық ұйымдардың кадрлық әлеуетін арттыру- инфекциялар, байланысқа дейінгі профилактикамен қамтуды арттыру.

Осылайша, көрсеткіштердің оң динамикасына және инфекциясының таралуын тежеуге қарамастан, инфекциясының ИЕҚА тобынан жалпы популяцияға таралу жолының ауысуы алаңдаушылық туғызады. Жалпы әлемдік тенденция көрсеткендей, бұл инфекциясының қоғамда таралуының осы әдісі басым болған кезде, таралу қарқынына сәйкес профилактикалық жұмысты күшейту қажет.

2.2.9 Қант диабеті

Қант диабеті (бұдан әрі - ҚД) таралуының эпидемиялық өсу қарқыны бар ауруға айналады. Халықаралық қант диабеті Федерациясының (International Diabetes Federation, IDF) соңғы мәліметтері бойынша, 2021 жылы әлемде ҚД-мен ауыратын науқастардың саны 537 миллионға жетті, бұл сан 2030 жылға қарай 643 миллионға және 2045 жылға қарай 783 миллионға дейін өседі деп болжануда.

Қазақстанда, әлемнің көптеген елдеріндегідей, ҚД таралуының өсуі жалғасуда. Республикада ҚД ауруы 2013 жылы 170,40-тан 2022 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 265,30-ға дейін өсті (46-сурет).



46-СУРЕТ - ҚАНТ ДИАБЕТИМЕН СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚ (100 МЫҢ ХАЛЫҚҚА ШАҚҚАНДА)

Қант диабетімен ауыратын науқастар санының жыл сайын өсуі байқалады (жылына 30 мың жағдайға дейін, 2030 жылға қарай күтілетін саны - 600 мыңнан астам). Әлемдік және отандық деректер коронавирус инфекциясының салдарынан қант диабетімен ауыратын науқастардың өлім деңгейінің өскенін көрсетеді және бұл құбылысты әлемдік ғылыми қауымдастық белсенді зерттеп жатыр.

2022 жылдың соңында қант диабеті бойынша диспансерлік есепте тұрған науқастардың саны 425 953 науқасты құрады, бұл 2013 жылдың қорытындысы бойынша деректермен салыстырғанда 1,7 есеге артық - 244 892 науқас.

14-КЕСТЕ - 2022 ЖЫЛДЫҢ СОҒЫНА ЕЛ Өңірлері бөлінісінде қант диабеті бойынша диспансерлік есепте тұрған науқастардың саны

Өңірлер	БАЛАЛАР (0-14 ЖАС)	ЖАСӨСПІРІМДЕР (15-17 ЖАС)	ЕРЕСЕКТЕР (18 ЖАС ЖӘНЕ ОДАН ЖОҒАРЫ)	ЕСЕПТЕ ТҰРҒАНДАР, БАРЛЫҒЫ
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ	3 792	1 347	420 814	425 953
АБАЙ ОБЛЫСЫ	132	32	15 966	16 130
АҚМОЛА	178	59	18 972	19 209
АҚТӨБЕ	122	43	16 341	16 506
АЛМАТЫ	262	82	28 105	28 449
АТЫРАУ	118	47	11 633	11 798
БАТЫС ҚАЗАҚСТАН	102	42	13 703	13 847
ЖАМБЫЛ	185	72	19 915	20 172
ЖЕТІСУ ОБЛЫСЫ	99	28	11 249	11 376
ҚАРАҒАНДЫ	320	113	33 832	34 265
ҚОСТАНАЙ	153	45	26 986	27 184
ҚЫЗЫЛОРДА	136	51	14 439	14 626
МАҢҒЫСТАУ	127	54	11 818	11 999
ПАВЛОДАР	149	44	23 406	23 599
СОЛТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН	136	43	20 058	20 237
ТҮРКІСТАН	270	112	31 712	32 094
ҰЛЫТАУ ОБЛЫСЫ	56	12	6 299	6 367
ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН	160	65	23 962	24 187
АСТАНА ҚАЛАСЫ	353	138	22 261	22 752
АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ	502	187	48 220	48 909
ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ	232	78	21 937	22 247

Осылайша, 2022 жылдың қорытындысы бойынша елімізде қант диабетімен ауыратын диспансерлік есепте тұрған 0 жастан 14 жасқа дейінгі балалар саны – 3792, 15 жастан 17 жасқа дейінгі жасөспірімдер – 1347, 18 жастан асқан ересектер – 420 814 науқасты құрады.

Қант диабетімен ауыратын диспансерлік бақылауда тұрған науқастардың ең көп саны Алматы қаласында – 48 909 науқас, Қарағанды облысында – 34 265 науқас, Түркістан облысында – 32 094 науқас, Алматы облысында – 28 449 науқас, Қостанай облысында – 27 184 науқас байқалады.

Қант диабетімен ауыратын диспансерлік бақылауда тұрған науқастардың ең аз саны Ұлытау облысында – 6367 науқас, Жетісу облысында – 11 376 науқас, Атырау облысында – 11 798 науқас, Маңғыстау облысында – 11 999 науқас, Батыс Қазақстан облысында – 13 847 науқас байқалады.

2020 жылдан бастап ТМККК шеңберінде дәрілік заттардың тізбесіне халықаралық стандарттарға сәйкес келетін жаңа препараттар енгізілді.

2021 жылы Диабеталды бойынша клиникалық хаттама қабылданды, ол диабеталды мен 2 типті қант диабетін медициналық-санитариялық алғашқы көмек деңгейінде ерте диагностикалауды жақсартуға мүмкіндік береді.

Сондай-ақ, республикада созылмалы инфекциялық емес аурулары бар науқастарды белсенді басқаруға негізделген созылмалы ауруларды басқару бағдарламасы бойынша МСАК мамандарын оқыту бойынша үздіксіз жұмыс жүргізілуде: қант диабеті, артериялық гипертензия, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі, сондай-ақ өзін-өзі басқару дағдыларын қалыптастыру. БАБ барлық МСАК ұйымдарында енгізілді, БАБ-қа 1 млн. астам пациент тартылды, бұл динамикалық бақылаудағы пациенттердің жалпы санының орта есеппен 55,3% -ды құрайды (1 960 724 адам).

Еліміздің қоғамын қант диабетімен байланысты мәселелерде ағарту және пациенттерді осы айықпас аурумен өмір сүру дағдыларына үйрету бойынша жұмыс істеу үшін 2013 жылдан

бастап Қазақстанда «Қазақстан Республикасының диабеттік ағарту қоры» қоғамдық қоры жұмыс істейді.

Жалпы ауру мен өлім құрылымындағы ҚД маңыздылығын бағаламау сөзсіз ауыр зардаптарға әкелетінін ескеру маңызды, өйткені ҚД көптеген басқа аурулар мен жағдайлардың дамуының қоздырғышы болып табылады. Сондықтан жақын арада бұл мәселеге ерекше назар аудару қажет.

Қорытындылар мен ұсынымдар

2013-2022 жылдардағы қоғамдық денсаулық көрсеткіштерін талдау негізгі медициналық-әлеуметтік проблемаларды көруге және одан әрі денсаулық сақтау жүйесін дамытудың басым бағыттарын қалыптастыруға мүмкіндік береді.

2013-2022 жылдардағы статистикалық талдау көрсеткендей, ел халқының өлім құрылымында қанайналым ағзаларының ауруларынан, оның ішінде инфаркт пен инсульттан болатын өлім жетекші орын алады.

Қоғамдық денсаулық проблемаларын шешу үшін қазіргі уақытта «Дені сау ұлт» әрбір азамат үшін сапалы және қолжетімді денсаулық сақтау» ұлттық жобасы (бұдан әрі – ұлттық жоба) жұмыс істейді. Ұлттық жоба жалпыұлттық басымдықтар, Қазақстан

Республикасының 2025 жылға дейінгі ұлттық даму жоспары сияқты елдің стратегиялық құжаттарын ескереді және 2025 жылға дейінгі нақты, қол жеткізуге болатын міндеттерді қамтиды.

Министрлік саланың ұзақ мерзімді перспективалары мен операциялық қызметін көрсететін денсаулық сақтауды дамытудың 2026 жылға дейінгі тұжырымдамасын әзірледі.

Еліміздің денсаулық сақтау жүйесі алдында тұрған сын-қатерлерді ескере отырып, саланы бірнеше бағыт бойынша дамытудың негізгі тәсілдері ұсынылады, соның ішінде саламатты өмір салтын қалыптастыру және инфекциялық емес аурулардың алдын алу, медициналық және санитариялық көмекті ұйымдастыруды жетілдіру, ауылдық денсаулық сақтауды дамыту, ана мен баланы қорғау, халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығын қамтамасыз ету және биологиялық қауіпсіздік, дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету және фармацевтика өнеркәсібі және т. б.

Тұжырымдаманы іске асыру келесі нәтижелерге әкеледі деп күтілуде:

- өмір сүру ұзақтығы 75,1 жасқа дейін артады;

- халықтың медициналық қызметтердің сапасы мен қолжетімділігіне қанағаттану деңгейі 81%-ды құрайды;

- өлім коэффициенті 230,80-ден 198,2-ге дейін төмендейді;

- ана өлімі - 44,7-ден 9,9-ға дейін, нәресте өлімі - 8,44-тен 7,1-ге дейін төмендейді;

- жүрек-қан тамырлары, онкологиялық, созылмалы респираторлық аурулардан және қант диабетінен 30-70 жас аралығындағы мезгілсіз өлім қаупінің деңгейі 19,3%-ға дейін төмендейді.

Соңғы 10 жылда қабылданған барлық ұлттық бағдарламалар ел үкіметі белсенді қолдайтын және елеулі қаржы қаражатын бөле отырып, инфекциялық емес аурулар проблемаларын шешуге баса назар аударды. Айта кету керек, Қазақстанның осы жылдардағы жетістіктері негізінен пациенттерге халықаралық стандарттар деңгейінде медициналық көмек көрсету үшін дамыған материалдық-техникалық базаны құрумен байланысты болды, бұл өте тиімді болып саналады, өйткені науқастарды диагностикалау мен емдеудің тиімді әдістерімен қамтамасыз етпей, дәлелді жетістіктерге жету мүмкін емес, бұған жоғарыда көрсетілген барлық сандар дәлел бола алады.

Алайда, бүкіл құрылған жүйені одан әрі дамыту үшін ұйымдастырудың және мазмұнның жаңа тәсілдері қажет, әсіресе қаржыландырудың барабар деңгейін бөлу бөлігінде, өйткені денсаулық сақтаудың тиімді жүйесі пациенттерге бұрынғыдан әлдеқайда ұзақ өмір сүруге мүмкіндік береді, бұл жақын арада қазіргі заманғы емдеу әдістерін қажет ететін созылмалы пациенттердің жалпы саны тек артады деп болжауға мүмкіндік береді.

Демек, бұл денсаулық сақтау саласына баса назар аудара отырып, саланы дамытудың қазіргі парадигмасын өзгертуді талап етеді.

2.2.10 Туберкулез

Қазақстанда туберкулез бойынша тұрақты эпидемиологиялық жағдай байқалады. Соңғы 10 жылда туберкулезбен сырқаттанушылық 2 есеге төмендеп, 2022 жылы халықтың 100 000 адамға шаққанда 36,5, 2013 жылы 73,4 құрады.

Тарихи тұрғыдан алғанда, туберкулез денсаулық сақтаудың басты мәселелерінің бірі болып табылады және бұл мәселеге әрқашан ерекше назар аударылды. Қабылданған

шараларға қарамастан, туберкулезбен ауыру және өлім әрқашан әлемдік рейтингтер мен анықтамалықтарда ең жоғары болып қала берді, бұл жүйені осы қауіпті инфекциясының таралуын азайту жолдарын үнемі іздеуге мәжбүр етті.

Сондықтан туберкулезді туберкулезге қарсы ұйымдар деңгейінде, сондай-ақ МСАК желісінде ерте анықтау үшін халықаралық стандарттарға сәйкес келетін және 2 сағат ішінде туберкулездің және ҚДК ТБ болуын анықтауға мүмкіндік беретін диагностиканың заманауи әдістері енгізілді.

Қазақстан көп дәріге төзімді туберкулезбен ауыратын науқастарды барабар емдеуге тегін қолжетімділікті қамтамасыз еткен бірнеше елдердің қатарына жатады: 99,6% жағдайда ДДҰ стандартында 85%. Елімізде 2016 жылдан бастап ДДҰ ұсынған жаңа препараттарды қолдана отырып, Туберкулезді емдеудің инновациялық тәсілдері енгізілуде, оның ішінде туберкулезді жоғары тиімді болып табылатын және туберкулезді толық емдеуге қол жеткізуге мүмкіндік беретін жаңа және бейінді препараттармен емдеудің қысқа мерзімді схемалары енгізілуде.

Туберкулезбен күресу кезеңдері бұл патологияның елдің әлеуметтік деңгейіне тығыз байланысын айқын көрсетеді.

1932 жылы Алматы қаласында туберкулез ғылыми-зерттеу институты ұйымдастырылды. 20-шы жылдары Қазақстанда халықтың туберкулезбен зақымдануы 4-6%-ға жетті, өлім көрсеткіші 100 мың тұрғынға шаққанда 327-520-ға тең болды.

Ел экономикасының тұрақтылығы кезеңінде, өткен ғасырдың 70-жылдарында елдегі туберкулез іс жүзінде жойылды деп есептелді. Алайда, КСРО-ның ыдырауы және халықтың өмір сүру деңгейінің төмендеуі кезінде туберкулез айтарлықтай өсуді көрсетті және тек халықаралық қоғамдастық пен ДДҰ көмегінің арқасында жағдайды тұрақтандыруға қол жеткізілді. Елде ДДҰ-ның DOTS әдістемесі бойынша туберкулезді емдеу практикасы барлық жерде енгізілді, оның негізі пациенттерді қатаң топтастыру және ең қарқынды дәрілік терапия болды.

2000 жылдан бастап бактериологиялық қызмет, емдеу, дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету, информатика, ҚАЖК үйлестірушілері анықталды, облыстардың кураторлары енгізілді, ЖАО топтары ұйымдастырылды, ТБ бойынша тіркеу және есеп беру жүйесі жолға қойылды, ТБ науқастарын бақылау бойынша компьютерлік бағдарлама енгізілді (2003 жылдан бастап-ТНҰТ). Кадрлар ДДҰ стратегияларын дамындады және оқыды, түрмелерде туберкулезді диагностикалау және емдеу әдістері енгізілді.

2007 жылдан бастап елде ДОТС-плюс бағдарламасын енгізу басталды, 2 қатардағы туберкулезге қарсы препараттарды сатып алу басталды. Жергілікті бюджет пен жаһандық қор қаражатынан түрлі әлеуметтік көмек түрлері енгізілді.

2007 жылдан 2017 жылға дейін елде ТБ-ға қарсы күрес бойынша жаңа бағыттар айқындалды. ОТҚД және ҚАЖ бактериологиялық зертханалары ВАСТЕС-960 аппараттарымен жарақтандырылды, жаңа жағдайлардың ішінде бірінші қатардағы ТҚП-ға ДСТ-ны қамту 100%-ға жетті. ТБ ДК диагностикасының гендік-молекулалық әдістері енгізілді (Хpert MTB/Rif және LPA (2011)). Бұл ретте екінші қатардағы препараттармен науқастарды емдеумен қамту 27% - дан 95% - ға дейін өсті. Сондай-ақ, ТҚБ-да инфекциялық бақылау жүйесі құрылды. 2008 жылы мониторинг және бағалау процестері индикаторлық негізге ауыстырылды. Сол уақыттан бастап АИТВ, АРТ, АӨА ХП-мен ауыратын науқастарға тестілеу жүргізіле бастады.

2008 жылдан бастап туберкулезге қарсы қызметтің дамуы мен қалыптасуының маңызды сәті ТБ төсектерін қысқартумен төсек қорын қайта құрылымдау процесі болып табылады, нәтижесінде жаңа технологияларды (Хpert MTB/Rif, LPA) дамыту үшін қаражат босату, пациентке бағдарланған әдістерді енгізу, ТБ науқастарын психоәлеуметтік қолдау болды.

ҰЕҰ-ны туберкулезбен күреске тарту басталды, ҚАЖ-да ДК ТБ ЕҚП емдеу енгізілді (2009 ж.).

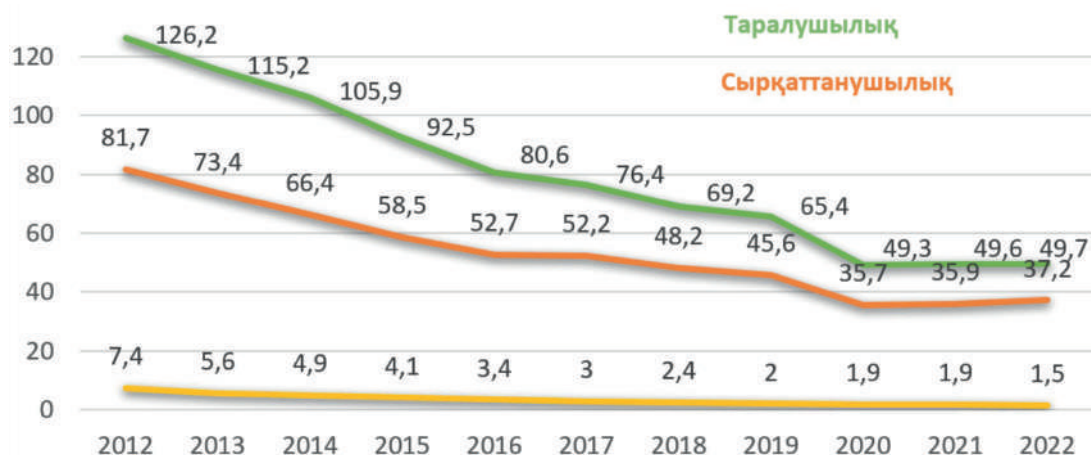
2014 жылдан бастап ҚТ бойынша НҚА ДДҰ-ның жаңа ұсынымдарына сәйкес келтірілді, клиникалық хаттамалар, нұсқаулықтар, СОЕ және т. б. әзірленді және бекітілді.

Төсектерді 56,3%-ға қысқарта отырып, ТҚБ-ны одан әрі оңтайландыру жалғастырылды. МСАК-пен одан әрі интеграция жалғасты, ҚР бойынша амбулаториялық деңгейде туберкулезбен және ҚДК туберкулезбен ауыратын науқастарды емдеу 9,2%-дан 72,5%-ға дейін өсті. МСАК желісі деңгейінде ТБ ПТР-диагностикасымен қамту 100%-ға жетті. АКСМ стратегиясын енгізу және «ТБ ТОҚТА» серіктестігін дамыту басталды.

Әрі қарай даму ТБИ диагностикумдарын, жаңа ТҚП және жаңа, инъекциялық емдеу режимін (КРЛ және ЖРЛ) пайдалана отырып, профилактикалық емдеудің баламалы схемаларын енгізуге әкелді. ТҚП қауіпсіздігінің белсенді мониторингі енгізілді. ҰЕҰ халықтың негізгі топтары арасында туберкулезге қарсы күреске белсенді қатыса бастады.

ДДҰ ұсынған стратегияны іске асырудың 20 жылында республиканың ересектерінде де, балалар тұрғындарында да сырқаттанушылық пен өлім көрсеткіштерінде оң өзгерістер, ҚДК ТБ науқастарының жоғары «емделуі» байқалады.

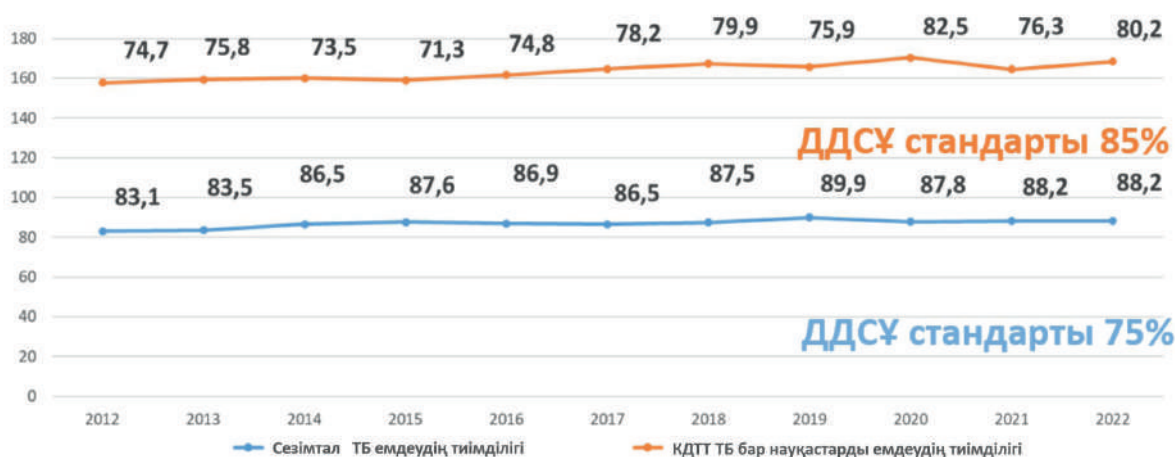
Елімізде туберкулезбен ауыратын науқастарды емдеу тиімділігі 87,5% (ДДҰ стандарты - 85%), ал дәріге көнбейтін туберкулез - 84,1% (ДДҰ стандарты - 75%) құрады.



47-СУРЕТ - 100 МЫҢ ХАЛЫҚҚА ШАҚҚАНДА ТБ БОЙЫНША НЕГІЗГІ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕР



48-СУРЕТ - ТУБЕРКУЛЕЗБЕН СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚТЫҢ, БАЛАЛАР ТУБЕРКУЛЕЗИМЕН СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚТЫҢ ЖӘНЕ ТУБЕРКУЛЕЗДЕН БОЛАТЫН ӨЛІМНІҢ 100 МЫҢҒА ШАҚҚАНДАҒЫ КӨРСЕТКІШІ



49-СУРЕТ - ЕМДЕЛГЕНДЕРДІҢ % ТИІМДІЛІК КӨРСЕТКІШІ

Қазақстанда туберкулездің таралуының жыл сайынғы төмендеу қарқыны 12-13%-ды құрайды (2012-2022 жылдардың деректері бойынша), ал 2022 жылдың қорытындысы бойынша төмендеу қарқыны (2012 жылмен салыстырғанда) 39,3%-ды құрады.

2022 жылдың қорытындысы бойынша 2021 жылмен салыстырғанда туберкулездің таралу көрсеткішінің 100 мың тұрғынға шаққанда 49,6-дан 49,7-ге дейін 0,2%-ға шамалы күтілетін ковидтен кейінгі өсуі тіркелді. Ковидтен кейінгі таралудың өсуі COVID-19 пандемиясы кезеңінде туберкулез жағдайларының анықталмауымен байланысты, бұл кезде халықтың медициналық

көмекке жүгінуінің төмендеуіне әкелетін шектеу шаралары, сондай-ақ скринингтік тексерулер енгізілді, бұл туберкулез жағдайларын уақтылы анықтауға теріс әсер етті.

2020 жылы 2019 жылмен салыстырғанда COVID-19 пандемиясының әсерінен туберкулез жағдайларын тіркеудің 9,9-ға 45,6-дан 35,7-ге (100-ге) төмендеуі байқалады, мұның объективті себептері бар: денсаулық сақтаудың барлық ресурстары коронавирус инфекциямен күреске, оның ішінде Қазақстанда да бағытталады (2021 жылы туберкулезге қарсы қызмет ресурстарының шамамен 67% және 40%-дан астамы коронавирус инфекциясымен күреске тартылды).

Сонымен қатар, 2022 жылы ковидке дейінгі кезеңмен (2019 жыл) салыстырғанда таралу көрсеткіші 28%-ға төмендеді, бұл елдегі эпидемиологиялық жағдайдың тұрақтанғанын көрсетеді.

Қазақстанда туберкулезді уақтылы анықтау үшін халықаралық стандарттарға сәйкес келетін және 2 сағаттан 2 күнге дейін көп дәріге көнбейтін туберкулез бен туберкулездің (ҚДК ТБ) болуын анықтауға мүмкіндік беретін ДДҰ ұсынған заманауи әдістер енгізілді. Диагностиканың жеделдетілген әдістерін енгізу туберкулезді, оның ішінде К/АДК ТБ туберкулезді уақтылы және дұрыс анықтауға ықпал етеді және тиісінше емдеудің сәттілігін арттырады.

Бүгінгі таңда барлық өңірлік туберкулезге қарсы ұйымдар туберкулезді және оның тұрақты нысандарын жылдам диагностикалау үшін жабдықтармен қамтамасыз етілген. Туберкулезді ерте диагностикалау үшін МСАК деңгейінде экспресс-әдістерге қолжетімділікті кеңейту мақсатында емханаларда XpertMTB/RIF аппараттары, соның ішінде аудандық деңгейдегі МСАК ұйымдары, тергеу изоляторлары мен ЖИТС орталықтары орнатылды.

ФО деңгейінде туберкулезге қарсы препараттарға төзімділіктің толық спектрін анықтауға мүмкіндік беретін туберкулезді диагностикалаудың бактериологиялық әдістері енгізілді: 148 GeneXpert аппараты, 18 LPA аппараты, 26 Bactec аппараты, 19 Bioneer аппараты.

Туберкулезді гендік-молекулалық диагностикалаудың жаңа экспресс-әдістерін қолдану туберкулез жағдайларының 99%-ын (ДДҰ стандартында-90%) ДСТ-ке тест қоюмен қамтуға мүмкіндік берді. Бұл барабар терапияны уақтылы тағайындауға, емдеудің жеткілікті жоғары тиімділігіне қол жеткізуге және пациенттер арасында айқаспалы инфекция санын азайтуға мүмкіндік береді.

Туберкулезді диагностикалау және балалардағы жасырын туберкулез инфекциясын профилактикалық емдеуге көрсеткіштерді анықтау үшін: ДДҰ ұсынған иммунологиялық сынақтар (T-SPOT®.TB тесті және QuantiFERON®-TB Gold) туберкулезді рекомбинантты аллергия («Диаскинтест») және гамма-интерферон сынақтары (IGRAs-interferon gamma release assays) практикаға енгізілді. TB және QuantiFERON® - TB Gold).

ДДҰ ұсынған стратегияны іске асырудың 20 жылында республиканың ересектерінде де, балалар тұрғындарында да сырқаттанушылық пен өлім көрсеткіштерінде оң өзгерістер, ҚДК ТБ науқастарының жоғары «емделуі» байқалады.



Қорытындылар мен ұсынымдар

Осылайша, республика соңғы 10 жылда туберкулез бойынша жағдайды айтарлықтай жақсартта алды, онда барлық көрсеткіштер бойынша төмендеу бар. Нәтижесінде, жылдар бойы құрылған қызметтің кең желісі біртіндеп жұмыс істей бастады және төсек қоры мен кадрлардың жаппай қысқаруы біртіндеп орын алды.

Елде туберкулезді жою кезеңі туралы айтуға бола ма? Елмен тығыз экономикалық байланысы бар Қазақстанмен көршілес елдерде туберкулезбен сырқаттанушылық көрсеткіштерін ескере отырып, бұл туралы айтуға әлі ерте.

Сонымен қатар, еңбек мигранттарын тартудың белсенді процесі жауапты қызметтердің жеткіліксіз бақылауымен аурудың өсуіне ықпал етуі мүмкін.

Сондықтан қызметтің тиімділігін сақтау және сырқаттанушылықтың өсуіне жол бермеу үшін жүйе халықтың шұғыл диагностика әдістеріне және емдеудің неғұрлым тиімді және жедел әдістеріне қолжетімділігін барынша қамтамасыз ете отырып, сырқаттанушылықтың тұрақты мониторингі бойынша нақты шараларды әзірлеуі қажет.



3-ТАРАУ.

**ДЕНСАУЛЫҚ
САҚТАУ
САЯСАТЫН
10 ЖЫЛ ІШНДЕ
ІСКЕ АСЫРУ**

3-ТАРАУ. ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЯСАТЫН 10 ЖЫЛ ІШІНДЕ ІСКЕ АСЫРУ

3.1 Денсаулық сақтау қызметтерін дамыту және медициналық көмек көрсету

3.1.1. Қоғамдық денсаулық сақтау қызметі

Қазақстанда қоғамдық денсаулық сақтау мәселелері әрқашан басым болды және жүйе құрылымында ерекше орын алды. Республикада санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің, саламатты өмір салтын қалыптастыру бойынша бейінді институттардың және қоғамдық денсаулық сақтау мектебінің жеткілікті түрде жаңғыртылған желісі ұйымдастырылды, алдын алу шаралары жүйесі (скринингтер, вакцинациялау, созылмалы жағдайларда динамикалық байқау) құрылды.

Республикада санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің, саламатты өмір салтын қалыптастыру бойынша бейінді институттардың және қоғамдық денсаулық сақтау мектебінің жеткілікті түрде жаңғыртылған желісі ұйымдастырылды, алдын алу шаралары жүйесі (скринингтер, вакцинациялау, созылмалы жағдайларда динамикалық байқау) құрылды.

Қоғамдық денсаулық сақтау жүйесін дамыту үшін Қазақстанда ҚР ДСМ Саламатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының ұлттық орталығының және оның органдарының жергілікті жерлерде болуы үлкен маңызға ие болды.

Орталық 1997 жылы саламатты өмір салтын қалыптастыру аспектілерінде «Қазақстан-2030» мемлекетті дамыту стратегиясын, 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын және «Қазақстан-2050» Стратегиясын іске асыру үшін құрылды. Орталық 100 адамнан аспайтын ұйымнан жалпы саны 1500 - ден астам жоғары білікті мамандары бар республиканың барлық өңірлерінде саламатты өмір салтын қалыптастыру қызметінің (бұдан әрі - СӨСҚ) тармақталған желісіне дейінгі жолдан өтті. Оның дамуына СӨС қалыптастыру, ел халқының денсаулығын нығайту және сақтау жөніндегі қызметті ұйымдастыру және үйлестіру саласындағы озық технологиялар енгізілді.

СӨСҚ қызметінің қызметін қамтамасыз ету үшін жеткілікті заңнамалық нормативтік база қалыптастырылды және «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының Кодексімен, Қазақстан Республикасы Президентінің 5 Жарлығымен және заңдарымен, ҚР Үкіметінің 4 қаулысымен және уәкілетті органның 20-дан астам нормативтік актілерімен регламенттелді. Орталық және жергілікті мемлекеттік органдармен, Қазақстан Халықтары Ассамблеясымен, ҚР халық денсаулығын сақтау саласындағы республикалық, халықаралық және үкіметтік емес ұйымдармен ведомствоаралық үйлестіру және өзара іс-қимыл қамтамасыз етілді. СӨСҚ қызметін дамытуда денсаулық сақтау жүйесі шеңберінде мекемелер, кәсіпорындар, ұйымдар желісі ұсынған қызмет желісі мен құрылымын құру үлкен маңызға ие болды.

Соңғы жылдары саламатты өмір салтын қалыптастыру қызметіне денсаулықты нығайту орталықтары мен СӨС кабинеттері органикалық түрде қосылды, олар СӨС қалыптастыру бойынша мемлекеттік саясатты аудандық деңгейде жүзеге асыруға арналған. Біздің елімізде осындай 201-ден астам денсаулық сақтау орталығы, 464-тен астам кабинет бар.

2008 - 2016 жылдарға арналған «Саламатты өмір салты» бағдарламасын әзірлеу және енгізу СӨС жүйесінің кешенді, үздіксіз тәсілі мен тұрақтылығын қамтамасыз етуге күш-жігерді шоғырландыруға зор үлес қосты. Оның негізгі құралдарының бірі дәлелді медицина негізінде саламатты өмір салтын қалыптастырудың (бұдан әрі - СӨСҚ) жаңа әлемдік технологияларын, тәсілдері мен әдістерін пайдалана отырып, адам денсаулығының әлеуетін (физикалық, экономикалық, әлеуметтік, экологиялық, мәдени) сақтау мен дамытуды айқындайтын факторларды күшейту бойынша кешенді сектораралық өзара іс-қимыл болып қала береді.

Жоспарға сәйкес, 30 миллионға жуық адамды қамтитын 1 миллионнан астам іс-шара өткізілді. Іс-шаралар бұқаралық ақпарат құралдарында республикалық және өңірлік деңгейлерде кеңінен жарияланды: ТД - 4367 (сұхбат, бейнесюжеттер және т. б.), радио сөйлеулер - 3753, газеттердегі мақалалар жарияланымдары-13 566 бірлік.

Қазақстандық денсаулық сақтаудың ірі инновациялық жобаларына халықтың денсаулық сақтау қызметтерімен қамтамасыз етілу деңгейін едәуір арттыруға және профилактикалық және сауықтыру іс-шараларының көлемін ұлғайтуға арналған Ұлттық скринингтік бағдарлама жатқызылуы тиіс. Оны енгізу медициналық алғашқы көмек қызметінде профилактикалық бағытты дамытуда, инфекциялық емес аурулардың алдын алуда және азаматтардың өзін-өзі сақтау тәртібінде маңызды рөл атқарды.



51-СУРЕТ-ҰЛТТЫҚ СКРИНИНГТІК БАҒДАРЛАМА

Ұлттық орталықтың мамандары бейінді институттармен бірлесіп республиканың барлық өңірлерінде 3500-ден астам адамды қамти отырып, скринингтік зерттеу технологиялары бойынша оқыту семинарларын өткізді.

2012 жылдың мамыр айынан бастап медициналық-психологиялық көмек көрсету мақсатында Жасөспірімдер мен жастарға бағытталған жедел желі (150) телефоны жұмыс істеді.

2013 жылы денсаулықты сақтау және нығайту, әлеуметтік маңызы бар аурулардың мінез-құлық қауіп факторларының профилактикасы мәселелері бойынша халықтың хабардар болу деңгейін арттыру мақсатында HealthEdco инновациялық оқыту орталығының технологиясы бойынша симуляциялық оқыту бөлімі (оқу-тренинг орталығы) құрылды, қазіргі заманғы муляждардың 50-ден астам түрімен, анатомиялық модельдермен, мінез-құлық қауіп факторларының профилактикасы бойынша интерактивті ойындармен жабдықталған, оқыту семинарларында қолданылады.

Республикада саламатты өмір салтын қалыптастыруды және аурулардың алдын алуды қамтамасыз ететін тетіктердің теориялық негіздемесі бойынша жаңа ғылыми бағыт құрылды және дамуда. 1998-2015 жылдар аралығында он бір ғылыми-техникалық бағдарлама орындалды, зияткерлік меншікті тіркеу туралы 3 куәлік, 1 патент алды, саламатты өмір салтын қалыптастыру және әлеуметтік маңызы бар аурулардың алдын алу мәселелері бойынша 6 монография және 5 нұсқаулық жарияланды. Практикалық денсаулық сақтау ұйымдарында 20-дан астам әдістемелік ұсынымдар, 10 оқу-әдістемелік құралдар мен оқу бағдарламалары әзірленіп, енгізілді, оларға 155 енгізу актісі алынды. Ғылыми басылымдарда жақын және алыс шет елдердің басылымдарында 270-тен астам мақала жарияланды. Жыл сайын саламатты өмір салты мамандарының съездері мен конференциялары өткізілді.

Қазақстанда СӨСҚ қызметін құру кезінде саламатты өмір салтын қалыптастырудың ұлттық саясатын іске асыру барысын бағалау және уақтылы және тиісті түзету енгізу мақсатында өмір салтын өзгертудің ұлттық мониторингінің негіздері қаланды.

Республикалық деңгейде үш жылда бір рет ҚР ДСМ Саламатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының ұлттық орталығы (СӨСҚҰО) инфекциялық емес аурулардың даму қаупінің мінез-құлық факторларының таралуын және халықтың саламатты өмір салтын ұстануға уәждемесін бағалау бойынша халықтың 24 000 адамын қамти отырып, ұлттық сауалнамалық зерттеулер жүргізді. Популяциялық зерттеулердің алынған деректері бүкіл ел үшін репрезентативті, жынысы, жас топтары, тұрғылықты жері, әлеуметтік факторлары бойынша бөлшектелген және мемлекеттің қажеттіліктеріне сәйкес түзетілген. Астана, Алматы қалаларының 14 облыстары мен қалаларында 11-17 жастағы балалар мен 18 жастан асқан ересектерге барлығы алты ұлттық әлеуметтанулық зерттеулер жүргізілді: біріншісі 1998 жылы, екіншісі 2002 жылы, үшіншісі 2004 жылы, төртіншісі 2007 жылы, бесінші 2012 жылы және алтыншы 2015 жылы.

Нәтижелер осы жылдар ішінде халықтың саламатты өмір салты көрсеткіштерінде оң динамика бар деген қорытынды жасауға мүмкіндік берді, әсіресе балалар арасында дене шынықтырудың белсенді түрлерімен айналысатындар үлесінің артуы байқалады, мектептерде ыстық тамақ алатын балалардың үлесі өсті, темекі өнімдерін, алкогольдік ішімдіктерді,

тез дайындалатын тағамды тұтынатын балалардың саны азайды. Саламатты өмір салтын қалыптастыру стратегиясын іске асырудың тиімділігі расталды.



52-СУРЕТ- ХАЛЫҚТЫ ТЕЛЕДИДАР АРҚЫЛЫ АҚПАРАТТАНДЫРУ

СӨСҚО Орталық Азия республикалары арасында ДДҰ жобаларын енгізудің пионері болып табылады, олардың тәжірибесін Қырғызстан,Өзбекстан және Тәжікстан қабылдайды.

1999 жылдан бастап «Саламатты қалалар» жобасы енгізіліп, 2002 жылы Қазақстан «Саламатты қалалар» Еуропалық желісіне қосылды.

1998 жылдан бастап «Денсаулықты нығайтуға ықпал ететін мектептер» жобасы енгізілуде. 976 мектеп жұмыс істеді.

2000 жылдан бастап «Саламатты университеттер» жобасы енгізілуде. 64 жоғары оқу орны жұмыс істейді.

2002 жылдан бастап «Саламатты жұмыс орындары» жобасы іске асырылуда, еліміздің 13 өңірінен 101 кәсіпорын қатысады.

2001 жылдан бастап «Денсаулықты нығайтуға ықпал ететін ауруханалар» жобасы іске асырылуда. 2015 жылға қарай олардың саны 56 болды. Жобаларды енгізу СӨС дамыту жөніндегі жұмыстың озық халықаралық технологияларын СӨСҚ қызметінің қызметіне трансферттеу нәтижесінде үлкен пайда әкеледі.

Ұлттық орталық ЮНИСЕФ-пен бірлесіп, ҚР ДСМ қолдауымен Жастар денсаулық орталықтарын дамытудың негізін қалады.

Бұл халықаралық стандарттарға сәйкес және бәсекелестік орта талаптарына жауап беретін саламатты өмір салтын қалыптастыру мәселелерінде жастарды даярлау жөніндегі білім беру-практикалық орталық. Негізгі мақсат-жасөспірімдер мен жастардың денсаулығын сақтау және нығайту.

Жастар денсаулық орталығы

Еріктілік, Қол жетімділік, Ізгі ниет, Сенім қағидаттарында жасөспірім ерекшелігіне байланысты денсаулықты сақтау мәселелері бойынша кешенді медициналық-әлеуметтік, психологиялық көмек көрсететін мекеме



53-СУРЕТ-ЖАСТАР ДЕНСАУЛЫҒЫ ОРТАЛЫҒЫ ТУРАЛЫ АҚПАРАТ

2016-2018 жылдар кезеңінде СӨСҚ қызметінің функциялары бәсекелестік ортаға берілді.

Қазіргі уақытта Қазақстанда қоғамдық денсаулық сақтау қызметі саламатты өмір салтын қалыптастыру, санитариялық және эпидемиологиялық саламаттылық қызметтерін біріктіреді.

Қазақстанда, әлемнің көптеген елдеріндегідей, сырқаттанушылық пен өлімнің негізгі ауыртпалығы созылмалы инфекциялық емес ауруларға тиесілі, бұл ретте инфекциялық аурулар жалпы көлемнің 2%-ды ғана құрайды. Соңғы жылдары Қазақстанда инфекциялық емес созылмалы ауруларға арналған шығыстардың өсуі байқалады, бұл жалпы шығыстардың 95-96%-ды құрайды.

Қоғамдық денсаулық сақтау қызметтерін дамытудың халықаралық моделі фокусты ауруларды емдеуден олардың алдын алу мен басқаруға ауыстыруға мүмкіндік береді. Қазақстанда ол Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы айқындаған қоғамдық денсаулық сақтаудың он негізгі жедел функциясының айналасында құрылған.

Олардың қатарында халықтың денсаулығы мен әл-ауқатын эпидемиологиялық қадағалау, денсаулық пен төтенше жағдайлар кезіндегі қауіп-қатерлерге мониторинг жүргізу және ден қою, қоршаған ортаның, еңбектің, тамақ өнімдерінің қауіпсіздігін қамтамасыз етуді қоса алғанда, денсаулықты қорғау, сондай-ақ денсаулықтың бұзылуын ерте анықтауды қоса алғанда, аурулардың алдын алу бар.

Бұдан басқа, аталған функциялардың қатарына денсаулық сақтау саласын стратегиялық басшылықпен, құзыретті кадрлармен, сондай-ақ тұрақты ұйымдық құрылыммен және қаржыландырумен қамтамасыз ету кіреді. Бұдан басқа, оның функцияларына ақпараттық-түсіндіру қызметі және қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы зерттеулерді дамытуға жәрдемдесу кіреді.

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2021 жылғы 12 қазандағы № 725 қаулысымен 2018-2021 жылдарға арналған қоғамдық денсаулықты басқару жөніндегі шаралар жоспары және «Дені сау ұлт» әрбір азамат үшін сапалы және қолжетімді денсаулық сақтау» ұлттық жобасы бекітілді.

ДСҚ қызметі өмірдің барлық кезеңдеріне бағытталған: нәрестелерді вакцинациялау және мектеп медицинасы, саламатты мінез-құлық, экологиялық қауіпсіздік, жастар мен ересектер арасындағы еңбек гигиенасы, тамақтануды ұтымды ету және егде жастағы адамдарда созылмалы дегенеративті аурулардың алдын алу. Мұның бәрі Мемлекет басшысының қазақстандықтардың өмір сүру ұзақтығын ұлғайту және олардың өмір сүру сапасын жақсарту жөніндегі алға қойған міндеттерін шешуге арналған.

ДСҚ-ның маңызды міндеттерінің бірі мынадай мақсаттарға бағытталған әртүрлі кешенді шараларды іске асыру үшін сектораралық өзара іс-қимылды дамыту болып табылады:

- Саламатты өмір салтын жүргізу және қалыптастыру мәселелерінде халықтың білім деңгейін арттыру;
- Алкогол, темекі, есірткі және психотроптық заттарды тұтынуды азайту;
- Дұрыс теңдестірілген тамақтану;
- Дене шынықтырумен және спортпен шұғылданатын халықтың үлесін арттыру;
- Жол-көлік оқиғаларының санын азайту;
- Білім беру және денсаулық сақтау жүйесінде психологиялық қызметтерді енгізумен Қауіпсіз балалық, кәмелеттік және кәрілікті қамтамасыз ету;
- Қауіпсіз еңбек және тұрмыс жағдайларын жасау;
- Ауаның, судың және топырақтың ластануын азайту, шу деңгейін төмендету.

Республикада мінез-құлық факторларын реттеу үшін бірлескен шаралармен жарнамаға толық тыйым салу және темекі өнімдері мен алкогольді сатуды, темекі шегуді және қоғамдық орындарда алкогольді тұтынуды шектеу жүзеге асырылды. Адамдарға алкоголь өнімдерін сатуға жас мөлшері 21 жасқа дейін ұлғайтылды және түнде алкоголь сатуға тыйым салынды. Алкогол және темекі өнімдеріне акциздерді кезең-кезеңімен арттыру жүргізіледі.

Оқушылардың тамақтану рационы бойынша бірыңғай стандарттар бекітілді, олардың негізгі мақсаты-тамақтануды оңтайландыру, қауіпсіздікті, сапа мен қолжетімділікті қамтамасыз ету арқылы оқушылардың денсаулығын сақтау және нығайту; жалпы білім беру ұйымдарында оқушылардың тамақтануын ұйымдастыруға бірыңғай талаптарды белгілеу.

Қазіргі уақытта бірыңғай тамақтану стандарттары республиканың 1809 (29%) мектебінде енгізілді.

Репродуктивтік денсаулықты нығайту мақсатында бала туу жасынағы әйелдерді жыл сайынғы тексеру және оларға консультация беру, контрацепциямен қамту үшін экстрагениталдық патология бойынша және әлеуметтік факторлар бойынша жоғары қауіп топтарын бөле отырып тексеру, сондай-ақ ауруларды ерте анықтау, диспансерлік бақылау және оларды

сауықтыру, денсаулық жағдайына және бала тууға арналған жоспарларға байланысты оларды динамикалық бақылау топтарына бөлу жүргізіледі.

Әйелдердің репродуктивтік денсаулығына аборттың төмендеуі және жыныстық жолмен берілетін инфекциялардың жиілігі әсер етеді. Қолда бар деректер бойынша Қазақстанда аборттың деңгейі тұрақты төмендеу үрдісіне ие. 5 жыл ішінде аборттың 9,5%-ға төмендеді, бұл отбасын жоспарлау туралы халықтың хабардарлығының артуына, контрацептивтер мен бұқаралық ақпарат құралдарындағы ақпаратқа қол жетімділікке ықпал етті.

Бүгінгі таңда МСАК деңгейінде ерлер мен әйелдерге ұрпақты болу денсаулығын сақтау, халықтың отбасын жоспарлау қызметтері мен әдістеріне қолжетімділігін қамтамасыз ету, ана болу қауіпсіздігі мәселелері бойынша консультация беру үшін 300-ден астам отбасын жоспарлау кабинеті жұмыс істейді, олар әйелдерді ана болу қауіпсіздігі мәселелеріне оқытуды және хабардар етуді жүзеге асырады. Сондай-ақ, ерлер денсаулығының 16 орталығы жұмыс істейді, материалдық-техникалық база мен кадрлық әлеует нығайтылуда.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының «Денсаулықты нығайтуға ықпал ететін мектептер», «Салматты университеттер», «Саламатты қалалар», «Саламатты жұмыс орындары» жобалары белсенді түрде енгізілуде. АДҰ-ның осы жобаларын іске асыру халықтың денсаулығын сақтауға сектораралық көзқарасты, сондай-ақ саламатты, белсенді және табысты тұлғаны танымал ете отырып, азаматтардың өз денсаулығы үшін ортақ жауапкершілігін қалыптастыруды қамтамасыз етеді. Орталық жыл сайын халықтың жас ерекшеліктерін (3 жастан 64 жасқа дейін) ескере отырып, саламатты өмір салтын насихаттау бойынша 29 ұлттық бағдарламаны әзірлейді және бейімдейді.

Қазіргі қоғамдағы отбасының маңыздылығы, репродуктивтік денсаулық, отбасын жоспарлау, аборттың алдын алу мәселелері бойынша ұлдар мен қыздардың хабардар болу деңгейін арттыру мақсатында республикада жасөспірімдер мен жастарға кешенді медициналық-психологиялық қызметтер көрсететін Жастар денсаулық орталықтары (ЖДО) жұмыс істейді.

17 облыстың және Астана, Алматы және Шымкент қалаларының денсаулық сақтау басқармаларының деректері бойынша 2022 жылдың қорытындысы бойынша республикада 191 ЖДО жұмыс істейді. 2021 жылдың ұқсас кезеңімен салыстырғанда (166 ЖДО) ЖДО санының 1,2 есеге немесе 15%-ға ұлғаюы байқалады.

Республика қалаларында 124 жастар денсаулық орталығы жұмыс істейді, бұл 2021 жылдың сәйкес кезеңімен салыстырғанда 1,2 есе көп (104 ЖДО). ҚР бойынша ауылдық жерлерде 67 жастар денсаулық орталығы жұмыс істейді, Республика ауылдарында ЖДО санының 13,6%-ға артуы байқалады (2021 жылы - 59). Ауылдық жерлерде ЖДО ең көп саны Алматы облысында - 24, Жамбыл облысында - 10, Қызылорда облысында - 7, Түркістан облысында - 6, Солтүстік Қазақстан облысында - 3 байқалады.

2022 жылдың қорытындысы бойынша ЖДО мамандарына жүгінген жасөспірімдер мен жастардың жалпы саны 728 628 адамды құрады, бұл 2021 жылдың сәйкес кезеңімен салыстырғанда 2,5 есе көп (285 169). Оның 79%-ы (575 957) - қала тұрғындары, 21%-ы ауыл тұрғындары (152 671). 2019 жылы ЖДО мамандарына жүгінген жасөспірімдер мен жастардың жалпы саны 334 721 адамды құрады.

Алдын алу мақсатында Ұлттық егу күнтізбесін іске асыру жалғасуда (21 инфекциялық ауруға қарсы), жыл сайын вакцинациялаумен қамту нысаналы халықтың 95%-дан астамын құрайды (54-сурет).



54-СУРЕТ - ХАЛЫҚТЫҢ НЫСАНАЛЫ ТОПТАРЫН ВАКЦИНАЦИЯЛАУМЕН ҚАМТУ

Республикада 5516 денсаулық сақтау ұйымында 6565 егу кабинеті жұмыс істейді, егу кабинеттерінің тоңазытқыш жабдықтарымен қамтамасыз етілуі 100% құрайды.

Шалғай учаскелерде халықты иммундауды жүргізу үшін республикада 2460 елді мекенге қызмет көрсететін 1161 көшпелі егу бригадасы жұмысын жалғастыруда.

Вакцинациялаумен қамтудың жоғары деңгейіне қарамастан, медициналық қарсы көрсетілімдер бойынша вакцинацияланбағандардың саны жылдан жылға артып келеді.

2020 жылғы 1 қаңтарға Қазақстан Республикасында профилактикалық егуден 16 998 бас тарту тіркелді. 2019 жылы профилактикалық егуден бас тарту санынан 2 787 адам егілді.

Бас тартудың ең көп саны 1 жасқа дейінгі балаларға тиесілі 10 681 (62,8%). 1-2 жас тобындағы балалардың арасында – 21 бас тарту (13,5%), 3-5 жас – 2 410 (14,2%), 6-15 жас – 1 558 (9,2%), 16 жастан асқан – 53 (0,3%) тіркелді.

Бас тартудың негізгі себептері жеке – 51,8% және діни сенімдер – 30,8% болып табылады. Бұдан басқа, вакциналарға деген сенімсіздік 10,8%-ды білдірді, вакцинациялаудан бас тартқандардың 6,5%-ы бұқаралық ақпарат құралдары (бұдан әрі – БАҚ) (интернет ресурстар, баспасөз, ТД) арқылы теріс ақпаратқа көрсетті, профилактикалық егуден бас тартқандардың 0,04%-ы отбасындағы басқа балаларда реакциясы болды, бас тартқандардың 0,06%-ында алдыңғы дозаға құжатталған асқыну анықталды.

Скринингтік тексерулермен қамту көрсеткіші 90,0%-ға дейін және одан жоғары ұлғайтылды. 2022 жылы ересектер мен балалардың нысаналы топтарына 12 231 381 (88,7%) скринингтік тексерулер жүргізілді. Анықтау 430 997 (3,5%) құрады. «Д» есебіне 212 260 (49,2%) алынды.

ҚР балалар арасында (0-17 жас) 2021 жылы 335 961 науқас анықталды, бұл 7,4%-ды құрайды, 2020 жылдың ұқсас кезеңінде 384 307 ауру анықталды, бұл 8,7%-ды құрады. Анықталған науқастардың ішінен 131 998 (39,3%) бала диспансерлік есепке алынды, 2020 жылы бұл көрсеткіш 39,4%-ды құрады.

Денсаулық сақтау министрлігі скринингтер тізбесін қысқарту бойынша жұмыс жүргізді-скринингтің 4 түрі жойылды: өңеш пен асқазанның, қуық асты безінің, бауырдың обыры, онкологиялық скринингтердің жас топтары 70 жасқа дейін кеңейтілді және тексеру кезеңділігі анықталды (2 жылда 1 рет және жатыр мойны обыры 4 жылда 1 рет).

ИЕА қаупінің мінез-құлықты өзгертін факторлары

ДДҰ мәліметтері бойынша, жыл сайын 41 миллион адам инфекциялық емес аурулардан (ИЕА) қайтыс болады, бұл әлемдегі барлық өлімнің 74%-ын құрайды.

ИЕА-ның негізгі түрлеріне жүрек-қан тамырлары аурулары (мысалы, инфаркт және инсульт), обыр, созылмалы респираторлық аурулар (мысалы, созылмалы обструктивті өкпе ауруы және астма) және қант диабеті жатады.

Төмен физикалық белсенділік, алкогольді теріс пайдалану, дұрыс тамақтанбау және ауаның ластануы сияқты факторлар төмен өлім қаупін арттырады.

Барлық өзгертін мінез-құлық — темекіні пайдалану, физикалық белсенділіктің болмауы, дұрыс тамақтанбау және алкогольді теріс пайдалану - ИЕА даму қаупін арттырады [15].

Алкоголді тұтыну

2016 жылы Қазақстанда жан басына шаққандағы таза алкогольді тұтынудың орташа деңгейі жылына 7,7 литрді құрады, бұл ДДҰ Еуропалық өңіріндегі алкогольді тұтынудың орташа деңгейінен (9,8 литр) төмен. Алкоголді тұтыну деңгейі 2010 жылмен салыстырғанда төмендеді, бұл кезде жан басына шаққандағы алкогольді тұтынудың орташа деңгейі жылына 9,3 литрді құрады.

Бағалау деректері бойынша, Қазақстанда алкогольді тұтынатын азаматтар арасында алкогольді тұтыну деңгейі ДДҰ-ның Еуропалық өңіріндегі ең жоғары көрсеткіштердің бірі болып табылады. 2016 жылы бұл көрсеткіш ерлер үшін жылына бір адамға шамамен 25,0 литр алкоголь, ал әйелдер үшін 8,9 литр болды. Сонымен қатар, ДДҰ бағалауы бойынша, алкогольді ішетіндердің арасында ерлердің 62%-ы және әйелдердің 26%-ы алкогольді көп мөлшерде тұтынған (соңғы 30 күнде бір уақытта 60 грамм немесе одан да көп таза алкоголь).

Жастардың 57%-дан астамы (15-19 жас) соңғы 30 күнде бір уақытта 60 грамм немесе одан да көп таза алкоголь ішкен.

2018 және 2022 жылдары Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Ұлттық Қоғамдық денсаулық сақтау орталығы (ҰҚДСО) ҚР Денсаулық сақтау министрлігімен, ҚР Білім министрлігімен бірлесіп, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының қолдауымен Қазақстанда «Мектеп жасындағы балалардың Қазақстандағы денсаулыққа қатысты мінез-құлқы» (HBSC) зерттеуінің екі раунды өткізді. Мәліметтерге сәйкес, алкогольді тұтынатын 15 жастағы жасөспірімдердің үлесі айтарлықтай артып келеді.

Сонымен, 2018 жылы алкогольді ішкендердің үлесі 15 жастағы мектеп оқушылары арасында

7,5% (қыздардың 7% және ұлдардың 8%) және сауалнамаға дейін соңғы 30 күнде алкогольдік ішімдіктерді тұтыну ұлдар арасында 4% және 15 жастағы қыздардың арасында 3%-ды құрады. Ал 2022 жылы жасөспірімдердің 11,4%-ы өмір бойы алкоголь ішкен (ұлдардың арасында - 11,2%, қыздардың арасында - 11,6%), ал соңғы 30 күнде - 5,8% (ұлдардың арасында - 5,9%, қыздардың арасында - 5,7%).

2018 жылы «Бақылау және қадағалау субъектісіне (объектісіне) бара отырып тексеру мен профилактикалық бақылау мен қадағалаудың жалпы мәселелері» Кәсіпкерлік кодексінің 140-бабына 21 жасқа дейінгі адамдарға алкоголь өнімін сатуды регламенттейтін заңнама талаптарының сақталуын қадағалау мен бақылау тәртібінің өзгеруі бөлігінде өзгерістер енгізілді.

Темекіні пайдалану

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының «Жаһандық темекі індеті туралы» баяндамасына сәйкес Қазақстан Республикасында ерлердің 42,4%-ы, әйелдердің 4,5%-ы және жалпы ересек халықтың 22,4%-ы (2,8 миллион ересек адам) темекі шегеді.

Қазіргі уақытта 2 2,8% немесе жалпы ересектердің 1,3% (0.2 миллион ересек ер адамдар) түтінсіз темекіні тұтынады.

Күнделікті темекі шегушілердің 50,9%-ы күн сайын ояңғаннан кейін 30 минуттың ішінде темекі шегеді.

2014 жылы жастар арасында темекіні пайдалану жөніндегі жаһандық сауалнама деректері 13-15 жас аралығындағы ұлдардың 4%-ы және қыздардың 2%-ы сауалнама жүргізер алдында 30 күн ішінде темекіні пайдаланғанын көрсетеді.

2018 жылы HBSC жасөспірімдер зерттеуіне сәйкес, өмір бойы кем дегенде 1-2 күн темекі шегетін - ұлдардың 6% және 11-15 жастағы қыздардың 3,7%. 2022 жылы темекі шегу тәжірибесі бар жасөспірімдердің үлесі ұлдардың арасында 7,4%-ға, қыздардың арасында 4,6%-ға дейін өсті және 11 жастан 15 жасқа дейін 2,7 есе өсті, бұл ретте көрсеткіштер 13 жастан 15 жасқа дейін айтарлықтай артады. Барлық жас топтарында темекі шегетін ұлдардың үлесі қыздарға қарағанда көбірек. Жастар сонымен қатар электронды темекі сияқты салыстырмалы түрде жаңа темекі өнімдерімен айналысады.

Сонымен, 2018 жылы ұлдардың 8,5%-ы және 11-15 жастағы қыздардың 3,8%-ы өмір бойы кемінде 1-2 күн электронды темекі тұтынған.

Зерттеудің екінші раундында - 2022 жылы - электрондық темекіні пайдаланушылардың өміріндегі үлесі 9,8% (ұлдардың 11,3% және қыздардың 8,2%) құрады және бұл көрсеткіштер ұлдар мен қыздардың арасында жасына қарай айтарлықтай артады, 13 жастан 15 жасқа дейін екі есеге жуық.

Жастардың арасында темекіні пайдалануды жаһандық зерттеу деректерімен салыстырғанда Қазақстанда (Global youth tobacco survey, GYTS) 2014 жылдан 2018 жылға дейін 13-15 жас аралығындағы жасөспірімдер арасында темекі шегушілер саны ұлдар арасында 2%-дан 5%-ға дейін және қыздардың арасында 1,3%-дан 2%-ға дейін өсті, ал электрондық темекіні тұтынушылар саны ұлдар арасында үш рет 2014 жылы 2%-дан 2018 жылы 6%-ға дейін, ал қыздар арасында екі есе 1,1%-дан 2%-ға дейін.

Есірткі құралдарының, темекі шегетін және темекі шекпейтін темекі өнімдерінің заңсыз айналымына белсенді қарсы іс-қимыл бойынша жұмыс жүргізілуде.

2014 жылы Қазақстанда темекі өнімдеріне қатысты салық саясаты енгізілді, ол темекіні тұтынуды қысқартуға қатысты денсаулық сақтау саласындағы мақсаттарға қол жеткізуге ықпал етті. Акциз мөлшерлемесі 94%-ға ұлғайтылды, бұл темекі бағасының темекінің қолжетімділігі төмендеуіне, темекі өнімдерін сату көлемінің төмендеуіне және елде темекі шегудің таралуы төмендеуіне жеткілікті дәрежеде өсуіне әкелді. Екі жыл ішінде темекі акциздік түсімдерінің көлемі екі еседен астам өсті. Мұндай салық салу саясаты ДДҰ ТБНК ережелеріне толық сәйкес келеді.

2015 жылы темекінің қолжетімділігі акциздің артуы есебінен ғана емес, сонымен қатар темекі индустриясының баға саясаты мен нақты табыстың азаюы салдарынан да төмендеді. 2015 жылы республикада темекі тұтыну да төмендеді.

Темекі өнімдеріне қойылатын талаптар Кеден одағының «Темекі өнімдеріне арналған техникалық регламент» техникалық регламентімен белгіленген, сондай-ақ 2 ұлттық және 41 мемлекетаралық стандарттар қолданылады.

2013 жылдан бастап Қазақстанда (бұрынғы КСРО елдері арасында бірінші) темекі өнімдерінің қаптамаларында барлық тиісті сипаттамалары бар темекі шегудің зияны туралы ірі графикалық ескертулер қабылданды және орналастырылды.

2013-2015 жылдары Қазақстанда 30-79 жас аралығындағы ерлер мен әйелдердің арасында темекіні тұтынумен байланысты бірқатар себептер бойынша өлім деңгейі айтарлықтай: жіті ЖИА мен инсульттан шамамен 20%-ға және тыныс алу ағзаларының туберкулезінен, созылмалы бронхиттен және эмфиземадан 30-40%-ға төмендеді.

2014 және 2019 жылдары ҚР ДСМ ДДҰ қолдауымен республикада GATS ересек тұрғындарының темекі шегуінің таралуы бойынша жаһандық зерттеу жүргізілді (үш-төрт жылда бір рет өткізіледі).

2014-2019 жылдар аралығында қазіргі темекі тұтынудың жалпы таралуында айтарлықтай өзгерістер байқалған жоқ (2019 жылғы 21,5% салыстырғанда 2014 жылы 22,9%). Алайда, ерлердің арасында темекі тұтынудың айтарлықтай төмендеуі (43,4%-дан 38,3%-ға дейін) және әйелдердің арасында айтарлықтай өсу (4,5%-дан 6,4%-ға дейін) анықталды. Қазіргі темекі шегудің жалпы таралуының 2014 жылғы 22,4%-дан 2019 жылы 20,4%-ға дейін төмендеуі байқалды, бұл ретте ерлердің арасында айтарлықтай төмендеу (42,4%-дан 36,5%-ға дейін) және әйелдердің арасында айтарлықтай өзгерістердің болмауы (4,5%-дан 6,0%-ға дейін). 2014-2019 жылдар аралығындағы деректерге сәйкес қайталама темекі түтінінің әсері үйлерде (13,8%-дан 9,1%-ға дейін), жұмыс орнында (19,1%-дан 11,4%-ға дейін), қоғамдық көлікте (18,1%-дан 9,0%-ға дейін), денсаулық сақтау мекемелерінде (9,7%-дан 2,8%-ға дейін) айтарлықтай төмендеді, сондай-ақ үкіметтік ғимараттарда (9,9%-дан 4,9%-ға дейін). Алайда, барлар мен түнгі клубтарға барғандар арасында темекі түтініне бейімділік айтарлықтай өсті (70,4%-дан 78,3%-ға дейін).

Дұрыс тамақтанбау

Қазақстанда 2015 жылдан бастап балалардың семіздігін қадағалаудың ұлттық жүйесі дамып келеді. 2020 жылы ДДҰ мен БҰҰ Балалар қорының (ЮНИСЕФ) қолдауымен ДДҰ-ның COSI (Childhood obesity surveillance Initiative) балалар семіздігін қадағалау бастамасы шеңберінде мониторингтің екінші кезеңі өткізілді. Еліміздің 153 мектебінде 6851 баланың бойы мен салмағын өлшеу, 14 облыста және Астана, Алматы және Шымкент қалаларында ата-аналар мен мектеп әкімшілігіне сауалнама жүргізілді.

Осы зерттеу нәтижелеріне сәйкес Қазақстандағы 6-9 жас аралығындағы балалардың 20,6% - ы артық салмақтан немесе семіздіктен зардап шегеді, бұл ретте ұлдар мен қала тұрғындары арасында жоғары көрсеткіштер байқалады. 2015 жылы бұл көрсеткіш балалардың 19,1% құрады.

Күнделікті көкөністерді (2015 жылы - 30,2%, 2020 жылы - 33%) және жемістерді (2015 жылы - 33,3%, 2020 жылы - 36,9%) тұтынатын балалардың үлесі айтарлықтай өзгерген жоқ.

Мектеп жасындағы балалар қант қосылған алкогольсіз сусындарды үнемі тұтынады. COSI мәліметтері бойынша 2020 жылы күн сайын қантты сусындарды тұтынатын балалардың үлесі өсті (2015 жылы - 10,9%, 2020 жылы - 16,7%). Жасөспірімдер контингентін (HBSC) зерттеу нәтижелері бойынша жасөспірімдердің 14,4%-ы күн сайын кола мен құрамында қант бар басқа сусындарды тұтынады. Тәттілендірілген сусындарды күнделікті тұтыну жалпы балаларда 11 жастан 15 жасқа дейін артады. Аптасына бір реттен 5-6 рет балалардың жартысы қантты сусындар ішеді - 52,2%. Осылайша, жасөспірімдердің бұл сусындарды апта сайын тұтынуы 66,6%-ды құрайды. 15 жасқа қарай қыздардың шамамен үштен бірі - 30,8% және ұлдардың бестен бір бөлігі - 18,0% жұмыс күндері таңғы ас ішпейді.

Жасөспірімдердің арасында энергетикалық сусындарды тұтыну мәселесі де өткір, сондықтан апта сайын жасөспірімдердің бестен бір бөлігі (20,5%) осы зиянды сусындарды ішеді. Күн сайын балалардың 3,0%-ы энергетикалық сусындарды тұтынады; аптасына бір реттен 5-6 рет - балалардың 17,5%, ұлдарда - 19,1%, қыздарға қарағанда - 15,8%.

2018 жылы теледидардағы азық-түлік жарнамасының ауқымы мен сипатын мониторингтеу және бағалау Қазақстанда зерттелген ұлттық телеарналарда жарнамаланатын тамақ өнімдері мен сусындардың 72,3%-ы ДДҰ ұсынымдарына сәйкес құрамында майы, қант немесе тұзы жоғары өнімдерді жарнамалау бойынша шектеу шаралары болған кезде жарнама үшін тыйым салынатынын көрсетті.

Сонымен қатар, қантты сусындар (кола, лимонад және басқаларын қоса алғанда) өнімдердің арасында ең көп жарнамаланады - 22%, содан кейін шоколад, кондитерлік өнімдер және энергетикалық батондар, олар теледидарлық азық-түлік жарнамасының 17,1%-ды құрайды.

Орта есеппен қазақстандық балалар бір сағат ішінде ДДҰ ұсынымдарына сәйкес балаларға бағытталған маркетингке жол берілмейтін Тамақ өнімдері мен сусындарға арналған 6,6 телевизиялық жарнаманы көреді.

Статистикалық деректерге сәйкес Қазақстанда жасөспірімдерде семіздік көрсеткіші соңғы 5 жылда (2013 - 2017 жж.) 15,3%-ға өсті. 2012 жылы Қазақ тамақтану академиясы жүргізген

үй шаруашылықтары зерттеуінің деректері бойынша 1 жастан 14 жасқа дейінгі әрбір бесінші бала (21,5%) артық салмақпен және семіздікпен ауырған, балалардың 11%-ында семіздік анықталған.

Саламатты өмір салтын қалыптастыру факторларын 6-социологиялық зерттеудің деректері бойынша (2015 ж.) ересек тұрғындар арасында артық дене салмағының таралуы 33,3% (ерлер 36,5%, әйелдер – 30,1%), I, II, III дәрежелі семіздік – 9,2 (ерлер 8%, әйелдер – 10,4%) құрады.

ДДҰ-ның 2016 жылғы мәліметтері бойынша республикада 1 19%-ы және әйелдердің 23%-ы семіздікке шалдыққан, ал артық салмақтың таралуы ($BMI \geq 25$ кг/м²) ерлер үшін 54% және әйелдер үшін 53%-ды құрайды.

2018 жылы семіз балалар (0-14 жас) – 10 977; жасөспірімдер (15-17 жас) – 3 417; ересектер (18 жастан асқан адамдар) – 26 613 тіркелді.

Қантты шамадан тыс тұтыну диеталық аминқышқылдарының теңгерімсіздігіне әкелетінін бәрі біледі, өйткені бұл тәтті Өнімді тазарту кезінде адам ағзасына қажетті барлық минералды тұздар жойылады. Бұл семіздікке, ішкі секреция бездерінің, қанның, мидың ауыр ауруларына ықпал ететін метаболикалық бұзылуларды тудырады. Қантты тазарту кезінде жойылған В дәрумендері психикалық және нерв аурулары, полиневрит қаупін едәуір арттырады.

Сондықтан, осы деректерге ие бола отырып, біз қоғамның назарын осы мәселелерге аударуымыз керек.

Қазақстанда тұзды тұтыну деңгейі тәулігіне шамамен 17 г құрайды, бұл ДДҰ ұсынған нормадан төрт есе артық және әлемдегі ең жоғары тіркелген көрсеткіш болып табылады. Экономикалық модельдеу деректері бойынша, тұзды тұтынуды азайту жөніндегі іс-шаралар пакеті Қазақстанда ИЕА алдын алудың ең тиімді шарасы болар еді.

Ұлттық қоғамдық денсаулық сақтау орталығы Денсаулық сақтау министрлігімен бірлесіп, дұрыс тамақтану саясатын қамтамасыз ету жөніндегі шаралар кешенін әзірледі.

Оқушылардың дұрыс тамақтануын ұйымдастыру мақсатында оқушылардың тамақтану рационы бойынша бірыңғай стандарттар әзірленді. Қазіргі уақытта бірыңғай тамақтану стандарттары республиканың 1809 (29%) мектебінде енгізілді. ДДҰ әдіснамасы бойынша прогресті және ағымдағы жағдайды бағалау үшін 2025 жылы ДДҰ-ның танылған әдістемелері бойынша инфекциялық емес аурулардың қауіп факторларын бағалау бойынша эпидемиологиялық зерттеулер (STEPS) халықтың денсаулық мәселелеріндегі сауаттылық деңгейін анықтау үшін жүргізілетін болады, балалар арасында балалардың семіздігі мен қауіп факторларын зерттеу негізінде семіздікпен сырқаттанушылыққа мониторинг жүргізілетін болады.

Жыл сайын Қазақстанда халықтың хабардар болу деңгейін арттыру мақсатында бүкіл халықтың және ең алдымен балалар мен жастардың саламатты өмір салты дағдыларын қалыптастыру бойынша іс-шаралар заманауи ақпараттық технологияларды (әлеуметтік желілер, вирустық роликтер және т.б.) қолдана отырып іске асырылады.

2019 жылғы сәуірде нан мен нан-тоқаш өнімдеріндегі тұзды кезең-кезеңімен төмендету жөніндегі іс-шаралар жоспары бекітілді. С. Сейфуллин атындағы Қазақ агротехникалық университетімен өзара іс-қимыл туралы Меморандумға қол қойылды.

Сондай-ақ, шығарылатын отандық алкогольсіз өнімдегі қант деңгейін ерікті түрде төмендету бойынша іс-шаралар жүргізілуде, «Жауапты өндіруші кодексін» әзірлеу мәселесі пысықталуда, алкоголь сіз сусындар рецептурасындағы қант мөлшерін кезең-кезеңімен азайту, өндірушілер портфолиосында қант жоқ сусындар санын ұлғайту және т.б. мәселелерін қарау жүргізілуде.

Дене белсенділігін дамыту

Дене шынықтырудағы СӨС физикалық белсенділікті (*спорт, фитнес, гимнастиканың барлық түрлері, жасына, гендерлік факторға, дененің ерекшеліктеріне, қатаюына сәйкес келетін жаттығулар*) қамтиды.

ДДҰ-ның 2020 жылы жаңартылған физикалық белсенділік және отырықшы мінез-құлық бойынша ұсынымдары жас топтары бойынша және созылмалы жағдайы бар және әрекет қабілеті шектеулі адамдар үшін сараланған. ДДҰ мәліметтері бойынша, 11 жастан асқан Қазақстан азаматтарының 32,0%-ы физикалық белсенді емес (ерлер – 30,9%, әйелдер – 31,2%).

Халықтың арасында күнделікті серуендеу мен жүгіруді насихаттау үшін «Саламатты өмір салты» мобилдік қосымшасын белсенді пайдалану, ДДҰ-ның дене белсенділігі бойынша Жаһандық ұсынымдарын енгізу (2020 ж), Синема желісінің кинотеатрларына билеттерге 20% жеңілдік алумен ынталандырылатын 10 мың қадамды немесе 5-8 км жүгіруді күнделікті жүруді насихаттау, жұмыс берушілерді ынталандыру жұмыскерлерді сауықтыру және дене шынықтырумен айналысу, қалалық спорт инфрақұрылымының қолжетімділігін арттыру адамдардың дене белсенділігін 40%-ға дейін арттыруға ықпал ететін болады.

БАҚ арқылы СӨС насихаттау

Әлеуметтік жұмылдыру (Social Mobilization). Жергілікті және ұлттық деңгейдегі адамдарды денсаулық пен әл-ауқатқа жету үшін әрекет ете алатындай етіп тарту, осылайша қауымдастықтар мен адамдар өз денсаулығына иелік ету туралы хабардар болады. Қоғамдық денсаулықты нығайту бағыттары бойынша «Денсаулық сақтау министрлігі ұсынған» ақпараттық порталын құру және жүргізу (саламатты тамақтану, жас топтарына арналған жаттығулар кешені, Өндірістік зарядтау, психикалық денсаулық, жарақаттар кезінде алғашқы көмек және т.б.), порталды сапалы аудио, бейне және графикалық материалдармен, мамандардың сұхбаттарымен және түсіндірме мақалаларымен толтыруға жұмыс істейтін шығармашылық топ құру.

Порталды және оның ең жақсы материалдарын (контент-маркетинг, Email-маркетинг, іздеу жүйесін оңтайландыру (SEO), конверсияны оңтайландыру, әлеуметтік медиа, ақылы жарнама, әсер ету маркетингі) жылжыту үшін жоғары кәсіби компанияны тарту. Халықпен тұрақты жұмыс, Денсаулық мәселелерінде санитариялық сауаттылықты арттыру, SMM маркетингінің, әлеуметтік желілердің, әлеуметтік сауалнамалардың заманауи тәсілдерін пайдалана отырып, белсенді ақпараттық-түсіндіру жұмыстары, теледидар, театр және т. б. әлеуетін пайдалану.

ҰҚДСО саламатты өмір салтын қалыптастырудағы азаматтық қоғамның ролін күшейту бойынша жұмыс жүргізеді. Сектораралық өзара іс-қимылды дамыту 10 Министрлікпен, ЖОО-мен, ғылыми орталықтармен, ҰЕҰ-мен, «Қазақ тамақтану академиясы» ЖШС-мен және т.б. бірлескен жұмыспен қамтамасыз етіледі.

Орталық көпжылдық деректердің ақпараттық базасын құруды қамтамасыз етеді, процестердің мониторингін жүзеге асырады, өткізілетін іс-шаралардың сапасы мен тиімділігін, басқару шешімдерін дайындауды бақылайды және өңірлерге технологиялар трансфертін жүзеге асырады.

Қорытындылар мен ұсынымдар

- Халықаралық практика көрсеткендей, қоғамдық денсаулық сақтаудың ролі мен профилактикалық шараларға басымдық беру және қаржыландырудың қажетті көлемін осы мақсаттарға бағыттау пайда болған ауруларды диагностикалауға және емдеуге қаражат салудан әлдеқайда тиімді және үнемді.

- Қазақстан бұл мәселеде қажетті институттарды құрып, тиісті нормативтік құқықтық базаны қабылдай отырып, дамуда үлкен қадам жасады, алайда бұл жолдың басы ғана және ұзақ мерзімді нәтижеге қол жеткізу үшін алдағы жылдары үлкен жұмыс істеу керек.

- Барлық функцияларды-идеологиялық, орындаушылық, үйлестіру функцияларын біріктіре отырып, қоғамда белсенді позицияны алатын беделді ұлттық орталықты құру.

- СӨС өңірлік орталықтарын дамыту және нығайту.

- Саламатты өмір салты бойынша қозғалысты құру, ол СӨС идеясының айналасында белсенділерді, мамандарды және бей-жай қарамайтын, әлеуметтік белсенді адамдарды біріктіреді.

3.1.2 Психикалық денсаулық қызметі

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы әлемдегі денсаулық сақтау жағдайы туралы баяндамада (2001 жыл) ұсынылған психикалық денсаулық мәселелері бойынша 10 ұсынымды айқындады, оның ішінде: алғашқы медициналық-санитариялық көмек мекемелері деңгейінде емдеу жүргізу және тұрғылықты жері бойынша көмек көрсету.

Бұл ұсынымдар әлемнің дамыған елдерінде қолданылатын және психикалық денсаулық қызметтерін реформалау кезінде ЭЫДҰ елдері ұстанатын үздік практикаларға негізделген.

Психикалық денсаулық сақтау қызметінің (бұдан әрі - ПДСҚ) даму тарихы мемлекеттің, әсіресе азаматтық қоғамның дамуымен және саяси трансформация кезеңінде жаңа қатынастар орнатумен тығыз байланысты болды.

Өткен кезеңде осы қызметті ізгілендіру, оны медициналық емес проблемалардың ықпалынан шығару жөнінде кешенді шаралар қабылданды.

Психиатрия, наркология, психотерапия және психология (клиникалық) бірқатар бағыттарды қамтитын ПДСҚ қызметі міндеттерді анықтады:

- 1) халықаралық стандарттарға сәйкес келетін сапалы, қолжетімді, әлеуметтік бағдарланған психикалық денсаулық қызметіне халықтың қажеттілігін қанағаттандыру;

2) психиатриялық және наркологиялық ұйымдарда, жалпы емдеу желісі ұйымдарында басқарудың, психикалық денсаулық саласында профилактикалық және медициналық көмек көрсету процесін ұйымдастырудың қазіргі заманғы, неғұрлым тиімді әдістерін енгізу;

3) оның перспективалық дамуының басым бағыттарын айқындау.

Республикадағы психикалық денсаулық қызметін бұрын тек мамандандырылған ұйымдар ұсынған және қол жетімділіктің төмендігімен, айтарлықтай стигматизациямен, кадр тапшылығымен, мамандар арасында рөлдердің ұтымсыз бөлінуімен және көмек көрсетудің институционалдық тәсілін көрсететін басқа да бірқатар мәселелермен сипатталған.

Қолжетімділіктің төмендігінің нәтижесі психикалық ауытқулары бар адамдардың көмекке жүгінуі төмен болды. Осылайша, 2011 жылдан 2017 жылға дейінгі кезеңде анықтау психикалық, мінез-құлық бұзылыстары (бұдан әрі - ПМБ) бойынша 50%-ға және психоактивті заттарды пайдаланудан туындаған бұзылулар бойынша 67%-ға төмендеді.



55-СУРЕТ – НАУҚАСТАР КОНТИНГЕНТТЕРІ

15-КЕСТЕ – НАУҚАСТАР КОНТИНГЕНТТЕРІ

	НАУҚАСТАР КОНТИНГЕНТТЕРІ									
	2013Ж.	2014Ж.	2015Ж.	2016Ж.	2017Ж.	2018Ж.	2019Ж.	2020Ж.	2021Ж.	2022 Ж.
НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ЕСЕПТЕ ТҰРҒАН НАУҚАСТАР КОНТИНГЕНТТЕРІ	233487	203889	186840	156315	135842	125347	121568	114700	110418	108852
ПСИХИАТРИЯЛЫҚ ЕСЕПТЕ ТҰРҒАН НАУҚАСТАР КОНТИНГЕНТТЕРІ	195575	193648	193936	190945	189744	188667	190066	189546	189914	193277
БАРЛЫҚ НАУҚАСТАР	429062	397537	380776	347260	325586	314014	311634	304246	300332	302129

Психикалық денсаулықтың маңыздылығы және бар проблемалар парадигманы биомедициналық, паттерналистік тәсілден пациенттің қажеттіліктеріне бейімделген биопсихосолеуметтік модельге ауыстыру қажеттілігін көрсетті.

Жүргізіліп жатқан өзгерістердің негізгі мәселесі психикалық денсаулықты психикалық денсаулық қызметіндегі барлық өзгерістердің катализаторы болған алғашқы медициналық-санитариялық көмекке біріктіру болды.

Бар проблемаларды талдау, психикалық денсаулық саласында медициналық көмек көрсетудің озық халықаралық тәжірибесін зерделеу, ДДҰ ұсынымдары денсаулық сақтауды дамытудың 2016 - 2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасын (бұдан әрі - мемлекеттік бағдарлама) іске асыру шеңберінде 2016 жылы басталған ДДҰ-ның құрылымдық өзгерістерінің негізіне айналды.

Мемлекеттік бағдарламаны іске асыру жөніндегі іс-шаралар жоспарында:

- мемлекеттік медициналық ұйымдарды бейіндер бойынша біріктіру жолымен оңтайландыру;
- медициналық қызметтерді орталықтандыру мен орталықсыздандыруды қоса алғанда, көлденең және тік интеграция жолымен денсаулық сақтаудың мемлекеттік инфрақұрылымын оңтайландыру жөніндегі іс-шараларды жүргізу.

2017 жылы Қазақстан Республикасының психикалық денсаулық сақтау қызметін дамытудың 2017 - 2018 жылдарға арналған Жол картасы бекітілді.

ПДСҚ дамуының негізгі бағыттары:

1. Қоғамдық денсаулық сақтау шеңберінде психикалық денсаулықты нығайту (стигматизация мен кемсітушілікті төмендету, психикалық денсаулық мониторингі жөніндегі іс-шараларды іске асыра отырып).

2. Кадрлық әлеуетті арттыру.

3. ПДСБ-ны амбулаториялық-емханалық ұйымдармен интеграциялау.

4. Психикалық және мінез-құлық бұзылыстары бар адамдарды медициналық-әлеуметтік оңалтуды дамыту.

Қалалық емханалар құрамында алғаш рет 84 ПДО ашылды, бұл психикалық және мінез-құлық бұзылыстары бар адамдарға амбулаториялық көмек көрсетудің аумақтық қолжетімділігін арттыруға мүмкіндік берді.

Анықтама: 2015 жылы мамандандырылған амбулаториялық көмек 18 наркологиялық және 25 психиатриялық ұйымдарда жүзеге асырылды.

Ауыл тұрғындарына психиатриялық және наркологиялық көмек көрсетуді оңтайландыру жүргізілді. Ауылдағы психиатриялық және наркологиялық кабинеттер 212 психикалық денсаулық кабинетіне біріктірілген.

Республиканың барлық өңірлерінде 20 ПДО (3 қалалық, 17 облыстық) құрылды.

Өңірлік психиатриялық және наркологиялық ұйымдардың бірлестігі психикалық денсаулық медициналық ұйымдарының санын 47-ден (2017 жыл) 20-ға (2022 жыл) дейін қысқартуға мүмкіндік берді. Республикалық деңгейде медициналық көмекті Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы (бұдан әрі - РПДСҒПО), Жіті бақыланатын мамандандырылған үлгідегі республикалық психиатриялық аурухана (бұдан әрі - ЖБМҰРПА) жүзеге асырады.

Психикалық денсаулық ұйымдарының төсек қорын оңтайландыру психиатриялық төсек санын 30%-ға (2017 жылғы 8626-дан 2023 жылғы 1-тоқсанның аяғында 5971 төсекке дейін) және наркологиялық төсек-орындарды 51%-ға (2017 жылғы 7047-ден 2023 жылғы 1-тоқсанның соңында 3617 төсекке дейін) қысқартуға мүмкіндік берді.

Психикалық, мінез-құлық бұзылыстары бар адамдарға арналған психикалық денсаулық ұйымдарында стационарды алмастыратын көмек 533 төсекке/орынға 17 күндік стационармен ұсынылған (2017ж. - 895 төсекке/орынға 17 күндік стационар).

Психоактивті заттарды қолдану салдарынан психикалық, мінез-құлық бұзылған адамдар үшін Психикалық денсаулық ұйымдарында стационарды алмастыратын наркологиялық көмек 217 төсекке/орынға 14 күндік стационарлармен ұсынылған (2017ж.-309 төсекке/орынға 16 күндік стационар).

Осылайша, МСАК пен амбулаториялық буынға баса назар аудара отырып, қызметті ауқымды қайта құрылымдау жүргізілді, бұл кешенде халыққа көмектің осы түрін жақындатуға тиіс. Бұл мәселенің маңызды бөлігі пациенттердің осы тобын медициналық-әлеуметтік оңалту болып табылады.

Психикалық денсаулық орталықтарының құрылымында жұмыс халықаралық стандарттарға негізделген оңалту бөлімшелерінің рөлі күшейтілді.

2019 жылы 6724 пациент медициналық-әлеуметтік оңалтудан өтті, оның ішінде нашақорлар - 1880 (30%).

2022 жылы тәулік бойы болатын төсектерде медициналық-әлеуметтік оңалтудан 5792 пациент өтті, оның ішінде нашақорлар - 1448 (25%).

Қабылданған шаралар тексерулерді қамтуды және осы қызметтің пациенттерін анықтауды ұлғайтуға мүмкіндік берді.

Мысалы, 2022 жылы өмірінде алғаш рет диагноз қойылған тіркелген адамдардың саны 2021 жылмен салыстырғанда 15%-ға өсіп, 11461 адамды, 100 мың халыққа 59,9 (2021 жылы-9924 адам, 100 мың халыққа 52,6 адам.) адамды құрады.

Қарағанды облысында беттік-белсенді заттарды қолданбай ПМБ-ның ең алғашқы сырқаттануы байқалды (100 мың халыққа 108,0.), Астана қ. (100 мың халыққа 90,9.), ШҚО (100 мың халыққа 85,7.). Бастапқы сырқаттанушылық Алматы облысында байқалды (100 мың халыққа 28,5.).

2022 жылы өмірде алғаш рет беттік белсенді заттарды қолданудан туындаған ПМБ диагнозы қойылған адамдардың саны 2021 жылмен салыстырғанда 5%-ға төмендеп, 12644 адамды құрады, 100 мың халыққа 66,1. (2021 жылы-13361 адам, 100 мыңға 70,4 адам.).

Павлодар облысында ПА3 қолданудан туындаған ПМБ-ның ең алғашқы сырқаттануы байқалды (100 мың халыққа 151,4.), Астана қ. (100 мың халыққа 146,3.) және ШҚО (100 мың халыққа 141,8.). ПА3 қолданудан туындаған ПМБ-ның ең аз бастапқы сырқаттануы Атырау қаласында байқалды (100 мың халыққа 20,5.).

2022 жылы ПА3 тұтынусыз ПМБ-мен динамикалық бақылауда тұрған науқастар контингенті 2021 жылмен салыстырғанда 1,7%-ға өсіп, 193 258 адамды құрады, 100 мың халыққа 1010,6. (2021 жылы сәйкесінше 189914 және 1005,9).

100 мың халыққа шаққанда ПА3-ды пайдаланбай, ПМБ бойынша динамикалық бақылауда тұрған адамдар контингентінің ең үлкен көрсеткіші., Қарағанды (1535,2), Қостанай (1447,9), Солтүстік Қазақстан (1345,1) облыстарында байқалды. Алматы қаласында 100 мың тұрғынға шаққанда ПБЗ пайдаланусыз ПМБ бойынша динамикалық бақылауда тұрған адамдар контингентінің ең төмен көрсеткіші байқалды (557,3).

100 мың халыққа шаққанда ПА3 пайдаланудан туындаған ПМБ бойынша динамикалық бақылауда тұрған тұлғалар контингентінің ең үлкен көрсеткіші Павлодар (1093,5), СҚО (1058,0) және Шығыс Қазақстан (1010,5) облыстарында байқалды. 100 мың халыққа шаққанда ПА3 пайдаланудан туындаған ПМБ бойынша динамикалық бақылауда тұрған тұлғалар контингентінің ең төмен көрсеткіші Түркістан (195,5) облысында байқалды.

Жоғарыда келтірілген мәліметтер көрсеткендей, пациенттердің ең көп шоғырлануы елдің индустриалды дамыған өңірлерінде және негізінен солтүстік өңірлерде байқалады. Бұл жағдай көптеген факторлармен түсіндіріледі, бірақ олардың ішіндегі ең маңыздысы - осы қызмет бойынша дайындалған кадрлардың болуы.

2019 жылы дәрігерлердің тапшылығы 778 құрады (психиатрлар 430, наркологтар 348).

Осылайша, психиатр дәрігерлермен жұмыс 85,7% құрайды, тапшылық 14,3% құрайды.

Әсіресе кадр тапшылығы балалар психиатриясы саласында айқын көрінеді, республикада барлығы 62 балалар психиатры бар. Сондай-ақ, мемлекеттік денсаулық сақтау жүйесінде психотерапевт дәрігерлері іс жүзінде жоқ, ал республикада олардың 39-ы барлық медициналық ұйымдар бойынша.

2020 жылы оқуын аяқтаған «Психиатрия, оның ішінде балалар» мамандығы бойынша республиканың медициналық университеттерінің резиденттерінің саны 52 резидентті, ал 2021 жылы 152 резидентті құрады.

Бұл қызметтің проблемалары қаржыландырудың кемшіліктерімен тікелей байланысты және тарихи тұрғыдан қызмет аймақтардың мүмкіндіктеріне байланысты қаражат алды. Көбінесе бұл бюджет бекіткен ақша болды, олар жылдан-жылға тек қызметті ұстауға жұмсалды, жұмыс нәтижелілігіне байланысты емес, бұл емдеу нысандарының материалдық-техникалық жағдайының өте қанағаттанарлықсыз болуына және қызметкерлердің өз жұмысын жақсартуға деген уәждемесінің төмендігіне әкелді.

Қызметте өңірлер бойынша қаржыландырудың өте біркелкі отмендігі атап өтілді:

өңірлер бойынша психиатриялық ұйымдарда төсек-күн құнының айырмашылығы 4 есеге дейін, наркологиялық ұйымдарда 5-ке дейін болды.

Осындай жағдай науқастарды дәрілік препараттармен амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуде байқалды (қаржыландырудағы айырмашылық 7,5 есеге дейін).

Бір тұрғынға наркологиялық көмек көрсетуге арналған шығыстарды есептеу кезінде өңірлер бойынша айырмашылық 5 есеге дейін құрады, амбулаториялық психиатриялық қызмет келушілер санына байланысты қаржыландырылды, онда айырмашылық 2 еседен астам байқалды.

2019 жылдан бастап психикалық денсаулық орталықтары тегін медициналық көмектің

кепілдік берілген көлемі шеңберінде медициналық қызметтерге арналған кешенді тариф бойынша қаржыландырыла бастады, оларға ақы төлеу психикалық және наркологиялық науқастар тізілімінде тіркелген айына бір ПДО науқасына жүзеге асырылады.

Бүгінгі таңда кешенді тариф Батыс Қазақстан облысында 11950,15 теңгеден (Түркістан облысы) 20763,28 теңгеге дейін ауытқиды.

Психикалық денсаулық саласындағы көмекті қаржыландырудың жалпы көлемі 1,7 есеге – 2017 жылғы 24,2 млрд. теңгеден 2021 жылы 40,4 млрд. теңгеге дейін өсті.

Нашақорлыққа және есірткі бизнесіне қарсы күрестің 2023-2025 жылдарға арналған кешенді жоспарында оларды заманауи жабдықтармен қамтамасыз ете отырып, өңірлік психикалық денсаулық орталықтарын жаңғырту, күрделі жөндеу және салу, сондай-ақ ПДРҒПО (Алматы қ.), ПДРҒПО филиалы (Павлодар қ.) мен «АСАР» медициналық-әлеуметтік оңалту бөлімшесін жаңғырту және күрделі жөндеу жүргізу көзделген.

Қорытындылар мен ұсынымдар

Синтетикалық есірткіні қолдану мен таратудың өсуі, әсіресе жастар арасында, бүгінгі күннің қиындығы мен қаупі болып табылады.

Халық арасында, оның ішінде кәмелетке толмағандар арасында суицидтің алдын алу, қорқыту, құмар ойындар да кешенді тәсілді және тиімді ведомствоаралық өзара іс-қимылды талап етеді.

Жоғарыда аталған өзекті мәселелерді шешу республиканың психикалық денсаулық сақтау қызметінің алдында тұрған негізгі міндеттер мен міндеттер болып табылады.

Сонымен қатар, психикалық ауытқулары бар адамдарға медициналық көмек көрсетудің қолжетімділігі мен сапасын жақсарту, психиатриялық және наркологиялық көмек көрсететін дәрігерлердің кәсіби деңгейін арттыру жөніндегі жұмысты жалғастыру қажет болады.

Психикалық денсаулыққа көмек көрсетудің пациентке бағытталған моделі пациенттердің қажеттіліктеріне, мамандардың мүдделеріне және Басшылардың мақсаттарына жауап беретін қызметтердің сапасы мен қолжетімділігін арттырудың тиімді құралы болып табылады. Бұл бөлімде қызмет үлкен жұмыс атқаруы керек.

Психикалық денсаулық сақтау қызметін алғашқы медициналық-санитариялық көмекке интеграциялау парадигманы өзгерту мақсатында қабылданған негізгі стратегияға айналды, бұл өз кезегінде психикалық денсаулық қызметтерін ұйымдастыру саласындағы өзгерістердің катализаторы болды.

Ұйымдық өзгерістердің маңызды ынталандыруы модель мен қаржыландыру ағындарының өзгеруі болып табылады.

Үздік әлемдік практикаға, оның ішінде ДДҰ ұсынған практикаға сәйкес психикалық денсаулық саласындағы медициналық қызметтердің қолжетімділігі мен сапасын арттыру, халықтың психикалық денсаулығын нығайту және ерте кезеңдерде психиканың бұзылуының алдын алуды күшейту бойынша жоспарлы жұмысты одан әрі жүргізу қажет.

Мүмкін, жақын арада нақты мотивациялық тетіктерді орната отырып, қызметті кадрлармен қамтамасыз ету тәсілдерін түбегейлі қайта қарау қажет.

Психикалық денсаулық проблемасы ӨЖС деңгейі жоғары барлық дамыған елдерде бірінші орынға шығады, және отандық денсаулық сақтау дамып, осы көрсеткіштерге жақындаған сайын бұл проблема өзекті және сұранысқа ие болады және оған дайын болу керек.

Сонымен қатар, қызметте жүргізілген реформалар одан әрі дамуды, талдауды және түзетулерді қажет етеді, өйткені мұндай ауқымды қайта құрылымдау әрдайым мемлекеттік және басқа органдардың үнемі қолдауын қажет етеді, әйтпесе қойылған міндеттерге қол жеткізу мүмкін емес.

3.1.3 Жедел медициналық көмек және санитариялық авиация

Медициналық авиация көрсетілетін медициналық қызметтердің қолжетімділігін, уақтылығы мен қауіпсіздігін арттыру мақсатында медициналық авиация нысанында пациенттерге шұғыл және шұғыл медициналық көмек көрсетуді және дамытуды қамтамасыз етеді.

1990 жылдан бастап әуе кемелері паркі қысқарып, жергілікті әуе желілерінің саны азайып, елдің экономикалық мүмкіндіктері медициналық көмектің ең қымбат түрлерінің бірін ұстауға мүмкіндік бермейтіні түсінікті болды.

Экономиканың тұрақтануы мен өсуі кезеңінде 2011 жылғы сәуірде республикалық шұғыл медициналық көмек ғылыми орталығының базасында санитариялық авиация жөніндегі

республикалық үйлестіру орталығы құрылды.

2012 жылғы мамырда Қазақстан Республикасының Үкіметі жанындағы денсаулық сақтау жөніндегі Ұлттық Үйлестіру кеңесінің 17-ші отырысында Республикалық санитариялық авиацияны үйлестіру орталығын барлық өңірлерде бөлімшелері бар жеке заңды тұлғаға шығару туралы шешім қабылданды.

2012 жылғы желтоқсанда Қазақстан Республикасы Үкіметінің қаулысымен орталық құрылды, ол 2013 жылғы 02 шілдеден бастап өз бетінше ұшуды жүзеге асыра бастады.

Қазіргі уақытта медициналық авиация желісі бойынша көлік қызметтерін жеткізушілер Қазақстан Республикасының барлық өңірлерінде ұсынылған. Медициналық авиация бөлімшелері медициналық авиацияның мобилдік бригадаларын (бұдан әрі - МАМБ) тұрақты әзірлікті және жедел басқаруды қамтамасыз ету мақсатында облыс орталықтарында ұйымдастырылған және облыстық жедел/шұғыл медициналық көмек станциясының құрылымдық бөлімшелері болып табылады. Медициналық авиация желісі бойынша әуе кемесінің ұшуына жедел өтінім қалыптастыру үшін облыстық жедел медициналық жәрдем станциясының медициналық авиация бөлімшелерінің үйлестіруші дәрігерлерінен ақпарат қабылдау рәсімдерін орындайтын диспетчерлік қызметтің жұмысы жолға қойылды.

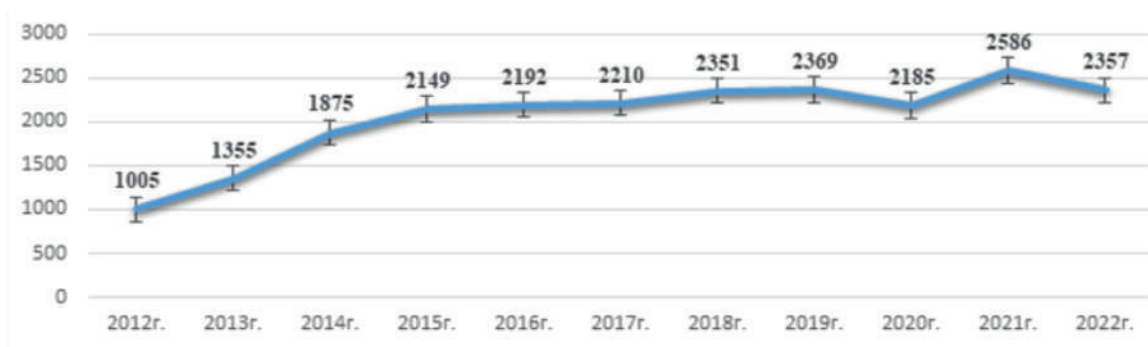
ҰШМҰО авиакомпаниялармен ынтымақтасады, қатаң талаптары бар авиакөлік қызметтерін көрсетуге шарттар жасасады. Ең алдымен, бұл экипаждардың кәсібилігіне және әуе кемесінің (ӘК) ұшуға дайын болу уақытына қатысты.

Жоғарыда айтылғандай, Қазақстан халқы салыстырмалы түрде аз болған кезде көлемі бойынша 9-шы аумаққа ие және бұл фактор пациенттерді шалғай өңірлерден орталыққа жеткізу үшін барынша ұтқыр қаражаттың болуын талап етеді. Осы себепті медициналық авиация сала үшін өте қажет.

Осы мақсатта қызметке бөлінетін қаражат көлемі үнемі артып келеді. Қызмет құрылған сәтте бюджеттен 19 бірлік мөлшерінде (әр өңірге 1-ден) заманауи «Еврокоптер» тікұшақтары сатып алынды, «Қазавиақұтқару» АҚ атынан ТЖМ желісі бойынша әуе көлігімен қызметті қамтамасыз ету жөніндегі бірыңғай оператор құрылды.

Барлығы, санитариялық/медициналық авиация қызметі құрылған сәттен бастап (алғашқы ұшу 2011 жылғы 12 шілдеде жүзеге асырылды).

2012 жылдан бастап 22 634 ұшу жүзеге асырылды: 2012 ж. - 1005, 2013 ж. - 1355, 2014 ж. - 1875, 2015 ж. - 2149, 2016 ж. - 2192, 2017 ж. - 2210, 2018 ж. - 2351, 2019 ж. - 2369, 2020 ж. - 2185, 2021ж. - 2586, 2022ж. - 2357 ұшу.



56-СУРЕТ - ОРЫНДАЛҒАН ҰШУЛАР

Осы кезеңде 31 399 пациентке медициналық авиация нысанында медициналық көмек көрсетілді, 2012 ж. - 1304, 2013 ж. - 1756, 2014 ж. - 2316, 2015 ж. - 2700, 2016 ж. - 2691, 2017 ж. - 2689, 2018 ж. - 2586, 2019 ж. - 3104, 2020 ж. - 3833, 2021ж. - 3950, 2022ж. - 4420 пациент.



57-СУРЕТ - МЕДИЦИНАЛЫҚ АВИАЦИЯ ЖЕЛІСІ БОЙЫНША ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТІЛГЕН ПАЦИЕНТТЕРДІҢ САНЫ

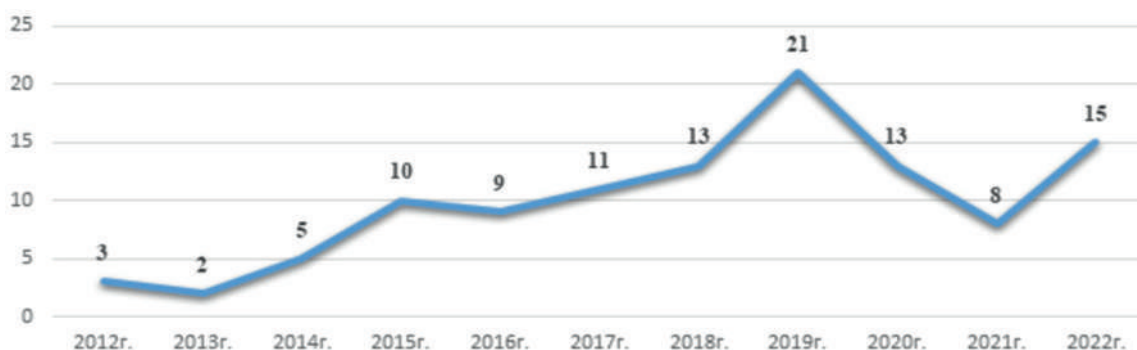
Медициналық авиацияның мобилдік бригадасы 34 755 медициналық қызмет ұйымдастырды, оның ішінде: 21 936 – тасымалданды, 4 283-күндізгі консультациялар ұйымдастырылды және 1 732 пациентке операциялар жүргізілді.

Медициналық қызметтер



58-СУРЕТ-МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТЕР

Медициналық авиация желісі бойынша пациенттерді шетелдік медициналық клиникалардан республиканың тиісті медициналық ұйымына тасымалдау үшін одан әрі емдеуді жалғастыру үшін 109 ұшу орындалды (Ресей Федерациясы (23), Түркия (26), Оңтүстік Корея (10), Тайланд (9), Қырғызстан (5), БАӘ (4), АҚШ (4), КХДР (4), Чехия (2), Германия (4), Грузия (2), Египет (2), Швейцария, Үндістан, Сингапур, Моңғолия, Индонезия, Украина, Польша, Дания, Филиппин, Италия, Израиль, Беларусь.



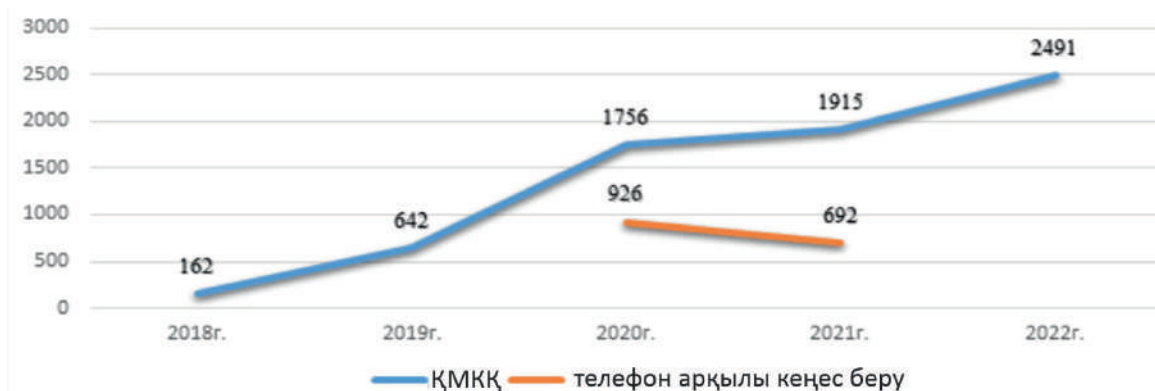
59-СУРЕТ- ШЕТЕЛГЕ ҰШУ

Сонымен, донорлық ағзаларды алу бойынша мамандарды тасымалдау үшін 81 рейс орындалды, оның ішінде биоматериалдарды тасымалдау, оның ішінде 2015 ж. - 16, 2016 ж. - 17, 2017 ж. - 22, 2018 ж. - 8, 2019 ж. - 6, 2020 - 2 және бір биоматериал, 2021-4, 2022 - 5.



60-СУРЕТ - ДОНОРЛЫҚ АҒЗАЛАРДЫ АЛУ ЖӨНІНДЕГІ МАМАНДАРДЫҢ ҰШУЫ

Қашықтықтан медициналық қызметтерді дамыту, басқару шешімдерінің сапасы мен тиімділігін арттыру, дағдарыстық және төтенше жағдайлардың алдын алу және жою, жедел талдау, модельдеу, жағдайлардың дамуын болжау мақсатында 2018 жылы ҰШМҰО базасында ахуалдық орталық құрылды. Ахуалдық орталық ашылған сәттен бастап 6966 қашықтықтан медициналық қызмет көрсетілді.



61 – СУРЕТ - ҚАШЫҚТЫҚТАН МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨРСЕТИЛЕТІН ҚЫЗМЕТТЕР

Қазіргі уақытта ҰШМҰО Ахуалдық орталығы оларға ҚР стационарларының реанимация бөлімшелеріндегі ауыр және өте ауыр жағдайдағы пациенттерге тәулік бойы мониторинг жүргізеді.

Медициналық авиацияны шақыру себептерінің құрылымында:

- бірінші орында-балалар патологиясы 7534 (23 %);
- екіншісінде-акушерлік практикадағы шұғыл жағдайлар 5392 (16,5 %);
- үшінші орында-қанайналым жүйесінің аурулары 4766 (14,6 %);
- төртіншіден-жаңа туған нәрестелердің патологиясы 4420 (13,5 %);
- бесіншіден-жарақаттар, жазатайым оқиғалар және уланулар 3647 (11,1 %);
- бұдан әрі басқа патологиялары бар пациенттер - 3145 (9,6 %) (ӨСЖА, асқазан-ішек жолдары, неврологиялық, эндокринологиялық, инфекциялық, хирургиялық және т. б.);
- бұдан әрі ЖКО -2495 зардап шеккендер (9,6 %);

COVID-19 коронавирус инфекциясының пандемиясы кезеңінде ҰШМҰО Ахуалдық орталығының мамандары оларға COVID-19 коронавирус инфекциясы бар 1316 пациент болған ҚР барлық медициналық мекемелерінің медицина мамандарына консультациялық қолдау көрсетті.

Қазақстан Республикасында жедел медициналық көмек көрсетуді жетілдіру

2017 жылы жедел медициналық көмекті (бұдан әрі – ЖМК) дамытудың жаңа тұжырымдамасы шеңберінде орталықтандыру – ЖМК Біріккен қызметі жүргізілді, оның құрылымына ЖМК облыстық (қалалық) станциялары, ЖМК аудандық бөлімшелері және медициналық авиация бөлімшелері кірді. Бұл норма ЖМК қызметін бірыңғай заң басқаруды, медициналық жабдықтардың жұмысына бірыңғай бақылау мен аудитті, медициналық жабдықтармен және

дәрілік препараттармен орталықтандырылған қамтамасыз етуді, шақыруларды басқарудың бірыңғай автоматтандырылған жүйесін, сондай-ақ барлық деңгейдегі ЖМК медицина қызметкерлерін оқытуды қамтамасыз етуге мүмкіндік берді.

Орталықтандыру бірқатар маңызды мәселелерді шешуге мүмкіндік берді, атап айтқанда:

- бірыңғай диспетчерлік қызметтерді құру,
- санитариялық автокөлікті мақсатсыз пайдалануды болдырмау,
- жеткізу және медициналық көмек көрсетудің уақтылығын жақсарту,

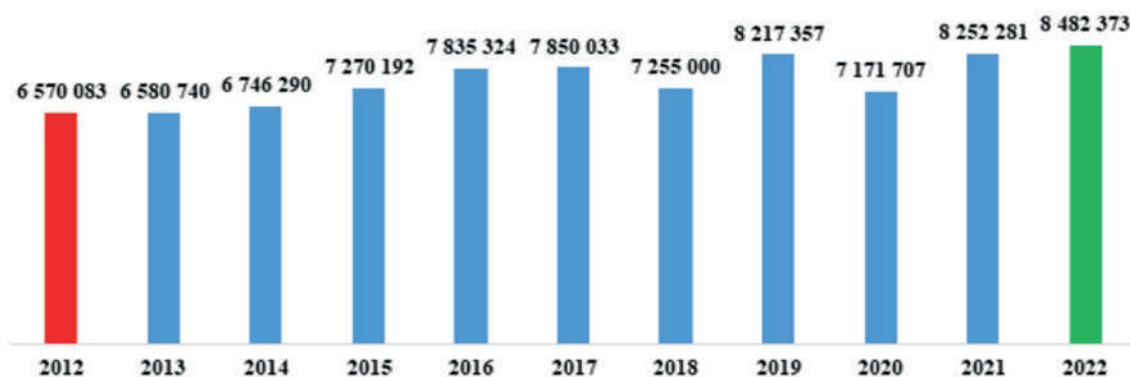
Осылайша, бүгінгі күні Қазақстан Республикасында ЖМК қызметі 20 дербес станциядан, 103 қалалық қосалқы станциядан және 288 аудандық бөлімшеден тұрады.

Жедел медициналық көмек қызметін жаңғырту шұғыл медициналық көмек көрсетудің екі деңгейлі жүйесін құруға, жедел және шұғыл медициналық көмек көрсетуге сараланған тәсілді қолдануға және өңірлерде шақыруларды басқарудың бірыңғай ақпараттық жүйесін енгізуге негіз болды.

Реформа шеңберінде бүкіл қызмет бұрын болған 6 санаттың орнына жеделдіктің 4 санаты бойынша бірыңғай қызмет көрсету стандартына көшті.

Созымалы аурулары бар пациенттерге өмірге тікелей қауіп төнбеген кезде алғашқы медициналық-санитариялық көмек (бұдан әрі – МСАК) ұйымдарының фельдшерлік және дәрігерлік бригадалары шұғыл медициналық көмек көрсетеді.

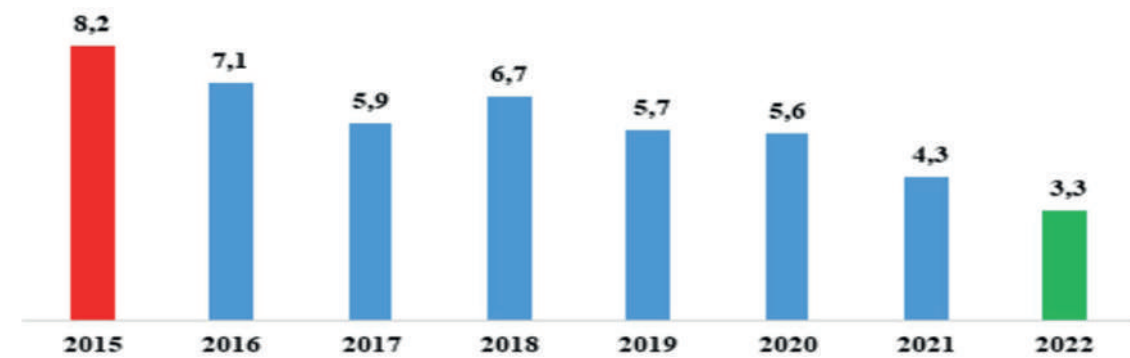
Осылайша, жедел медициналық жәрдем қызметінің негізгі күштері шұғыл медициналық көмекті қажет ететін жағдайлар мен ауруларға бағытталды, жедел медициналық жәрдем бригадаларының келу уақытының көрсеткішін жақсарту қамтамасыз етілді, бұл кеш қызмет көрсетілген шақырулардың үлесін төмендетуге, ЖМК сапалық көрсеткіштерін арттыруға мүмкіндік берді - ЖМК бригадаларының қатысуымен кешігу, ауруханаға дейінгі өлім көрсеткіштерінің төмендеуі және ЖМК бригадаларының қатысуымен қызметкерлерді шұғыл көмек көрсету және табысты реанимация дағдыларына үйрету.



62-СУРЕТ - 2012-2022 ЖЫЛДАР КЕЗЕҢІНДЕГІ ЖМК ШАҚЫРУЛАРЫНЫҢ САНЫ

2012 және 2022 жылдармен салыстырғанда (1 912 290 шақыру) шақырулардың 103-ке айтарлықтай өсуі байқалады.

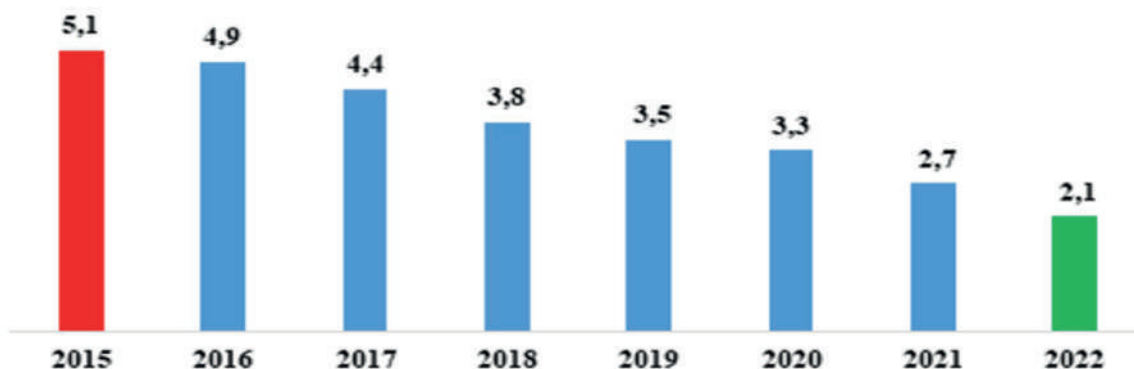
Сонымен қатар, кеш қызмет көрсетілген шақырулар санының төмендеуі байқалады, 2022 жылы бұл көрсеткіш елімізде шақырулардың жалпы санының 3,3%-ын құрады, бұл 2015 жылғы көрсеткіштен 4,9%-ға (8,2%) төмен.



63-СУРЕТ - 2013-2022 ЖЫЛДАР КЕЗЕҢІНДЕГІ ЖМК КЕШІГУЛЕРІНІҢ ҮЛЕСІ (%)

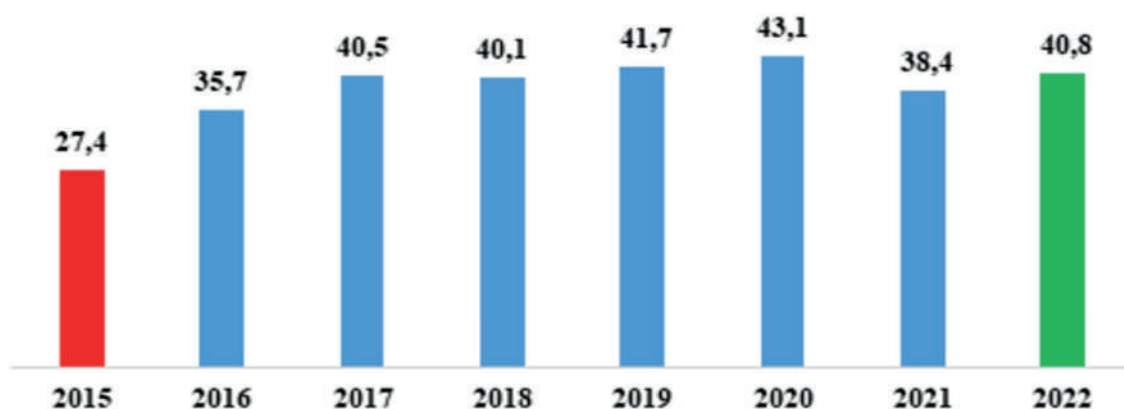
ЖМК бригадаларының қатысуымен ауруханаға дейінгі өлім көрсеткіші көбінесе медициналық авиация қызметі, ЖМКҚ және қабылдау бөлімшелері жұмысының тиімділігіне, олардың сабақтастығына байланысты: бұл бригаданың уақтылы жетуі, медициналық қызмет көрсету сапасы, қабылдау бөлімшелерінің дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етілуі және медициналық жабдықтары.

2022 жылдың қорытындысы бойынша республика бойынша ЖМК бригадаларының қатысуымен ауруханаға дейінгі өлімнің үлесі 2,1%-ды құрады, бұл 2015 жылғы көрсеткіштен 3,0%-ға төмен.



64-СУРЕТ - 2015-2022 ЖЫЛДАР КЕЗЕҢІНДЕ ЖМК БРИГАДАЛАРЫНЫҢ ҚАТЫСУЫМЕН АУРУХАНАҒА ДЕЙІНГІ ӨЛІМНІҢ ҚҰРЫЛЫМЫ (%)

Жедел медициналық жәрдем қызметкерлерін Халықаралық жедел жәрдем стандарттарына (BLS, ACLS, PALS, PHTLS) сертификатталған жаттықтырушылармен кеңінен оқыту сәтті реанимация көрсеткішінің айтарлықтай өсуіне әкелді. Мәселен, 2022 жылдың қорытындысы бойынша 2015 жылдың сәйкес кезеңімен салыстырғанда табысты реанимацияның 13,4%-ға өсуі байқалады.



65-СУРЕТ - СӘТТІ РЕАНИМАЦИЯ КӨРСЕТКІШІ

2022 жылдың қорытындысы бойынша республика бойынша санитариялық автокөлікпен қамтамасыз ету 100% – 9 (2017 ж. – 98%) құрады, бұл ретте көліктің тозуы әлі де 33%-ды құрайды.

Жедел медициналық жәрдем көлігінің GPS-навигация жүйесі енгізілді, бұл санитариялық автокөлікті тиімді пайдалануды қамтамасыз етуге мүмкіндік берді. Қазақстан Республикасы бойынша GPS-навигацияны жарақтандыру көрсеткіші 100%-ды құрады, бұл 2017 жылғы көрсеткіштен 25%-ға жоғары.

Жедел медициналық жәрдем станцияларының бекітілген Стандарттарға сәйкес медициналық жабдықтармен және медициналық мақсаттағы бұйымдармен жарақтандырылуы республика бойынша 100%-ды құрады.

Қызметтердің жұмысында пациенттерге медициналық көмек көрсетудің жаңа жабдықтары, препараттары және тіпті жаңа әдістері қолданылады.

Облыстық жедел жәрдем станцияларында бірыңғай орталықтандырылған Call-орталықтар ашылды. Жедел жәрдемнің барлық шақырулары осы орталыққа келіп түседі, одан келіп түскен шақырулар ЖМК станциясының диспетчері автоматтандырылған басқару жүйесі арқылы алғашқы медициналық-санитариялық көмекті ұйымдастыру кезінде ЖМК станциясының фельдшерлік және дәрігерлік бригадаларына немесе ЖМК бөлімшелеріне шақыруларды береді.

Жедел медициналық көмектің сапасын арттыру мақсатында қызмет мамандарын халықаралық стандарттарға сәйкес шұғыл медициналық көмек көрсету дағдыларына оқытудың жаңа жүйесі енгізілді.

2017 жылдан 2020 жылға дейін Қазақстан Республикасында жедел медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыруды жетілдіру жөніндегі жол картасы пункттерін орындау шеңберінде жедел медициналық көмек мамандарын, алғашқы медициналық-санитариялық көмек жанындағы жедел медициналық көмек бөлімшелерін және халықаралық стандарттар бойынша стационарлық көмек көрсететін медициналық ұйымдардың қабылдау бөлімшелерін ауқымды оқыту жүргізілді:

Сондай-ақ, триаж-жүйе бойынша медициналық сұрыптау жүргізе отырып, жаңа форматта стационарлық көмек көрсететін медициналық ұйымдардың қабылдау бөлімшелерінің қызметін жетілдіру мақсатында.

Қабылдау бөлімінің негізгі функциялары (Emergency department):

- олардың өміріне қауіп төндіретін жағдайлары бар науқасқа көмек көрсету;
- тәулік бойы шұғыл медициналық көмек көрсету;
- уақтылы, тиімді, шұғыл және шұғыл медициналық көмекті қамтамасыз ету;
- төтенше жағдайлар кезінде құқық қорғау органдарымен және ТЖ қызметтерімен байланыс және өзара іс-қимыл жасау;

- апатты жағдайларға және жаппай құрбан болғандарға дайындықты қамтамасыз ету.

Бекітілген Қағидаларға сәйкес, пациент қабылдау бөлімшесіне шұғыл түрде түскен кезде медициналық сұрыптау жүргізіледі, оның барысында пациенттер 3 топқа бөлінеді:

- бірінші топ (қызыл аймақ) - жағдайы өмірге тікелей қауіп төндіретін немесе нашарлау қаупі жоғары және шұғыл медициналық көмекті қажет ететін пациенттер;
- екінші топ (сары аймақ) - жағдайы денсаулыққа ықтимал қауіп төндіретін немесе шұғыл медициналық көмекті қажет ететін жағдайдың дамуымен ілгерілеуі мүмкін пациенттер;
- үшінші топ (жасыл аймақ) - жағдайы өмір мен денсаулыққа тікелей қауіп төндірмейтін және ауруханаға жатқызуды қажет етпейтін пациенттер.

Триаж жүйесін енгізу келесі нәтижелерге қол жеткізді:

- пациенттерді бейіні бойынша емес (хирургиялық, терапевтік, травматологиялық, гинекологиялық және т. б.), бірақ жай-күйінің ауырлығы бойынша сұрыптау;
- бөлімшелердің аумақтық тұтастығы есебінен жай-күй бейіндерінің кең ауқымы бойынша шұғыл медициналық көмек көрсету;
- шұғыл патологиялық жағдайларды диагностикалаудың тәулік бойы қолжетімділігін қамтамасыз ету.

Қабылдау бөлімшелерінің жаңа форматын енгізу нәтижесінде пациенттің шұғыл медициналық көмекті күту уақыты қысқарды. Енгізілгенге дейін пациенттің шұғыл медициналық көмекті күту уақыты 39,1 минутты құрады. Енгізілгеннен кейін:

- қызыл аймақтағы пациенттерге медициналық көмек дереу көрсетіледі;
- сары аймақтағы науқастарға - 15 минутқа дейін;
- жасыл аймақтағы пациенттерге - 30 минутқа дейін.

Осылайша, пациенттер жағдайдың бейініне және ауырлығына қарамастан тәулік бойы шұғыл медициналық көмек ала алады.

3.1.4 Медициналық-санитариялық алғашқы көмек

Денсаулық сақтауды дамытудың мемлекеттік бағдарламалары шеңберінде МСАК-ты дамыту ерқашан басым бағытқа ие болды.

2012-2023 жылдары республикада жалпы дәрігерлік практика институты едәуір нығайтылды, созылмалы инфекциялық емес ауруларды динамикалық байқау, аурулардың ерте түрлерін анықтау, медициналық оңалту және паллиативтік көмек көрсету үшін халықты профилактикалық қарап-тексеру қағидалары әзірленді және енгізілді.

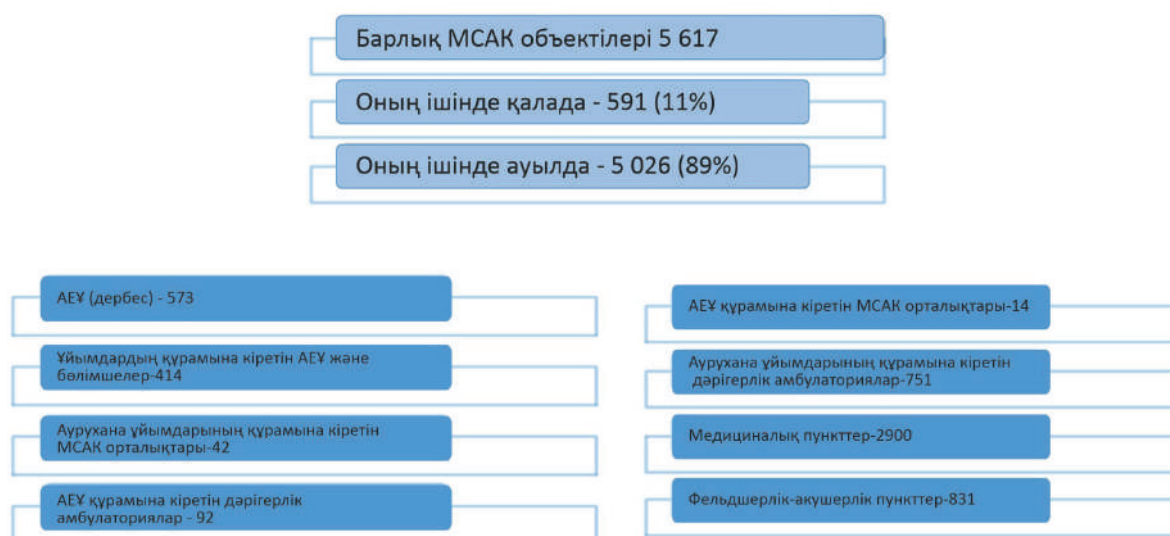
МСАК ұйымдары қызметінің негізі жалпы практика дәрігері бастаған отбасылық медицина қағидаты болды. Бұл мақсаттар «Саламатты Қазақстан 2014-2015», «Денсаулық 2016-2019»

мемлекеттік бағдарламаларында көрініс тапты, онда МСАК-ты емханалардың консультациялық-диагностикалық блогынан шығару бойынша кезең-кезеңмен қадамдар айқындалды, осылайша оларға толық дербестік берілді. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды дамытудың 2026 жылға дейінгі тұжырымдамасы жүргізілген жұмыстың сабақтастығы қағидаттарын қамтиды және МСАК-ты қоса алғанда, медициналық көмекті ұйымдастыруды жетілдіру жөніндегі одан арғы қадамдарды айқындайды. Сонымен бір мезгілде МСАК-ты қаржыландыруды кезең-кезеңімен ұлғайту жүргізілді, ол қазіргі уақытта денсаулық сақтауға жұмсалатын жалпы шығыстардың 55%-ын құрайды. Мемлекет басшысының тапсырмасына сәйкес, МСАК-қа қаражат бөлу 2025 жылға қарай саланы жалпы қаржыландырудың 60%-ын құрауы тиіс.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды дамытудың 2026 жылға дейінгі тұжырымдамасы мыналарды көздейді:

- шалғай өңірлерді фельдшерлік-акушерлік пункттермен және дәрігерлік амбулаториялармен қамтамасыз ету жолымен МСАК-ты әлеуметтік бағдарлауға және ауылдардағы қызметті күшейтуге одан әрі көшіру, көлік медицинасын күшейту;
- қашықтықтан қызмет көрсетуді дамыту;
- қазіргі заманғы ірі ауруханаларды салу және жаңғырту, медициналық ұйымдардың, оның ішінде университеттік клиникалардың, сондай-ақ инфекциялық стационарлардың инфрақұрылымын жаңарту;
- мемлекеттік және жеке бастамалар шеңберінде ауруларды диагностикалау мен емдеудің жаңа және инновациялық технологияларын трансферттеу және енгізу;
- әйелдер мен балалардың денсаулығын жақсарту;
- саланың негізгі бағыттары бойынша әдіснамалық орталықтарды дамыту;
- бірыңғай цифрлық денсаулық сақтау кеңістігін дамыту;
- МСАК жеке жеке практикасын дамыту (отбасылық дәрігер);
- ТМҚКК және МӘМС шеңберінде қызметтер пакеттеріне диагностиканың, емдеудің жаңа әдістерін енгізу туралы шешім қабылдау үшін медициналық технологияларды бағалауды жүргізу;
- дәлелді медицинаға және медициналық көмек сапасының нақты қызметке тән объективті индикаторларына негізделген бейінді клиникалық қызметтердің үйлестіру кеңестерінің жұмысын күшейту.

2022 жылғы 1 қаңтардағы ахуал бойынша МСАК ұйымдарының инфрақұрылымына амбулаториялық-емханалық қызмет көрсетудің дербес ұйымдары (АЕҰ), аурухана ұйымдары құрамындағы МСАК орталықтары, дәрігерлік амбулаториялар, фельдшерлік-акушерлік және медициналық пункттер кіреді.



66-СУРЕТ - МСАК КӨРСЕТЕТІН ҰЙЫМДАРДЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫ

МСАК ұйымдары дербес орталықтар ретінде де, амбулаториялық және емханалық қызметтер көрсететін көп бейінді медициналық ұйымдардың (АЕҰ) құрамында да жұмыс істейді. МСАК жеткізушілерінің арасында мемлекеттік (57%) және жеке (43%) ұйымдар бар.

Отбасылық қызмет көрсету принципіне көшудің нәтижесі жалпы практика дәрігерлерін (ЖПД) даярлау болды, сондықтан 2017-2022 жылдар аралығында ЖПД учаскелерінің саны 2 есеге өсті (67-сурет).



67-СУРЕТ - 2017-2022 ЖЫЛДАРДАҒЫ УЧАСКЕЛІК ҚЫЗМЕТТІҢ ДӘРІГЕРЛІК ҚАБЫЛДАУ ҚҰРЫЛЫМЫНЫҢ ӨЗГЕРУ ДИНАМИКАСЫ

Қала мен ауылда тіркелген халық саны тиісінше 12 209 302 және 7 557 505 адамды құрайды. Нормативтік-құқықтық базаны жетілдіру 2018-2022 жылдар кезеңінде бекітілген халықты 1 учаскеге 1903-тен 1818-ге дейін төмендетуді қамтамасыз етті. Учаскелер саны 25,4%-ға ұлғайтылды, бұл учаскелік дәрігерге жүктемені азайтты - орташа есеппен 1 ЖПД-ға 1818 адам (68-сурет).



68-СУРЕТ - БІР ЖПД-ҒА ЖҮКТЕМЕ ДИНАМИКАСЫ

МСАК ұйымдары емдеу-диагностикалық және профилактикалық іс-шараларды жүзеге асырады, өз құрамында учаскелік қызметі; әлеуметтік-психологиялық қолдау бөлімшесі/кабинеті; пациентті қолдау қызметі болады. МСАК ұйымдары қызметінің негізгі бағыттары созылмалы инфекциялық емес аурулары бар пациенттерді динамикалық бақылау, аурулардың ерте түрлерін анықтау үшін халықты профилактикалық скрининг-тексеру, әлеуметтік-психологиялық қолдау болып табылады.

2012-2022 жылдары скринингтік профилактикалық тексерулер, ауруларды басқару бағдарламасы, балалар жасындағы ауруларды интеграцияланған басқару, патронаждың әмбебап прогрессивті моделі сияқты жобалар әзірленіп, іске асырылды. Бұл бағдарламалар халықты медициналық қызметтермен қамтуды едәуір арттыруға мүмкіндік берді және алдын алуға бағытталған азаматтардың жаңа ойлауын қалыптастыруға ықпал етті.

МСАК қызметін реттейтін нормативтік құқықтық актілерге қайта қарау жүргізілді. МСАК көрсету стандартын жетілдіру клиникалық және клиникалық емес мамандардың мультидисциплинарлық командаларының қызметіне баса назар аударып, МСАК-тың физикалық ғана емес, сонымен қатар рухани денсаулықты сақтаудағы рөлін айқындады.

2019-2022 жылдар аралығында МСАК ұйымдарына бару саны 14,4%-ға артты (2019 жылы 72583,2 мыңнан 2022 жылы 83017,8 мыңға дейін), бұл ретте 2021 жылы медициналық ұйымдарға да, үйде де келудің ұлғаюы байқалды. МСАК дәрігерлерінің ауыл тұрғындарына ең көп келу саны 2021 жылы да байқалды - 40157,8 қаралуға (мың) дейін өсті.

2022 жылы ауылдық жерлерде қаралушылар санының 2021 жылы 40157,8-ден 37334,2-ге дейін және үйде 2021 жылы 11741,0-ден 9492,6-ға дейін төмендеуі байқалды. Алайда, 2022 жылы МСАК ұйымдарында дәрігерлерге бару саны өсу үрдісін сақтап отыр, 2019 жылдан бастап бұл көрсеткіш 14,4%-ға өсті (2019 жылы 72583,2 мыңнан 2022 жылы 83017,8 мыңға дейін).

2022 жылғы кезеңде АЕҰ 137,1 млн қызмет көрсетті, оның ішінде басым бөлігі профилактикалық бағыттағы қызметтер (61,7%) (16-кесте).

16-КЕСТЕ-2022 ЖЫЛЫ АЕҰ КӨРСЕТКЕН ҚЫЗМЕТТЕР САНЫ

Өңірлер	Дәрігерлердің келу саны, оның ішінде профилактикалық	Аурулар бойынша пациенттердің келу саны	Дәрігерлердің үйге келу саны
ҚР	84646190	42868160	9609392
Абай	2671971	1418238	324312
Ақмола	3934306	2114107	312512
Ақтөбе	4413060	2345139	374126
Алматы	8221777	4106762	1271927
Атырау	2585757	1228743	392787
ШҚО	2347492	1372290	180972
Жамбыл	5555538	2530231	457704
Жетісу	4270064	1553119	287163
БҚО	3082045	1759291	239942
Қарағанды	4175171	2298894	807306
Қостанай	2966418	1822862	293716
Қызылорда	3827715	1581356	516311
Маңғыстау	2659666	1151438	203769
Павлодар	2320842	1491864	299507
СҚО	1978442	1193900	123953
Түркістан	10959533	4516068	1286920
Ұлытау	527077	258811	77324
Алматы қаласы	9749929	4997165	1149391
Астана қаласы	4958036	3206640	641822
Шымкент қаласы	3441351	1921242	367928

Учаскелік қызмет көрсету қағидаты үш мейіргер, соның ішінде бір кеңейтілген мейіргер жұмыс істейтін жалпы практика дәрігері/терапевт/педиатр көшбасшы екенін білдіреді. Сонымен қатар, МСАК ұйымының штатында әлеуметтік қызметкерлер мен психологтар жұмыс істейді. Клиникалық және клиникалық емес мамандар көпбейінді топтың құрамында

жұмыс істейді, бұл пациенттің қажеттіліктерін ескере отырып, біртұтас тәсілге ықпал етеді. Мультидисциплинарлық командаларды (МДК) құру МСАК көрсетудің негізгі моделі болды, ал олардың қызметі 2020-2021 жылғы COVID-19 пандемиясы кезеңінде айқын көрінді. Учаскелік қызмет әлеуметтік қызметкерлермен және психологтармен бірлесіп, санитариялық-эпидемиологиялық шектеулер кезінде азаматтардың психикалық денсаулығын сақтауға елеулі үлес қосты, үйде созылмалы аурулары бар пациенттерге динамикалық бақылау жүргізді, сондай-ақ қашықтықтан қызмет көрсету көлемі айтарлықтай өсті.

Созылмалы инфекциялық емес аурулары бар пациенттерді динамикалық бақылау үш нозология бойынша ауруларды басқару бағдарламасын (АББ) жүргізу арқылы күшейтілді: артериялық гипертензия, 2 типті қант диабеті, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі. АББ бойынша жұмысты мультидисциплинарлық команда да жүзеге асырады, онда емдеу-диагностикалық қызметтерден басқа әлеуметтік және психологиялық қолдау көрсетеді. Бұл тәсіл пациенттің қажеттіліктерін жеке анықтай отырып, пациенттің денсаулығын басқаруға үйрете отырып, оны басқарудың тұтастығын қамтамасыз етеді. АББ жүргізу кезінде байқалған нозологиялар бойынша шұғыл госпитализацияның 5-9% - ға төмендеуі байқалады.

Көрсетілетін қызметтердің сапасын арттыру бойынша жұмыс жалғасуда, үздік практикалар орталықтарын (ҮПО) – аурулардың, оның ішінде онкологиялық аурулардың ерте сатыларын анықтау, медициналық сауаттылықты және халықтың өз денсаулығы үшін жауапкершілігін арттыру бойынша үдерістері күшейтілген ұйымдарды одан әрі құру бойынша ұсынымдар жеке бөлінді. Қазіргі уақытта 17 ҮПО жұмыс істейді, 2024 жылға қарай ҮПО саны 48 объектіге дейін ұлғаяды деп жоспарлануда.

Мультидисциплинарлық командалар ҮПО-да белсенді жұмыс жүргізуде, халықтың психикалық денсаулығына айтарлықтай көңіл бөлінеді. Ауруларды басқару бағдарламасы және патронаждың әмбебап прогрессивті моделі бойынша қызмет көрсетуден басқа, орталық процессорда әлеуметтік-психологиялық қолдау қызметі, сондай-ақ оқу-тренинг орталықтары жұмыс істейді. Балалар мен жасөспірімдерге ерекше назар аударылады, ол үшін орталық орталықта жастардың психологиялық және репродуктивтік денсаулығын сақтау және нығайту бойынша қызмет көрсететін Жастар денсаулық орталықтары жұмыс істейді. 2019-2022 жылдар кезеңінде денсаулық орталықтарының саны 191-ге дейін өсті, оның 124-і қалаларда, 67-сі ауылдық жерлерде. Аталған кезеңде жастар денсаулық орталықтарындағы қызметтер саны 3 есеге артып, 728 мыңға жетті.

Елдің географиялық ерекшеліктерін ескере отырып, қала мен ауыл арасында МСАК қызметтерінің біркелкі бөлінбеуі байқалады. Мәселен, қалалардағы МСАК ұйымдарының саны – 1132 объектіні құрайды, онда тіркелген халықтың саны орта есеппен 10 мыңнан 100 мың адамға дейін және ауылдағы 5022 объектіге, онда орта есеппен 1505 адамға қызмет көрсетіледі. Сонымен қатар, ауылдағы медициналық ұйымға дейінгі қашықтық әрдайым медициналық қызметтердің «қадамдық қолжетімділігі» қағидатын сақтауға мүмкіндік бермейді. Медициналық қызметтерге тең қолжетімділікті қамтамасыз ету үшін «Ауылдық денсаулық сақтауды жаңғырту» пилоттық ұлттық жобасы қабылданды, оның шеңберінде қосымша 655 МСАК объектісі іске қосылады және 32 көп бейінді аудандық орталық аурухана жаңғыртылады.

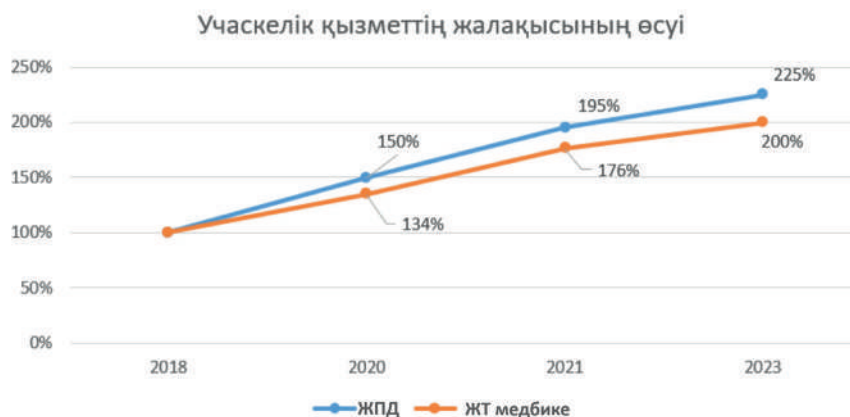


Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесін (МӘМС) енгізу МСАК қызметін қаржыландыруды 1,5 есеге арттыруға мүмкіндік берді. Қазіргі уақытта МӘМС шеңберінде мамандандырылған медициналық көмек қызметтеріне ақы төлеу үшін қаражат бөлінуде. Қаржыландыру динамикасы суретте көрсетілген.



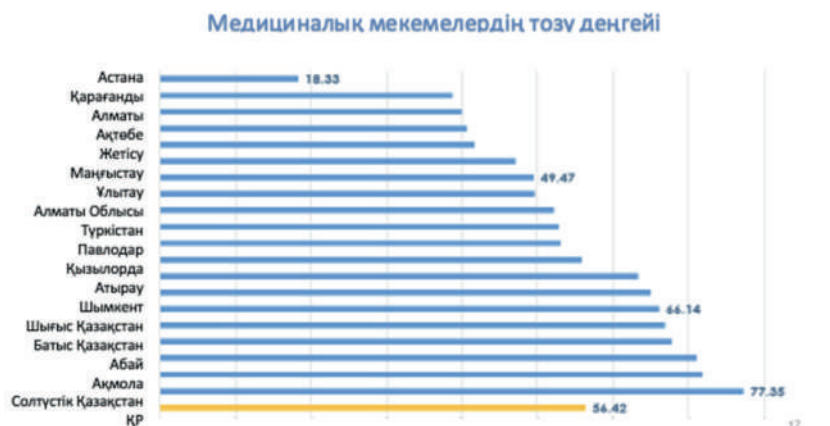
70-СУРЕТ - МСАК ШЫҒЫСТАРЫНЫҢ ДИНАМИКАСЫ

МСАК қызметкерлерінің жалақысының өсуі, оның ішінде көтермелеу жүйесі есебінен байқалады. Қазіргі уақытта есептеу жүйесі жұмыс істейді – жан басына шаққандағы нормативтің ынталандырушы компоненті, ол процесс индикаторлары (21) және нәтиже индикаторлары (7) бойынша есептеледі.



71-СУРЕТ - УЧАСКЕЛІК ҚЫЗМЕТ ЖАЛАҚЫСЫНЫҢ ӨСУ ДИНАМИКАСЫ

МСАК қызметі үшін СҚО-да ең айқын тозу коэффициенті бар республика бойынша 56,4 коэффициентін құрайтын және Астана қаласы бойынша ең аз ғимараттардың тозған қоры сын-тегеуріндердің бірі болып қала береді (72 - сурет).



72-СУРЕТ – МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАР ҒИМАРАТТАРЫНЫҢ ТОЗУ КОЭФФИЦИЕНТТЕРІ

Проблеманы шешу үшін келесі іс-шаралар өткізіледі:

- «Республикалық және облыстық бюджеттер, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың 2023-2025 жылдарға арналған бюджеттері арасындағы жалпы сипаттағы трансферттердің көлемі туралы» 2022 жылғы 01 желтоқсандағы заңға сәйкес өңірлерге – УДЗ аппараттарына, флюорографтарға, ЛОР-комбайндарға, тәуліктік мониторинг кешендеріне жабдықтар сатып алуға қаражат бөлінді;
- 2022 жылғы 30 қарашадағы «Ауылдық денсаулық сақтауды жаңғырту» ұлттық жобасына сәйкес 32 көпбейінді аудандық аурухананы жарақтандыру жұмыстары жүргізілуде;
- 2023 жылғы 09 ақпандағы ҚР-дағы 2023-2027 жылдарға арналған онкологиялық аурулармен күрес жөніндегі кешенді жоспарға сәйкес емханаларды маммографтармен және бейнеэндоскопиялық жабдықтармен жарақтандыру үшін қаражат бөлінді.

Бұдан басқа, «Ауылдық денсаулық сақтауды жаңғырту» ұлттық жобасы шеңберінде 655 ауылдық елді мекенге арналған медициналық ұйымдардың ғимараттары тұрғызылатын болады.

МСАК және консультациялық-диагностикалық қызмет (ҚДҚ) қызметтерінің қала және ауыл тұрғындары арасында біркелкі бөлінбеуі тағы бір сын-тегеурін болып қала береді (17-кесте).

17-КЕСТЕ – МСАК ЖӘНЕ ҚДҚ ҚЫЗМЕТТЕРІН ҚАЛА ЖӘНЕ АУЫЛ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ АРАСЫНДА БӨЛУ

2022 ЖЫЛ	ХАЛЫҚ САНЫ	МСАК КӨРСЕТЕТІН ҰЙЫМДАРДЫҢ (БӨЛІМШЕЛЕРДІҢ) САНЫ	МСАК ҰЙЫМДАРЫНЫҢ ТЫҒЫЗДЫҒЫ (100 МЫҢ ТҰРҒЫНҒА)	ҚДҚ КӨРСЕТЕТІН ҰЙЫМДАРДЫҢ (БӨЛІМШЕЛЕРДІҢ) САНЫ	ҚДҚ ҰЙЫМДАРЫНЫҢ ТЫҒЫЗДЫҒЫ (100 МЫҢ ТҰРҒЫНҒА)
ҚАЛА	12 209 302	591	4,84	1 163	9,5
АУЫЛ	7 557 505	5 026	66,5	183	2,4

Теңсіздік ауыл тұрғындарына ҚДҚ көрсететін бейінді мамандардың тұрақты тапшылығына байланысты. Жалпы, МСАК қызметі бойынша кадрлар тапшылығы жыл сайын 3% - ға артып келеді.

Қазақстанның географиялық және демографиялық ерекшеліктерін ескере отырып, медициналық көмектің қолжетімділігін күшейту үшін жылжымалы медициналық кешендер (ЖМК), медициналық пойыз, санитариялық авиация қызметі ұсынатын мобилдік қызмет жұмыс істейді. Шалғайдағы ауылдық аудандарға консультациялық-диагностикалық көмек жеткізу үшін 2022 жылы ЖМК 1 889 елді мекенді қамтыды.

Сонымен қатар, қашықтықтан қызмет көрсету бойынша нормативтік-құқықтық база жетілдірілді, олардың саны айтарлықтай өсті (4,7 есе) (73-сурет).



Қорытындылар мен ұсынымдар

Мемлекеттік бағдарламалар шеңберінде жүйеде жүргізілген реформаларды талдау көрсеткендей, МСАК әрдайым назарда болды және барлық реформаларда өзгерістер дәл осы қызметке қатысты болды.

Алайда, барлық өзгерістерге қарамастан, МСАК халыққа медициналық көмек көрсетудің орталық буыны бола алмады, бұған бірқатар субъективті және объективті себептер кедергі келтірді.

Қызметті қаржыландырудың ұдайы ұлғаюына қарамастан, стационарлық сектормен салыстырғанда МСАК үлесі әлі де төмен болып отыр және медицинаға жұмсалатын жалпы шығыстардың 60% -ында регламенттелген сандарға ешқашан қол жеткізілген жоқ.

Осы және басқа мәселелер әлі де қымбат стационарлық көмектен амбулаториялық көмекке баса назар аударуға мүмкіндік бермейді.

Қазақстан осы сектордағы бәсекелестікті дамыту бағытында елеулі қадам жасады және бүгінде МСАК-ты жеке жеткізушілердің үлесі мемлекеттік сектордан едәуір жоғары.

Тарифтік саясаттың өзгеруіне және МӘМС жүйесін енгізуге байланысты амбулаториялық қызметтердің көптеген түрлері, әсіресе КТ, МРТ, ПЭТ және басқа да қымбат түрлерді алу бөлігінде халыққа әлдеқайда қолжетімді болды.

МЖӘ-нің дамуы көптеген қызмет түрлерін бәсекелестік ортаға беруге мүмкіндік берді, бұл жеке сектордың дамуына күшті серпін берді және зертханалық, стоматологиялық қызметте және мемлекеттік сектордың рөлі іс жүзінде минимумға дейін төмендетілген гемодиализ қызметтерін көрсету секторында айтарлықтай байқалды.

МСАК әлі де одан әрі жетілдіру мен дамытуды қажет етеді. Осыған орай, ауылдық денсаулық сақтауды нығайту бойынша қабылданып жатқан шаралар МСАК дамуының бастапқы кезеңі болуға тиіс.

Алайда, бұл МСАК көрсетудің көптеген тәсілдерін тұжырымдамалық түрде өзгертуді талап етеді, бұл таяу болашақта саланың басты міндеттерінің біріне айналады.

3.1.5 Мамандандырылған және жоғары мамандандырылған медициналық көмек

3.1.5.1 Кардиологиялық және кардиохирургиялық қызметтерді дамыту

Қазақстан Республикасының халқына кардиологиялық және кардиохирургиялық көмекті дамыту отандық денсаулық сақтаудың басым бағыты болып табылады.

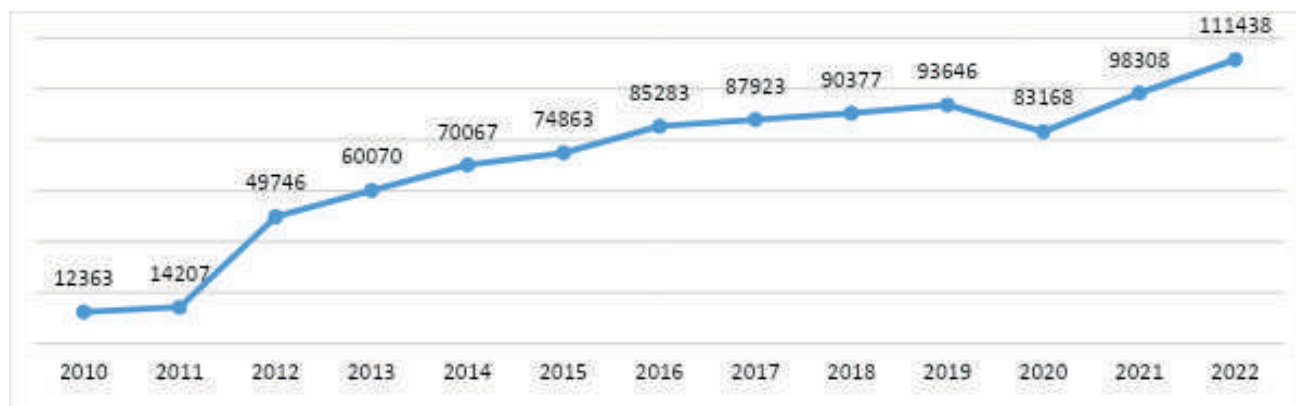
Мәселен, 2006 жылы Қазақстанда кардиохирургиялық көмек тек 3 денсаулық сақтау ұйымында жүзеге асырылды. Қазіргі уақытта елімізде халыққа осындай медициналық қызметтер 34 медициналық ұйымда жүзеге асырылады.

Кардиохирургияны дамыту жөніндегі мемлекеттік бағдарлама шеңберінде барлық облыс орталықтарында, Астана және Алматы қалаларында кардиохирургия және интервенциялық кардиология бөлімшелері ашылды. Шетелде және Қазақстанда кардиология, кардиохирургия, кардиореаниматология, интервенциялық кардиология бағыттары бойынша мамандар даярлаудан өтті. Астана қаласында 200 төсектік жаңа кардиохирургиялық орталық ашылды.

Денсаулық сақтауды дамыту бойынша бірқатар шаралардың арқасында отандық кардиохирургиялық қызмет қарқынды дамыды. Егер 1999 жылы елде жылына 100-ден көп емес ашық жүрек операциясы жасалса, 2022 жылы бұл көрсеткіш 10 000-нан астам ашық жүрек операциясы деңгейіне жетті.

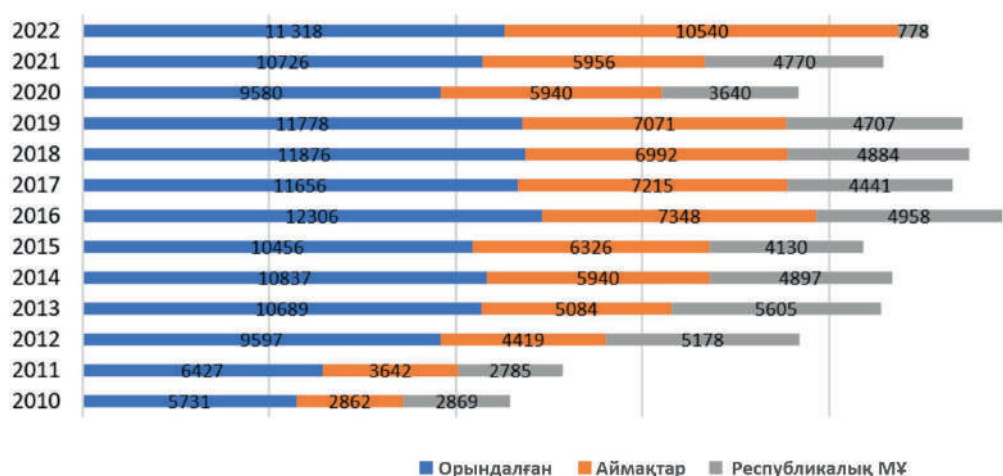
Қазақстан кардиохирургияны дамыту деңгейі бойынша үздік 30 елдің қатарына кіреді

2010-2022 жылдары жалпы Қазақстан Республикасы бойынша 931 459 кардиохирургиялық операциялар және интервенциялық араласулар жүргізілді, ал 2010-2019 жылдармен салыстырғанда кардиохирургиялық операциялар санының динамикасы 10 еседен астам, 12 363-тен (2010ж.) 141 438-ге (2022ж.) дейін ұлғайды (72-сурет).



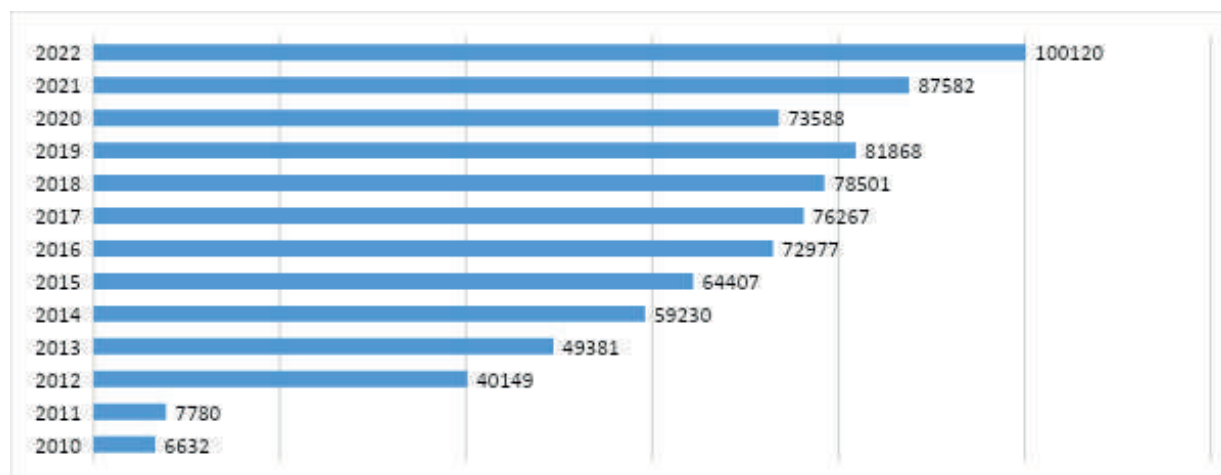
74-СУРЕТ - КАРДИОХИРУРГИЯЛЫҚ ОПЕРАЦИЯЛАР МЕН ИНТЕРВЕНЦИЯЛЫҚ АРАЛАСУЛАРДЫҢ ДИНАМИКАСЫ

Соңғы 13 жылда Қазақстан Республикасы бойынша 163 637 ашық жүрек операциясы жүргізілді, оның ішінде республикалық медициналық ұйымдарда 53 642 операция немесе барлық операциялардың жалпы санының 40,3%-ы, өңірлерде-79 335 операция немесе операциялардың жалпы санының 59,7% - ы жүргізілді. 2010 жылдан 2022 жылға дейін ашық жүрекке жасалатын операциялар санының динамикасы 2 есеге, 5 731-ден 11 318-ге дейін өсті (75-сурет).



75-СУРЕТ - АШЫҚ ЖҮРЕККЕ ЖАСАЛАТЫН ОПЕРАЦИЯЛАРДЫҢ САНЫ

2010-2022 жылдары Қазақстан Республикасында интервенциялық араласулар саны 798 482 операция мен зерттеуді құрады. Интервенциялық араласудың 15,1 есе өсуі байқалады, 2010 жылы 6632-ден 2022 жылы 100 120-ға дейін (76-сурет).



76-СУРЕТ - ИНТЕРВЕНЦИЯЛЫҚ АРАЛАСУЛАРДЫҢ САНЫ

2023 жылғы 01 қаңтардағы жағдай бойынша Қазақстан Республикасы бойынша 42 жұмыс істеп тұрған ТКА орталықтары, оның ішінде 22-і ІІ деңгейдегі орталық, 20-ы ІІІ деңгейдегі орталық.

Қазіргі уақытта ТКА орталықтарын ангиографиялық қондырғылармен (республикалық және өңірлік деңгейлерде) жарақтандыру саны 89 орталықты құрайды, оның 18 - і-республикалық және 71 өңірлік.

Балалар кардиохирургиясы

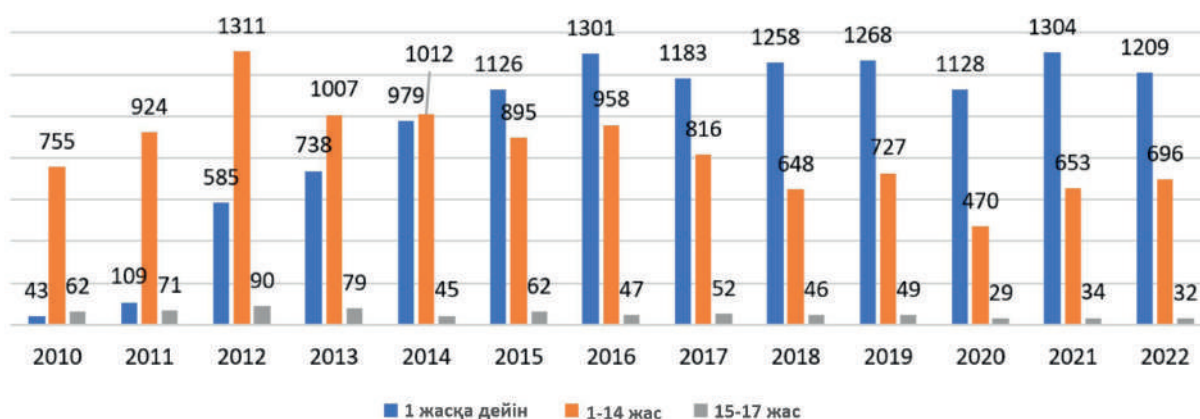
Балалар кардиохирургиялық қызметінің негізгі міндеті балаларға кардиохирургиялық көмектің қолжетімділігін қамтамасыз ету және халықтың кардиохирургиялық көмекке қанағаттануын арттыру болып табылады.

Балалар кардиохирургиясының дамуы әсіресе ауыр жүрек ақаулары бар балалардың өмір сүру мүмкіндігін арттырады. Жаңа туған нәрестенің өмірін мүмкіндігінше қысқа мерзімде сақтауға мүмкіндік бар. Әдетте, сәтті операциядан кейін белгілі бір жүрек ауруынан зардап шегетін балалардың 90%-ы сауығып, іс жүзінде сау болады.

2004-2015 жылдар аралығында ҚР-да балалар кардиохирургиясы қарқынды дамыды. 2000 жылдардың басында ҚР-да балалардың арасында жүрекке операция жасау қажеттілігі өте жоғары болды, бұл балалар кардиохирургиялық көмек көрсететін көптеген орталықтар мен бөлімшелердің пайда болуына әкелді. ҚР-да балаларға кардиохирургиялық көмекті 13 медициналық ұйым көрсетеді, оның ішінде 142 балалар кардиохирургиялық төсегі, оның ішінде 71 төсегі орналастырылған 4 республикалық ұйымда көрсетіледі.

Әлемдік статистика деректері бойынша 1000 тірі туған балаға туа біткен жүрек кемістігі (бұдан әрі - ТЖК) бар 6-8 (орта есеппен 7) баладан туады. ТЖК кезінде 33-тен 50%-ға дейін сыни болып табылады және өмірдің бірінші жылында хирургиялық емдеуді қажет етеді. Оның 50% - ы жаңа туған кезеңде ота жасатылуы тиіс. Жыл сайын ҚР-да ТЖК бар 3500-ге жуық бала туады.

2022 жылы ТЖК жанындағы балаларға 1937 ашық жүрекке операция жасалды, бұл 2010 жылғы деңгейден 2,2 есе көп (2010ж.-860) (77-сурет.)



77-СУРЕТ - ЖАС ТОПТАРЫ БӨЛІНІСІНДЕ ТЖК КЕЗІНДЕГІ БАЛАЛАРҒА ЖАСАЛАТЫН ОПЕРАЦИЯЛАРДЫҢ САНЫ

Скринингтік тексеруге жататын пациенттерді қарау жоспарын жыл сайын орындау кезінде өткен жылдармен салыстырғанда 2022 жылы 11,9%-ға ұлғаю байқалады. «Д» есебіне алынғандар санының өсуі 85,9%-дан 87,5%-ға дейін өсті (18-кесте).

18-КЕСТЕ - ТЖК СКРИНИНГТІК ТЕКСЕРУЛЕР

ЖЫЛ	ҚАРАЛУҒА ТИІСТІ	ҚАРАЛДЫ	%	АНЫҚТАЛДЫ	%	«Д» ЕСЕПКЕ АЛЫНДЫ	%
2015	1 493 185	1 500 235	100,5	111 094	7,4	104 800	94,3
2016	1 450 971	1 458 506	100,5	106 129	7,3	100 333	94,5
2017	1 472 820	1 482 203	100,6	98 121	6,6	93 152	94,9
2018	1 639 973	1 652 544	100,8	95 196	5,8	89 102	93,6
2019	1 646 191	1 641 226	99,7	107 545	6,5	83320	77,5
2020	1 630 015	1 526 856	93,67	65 693	4,3	57 389	87,36
2021	1 544 518	1 355 766	87,8	66 949	4,9	57 536	85,9
2022	1 444 786	1 420 855	98,3	77 479	5,5	67 759	87,5

«Ұлттық ғылыми кардиохирургиялық орталық» КеАҚ (бұдан әрі - ҰҒКО) медициналық қызмет көрсету сапасы мен деңгейінің әлемдік стандарттарына сәйкес келетін Орталық Азия өңіріндегі жетекші кардиохирургиялық клиника болып табылады.

2014 жылы ҰҒКО сапаның «алтын стандарты» болып саналатын және медициналық және әкімшілік стандарттар бойынша халықаралық деңгейге сәйкестігін растайтын Joint Commission International халықаралық аккредиттеуден сәтті өтті. 2021 жылдың наурызында ҰҒКО JCI стандарттарына сәйкестігіне қайта кредиттеуден өтті. Joint Commission International (JCI) практикалық қызметі медициналық ұйымдарды аккредиттеумен шектелмейді, бұл ұйым сонымен қатар клиникалық бағдарламаларды сертификаттау бағдарламасы (Clinical Care program Certification немесе ССРС) арқылы белгілі бір ауруларға немесе қызметтерге тән сертификаттарды ұсынады. ҰҒКО «Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі» және «VAD имплантаттауы» бағдарламалары бойынша КСРО сертификатынан өтті.

Астанада орталықтың ашылуымен және шетелдіктер үшін JCI халықаралық аккредиттеуден өтуімен Қазақстанда халықаралық стандарттар бойынша кардиохирургиялық медициналық қызметтерді алуға мүмкіндік туды. 2012 жылдан бастап Қырғызстан, Өзбекстан, Тәжікстан, Әзірбайжан, Түрікменстан, Түркия, Ресей, АҚШ, Үндістан, Украина, Болгария, Армения, Эстония, Беларусь, Моңғолия және т. б. сияқты алыс және жақын шетелдерден барлығы 479 шетелдік пациент емделді.

Орталық ашылған сәттен бастап 2022 жылға дейін ҚР ДСМ медициналық қызметтердің сапасы жөніндегі бірлескен комиссиясы мақұлдаған 23 жаңа технология бойынша 6125 операция жүргізілді.

Отандық кардиохирургияның жетістігі Орталықтың базасында 2012 жылғы «8» тамызда орындалған ҚЖА бағ пациентке Орталық Азия өңірінде донорлық жүректі алғашқы трансплантаттау болды.

2012 жылдан 2022 жылға дейін Орталықта 86 ті трансплантаттау жасалды.

2016 жылдың қыркүйегінде өкпені трансплантаттау бойынша алғашқы бірегей операция сәтті орындалды. 2012 жылдан 2022 жылға дейін өкпені трансплантаттаудың саны 17 болды. Орталық Қазақстан мен Орталық Азиядағы жүрек пен өкпені трансплантаттауды орындайтын жалғыз клиника болып табылады.

Республикада тұңғыш рет ҰҒКО базасында ауыр созылмалы жүрек жеткіліксіздігі (СЖЖ) бар пациенттерді емдеу үшін бірегей жоғары технологиялық кардиохирургиялық операция енгізілді: «Қан айналымын ұзақ механикалық қолдау құрылғысын – жүректің жасанды сол жақ қарыншасын имплантаттау» («Heart Mate III» типі). 2012 жылдан 2022 жылға дейін ҰҒКО-ға 460 ұқсас құрылғы имплантатталды.

ҰҒКО қатысатын бірегей халықаралық көп орталықты зерттеу Carmat толық жасанды жүрегіні имплантаттау болып табылады.

Толығымен жасанды жүрек алғаш рет халықаралық деңгейде 2017 жылғы «19» қазанда ҰҒКО негізінде имплантатталды.

Carimate клиникалық зерттеуінің шеңберінде одан әрі жүректі трансплантаттауды жүзеге асырумен 3 толық жасанды жүректі имплантаттау жүргізілді.

2018 жылы әлемде тұңғыш рет ҰҒКО базасында қазақстандық кардиохирургтар тобы Чехия, Израиль, Италия және АҚШ әріптестерімен Leviticus Cardio CET & Jarvik құрылғыларының көмегімен толық имплантатталатын жүректі қолдау жүйесінің бірегей операциясын сәтті өткізді. Бұл жаңалық жүректі трансплантаттауға іс жүзінде эквивалентті технологиялық балама ұсынады.

3.1.5.2 Нейрохирургиялық қызметті дамыту

Қазақстан Республикасында нейрохирургиялық қызмет 1964 жылы Алматы қаласында нейрохирургия кафедрасы ашылған сәттен бастап құрылды. Бүгінгі күні Қазақстанда нейрохирургиялық бейіндегі медициналық көмек 1 мамандандырылған нейрохирургиялық орталықта – «Ұлттық нейрохирургия орталығы» АҚ (бұдан әрі – орталық) және 39 облыстық және қалалық стационарлар базасында 51 бөлімшеде (44 мамандандырылған нейрохирургиялық бөлімше; 2 нейротравматология бөлімшесі және құрамында нейрохирургиялық төсектері бар 5 травматологиялық бөлімшеде) көрсетіледі.

Ұлттық нейрохирургия орталығы 2008 жылы Мемлекет басшысы Н.Ә. Назарбаевтың Астанада «Болашақ госпиталін» қалыптастыру туралы тапсырмасы бойынша құрылды. Қазіргі уақытта Орталық нейрохирургиялық ауруларды емдеу бойынша Орталық Азиядағы жетекші орындардың бірін алады және медициналық инновациялардың флагманы, нейрохирургия саласындағы озық ғылыми және клиникалық орталық болып табылады. Клиниканың сыйымдылығы - 160 төсек. Орталықта 6 клиникалық бөлімше, оның ішінде сыйымдылығы 24 төсек балалар нейрохирургиясы бөлімшесі жұмыс істейді. Клиника республикада теңдесі жоқ заманауи медициналық жабдықтармен жабдықталған, бұл пациент үшін минималды инвазивті нейрохирургиялық операцияларды барынша дәлдікпен және барынша қауіпсіздікпен жүргізуге мүмкіндік береді. Орталық жоғары кадрлық әлеуетке ие, мамандардың көпшілігі АҚШ, Италия, Швейцария, Австрия, Германия, Израиль және Ресейдің үздік шетелдік клиникаларында оқыған өз саласының мамандары болып табылады.

Жұмыс барысында орталық қабырғасында 57 мыңнан астам пациент емделді, нейрохирургиялық патологиясы бар 30 мыңнан астам пациентке операция жасалды, оларға 39 мыңға жуық күрделі, аралас және 2 кезеңдік операция жасалды.

Бұрын Қазақстан мен Орта Азияда қолданылмаған 70 жаңа нейрохирургиялық технология енгізілді. Қазақстанда алғаш рет нейрохирургияның түбегейлі жаңа бөлімдері - микрон нейрохирургия, эндоваскулярлық, эндоскопиялық және функционалдық нейрохирургия енгізілді. Орталық ашылғанға дейін нейрохирургиялық патологиясы бар пациенттердің 80% шетелге емделуге баруға немесе аурудың ауырлығымен келісуге мәжбүр болды.

Осылайша, мидың аневризмалары мен артериовеноздық ақауларын эндоваскулярлық емдеу игерілді - жабық, ең төмен инвазивті емдеу әдісі, онда патологиялық өзгерген тамырға қан тамырлары арқылы қол жеткізіледі және ақау жабылады, бас сүйегінің трепанациясы қажет емес.

Клиникада нейрохирургиялық патологияларды емдеудің эндоскопиялық әдістері енгізілді және белсенді орындалады, олардың ішінде бас сүйегінің негіздеріне эндоскопиялық трансназалдық транскраниалдық қол жеткізу, нейронавигациялық жүйені, интраоперациялық мониторингті қолдана отырып микрохирургиялық операциялар және басқа әдістер сияқты технологиялар бар. Дәстүрлі нейрохирургиялық операциялармен салыстырғанда эндоскопиялық араласулар жарақаттық емес, асқынулар аз және олардан кейін қалпына келтіру процесі әлдеқайда жылдам.

ТМД-да алғашқылардың бірі болып құрылған сәттен бастап орталық жүкті әйелдерге екі адамның өмірін - ана мен баланы, ми мен жұлынның патологиясымен құтқару үшін бірегей операциялар жүргізетінін айта кету керек.

Дамудың перспективалы бағыттарының бірі функционалды нейрохирургия болып табылады. 2012 жылы Қазақстанда алғаш рет орталықта омыртқа операциясынан кейін ауырсыну синдромдары кезінде жұлынды нейростимуляциялау әдістемесі енгізілді, мидың стереотактикалық биопсиясы жүргізілді. 2013 жылдың мамырында шетелдік әріптестерімен бірге мидың терең стереотактикалық стимуляциясын қолдана отырып, Паркинсон ауруы кезінде алғашқы операциялар жасалды. Экстрапирамидалық патологиясы бар пациенттерге неғұрлым сапалы медициналық қызмет көрсету мақсатында Қазақстанның түкпір-түкпірінен пациенттер тексеріліп, емделетін қозғалыс бұзылыстары кабинеті ашылды. Эпилепсияны хирургиялық емдеудің заманауи әдістері игерілді.

Ұлттық нейрохирургия орталығының жұмысындағы тағы бір маңызды бағыт – омыртқа мен жұлын ауруларын хирургиялық емдеу. Мамандандырылған бөлімде үмітсіз науқастарды аяғына көтеруге мүмкіндік беретін омыртқадағы заманауи реконструктивті операциялар игерілді.

Ғылыми-техникалық жоба шеңберінде әлемде алғаш рет Орталық өнеркәсіптік 3D принтерде 3D принтерді қолдана отырып, 4 бірегей операция жүргізді. Пациенттерге манипуляция жүргізу кезінде жұлынның анатомиялық және функционалдық маңызды құрылымдарын компримациялық әсерсіз сақтай отырып, толық спондилэктомиадан кейін қажетті омыртқа сегментіне имплантаттар орнатылды.

Балалар нейрохирургиясы бөлімшесінде жаңа туған нәрестелердегі ми патологиясын хирургиялық емдеу жүргізіледі, бұл ретте эндоскопиялық операцияларға артықшылық беріледі. Балалар нейрохирургтары қолданатын бірегей ең аз инвазивті операциялық технологиялар, сондай-ақ анестезиология және қарқынды терапия саласындағы жетістіктер хирургиялық араласудың көрсеткіштерін кеңейтуге және балалар нейрохирургиясындағы операциялық қауіп дерді азайтуға мүмкіндік береді.

Орталықта кешенді оңалту бағдарламасы жүргізіледі және нейрохирургиялық патологиясы бар науқастарды физикалық, психологиялық және әлеуметтік оңалтуды жүзеге асырады.

Медициналық көмек еліміздің азаматтарына ғана емес, шетелдік пациенттерге де көрсетіледі. Жұмыс істеу барысында орталықта 300-ден астам шетелдік пациент емделді. Бұл Ресей, Тәжікстан, Қырғызстан, Өзбекстан, Түркия, Әзірбайжан, Албания, Украина, Грузия, Германия, АҚШ, Ұлыбритания, Франция, Нигерия, Канада, Беларусь, Косова, Ямайка, Гвинея, Италия, Қытай, Ливия, Бразилия, Сингапур, Ирландия, Австралия, Египет, Ингушетия, Қарақалпақстан және басқалар. Мұның бәрі Мемлекет басшысының тапсырмасы шеңберінде ел астанасында медициналық туризмді дамытудың басталуы мен жоғары сенім деңгейі туралы айтады.

Орталық үнемі көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасын жақсартуға ұмтылады. Бұған пациенттерге қызмет көрсету сапасы үшін «Еуропалық Гран - При» (2012 ж.), «Қызмет көрсететін үздік кәсіпорын» номинациясы бойынша (2013 ж.) «Алтын сапа-2013» республикалық сыйлығы, «Қазақстан Республикасында нейрохирургиялық патологияны емдеудің жоғары технологиялық инновациялық әдістерін дамыту» жұмыс циклі үшін ҚР Ғылым және техника саласындағы мемлекеттік сыйлығы (2013 ж.), сапаны 3 рет халықаралық аккредиттеу және JCI халықаралық біріккен комиссиясының сертификатын алу (2013 2016 ж., 2019 ж.), Қазақстан Республикасының 2 дүркін ұлттық аккредиттеуі (2014 ж., 2018 ж.), институционалдық аккредиттеу және «Нейрохирургия, оның ішінде балалар» және «Невропатология, оның ішінде балалар» мамандықтары бойынша мамандандырылған аккредиттеу (2016 ж.), дәрілік заттардың клиникалық зерттеулерін жүргізу және медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың клиникалық зерттеулерінің биоэквиваленттілігін зерттеу үшін дәрілік заттар айналымы саласындағы тиісті фармацевтикалық практикалардың талаптарына сәйкестігіне GCP сертификаты (2018 ж.), сондай-ақ Астана қаласының дамуы мен өркендеуіне қосқан зор үлесі үшін (2018 ж.) «Астана жұлдызы» марапаты сияқты көптеген халықаралық, республикалық наградалар мен сыйлықтар дәлел болып табылады.

Сонымен қатар, емдеу процестерін жақсарту мақсатында келесі жұмыстар жүргізілді:

1) дәрігерлердің практикалық дағдыларын арттыруға мүмкіндік беретін 2 тренинг сыныбы жұмыс істейтін тренинг орталығы ашылды;

2) қан тобы мен резус-факторды анықтау орталықтандырылды;

3) дәрілік заттарды пайдалану сапасы мен қауіпсіздігін жақсарту үшін госпитальдық фармация бөлімі құрылды;

4) AWAKE анестезиясы сақталған санада ми ісіктерін жою үшін қолданылады;

5) операциядан кейінгі ауыр асқынулардың (парездер, параличтер) пайда болуын болдырмауға, сол арқылы операциядан кейінгі кезеңде мүгедектік көрсеткіштерін төмендетуге мүмкіндік беретін интраоперациялық нейрофизиологиялық мониторингті қолдану дамуы.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің тапсырмасына сәйкес Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық»

мемлекеттік бағдарламасының іс-шаралар жоспарын іске асыру шеңберінде орталық базасында инсульт проблемалары жөніндегі республикалық үйлестіру орталығы ашылды. Бұл орталық бүкіл республика бойынша Үйлестіру, консультативтік, әдістемелік және білім беру орталығы болып табылады, оның мақсаты инсульттан болатын өлімді азайту, инсультпен ауыратын науқастарға медициналық көмек көрсету сапасын жақсарту, мүгедектіктің алдын алу, сондай-ақ инсульт кезінде науқастарға медициналық көмек көрсетудің интеграцияланған моделін енгізу болып табылады.

Клиникалық жұмыстан басқа, Ұлттық нейрохирургия орталығы практикалық, білім беру және ғылыми қызметті біріктірді. Осы үш компонентті біріктіру медицинаның басым салаларында жоғары технологиялық қызметтердің толық циклін ұсыну үшін жағдай жасау бойынша Орталықтың алдына қойылған міндетті барынша тиімді шешуге мүмкіндік береді.

Акционерлік Қоғамның Директорлар кеңесінің шешімімен (28.12.2018 ж., № 8), Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің келісімімен (23.11.2018 ж. № 06-2-9/26069) Орталықтың базасында қызметі резиденттер мен курсанттарды даярлауды қамтитын нейрохирургия және неврология кафедрасы өз қызметін бастады.

Орталықтың базасында 1500-ден астам адамның біліктілігін арттыру, 60-тан астам адамды қайта даярлау, 40-тан астам адам жұмыс орнында тағылымдамадан өтті. 64 резидент дайындалды, оның ішінде 47 нейрохирург және 17 невропатолог, ал бүгінгі таңда тағы 37 адам оқиды. Резидентура түлектерінің сапасы мен сұранысы олардың жұмысқа орналасуының жоғары деңгейімен анықталады (100%).

Республикалық маңызы бар деңгейге ие бола отырып, Ұлттық нейрохирургия орталығы медициналық технологиялар трансфертін республиканың өңірлеріне тұрақты негізде жүзеге асырады. Бұл омыртқа мен жұлын хирургиясындағы инновациялық технологиялар, нейроонкологиядағы микро нейрохирургия, геморрагиялық инсультті емдеудің ең төмен инвазивті әдістері, ми мен омыртқаға эндоскопиялық операциялар.

Жұмыс барысында өңірлерге 62 технология енгізілді, олар бойынша республиканың 1000-нан астам пациенті емделді.

Қазақстан Республикасының барлық нейрохирургиялық қызметін дамыту және жетілдіру мақсатында Ұлттық нейрохирургия орталығы санитариялық авиация желісі бойынша өңірлердің нейрохирургтарымен белсенді жұмыс жүргізуде, мамандарды оқыту және біліктілігін арттыру, әдістемелік көмекті ұйымдастыру. Осылайша, Орталық мамандары жұмыс істеген жылдары консультация беру көмегі үшін өңірлерге 90-нан астам шақыру, 60-тан астам көшпелі операциялар жүргізілді.

Ұлттық нейрохирургия орталығы Қазақстан Республикасының үлкен даму стратегиясын іске асырудың бір бөлігі ретінде қазақстандықтарға нейрохирургиялық көмек көрсету сапасын жақсарту жолымен өзінің ашылу мақсатын сөзсіз ақтап, ұлттық және халықаралық мойындауға лайықты ие болды. Бүгінгі таңда клиника медициналық инновациялардың флагманы, нейрохирургия саласындағы озық ғылыми және клиникалық орталық болып табылады.

3.1.5.3 Босандыру қызметі

Акушерлік және гинекология қызметінің даму тарихында 10 жыл ішінде жасөспірім қыздардың, репродуктивтік жастағы әйелдердің, сондай-ақ жүкті және босанғаннан кейінгі әйелдердің денсаулығын жақсарту бөлігінде белгілі бір жетістіктерге қол жеткізілді. Ана өлімі көрсеткішінің 2 есе, ал нәресте өлімі 3 есе төмендегені байқалды.

Соңғы 10 жылда босандыру қызметі жаңартылды:

- медициналық көмекті өңірлендіру, перзентханаларды көп бейінді стационарларға интеграциялау жүргізілді;

- медициналық кадрларды даярлаудың білікті жүйесі құрылып, дамуда;

- медициналық көмектің сапасын бақылау тетіктері енгізілді;

- ана өлімін төмендетудің жаңа жолдары ұсынылды.

Перинаталдық көмекті аймақтандыру мақсаты әрбір әйелдің жүктілік және босану асқынуларының даму қаупіне сәйкес келетін медициналық қызметтерге қолжетімділігін қамтамасыз ету болып табылады. Жүргізіліп жатқан аймақтандыруға сәйкес, еліміздің әрбір өңірінің акушерлік стационарлары перинаталдық көмек көрсетудің үш деңгейлі жүйесі бойынша бөлінді, бұл еліміздің босандыру қызметінің техникалық мүмкіндіктерін, соның ішінде кадр ресурсын, дәрілік заттарды, жабдықтарды және мамандандырылған санитариялық көлікті ұтымды пайдалануға мүмкіндік берді.

Өңірлендірудің бірінші кезеңінде әрбір стационардың техникалық жарақтандыру және медициналық қамтамасыз ету мәселелерін қоса алғанда, перинаталдық көмектің белгіленген

деңгейіне сәйкестігіне тексеру жүргізілді. Келесі кезең-жүкті әйелдер мен жаңа туған нәрестелерді «өздеріне» қағидаты бойынша емдеуге жатқызудың және олардың төменгі деңгейден жоғары деңгейге ауыстырудың консультациялық-көліктік жүйесін құру болды.

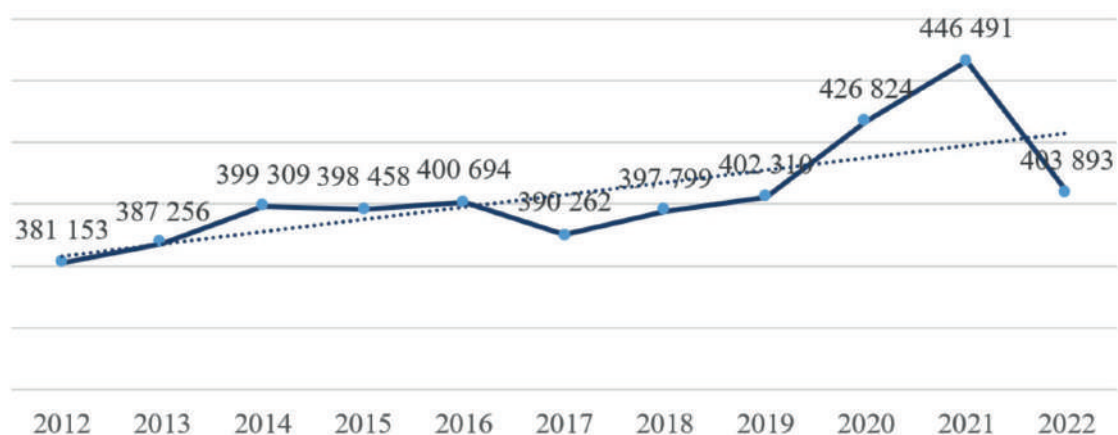
Бұдан әрі, күш-жігер акушерлік және неонаталдық қызметтерді барабар қаржыландыруды, перинаталдық көмек көрсету деңгейіне сәйкес босандыру ұйымдары қызметкерлеріне сараланған еңбекақы төлеуді қамтамасыз етуге бағытталған. Жүргізілген жұмыстардың арқасында аймақтандыру жүкті әйелдердің, босанатын әйелдердің және жаңа туған нәрестелердің мамандандырылған көмекке қол жеткізуін қамтамасыз етуде оң рөл атқарды, ана мен бала өлімінің көрсеткіштері төмендеді.

ҚР-да перинаталдық көмек үш деңгейлі өңірлендіру қағидаттарына негізделген, 240 босандыру ұйымы жұмыс істейді, оның ішінде 143 аудандық 1 деңгейдегі аурухана, 58 перзентхана және 2 деңгейдегі бөлімше, 37 перинаталдық орталық (көпбейінді ауруханалардың акушерлік бөлімшелері) 3 деңгей. Әйелдер жоғары білікті медициналық көмекті мемлекеттік Республикалық мекемелерде Акушерлік, гинекология және перинатология ғылыми орталығында, УМС «Ана мен бала ғылыми орталығы»КҚ алады.

Қазақстан Республикасында акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарты әзірленді, онда жүкті, босанатын және босанатын әйелдерге медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру тәсілдері қайта қаралды. Халықаралық ұсынымдар мен дәлелді медицина мәліметтерін ескере отырып, босандыру қызметінің қызметін реттейтін нормативтік-құқықтық актілер өзектендірілді. Босандыру ұйымдарының материалдық-техникалық базасына аудит жүргізілді, босандыру ұйымдарын жарақтандыру жақсартылды, ол халықаралық ұсынымдарға сәйкес келтіріледі.

Қазақстан Ұлттық статистика бюросының деректері бойынша, динамика соңғы жылдары халықтың айтарлықтай өсуімен сипатталады, оған негізінен бала туу деңгейінің артуы есебінен қол жеткізіледі (78-сурет).

Туу динамикасы



78-СУРЕТ - ТУУ ДИНАМИКАСЫ

Бала туудың өсуін ескере отырып, елде босандыру объектілеріне жүктеменің артуы байқалды. Келешекте өңірлерде аналар мен балаларға медициналық көмек көрсету үшін 13 заманауи перинаталдық орталықтардың құрылысы анықталды. Оның ішінде, елорда мен өңірлерден жоғары қауіп факторлары бар жүкті әйелдерді емдеуге жатқызу үшін Астана қаласында «Ана мен бала» республикалық орталығын салу жоспарлануда. Перинаталдық орталықтарды салу қажеттілігін қалыптастыру кезінде бала туудың өсу динамикасы, халықтың өсуін ескере отырып, өңірлердің демографиялық көрсеткіштері және жұмыс істеп тұрған босандыру ұйымдарының құрылымы, сондай-ақ тозуы мен инфрақұрылымы ескерілді.

Сондай-ақ перинаталдық орталықтар мен перзентханалардың материалдық-техникалық жай-күйін одан әрі жақсарту, Ультрадыбыстық диагностика қызметін жетілдіру жолымен пренаталдық скринингті жаңғырту, хромосомалық бұзылуларды диагностикалаудың инновациялық әдістерін енгізу жоспарлануда. Көп бейінді стационарлар базасында

экстрагенитальды аурулары бар жүкті әйелдерге арналған бейінді төсектер ұйымдастырылады, ал перинаталдық орталықтар жанындағы тренинг орталықтары симуляциялық жабдықтармен жабдықталады.

Мұның бәрі қауіпсіздікті қамтамасыз етуге, ауыр науқастарды күтудің заманауи технологияларын іске асыру мүмкіндіктерін кеңейтуге мүмкіндік береді, нәтижесінде ана мен перинаталдық шығыстарды азайтуға және азаматтардың медициналық көмек көрсету деңгейіне қанағаттануын жақсартуға мүмкіндік береді.

3.1.5.4 Медициналық оңалту

ДДҰ әлемде шамамен 2,4 миллиард адам оңалтуды қажет ететін аурулардан зардап шегеді деп есептейді.

2019 жылы ДДҰ 300-ден астам аурулар мен жарақаттар жағдайларының таралуы мен жиілігіне бағалау жүргізді, мүгедектікпен байланысты өмір сүру жылдарының саны есептелді, сондай-ақ оңалту және мүгедектікпен өмір сүрудің жалпы жылдарына көмектесетін денсаулық жағдайы бұзылған адамдардың жалпы санын ұсыну арқылы оңалту қызметтерінің қажеттіліктері сипатталды, осы денсаулық бұзылыстарымен байланысты.

Осы есептеулерге сәйкес, Қазақстан Республикасында 2019 жылғы жағдай бойынша халықтың жалпы санының 18 млн адамының **5,8 млн адамы (32%)** оңалту қызметтері көмектесе алатын кем дегенде бір патологиялық жағдайға ие (19-кесте).

19-КЕСТЕ - ДДҰ ДЕРЕКТЕРІНДЕГІ ОҢАЛТУ ҚЫЗМЕТТЕРІНЕ ҚАЖЕТТІЛІКТЕР[16]

№	ЕЛДІҢ АТАУЫ	ХАЛЫҚТЫҢ ЖАЛПЫ САНЫ	ОҢАЛТУ ҚЫЗМЕТТЕРІ КӨМЕКТЕСЕ АЛАТЫН КЕМ ДЕГЕНДЕ БІР ПАТОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ БАР АДАМДАРДЫҢ САНЫ	ҮЛЕС САЛМАҒЫ
1	ВЕНГРИЯ	9 674 413	4 771 113	49%
2	ШВЕЦИЯ	10 222 546	4 240 877	41%
3	ӘЗЕРБАЙЖАН	10 278 674	3 266 603	32%
4	ГРЕЦИЯ	10 337 172	4 537 827	44%
5	ЧЕХИЯ	10 643 487	5 341 208	50%
6	ПОРТУГАЛИЯ	10 651 263	4 622 579	43%
7	БЕЛЬГИЯ	11 419 166	5 046 655	44%
8	НИДЕРЛАНДЫ	17 156 788	6 902 825	40%
9	ҚАЗАҚСТАН	18 392 068	5 845 234	32%
10	РУМЫНИЯ	19 237 066	9 294 541	48%

Осылайша, әрбір үшінші адам оңалтуды қажет ететін аурумен өмір сүреді.

Халықаралық зерттеулерге сәйкес, оңалту қажеттіліктері алдағы жылдары ғана өседі. Себебі өмір сүру ұзақтығы жыл сайын артып келеді және созылмалы аурулармен өмір сүретін адамдардың саны бүкіл әлемде өсуде. Осылайша, уақтылы қалпына келтіру шараларын ұйымдастыру медицинаның бірінші кезектегі міндеттерінің біріне айналады.

Дәстүр бойынша, денсаулық сақтаудың бұрынғы моделінде оңалту қызметтері негізгі ауруды емдеуге арналған нұсқаулықтардың бөлігі болды және пациенттер тәулік бойы болатын стационарларда көрсетілді, бұл төсек қорының шамадан тыс ұлғаюына және пациенттерді емдеу мерзімдеріне әкелді.

Ресурс үнемдеу технологиялары енгізілгендіктен, бұл қызметті жеке қаржыландырумен дербес құрылымға бөлу қажеттілігі туындады.

Бүгінгі таңда қалпына келтіру емі мен оңалту төсектерінің саны 12,7 мыңға жетті, бұл 2014 жылғы көрсеткіштен 3 есеге артық (21-кесте).

20-КЕСТЕ - 2014-2022 ЖЫЛДАРДАҒЫ НАҚТЫ ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ ЕМІ ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОҒАЛТУ ТӨСЕКТЕРІНІҢ САНЫ

ТӨСЕКТЕРДІҢ БЕЙІНІ	2014 ЖЫЛ	2015 ЖЫЛ	2016 ЖЫЛ	2017 ЖЫЛ	2018 ЖЫЛ	2019 ЖЫЛ	2020 ЖЫЛ	2021 ЖЫЛ	2022 ЖЫЛ
ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ ЕМІ МЕН ОҒАЛТУ, БАРЛЫҒЫ	4 267	4 093	4 085	4 168	4 448	6 158	10 366	11 437	12 763
ОНЫҢ ІШІНДЕ БАЛАЛАРҒА ҮШІН	1 424	1 569	1 560	1 527	1 784	2 775	3 743	3 846	4 102
ОНЫҢ ІШІНДЕ									
ЕРЕСЕКТЕРГЕ АРНАЛҒАН КАРДИОЛОГИЯЛЫҚ	531	472	398	400	423	539	943	894	1 031
БАЛАЛАРҒА АРНАЛҒАН КАРДИОЛОГИЯЛЫҚ	38	47	40	30	29	29	49	63	73
ЕРЕСЕКТЕРГЕ АРНАЛҒАН КАРДИОХИРУРГИЯЛЫҚ	143	123	112	126	109	114	179	265	345
БАЛАЛАРҒА АРНАЛҒАН КАРДИОХИРУРГИЯЛЫҚ	54	59	43	39	46	43	49	48	52
ЕРЕСЕКТЕРГЕ АРНАЛҒАН НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ (ПСИХОНЕВРОЛОГИЯЛЫҚ)	1 078	859	846	887	889	1 137	1 937	2 157	2 734
БАЛАЛАРҒА АРНАЛҒАН НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ (ПСИХОНЕВРОЛОГИЯЛЫҚ)	444	439	545	424	704	912	1 369	1 449	1 616
ЕРЕСЕКТЕРГЕ АРНАЛҒАН НЕЙРОХИРУРГИЯЛЫҚ	143	147	148	218	202	258	453	578	679
БАЛАЛАРҒА АРНАЛҒАН НЕЙРОХИРУРГИЯЛЫҚ	33	29	20	23	25	37	106	181	192
ЕРЕСЕКТЕРГЕ АРНАЛҒАН ТРАВМАТОЛОГИЯЛЫҚ	248	243	261	269	302	442	936	1 037	1 193
БАЛАЛАРҒА АРНАЛҒАН ТРАВМАТОЛОГИЯЛЫҚ	55	61	62	58	68	77	191	219	235
ЕРЕСЕКТЕРГЕ АРНАЛҒАН ОРТОПЕДИЯЛЫҚ	90	118	129	115	135	158	308	347	479
БАЛАЛАРҒА АРНАЛҒАН ОРТОПЕДИЯЛЫҚ	91	109	107	107	122	165	235	250	293

Балалар үшін нейрохирургиялық бейін бойынша төсектердің ең көп өсуі байқалады (2014 жылы – 33 төсек, 2022 жылы – 192 төсек, 6 есе өсім). Үш бейін бойынша төсек – орынның 5 есеге ұлғаюы байқалды: ересектерге арналған нейрохирургиялық (2014 жылы – 143 төсек, 2022 жылы – 679 төсек), ересектерге арналған травматологиялық (2014 жылы – 248 төсек, 2022 жылы – 679 төсек), ересектерге арналған ортопедиялық (2014 жылы – 91 төсек, 2022 жылы – 293 төсек).

Жоғарыда айтылғандай, МӘМС шеңберінде оңалту көмегін көрсету, профильдерді кеңейту және оның қолжетімділігін арттыру 2020 жылдан бастап ынталандырылды, бұл тәулік бойы жұмыс істейтін стационардың төсектерін 10,3 мыңға дейін (2019 жылы – 6 мың төсек) орналастыруға мүмкіндік берді.

Қалпына келтіру емі медициналық оңалту қызметтерін көрсету кезеңділігі мен шарттарын ескере отырып, тиісті тарифтер бекітілді. Алғаш рет онкологиялық аурулармен ауыратын науқастарға медициналық оңалту тарифтері бекітілді және онкологиялық оңалтуды енгізу басталды. 2020 жылы МӘМС енгізіле отырып, негізгі ауруды емдеу кезінде ICD-10 кодтары бойынша аурулар тізбесіне пневмониядан кейін, оның ішінде COVID-19-мен бірге ағзаларды трансплантаттаудан кейін, сондай-ақ перинаталдық кезеңде туындайтын жекелеген жағдайлар бойынша оңалту енгізілді (жаңа туған нәрестелер анемиясы, туа біткен пневмония, туа біткен пневмония, туу кезіндегі өте аз дене салмағы және) және балалардағы пневмонияның жекелеген түрлері.

Сонымен қатар, 2020 жылы заманауи дәлелді тәжірибе негізінде амбулаториялық деңгейге баса назар аудары отырып, оңалтудың жаңа моделі енгізілді. Осылайша, дене шынықтыру медицинасы мен оңалтудың заманауи талаптарын ескере отырып, кадрлардың құзыреттері кеңейтілді, тиімді оңалту үшін көпбейінді топтың толыққанды оңалту диагнозын қою үшін

жұмыс істеудің, тыныс-тіршіліктің және денсаулықтың шектеулерінің халықаралық жіктемесі енгізілді.

Егер 2014 жылы қалпына келтіру емі бөлімшелерінен 68 мың науқас шығарылса, жалпы 2022 жылы стационарлық жағдайларда (тәулік бойы және күндізгі стационарлар) медициналық оңалту қызметтерімен 295 мың пациент қамтылды. Оңалту қызметтерін алғандар санының өсуі осы жылдар ішінде 300%-дан асты, бұл медициналық қызметтердің осы нысанының қолжетімділігін арттыру мақсатына қол жеткізу туралы айтады.

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КеАҚ деректері бойынша 2022 жылдың қорытындысы бойынша ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде медициналық көмектің көлемі 2 142,8 млрд.теңгені құрады және 2021 жылмен салыстырғанда орта есеппен 0,8%-ға азайды, бұл ретте медициналық қызметтердің барлық дерлік түрлері бойынша қаржыландырудың өсуі байқалды. Оның ішінде медициналық оңалтуға арналған шығыстар 31,6%-ға ұлғайды.

Қызметті дамытудағы маңызды қадам 2007 жылы Республикалық балаларды оңалту орталығын құру болды, өйткені балаларды оңалту мәселесі ең өзекті мәселелердің бірі болды.

ҚР Еңбек және әлеуметтік қорғау министрлігінің (бұдан әрі – ҚР Еңбекмині) ресми деректері бойынша республикада 2022 жылы балалар мүгедектігінің өсуі 2012 жылмен салыстырғанда 58,3%-ды құрады (79-сурет).



79-СУРЕТ - 10 ЖЫЛДЫҢ ІШІНДЕГІ МҮГЕДЕК БАЛАЛАРДЫҢ САНЫ

Дереккөз: ҚР Еңбек және әлеуметтік қорғау министрлігі

Бастапқы мүгедектік құрылымында жетекші орындарды туа біткен ақаулар, деформациялар және хромосомалық ауытқулар, нерв жүйесінің аурулары, психикалық бұзылулар, эндокриндік аурулар алады.

5 жыл динамикасында жоғарыда аталған позициялардың ішінен туа біткен даму ақаулары, деформациялар мен хромосомалық ауытқулар, нерв жүйесінің аурулары бір деңгейде қалып отыр, **психикалық бұзылулар бойынша сырттантанушылықтың 87%-ға, эндокриндік аурулар бойынша 55%-ға өсуі байқалады** (80-сурет).



80-СУРЕТ - БАСТАПҚЫ МҮГЕДЕКТІК ҚҰРЫЛЫМЫ

Дереккөз: ҚР Еңбек және әлеуметтік қорғау министрлігі

Осылайша, балалардың мүгедектігін тудыратын себептер туа біткен даму ауытқулары, нерв жүйесінің аурулары, психикалық бұзылулар, эндокриндік аурулар болып табылады. Сондай-ақ, бұл жағдайға ықпал ететін факторлардың бірі-тереңшала туған нәрестелерді, нейроинфекциясы бар, нерв жүйесінің ауыр жарақаттары және туа біткен ақаулары бар балаларды тірі қалдыруға мүмкіндік беретін медицинаның қазіргі даму деңгейі.

Церебралдық сал ауруы (бұдан әрі - ЦСА) диагнозы бойынша сырқаттанушылықтың өсуі байқалады. ҚР Еңбекминінің деректері бойынша 5 жыл ішінде ЦСА диагнозы қойылған мүгедектігі бар балалар санының өсу динамикасы 5,8%-ды құрады.

21-КЕСТЕ - ҚР-ДА 2018-2022 ЖЫЛДАРҒА АРНАЛҒАН ПРОЦЕССОРЫ БАР БАЛАЛАРДЫҢ САНЫ.

БАЛАЛАР	2018Ж.	2019Ж.	2020Ж.	2021Ж.	2022Ж.
БАРЛЫҒЫ	17149	17 619	17 939	18307	18612
0-ДЕН 16 ЖАСҚА ДЕЙІН	16 172	16 545	16 680	6303*	6482*
16-ДАН 18 ЖАСҚА ДЕЙІН	977	1 074	1 259	12004*	12130*

Дереккөз: ҚР Еңбек және әлеуметтік қорғау министрлігі

* «Азаматтардың жекелеген санаттарын әлеуметтік қорғау мәселелері бойынша ҚР кейбір заңнамалық актілеріне өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы» 2021 жылғы 12 қазандағы ҚР Заңына сәйкес балалардағы мүгедектіктің мынадай санаттары беліленген: жеті жасқа дейінгі мүгедек балалар, 7 жасан 18 жасқа дейінгі мүгедек балалар.

Балалар арасында мүгедектіктің жоғары өсу қарқыны балаларға арналған қалпына келтіру емі және медициналық оңалту медициналық ұйымдары желісінің кеңеюіне себеп болды. Балаларға оңалту көмегін көрсететін медициналық ұйымдар желісі 2013 жылмен салыстырғанда 2022 жылы 6 есеге ұлғайды (22-кесте)

22-КЕСТЕ - БАЛАЛАРҒА АРНАЛҒАН ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ ЛЕЧЕНИЯ ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОҢАЛТУ ҰЙЫМДАРЫНЫҢ САНЫ

№	ӨҢІР	РО САНЫ									
		2013*	2014*	2015*	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1	АҚМОЛА	2	1	1	2	2	2	2	2	2	5
2	АҚТӨБЕ							2	3	3	5
3	АЛМАТЫ								1	4	5
4	АТЫРАУ								4	2	1
5	ШҚО								1	2	1
6	ЖАМБЫЛ	2	1	1	1	1	1	1	1	2	4
7	БҚО								1	1	1
8	ҚАРАҒАНДЫ				1	1	1	2	2	4	3
9	ҚЫЗЫЛОРДА		1		1	1	1	1		1	1
10	ҚОСТАНАЙ							1	2	2	1
11	МАҒЫСТАУ								1		2
12	ПАВЛОДАР							1	1	2	2
13	СҚО							1			
14	ТҮРКІСТАН	2	2	2	1	1	1	2	4	4	5
15	АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ	2	2	2	2	2	2	6	6	6	7
16	АСТАНА ҚАЛАСЫ	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3
17	ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ				2	2	2	3	3	3	4
18	АБАЙ										3
19	ҰЛЫТАУ										1
20	ЖЕТІСУ										1
	ҚР БОЙЫНША	9	8	7	11	11	11	23	34	40	55

Дереккөз: ҚР балаларды оңалту қызметі бойынша есептердің деректері

* Дереккөз: Қазақстан Республикасы халқының денсаулығы және 2013, 2014, 2015 жылдардағы денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі. Статистикалық жинақтар. ҚР ДСМ

2022 жылдың қорытындысы бойынша балаларға медициналық оңалту жалпы төсек қоры 3580 болатын 55 оңалту орталығында көрсетіледі, оның ішінде 522 төсекке арналған республикалық деңгейдегі 3 орталық:

- 300 төсектік «ҰБОО» КеАҚ Қызылорда қаласындағы 57 төсектік филиалы;
- 65 төсектік «Балбұлақ» балаларды оңалту орталығы;
- 100 төсектік «Бурабай» республикалық оңалту орталығы

және төсек қоры бар 52 өңірлік оңалту орталығы - 3058, оның ішінде 22 оңалту орталығы ел Президентінің «Қамқорлық» бастамасы шеңберінде ашылды. Сондай-ақ, медициналық оңалту облыстар мен қалалардың көпбейінді ауруханаларында 624 оңалту қалпына келтіру емі және медициналық оңалту төсектерінде көрсетіледі. Барлығы еліміз бойынша оңалту орталықтары мен балалар стационарларының бөлімшелері/төсектерін ескере отырып, балаларға арналған 4204 оңалту төсегі (тәулік бойы стационар) жұмыс істейді (81-сурет).

Оңалту орталықтары желісінің құрылымы



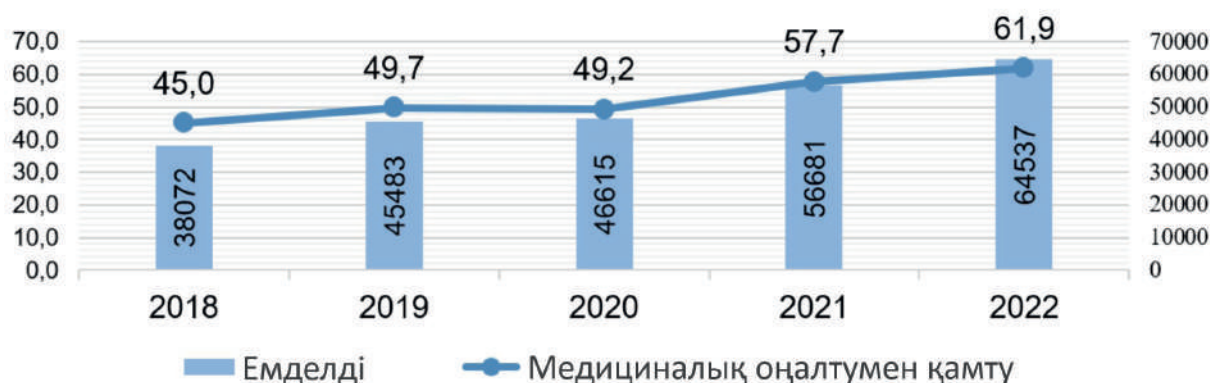
81-СУРЕТ-ОҢАЛТУ ОРТАЛЫҚТАРЫ ЖЕЛІСІНІҢ ҚҰРЫЛЫМЫ

Дереккөз: ҚР балаларды оңалту қызметі бойынша есептердің деректері

2022 жылы тәулік бойғы стационарларда 64 537 бала оңалту емін алды, оның ішінде балалардың 10,3%-ы республикалық деңгейде (6643 бала) оңалту емін алды, 89,7% - ы (57 894 бала) өңірлік деңгейде оңалту лечение алды.

2022 жылы мүгедек балаларды медициналық оңалтумен қамту 61,9%-ды құрады және 2018 жылмен салыстырғанда 16,9%-ға өсті (82-сурет).

Мүгедек балаларды медициналық оңалтумен қамту динамикасы

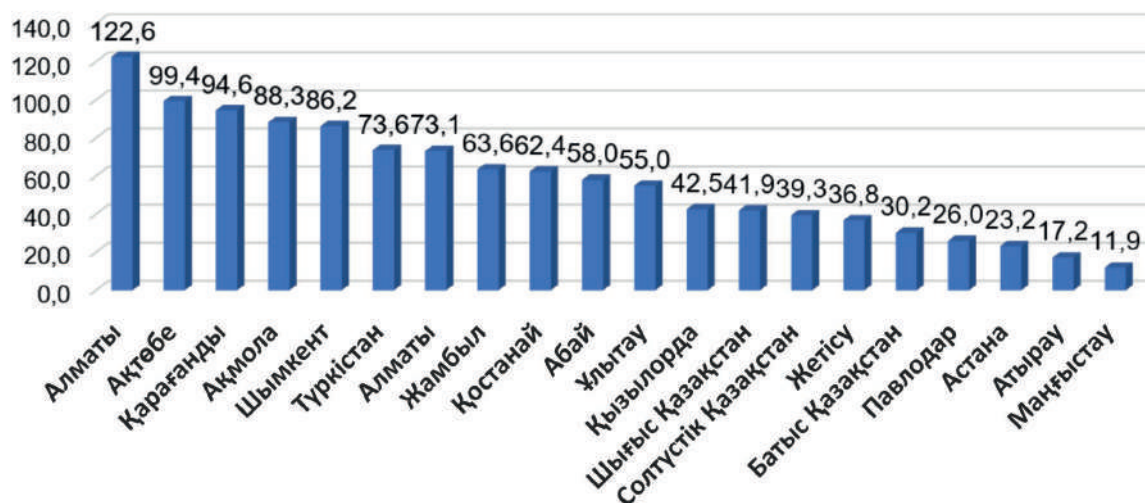


82-СУРЕТ - МҮГЕДЕК БАЛАЛАРДЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОҢАЛТУМЕН ҚАМТУ ДИНАМИКАСЫ

Дереккөз: ҚР балаларды оңалту қызметі бойынша есептердің деректері

2022 жылы өңірлер бөлінісінде балаларды оңалту емімен қамтуды талдау мынадай өңірлерде: Астана қаласы және Абай, Ұлытау, Қызылорда, ШҚО, СҚО, Жетісу, БҚО, Павлодар, Атырау, Маңғыстау облыстарында 61,9% республикалық көрсеткіштен төмен қамтуды көрсетті (83-сурет).

2022 жылы медициналық оңалтумен қамту



83-СУРЕТ - 2022 ЖЫЛЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОҢАЛТУМЕН ҚАМТУ

Дереккөз: балаларды оңалту қызметі туралы есептер

2020-2025 жылдарға арналған «Дені сау ұлт» әрбір азамат үшін сапалы және қолжетімді денсаулық сақтау» ұлттық жобасының басты назарының бірі балалар мен жасөспірімдердің денсаулығын аурулардың профилактикасы, уақтылы көмек көрсету және толыққанды оңалту арқылы нығайту болды. Балалар халқын медициналық оңалтумен қамтамасыз ету шеңберінде медициналық оңалтумен қамтуды ұлғайту жолымен оңалту көмегінің қолжетімділігін арттыру жөніндегі міндеттер айқындалды, сондай-ақ жұмыс істеудің халықаралық тыныс-тіршілігі мен денсаулығын шектеу сыныптамасын (бұдан әрі - ХТЖ) енгізу жолымен медициналық оңалтуды одан әрі жетілдіруді қамтамасыз ету.

Қорытындылар мен ұсынымдар

Республикада пациентке бағдарланған тәсілді ескере отырып, балаларға сапалы кешенді көмек көрсетуді қамтамасыз ету үшін әртүрлі бейіндегі мамандарды тарту мүмкіндігімен барлық деңгейлерде және кезеңдерде медициналық оңалту көрсетуді реттейтін жеткілікті Нормативтік-құқықтық база құрылды.

Еліміздің барлық өңірлерінде, соның ішінде аудандық және ауылдық деңгейлерде жұмыс істейтін Оңалту орталықтары, көп бейінді балалар ауруханалары базасындағы бөлімшелер санының өсуінде оң динамика байқалады.

«Қамқорлық» бастамасы шеңберінде Оңалту орталықтары мен ерте араласу орталықтарының кезең-кезеңімен ашылуы оңалту көмегін көрсететін ұйымдар желісінің дамуына үлкен үлес қосты, бұл, оның ішінде мүгедек балаларды қамтуды ұлғайтуға мүмкіндік берді.

Оңалту көмегін көрсетудегі мультидисциплинарлық тәсіл барлық мүдделі мамандарға, соның ішінде реабилитологтарға, кәсіптік терапевттерге, емдік дене шынықтыру нұсқаушыларына, психологтарға, логопедтерге, дефектологтарға және т. б. халықаралық өлшемшарттарға сәйкес қабылдау кезінде, динамикада және шығару алдында пациенттің биоәлеуметтік функцияларының жай-күйі мен бұзылу дәрежесін бірлесіп бағалауға; оңалту диагнозын, оңалту әлеуеті мен болжамы; медициналық оңалтуды жүргізу үшін көлемді, кезеңділікті айқындау және т. б.

Нейрофизиологиялық оңалтуды қоса алғанда, медициналық оңалтудың жоғары технологиялық, роботтандырылған әдістері мен тәсілдерін енгізу, сондай-ақ ортоздық-ортопедиялық бұйымдарды енгізу пациенттерде маңызды клиникалық тиімділік пен биоәлеуметтік функцияларды жақсартуға мүмкіндік берді.

Балалардың бейімделуін қамтамасыз ету үшін балаларды бейімдеу-қолданбалы бағдарлама бойынша оқыту арқылы педагогикалық түзету, баланы қоғамдағы толыққанды өмірге әлеуметтік бейімдеу, агроландшафотерапия сабағын, ағаш ұстасы шеберханасында, костюм шеберханасында, шаштаразда, автодромда, сондай-ақ параолимпиада ойындарына тарта

отырып, спорттық және басқа да ұйымдық топтық және жеке іс-шараларды өткізу арқылы жүзеге асырылады.

Айтарлықтай жақсартуларға қарамастан, республика бойынша мүгедектіктің қазіргі деңгейін ескере отырып, оңалту көмегінің жеткіліксіз қолжетімділігі байқалады, білікті кадрлардың жетіспеушілігі, медицина және медициналық емес қызметкерлерге еңбекақы төлеу деңгейі (мамандардың педагогикалық құрамы: логопедтер, дефектологтар, кәсіптік терапевттер және т.б.) жеткіліксіз болып қалады және қайта қарауды талап етеді.

Денсаулық сақтау саласындағы медициналық және басқарушылық технологиялардың қарқынды дамуы тарифтерді үнемі қайта қарауды талап етеді. Бүгінгі таңда оңалту ұйымдарының желісін қаржыландыру жүйесі тариф белгілеуді одан әрі есептеуді талап етеді, өйткені тарифтеуші бойынша қалыптасқан шығыстар жүйесі оңалту қызметтерінің сапасын арттыруға ықпал етпейді, өйткені ол жоғары мамандандырылған медициналық көмек көрсетуді қалайтын денсаулық сақтау менеджерлері үшін төмен және тартымды емес.

Сонымен қатар, елімізде оңалту қызметтеріне болжамды қажеттіліктер туралы ақпарат жоқ, бұл көмекке мұқтаж пациенттерді толық қамтуды қамтамасыз етуге мүмкіндік бермейді. Пациенттердің оңалту туралы хабардарлығының төмендігі, оңалту көмектесе алатын функционалдық бұзылулардың кең ауқымы және жоғары таралуы мәселесі бар. Сондай-ақ, оңалту қызметтерін дамыту мен кеңейтуді қолдау үшін оңалту кадрларының әлеуетін арттыру мәселесі өзекті болып табылады.

3.4.5.5 Паллиативтік көмек

Қазақстанда паллиативтік көмек соңғы 10 жылда қарқынды дамып келеді. Қазақстан Республикасында 12 хоспис, стационарларда 22 паллиативтік көмек бөлімшесі паллиативтік көмек көрсетеді. Бүгінгі таңда паллиативтік көмек қажет 107 430 - 134 190 адам, оның 4900-6500-бұл көмекке мұқтаж балалардың ауқымы. Паллиативтік көмекке мұқтаж адамдардың басым бөлігі (42 %) онкологиялық бейіндегі пациенттерден тұрады, олардың 1%-ы онкогематологиялық бейіндегі пациенттерден тұрады. 2021 жылы 25 159 пациент стационарда паллиативтік көмек алды, стационарда болудың орташа ұзақтығы 17 күнді құрады. Қазақстанда паллиативтік көмекпен қамту 25%-ды құрайды.

2013-2015 жылдар аралығында Қазақстандық паллиативтік көмек қауымдастығы құрылды.

10 клиникалық хаттама әзірленді және бейімделді, сондай-ақ опиоидтарға қол жеткізу бөлігінде нормативтік құқықтық актілерге өзгерістер енгізілді. 2017 жылы 17 дәрі, оның ішінде 3 опиоид ТМҚКК тізіміне енгізілді. Опиоидтарды шығару тәртібі жеңілдетілді, рецепт мерзімі 15 күн. МО-да кабинеттерде 5 күндік апииндық қор, дәріханаларда 30 күндік қор бар, сондай-ақ пайдаланылған ампулалардың тапсырылуы алынып тасталды.

Барлық облыс орталықтарында паллиативтік көмек бөлімшелері ашылды, ал Шымкент қаласында хоспис ашылды.

2016-2017 жылдары апииндарды есептеу әдістемесі енгізілді және 2018-2020 жылдарға арналған паллиативтік көмекті дамытудың Жол картасы әзірленді.

ASCO халықаралық семинары және ДДҰ-ның қатысуымен «Stop my Pain» конференциясы өткізілді.

2018-2019 жылдары онкопациенттерге арналған мобилдік бригадалар енгізілді, Тараз, Астана, Бақанақта хосписер ашылды, АДҚ тізбесін кеңейту жүзеге асырылды.

2019 жылдан бастап апиинды сатып алуды Фармация СҚ Бірыңғай дистрибьюторы жүзеге асырады.

2020 жылы ҚАПП жедел желісі құрылды, «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодекске паллиативтік көмектің жаңа анықтамалары енгізілді, паллиативтік көмектің жаңа стандарты әзірленді.

2021 жылы дәрігерлерге арналған «Хоспис және паллиативтік медицина» мамандығы медициналық мамандықтар номенклатурасына енгізілді, ал оқыту мемстандартына паллиативтік көмек бойынша міндетті сағаттар енгізілді, сондай-ақ ҚАПП (800+ қатысушы) VI конференциясы өтті.

2022 жылы паллиативтік медициналық көмекті дамытудың жол картасы әзірленді. балаларға паллиативтік медициналық көмекті дамытудың 2022-2024 жылдарға арналған Жол картасы, сондай-ақ НБА бар балаларға арналған ОК және ПК орталығы ашылып, балаларға паллиативтік көмек көрсету қауымдастығы құрылды.

Қазақстан паллиативтік көмекті дамытудың әлемдік картасында, яғни интеграцияның бастапқы сатысында 4а деңгейіне жетті. Қазақстанның келесі мақсаты 2030 жылға қарай паллиативтік көмек барлық деңгейдегі денсаулық сақтау жүйесіне интеграцияланатын және халықты әлеуметтік қорғау жүйесімен күшейтілетін 4b деңгейіне қол жеткізу болып табылады.

3.1.5.6 COVID-19 пандемиясы.

Қазақстан Республикада COVID-19 пандемиясын тежеу бойынша қабылданған шаралар
(Анықтама: вирус впервыееті алғаш рет Қытайдың Ухань қаласында 2019 жылдың желтоқсанында тіркелді, ДДҰ бұлышетті 2020 жылғы 30 қаңтарда халықаралық маңызы бар денсаулық сақтау саласындағы төтенше жағдай және 2020 жылғы 11 наурызда пандемия деп жариялады).

2019 жылы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің жанынан (Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығында) қоғамдық денсаулық сақтаудағы Төтенше жағдайлар жөніндегі жедел орталық (бұдан әрі - COVID-19 пандемиясы кезеңінде (2020 жылғы қаңтардан бастап) Қазақстан Республикасында және әлемнің басқа да елдерінде коронавирус инфекциясы бойынша барлық ақпаратты мониторингілеу, жинау, талдау және денсаулық сақтау министрлігі мен Қазақстан Республикасының басқа да мемлекеттік органдарын тәулік бойы жедел ақпараттандыру бойынша функциялар жүктелген (ҚР Қауіпсіздік Кеңесінің Ахуалдық орталығы, Президент Әкімшілігі ҚР Премьер-Министрінің Кеңесі, ҚР Ұлттық қауіпсіздік комитеті, ҚР Бас прокуратурасы, ҚР Ішкі істер министрлігі, ҚР Төтенше жағдайлар министрлігі (Комитеті). 2019 жылғы желтоқсанда Қытай Халық Республикасының (бұдан әрі-ҚХР) Хубэй провинциясының Ухань қаласында COVID-19 алғашқы жағдайлары анықталғаннан кейін жедел Орталық Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігіне Ухань қаласының санитариялық-эпидемиологиялық қызмет департаменті мен ҚХР Мемлекеттік денсаулық сақтау комитетінің сайттарынан ҚХР тұрғындарын коронавирус инфекциясымен (бұдан әрі-КВИ) сырқаттанушылық туралы тәулік сайын хабардар етуді қамтамасыз етті.

2020 жылғы 5 қаңтардан 2023 жылғы мамырға дейін (ДДҰ әлемдегі COVID-19 пандемиясына байланысты төтенше жағдай режимін аяқтағаны туралы хабарлағанға дейін) операциялық орталық тәулік бойы (24/7/365) демалыс және мереке күндерінсіз жұмыс істеді және COVID-19 бойынша барлық ақпаратты бақылауды, жинауды, талдауды қамтамасыз етті, сондай-ақ одан әрі болжам жасады эпидемиологиялық ахуалды дамытуды және тәулік бойы жедел түрде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі мен басқа да мемлекеттік органдармен барлық қажетті ақпаратпен қамтамасыз етті.

COVID-19 пандемиясына байланысты және коронавирус инфекциясының әкелінуі мен таралуының алдын алу мақсатында Қазақстан Үкіметі мынадай нормативтік құқықтық актілерді қабылдады:

- Қазақстан Республикасы Премьер-Министрінің «Қазақстан Республикасының аумағында коронавирустық инфекцияның пайда болуы мен таралуына жол бермеу жөніндегі шаралар туралы» 2020 жылғы «27» қаңтардағы № 10-ө өкімі, оған Қазақстан Республикасының аумағында коронавирус инфекциясының пайда болуы мен таралуына жол бермеу жөніндегі ведомствоаралық комиссия (жедел штаб) құрылды, оны Үкімет вице-премьері басқарды осы бағытқа жетекшілік ететін, оның функцияларына елдегі COVID-19-ға қарсы күрес жөніндегі мемлекеттік органдардың барлық жүргізіліп жатқан жұмыстарын үйлестіру кірді. COVID-19-ға қарсы күрес жөніндегі осындай жедел штабтар еліміздің барлық өңірлеріндегі әкімдіктердің жанынан құрылды;

- «Қазақстан Республикасының аумағында коронавирустық инфекцияның пайда болуы мен таралуына жол бермеу жөніндегі шаралар туралы» Қазақстан Республикасы Премьер-Министрінің 2020 жылғы «29» қаңтардағы № 14-ө өкімі, оған Қазақстан Республикасының аумағында коронавирус инфекциясының пайда болуы мен таралуына жол бермеу жөніндегі іс-шаралар жоспары бекітілген;

- «Пандемия жағдайында қазақстандықтардың өмірі мен денсаулығын қорғау жөніндегі ұлттық жоспарды бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2020 жылғы «30» шілдедегі № 489 қаулысы;

- «Коронавирус инфекциясы пандемиясына қарсы іс-қимыл жөніндегі 2021-2022 жылдарға арналған жедел іс-қимыл жоспарын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2021 жылғы «4» қарашадағы № 781 қаулысы;

Коронавирус инфекциясының Қазақстан аумағына 2020 жылғы «13» наурызда әкелінуіне және Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының COVID-19 індеті - пандемия деп жариялануына байланысты ел азаматтарының өмірі мен денсаулығын сақтау мақсатында Қазақстан Республикасының Президенті «Қазақстан Республикасында төтенше жағдай енгізу туралы» 2020 жылғы «15» наурыздағы № 285 Жарлыққа қол қойды, 2020 жылғы «16» наурыздан 2020 жылғы «15» сәуірге дейінгі кезеңде, ол бұдан әрі 2020 жылғы «30» сәуірге және «11» мамырға дейін ұзартылды.

COVID-19-ға қарсы күрес жөніндегі іс-шараларға Қазақстан Республикасының Үкіметі 894

млрд. теңге (2,1 млрд. АҚШ доллары), оның ішінде жаңа модульдік инфекциялық стационарлар салуға, дәрі-дәрмектер мен вакциналар, медициналық жабдықтар, тест жүйелерін, жеке қорғану құралдарын сатып алуға, сондай-ақ КВИ-мен күреспен айналысатын медицина қызметкерлеріне қосымша төлемдерге, науқастарды емдеуге және т. б. қаражат бөліді.

Барлық өңірлерде коронавирус инфекциясымен күресу үшін арнайы тұрақтандыру қорлары құрылды.

Республика өңірлерінде COVID-19 науқастарына арналған қосымша инфекциялық және провизорлық стационарлар, сондай-ақ байланысатын адамдарға арналған карантиндік стационарлар ашылды, әрбір өңірде коронавирус инфекциясымен ауыратын науқастарға арналған заманауи модульдік инфекциялық ауруханалар қысқа мерзімде салынып, қажетті жабдықтармен жарақтандырылды, бұл жалпы төсек қорын едәуір ұлғайтуға және емдеу желісіне жүктемені азайтуға мүмкіндік берді.

Коронавирус инфекциясымен күресу үшін 3 640 мобилдік медициналық-санитариялық алғашқы көмек бригадасы, оның ішінде ауылдық жерлерде 1 737 құрылды.

Коронавирус инфекциясымен ауыратын науқастарды уақтылы анықтау мақсатында бүкіл ел бойынша халықтың барлық топтарын ПТР әдісімен COVID-19-ға жаппай тексеру қамтамасыз етілді.

ДДҰ стандарттары мен басқа да халықаралық ұсынымдар негізінде COVID-19 профилактикасы, емдеу және оған қарсы күрес жөніндегі нормативтік құжаттар, оның ішінде ұлттық емдеу және диагностика хаттамалары әзірленді және бекітілді.

Елде COVID-19 профилактикасы және оған қарсы күрес жөніндегі карантиндік және басқа да шектеу іс-шараларын жедел енгізу (алып тастау) мақсатында Қазақстан Республикасының Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің 80-нен астам қаулысы қабылданды.

COVID-19-ға қарсы отандық вакцина (Qaz Vac) әзірленді, оған сатып алынған басқа вакциналардан басқа республика халқын вакцинациялау жүзеге асырылады.

COVID-19 емдеуге арналған дәрі-дәрмектерді тіркеу мерзімі 6 айдан 2 айға дейін қысқарды, ал дәрі-дәрмектерді сертификаттау мерзімі 1 айдан 3 күнге дейін қысқарды.

COVID-19 бойынша эпидемиологиялық жағдайды бағалау және жалпы Қазақстан Республикасы мен әрбір өңір үшін ауруханаға жатқызу деңгейін бағалау матрицалары әзірленді, оларға сәйкес елде және өңірлерде карантиндік және басқа да шектеу шаралары енгізілді немесе жойылды.

Елде COVID-19 бойынша эпидемиологиялық жағдайды қысқа мерзімді және орта мерзімді болжау әзірленді және енгізілді және оның деректері негізінде науқастарға арналған қосымша инфекциялық төсектерді, дәрілік препараттарды, тест-жүйелерді сатып алу жүргізілді.

COVID-19 профилактикасы, бақылау және емдеу шараларына қатысатын медицина қызметкерлерін әлеуметтік қорғау шаралары, сондай-ақ басқа да шаралар қабылданды және қамтамасыз етілді.

Халықты COVID-19-ға қарсы күрес мәселелері бойынша жедел ақпараттандыру және туындайтын сұрақтарға жауап беру үшін Денсаулық сақтау министрлігінің жанынан Коронавирус инфекция мәселелері жөніндегі call-орталық (Жедел орталық базасында) құрылды, ол 2020 жылдың қаңтарынан 2022 жылдың тамызына дейін жұмыс істеді. Барлық өңірлерде ұқсас Call-орталықтар құрылды.

Ел деңгейінде коронавирус инфекциясымен сырқаттанушылықтың мерзімді көтерілуіне (толқындарына) байланысты 19.03.2020-11.05.2020 жылдар, 20.06.2020-05.07.2020 жылдар және 05.07.2020-02.08.2020 жылдар аралығында 3 рет карантин енгізілді.

Карантин барысында келесі шектеу шаралары енгізілді:

- авиациялық, теміржол және автомобиль қатынастарын қоса алғанда, осы елдердегі эпидемиологиялық жағдайдың әзірленген өлшемдеріне байланысты басқа елдермен көлік қатынасы тоқтатылды;

- еліміздегі өңірлер арасындағы көлік қатынасы тоқтатылды, елді мекендердегі қоғамдық көлік қозғалысы шектелді;

- сауалнама жүргізумен, шетелден келген барлық жолаушылардың байланыссыз термометриясымен күшейтілген санитариялық-карантиндік бақылау, сондай-ақ коронавирус инфекциясына қарсы вакцинациялау паспорттарының және COVID-19-ға теріс нәтиже туралы анықтамалардың болуын тексеру енгізілді;

- қоғамдық орындарда халықтың әлеуметтік арақашықтығын сақтау қамтамасыз етілді;

- қоғамдық орындарда және ашық ауада барлық жерде маска режимі енгізілді;

- сауда-ойын-сауық объектілерінің, базарлардың, қоғамдық тамақтандыру объектілерінің және адамдар көп жиналатын басқа да объектілердің жұмыс істеуі тоқтатылды;

- мектептерде, жоғары және орта арнаулы мекемелерде мемлекеттік және басқа да ұйымдар

мен оқыту үшін қашықтықтан жұмыс істеу нысаны, сондай-ақ басқа да шаралар енгізілді.

2023 жылдың мамырында Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы COVID-19 пандемиясына байланысты жаһандық денсаулық сақтау төтенше жағдайының жойылғанын жариялады.

3.2 Медициналық көмектің сапасын ұйымдастыру және басқару

3.2.1 Денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеу

Денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеу, атап айтқанда медициналық ұйымдарды аккредиттеу соңғы жылдары кең таралды және бұл сала үздік халықаралық тәжірибелерді ескере отырып әзірленген халықаралық стандарттарға тұрақты түрде көшуде.

Медициналық ұйымдарды аккредиттеуді әзірлеу, енгізу және дамыту бойынша ең үлкен тәжірибеге аккредиттеу әдіснамасын әзірлеуде жетекші орын алатын АҚШ, Канада және Ұлыбритания ие, сондай-ақ мамандарды сыртқы кешенді бағалау және медициналық көмектің сапасын талдау саласындағы озық технологияларға даярлау және оқыту бөлігінде халықаралық қоғамдастықтағы инновациялардың негізгі генераторлары болып табылады.

Мәселен, бүгінгі таңда әлемнің 70 елінде 23 000-ға жуық медициналық ұйым JCI (Joint Commission International) халықаралық аккредитациясы мен сертификатына ие. Аккредиттеуді дамытудың негізгі ынталандыруы халықты денсаулық сақтау қызметтерімен жалпыға бірдей қамтуды қамтамасыз етуге жаһандық ұмтылыс болды. Айта кету керек, медициналық ұйымдарды аккредиттеу жүйесі әртүрлі қаржыландыру көздерінде және денсаулық сақтаудың әртүрлі модельдерінде сәтті жұмыс істейді. Аккредиттеу денсаулық сақтаудың мемлекеттік, сондай-ақ жеке және сақтандыру үлгілерінде табысты жүргізіледі. Сонымен қатар, көптеген елдерде аккредиттеу жүргізу үшін мемлекеттік және мемлекеттік емес типтегі ұйымдар бар, олардың сертификатын медициналық қызметтерге Тапсырыс беруші сапалы медициналық көмек көрсетудің кепілі ретінде таниды.

Аккредиттеу мәселелері медициналық қызметті стандарттаумен тығыз байланысты. Денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеудің негізгі мақсаты стандарттар негізінде медициналық көмектің сапасын жақсарту, сондай-ақ денсаулық сақтау жүйесіне деген сенімді нығайту және қауіп дерді азайту болып табылады.

Сапалы, қауіпсіз және қол жетімді медициналық қызметтер көрсету денсаулық сақтауды дамытудың негізі болып табылады. 2009 жылы Қазақстанда алғаш рет медициналық ұйымдарды денсаулық сақтауда аккредиттеу тұжырымдамасы енгізілді және стационарлық, амбулаториялық-емханалық және жедел медициналық көмек көрсететін медициналық ұйымдарды аккредиттеудің алғашқы ұлттық стандарттары әзірленді. Стандарттарды сараптамалық жұмыс топтары, практикалық денсаулық сақтаудың ұлттық сарапшылары, халықаралық сарапшылар және медициналық ұйымдардың өкілдері әзірледі. 2012 жылға дейін медициналық ұйымдарды аккредиттеу процедурасы негізінен медициналық ұйымдардың белгіленген ережелері мен саясаттарының аудиті болды. Бұл тетік медициналық ұйымда болып жатқан бизнес-процестерді тиімді бағалауға мүмкіндік бермеді және оларды жақсарту перспективасымен іске асыруға, оның ішінде көрсетілетін медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігіне әсер ету бөлігінде айтарлықтай әсер етуге мүмкіндік бермеді.

Медициналық ұйымдарды аккредиттеудің айрықша ерекшелігі-медициналық көмектің сапасына, клиникада болып жатқан процестерді бағалауға және пациенттер мен келушілер үшін де, медициналық ұйымның қызметкерлері үшін де қауіпсіз ортаны қамтамасыз етуге назар аудару. 2011-2013 жылдар аралығында Дүниежүзілік Банктің «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау секторында технологияларды беру және институционалдық реформаны жүргізу» жобасы шеңберінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитетімен және Канаданың халықаралық денсаулық сақтау қоғамымен (Csih) бірлесіп:

1. Аккредиттеудің ұлттық стандарттары жаңартылды (Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2012 жылғы 2 қазандағы № 676 бұйрығымен бекітілген) :

- стационарлық медициналық көмек
- амбулаториялық-емханалық медициналық көмек
- жедел медициналық көмек.

2. Қан орталықтарын аккредиттеудің жаңа стандарттарының жобасы әзірленді

3. Ақмола, Қарағанды, Павлодар, Оңтүстік Қазақстан, Қостанай, Ақтөбе облыстарының, Алматы және Астана қалаларының 22 медициналық ұйымының базасында аккредиттеудің жаңартылған стандарттарына тестілеу өткізілді.

4. 43 жаттықтырушы, 156 инспектор, 740 сапа үйлестірушісі оқытылды.

Сонымен қатар, 2012 жылы Қазақстанда стационарлық көмек көрсететін ұйымдар үшін қолданылатын аккредиттеу стандарттарын денсаулық сақтаудағы сапа жөніндегі халықаралық қоғамдастықтың Атқарушы комитеті (ISQua) мойындады. 2013 жылғы ақпанда халықаралық талаптарға сәйкестік сертификаты амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымдар үшін аккредиттеу стандарттарына да алынды. 2013 жылы, Аккредиттеу орталығы халықаралық құқықты алды ISQua аккредиттеу жүргізу үшін инспекторларды оқыту.

ҰҒДСДО базасында медициналық ұйымдарды аккредиттеу стандарттарын түсіндіру бойынша алғашқы әдістемелік ұсынымдар әзірленді. Алайда, аккредиттеу стандарттары семантикалық жүктеме мен талаптар бойынша біркелкі болмады. Сонымен, бір стандартта тек бір өлшемшарт болуы мүмкін, ал басқа стандартта 10-нан 15-ке дейін өлшемшарт болған. Келесі 7 жылдың ішінде аккредиттеу стандарттары медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарттарына сәйкестік бөлігінде қайта қаралды, жетілдірілді, денсаулық сақтау жүйесін цифрландыру, диагностика мен емдеудің клиникалық хаттамаларын пайдалану, ауруды басқару бағдарламасын енгізу, патронаждық бақылаудың әмбебап прогрессивті моделі, таргеттік терапияны дамыту, скринингтер жүргізу және пациенттердің денсаулық мектептерінің қызметі бөлігіндегі қазіргі заманғы үрдістердің талаптарымен толықтырылды.

2013 жылы амбулаториялық-емханалық ұйымдарды қаржыландыруды реформалауға дайындық іс-шаралары шеңберінде Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитеті медициналық-санитариялық алғашқы көмек (МСАК) көрсететін ұйымдарды аккредиттеуді жоспарлады. 441 жеткізушімен, оның ішінде 67 жеке медициналық ұйымдармен МСАК қызметтерін көрсетуге мемлекеттік тапсырысты орындауға арналған шарттар жасалды. Оның ішінде 154 МСАК ұйымы 2013 жылы аккредиттелуге жатады, қалған ұйымдар аккредиттелген ұйымдар мәртебесіне ие болды. Медициналық ұйымдарды аккредиттеу стандарттарына сәйкестігі тұрғысынан сыртқы кешенді бағалау жүргізу үшін еліміздің барлық облыстарынан 197 сарапшы тартылды. 42 сарапшылар тобы 5 апта бойы жұмыс істеді. Сыртқы кешенді бағалау нәтижелерімен қатар аккредиттеу комиссиясы шешім қабылдаған кезде МСАК ұйымдары жұмысының қол жеткізілген нәтижелерін бағалау индикаторлары ескерілді. Аккредиттеу нәтижелері бойынша 154 медициналық ұйымның тек 2 медициналық ұйымы 4 жыл мерзімге аккредиттелді: Қарағандының №3 емханасы және Қостанай қаласының №4 емханасы. 2 жыл мерзімге 125 медициналық ұйым (81%), оның ішінде 12 жеке медициналық ұйым аккредиттеуден өтті. Қызмет нәтижелерінің ең нашар көрсеткіштері және негізгі көрсеткіштер бойынша теріс динамикасы байқалған МСАК ұйымдарына аккредиттеуден бас тартылды. Олардың ішінде 27 медициналық ұйым (17,5%) болды. Аталған ұйымдарға сыртқы кешенді бағалау нәтижелері бойынша анықталған ескертулерді жою, сондай-ақ аккредиттеуден өтуге қайта өтінім бермес бұрын қызметтің негізгі көрсеткіштерін жақсарту бойынша жұмыс жүргізу ұсынылды.

2015 жылдың қорытындысы бойынша өтінім берген 238 медициналық ұйымның 229-ы аккредиттеуден өтті, оның ішінде 36-сы жеке ұйым, ал 193-і мемлекеттік ұйым болды. Аккредиттеу жаңартылған бағалау әдістемесі бойынша өтті («Денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеу қағидаларын бекіту туралы» ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы «10» наурыздағы № 127 бұйрығының негізінде), оған сәйкес аккредиттеудің үш санаты беріледі: екінші, бірінші, жоғары. Аккредиттеу нәтижелері бойынша 229 медициналық ұйымға (МҰ) аккредиттеу мәртебесі берілді, аккредиттелмеген – 9 МҰ. Үздік алтауы: Ұлттық ғылыми медициналық орталық, Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығы, Астанадағы Ұлттық ғылыми кардиохирургиялық орталық, Өскемендегі «Ана мен бала орталығы», Ақтаудағы Sofie Medgroupe көпбейінді клиникасы және Алматыдағы ЭКУ орталығы. Сонымен қатар, аккредиттеуге қатысқан медициналық ұйымдардың 4%-ы стандарттардың қойылатын талаптарына сәйкестігін дәлелдей алмады. Негізінен, оларда қауіп - менеджментпен, пациенттер қауіпсіздігінің 6 халықаралық мақсатын енгізумен, клиникалық және клиникалық емес процестерді стандарттаумен байланысты проблемалар анықталды. Сыртқы кешенді бағалау жүргізу үшін ҚР ДСӘДМ Медициналық және фармацевтикалық қызмет сапасын бақылау комитетінің (МФҚБК), Комитеттің аумақтық департаменттерінің, ДДРО аккредиттеу орталығының, арнайы даярлықтан өткен практикалық денсаулық сақтау мамандарының қатарынан 235 сарапшы тартылды.

2016 жылдың басынан бастап ДДРО аккредиттеу орталығы медициналық ұйымдарды аккредиттеу алдындағы даярлауды жүргізді. Медициналық мекемелерді осы рәсімге дайындау үшін Орталық кеңесшілері халықаралық сарапшылардың ұсынымдарын ескере отырып, оқытудың жаңа заманауи технологияларын қолданды. 2016 жылы алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсететін 187 медициналық ұйым, сондай-ақ аудандық және

ауылдық деңгейдегі медициналық ұйымдар ерікті рәсімнен өтуге өтінім берді. Өтінім берген ұйымдардың жалпы санынан - 99 (52,9%) мемлекеттік, 88 (47,1%) - жеке болып табылды. Аккредиттеуден өтуге өтінімдердің ең көп саны Алматы қаласының (32 МҰ), Қызылорда (17 МҰ - 9%), Қарағанды (14 МҰ - 7,4%) және Қостанай (14 МҰ - 7,4%) облыстарының медициналық ұйымдарынан (бұдан әрі - МҰ) келіп түсті. МҰ өтінімдерінің ең аз саны Солтүстік Қазақстан облысында тіркелген - МҰ 2 (1%). Медициналық ұйымдарға сыртқы кешенді бағалау жүргізу үшін 34 сараптамалық топ құрылды, олардың құрамына 68 оқытылған сарапшы, сондай-ақ ҚР ДСӘДМ МФҚБК аумақтық департаменттерінің 39 қызметкері-топ басшылары ретінде кірді. Аккредиттеу рәсімі 2016 жылғы 31 қазан мен 26 қараша аралығында 14 облыста және Алматы және Астана қалаларында қиылысу әдісімен жүргізілді. Барлық санаттар үшін аккредиттеу мерзімі-үш жыл. 11 МҰ (6,1%), оның ішінде Ақмола, Жамбыл, Қостанай, Қызылорда, Оңтүстік Қазақстан облыстарында және Астана қаласы бойынша 1 МҰ, Қарағанды облысында 2 МҰ және Алматы қаласында 3 МҰ аккредиттелген деп танылмады. Осылайша, жалпы Қазақстан Республикасы бойынша Ұлттық аккредиттеу стандарттарына сәйкестікке сыртқы кешенді бағалаудан барлығы 176 (94,1%) МҰ, оның ішінде 89 (89,9%) мемлекеттік және 87 (98,9%) жеке МҰ өтті.

2017 жылдың бірінші жартыжылдығында ерікті рәсімнен өтуге өтінішті әртүрлі деңгейлерде медициналық-санитариялық алғашқы және стационарлық көмек көрсететін 65 медициналық ұйым берді. Медициналық ұйымдардың аккредиттеу стандарттарына сәйкестігін сараптамалық бағалау 2017 жылғы 29 мамыр мен 24 маусым аралығында қиылысу-әдісімен жүргізілді. Жұмыс қорытындысы бойынша жоғары санатты Алматы қаласы Денсаулық сақтау басқармасының «Қалалық кардиологиялық орталығы» ШЖҚ МКК алды. Бірінші санаттағы сәйкестікті 13 медициналық ұйым, ал екінші санатты 39 медициналық ұйым алды. Барлық санаттар үшін аккредиттеу мерзімі - үш жыл. 12 медициналық ұйым аккредиттелген деп танылмады, оның ішінде біреуі - Ақмола, Атырау, Қарағанды, Қостанай, Оңтүстік Қазақстан облыстарында және Астана қаласы бойынша, 2 медициналық ұйым Алматыда және 4 ұйым Жамбыл облысында. Осылайша, Қазақстан Республикасы бойынша аккредиттеуге өтінім берген 65 медициналық ұйымның 46 мемлекеттік және 7 жекеше ұлттық стандарттарға сәйкестігі бойынша сыртқы кешенді бағалаудан сәтті өтті. 2017 жылдың екінші жартыжылдығында тағы 128 медициналық ұйым аккредиттелген.

2017 жылы Аккредиттеу орталығы International Society for Quality in Health Care (Денсаулық сақтаудағы сапа жөніндегі халықаралық қоғам, бұдан әрі - ISQua) компаниясынан 4 жыл мерзімге аккредиттеуші орган ретінде халықаралық танылды. 2016-2017 жылдар кезеңінде медициналық ұйымдар базасында жаңартылған стандарттарға пилоттық тестілеу жүргізіліп, оларды кейіннен пысықтады.

2018 жылдың бірінші жартыжылдығында 95 медициналық ұйым аккредиттелді. 2018 жылғы 25 маусымнан бастап медициналық ұйымдарды аккредиттеу ҚР ДСМ «Медициналық қызметтер сапасын басқару жүйесі» (бұдан әрі - «МҚСБЖ») автоматтандырылған ақпараттық жүйесін жаңарту қажеттілігі бойынша 2018 жылғы 20 тамызға дейінгі мерзімге тоқтатылды. Бұдан әрі медициналық ұйымдарды аккредиттеу «Медициналық ұйымдарды аккредиттеу стандарттарын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2012 жылғы 2 қазандағы № 676 бұйрығына өзгеріс пен толықтыру енгізу туралы» Денсаулық сақтау министрінің 2018 жылғы 5 маусымдағы № 325 бұйрығына сәйкес жаңартылған стандарттар бойынша жүргізілді.

Медициналық ұйымдарды ұлттық аккредиттеу енгізілген сәттен бастап аккредиттеу стандарттарының бұл шығарылымы шот бойынша үшінші болды. Үздік әлемдік практика мен ISQua талаптарына сәйкес төрт жылда бір рет Ұлттық аккредиттеу стандарттарын қайта қарау ұсынылады. Үшінші қайта қарау стандарттары бойынша келесі төрт жыл ішінде медициналық ұйымдарды аккредиттеу жүргізілді. Осы аккредиттеу стандарттары Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымының (бұдан әрі - ДДҰ) ұсынымдарын, халықаралық аккредиттеу стандарттарын, Денсаулық сақтау саласындағы сапа жөніндегі Халықаралық қоғамның (бұдан әрі - ISQua) талаптарын және Қазақстан Республикасының қолданыстағы нормативтік-құқықтық актілерін ескере отырып әзірленді. Жаңа стандарттар олардың егжей-тегжейімен және талаптардың түсінікті экспозициясымен ерекшеленеді, бұл олардың дұрыс түсіндірілмеу мүмкіндігін азайтады. Жаңа стандарттарда стандарттардың ауырлығы біркелкі бөлінеді-әр стандартта 5 нақты өлшенетін критерий бар. Рейтинг жүйесі сақталды: стандарттың әрбір критерийіне пациенттің қауіпсіздігі мен медициналық көмектің сапасына әсеріне байланысты I-ден III-ге дейінгі дәреже беріледі. «МҚСБЖ» санау кезінде адам факторын болдырмау үшін рейтингке сәйкес енгізілген ұпайларды автоматты түрде есептейді. Аккредиттеу стандарттарының мазмұнында корпоративтік басқару, HR-менеджмент, дәрілік заттарды өңдеу және қолдану,

медициналық қателерді анықтау мен алдын алуды қоса алғанда, сапаны басқару және басқа да көптеген бөлімдер саласындағы үздік практикадан жаңа талаптар пайда болды.

Осылайша, Қазақстанның нормативтік құжаттарында алғаш рет «қауіпсіздік мәдениеті» термині пайда болды, бұл пациенттің қауіпсіздігі кәсіби ынтымақтастықтан жоғары болатын ұжымда жазаланбайтын жағдайды сақтауды білдіреді. Осылайша, қауіпсіздік мәдениетін енгізу және қолдау, оқиғаларды анықтауды ынталандыру және жұмысты жақсарту үшін жүйелі шаралар қабылдау қажет медициналық ұйымдардың басшылығына қойылатын талаптар жазылған. Жаңартылған стандарттарда ДДҰ-ның инфекциялық бақылау, антибиотиктерді қолдануды бақылау және пациенттің халықаралық қауіпсіздік мақсаттары туралы ұсынымдары бар. Медициналық ұйымдардың 6 түрі: амбулаториялық-емханалық ұйымдар; стационарлық ұйымдар (ауруханалар); жедел жәрдем қызметтері; қалпына келтіру лечения және медициналық оңалту ұйымдары; паллиативтік көмек және мейіргерлік күтім көрсететін ұйымдар; қан қызметтері үшін жеке аккредиттеу стандарттары бекітілді. Сонымен қатар, Қазақстан Республикасы ДСМ бастамасы бойынша бес басым бағыт бойынша Қазақстан Республикасында инсульттан, инфаркттан, онкологиядан, жарақаттанудан және босандыру саласындағы өлімді азайту үшін өз құрылымының құрамында осындай қызметтері немесе бөлімшелері бар медициналық ұйымдар үшін бейіндік стандарттар әзірленді. Енді аккредиттеудің жалпы стандарттары шеңберінде жоғарыда аталған бес бейінді қызметке арналған арнайы бөлімдер болды. Жаңа аккредиттеу стандарттары ISQua сертификатынан үздік әлемдік практика сәйкес стандарттар ретінде өтті.

2019 жылғы қаңтарда «Денсаулық сақтау саласындағы сыртқы кешенді бағалау жөніндегі сарапшылар мен консультанттар» қоғамдық бірлестігі өзін-өзі реттейтін ұйымдардың тізіліміне (ҰЭМ 2016 жылғы 27 қаңтардағы № 32 бұйрығымен бекітілген өзін-өзі реттейтін ұйымдардың тізілімін жүргізу қағидаларына сәйкес) енгізілді. 2019 жылғы қарашада Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасын және «Республикалық денсаулық сақтауды дамыту орталығы» ШЖҚ РМК (бұдан әрі - РДСО) стратегиялық жоспарын іске асыру шеңберінде медициналық ұйымдарды аккредиттеу функциясын кезең-кезеңімен берудің үшінші (финалдық) кезеңі - РДСО аккредиттеу орталығын мемлекеттік емес секторға бөлу аяқталды. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2019 жылғы 29 қазандағы № 252 НҚ бұйрығына сәйкес «Денсаулық сақтау саласындағы сыртқы кешенді бағалау жөніндегі сарапшылар мен консультанттар» қоғамдық бірлестігі (бұдан әрі - Бірлестік) ҚР ДСМ Сапа жөніндегі біріккен комиссиясының 2019 жылғы 17 қазандағы № 75 хаттамалық шешімінің негізінде уәкілетті органмен (ҚР ДСМ ТҚСҚБК) аккредиттеуші орган ретінде аккредиттелген. 2019 жылғы 15 қарашадан бастап аккредиттеу функциялары мемлекеттік емес секторға шығарылды.

2021 жылдың қорытындысы бойынша ұлттық стандарттар бойынша ТМККК/МӘМС жеткізушілерінің тек 46%-ы - 118 мемлекеттік және 33 жекеменшік, халықаралық стандарттар (JCI) бойынша - 8 клиника аккредиттелді.

2012-2022 жылдар аралығында медициналық ұйымдардың ұлттық аккредиттеу рәсіміне қатысуының жалпы динамикасы бақыланды (84-сурет) жеке және мемлекеттік секторлардың қатысуы бөлінісінде жүзеге асырылады.



84-СУРЕТ - 2012-2022 ЖЫЛДАР КЕЗЕҢІНДЕ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРЫН ҰЛТТЫҚ АККРЕДИТТЕУГЕ ТARTU

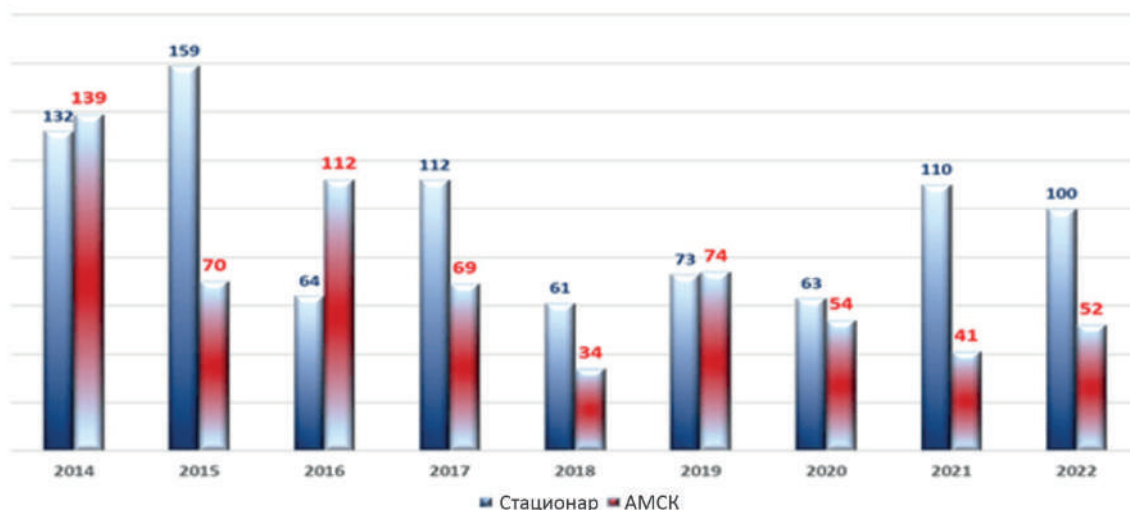
Айта кету керек, онжылдықта жеке денсаулық сақтау секторының қатысуының айтарлықтай өсу тенденциясы анықталған жоқ, орташа мәндер әлі де 35-46,2 көрсеткіштерінде (абсолюттік сандарда) сақталады. Сондай-ақ, аккредиттеудегі медициналық ұйымдардың жалпы санының 2016 жылдан бастап 1,5 есе төмендеуіне назар аударады, бұл ретте медициналық көмек көрсетуге қатысушылардың жалпы саны, соның ішінде жеке меншік нысаны бар, бірлесіп орындау шарттары бойынша медициналық қызметтер көрсететін медициналық ұйымдар жыл сайын артып келеді (85-сурет).



85-СУРЕТ – ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ЖЕКЕ МЕНШІК НЫСАНЫНДАҒЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРЫН ҰЛТТЫҚ АККРЕДИТТЕУГЕ ТARTU ДИНАМИКАСЫ

Аккредиттеуден өтуге талданатын кезең ішінде ең үлкен қызығушылықты тәулік бойы стационар деңгейінде медициналық көмек көрсететін медициналық ұйымдар көрсетеді, бұл зерттелетін кезеңдегі көрсеткіштерді талдау кезінде расталады (86-сурет).

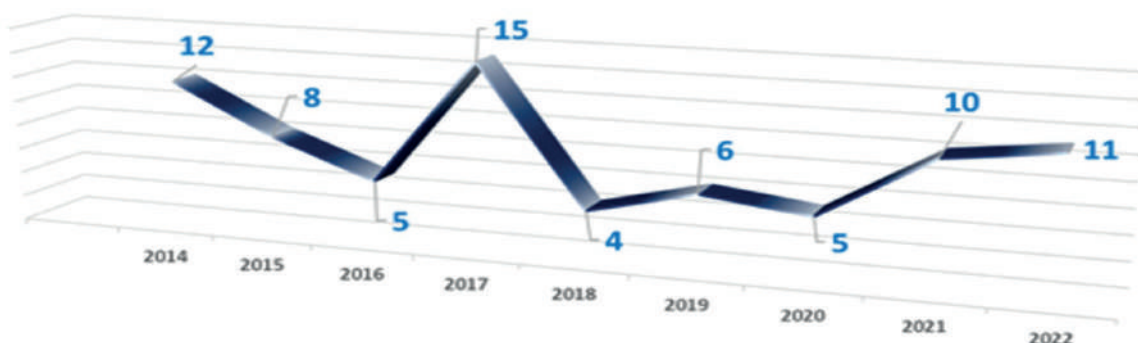
Медициналық көмек көрсету шарттарына байланысты медициналық ұйымдарды аккредиттеуге қатысу динамикасы (абс. саны)



86-СУРЕТ – СТАЦИОНАРЛЫҚ ЖӘНЕ АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ-ЕМХАНАЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТЕТІН ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРЫНЫҢ АККРЕДИТТЕУГЕ ҚАТЫСУЫ

Аккредиттеу рәсімін іске асыруды талдау кезінде балалар бейініндегі медициналық ұйымдардың арасында процеске қатысудың (87 - сурет), алайда, соңғы 2 жылда әлеуетті арттыру үрдісімен төмендігі байқалды.

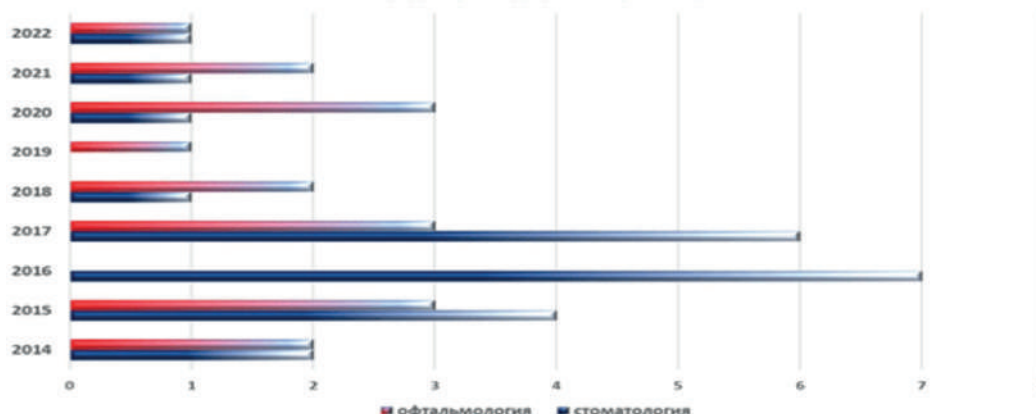
Балалар профиліндегі медициналық ұйымдарды аккредиттеуге қатысу динамикасы (абс. сан) (216-дан)



87-СУРЕТ – ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ БОЙЫНША АККРЕДИТТЕУ ПРОЦЕСІНЕ БАЛАЛАР БЕЙІНІНДЕГІ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРДЫ ТARTУ ДИНАМИКАСЫ

Соңғы жылдары стоматологиялық және офтальмологиялық бейіндегі медициналық ұйымдарды аккредиттеу процесіне қатысу пайызының төмендегенін атап өтуге болады (88-сурет).

Медициналық ұйымдарды аккредиттеуге стоматологиялық (128-ден) және офтальмологиялық (38-ден) бейіндегі медициналық ұйымдардың қатысу динамикасы (абсолютті саны)



88-СУРЕТ - АККРЕДИТТЕУ ПРОЦЕСІНЕ СТОМАТОЛОГИЯ МЕН ОФТАЛЬМОЛОГИЯНЫҢ ҚАТЫСУ ДИНАМИКАСЫ

Осы кезеңде Қазақстан денсаулық сақтау саласындағы көрсетілетін қызметтердің сапасын стандарттау және арттыру мақсатында ISQua мойындаған ұлттық аккредиттеуді пайдаланған ТМД елдерінен жалғыз ел болды. Аккредиттеу саласындағы үздік тәжірибемен алмасу бойынша ынтымақтастық басталған ТМД және алыс шетелдердің басқа елдері де Қазақстанның тәжірибесіне қызығушылық танытты.

ТМД елдерінің ішінде Қазақстанда ұлттық және халықаралық (JCI) аккредиттеуден өткен клиникалардың ең көп саны бар. Медициналық ұйымдарды ұлттық аккредиттеумен қамтуды ұлғайту бойынша жұмыс жалғасуда, ынталандырушы тетіктер әзірленуде:

- қолданыстағы аккредиттеу сертификаты бар медициналық ұйымдардың ӘЛМСҚ-тан проактивті мониторинг және МФБК-дан профилактикалық бақылау жүргізу қажеттілігінің болмауы;

- медициналық ұйымдардың рейтингін қалыптастыру шеңберінде медициналық ұйымда ұлттық аккредиттеудің болуы, сондай-ақ оның санатының деңгейі маңызды индикаторлардың бірі болып таңдалды;

- жоғары технологиялық медициналық қызметтер көрсетуге рұқсат ұлттық аккредиттеудің жоғары санатын алған медициналық ұйымдарға беріледі.

Қорытындылар мен ұсынымдар

Жалпы, 10 жыл ішінде медициналық ұйымдарды ұлттық аккредиттеуді дамыту және танымал ету бойынша белгілі бір жұмыс атқарылғанын атап өткен жөн. Сыртқы кешенді бағалау рәсімін жүргізу әдістемесі іс-шаралардың негізгі векторын медициналық ұйымда орындалатын процестерді бағалауға және адами фактордың әсерін болдырмау мақсатында «МҚСБЖ» (медициналық қызметтердің сапасын басқару жүйесі) бағдарламасында сыртқы кешенді бағалау бойынша қорытынды көрсеткіштерді автоматтандырылған есептеуді жүргізуге баса назар аудара отырып, екі рет қайта қаралды. Аккредиттеу стандарттары аккредиттеудің бірыңғай кешеніне және бейіндер бойынша медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарттарына келтіру мақсатында талданатын кезеңде үш рет қайта қаралды, жетілдірілді және өзектендірілді. Бұл, өз кезегінде, менеджмент процестерін реттеу, шұғыл және шұғыл жағдайлар кезінде, төтенше жағдайлар кезінде іс-шараларды өрістету және өткізу бойынша командалық тәсілді пысықтау, консультация беру, тексеру, емдеу және кейінгі күтім мен бақылау процесіндегідей пациенттер мен олардың отбасы мүшелерінің құқықтарын іске асыруды қамтамасыз ету арқылы көрсетілетін медициналық қызметтердің сапа деңгейіне тікелей әсер етуге мүмкіндік береді, сондай-ақ медициналық көмектің қолжетімділігін арттыру үшін үздік тәжірибелерді енгізумен.

Аккредиттеу процесінен алғаш рет өткен медициналық ұйымдар болашақта аккредиттелген ұйымның мәртебесін сақтап қана қоймай, сонымен қатар аккредиттеу санатының деңгейін арттыруға ұмтылатынын, бұл, әрине, басқа ұқсас медициналық ұйымдар арасында рейтингтің жоғарылауына ғана емес, сонымен қатар көрсетілетін медициналық қызметтердің сенімділігін, қауіпсіздігін және сапасын қамтамасыз етуге байланысты стейкхолдерлердің арасында сенім деңгейінің жоғарылауына әкелетінін айта кету керек.

Алайда, қызметтің бұл бағыты тетіктерді іске асыру бойынша көптеген проблемалардың болуына байланысты одан әрі жетілдіруді талап етеді. Қазіргі уақытта медициналық қоғамдастықта аккредиттеуді орталықсыздандыру және оны өткізу жөніндегі функцияларды бәсекелестік ортаға беру мәселесі бойынша белсенді пікірталастар жүріп жатыр. Тиісті нормативтік-құқықтық базаның болуына қарамастан, осы рәсімдерді жүргізу үшін ұйымдарды аккредиттеуде көптеген проблемалар бар.

Аккредиттеудің аккредиттелген ұйымдарда көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасы мен қауіпсіздігіне тікелей тәуелділігі мәселесі әлі де ашық күйінде қалып отыр. МӘМС қаражатын алуда аккредиттелген ұйымдардың басым құқығының болуына қарамастан, бұл ереже әлі де заңнамалық пысықтауды талап етеді.

3.2.2 Ұтымды клиникалық тәжірибе

Кодексте бекітілген Қазақстан Республикасының азаматтарына денсаулық сақтау саласындағы құқықтарды қамтамасыз ету кепілдіктерінің бірі медициналық көмектің сапасы болып табылады.

ҚР-дағы медициналық көмектің сапасы көрсетілетін медициналық көмектің клиникалық хаттамаларға (бұдан әрі - КП), медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарттарына (бұдан әрі - Стандарт), медициналық көмек көрсету қағидаларына сәйкестігімен қамтамасыз етіледі.

КП-бұл Кодексте анықталған аурулардың алдын алу, медициналық оңалту және паллиативті көмек, емдеу және диагностика бойынша ғылыми дәлелденген ұсыныстар. ҚК әзірлеу және өзектендіру тәртібі «клиникалық хаттамаларды әзірлеу және қайта қарау қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 12 қарашадағы № ҚР ДСМ - 188/2020 бұйрығымен регламенттелген.

КП емдеу-диагностикалық процестің тұтастығын, әртүрлі медициналық ұйымдарда медициналық көмек көрсетудің барлық кезеңдеріндегі сабақтастықты және даулы және жанжалды мәселелерді шешу кезінде пациент пен дәрігердің құқықтарын қорғауды қамтамасыз етеді, сондай-ақ профилактиканың, емдеудің және оңалтудың оңтайлы технологияларын таңдау міндеттерін шешеді.

КП үкіметтік емес ұйымдарды тарта отырып, ғылыми медициналық орталықтар, жоғары медициналық оқу орындары әзірлейді. КП әзірлеу және өзектендіру аурудың таралу деңгейі, аурулардан халықтың өлім-жітім деңгейі, ауруды әлеуметтік маңызы бар ауруларға жатқызу және басқа да критерийлер бойынша КП тақырыптарына алдын ала басымдық бере отырып жүргізіледі.

Әзірлеу кезеңінде КП жобалары әзірлеушілердің сайтында орналастырылуына байланысты кейіннен рецензиялау үшін мемлекеттік органдарға, кәсіби және пациенттік қауымдастықтарға ашық талқылауға қол жетімді.

Бұдан әрі дәлелді медицина бойынша халықаралық деректерді пайдалана отырып, дәрілік заттар мен технологиялардың дәлелденген клиникалық тиімділігі мен қауіпсіздігіне КП жобаларына сараптамалық бағалау жүргізіледі.

Дәлелді медицина принципі және сараптамадағы жүйелі тәсіл тиімсіз емдеу және алдын алу әдістерін, диагностиканың аз ақпараттық әдістерін, қауіпті дәрілік заттарды және хирургиялық араласуларды қолдану жиілігін төмендетуге бағытталған, бұл артық диагностикуаны, полипрагмазияны болдырмауға және медициналық көмекке жұмсалатын шығындарды оңтайландыруға мүмкіндік береді.

ҚК-нің пайдалануға ұсынымы туралы шешімді Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық қызметтердің сапасы жөніндегі бірлескен комиссиясы қабылдайды. КП Министрліктің сайтында ашық қолжетімділікте орналастырылған.

Қазіргі уақытта Қазақстан Республикасының практикалық денсаулық сақтау саласында 1100 КП, оның ішінде диагностика және емдеу КП - 926, медициналық араласу КП - 129, медициналық оңалту КП - 33, паллиативтік көмек КП - 12 қолданылады. КП Акушерлік және гинекология (73 КП), хирургия (558 КП), педиатрия (150 КП), терапия (319 КП) сияқты профильдерді қамтиды.

Бұдан басқа, Қазақстан Республикасының Халқына медициналық көмек дәлелді медицина қағидаттарын ескере отырып әзірленген және медициналық көмекті ұйымдастыруға қойылатын талаптар мен қағидаларды белгілейтін стандарттарға сәйкес көрсетіледі. Қазақстан Республикасында бейінді қызметтер бойынша барлығы 40 стандарт қолданылады.

Қазақстан Республикасында дәлелді медицинаға негізделген басқарушылық және клиникалық шешімдерді қабылдаудың айқын және ашық жүйесін құру үшін 2011 жылдан бастап денсаулық сақтау технологияларын бағалау (бұдан әрі - от) жүргізіледі. Медициналық технологияларды бағалау бойынша сарапшылар базасы (бұдан әрі - ОӘТ) қалыптастырылды, әдістемелік құралдар (5 әдістемелік ұсыным, 1 оқу құралы) және ОӘТ жүргізу регламенті әзірленді.

2013 жылы МТБ бойынша алғашқы есептер ұсынылды, соның негізінде Қазақстан ДСТБ - INANTA агенттіктерінің халықаралық желісіне қабылданды.

2011-2014 жылдар аралығында ЖТМК критерийлеріне сәйкестікке 676 медициналық технология, клиникалық тиімділік пен қауіпсіздік бойынша дәлелді базаның болуына 257 медициналық технология, қауіпсіздік, тиімділік және қолдану сапасының критерийлеріне сәйкестікке 87 жаңа медициналық технология сарапталды, шешім қабылдау үшін 11 толық есебі қалыптастырылды.

3.3 Денсаулық сақтау инфрақұрылымы

2012-2022 жылдар кезеңінде медициналық ұйымдардың халық үшін, оның ішінде шалғай жерлерде орналасқан елді мекендердің тұрғындары үшін аумақтық қолжетімділігін қамтамасыз ету мақсатында медициналық саладағы инвестициялық ахуалды жақсарту жөніндегі шаралар іске асырылды.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі (ҚР ДСМ) денсаулық сақтау ұйымдарының инфрақұрылымын жақсарту, ресурстарды пайдалану тиімділігін арттыру және халықаралық стандарттарға сәйкес медициналық қызметтер көрсету мақсатында Денсаулық сақтау ұйымдарының желісін қайта құрылымдау және инвестицияларды жоспарлау жөніндегі іс-шараларды жоспарлады. Осы іс-шараларды іске асыру үшін 3 негізгі бағыт бойынша мастер-жоспарлардың жобаларымен әзірленген «Sanigest Internacional» консалтингтік компаниясы тартылды:

- аурухана ұйымдарының желісін қайта құрылымдау;
- амбулаториялық-емханалық ұйымдар желісін дамыту;
- өңірлер үшін зертханалық қызметті жетілдіру.

Өңірлердің аурухана ұйымдарын халықаралық стандарттарға келтіру мақсатында 2009 жылы Қазақстандағы Үкіметтің қаулысымен денсаулық сақтау ұйымдары желісінің мемлекеттік нормативі бекітілді. Кейіннен денсаулық сақтау ұйымдары желісінің мемлекеттік нормативі өзгерістер мен толықтырулармен бірнеше рет қайта қаралды.

Өңірлік денсаулық сақтау басқармалары жергілікті атқарушы органдармен бірлесіп 2015 жылдан бастап өңірдің денсаулық сақтау ұйымдарының желісін дамыту мақсатында өңірлік

перспективалық жоспарларды (ӨПЖ) әзірлеуді жүргізуде, олардың негізінде бірыңғай перспективалық жоспар қалыптастырылады және бекітіледі.

Денсаулық сақтау ұйымдарының инфрақұрылымын дамыту ӨПЖ - бұл қолданыстағы желіден құрылымдағы және оқшаулаудағы өзгерістерді қамтитын денсаулық сақтау ұйымдарының оңтайландырылған желісіне көшу стратегиясы.

Денсаулық сақтауды дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасын іске асыру шеңберінде барлық өңірлерде денсаулық сақтау ұйымдарының желісін жетілдіру бөлігінде фтизиатриялық және психиатриялық және наркологиялық қызметтердің сатылы интеграциясымен денсаулық сақтау ұйымдарының инфрақұрылымын оңтайландыру жүргізілді.

2018 жылдан бастап денсаулық сақтау инфрақұрылымын дамытудың бірыңғай перспективалық жоспарын ескере отырып, монобейінді медициналық ұйымдарды көп бейінді ауруханалардың құрамына біріктіру жолымен тәулік бойғы стационарлар желісін ұтымды ету жүргізілуде. Аурухана секторын қайта құрылымдау және медициналық көмек көрсетудің көп бейінділігін дамыту ауруханаларды біріктіру және ірілендіру, оларды заманауи жабдықтармен жаңғырту, қуаты аз, тиімсіз, материалдық базасы әлсіз, негізінен ауылдық ауруханаларды жабу және заманауи жабдықталған оңалту орталықтарын, хоспистерді, мейіргерлік күтім ауруханаларын ашу жөніндегі іс-шараларды жүргізуге мүмкіндік берді. Аурухана секторын қайта құрылымдау медициналық көмек көрсетудің көп бейінділігін одан әрі дамытуға бағытталған. Олардың құрамына монобейінді ауруханаларды енгізе отырып, көп бейінді ауруханаларды ірілендіру және құру есебінен

2021 жылдың қорытындысы бойынша аурухана ұйымдары 640-тан 477-ге дейін азайды.

Аурухана желісі халық санының жынысы мен жасына, сырқаттанушылыққа, кадр ресурстары мен медициналық техниканың болуына сәйкес демографиялық өзгерістерді ескере отырып, халықтың қажеттіліктеріне бағдарлануы тиіс. Бұл елдің, өңірдің әкімшілік-аумақтық бөлінісіне сәйкес аурухананың орналасқан жеріне емес, халықтың қажеттіліктері мен медициналық қызметтерге уақтылы қол жетімділіктің айналасында желіні дамытуды көздейді.

Тәулік бойы стационарға негізсіз жатқызудың өсуі және МСАК-тың басым дамуы медициналық алғашқы көмек желісін нығайту қажеттігін көрсетеді - егер емдеуге жатқызудың жоғары деңгейі медициналық алғашқы көмектің ішінара әлсіз желісінен туындаса. Сонымен қатар, емдеуге жатқызу деңгейінің төмендеуі МСАК желісінің әлеуеті айтарлықтай артып келе жатқанын білдіреді.

МСАК ұйымдарының құрылымы көрсетілетін медициналық көмектің қолжетімділігін, уақтылығы мен сапасын қамтамасыз етуге мүмкіндік беретін негізгі факторлардың бірі болып табылады.

2012-2022 жылдары денсаулық сақтауды дамытудың мемлекеттік бағдарламаларын іске асыру шеңберінде МСАК дамыту басым бағытқа ие болды, жалпы дәрігерлік практика институты айтарлықтай нығайтылды. МСАК ұйымдарына адам, отбасы және қоғам деңгейінде көрсетілетін аурулар мен жай-күйлердің алдын алуды, диагностикалауды, емдеуді қамтитын халықтың мұқтаждықтарына бағдарланған медициналық көмекке алғашқы қолжетімділік орны бекітілді. Пациентке бағдарланған модельге көшу нормативтік-құқықтық базаны қайта қарауды және жетілдіруді талап етті, оның ішінде МСАК көрсету кезінде мемлекеттік-жекешелік әріптестіктің (МЖӘ) басымдығын айқындады.

Бүгінде ауыл тұрғындары, оның ішінде шалғайдағы елді мекендердің тұрғындары үшін медициналық қызметтердің қолжетімділігі қашықтықтан медицина және көлік медицинасы (медициналық пойыздар, жылжымалы медициналық кешендер, санитариялық авиация) ресурстарын пайдалану арқылы қамтамасыз етіледі. 2020 жылы шалғай ауылдарда тұратын халыққа медициналық қызметтердің қолжетімділігін қамтамасыз ету және ұсыну үшін қолда бар шассиде 100 жылжымалы медициналық кешен сатып алынды, бүгінде олардың саны 149-ды құрайды. Науқастар мен зардап шеккендерге дәрігерге дейінгі медициналық көмекті уақтылы көрсету, сондай-ақ пациенттерді мамандандырылған медициналық көмек көрсету үшін медициналық ұйымдарға қысқа мерзімде жеткізу үшін аудандық жедел медициналық көмек қосалқы станцияларының желісі кеңейтілді.

Халықтың тұратын жеріне жақын жеке және топтық отбасылық дәрігерлік практикаларды (отбасылық дәрігерлік амбулаторияларды) ашу үшін қосымша жағдайлар жасалды. Жергілікті атқарушы органдардың қаражаты және жеке инвестициялар тартудың есебінен денсаулық сақтаудың 500-ден кем емес медициналық-санитариялық алғашқы көмек объектілерін ашу жоспарлануда.

Өңірлік перспективалық даму жоспарлары шеңберінде әкімдіктер өңірлердің денсаулық сақтау жүйесінің инфрақұрылымын жаңарту жөніндегі іс-шараларды, оның ішінде жергілікті

және республикалық бюджеттер, жеке инвестициялар, МЖӘ қаражаты есебінен, сондай-ақ «Ауыл - ел бесігі» бағдарламасы шеңберінде объектілерді күрделі жөндеуді, реконструкциялауды, салуды жоспарлы түрде жүзеге асырады.

2020-2021 жылдары Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесі коронавирус инфекциясымен ауыратындардың жоғары өсуіне байланысты орасан зор жүктемеге төтеп берді. Коронавирус инфекциясының таралу қаупін ескере отырып, Денсаулық сақтау министрлігі төсек қорының дайындығын қамтамасыз ету бойынша шаралар қабылдады. Денсаулық сақтау инфрақұрылымының коронавирус инфекциямен сырқаттанушылықтың өсуіне дайындығы және пандемия жағдайында халыққа медициналық көмек көрсетудің қолжетімділігін арттыру үшін облыс орталықтарында және Алматы, Шымкент, Астана қалаларында жергілікті бюджеттен, Қазақстан Республикасы Үкіметінің резервінен және демеушілік көмекті қоса қаржыландырумен Жұмыспен қамтудың жол картасы бағдарламасы қаражаты шеңберінде өңірлердің әкімдіктері модульдік инфекциялық ауруханалар тұрғызды.

Мемлекет басшысының 2020 жылғы 1 қыркүйектегі «Жаңа жағдайдағы Қазақстан: іс-қимыл кезеңі» атты Қазақстан халқына Жолдауында денсаулық сақтау жүйесін дамытудың маңызды мәселелерінің бірі медициналық инфрақұрылымды дамыту, оның ішінде жаңа инфекциялық ауруханалар, көпбейінді медициналық орталықтар салу және қазіргі заманғы көпфункционалдық денсаулық сақтау объектілерін пайдалануға беру болып айқындалды. Мемлекет басшысының 2022 жылғы 1 қыркүйектегі «Әділетті мемлекет. Біртұтас ұлт. Берекелі қоғам» атты Қазақстан халқына Жолдауында медициналық инфрақұрылымды, оның ішінде мемлекеттік-жекешелік әріптестік арқылы және еліміздің ауыл тұрғындарының қажеттіліктеріне бағытталған ұлттық жобаны іске асыру шеңберінде кешенді жақсартуға ерекше назар аудару қажеттігіне баса назар аударылды.

Денсаулық сақтау инфрақұрылымы денсаулық сақтау жүйесінің құрылымдық сапасының маңызды құрамдас бөлігі болып табылады. Медициналық ұйымдардың материалдық-техникалық инфрақұрылымы денсаулық сақтау провайдерлерінің өз жұмысын орындау қабілетіне де, пациенттердің қанағаттануына да айтарлықтай әсер етеді. Медициналық ұйымдардың медициналық жабдықтармен жарақтандырылуы 2012 жылдан бастап айтарлықтай оң өзгерістерге ұшырады. 2010-2012 жылдары өңірлік деңгейде ауруханалық және амбулаториялық-емханалық денсаулық сақтау ұйымдарының өте төмен жарақтандырылғанын атап өту қажет. Министрлік денсаулық сақтау ұйымдарының материалдық-техникалық базасын жақсарту мәселесі бойынша тұрақты жұмыс жүргізеді. 2022 жылдың қорытындысы бойынша медициналық ұйымдардың жарақтандырылуы республика бойынша 84,5%-ды құрады, бұл ретте тозу 49,8%-ды құрады. Алдыңғы жылдары «100 мектеп, 100 аурухана салу» және «350 дәрігерлік амбулатория, фельдшерлік-акушерлік пункттер мен емханалар салу» ауқымды жобалары, сондай-ақ мемлекеттік бюджет және жеке инвестициялар қаражаты шеңберінде жеке жобалар іске асырылды.

Бөлінген қаражат бірінші кезектегі тәртіппен ҚР Үкіметі мен ЖАО апаттылық, ғимараттар мен құрылыстардың тозуы, медициналық көмектің, оның ішінде шалғайдағы елді мекендерде қолжетімділігін қамтамасыз ету мәселелерін шешуге бағытталды және бірқатар облыс орталықтарында жоғары технологиялық медициналық объектілер салынды.

Сондай-ақ, Астана қаласында халықаралық стандарттарға сәйкес келетін және бүкіл республика халқына жоғары технологиялық медициналық көмек көрсететін заманауи мамандандырылған орталықтар құрылды.

2020-2022 жылдары 27 стационарлық денсаулық сақтау объектілері бойынша күрделі жөндеу жұмыстары жүргізілді, өкпені жасанды желдету аппараттарының 3 мыңнан астам бірлігі жеткізілді, оның ішінде 64 оттегі станциясын пайдалануға беру есебінен орталықтандырылған оттегімен қамтамасыз етілген 1500 отандық өндіріс; аудандық ауруханалар 53 рентген-аппараттармен толық жарақтандырылды, оның 49-ы «Ақтөбе рентген» отандық өндірушісінен сатып алынды инфекциялық науқастарға медициналық көмек көрсету үшін. 2020 жылдан бастап 2022 жылға дейін 260, оның ішінде 2020 жылы – 80, 2021 жылы – 71 және 2022 жылы – 109 объекті пайдалануға берілді.

Бұл шаралар медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігін жақсартуға мүмкіндік берді.

Сонымен қатар, инфрақұрылым әлемде диагностика мен емдеудің технологиялары мен жаңа әдістерінің дамуына, сондай-ақ 40%-дан астам денсаулық сақтау активтерінің физикалық тозуына байланысты тұрақты инвестицияларды талап етеді.

Денсаулық сақтау инфрақұрылымын тиімді дамыту, сондай-ақ 2020 жылы денсаулық сақтау саласындағы ірі инвестициялық жобалар мен мемлекеттік-жекешелік әріптестік жобаларын іске асыру үшін Министрлік «Turar Healthcare» КеАҚ денсаулық сақтау саласындағы ұлттық

операторын айқындады. Ұлттық оператор пациенттердің, қызметкерлердің және медициналық ұйымдарға келушілердің сапасы мен қауіпсіздігінің ұлттық және халықаралық стандарттарын ескере отырып, жаңа медициналық инфрақұрылым құру мақсатында жобаларды іске асыру бойынша белсенді жұмыс жүргізуде. Медициналық жоспарлау кезінде инфекциялық, қаржылық және басқаларды қоса алғанда, ықтимал қауіп дерді барынша азайта отырып, денсаулық сақтау инфрақұрылымы саласындағы үздік әлемдік практикалардың тәжірибесі ескеріледі.

Денсаулық сақтау инфрақұрылымын кешенді жаңарту мақсатында және өңірлердің қажеттілігін ескере отырып, халықаралық стандарттарға сәйкес келетін көп бейінді ауруханалар салу жобаларын кезең-кезеңімен іске асыру жоспарлануда.

Жоспарланған ауруханалардың медициналық персоналмен қамтамасыз етілуіне жүргізілген талдау, ең алдымен, барлық басқа жобаларды кадрлармен қамтамасыз ету және білім, ғылым және практиканың үштұғырлығы қағидатын сақтау мақсатында университеттік ауруханаларды іске асырудың басымдығын анықтайды.

Осылайша, бірінші кезеңде, 2026 жылға дейін 6 көп бейінді университеттік аурухана (Алматы және Қарағанды қалаларында 300 төсекке, Астана және Шымкент қалаларында 800 төсекке, Ақтөбе және Семей қалаларында 500 төсекке дейін) салу жобаларын іске асыру, сондай-ақ инвесторлардың бастамасымен басталған жобаларды аяқтау жоспарлануда (Петропавл қаласында 480 төсекке, Түркістан қаласында 570 төсекке, Көкшетау қаласында 630 төсекке).

Екінші кезеңде, 2026 жылдан бастап 2030 жылға дейін Ақтау (300 төсек), Атырау (350 төсек), Қостанай (400 төсек), Павлодар (500 төсек), Тараз (450 төсек), Орал (440 төсек), Жезқазған (300 төсек), Қонаев (800 төсек) және Астана қаласындағы оңалту орталығы. Сондай-ақ, 13 заманауи перинаталдық орталық салу жоспарлануда.

Бұл ғылым, білім және клиникалық қызметтің үштұғырлығының перспективалық моделін құруға, клиникалық зерттеулердің тиімділігін арттыруға мүмкіндік береді. Ауылдық денсаулық сақтау инфрақұрылымын жақсарту үшін «Ауылдық денсаулық сақтауды жаңғырту» ұлттық жобасы шеңберінде 655 МСАК объектісі салынады, сондай-ақ медициналық көмек көрсету көлемі бойынша облыстық ауруханаларға балама болып табылатын жаңа объектілерді жаңғырту және ұйымдастыру жолымен көп бейінді аудандық орталық ауруханалар ұйымдастырылады.

2022 жылы Денсаулық сақтау министрлігіне 248,5 млрд. теңге сомасына негізгі капиталға инвестиция салу көрсеткішіне қол жеткізу қажет болды, жыл қорытындысы бойынша «Талдау» АЖ жүйесінің деректеріне сәйкес ИОК 257,1 млрд. теңгені құрады - бұл көрсеткішке Министрлік қол жеткізді.

Бұл ретте, республикалық бюджет қаражаты есебінен денсаулық сақтау саласына салынатын капитал салымдарының негізгі көлемі 57,0 млрд. теңге, жергілікті бюджетке - 80,3 млрд. теңге, ал «Талдау» АЖ жүйесінің деректеріне сәйкес жеке инвестицияларға - 119,8 млрд. теңге мөлшерінде келеді.

Мемлекеттік денсаулық сақтау субъектілерін жаңғырту медициналық ұйымдарды ең төменгі техникалық және күрделі жарақтандыру стандарттарының талап етілетін деңгейіне дейін жеткізу қажеттілігі ескеріле отырып жүзеге асырылатын болады.

Мұндай жобаларды жоспарлау және орындау ашық халықаралық конкурстық рәсімдер негізінде таңдалған халықаралық қаржыландыру ұйымдарымен және жеке әріптестермен серіктестікте іске асырылатын болады. Барлық жоспарланған шаралар ел өңірлеріндегі денсаулық сақтау инфрақұрылымын жаңартуға, пациенттерді емдеуде сапа мен мультидисциплинарлық тәсілді қамтамасыз етуге, пациенттердің шетелге кетуін азайтуға және кірме медициналық туризмді қамтамасыз етуге, медициналық жоғары оқу орындары үшін клиникалық базалар құруға мүмкіндік береді.

3.3.1 Денсаулық сақтау саласындағы ұлттық оператор

Қазақстан Республикасы Үкіметінің қаулысымен мемлекеттің жарғылық капиталға жүз пайыз қатысуымен «Tugar Healthcare» КеАҚ құрылды, оны денсаулық сақтау саласындағы ұлттық оператор (бұдан әрі - ұлттық оператор) айқындады, оның қызметінің негізгі мәні денсаулық сақтау инфрақұрылымын дамыту болып табылады.

Үкіметтің қаулысымен Ұлттық оператордың мынадай функциялары айқындалды:

1) денсаулық сақтау саласындағы жобаларды, оның ішінде инвестициялық жобаларды іске асыру;

2) денсаулық сақтау объектілерін медициналық жоспарлау жөніндегі қызметті жүзеге асыру;

3) денсаулық сақтау объектілерінің жобалау алдындағы және жобалау-сметалық құжаттамасын әзірлеу жөніндегі, оның ішінде қайта қолдану жобаларын мақұлдай отырып, қызметті жүзеге асыру;

4) денсаулық сақтау объектілері бойынша авторлық қадағалауды жүргізу жөніндегі қызметті жүзеге асыру.

Ұлттық оператор пациенттердің, медицина ұйымдарының қызметкерлері мен келушілерінің сапасы мен қауіпсіздігінің ұлттық және халықаралық стандарттарын ескере отырып, жаңа медициналық инфрақұрылым құру жөніндегі жобаларды іске асыру бойынша жұмысты бастады. Медициналық жоспарлау кезінде инфекциялық, қаржылық және басқаларды қоса алғанда, ықтимал қауіп дерді барынша азайта отырып, денсаулық сақтау инфрақұрылымы саласындағы үздік әлемдік практикалардың тәжірибесі қарастырылады.

Қазіргі уақытта Астана, Алматы, Шымкент, Ақтөбе, Қарағанды және Семей қалаларында университеттік ауруханалар салу бойынша 6 ірі жобаны іске асыру жоспарлануда.

Астана және Шымкент қалаларындағы 800 төсектік университеттік ауруханалардың жобалары жеке қаржылық инвестициялар (бұдан әрі – ЖҚИ) тетігі бойынша мемлекеттік-жекешелік әріптестік (бұдан әрі – МЖӘ) шеңберінде іске асырылады.

Алматы және Қарағанды қалаларындағы 300 төсектік университеттік ауруханалар концессия тетігі бойынша ХҚҰ-мен бірлесіп іске асырылуда.

2022 жылы Ұлттық оператор Ақтөбе қаласындағы 400 төсектік университеттік ауруханалар мен 600 төсектік отбасыларға медициналық жоспарлау жұмыстарын жүргізді.

Бұдан басқа, ұлттық оператор республиканың 12 өңірінде 13 заманауи перинаталдық орталық желісін салу жөніндегі жобаларды жоспарлау және жобалау бойынша медициналық құжаттаманы әзірлеуді жүргізеді. Өңірлердің қажеттіліктерін негізге ала отырып, Астана (2), Алматы, Шымкент, Атырау, Жезқазған, Қарағанды, Қостанай, Қызылорда, Тараз, Орал, Алматы облысы Қарасай ауданының Қаскелең қалаларында және Түркістан облысы Ордабасы ауданының Темірлан ауылында заманауи жабдықтармен жарақтандырылған жобалардың тізбесі айқындалды.

Жоғарыда аталған жобаларды іске асыру Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау инфрақұрылымын жаңартуға, сапалы медициналық көмекке ішкі сұранысты қысқа мерзімде қанағаттандыруға, Орталық Азия мен ТМД үшін медициналық туризмді тарту орталықтарын құруға, жеке сектордың ресурстары мен тәжірибесін тартуға мүмкіндік береді.

Неліктен мемлекет бұл мәселеге ерекше назар аударды? Медициналық ұйымдардың барлық дерлік жұмыс істейтін желісі өткен ғасырдың ортасы мен аяғында құрылған және олардың көпшілігі моралдық және материалдық тұрғыдан ескірген және қазіргі заманғы талаптарға сай келмейді. Бұл әсіресе ауылдық жерлерде байқалады.

Сонымен қатар, талдау дәрігерлер мен пациенттер үшін қолайлы жағдай жасай отырып, денсаулық сақтау инфрақұрылымына күрделі салымдар медициналық көмектің барлық кезеңдерінде диагностика мен емдеу стандарттарын абсолютті сақтау арқылы қысқа мерзімде жоғары нәтижелерге қол жеткізуге мүмкіндік беретінін көрсетеді.

3.4. Дәрілік заттармен және медициналық бұйымдармен қамтамасыз ету саясатын жетілдіру

3.4.1 Дәрілік заттармен және медициналық бұйымдармен қамтамасыз ету саясатының тарихы, динамикасы және перспективалары

Ұлттық дәрілік саясат (бұдан әрі – ҰДС) трансформация мен қалыптасудың күрделі кезеңінен өтті және өтіп жатыр.

Фармацевтикалық саясаттың мақсаты бастапқыда Денсаулық сақтау саласындағы белгілі бір мәселелерді шешу болды:

- дәрілік заттардың айналымын мемлекеттік реттеуді күшейту;
- жергілікті фармацевтикалық және медициналық өнеркәсіпті одан әрі дамыту;
- қауіпсіз, тиімді және сапалы дәрілік заттарға қолжетімділікті қамтамасыз ету;
- фармацевтика саласының барлық қатысушыларының, оның ішінде тұтынушылардың,

Мемлекеттік органдардың және фармацевтикалық қызметпен айналысатын кәсіпкерлердің бәсекелестік мүдделерін теңестіру.

ҰДС-да мемлекеттің маңызды функцияларының бірі халыққа сапалы, қауіпсіз және тиімді дәрілік заттарды ұсыну және емдеу-профилактикалық шараларды анықтау болып табылады.

Фармацевтика саласын дамыту Қазақстан Республикасы үшін маңызды стратегиялық, әлеуметтік және экономикалық маңызға ие. Фармацевтика өнеркәсібіндегі жетістіктердің ішінде қазақстандық ұлттық дәрілік формулярды, Қазақстан Республикасы белгілі бір аурулары (жай-күйі) бар азаматтарының жекелеген санаттарын тегін және (немесе) жеңілдікті амбулаториялық қамтамасыз етуге арналған дәрілік заттар мен медициналық бұйымдардың тізбесі және бірыңғай дистрибьютордан сатып алынатын дәрілік заттардың және медициналық бұйымдардың және олардың халыққа өз қызметтерін көрсететін фармацевтикалық және медициналық ұйымдардың тізбесі кіретін өтеу тізбесін қалыптастыру атап өтіледі.

2011 жылы Фармацевтикалық саясат бойынша әріптестік өзара іс-қимыл шеңберінде (техникалық тапсырма № KHSTTIRP-E/CS-01) EURO Health Group консультанттары ҰДС-да мынадай кемшіліктерді анықтады:

- Ауыл тұрғындары үшін дәрілік заттардың қолжетімсіздігі;
- Нарықта жалған және тіркелмеген дәрі-дәрмектердің болуы;
- Тиісті заңнамалық және нормативтік-құқықтық базаның болмауы;
- Дәрілік заттарды өндіру үшін халықаралық сапа стандарттарының болмауы;
- Жаңа дәрілік заттар мен жаңа өндірушілерді әзірлеу үшін қаржылық қолдаудың болмауы;
- Дәрілік заттарды ұтымсыз пайдалану және полипрагмазия;
- Фармацевтика саласы туралы статистикалық деректердің болмауы.

Ұлттық Формулярлық Комитет 2009 жылы құрылды және 2011 жылы тізімнен 600-ге жуық позиция алынып тасталды, бұл фармацевтикалық қарсылыққа әкелді.

Қазіргі тізім ішінара денсаулық сақтаудың жетекші (аға) мамандары жасаған емдеу стандарттарына/нұсқауларына негізделген деп саналады.

Ұлттық формулярды талдау тізімдегі 735 позицияның 463-і (63%) ДДҰ-ның негізгі дәрі-дәрмектер тізімінде жоқ екенін көрсетті. Сол сияқты, амбулаториялық-емханалық дәрі-дәрмек пакетінің (OPDBP) 224 позициясының 136-сы (61%) ДДҰ моделдік тізіміне сәйкес келмеді. Сонымен қатар, дәрілік пакеттің 10 позициясы қолданыстағы Ұлттық Формулярлық тізімге кірмеген.

Қазақстан Республикасының Ұлттық Формулярлық анықтамалығының бірінші басылымы 2008 жылы жарық көрді. Кіріспеге сәйкес, ол өмірлік маңызы бар дәрі-дәрмектер тұжырымдамасына негізделген және дәрі-дәрмектерді ұтымсыз пайдалану мәселесін қарастырған. Таңдалған дәрі-дәрмектер (маңызды немесе өмірлік маңызды) тиісті клиникалық дәлелдерге негізделген дәлелденген тиімділік пен қауіпсіздікке ие деп саналады және бұл дәрі-дәрмектер қазіргі ұлттық нұсқаулықтар мен пациенттерді емдеу хаттамаларының ұсынымдарына, сондай-ақ ДДҰ, Еуропалық және американдық ұйымдардың ұсынымдарына сәйкес келеді.

Алайда, сұхбат барысында көптеген дәрі-дәрмектер формулярға бұрын қолданылғандығына байланысты енгізілгені расталды. Бұл тізімдегі кейбір дәрі-дәрмектерді алып тастау медициналық тәжірибеде айтарлықтай қиындықтарға, атап айтқанда пациенттердің кейбір дәрі-дәрмектерге тәуелділігіне әкелуі мүмкін деген әсер пайда болды.

Денсаулық сақтау ұйымдарының дәрілік формулярлары қазақстандық ұлттық дәрілік формуляр (бұдан әрі - ҚҰФ) негізінде қалыптастырылады, жекелеген, неғұрлым қымбат дәрілік заттарға қатысты қолданудың тиімділігіне тұрақты мониторинг жүргізу және бағалау негізінде ұдайы жетілдіріледі.

Кодекске сәйкес клиникалық қауіпсіздігі мен тиімділігі дәлелденген дәрілік заттардың тізбесі, сондай-ақ орфандық (сирек кездесетін) дәрілік препараттардың тізбесі медициналық ұйымдардың дәрілік формулярларын әзірлеу үшін міндетті негіз, сондай-ақ тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесі шеңберінде дәрілік заттарды сатып алу тізімдерін қалыптастыру үшін негізгі негіз болып табылады..

ҚҰФ дәрілік заттардың фармакотерапиялық және (немесе) анатомиялық-терапиялық сыныптамасы негізінде әзірленеді. ҚҰФ қалыптастыру үшін дәрілік заттар мен медициналық бұйымдардың мемлекеттік тізілімі пайдаланылады. Дәрілік зат Қазақстан Республикасының аумағында тіркелген дәрілік заттың әрбір сауда атауы көрсетіле отырып, дәрілік заттың халықаралық патенттелмеген атауымен ҚҰФ-қа енгізіледі.

2015 жылы Қазақстан Республикасы Үкіметі мен Дүниежүзілік Банктің стратегиялық әріптестігі шеңберінде компонентке сәйкес халықаралық сарапшылармен бірлесіп «Қазақстандық ұлттық дәрілік формуляр редакциясы» орталығы (бұдан әрі - ҚҰФ редакциясы) құрылды. ҚҰФ редакциясы республикалық денсаулық сақтауды дамыту орталығының құрылымдық бөлімшесі - қазір Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы болды .

Жобаның мақсаты Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау жүйесін реформалау мен дамытудың мемлекеттік бағдарламасы шеңберінде Қазақстан Республикасының Үкіметі жүргізетін денсаулық сақтау секторындағы негізгі реформаларды қолдау мақсатында ҚР Денсаулық сақтау министрлігінде және тиісті денсаулық сақтау органдары мен ұйымдарында халықаралық стандарттарды енгізу және ұзақ мерзімді институционалдық әлеуетті қалыптастыру болып табылады.

Қазіргі уақытта Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің бұйрығымен бекітілген ҚҰФ дәрілік заттардың сауда атауларының 6940 позициясын қамтиды.

Сонымен қатар, Қағидаларға сәйкес Формулярлық комиссия дәрілік заттарды ҚҰФ-тан алып тастау туралы шешім қабылдауды мынадай негіздердің бірі болған кезде қарайды:

1) дәрілік заттың тиімділігінің жеткіліксіздігі туралы ғылыми негізделген ұсынымдардың пайда болуы;

2) дәрілік затты қолдану кезінде жағымсыз жанама әсерлердің уыттылығы және (немесе) жоғары жиілігі туралы мәліметтердің пайда болуы;

3) уәкілетті органның дәрілік препараттан тіркеу куәлігін кері қайтарып алуы немесе Кодекстің 177-бабының 3-тармағына сәйкес айқындалған орфандық дәрілік заттар тізбесінен үш жылдан асатын кезең ішінде Қазақстан Республикасында тіркеу мерзімінің өтуі немесе алып тасталуы.

3.4.2 Халықты дәрілік заттармен және медициналық бұйымдармен қамтамасыз ету

Тарихи тұрғыдан дәрі-дәрмектер пациенттердің белгілі бір топтары үшін аурулар тізіміне сәйкес берілген. АДҚ тек шектеулі популяцияларды және жарамды пациенттер 100% немесе 50% өтемақы ала алатын аурулардың шектеулі санын дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етті. 50% жеңілдіктер халықтың барлық топтарына берілді, бірақ тек шектеулі ауруларды емдеуге және шектеулі дәрі-дәрмектерге арналған. Жүйе әр ауруға арналған дәрілік заттардың бекітілген тізімі бойынша жұмыс істеді. Тізім ХПА дәрі-дәрмектері бойынша жасалды, дегенмен дәрі-дәрмектерді тағайындау және босату дәрі-дәрмектердің сауда атауымен жүзеге асырылды. Амбулаториялық дәрілік тізбе ұлттық Формулярлық тізбенің бөлігі болды. Қаржыландыру республикалық бюджеттен де, облыстық/қалалық бюджеттерден де жүзеге асырылды. Әр көзден қаржыландыру көлемі пациенттер санатына және ауруға байланысты болды.

Жүйе өте тиімді жұмыс істеді, бірақ уақыт өте келе бюджет қаражаты есебінен жабылатын бөлікте бағаны жасанды түрде көтеру түріндегі кең таралған бұзушылықтар басталды.

Сондықтан кейінірек бұл тәжірибеден бас тартуға тура келді.

2004 жылдан бастап тегін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің жаңа бағдарламасы енгізілді. Осы бағдарламаның арқасында аурулар бойынша динамикалық бақылауда тұрған азаматтар тегін негізде дәрілік заттарды сатып алу мүмкіндігіне ие болды.

Қазіргі уақытта тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі (бұдан әрі - ТМККК) және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (бұдан әрі - МӘМС) шеңберінде азаматтарды амбулаториялық деңгейде дәрілік заттармен қамтамасыз ету денсаулық сақтау министрінің бұйрығымен бекітілген тізбеге сәйкес жүзеге асырылады.

Бұйрыққа сәйкес, АДҚ тізбесіне ТМККК шеңберіндегі 59 нозология, МӘМС жүйесіндегі 72 нозология (оның ішінде ересектерге арналған МӘМС - 24 нозология, 18 жасқа дейінгі балаларға арналған МӘМС - 48 нозология) кіреді.

23-КЕСТЕ - АДҚ ТІЗБЕСІ

ТМККК		ЕРЕСЕКТЕР ҮШІН МӘМС		18 ЖАСҚА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАР ҮШІН МӘМС	
НОЗОЛОГИЯЛАР	59	НОЗОЛОГИЯЛАР	24	НОЗОЛОГИЯЛАР	48
ҚАЙТАЛАНБАЙТЫН НОЗОЛОГИЯЛАР	56	ҚАЙТАЛАНБАЙТЫН НОЗОЛОГИЯЛАР	24	ҚАЙТАЛАНБАЙТЫН НОЗОЛОГИЯЛАР	48
ДЗ ПОЗИЦИЯЛАРЫ	367	ДЗ ПОЗИЦИЯЛАРЫ	74	ДЗ ПОЗИЦИЯЛАРЫ	174
ҚАЙТАЛАНБАЙТЫН ХПА	287	ҚАЙТАЛАНБАЙТЫН ХПА	55	ҚАЙТАЛАНБАЙТЫН ХПА	86
МБ	22	МБ	0	МБ	0

АДҚ тізбесінде 31 орфандық ауру, 82 ДЗ позициясы (60 қайталанбайтын ХПА), 14 МБ ұсынылған.

Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына сәйкес ТМККК Қазақстан Республикасының азаматтарына, қандастарға, босқындарға, шетелдіктерге және Қазақстан Республикасының аумағында тұрақты тұратын азаматтығы жоқ адамдарға бюджет

қаражаты есебінен ұсынылады және барынша дәлелденген тиімділігі бар профилактикалық, диагностикалық және емдік медициналық қызметтерді қамтиды.

ТМККК шеңберінде дәрі-дәрмектер әлеуметтік мәні бар аурулар бойынша тегін беріледі: туберкулез, созылмалы вирустық гепатиттер және бауыр циррозы, қатерлі ісіктер, қант диабеті, психикалық бұзылулар, балалардың церебралды сал ауруы, жүректің ишемиялық ауруы, артериялық гипертензия, бронх демікпесі, дәнекер тінінің жүйелі зақымдануы, адамның иммун тапшылығы вирусынан (АИТВ) туындаған ауру және т. б.

АДҚ бекітілген тізбесінде ұсынылған дәрі-дәрмектерді сатып алуды қаржыландыруға байланысты «СҚ-Фармация» ЖШС (ТМККК немесе МӘМС) жүзеге асырады.

2005 жылғы өмірлік маңызды дәрі-дәрмектердің бастапқы тізімінде 1200-ге жуық дәрі-дәрмектер болды және негізінен мемлекеттік сатып алулардың тізімі болды. Дегенмен, жүйе тым қатты (икемді емес) және бірдеңені өзгерту қиын болды. Ол қосымша дәрі-дәрмектерді сатып алуға рұқсат бермеді. Дәрілік заттар нақты хаттамасыз тізімге енгізілді. Бұл көбінесе фармацевтикалық компаниялардың қысымы арқылы болды.

Осыған байланысты Денсаулық сақтау министрінің бұйрығымен 2009 жылы амбулаториялық деңгейде тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде халықты тегін және жеңілдікпен қамтамасыз етуге арналған дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдардың тізбесі бекітілді, ол 2 бағытты қамтыды:

- Белгілі бір аурулармен (жай-күймен) және мамандандырылған емдеу өнімдерімен амбулаториялық деңгейде ТМККК шеңберінде халықты тегін және жеңілдікпен қамтамасыз етуге арналған дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдардың тізбесі, өтеу коэффициенті 1,0 (бұдан әрі-өтеу коэффициенті 1,0 болатын АДҚ тізбесі) 40 аурумен/жай-күймен және ДЗ 231 позициясымен (161 ХПА), ал сондай-ақ, 6 және мамандандырылған өнімдермен. Өтеу коэффициенті 1,0 болатын АДҚ тізбесі бюджет қаражаты есебінен (ДЗ 205 позициясы бар 35 ауру/жай-күй және 5 МБ және мамандандырылған өнімдер (138 ХПА)) және республикалық бюджет қаражаты есебінен нысаналы ағымдағы трансферттер (субвенциялар) түрінде (ДЗ 26 позициясы бар 5 ауру (23 ХПА) және 1 МБ) қаржыландырылды.

- Өтеу коэффициенті 0,5 болатын амбулаториялық деңгейде тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде Халықтың жекелеген санаттарын жеңілдікпен қамтамасыз етуге арналған дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдардың тізбесі (бұдан әрі – өтеу коэффициенті 0,5 болатын АДҚ тізбесі) 7 аурумен/жай-күймен және ДЗ 64 позициясымен (53 ХПА) ұсынылды.

Айта кету керек, АДҚ тізбесі келесі құрылымға ие болды: азаматтар санаты, аурулар, ДЗ атауы. Дәрілік заттар ХПА, дәрілік нысаны және дозасы бойынша, ал аурулар ХАЖ-10 кодтарының көрсетілген.

2011-2016 жылдар аралығында амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің бұйрығымен реттелді, оған 237 ДЗ позициясы бар 47 ауру/жай-күй және республикалық бюджет (11 нозология, 47 ХПА) және жергілікті бюджет (36 нозология, 155 ХПА) шеңберінде қаржыландырылған 19 мамандандырылған емдік өнім кірді. Бұйрықтың құрылымында аурулардан басқа, халықтың санаты, шығару нысаны бар дәрілік заттардың атаулары, дәрілік заттарды тағайындау үшін көрсеткіштер (дәрежесі, сатысы, ағымының ауырлығы) енгізілді, сондай-ақ АДҚ тізбесінен дәрілік заттардың дозалары алынып тасталды.

2017 жылғы тамызда ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде дәрілік заттар мен медициналық бұйымдардың тізбесі, оның ішінде белгілі бір аурулары (жай-күйі) бар азаматтардың жекелеген санаттары тегін және (немесе) жеңілдікті дәрілік заттармен, медициналық бұйымдармен және мамандандырылған емдік өнімдермен амбулаториялық деңгейде бекітілді, онда 49 ауру/жай-күй (ТМККК шеңберінде – 18, МӘМС жүйесінде-31) 270 ДЗ позициясы (216 ХПА) және 20 медициналық бұйымдар мен мамандандырылған емдеу өнімдері ұсынылды.

- АХЖ-10 коды, 10-қайта қаралған Аурулардың халықаралық жіктелісі, бұл ДДҰ әзірлеген медициналық диагноздарды кодтау үшін жалпы қабылданған жіктеме болып табылады. АХЖ әдістемелік тәсілдердің біртұтастығын және материалдарды халықаралық деңгейде салыстыруды қамтамасыз ететін нормативтік құжат болып табылады.

- АТХ коды, барлық ДЗ топтарға бөлетін олардың негізгі терапиялық қолдануға сәйкес дәрілік заттар жіктелісінің халықаралық жүйесі. АТХ – қажетті дәрілік препараттарды іздеуді жеңілдететін түсінікті, иерархиялық құрылымға ие жіктеме.

- Нозологияның бөлімдер мен жүйелер бойынша жіктелісі, бұл тізбемен жұмысты едәуір жеңілдетеді, мысалы, қан айналым жүйесінің аурулары, ас қорыту ағзаларының аурулары және т. б. сияқты жаңа өлшемшарттар қосылды.

Кейіннен бұл бұйрыққа бірнеше рет өзгерістер мен толықтырулар енгізілді, бұл әдеттегі рәсімге айналды.

Қазіргі уақытта АДҚ тізбесі Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы бұйрығымен бекітілген, белгілі бір аурулары (жай-күйі) бар Қазақстан Республикасы азаматтарының жекелеген санаттарын тегін және (немесе) жеңілдікпен амбулаториялық қамтамасыз ету үшін дәрілік заттар мен медициналық бұйымдардың тізбесін қалыптастыру қағидаларына сәйкес жасалады, онда алғаш рет тізбеге дәрі-дәрмектерді енгізу туралы нормалармен тең және одан алып тастау нормалары көзделген.

Формулярлық комиссия АДҚ тізбесінен алып тастау туралы осы шешімді қабылдауды уәкілетті органның бастамасы бойынша мынадай негіздердің бірі болған кезде қарайды:

- 1) дәрілік нысанды ескере отырып, дәрілік затты ҚҰФ-тан алып тастау;
- 2) аурулардың, синдромдар мен жай-күйлердің диагностикасы, профилактикасы, емдеу немесе оңалту кезінде дәлелденген клиникалық және (немесе) фармакоэкономикалық артықшылығы және (немесе) әсер ету ерекшеліктері және (немесе) неғұрлым қауіпсіздігі бар баламалы дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдарды қосу;
- 3) дәрілік заттар мен медициналық бұйымдардың айналысы саласындағы мемлекеттік орган ұсынған дәрілік заттар мен медициналық бұйымдарды қолдану кезінде жағымсыз жанама құбылыстардың уыттылығы немесе жоғары жиілігі туралы мәліметтердің пайда болуы;
- 4) дәрілік заттар мен медициналық бұйымдардың айналысы саласындағы мемлекеттік органның шешімімен Қазақстан Республикасында дәрілік заттар мен медициналық бұйымдарды мамандандырылған емдік өнімдерді қолдануды тоқтата тұру;
- 5) дәрілік заттар мен медициналық бұйымдардың айналысы саласындағы мемлекеттік органдардың шешімімен дәрілік заттар мен медициналық бұйымдарды мемлекеттік тіркеудің күшін жою.

3.4.3 Бірыңғай дистрибьюцияны дамыту

Жүйедегі маңызды оқиғалардың бірі бастапқыда «Самұрық-Қазына» ұлттық компаниясының құрамында ұйымдастырылған «СҚ-Фармация» ЖШС атынан дәрілік заттарды сатып алу бойынша бірыңғай дистрибьютор құру болды.

Бірыңғай дистрибьютор құрылған сәттен бастап жаңа ұйым болса да қаншама жанжалдармен және сот процестерімен күрделі жолдан өтті. Алайда, уақыт өте келе, жағдай тұрақтанды және қазіргі уақытта жүйе салаға арналған барлық дәрі-дәрмектерді сатып алатын жалғыз ұйым болып бейімделді, бұған мына деректер дәлел бола алады.



89-СУРЕТ. ДЗ МЕН МБ САТЫП АЛУ ЖАЙ-КҮЙІ

Бірыңғай дистрибьютордың тізімі Денсаулық сақтау министрінің бұйрығымен бекітіледі

Бүгінгі таңда Бірыңғай дистрибьютор тізімінде дәрілік заттар мен медициналық бұйымдардың 1 762 атауы бар.

МСАК деңгейінде терапияның сабақтастығын қамтамасыз ету үшін 2021 жылдан бастап амбулаториялық деңгейде ем алып жатқан пациенттерге арналған барлық дәрі-дәрмектер стационарлар үшін енгізілген. Сонымен қатар ДЗ мен МБ 121 атауы бойынша медициналық ұйымдарда 2022 жылға қажеттілік болмаған. Осылайша, стационарлық көмек шеңберінде медициналық ұйымдар 177,8 млрд. теңге сомасына 1541 ДЗ мен МБ қажеттілігін, ал амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету шеңберінде - 196,4 млрд. теңге сомасына 611 атауды мәлімдеді.

2010 жылдан бастап 2022 жылға дейінгі кезеңде жергілікті коммерциялық дистрибьюторлардан сатып алу үлесінің төмендеуі, тікелей шарттар бойынша (оның ішінде халықаралық ұйымдар (ЮНИСЕФ, БҰҰДБ, СТОП-ТБ) арқылы) және отандық өндірушілерден сатып алу үлесінің ұлғайғаны байқалады.



90-СУРЕТ - БД ТІЗБЕСІ БОЙЫНША 2010-2022 ЖЫЛДАРДАҒЫ БД САТЫП АЛУ ДИНАМИКАСЫ (МЛРД. ТГ.)

Бірыңғай дистрибьютор жұмысының нәтижесінде 2009 жылдан бастап осы уақытқа дейінгі кезеңде 2 трлн теңгеден астам сомаға немесе \$6,5 млрд. долларға дәрілік заттар мен медициналық бұйымдар орталықтандырылған түрде сатып алынды.

Бірыңғай дистрибьютор жұмысының соңғы үш жылының қорытындысы бойынша сатып алу құрылымында отандық өндірушілермен де, сонымен қатар шетелдік өндірушілермен де, оның ішінде ЮНИСЕФ, БҰҰДБ және СТОП-ТБ сияқты халықаралық ұйымдармен тікелей шарттардың үлесі ұлғайды.

Біріккен Ұлттар Ұйымы (ЮНИСЕФ, БҰҰДБ, СТОП-ТБ) құрған халықаралық ұйымдар арқылы медициналық препараттарды сатып алу Қазақстан бөлетін қаражатты айтарлықтай үнемдеуге мүмкіндік береді. Дәрі-дәрмектердің аз мөлшерін сатып алған кезде де ЮНИСЕФ, БҰҰДБ және Стоп-ТБ-тың сенімді өнім берушілермен жасалған жаһандық корпоративтік шарттар шеңберінде ірі сатып алулар үшін берілген жеңілдіктерді пайдалана алады. Осының арқасында 2018-2021 жылдары Қазақстан Үкіметі дәрі-дәрмектердің сатып алуда шамамен 30 млн. АҚШ долларын үнемдеуге қол жеткізді.

Сонымен қатар ЮНИСЕФ арқылы сатып алу нақты препараттардың бағасын төмендету есебінен АИТВ - мен ауыратын науқастарды қамтуды 6 мың адамнан 18 мың адамға дейін ұлғайтуға мүмкіндік берді, бұл ел бойынша АИТВ жұқтырған науқастардың 85-90% - тегін дәрі-дәрмектермен қамтамасыз етуге мүмкіндік берді.

БҰҰДБ арқылы сатып алу - бұл С гепатитімен ауыратын науқастарды 4 мың адамнан 18 мың адамға дейін қамтуды ұлғайту. БҰҰДБ арқасында дәрі-дәрмектерді сатып алу құны 10 есе төмендеді, бұл пациенттерді «С» гепатитіне қарсы вирусқа қарсы терапиямен қамтуды едәуір арттыруға мүмкіндік берді. Мәселен, егер БҰҰДБ-мен ынтымақтастыққа дейін 2011 жылдан бастап 2018 жылға дейін 7 жыл ішінде 6,5 мың адам ғана ем өтсе. 2018 жылдан бастап дәрі-дәрмек құнының төмендеуіне байланысты тегін ем қабылдайтын пациенттер саны 28 мыңға дейін өсті.

2022 жылға арналған Бірыңғай дистрибьютор өз қаражаты есебінен пилоттық жобада медициналық ұйымдар мәлімдегеннен 25 % мөлшерінде 29,1 млрд.теңге сомасына ДЗ мен МБ 501 атауы бойынша төмендемейтін қор қалыптастырды.

Бірыңғай дистрибьютор құрылған сәттен бастап ТМККК шеңберінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге бөлінген қаражаттың жалпы үнемі 192,9 млрд.теңгені құрады. 2010 жылмен салыстырғанда 2022 жылы үнемделген қаражат көлемі абсолютті мәнде 5,2 есеге өсті.



91-СУРЕТ - ШЫҒЫСТАРДЫҢ ЖАЛПЫ ҮНЕМІ

Осылайша үнемдеуге барлық өңірлерде сатып алуды орталықтандыру және қажеттілік көлемін шоғырландыру арқылы қол жеткізіледі. Өнім берушілер бүкіл республика үшін көлем орталықтандырылып сатып алынған кезде бағаның айтарлықтай төмендетуге барады.

Босатылған айырмашылықты медициналық ұйымдар дәрі-дәрмектердің қосымша көлемін сатып алу үшін пайдаланады, осылайша препараттармен халықтың қамтылуын және оған қолжетімділікті арттырады.

Бірыңғай дистрибьютор 2018 жылғы 1 қаңтардан бастап барлық амбулаториялық тізбені сатып алуды орталықтандырылып өткізуде, бұл 2018 жылы ел бюджетін 23,4 млрд.теңге көлемінде үнемдеуге мүмкіндік берді.

Жыл сайын мемлекет амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландыруды ұлғайтады, нозологиялар мен халықты қамту ұлғаюда.

2020 жылғы 1 қаңтардан бастап Қазақстанда МӘМС жүйесі енгізілді, бұл қосымша 105 нозологияны қамтуға мүмкіндік берді.

Осылайша, ТМҚКК және МӘМС шеңберінде нозологияларды қамтуды 45 нозологиядан 131 нозологияға дейін 3 есе кеңейтуге қол жеткізілді.

Амбулаториялық дәрілік қамтамасыз ету шеңберінде дәрілік қамтамасыз ету нде белгілі бір аурулары бар Қазақстан Республикасы азаматтарының жекелеген санаттарын тегін және (немесе) жеңілдікпен амбулаториялық қамтамасыз ету үшін ДЗ мен МБ тізбесіне сәйкес жүзеге асырылады.

ТОП 10 нозологиясын емдеуге арналған шығыстар 147,1 млрд.теңгені немесе амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге бөлінген бюджет қаражаты шеңберінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге арналған жалпы шығыстың 73% -ды құрайды.

24-КЕСТЕ - ШЫҒЫСТАР СОМАСЫ БОЙЫНША ТОП 10 НОЗОЛОГИЯЛАРЫ

№	ЖОЛДЫҢ АТАУЫ	ТМҚКК/ МӘМС ТҮРЛЕРІ	2021 Ж., МЛН.ТГ.	2022 Ж., МЛН.ТГ.	2021 ЖЫЛҒА ӨСІМ	ҮЛЕСІ
1	ҚАНТ ДИАБЕТІ	ТМҚКК/ МӘМС	31 300,28	38 554,56	23%	19%
2	ОНКОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАР	ТМҚКК/ МӘМС	23 884,69	28 215,03	18%	14%
3	МИЕЛОДИСПЛАЗИЯ СИНДРОМЫН ҚОСА АЛҒАНДА ЛИМФА ТҮЙІНДІ, ҚАН ҰЮ ЖӘНЕ ОҒАН ТУЫСТАР ТІНДЕРДІҢ ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕРІ	ТМҚКК/ МӘМС	11 045,99	19 850,25	80%	10%
4	ҚАН ҰЮ ФАКТОРЛАРЫНЫҢ ТҰҚЫМҚУАЛАУШЫЛЫҚ ТАПШЫЛЫҚТАРЫ	ТМҚКК	9 779,42	13 893,99	42%	7%
5	АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ	ТМҚКК/ МӘМС	12 482,18	13 003,44	4%	6%
6	МУКОПОЛИСАХАРИДОЗ	ТМҚКК/ МӘМС	8 206,52	9 190,57	12%	5%
7	РЕВМАТОИДТЫ АРТРИТ	ТМҚКК/ МӘМС	6 801,31	8 616,45	27%	4%
8	ПСИХИКАЛЫҚ АУРУЛАР	ТМҚКК/ МӘМС	5 400,23	6 371,98	18%	3%
9	ЖАЙЫЛМА БЕРІШ	ТМҚКК	4 443,77	4 744,37	7%	2%
10	ЖҰЛЫН БҰШЫҚЕТ АТРОФИЯСЫ	ТМҚКК		4 686,72		2%
	ТОП-10			147 127,36		73%
	Барлығы			200 558,36		

Бұл ретте, науқастар саны бойынша ТОП 10 нозология шығыстар сомасы бойынша ТОП 10 нозологиядан ерекшеленеді және амбулаториялық дәрілік қамтамасыз ету шеңберінде тегін дәрілік заттармен қамтамасыз етілген барлық науқастардан 83%-ды құрайды.

25-КЕСТЕ - НАУҚАСТАР САНЫ БОЙЫНША ТОП 10 НОЗОЛОГИЯ*

№	НОЗОЛОГИЯ	ТМККК/ МӘМС ТҮРЛЕРІ	2021 Ж. ҚАМТАМАСЫЗ ЕТІЛГЕН ПАЦИЕНТТЕРДІҢ САНЫ	2022 Ж. ҚАМТАМАСЫЗ ЕТІЛГЕН ПАЦИЕНТТЕРДІҢ САНЫ	2021 ЖЫЛҒА ӨСІМ	ҮЛЕСІ
1	АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ	ТМККК/ МӘМС	1 098 208	1 423 423	30%	35%
2	ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫ	ТМККК/ МӘМС	416 311	564 522	36%	14%
3	ҚАНТ ДИАБЕТІ	ТМККК/ МӘМС	362 301	505 642	40%	13%
4	ТӨМЕНГІ ТЫНЫС АЛУ ЖОЛДАРЫНЫҢ ЖІТІ РЕСПИРАТОРЛЫҚ ИНФЕКЦИЯЛАРЫ	МӘМС	301 154	241 856	-20%	6%
5	ГИПОТИРЕОЗ/ ГИПЕРТИРЕОЗ/ ГИПОПАТИРЕОЗ	ТМККК/ МӘМС	110 061	139 953	27%	3%
6	ЖОҒАРҒЫ ТЫНЫС АЛУ ЖОЛДАРЫНЫҢ ЖІТІ РЕСПИРАТОРЛЫҚ ИНФЕКЦИЯЛАРЫ	МӘМС	138 140	118 354	-14%	3%
7	СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ФУНКЦИЯСЫНЫҢ ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІ	ТМККК/ МӘМС	77 744	101 442	30%	3%
8	БРОНХ ДЕМІКПЕСІ	ТМККК/ МӘМС	79 499	98 480	24%	2%
9	ЭПИЛЕПСИЯ	ТМККК/ МӘМС	61 288	81 810	33%	2%
10	ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЫ	ТМККК/ МӘМС	66 159	80 324	21%	2%
ТОП - 10				3 355 806		83%
БАРЛЫҒЫ				4 038 896		

* - бірегей пациенттердің саны ҚР өңірінің және нозологиялардың ақы төлеу (ТМККК/ МӘМС) түрі есепке алына отырып есептелген.

Осылайша, 2022 жылы 4,03 млн.пациентке 200,6 млрд. теңгеден астам сомаға 15,29 млн. астам рецепт жазылды, бұл күн сайын орташа есеппен 42 мыңға жуық рецепт жазылып, босатылатынын көрсетеді.

2022 жылы 4 млн 038 мыңнан астам халық тегін дәрі-дәрмектермен, оның ішінде 2 439,28 мыңы енгізілген МӘМС жүйесі шеңберінде қамтылды.

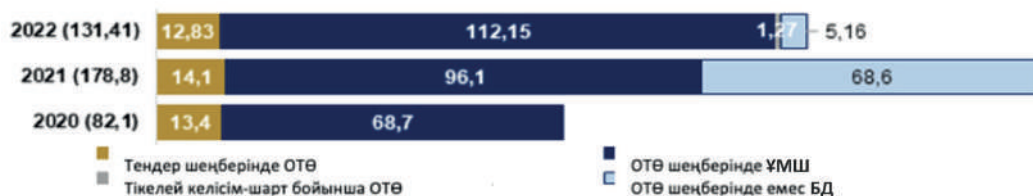
Отандық тауар өндірушілерді және кәсіпкерлік бастаманы қолдау - Бірыңғай дистрибьютор қызметінің басты бағыттарының бірі.

2009-2022 жылдар аралығындағы кезеңде Бірыңғай дистрибьютордың сатып алуында қазақстандық препараттар үлесінің жоспарлы өсуі байқалады. Отандық препараттардың басым бөлігі ОТӨ-мен 10 жылға ұзақ мерзімді шарттар жасасу арқылы сатып алынуда.

Егер 2010 жылы отандық өндірушілердің ақшалай мәндегі үлесі 15 % -ды (4,8 млрд. теңге сомасына) құраса, ал 2022 жылдың қорытындысы бойынша ақшалай мәндегі сатып алу үлесі 2,2 есе өсіп, 33 % -ды (131,41 млрд.теңге сомасына) құрады.

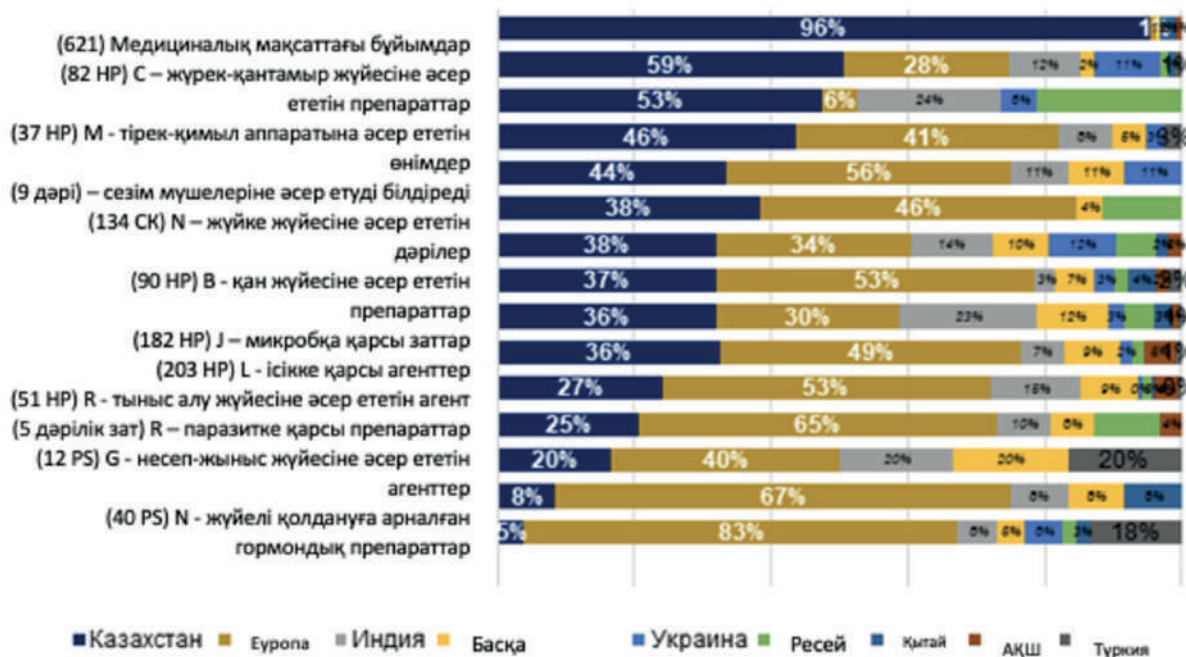


92-СУРЕТ - 2010-2022 ЖЫЛДАР КЕЗЕҢІНДЕ ОТӨ-ДЕН БД САТЫП АЛУ ДИНАМИКАСЫ



93-СУРЕТ - 2020-2022 ЖЫЛДАРЫ ҰБШ ШЕҢБЕРІНДЕ ОТӨ-ДЕН БД САТЫП АЛУ ДИНАМИКАСЫ

2022 жылы ОТӨ-ден сатып алынған ДЗ, МБ 85% (112,15 млрд.теңге) ұзақ мерзімді шарттар арқылы сатып алынды.



94-СУРЕТ - АТХ ТОПТАР БӨЛІНІСІНДЕ ОТӨ АТАУЛАРЫН ЖАБУ

2022 жылға АТХ топтары бөлінісінде (оның ішінде МБ) ОТӨ қамтуын талдау (жөнелту фактісі + АДҚ қамтамасыз ету) мыналарды көрсетті:

ОТӨ-нің 50% - дан астамы 3 топта жабылады:

- медициналық бұйымдар: 621 атаудан Қазақстан өндірісінің 599 атауы;
- жүрек-тамыр жүйесіне әсер ететін құралдар: 82 атаудан Қазақстан өндірісінің 48 атауы;
- дерматологиялық құралдар: 17 атаудан Қазақстан өндірісінің 9 атауы.

ОТӨ 15 тобынан 10 тобында БД тізбесі бойынша сатып алынатын ДЗ атауларының 30% - дан астамы өндіріледі.

Оң динамиканы ескере отырып, ел Президенті 2025 жылға қарай дәрілік заттарды отандық өндірушілердің үлесін сатып алу құрылымында 50 % - ға дейін жеткізу міндетін қойды. Тапсырманы іске асыру үшін ДЗ атауларының үлесі 30 % - дан кем 5 топтан ДЗ оқшаулау туралы мәселені қарастыру қажет.

Елдегі фармацевтикалық өндірістің қазіргі жағдайын жеткілікті деп есептеуге болмайды: оның көлемдері елдің дәрілік заттар мен медициналық бұйымдарға деген қажеттілігінің тек қана 24 % -ын қамтамасыз етеді.

Бұл ретте, Қазақстан Республикасы дәрілік заттарды өндіруге арналған технологиялар мен компоненттерге, сондай-ақ фармацевтикалық препараттар мен субстанциялардың кең ауқымына қатысты импортқа тәуелді болып қала береді.

Бүгінгі күні 37 отандық тауар өндірушімен 788 дәрілік заттар мен 3 912 медициналық бұйымдарды жеткізуге жасалған 101 ұзақ мерзімді шарт қолданыста, оның ішінде ДЗ-ға 47 ұзақ мерзімді шарт және МБ-ға 54 ұзақ мерзімді шарт жасалған.

3.4.4 Формулярлық жүйені жетілдіру

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2020-2025 жылдардағы мемлекеттік бағдарламасында көрсетілгендей дәрілік заттарды ұтымды қолдану үшін негіз дәлелді медицинаны, оның ішінде формулярлық жүйені жетілдіру арқылы одан әрі дамыту болып табылады.

Формулярлық жүйе - бұл ТМККК шеңберінде дәрілік заттарды ұтымды пайдалану және Қазақстан Республикасының азаматтарына уақтылы, сапалы медициналық көмек көрсету үшін жағдайларды қамтамасыз ететін ақпараттық-әдіснамалық іс-шаралар кешені.

Қазақстан Республикасында формулярлық жүйені дамыту дәрілік заттарды ұтымды және қауіпсіз пайдалану қағидаттарын енгізу, ТМККК тізбелеріне дәрілік заттарды қосуға/алып тастау сұрау салуларына сараптама жүргізу, денсаулық сақтау саласындағы мамандарға әлеуметтік сауалнама жүргізе отырып, ДДҰ индикаторлары бойынша дәрілік заттарды тағайындау практикасын зерттеу, медицина қызметкерлерін дәрілік заттар бойынша хабардар ету, дәрілік заттарды пайдалану жөніндегі халықаралық ұсынымдарды енгізу жолымен жүргізіледі.

Формулярлық комиссия (бұдан әрі - ҚР ДСМ ФК) қызметінің мақсаты халықты дәрілік заттармен қамтамасыз ету бойынша ұсынымдар әзірлеу болып табылады.

ҚР ДСМ ФК Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі жанындағы тұрақты жұмыс істейтін консультативтік-кеңесші орган болып табылады.

Оның құрамына 32 адам, уәкілетті органның, фармацевтикалық қауымдастықтардың өкілдері, медициналық орталықтардың басшылары мен жетекші мамандары, дәрілік заттар айналысы саласындағы бейінді сарапшылар және т. б. кірді.

ҚР ДСМ ФК бекітілген ережесіне сәйкес жұмыс органы ҚР ДСМ ФК жұмысын ұйымдастырушылық-техникалық қамтамасыз етуді жүзеге асырады, оның ішінде ҚР ДСМ ФК отырысының күн тәртібі бойынша ұсыныстар, қажетті құжаттар, материалдар дайындайды. ҚР ДСМ ФК хатшысы ҚР ДСМ ФК жұмыс органының қызметкерлері қатарынан тағайындалады.

Формулярлық комиссияның негізгі міндеттері:

- 1) ҚҰФ-ты келісу және тұрақты қайта қарау;
- 2) белгілі бір аурулары (жай - күйі) бар Қазақстан Республикасы азаматтарының жекелеген санаттарын тегін және (немесе) жеңілдікпен амбулаториялық қамтамасыз ету үшін дәрілік заттар мен медициналық бұйымдардың тізбесін (бұдан әрі - АДҚ тізбесі) келісу және тұрақты қайта қарау;
- 3) Бірыңғай дистрибьютордан сатып алынатын дәрілік заттар мен медициналық бұйымдар тізбесін (бұдан әрі - БД тізбесі) келісу және тұрақты қайта қарау;
- 4) орфандық (сирек кездесетін) аурулардың және оларды емдеуге арналған дәрілік заттардың (орфандық) тізбесін (бұдан әрі - орфандық дәрілік заттардың тізбесі) келісу және тұрақты қайта қарау болып табылады.

2021 жылдан бастап ҚР ДСМ ФК отырыстарында ҚҰФ-ға енгізу бойынша 377 дәрілік зат, Өтеу тізбелері және Орфандық дәрілік заттардың тізбесі қаралды (оның ішінде ФК - 283 ДЗ бойынша оң шешімдері, 49 ДЗ-ға - теріс шешімдер, 38 ДЗ-ға шешім қабылданбады, 7 ДЗ - қараудан алынды), атап айтқанда ҚҰФ-ға қосылатын дәрілік заттар қаралды - 73 ДЗ, АДҚ тізбесіне - 163 ДЗ, БД сатып алу тізбесіне - 31 ДЗ, орфандық дәрілік заттар тізбесіне - 110 ДЗ.

ҚҰФ-ға өзгерістер мен толықтырулар енгізу жартыжылда 1 (бір) реттен жиі емес кезеңділікпен ҚҰФ қалыптастыру қағидаларына сәйкес жүргізіледі.

Қорытындылар мен ұсынымдар

Денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік саясаттың негізгі басымдықтарының бірі Қазақстан Республикасының халқын қолжетімді, сапалы және тиімді дәрілік қамтамасыз ету болып қала береді.

ТМККК және МӘМС шеңберінде азаматтарды дәрілік заттармен қамтамасыз ету АДҚ тізбесіне сәйкес жүзеге асырылады, оған кезеңділікпен өзгерістер мен толықтырулар енгізіледі. Қазіргі уақытта Тізбе ТМККК және МӘМС шеңберінде аурулар, дәрілік заттар және медициналық бұйымдар бөлігінде кеңейтілді.

ТМККК және МӘМС шеңберінде Дәрілік заттарды өтеу тізбелері, сондай-ақ денсаулық сақтау ұйымдарының дәрілік формулярлары клиникалық қауіпсіздігі мен тиімділігі дәлелденген дәрілік заттарды, сондай-ақ орфандық (сирек кездесетін) дәрілік препараттарды қамтитын Қазақстандық ұлттық дәрілік формуляр (ҚҰФ) негізінде қалыптастырылады.

Дәлелді медицинаның халықаралық дерекқорларының деректері бойынша дәрілік заттар туралы жаңа ақпараттың түсуіне қарай жыл сайын монографиялар өзектілендіріледі. Халықаралық патенттелмеген атаулар бойынша дәрілік заттарға 1008 монография (мақала) әзірленді, 846 монография ұлттық клиникалық хаттамалармен үйлестірілген.

Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету шеңберінде барлық процестер тиісті НҚА-мен нақты регламенттелген.

Дәрілік заттарды ҚҰФ-қа және ДЗ өтеу тізбелеріне енгізу үшін ТМККК және МӘМС шеңберінде ҰҒДСО-де кәсіптік сараптама жүргізіледі, оның негізінде клиникалық және экономикалық тиімді технологиялар айқындалады және оларды қаржыландырудың қажеттігі немесе қажетсіздігі және мемлекет қолдайтын дәрілік препараттар мен медициналық бұйымдардың, сондай-ақ медициналық көрсетілетін қызметтер пакеттерінің тізбелері шеңберінде қолдану туралы шешімдер қабылдау үшін ұсынымдар әзірленеді. Амбулаториялық дәрілік қамтамасыз етуді жетілдіруді және Қазақстан Республикасының Формулярлық жүйесін дамытуды талдамалық сүйемелдеу шеңберінде 2018-2022 жылдары уәкілетті органның бастамасы және өтініш берушілердің өтінімі бойынша ҰҒДСО ТМККК және МӘМС шеңберінде Дәрілік заттар мен медициналық бұйымдарды өтеу тізбелеріне енгізу жөніндегі шешімдерді құрау және қабылдау үшін 377 дәрілік зат пен медициналық бұйымға кәсіби сараптама жүргізілді.

Бүгінгі күні амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді ТМККК шеңберінде мемлекет және Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры халықтың қаражаты есебінен қаржыландырылады.

ТМККК шеңберінде дәрілік заттарға жұмсалатын шығыстардың жыл сайынғы өсуін ескере отырып, Қазақстанда әлі де бір бюджет қаражатының жеткіліксіздігі сақталуда, осыған байланысты басқа қаржыландыру көздерін іздестіру қажет.

Пациенттердің орфандық (сирек кездесетін) дәрі-дәрмектерге қолжетімділігі олардың қымбаттығына байланысты қиын.

Осыған байланысты ТМККК шеңберінде бюджет қаражаты шектеулі болғандықтан, орфандық аурулары бар пациенттерді заңнамалық деңгейде қамтамасыз ету бойынша қаржыландыру көзін кеңейту/көздеу ұсынылады.

Жалпы алғанда Қазақстан халықты сапалы және қолжетімді дәрілік препараттармен барынша қамту жағына бірізділікпен ілгерілеп келе жатқанын және бұл үшін елде дәрілік заттардың сапасы мен қауіпсіздігін бағалаудың тиімді халықаралық технологиялары енгізіліп жатқанын атап өту қажет.

Қазақстан елдер арасында алғашқылардың бірі болып дәрілік заттар мен медициналық бұйымдарды өндірушілерге арналған GMP стандарттарын енгізді, бағаны реттеу бойынша өз саясатын әзірледі, бірыңғай дистрибуция жүйесін енгізді, өзінің ұлттық формулярын жасады.

Осының барлығы, жиынтықта тегін дәрілік препараттармен халықты қамтуды ұлғайтуға мүмкіндік берді, олармен қазіргі уақытта 4 миллионнан астам пациент пайдаланады.

Алайда, бұл сала тұрақты жетілдіруді қажет етеді, өйткені дәрі-дәрмектердің сапасы мен тиімділігіне қойылатын талаптар тұрақты артып келеді. Сондықтан, жүйенің өзінің дәрі-дәрмек саясатын халықаралық стандарттар деңгейіне жеткізу үшін әлі де көп жұмыс істеу керек екені анық.

3.5. Денсаулық сақтау жүйесінде адами капиталды дамыту

Жалпы, соңғы онжылдықта мемлекеттік бағдарламаларды іске асыру көптеген мәселелерді шешуге мүмкіндік берді және білім беру саласында оның барлық деңгейлерінде сапалы

өзгерістер болды: білім берудің жаңартылған мазмұны, оқушылардың, педагогтер мен білім беру ұйымдарының жетістіктерін бағалаудың жаңа жүйесі, жан басына шаққандағы қаржыландыру, Барлығына арналған тегін ТЖБ жобасы енгізілді; педагогтер мен басшыларды даярлау бағдарламалары жаңартылды, жоғары оқу орындарына академиялық қаржылық дербестік, қамқоршылық және байқау кеңестерінің функциялары кеңейтілді, білім беруде МЖӘ-нің жаңа тәсілдері енгізілуде.

3.5.1. Денсаулық сақтау жүйесіндегі адами капиталдың даму тарихы.

Денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстары - бұл денсаулық сақтау саласының азаматтардың қауіпсіздігі мен денсаулығын сақтаудағы маңызды ресурсы болып табылады. Кадрлық қамтамасыз ету мәселелері көптеген жылдар бойы денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік саясаттың ажырамас бөлігі болып табылады, медициналық кадрлар оның негізгі ресурсы ретінде қарастырылады.

Денсаулық сақтауды дамытуда кадр саясатын жетілдірудің маңыздылығы жүйені басқарудың барлық деңгейлерінде танылды және 1998 жылдан бастап республикада медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын арттыру жөніндегі жетекші міндеттер мен шаралар тізбесіне кадр әлеуетін нығайту жөніндегі міндет енгізілді.

Денсаулық сақтау жүйесінде кадр саясатын енгізу 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасының өзекті міндеттерінің біріне айналды. Бағдарламаны іске асыру шеңберінде мына аспектілерге ерекше назар аударылды:

- Денсаулық сақтау ұйымдарында кадр саясатын жетілдіру, өңірлік деңгейде және әрбір жеке медициналық ұйым деңгейінде адами ресурстарды басқару бағдарламаларын әзірлеу және енгізу. Негізгі мақсат медициналық ұйымдарда жалдау, бағалау және персоналды басқару процесін оңтайландыруға бағытталған шараларды әзірлеу мен енгізуді көздеді. Білікті мамандарды іріктеу мен ұстаудың тиімді жүйесін құру.

- Денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстарын дамыту тұжырымдамасын әзірлеу. Денсаулық сақтаудағы кадрлық әлеуетті дамытудың стратегиялық бағыттары мен мақсаттарын айқындау, сондай-ақ іске асыру тетіктерін құру. Тұжырымдама заманауи медициналық практиканың талаптарын ескеріп, медицина қызметкерлерінің кәсіби білімі мен дағдыларын үнемі жаңартып отыруды қамтамасыз етуі керек.

- Болашақ медицина кадрларын даярлауға жергілікті (облыстық, қалалық, аудандық) бюджеттерден қаржыландыру көлемін ұлғайту.

- Процестерді басқару мен оңтайландырудың заманауи әдістерін енгізу арқылы медициналық ұйымдарды басқарудың тиімділігін арттыру, денсаулық сақтау ұйымдарын басқаруға экономикалық білімі бар денсаулық сақтау менеджерлерін тарту.

- Медицина қызметкерлеріне еңбекақы төлеу жүйесін жетілдіру. Біліктілікті, орындалатын міндеттердің күрделілігін және жұмыстың нәтижелілігін ескеретін еңбекақы, еңбек туралы ережелерді әзірлеу.

- Медицина қызметкерлері кәсібінің әлеуметтік мәртебесі мен беделін арттыру, медицина қызметкерлерін әлеуметтік қорғау тетіктерін енгізу.

- Медицина қызметкерлерінің кәсіби бірлестіктерін дамыту, (кәсіби ҰЕҰ).

2014 жылы Қазақстан Республикасының денсаулық сақтаудың кадр ресурстары обсерваториясының ашылуы маңызды жетістік болды, ол қазіргі уақытта осы саладағы әдіснамалық орталық, сондай-ақ денсаулық сақтаудың кадр ресурстары жөніндегі ұлттық үйлестіруші болып табылады.

«Саламатты Қазақстан» бағдарламасын табысты іске асыру медицина қызметкерлерінің жағдайына үлкен назар аударуға мүмкіндік берді. Ұлттық кадр саясатын құру Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016 - 2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасын іске асыру кезеңінде жалғасты [17].

Денсаулық сақтаудың кадр ресурстарын басқарудың ұлттық саясаты (бұдан әрі - ДСКР ұлттық саясаты) кадр ресурстарын дамытудың жаһандық стратегиясына сәйкес әзірленді [18].

2017-2020 жылдарға арналған ДСКР ұлттық саясатының негізгі мақсаты денсаулық сақтаудың сапалы қызметтерін ұсынуды қамтамасыз ететін саланың кадр ресурстарын басқару тиімділігін арттыру болды. Мақсатқа қол жеткізу бірқатар міндеттерді шешуді талап етті:

- ДСКР жоспарлау және болжау тәсілдерін жетілдіру.

- Адами ресурстарды басқару тетіктерін жетілдіру.

- ДСКР кәсіби құзыреттілігін жетілдіру.

- кәсіби дайындығын бағалау жүйесін жетілдіру, ДСКР біліктілігінің сәйкестігін растау.

• кадрларды басқарудың заманауи HR-технологияларын енгізумен барлық деңгейдегі денсаулық сақтау ұйымдарында кадр қызметтерін жаңғырту.

ДСҚР басқару ұлттық саясатын іске асыру мынадай нәтижелерге қол жеткізуге мүмкіндік берді:

- 2022 жылдың қорытындысы бойынша «дәрігерлермен қамтамасыз ету деңгейі» 401 құрады, 10 мың тұрғынға шаққанда дәрігер 40.1-ді құрайды. Қазақстан Республикасында дәрігерлік кадрлармен қамтамасыз ету ЭЫДҰ елдерінің орташа көрсеткішінен асып түседі, бұл 10 мың тұрғынға шаққанда 33 дәрігерді құрайды. Қазақстан Республикасының ЭЫДҰ елдеріндегі орташа мәнмен салыстырғанда медициналық кадрлармен қамтамасыз етілуінің салыстырмалы түрде жоғары деңгейі бар;

- денсаулық сақтау ұйымдарының HR-қызметтерінің басшыларына жаппай оқыту жүргізілді;

- денсаулық сақтау ұйымдары үшін үлгілік кадрлық саясат, сараланған еңбекақы төлеу әдістемелері әзірленді;

- денсаулық сақтау ұйымдарының барлық медициналық мамандарының есебін жүргізуге мүмкіндік беретін денсаулық сақтау кадрларын есепке алудың ақпараттық жүйесі жұмыс істейді;

- медициналық мамандардың қолданыстағы және болжанатын тапшылығы/профициті ескеріле отырып, медициналық білім беру ұйымдарында оқуға қабылдауды жоспарлау практикасы енгізілді;

- медицина мамандарының кәсіби стандарттары әзірленуде, Денсаулық сақтау саласындағы нормативтік құқықтық актілерді әзірлеу мен талқылауда кәсіби қауымдастықтың рөлі күшейтілді.

2017-2019 жылдарға арналған ДСҚР басқарудың ұлттық саясатының қолданылу мерзімі аяқталғаннан кейін денсаулық сақтаудың кадр ресурстарын сақтау, нығайту және дамыту бойынша жүргізіліп жатқан жұмыс шеңберінде 2020 жылы «Денсаулық сақтаудың кадр ресурстарын басқарудың 2020 - 2025 жылдарға арналған ұлттық саясатының» жаңартылған жобасы бекітілді, ол бұрын іске асырылып жатқан ұлттық саясаттың жалғасы болып табылды.

Жаңартылған құжаттың негізгі мақсаты - қызмет көрсетудің жоғары сапасын қамтамасыз ететін, халықтың денсаулығын сақтау мен жақсарту, ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігін арттыру үшін озық медициналық технологиялар мен инновацияларды әзірлеу мен енгізуді қамтамасыз ететін халықтың денсаулығын сақтау саласында жаңа адами капиталды қалыптастыру.

Денсаулық сақтау саласындағы қазіргі кадр саясаты мына қағидаттарға негізделеді:

- кәсіби медициналық қауымдастықтарды, жұмыс берушілерді, медицина және фармацевтика қызметкерлерін қоса алғанда, мемлекет пен кәсіби медициналық қоғамдастықтың медициналық көмекті уақтылы және сапалы көрсетуі үшін бірлескен жауапкершілігі;

- саланың нақты қажеттіліктерін қанағаттандыру мақсатында денсаулық сақтаудың кадр ресурстарын реттеу;

денсаулық сақтаудың кадр ресурстарының әлеуетін ұтымды және тиімді іске асыру;

- денсаулық сақтау жүйесінің ағымдағы және болашақ қажеттіліктерін ескере отырып, денсаулық сақтаудың кадр ресурстарын даярлау, сондай-ақ денсаулық сақтаудың кадр ресурстарын даярлау бағдарламаларын үздіксіз жетілдіру;

- денсаулық сақтау саласындағы білімдерін, құзыреттерін, кадр ресурстарын кәсіби даярлауды тәуелсіз бағалау;

- кәсіби медициналық қауымдастықтарды дамыту, медицина қызметкерлерінің әлеуметтік қорғалуы;

- денсаулық сақтау саласындағы қажетті кадр ресурстарының қолжетімділігі;

- үздіксіз кәсіби даму (өмір бойы оқу), әлеуметтік тану.

Сондай-ақ 2020 жылдан бастап «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының Кодексінде медицина қызметкерлерінің мәртебесі заңнамалық түрде бекітілгенін атап өткен жөн. «Қажетті медициналық бұйымдармен қамтамасыз етуді қоса алғанда»; біліктілік деңгейіне сәйкес еңбекақы төлеу құқығы; біліктілік деңгейіне сәйкес жұмыстың ерекшелігі мен күрделілігіне, еңбек көлемі мен сапасына, сондай-ақ жұмысының нақты нәтижелерге сәйкес еңбекті ынталандыру құқығы нақтылана отырып, медицина қызметкерлерінің олар үшін жұмыс үшін тиісті жағдайлар жасау құқығы айқындалды.

Медицина қызметкерлерінің кепілдіктері мен әлеуметтік қорғалуына ерекше көңіл бөлінген. Ауылдық жерлерде және кенттерде, сондай-ақ аудандық маңызы бар қалаларда жұмыс істейтін медицина қызметкерлеріне жергілікті атқарушы органдардың шешімі бойынша міндетті түрде тұрғын үй беру; әрбір өңірде белгіленген тәртіппен жәрдемақыларды міндетті

түрде төлеу; коммуналдық шығыстардың өтемақылары бойынша әлеуметтік қолдау көрсету және жергілікті атқарушы органдардың шешімі бойынша басқа да жеңілдіктер және өзге де шаралар көзделеді. Мемлекеттік медициналық ұйымдардың медицина қызметкерлерінің халықтың әлеуметтік осал топтарынан кейін әлеуметтік қолдау шараларын алуға, жергілікті бюджет қаражаты есебінен қосымша жеңілдіктер мен ынталандырушы төлемдер алуға басым құқығы бар.

Мемлекеттік органдар мен лауазымды адамдар, сондай-ақ азаматтар тарапынан медицина қызметкерлерінің кәсіби қызметіне араласуға тыйым салынды. Денсаулық сақтау саласындағы қылмыстық құқық бұзушылықтарды ізгілендіру (қылмыссыздандыру) бағытында жұмыс жүргізілді. Медицина қызметкері тарапынан немқұрайлылық немесе салғырттық болмаған жағдайда пациенттің өмірі мен денсаулығына зиян келтіргені үшін медициан қызметкерінің кәсіби жауапкершілігін ерікті түрде сақтандыру құқығы сақталады – бұл сақтандырылған медицина қызметкерлеріне соттағы дау-дамай жағдайында қаржылық шығындарды болғызбауға мүмкіндік береді 2024 жылдан бастап медицина қызметкерлерін міндетті медициналық сақтандыруды енгізу жоспарланған.

Медицина қызметкерлерінің денсаулық сақтаудың кадр ресурстарын есепке алудың ұлттық жүйесінде тіркелуі жаңа міндеттеме алды. Бұл медицина қызметкерлері санының нақты есебін, жоспарлау және болжау жұмыстарын жүргізуге мүмкіндік береді.

Медициналық көмектің қауіпсіздігін арттыру мақсатында денсаулық сақтау қызметкерлерінің үздіксіз кәсіби дамуда. Медицина қызметкерлерін үздіксіз оқыту нәтижелері қосымша және беіресми білім алу және практикалық жұмыс өтілі туралы Кәсіптік тіркелімнің есепке алу деректері негізінде расталатын болады.

Алайда, денсаулық сақтаудың кадрлық қамтамасыз етілуіндегі оң өзгерістерге қарамастан, қазіргі уақытта өңірлердегі кадр ресурстарының теңсіз болу мәселелері өзекті болып қалуда, дәрігер – орта медицина персоналы арақатынасында бұрмалану сақталуда, медицина мамандарының жалақысының төмен деңгейі денсаулық сақтау саласын болашақ талапкерлер үшін тартымсыз етеді, Денсаулық сақтау ұйымдарындағы құжат айналымының өсуі медициналық қызмет көрсету сапасына теріс әсер етеді және медицина қызметкерлерінің кәсіби дамымай қалуына әкеледі.

Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесіндегі кадр мәселесінің даму тарихын талдау соңғы он жыл ішінде мемлекет тарапынан еңбек ресурстарына көңіл бөлінетінін көрсетеді.

Мәселен, қаржыландыруды ұлғайту денсаулық сақтау жүйесіне білікті кадрларды тарту және оларды салада ұстап қалуды кеңейтуге мүмкіндік берді. Білім беру жүйесін дамыту білім беру қолжетімділігін арттыруға және кадрларды даярлау сапасын арттыруға мүмкіндік берді. Денсаулық сақтау жүйесіне жоғары білікті мамандарды тарту және оларды ұстап қалу үшін жалақыны көтеру және әлеуметтік жеңілдіктер беру шаралары қабылданды. Соңғы он жыл ішінде мемлекет медицина қызметкерлерінің біліктілігін арттыру және оқыту бағдарламаларын белсенді қолдайды, бұл кадрлардың кәсіби дамуына және медициналық көмек көрсету деңгейін арттыруға ықпал етеді.

Осы өзгерістердің барлығы мемлекеттің Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесіндегі кадрлық әлеуетті жақсартуға деген ұмтылысын көрсетеді. Еңбек ресурстарына назар аударуды арттыру медициналық көмектің сапасын жақсартуға, оған қолжетімділікті кеңейтуге және халықтың денсаулық деңгейін арттыруға ықпал етеді.

3.5.2. Денсаулық сақтау жүйесіндегі адами капиталдың қазіргі жағдайын талдау

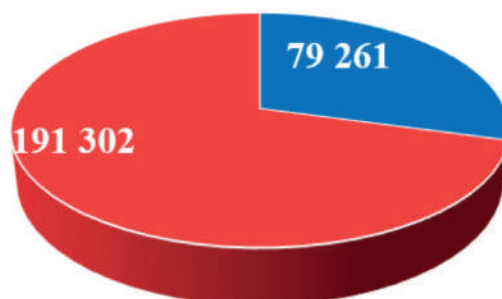
Саланың адами ресурстармен қамтамасыз етілуін талдау және денсаулық сақтау саласындағы кадрлық ресурстардың мониторингі денсаулық сақтау жүйесін жақсартуға және медициналық көмектің жоғары деңгейін қамтамасыз етуге бағытталған стратегиялық шешімдерді жоспарлауға, болжауға және қабылдауға мүмкіндік беретін кадрларды тиімді басқаруда шешуші рөл атқарады.

2023 жылдың 1 қаңтарындағы ахуал бойынша Қазақстан халқы 19 765 004 адамды құрады. 2022 жылы Қазақстан халқы 642 581 адамға көбейді. 2022 жылдың басында 19 122 423 адам деп бағаланғанын ескерсек, өсу қарқыны 3,36 %-ды құрады.

3.5.2.1 Денсаулық сақтау саласындағы қолданыстағы кадр ресурстарын бағалау

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау жүйесінде барлық ведомстволарды есепке алғанда, медицина қызметкерлерінің жалпы саны 270 мыңнан асады, оның ішінде:

- дәрігерлер - 79 261 адам
- орта медицина персоналы - 191 302 адам



■ Дәрігерлер ■ ОМҚ

95-СУРЕТ - КАДРЛЫҚ РЕСУРСТАР

10 жылдағы медицина қызметкерлері санының динамикасы



96-СУРЕТ - 2013-2022 ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДАҒЫ МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ САНЫ

Соңғы 10 жылдағы Қазақстанның медицина қызметкерлерінің саны туралы деректерге талдау жүргізе келе, мынадай ерекшеліктерді бөліп көрсетуге болады: 2013 жылдан бастап 2016 жылға дейін дәрігерлер санының өскені байқалды, 2017 жылы өткен жылмен салыстырғанда 3,4 % - ға шамалы төмендегені тіркелді. Осыған қарамастан, соңғы 5 жылда дәрігерлер саны жыл сайын орташа есеппен 2 %-ға өсіп келеді. Жалпы, 2013 жылмен салыстырғанда дәрігерлер санының өсуі 17,8 %-ды немесе 11994 адамды құрады.

Орта медицина қызметкерлеріне (ОМҚ) қатысты жағдай анағұрлым тұрақты: ОМҚ санының жылына орташа есеппен өсімі 2,3 % -ды құрайды, ең жоғары өсім 2016 жылы (4 %) байқалды. Соңғы 10 жылда ОМҚ санының серпінді өсуі 23,5 %-ды немесе 36390 адамды құрады. (98-сурет).

Халықаралық практикада медицина қызметкерлерімен қамтамасыз етілу деңгейі 10000 халыққа шаққанда дәрігерлер мен ОМҚ қамтамасыз етілуімен айқындалады. 2022 жылдың қорытындысы бойынша Қазақстан Республикасында 10 мың халыққа шаққанда дәрігер кадрлармен (мемлекеттік, ведомстволық, жеке меншік) қамтамасыз ету 40,1 және ОМҚ - 96,8 құрады (99-сурет).

2013 жылы 10 000 халыққа шаққанда дәрігерлермен қамтамасыз ету 10 000 халыққа шаққанда 39,8 дәрігерді құрады, 2014 жылы 40,1-ге дейін шамалы өскені байқалады. 2014-

2021 жылдар аралығында қамтамасыз етілу 10 000 халыққа шаққанда 40-41 дәрігер шегінде ауытқиды, бұл халықтың өсуімен бір уақытта персоналмен қамтамасыз етудің тұрақты деңгейін көрсетеді. Алайда, 2022 жылы дәрігерлермен қамтамасыз ету 10 000 халыққа шаққанда 40,1-ге дейін шамалы төмендеді.

Денсаулық сақтау жүйесіндегі кадрлық ресурстарды анағұрлым тиімді басқаруға бағытталған стратегияларды әзірлеу кезінде осы өзгерістерге назар аудару маңызды.



97-СУРЕТ - 2013-2022 ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДАҒЫ МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІМЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ ДИНАМИКАСЫ

Қазақстан Республикасындағы дәрігерлермен қамтамасыз етуді ЭЫДҰ елдерімен салыстыра отырып, еліміздің дәрігерлермен қамтамасыз етілуін Италия (41), Чехия (41,0), Ресей (42,0), Дания (42,0) (27-кесте) сияқты елдермен салыстыруға болатынын көреміз.

26-КЕСТЕ - ҰЫДҰ ЕЛДЕРІНДЕГІ 10 000 ХАЛЫҚҚА ШАҚҚАНДА МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІМЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТІЛУІ

№	ЕЛДЕРДІҢ АТАУЫ	2021-2022 ЖЖ. 10 МЫН ХАЛЫҚКА ШАҚҚАНДА ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ КӨРСЕТКІШІ	2020-2021 ЖЖ. 10 МЫН ХАЛЫҚКА ШАҚҚАНДА ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ КӨРСЕТКІШІ
1.	ТҮРКИЯ	22,0	20,0
2.	ҮНДІСТАН	9,0	9,0
3.	ҚЫТАЙ	25,0	22,0
4.	ПОЛЬША	24,0	24,0
5.	КОРЕЯ	25,0	24,0
6.	МЕКСИКА	25,0	24,0
7.	ЖАПОНИЯ	26,0	24,0
8.	АҚШ	27,0	26,0
9.	КАНАДА	28,0 (2022)	27,7(2021)
10.	АНГЛИЯ	32,0 (2022)	31,8 (2021)
11.	БЕЛЬГИЯ	33,0	32,0
12.	СЛОВЕНИЯ	33,0	33,0
13.	ИЗРАИЛЬ	34,0	33,0
14.	ЛАТВИЯ	34,0	33,0
15.	ЖАҢА ЗЕЛАНДИЯ	36,0 (2022)	35,3
16.	ФРАНЦИЯ	34,0	34,0
17.	ИРЛАНДИЯ	40,0	40,5 (2021)
18.	ВЕНГРИЯ	33,0	32,8 (2021)
19.	ЭСТОНИЯ	34,0	35,0
20.	СЛОВАКИЯ	37,0	36,0
21.	АВСТРАЛИЯ	40,0	38,0
22.	ИСЛАНДИЯ	40,0 (2022)	39,0
23.	ИТАЛИЯ	43 (2022)	41,3 (2021)
24.	ҚАЗАҚСТАН	40,1 (2022)	40,9
25.	ЧЕХИЯ	41,0	41,0
26.	РЕСЕЙ	42,0	42,0
27.	ШВЕЦИЯ	43,0	43,0
28.	ИСПАНИЯ	45,0	44,0
29.	ШВЕЙЦАРИЯ	44,0	44,5
30.	ГЕРМАНИЯ	45,0	45,3
31.	ЛИТВА	45,0	46,0
32.	НОРВЕГИЯ	52,0	51,8
33.	АУСТРИЯ	55,0 (2022)	54,5

2013-2021 жылдар аралығындағы деректер бойынша Қазақстанда ОМҚ қамтамасыз етілуі 10 000 адамға шаққанда 91,6-дан 98,7-ге дейін ұлғайып, тұрақты өсуді көрсетті. Бұл өсім осы жылдар ішінде орта медицина қызметкерлер санының тұрақты өсуін көрсетеді. 2022 жылдың қорытындысы бойынша ОМҚ қамтамасыз ету көрсеткішінің алдыңғы жылмен салыстырғанда 10 000 адамға шаққанда 96,8-ге дейін төмендеу үрдісі байқалады.

Соңғы 10 жылдағы ауылды кадрлармен қамтамасыз етуге жүргізілген талдау кезінде қамтамасыз ету көрсеткішінің динамикасыне назар аудару керек. 2013-2016 жылдар аралығында 10 000 ауыл тұрғындарының дәрігерлермен қамтамасыз етілуі 15 және 15,4 диапазонында ауытқып отырды. 2017 жылдан бастап ауыл тұрғындарын дәрігер персоналымен

қамтамасыз ету көрсеткішінің тұрақты өсуі байқалады. Жыл сайын орташа өсім шамамен 3,5 %-ды құрайды. Нәтижесінде, 2022 жылға қарай ауыл тұрғындарын дәрігерлермен қамтамасыз ету деңгейі 17,8-ді құрады. (99-сурет). Көрсеткіштің тұрақты өсуі ауылдық аумақтардың тұрғындарына медициналық көмектің қолжетімділігін арттыру және медициналық көмек көрсету сапасын жақсарту үшін үлкен маңызға ие.

Ауылдық жерлерде медициналық кадрлармен қамтамасыз ету динамикасы



98-СУРЕТ - 2013-2022 ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДА АУЫЛ ТҰРҒЫНДАРЫН МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІМЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ ДИНАМИКАСЫ

Ауыл тұрғындарының кадрлармен қамтамасыз етілуі, әсіресе ОМҚ қатысты, соңғы 10 жылда тұрақсыз динамиканы көрсетеді. Ауыл тұрғындарының ОМҚ қамтамасыз етілуі бойынша ең төменгі мәні 2014 жылы тіркелді және 10 000 тұрғынға шаққанда 57,3-ті құрады, ал ең жоғары мәні 2022 жылы 73,4 болды, бұл алдыңғы жылдармен салыстырғанда 5 %-ға өскенін көрсетеді.

Қазіргі уақытта денсаулық сақтау проблемаларының бірі ауылдық елді мекендерге медицина кадрларын тарту және оларды ұстап қалу болып табылады. Ауылдық елді мекендерді медицина кадрларымен қамтамасыз ету бойынша жағдайды жақсарту мемлекеттің, жергілікті атқарушы органдар мен медициналық ұйымдардың бірлескен күш-жігерін талап ететін күрделі міндет болып табылады.

Денсаулық сақтау саласындағы кадрлық жағдайға жүргізілген талдау кезінде медицина кадрларының тапшылығы бағалаудың маңызды көрсеткіші болып табылады. Соңғы 10 жылда жүргізілген талдауға сәйкес, кадрлық тапшылық көрсеткіші айтарлықтай төмендеген. 2014 жылы дәрігерлердің тапшылығы алдыңғы 2013 жылмен салыстырғанда 52 %-ға, 7579-дан 3623 штаттық бірлікке дейін төмендеді. Кейінгі жылдары да әртүрлі үрдіспен сипатталады. 2015, 2016 және 2017 жылдары кадр тапшылығы көрсеткіші 3514 штаттық бірлікке дейін төмендеген, алайда 2019 жылы 45 %-ға өсіп, 2017 жылдың қорытындысымен салыстырғанда 5071 штаттық бірлікті құрайды. 2020 жылы көрсеткіш 7606 штаттық бірліктің ең жоғарғы мәніне жетті, одан әрі 2021, 2022 жылдары көрсеткіш тағы төмендеді. 2022 жылдың қорытындысы бойынша көрсеткіш 6592 штат бірлігін құрайды. Жоғары және жоғары оқу орнынан кейінгі білімі бар мамандар тапшылығының мұндай елеулі ауытқулары медицина мамандарын тартуға және ұстап қалуға әсер ететін әртүрлі факторлармен байланысты. COVID-19 пандемиясы да медицина персоналы үшін қосымша сын-тегеуріндер мен қажеттіліктер туғызып кадрлармен қамтамасыз етуге әсерін тигізді (99-сурет.).

2013-2022 жылдардағы медициналық кадрлар тапшылығының динамикасы



99-СУРЕТ - 2013-2022 ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДА МЕДИЦИНАЛЫҚ КАДРЛАР ТАПШЫЛЫҒЫНЫҢ ДИНАМИКАСЫ

Тапшылық көрсеткішінің ауытқу үрдісі ОМҚ арасында да байқалады, соңғы 10 жылда қажеттіліктің 2014 жылы 34% - ға күрт төмендегені, 2020 жылы тапшылықтың 50 % - ға өскені де байқалады.

Қазақстанда дәрігердің жұмысын қоса атқару коэффициенті соңғы 5 жыл ішінде (2018-2022 жж.) 1,4 деңгейінде сақталып отыр. Ақмола, Алматы және Жамбыл облыстары өаса атқару коэффициенті жыл сайын азайып келе жатқан, тиісінше бір дәрігерге жүктеме азайған өңірлер болып табылады.

27-КЕСТЕ - 2018-2022 ЖЫЛДАР АРАЛЫғыНДА ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ ЖҰМЫСТЫ ҚОСА АТҚАРУ КОЭФФИЦИЕНТІ

№	Өңір	2022 жыл	2021 жыл	2020 жыл	2019 жыл	2018 жыл
1	Абай	1,4				
2	Ақмола	1,5	1,5	1,6	1,5	1,7
3	Ақтөбе	1,3	1,3	1,4	1,3	1,3
4	Алматы	1,3	1,4	1,5	1,4	1,4
5	Атырау	1,6	1,6	1,8	1,5	1,6
6	ШҚО	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6
7	Жамбыл	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5
8	Жетісу	1,4				
9	БҚО	1,4	1,5	1,4	1,5	1,6
10	Қарағанды	1,4	1,5	1,6	1,5	1,5
11	Қостанай	1,5	1,7	1,6	1,5	1,6
12	Қызылорда	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3
13	Маңғыстау	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
14	Павлодар	1,5	1,6	1,6	1,5	1,4
15	СҚО	1,5	1,6	1,6	1,6	1,5
16	Түркістан	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1
17	Ұлытау	1,8				
18	Астана қ.	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
19	Алматы қ.	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
20	Шымкент қ.	1,2	1,1	1,4	1,1	1,1
	ҚР	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4

2022 жылы Ұлытау (1,8), ШҚО (1,7) және Атырау облысы (1,6) облыстарында жұмысты қоса атқару коэффициентінің жоғары көрсеткіштері байқалды. Бұл бір қызметкер өңірде 1,5-тен астам ставканы алып, 1 дәрігерге тиесілі жүктеменің рұқсат етілген деңгейінен асырылғанын көрсетеді. Жұмысты қоса атқару коэффициентінің көрсеткішінің мұндай мәні өте жоғары деп есептеледі және бұл дәрігерлердің айтарлықтай жүктемесін көрсетеді.

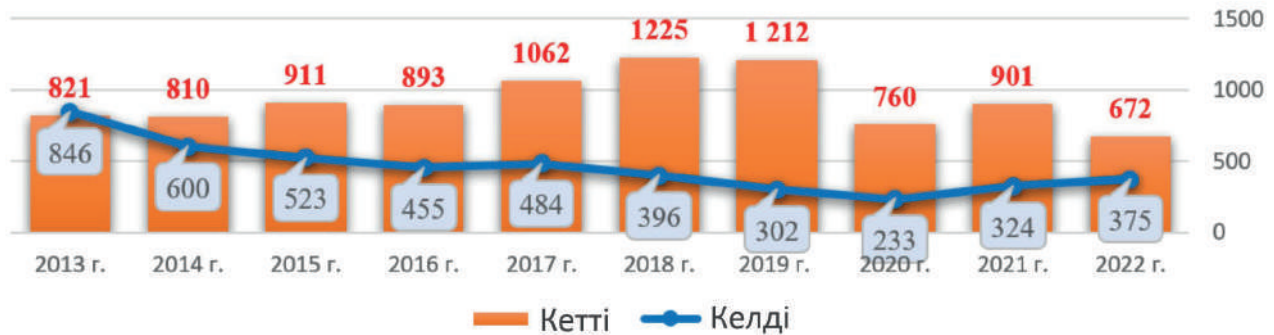
Жұмысты қоса атқару коэффициентінің жоғарылауы медицина персоналының жұмыс сапасының төмендеуіне, атап айтқанда, медициналық қызмет көрсету сапасының төмендеуіне әкелетіні сөзсіз.

Соңғы 10 жыл ішінде (2013 жылдан бастап 2022 жылға дейін) елге келетін медицина қызметкерлерінің саны кейбір жылдары төмендеп, (мысалы, 2013 жылы 846-дан 2020 жылы 233-ке дейін) және басқаларында өсу динамикасымен (мысалы, 2020 жылы 233-тен 2022 жылы 375-ке дейін) әртүрлі деңгейде ауытқып отырады. Елден тысқары жерге кеткен медицина қызметкерлерінің көші-қон динамикасында өсуі мен төмендеуінің белгілі бір үрдісін атап өтуге болады, ал 2018-2019 жылдары елден тысқары жерге шығу деңгейі елге медицина кадрларының келуінен асып кетті. Елден тысқары жерге шыққан медицина қызметкерлерінің

ауысу пайызын қарастыра отырып 2019 жылы елге келгендердің саны (302 адам) елден кеткендердің тек қана 25% -ын (1212 адам) жапты.

Медицина кадрларының көші-қонуының анағұрлым тұрақты ахуалы 2013-2014 жылдары болды, мұнда жыл сайын ауысу пайызы орташа есеппен 90 %-ды құрады. 2022 жылы ауысу пайызында (56 %) оң динамика байқалады, осыған ұқсас көрсеткіш 7 жыл бұрын 2015 жылы (57 %) тіркелген.

10 жыл ішінде медициналық кадрлардың сыртқы көші-қоны



100 – СУРЕТ - 2013-2022 ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДА МЕДИЦИНА КАДРЛАРЫНЫҢ КӨШІ-ҚОНЫ

Жалпы үрдіс Қазақстандағы медицина қызметкерлерінің сыртқы көші-қонының кейбір тұрақсыздығын көрсетеді. Осы серпінді басқару және денсаулық сақтау жүйесінің тұрақты жұмыс істеуін қамтамасыз ету мақсатында елімізде медицина мамандарын тарту және оларды ұстап қалу үшін одан әрі талдаулар жүргізу және стратегияларды әзірлеу маңызды.

Медицина қызметкерлерінің жыныстық-жастық құрамы

Дүниежүзілік экономикалық форум 2022 жылғы шілдеде «Жаһандық гендерлік алшақтық 2022» баяндамасын таныстырды, онда халықаралық ұйымдардың өзекті статистикасы және компания басшыларының сауалнамасы негізінде гендерлік теңдікте ілгерілеуге қол жеткізу бойынша елдердің рейтингі жасалды.

Егер Қазақстанды қарастыратын болсақ, онда ел өз көрсеткіштерін жақсартты және рейтингте 80-орыннан 65-орынға дейін көтерілді, көршілес және Италия, Израиль, Грузия немесе Сингапурдан төмен болғанымен, бірақ Словакия, Моңғолия, Чехия, Польша немесе Армениядан асып түсті.

Бұған медицина қызметкерлерінің жынысы бойынша бөлінуі дәлел болып табылады, бұл денсаулық сақтау жүйесіндегі мамандардың жұмыспен қамтылуының жоғары феминизациясын көрсетті, бұл тек қана республикалық маңызы бар қалалардың емес, бүкіл қазақстанның денсаулық сақтауының тұрақты белгісі болып табылады.

Әйелдер әдетте дамушы әлеуметтік және коммуникативті дағдыларға ие, мұндай дағдылар пациенттерге эмоционалды қолдау көрсету үшін маңызды болуы мүмкін. Медицина әртүрлі мүмкіндіктер мен мамандануларды, сондай-ақ икемді жұмыс кестесін ұсынады, бұл әйелдер үшін, әсіресе жұмысты отбасылық міндеттермен үйлестіргісі келетіндер үшін тартымды болуы мүмкін.

Денсаулық сақтау министрлігінің ресми статистикасына сәйкес дәрігерлер арасында әйелдердің үлес салмағы 70 %-ға жетеді, яғни мамандардың жалпы санынан (79261 адам) әйелдер 55590 адамды құрайды.

Орташа медицина қызметкерлері арасында әйелдердің үлес салмағы әлдеқайда жоғары және 86 %-ды құрайды. Бұл жағдайда әйелдердің үлесі мамандануға, кәсіп түріне және өңірге байланысты өзгереді. Медицина қызметкерлерінің жас ерекшеліктеріне келетін болсақ, талдау үшін зейнеткерлікке дейінгі және зейнеткерлік жастағы (60-64, 65 және одан жоғары) мамандарды қоса алғанда, бірнеше жас аралықтары бөлінді. Дәрігер персоналының арасында 20-24 жас санатындағылардың (907 адам), саны ең аз, бұл дәрігерді даярлаудың ұзақ мерзімімен байланысты.

Мысалы, интернатураға даярлық деңгейі бар жалпы практика дәрігерлері орташа есеппен 24 жасқа қарай оқуды бітіреді.

Республикадағы дәрігердің орташа жасы 43 жасты құрайды, бұл елдегі көптеген дәрігерлердің ұзақ жұмыс тәжірибесі бар екенін және көптеген клиникалық жағдайларды бастан өткергенін көрсетеді.

ОМҚ-ке қатысты ахуал мүлдем басқаша: 65 және одан жоғары жас санатындағы мамандардың саны ең аз (869 адам). ОМҚ жұмысы көбінесе физикалық төзімділік пен энергияны қажет етеді. Зейнеткерлік жастағы жұмыскерлер пациенттерді көтеру және жылжыту сияқты жұмысқа байланысты денеге жүктеме келтіретін тапсырмаларды орындауда, сондай-ақ ұзақ жұмыс уақытына және стресстің жоғары деңгейінде шыдамауы мүмкін.

Елдегі ОМҚ орташа жасы 41-ге тең, бұл мамандыққа жас мамандар белсенді тартылатындығын көрсетуі мүмкін, бұл оң нәтижелі жұмыс болыр табылады.

2023 жылғы 1 қаңтардағы ахуал бойынша медицина қызметкерлерінің жас құрамы



101-СУРЕТ - 2023 ЖЫЛҒЫ 1 ҚАҢТАРДАҒЫ АХУАЛ БОЙЫНША МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ЖАС ҚҰРАМЫ

«Ресурстарды басқару жүйесі» ақпараттық жүйесінің деректеріне сәйкес ел бойынша зейнеткерлік жастағы дәрігерлердің үлесі 12 % деңгейінде тіркелді, ал ОМҚ зейнеткерлерінің үлес салмағының орташа деңгейі Қазақстан бойынша орта медицина персоналының жалпы санынан 9 %-ды құрайды.

Зейнеткерлік жасқа дейінгі ТОП-10 маманға жалпы практика дәрігерлері (542 адам), терапевттер (511 адам), педиатрлар (388 адам), акушер-гинекологтар (357 адам) және т. б. кіреді.



102-СУРЕТ - ЕҢБЕККЕ ҚАБІЛЕТТІ, ЗЕЙНЕТКЕРЛІК ЖАСҚА ДЕЙІНГІ ЖӘНЕ ЗЕЙНЕТКЕРЛІК ЖАСТАҒЫ ДӘРІГЕРЛЕР

Ақпараттық жүйе деректері бойынша мамандықтар бөлінісінде зейнеткерлік жастағы дәрігерлердің ең көп саны терапевттер арасында байқалады – 60 жастан асқан 878 қызметкер, екінші орында ЖПД дәрігерлері – 537 адам, одан әрі педиатрлар – 518 адам.

Осы ондыққа 174 адам санында анестезиологтар-реаниматологтар кіреді.

Қорытындылар мен ұсынымдар

Денсаулық сақтау саласының адами ресурстармен қамтамасыз етілуіне жүргізілген талдау және кадрлық ресурстардың мониторингі медицина қызметкерлерінің ағымдағы жағдайын бағалау және болашақта олардың қажеттіліктерін жоспарлау үшін маңызды құрал болып табылады. Он жылдық талдауға сүйенсек, мынадай қорытынды жасауға болады:

- медицина қызметкерлері санының жыл сайынғы нәтижелі өсу қарқыны байқалады. Мәселен, орташа есеппен жыл сайын салаға 1200 дәрігер және 3600 ОМҚ келеді:

- 10 000 халыққа шаққанда дәрігерлермен қамтамасыз ету және ОМӨ көрсеткіші айтарлықтай тұрақты өсуде;

- ауылдық елді мекендерге медицина кадрларды тарту және оларды ұстап қалу мемлекеттің, жергілікті атқарушы органдардың және медициналық ұйымдардың өздерінің ерекше көңіл бөлуін талап етеді;

- медициналық кадрлар тапшылығының елеулі ауытқулары байқалады;

- медицина мамандарының жас құрылымы дәрігерлердің негізгі белсенділігі 20 жастан 54 жасқа дейінгі жас санатында шоғырланғанын көрсетеді. Бұл денсаулық сақтау жүйесінің тұрақты жұмыс істеуі үшін осы жас тобына қолдау көрсету мен дамытуды қамтамасыз ету қажеттілігін растайды;

- медицина қызметкерлерінің ішкі және сыртқы көші-қоны байқалады. Елден тысқары жерге кеткен медицина қызметкерлері санындағы мерзімді өзгерістер осы процестің динамикасын көрсетеді. Осы үрдістерді талдауды жалғастыру және республикада медицина кадрларын тарту және оларды ұстап қалу бойынша тиімді шараларды іздеу қажет;

- экономикалық жағдайлар, кәсіптік мүмкіндіктер, білім беру, өмір сапасы және тілдік дағдылар сияқты факторлардың әсері медицина қызметкерлерінің көшіп-қону шешіміне айтарлықтай әсер етеді.

Білікті кадрларды тарту және ұстап қалу үшін еңбек жағдайларын жақсарту, кәсіби даму үшін мүмкіндіктер беру және тартымды әлеуметтік жағдайлар жасау қажет;

- кадр ресурстарының жай-күйін тұрақты және уақтылы мониторингілеу денсаулық сақтау жүйесін өзгермелі қажеттіліктерге жоспарлау мен бейімдеудің маңызды құралы болып табылады.

Адами ресурстарды тиімді басқару және маңызды саяси шешімдер қабылдау үшін кадрлар құрамы, білімі, жұмыс тәжірибесі және басқа да негізгі көрсеткіштер туралы деректерді жинауды және талдауды жалғастыру қажет.

Денсаулық сақтау саласының адами ресурстармен қамтамасыз етілуін талдау және кадр ресурстарының мониторингі ағымдағы жағдайды жақсы түсінуге, кемшіліктерді жою және денсаулық сақтау саласының тұрақты дамуын қамтамасыз ету үшін шаралар әзірлеуге мүмкіндік береді. Жүргізілген талдауға сүйенсек, мына шараларды қабылдау ұсынылады:

Жас мамандарды дамыту және қолдау: қызметтік тұрғын үймен қамтамасыз етуді, қаржылық ынталандыруды және кәсіби өсу мен оқыту мүмкіндіктерін қоса алғанда, жас медицина қызметкерлерін ынталандыру және қолдау үшін әлеуметтік қолдау шараларының бірыңғай пакетін/жиынтығын құру. Ұсынылған әлеуметтік қолдау шаралары республика өңіріне қарамастан бірдей болуға тиіс, бұл алдағы уақытта ауылдық елді мекендерге медицина кадрларын тартуға және оларды ұстап қалуға мүмкіндік береді.

Тартымды жұмыс жағдайларын жасау: медицина персоналының жүктемесін реттейтін нормативтік құқықтық актілерді әзірлеуді, заманауи медициналық техника мен технологияларға қолжетімділікті қамтамасыз етуді, сондай-ақ медицина қызметкерлеріне қолдау көрсету және сенім жүйесін дамытуды қоса алғанда, еңбек жағдайларын жақсарту.

Кәсіби дамуды қолдау: білім беру бағдарламаларына қол жеткізуді, тәжірибе алмасуды және ғылыми зерттеулерді қамтамасыз ету, біліктілікті арттыру және мамандандырылған дағдыларды дамыту үшін мүмкіндіктер жасау.

Әділ және бәсекеге қабілетті жалақы құру: білікті мамандарды тарту және оларды ұстап қалу үшін медицина қызметкерлерінің еңбекақы төлеу жүйесін бағалау және жаңарту.

Халықаралық ынтымақтастықты күшейту: тәжірибе алмасу, білім беру және халықаралық бағдарламалық және зерттеу жобаларына қатысу үшін басқа елдермен және ұйымдармен әріптестік қатынастарды дамыту.

Ақпараттық технологиялар: медицина кадрларын есепке алу бойынша қолданыстағы ақпараттық жүйені үнемі жетілдіру.

Медицина кадрларының қажетті санын жоспарлау және болжау: денсаулық сақтау саласындағы кадрлық басқаруды жақсарту үшін өңірлердің қажеттіліктерін, табиғи ағын мен

шығын пайызын, туу коэффициентін, өлімді және т. б. қоса алғанда, әртүрлі факторларды ескеретін жоспарлау және болжау моделін енгізу ұсынылады.

Ұсынылған ұсынымдарды енгізу саланың адами ресурстармен қамтамасыз етілуін жақсартуға, көрсетілетін қызметтердің сапасын және медицина кадрларының қанағаттанушылығын арттыруға көмектеседі, бұл нәтижесінде халықтың денсаулығын жақсартуға және жалпы денсаулық сақтау жүйесін дамытуға әкеледі.

Бұдан басқа денсаулық сақтау саласындағы жаһандық сын-қатерлер мен қажеттіліктерді ескере отырып, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы төтенше жағдайлар кезінде барабар ден қою үшін елдердің тұрақтылығын қалыптастырудағы медицина кадрларының рөліне ерекше мән береді және 2030 жылға қарай әлемде медицина персоналының тапшылығы 10 млн адамға жететінін атап өтті. Бұл туралы 2023 жылғы сәуірдің басында ДДҰ басшысы Тедрос Аданом Гебреисус Женевада өткен V Жаһандық денсаулық сақтау кадрлары форумында мәлімдеді.

2023 жылғы 22-23 наурызда жоғары деңгейдегі Өңірлік кеңес шеңберінде ДДҰ Еуропалық өңіріне 53 мүше мемлекеттің 50-нің өкілдері денсаулық сақтау қызметкерлеріне, олардың кәсіподақтары мен қауымдастықтарына, сондай-ақ ғалымдар мен сарапшыларға Еуропадағы және Орталық Азиядағы медицина және әлеуметтік қызметкерлерін қорғау және қолдау және оған қажетті инвестицияларды қамтамасыз ету бойынша саяси іс-қимылдар мен міндеттемелерге шақыратын батыл декларация қабылдауға қосылды.

Бухарест декларациясын Румынияның Денсаулық сақтау министрлігімен бірлесіп ДДҰ ЕӨБ қабылдады.

ДДҰ ЕӨБ барлық медициналық-санитариялық және әлеуметтік қызметкерлерді қолдау және қорғау мақсатында елдер үкіметтерінің шаралар қабылдауын ынталандыруға арналған.

Бухарест декларациясы:

- кадрларды, атап айтқанда медициналық-санитариялық және әлеуметтік қызметкерлерді жалдау және бекіту тәжірибесін жақсартуға;
- денсаулық сақтауды кадрлармен қамтамасыз ету тетіктерінің жұмысын жақсартуға;
- медициналық-санитариялық және әлеуметтік қызметкерлердің еңбек тиімділігін оңтайландыруға;
- медициналық-санитариялық және әлеуметтік қызметкерлер кадрларын жоспарлауды жақсартуға;
- білім беру, кадр ресурстарын дамыту және қорғау саласындағы мемлекеттік инвестициялар көлемін ұлғайтуға бағытталған саяси шараларды қабылдауға шақырады.

Декларацияда осы басымдықтар арасында байланыстың болуы және барлық мүдделі тараптармен, оның ішінде медициналық-санитариялық және әлеуметтік қызметкерлердің өкілдерімен, олардың жұмыс берушілерімен, қаржы және білім министрліктерінің, сондай-ақ халықаралық коммерциялық емес ұйымдардың, трасттар мен қорлардың өкілдерімен ынтымақтастық қажеттілігі танылады.

Сондай-ақ, медицина кадрларының халықаралық жаңа атауына назар аударамыз – медициналық-санитариялық және әлеуметтік қызметкерлер.

ДДҰ-ның халықаралық ұсынымдарын қолдану әлемдік талаптарға сай келетін денсаулық сақтаудың жоғары стандартына қол жеткізудің маңызды қадамы болып табылады.

3.5.3 ДСКР бөлігінде денсаулық сақтау жүйесінің алдында тұрған талаптар мен сын-тегеуріндерге талдау жүргізу

Медицина кадрларын даярлау Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесін дамытудың ұлттық стратегиясының негізгі басымдықтарының бірі болып табылады. 2012 жылдан бастап Қазақстанның медициналық білімі медицина кадрларын даярлау мен қайта даярлаудың кеңестік дәуіріндегі моделінен біржола бас тартты. Медицина кадрларын даярлау саласындағы бетбұрыс Қазақстанның 2010 жылғы наурызда Болон декларациясына ресми қосылуы болды. Осылайша, Қазақстан Еуропалық білім беру кеңістігінің толыққанды мүшесі ретінде танылған алғашқы Орталық Азия мемлекеті болды, ҚР Денсаулық сақтау ісін реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасын қабылдау, оның шеңберінде өңірлерде алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсету орталықтары ашылды, жаңа аудандық ауруханалар мен басқа да денсаулық сақтау объектілері пайдалануға берілді. Іске асырылған келесі мемлекеттік бағдарламалар: 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» және 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» болды.

Барлық бағдарламалар медициналық білім берудің жалпы тұжырымдамалық тәсілдерін, оқу процесінің мазмұны мен ұйымдастырылуын қайта қарауды қамтитын медициналық білім берудегі кешенді реформаларды қарастырды. Реформаның басты мақсаты мамандарды даярлау

сапасын арттыру және Қазақстанның медициналық білімін халықаралық стандарттарға жақындату негізінде кәсіби деңгейін арттыру болды.

3.5.3.1. Денсаулық сақтаудағы техникалық және кәсіптік білім (ТЖКБ)

Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесінің негізгі бөлігін, бүкіл әлемдегі сияқты, жүйенің басым бөлігі орта медицина қызметкерлері (ОМҚ) болып табылады, олардың негізгі үлесін мерііргер персоналы құрайды.

Сонымен бірге жалпы денсаулық сақтау жүйесі медицина кадрларының теңгерімсіз болуын, практикалық денсаулық сақтауда мейіргер персоналының тапшылығынан және тиімсіз пайдаланылуынан зардап шегеді. «Мейіргер персоналы – дәрігерлер» бөлінісінде кадрлардың нақты диспропорциясы өзара байланысты жағымсыз үрдістермен бірге жүреді – дәрігерлер көбінесе Батыс Еуропа елдерінде мейіргерлердің міндеттеріне кіретін функцияларды орындайды, ал мейіргерлер өз кезегінде басқа елдерде қызмет көрсететін немесе техникалық персоналдың қызметтерінің міндеттерін орындайды. Практикалық денсаулық сақтауда мейіргер қызметкерлерінің тиімділігінің дұрыс пайдаланылмауы байқалады.

Мейіргер ісі жаһандық реформалау кезеңін бастан өткеруде. Мейіргер қызметін басқару тәсілдерін өзгерту және жаңа мейіргерлік практиканы енгізу бойынша үлкен жұмыс атқарылды, мейіргер мамандарын даярлау және қайта даярлау бойынша медициналық білім беру саласында оң өзгерістерге қол жеткізілді.

2017 жылғы тамызда Бұйрыққа сәйкес пилоттық режимде мейіргерлік қызметті басқару тәсілдерін өзгерту және практикалық денсаулық сақтауда жаңа мейіргерлік практиканы енгізу мақсатында мейіргер ісін реформалау жобасы басталды. Пилоттық жоба 30 медициналық ұйымның базасында – ЖМК клиникалық базаларында жүргізілді, олар – көп бейінді ересектер мен балалар стационарлары, емханалар, 7 өңірдің перинаталдық орталықтары: Орал, Астана, Алматы, Павлодар, Түркістан, Көкшетау, Қызылорда.

Жоба шеңберінде:

жалпы және кеңейтілген практика мейіргерлеріне арналған 45 стандартты операциялық емшаралар (СОЕШ) ;

15 клиникалық мейіргерлік нұсқаулық (КМН), олар ТЖКБ ОЖ-ға, қолданбалы және академиялық бакалавриатқа енгізілген; фин сарапшылары ДСКР әзірлеу үшін 121 жаттықтырушы даярлады;

ДСКР енгізу бойынша пилоттық медициналық ұйымдардың 240 мейіргері оқытылды;

144 патронаж қызметкері оқытылды;

мейіргерлік құжаттаманың 33 бастапқы нысаны;

4 әдістемелік ұсыным;

ҚР ДСМ бірқатар бұйрықтарына толықтырулар мен өзгерістер енгізілді және бұйрықтардың жобалары әзірленді.

2014-2020 жылдар кезеңінде ҚР-да мейіргер ісінің 2401 менторы (тәлімгері) даярланды, оның ішінде НАМК және Lamk (Финляндия) халықаралық сарапшылары жаттықтырушы ретінде - 81, ҚР медициналық ЖЖО-лар мен колледждері даярлаған менторлар (тәлімгерлер) - 2320.

Clinical Care Classification халықаралық мейіргерлік практика жіктемесі, сондай - ақ стационарлық мейіргерлер мен МСАК үшін COVID-19 кезіндегі мейіргерлік құжаттама бейімделген.

Мынадай Жол карталары әзірленді:

Қазақстан Республикасында мейіргер ісін дамытудың 2020 жылға дейінгі кешенді жоспарын іске асыру жөніндегі жол картасы;

«Медициналық білім беруді 2019 жылға дейін жаңғырту» жобасын іске асыру жөніндегі жол картасы;

«Мейіргер ісіндегі білім, ғылым және практиканың үштұғырлығы» 2021 - 2025 жылдарға арналған жол картасы;

«Денсаулық сақтау мамандарын даярлаудың халықаралық стандарттарын енгізу» жол картасы.

Жол карталары шеңберінде 2021 жылдан 2025 жылға дейінгі кезеңге арналған іс-шаралар, нысаналы индикаторлар және мейіргер ісін дамыту тиімділігінің көрсеткіштері бекітілді.

Елімізде мейіргер кадрларын даярлауды 94 колледж, оның ішінде 57 медициналық колледж (3 мемлекеттік және 51 мемлекеттік емес) және 37 (41,57 %) жоғары медициналық колледж (19 мемлекеттік, 14 мемлекеттік емес, 4 жоғары оқу орындарының құрамында – ҚМУ, ОҚМА және 2 ҚазҰМУ құрамындағы ЖМК) және ТЖКБ, жоғары және жоғары оқу орнынан кейінгі

білім деңгейі бар мейіргер ісі мамандарын даярлауды жүзеге асыратын 7 медициналық ЖОО жүзеге асырады. Еуропалық директиваларға сәйкес мейіргер кадрларды даярлаудың көп деңгейлі жүйесі (ТЖКБ, қолданбалы бакалавриат, академиялық бакалавриат, магистратура, PhD докторантура) енгізілді.

3.5.3.2 Жоғары медициналық білім беру

Қазақстанда жоғары медициналық білім беру қызметін салыстырмалы түрде аз оқу орындарымен – Министрліктің қарамағындағы 8 медициналық университет және Ғылым және жоғары білім министрлігінің қарамағындағы көп бейінді ЖОО-лардың 7 медициналық факультеті көрсетеді.

2019 жылдан бастап ЖОО-ларға түсетін талапкерлерді сараланған іріктеу, коммуникативтік дағдыларды, логикалық ойлауды және бүкіл шығармашылық өмірінде оқу қабілетін бағалауға бағытталған психометриялық тестілеу енгізілді.

Медициналық білім берудің жаңа стратегиясына сәйкес (2020) Қазақстанда 5 негізгі бағыт бойынша медицина кадрларын даярлаудың жаңа стандарттары қолданылады: Жалпы медицина (ЖМ), стоматология, фармация, мейіргер ісі (МИ) және қоғамдық денсаулық сақтау (ҚДС).

Министрлік биологиялық қауіпсіздік, атап айтқанда, балалардың инфекциялық аурулары, жалпы гигиена, жалпы эпидемиология, клиникалық эпидемиология, инфекциялық аурулар, жедел медициналық көмек, ішкі аурулар, балалар аурулары, пульмонология сияқты пәндер бойынша тақырыптарды күшейтті. «Эпидемиология», «Гигиена» мамандықтары бойынша бейінді магистратура бағдарламалары қосымша әзірленді. Денсаулық сақтау саласындағы мамандықтар мен маманданулар номенклатурасына жаңа мамандықтар енгізілді: «Кинезотерапия», «Эрготерапия», «Ядролық медицина», «Гериатрия».

2017 жылы алғаш рет ЖОО-лардың 4293 оқытушысының құзыретіне бағалау жүргізілді, білім беру технологияларын трансферттеу орталығы ұйымдастырылды, онда медициналық ЖОО-лардың барлық ПОҚ-ы кезең кезеңімен даярлықтан өтті. 2020 жылы медициналық ЖОО-ларының ғылыми-педагогикалық кадрларының саны 2012 жылмен салыстырғанда 1,7 есе өсті.

Медициналық жоғары оқу орындарының ғылыми әлеуетінің өсуі байқалады. Бұл ретте, егер алғашқы 5 жылда ғылым кандидаттары мен докторларының жиынтық үлесі 97,4-тен 99,85%-ға дейін болса, соңғы жылдары олардың жиынтық үлесі PhD докторларының үлесін ұлғайту есебінен 90 %-ға дейін азайды.

3.5.3.3. Жоғары оқу орнынан кейінгі білім

Жоғары оқу орнынан кейінгі білім магистратурада, резидентурада және докторантурада жоғары және (немесе) жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру ұйымдары, ғылыми ұйымдар қызметінің негізгі бейіні мен бағыттары бойынша, сондай-ақ «Болашақ» халықаралық стипендиясының стипендиаттарын жетекші шетелдік ұйымдарға оқуға жіберу жолымен жүзеге асырылады.

Резидентурада мамандар даярлау резидентураның клиникалық мамандықтарының тізбесіне сәйкес 42 клиникалық мамандық және 7 мамандық бойынша жүргізіледі. Резидентураның білім беру бағдарламасын игеру ұзақтығы мамандыққа және алдыңғы даярлыққа байланысты 2 жылдан 4 жылға дейін құрайды.

Магистратурада кадрлар даярлау екі бағыт бойынша жоғары білімнің білім беру бағдарламалары базасында жүзеге асырылады:

- 1) оқу мерзімі кемінде екі жыл ғылыми-педагогикалық;
- 2) кемінде бір жыл оқу мерзімі бар бейін бойынша («Білім туралы» Заңға сәйкес).

Докторантура – бағдарламалары философия докторы (PhD), бейіні бойынша доктор дәрежесін бере отырып, ғылыми, педагогикалық және (немесе) кәсіби қызмет үшін кадрлар даярлауға бағытталған жоғары оқу орнынан кейінгі білім. Дайындық екі бағыт бойынша магистратураның білім беру бағдарламалары негізінде жүзеге асырылады:

- 1) оқу мерзімі кемінде үш жыл ғылыми-педагогикалық;
- 2) кемінде үш жыл оқу мерзімі бар бейін бойынша («Білім туралы» Заң).

Резидентурада, магистратурада және докторантурада оқуға қабылдауды жоспарлау республикалық бюджет есебінен, жергілікті атқарушы органдардың (ЖАО) нысаналы тапсырысы есебінен және ақылы негізде оқытуды қамтиды. Жыл сайын республикалық бюджет есебінен білім алушылар саны артып келеді.

ҚР Денсаулық сақтау министрлігі Денсаулық сақтау кадрларын даярлау жүйесін дамыту үшін

2021 жылы медициналық мамандықтар бойынша білім беру грантының құнын (бакалавриат – 59 %-ға, магистратура – 26%-ға, резидент-дәрігер – 83%-ға, докторантура – 2,5%-ға) ұлғайтты.

Барлық ЖОО-ларда сапа менеджменті жүйесі енгізілді, оқытуға және академиялық нәтижелерге қойылатын талаптар жоғарылауда.

3.5.3.4. Медицина кадрларын үздіксіз кәсіби дамыту

Қазақстанның қазіргі заманғы денсаулық сақтау саласына қажетті білім, дағдылар мен дағды мен білімді жетік меңгерген, дәлелді медицина тұрғысынан өз іс-әрекеттері мен шешімдерін негіздей алатын сауатты мамандар қажет. Медицина қызметкерінің тұрақты, үздіксіз кәсіби дамуы ғана оның күнделікті жұмысының жоғары тиімділігіне негіз болады. Жедел ақпараттық ағын жағдайында, клиникалық практикаға жаңа дәрі-дәрмектерді, диагностика мен емдеудің жаңа әдістерін үнемі енгізу жағдайында дәрігер өзінің біліктілігін үнемі арттыру қажеттілігін сезінетін жағдайға тап болады. Осыған байланысты Денсаулық сақтау министрлігі Кадр ресурстарын үздіксіз кәсіби дамыту парадигмасын қайта қарады, осы бағытта ұйымдастыру-әдістемелік жұмыс орталықтандырылды.

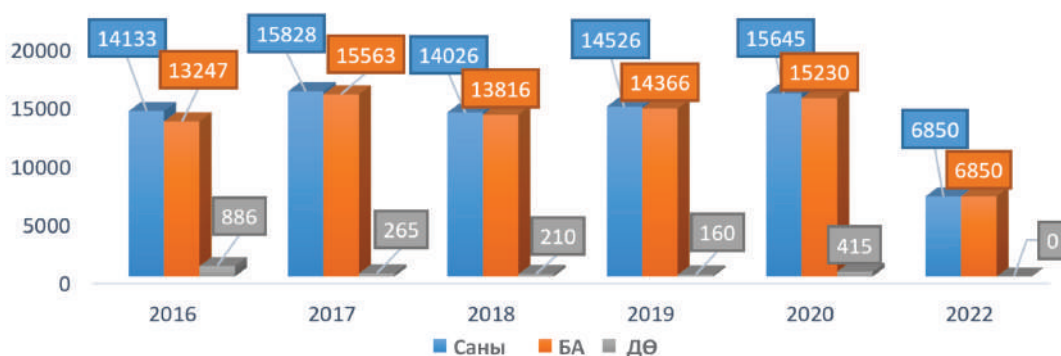
2020 жылдан бастап «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының Кодексінде «Денсаулық сақтау қызметкерлерінің үздіксіз кәсіби дамуы» (бұдан әрі – ҰҚД) моделі заңнамалық түрде бекітілген. ҰҚД медициналық көмектің қауіпсіздігін арттыру мақсатында кәсіби білім мен дағдыларды жетілдіруге, мамандардың қажеттіліктерін ескеретін қосымша құзыреттерді игеруге бағытталған. ҰҚД әрбір медицина қызметкерінің бүкіл кәсіби өмірінде білім мен дағдыларды игеру дегенді білдіреді.

Енгізілген өзгерістерге сәйкес қосымша білім беру білім беру бағдарламаларын іске асыратын және аккредиттеу органдарында институционалдық аккредиттеуден өткен қосымша білім беру ұйымдарында жүзеге асырылады. Медициналық мамандықтар бойынша қосымша білім беру және медицина қызметкерлеріне бейресми білім беру жоғары және (немесе) жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру ұйымдары, ұлттық және ғылыми орталықтар, ғылыми-зерттеу институттары, жоғары медицина колледждері аккредиттелген клиникалық базалар, денсаулық сақтау саласындағы білім беру ұйымдарының клиникалары, университеттік ауруханалар негізінде жүзеге асырылады. Ақпараттық жүйеде жарияланған білім беру бағдарламаларының бірыңғай тізбесі – қосымша білім берудің білім беру бағдарламаларының каталогы құрылды, медицина қызметкерлерінің жұмыс өтіліне сәйкес қосымша білім беру деңгейлері айқындалды.

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының Кодексімен денсаулық сақтау қызметкерлерінің үздіксіз кәсіби дамыту уәкілетті органның (біліктілікті арттыруға мемлекеттік тапсырысты орналастыру), сондай-ақ жергілікті атқарушы органдардың құзыретіне енгізілді.

Жыл сайын республикалық бюджет қаражаты есебінен уәкілетті орган 005 «Денсаулық сақтау ұйымдары кадрларының біліктілігін арттыру және қайта даярлау» бағдарламасын іске асырады. 2016-2022 жылдар кезеңінде үш бағыт бойынша 84008 медицина қызметкері оқытылды: отандық білім беру және ғылыми ұйымдардың базаларында, шетелде, шетелдік жетекші мамандарын тарта отырып шеберлік сыныптарында оқыту өткізілді. Білім алғандардың жалпы санынан 79072 медицина қызметкерінің біліктілігін арттыру курстарынан, 1936 медицина қызметкері бастапқы маманданудан өтті.

2016-2022 жылдарға арналған 005 РББ шеңберінде оқытылған медицина қызметкерлерінің саны



Шетелдің жетекші клиникаларында 373 медицина қызметкері, оның ішінде 333 дәрігер, 40 орта медицина қызметкері даярлықтан өтті. Коронавирус инфекциясы пандемиясының басталуына байланысты 2020-2021 жылдары шетелде оқыту өткізілген жоқ.

Оқыту шетелдік медицинаның үздік практикалар қағидаттары ескеріле отырып жүргізілді. Қазақстандық дәрігерлердің шетелде даярлығының арқасында бүгінгі таңда қазақстандық мамандар өздерінің білімдері мен дағдыларының деңгейі бойынша шетелдік әріптестерімен бәсекеге түсе алатыны атап өткен жөн. Мемлекеттік медициналық ұйымдар бұрын республикалық маңызы бар клиникалар көрсеткен жоғары мамандандырылған медициналық көмектің жеткілікті мөлшерін көрсетеді.

Денсаулық сақтаудың бәсекеге қабілетті кадрлық әлеуетін құру шеңберінде жергілікті атқарушы органдар денсаулық сақтау кадрларын оқытуға қаражат бөледі, жыл сайын 003 «Медицина кадрларының біліктілігін арттыру және қайта даярлау» бағдарламасы белсенді іске асырылуда. Осылайша, қаржыландырудың көп бөлігі жоспарланған бюджеттік қаражат болып табылады. Өз кезегінде, медициналық ұйымдар қажет болған жағдайда дәрігерлерді өздері бекіткен жылдық жоспар негізінде немесе қаражатты үнемдеу есебінен ерекше өзекті тақырыптар бойынша біліктілігін арттыруға жібереді.

Жыл сайын жергілікті бюджет және медициналық ұйымдар есебінен облыстардың мемлекеттік ұйымдарының 40 000-нан астам медицина қызметкерлері білім алуда. Оқытылғандардың жалпы санынан 2016-2022 жылдар аралығында 2000-нан астам медицина қызметкері шетелдегі клиникаларда оқудан өтті.

Басым бағыттар - сырқаттанушылық, өлім және мүгедектік деңгейі жоғары нозологиялар, сондай-ақ денсаулық сақтау саласында жаңа инновацияларды енгізу, оның ішінде трансферт енгізу және практикалық денсаулық сақтау бастамалары шеңберінде аурулардың диагностикасы мен оларды емдеудің жаңа және инновациялық технологияларын енгізу бойынша медициналық кадрларды үздіксіз кәсіби дамыту бойынша жүргізіліп жатқан жоспарлы жұмыста кадрлар даярлау сапасын арттыруды және пациенттердің медициналық көмек сапасына қанағаттануын қамтамасыз етуге мүмкіндік берді.

Қорытындылар

2020 жылдан бастап ҚР 5 медициналық ЖОО коммерциялық емес акционерлік қоғамдар (КеАҚ) болып қайта ұйымдастырылды, бұл сұраныс негізінде білім беру бағдарламаларын дербес анықтауға, сондай-ақ қаржылық еркіндікке мүмкіндік берді.

Жоғары оқу орнынан кейінгі даярлық қызметтің негізгі бейіні бойынша жоғары және (немесе) жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру ұйымдарының, ғылыми ұйымдардың магистратурасында, резидентурасында және докторантурасында жүзеге асырылады.

Резидентурада мамандар даярлау 23 медициналық білім беру ұйымында 42 клиникалық мамандық және 7 мамандық бойынша жүргізіледі, оның ішінде 9 ЖОО және 13 ҒЗИ мен ҰО, сондай-ақ ҚР ШБ МОА-да жүргізіледі. Резидентурада оқу ұзақтығы 2 жылдан 4 жылға дейін.

Магистратура мен докторантурада кадрлар даярлау екі бағыт бойынша жүзеге асырылады:

1) магистратурада кемінде екі жыл және докторантурада кемінде 3 жыл оқу мерзімі бар ғылыми-педагогикалық;

2) магистратурада кемінде бір жыл және докторантурада кемінде 3 жыл оқу мерзімі бар бейін бойынша.

Соңғы жылдары резидентурада, магистратурада және докторантурада оқуға арналған мемлекеттік гранттар санының өскені байқалады. 2017 жылы алғаш рет ЖОО-ларының 4293 оқытушысының құзыретіне бағалау жүргізілді, білім беру технологияларын трансферттеу орталығы ұйымдастырылды.

Жақын арада преспективада мынадай міндеттерді шешу қажет:

Жоғары оқу орындары мен колледждердің профессорлық-оқытушы құрамының жалақысын көтеру кепілдігімен педагогтерді сертификаттау арқылы жаңа әдістемелер мен технологияларды игеруге ынталандыру.

Шет тілін меңгерген тәжірибелі педагогтер пулын қалыптастыру - жоғары оқу орындарында кемінде 30 % және колледждерде 20 % ;

Университеттердің профессорлық-оқытушы құрамы мен білім алушыларының ұтқырлығын жандандыру

Зерттеу компонентін жоғары, жоғары оқу орнынан кейінгі, сондай-ақ мейіргерлік білім берудің білім беру бағдарламаларына белсенді енгізу;

Элективті пәндер пулын қалыптастыру кезінде ғылыми-зерттеу компонентінің көлемін ұлғайту;

Мейіргер ісі бойынша магистратурада оқуды гранттық қаржыландыру үлесін ұлғайту;
Мейіргерлік диагноздар мен мейіргерлік араласулардың халықаралық жіктемесін ұлттық деңгейде енгізу;

Кәсіби мейіргерлік қауымдастықтарды дамытуға және оларды мейіргер ісін реформалауға тартуға жәрдемдесу.

3.5.3.5 Денсаулық сақтаудың зерттеу әлеуеті

Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесіндегі медицина ғылымы мен инновациялардың бәсекеге қабілеттілігіне қол жеткізу ұлттық денсаулық сақтау жүйесін дамытудың негізгі міндеттерінің бірі болып табылады. Бұл ретте ғылым мен инновация саласында бәсекеге қабілеттілікке қол жеткізудің негізгі шарттарының бірі медицина ғылымын басқарудың тиісті қағидаттарын пайдалану болып табылады, олардың қатарына ғылыми-инновациялық процестің барлық негізгі құрамдас бөліктеріне интеграцияланған бағалау жүргізуге мүмкіндік беретін нәтижеліліктің негізгі көрсеткіштері бойынша денсаулық сақтау ұйымдарының қызметіне мониторинг пен бағалау жатады.

Денсаулық сақтау жүйесінде 2013 жылдан бастап ғылыми және инновациялық қызмет индикаторлары бойынша медицина ғылымы мен білім беру ұйымдарын бағалау жүйесі енгізілді.

Отандық медицина ғылымының деңгейін бағалау және сапасын арттыру мақсатында жыл сайын елдің ғылыми ұйымдарының ұлттық рейтингі жарияланатын болады, бұл олардың ашықтығын, бәсекеге қабілеттілігін арттыруға мүмкіндік береді.

Рейтингтің түпкі мақсаты ұйымдар арасында бәсекелестік құру, рейтингтің көшбасшылары мен аутсайдерлерін бөліп көрсету арқылы медициналық білім беру мен ғылыми қызметтің сапасын арттыруға жігерлендіру және ынталандыру болып табылады.

Осы Әдістеме шеңберінде ғылыми-зерттеу қызметін бағалау мынадай санаттар бойынша жүргізілді: медициналық ЖОО-лары, клиникалық бейіндегі медицина ғылымының ұйымдары, клиникалық емес бейіндегі медицина ғылымының ұйымдары. Медициналық ЖОО-лар мен ғылыми ұйымдарды бағалау кезінде мынадай негізгі индикаторлар ескерілді: орындалатын ғылыми зерттеулердің көлемі, рецензияланатын ғылыми басылымдарда жарияланымдар (мақалалар), соңғы 5 жылдағы ғылыми жұмыстарға дәйектер келтіру (Хирш индексі қоса алғанда), патенттер мен өзге де қорғау құжаттары, ғылыми әзірлемелер, ғылыми қызмет нәтижелерін коммерцияландыру және медициналық технологиялар трансферті, халықаралық конференциялар.

Медициналық ғылыми ұйымдар мен медициналық ЖОО-ларының рейтингінің Қорытындыларына жүргізілген талдау ғылыми қызметтің негізгі индикаторларының оң серппінін көрсетеді: бұл орындалатын ғылыми бағдарламалар, жарияланымдар, алынған қорғау құжаттары санының өсуіне қатысты.

Медициналық ғылыми ұйымдар мен медициналық ЖОО-лардың патенттік белсенділігінің 1,5-2,5%-ға, оның ішінде ұлттық патенттердің, шетелдік патенттердің және зияткерлік меншік туралы куәліктер санының ұлғаюы байқалады.

Бәсекеге қабілеттілік және ғылыми зерттеулер мен әзірлемелердің көрсеткіштері Scopus Web of Science беделді дерекқор базаларында индекстейтін халықаралық рецензияланатын басылымдарда отандық зертеушілердің жариялымдар көлемі болып табылады.

Соңғы жылдары медициналық ЖОО-лар мен денсаулық сақтау саласындағы ғылыми ұйымдар жыл сайын Scopus және Web of Science индекстейтін басылымдарда жариялайтын мақалалар саны 40% - дан астамға өсті.

Соңғы жылдардағы оң үрдістер WOS/Scopus және Google Scholar деректері бойынша Хирш индексі бар қызметкерлер үлесінің өсуінде - тиісінше 10,2 % және 24,5% - ға дейін, сондай-ақ WOS/Scopus деректері бойынша Хирштің орташа индексінің 0,15-тен 0,34-ке дейін өскені байқалады.

Ғылыми және инновациялық қызметтің бәсекеге қабілеттілігінің барлық негізгі көрсеткіштерінің өсуі қазақстандық медициналық ЖОО-лардың университеттердің беделді жаһандық рейтингтеріне кіруін қамтамасыз етуге мүмкіндік берді. Сонымен С.Ж. Асфендиоров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті QS Asian University Rankings рейтингінің ТОП-350, Еуропа мен Орталық Азияның дамушы елдері үшін QS EECA университеттерінің ТОП-150 рейтингіне кірді (146-шы орын). Сондай-ақ, медицина ғылымы саласындағы жетістіктерге негізделген жаһандық рейтингтердегі Қазақстанның рейтингтік позицияларының өскені байқалады. Осылайша, Қазақстанның медицина саласындағы жарияланымдар бойынша әлемдік рейтингтегі орны (Scopus деректері бойынша) 79-орынға дейін жетті.

Сонымен қатар, медицина ғылымы мен білім беру ұйымдарын саралау нәтижелері бірқатар кемшіліктерді – кейбір ҒЗИ, ҰО, ЖОО-лар үшін рейтингтік бағалаудың теріс динамикасын, ҒЗЖ бірқатар негізгі көрсеткіштері бойынша белсенділіктің болмауын анықтауға мүмкіндік берді.

Ең алдымен, біз ұйымдардың өз жетістіктері туралы жеткіліксіз хабардар болуын анықтадық, бұл ҒЗИ, ҰО және ЖОО-лар деңгейінде ғылыми және инновациялық қызмет мониторингін күшейтуді талап етеді.

Сондай-ақ қызметкерлердің ғылыми-зерттеу белсенділігін арттыру бойынша шаралар қабылдау қажет (сараланған еңбекақы төлеуді енгізу, ғылыми мектептерді қолдау және дамыту және т.б. арқылы), өйткені біз жүргізген талдау ЖОО-лар және ҒЗИ/ҒЗО қызметкерлерінің тек қана 20-25%-ы ғылыми-зерттеу қызметіне тартылғанын (индикаторларға қол жеткізуге үлес қосатынын) көрсетеді.

Саладағы жүйелі өзгерістерді қажет ететін мәселелердің бірі – барлық мүдделі тараптар үшін зерттеу нәтижелеріне қолжетімділіктің төмен болуы (ғылыми қауымдастық, практикалық денсаулық сақтау мамандары, полисмейкерлер және халық) және саладағы шешім қабылдаудың әртүрлі деңгейлерінде ғылыми зерттеулер нәтижелерінің жеткіліксіз пайдаланылуы. Жетекші шет елдердің тәжірибесіне жүргізілген талдау денсаулық сақтау жүйесін басқарудың барлық деңгейлерінде барлық іс-шараларды, нормативтік актілердің жобаларын, Қорытындыларды, бағдарламалар мен жол карталарын ғылыми негіздеу, сондай-ақ оларды іске асырудың тиімділігін талдау, денсаулық сақтау жүйесінің қажетті ресурстарға қажеттілігін жоспарлау және болжау, саясатты қалыптастыру саласындағы ғылыми зерттеулер нәтижелерін белсенді беру негізінде шешімдер қабылдаудың дәлелді практикасына көшу қажеттігін көрсетеді. ҒЗҚ нәтижелілігін арттыру үшін медициналық ЖОО-лар, ҰО, ҒЗИ деңгейінде мынадай іс-шаралар ұсынылады:

Медициналық ЖОО-лардың ҒО, ҒЗИ-лардың ҒЗҚ анықталған кемшіліктерін негізге ала отырып:

- ҒЗҚ-ға қаржыландыруды тарту кезінде: шетелдік гранттарды тартуға, бағдарламаларға халықаралық көп орталықты зерттеулерді, оның ішінде стратегиялық әріптестермен бірлескен жобаларды тартуға және бизнес-құрылымдармен әріптестікте ҒЗҚ орындауға баса назар аудару;

- жарияланым белсенділігінде: жоғары рейтингтік журналдарда мақалалар жариялауға баса назар аудару (Q1-Q2-ден астам квинтильмен);

- ҒЗЖ нәтижелерін патенттеу кезінде: ұлттық және халықаралық патенттерді алуға баса назар аудару, әрбір ұйымда қызметкерлер ұйымда жұмыс істеген кезде оның ресурстары мен жабдықтарын пайдалана отырып, алатын әзірлемелерге патент иеленуге қатысты нақты саясатты енгізу;

- ҒЗҚ нәтижелерін коммерцияландыру кезінде: ҒЗҚ нәтижелерін тек қана шеберлік сыныптар өткізу шеңберінде ғана емес, өндірістерді іске қосу, стартаптар мен спинофтар құру, лицензияны беру/сату және т. б. арқылы коммерцияландыруға баса назар аудару;

- халықаралық конференцияларға қатысу кезінде: конференцияларға қатысуға және материалдары Scopus, WOS-та индекстелген конференцияларда тезистерді жариялауға баса назар аудару.

- ғалымдар мен инновациялық-белсенді мамандарды қолдау инфрақұрылымын – эндаумент-қорларды, коммерцияландыру офистерін, бизнес-инкубаторларды және/немесе технопарктерді, ғылым жөніндегі жобалық офистерді, сондай-ақ ғылыми зерттеулер жүргізуге арналған инфрақұрылымды – ғылыми және сынақ зертханаларын, биобанктерді дамыту;

- Медицина ЖОО-лар мен ғылыми ұйымдар қызметкерлерінің халықаралық кәсіптік бірлестіктерге және ғалымдар үшін мамандандырылған онлайн ресурстарға белсенді қатысуын қамтамасыз ету, оның ішінде ҒЗИ, ЖОО, ҰО бейінін, іске асырылатын ғылыми жобаларды және ORCID, ResearchGate Academia.edu және т. б. беделді халықаралық платформаларында қызметкерлердің жеке бейіндерін құру және тұрақты өзектілендіру;

- Студенттер мен жас ғалымдарды (жас ғалымдар мен студенттердің ғылыми қоғамдары, студенттер мен жас ғалымдарға арналған researched-based learning және Project-based learning конференциялары мен конкурстарын, жазғы/қысқы мектептерді, хакатондарды және т.б.) ҒЗҚ-ға тартудың қолданыстағы тәсілдерін қайта қарау және жаңа тәсілдерді енгізу.

Осы іс-шараларды іске асыру медициналық ЖОО-лар, ҒЗИ/ҒО-да ҒЗИ нәтижелілігі мен бәсекеге қабілеттілігінің өсуін қамтамасыз етуге, қазақстандық медицина ғылымының әлемдік зерттеу кеңістігіне одан әрі интеграциялануы үшін жағдайлар жасауға тиіс.

3.6 Денсаулық сақтауды қаржыландыру

Денсаулық сақтауды дамыту саласындағы проблемалар кедей елдерге ғана емес, ауқатты елдерге де әсер етеді. Бұл әлеуметтік көмекті тиімсіз ұйымдастырумен немесе ресурстарды тиімсіз пайдаланумен байланысты. Сондықтан, кейбір дамыған елдерде әлеуметтік көмекті тиімсіз ұйымдастырудың салдарынан барлық халық медициналық-санитариялық көмекке қажетінше қол жеткізе алмайды. Басқа елдерде ресурстарды тиімсіз пайдаланумен байланысты мәселелер бағаның өсуі арқылы шешіледі. Осыған байланысты адамдардың денсаулығын, сондай-ақ денсаулық сақтау жүйелерін қолдау және жақсарту міндеттері әлемде басым міндет болып отыр.

Елдер денсаулық сақтау қызметтерімен (бұдан әрі - ДСҚЖБҚ) жалпыға бірдей қамту жолында прогреске қол жеткізуге ұмтылатындықтан, кірістерді жинауға, қаражатты біріктіруге және медициналық қызметтерді сатып алуға бағытталған денсаулық сақтауды қаржыландыру саясатының шеңберіне сәйкес кірістер мен шығыстардың жіктелісін келтіру барған сайын маңызды бола түсуде. Бұл республикалық деңгейде саясатты әзірлеу үшін неғұрлым өзекті ақпарат алуды қамтамасыз етеді. Атап айтқанда бұл ұлттық мүдделі тараптар мен серіктестерге әділеттілік, тиімділік және қамту тұрғысынан, өңірдің басқа елдерімен немесе бүкіл әлеммен салыстырғанда елдің жағдайын бағалауды дамытуды жеңілдетеді.

Республикалық деңгейде мұндай бағалаудың неғұрлым тиімді құралы денсаулық сақтау шоттары жүйесінің әдіснамасын пайдалана отырып әзірленген - Денсаулық сақтау шоттары жүйесі (бұдан әрі - ҰДШ) - System of Health Accounts 2011 (SHA 2011) болып табылады.

Денсаулық сақтау шоттары бір денсаулық сақтау субъектісінен екіншісіне медициналық тауарлар мен қызметтердің түпкі алушыларына дейінгі қаражаттың көлемі мен қозғалысын мұқият қадағалайды. Салыстырмалы денсаулық сақтау шоттарын құру бойынша 2001 жылдан бері жүргізіліп жатқан жаһандық күш-жігерге сүйенсек, денсаулық сақтау шығындарын бақылаудың қолданыстағы стандартты халықаралық әдістемесі SHA 2011 тұжырымдамасына негізделген.

Ұлттық денсаулық сақтау шоттары жүйесі бағалаудың тиімді құралы ретінде

Ұлттық денсаулық сақтау шоттары (National Health Accounts, ННА) - елдің денсаулық сақтау жүйесіндегі қаржы ағындарын тұрақты, жан-жақты және бірізділікпен бақылаудың негізгі статистикалық құралы және жүйесі. Ұлттық денсаулық сақтау шоттары денсаулық сақтау саясатын әзірлеу мен жүзеге асыруда маңызды рөл атқарады, өйткені олар мемлекеттік саясаттың басымдықтарын анықтауға мүмкіндік береді. Халықаралық деңгейде ҰДШ әлеуметтік-экономикалық даму деңгейлері, демографиялық және эпидемиологиялық параметрлері ұқсас елдер арасындағы денсаулық сақтау шығындарын өлшеудің және салыстырудың негізгі құралы болып табылады.

*Ұлттық денсаулық сақтау шоттары:
елдің денсаулық сақтау жүйесіндегі қаржы ағындарын тұрақты, жан-жақты және дәйекті мониторингтеудің статистикалық құралы;
халықаралық деңгейде елдер арасындағы денсаулық сақтау шығыстарын салыстырмалы талдаудың негізгі құралы болып табылады*

Бүкіл әлемде қызмет көрсетілетін халықтың денсаулығын жақсартуға бағытталған денсаулық сақтау жүйелерінің қуаттылығы дамуда, бұл, алайда, елеулі қосымша шығындармен ұштасады. Дәл осы себептен денсаулық сақтау жүйесін қаржыландыру туралы нақты ақпарат алу денсаулық сақтау саясатын құрудың маңызды элементіне айналады.

Денсаулық сақтау саласындағы сарапшылар денсаулық сақтау жүйесінің жай-күйіне қатысты нақты мәселелерді шешу үшін әзірленген ҰДШ пайдаланады. Олардың көмегімен жүйелі есептер және денсаулық сақтау шығыстары туралы мәліметтерді ұсыну қамтамасыз етіледі. Олар қанша жұмсалғанын, қайда, не үшін және кім үшін, шығындар уақыт өте келе қалай өзгеретінін көрсетеді және оларды ұқсас жағдайдағы елдердегі шығындармен салыстыруға мүмкіндік береді. ҰДШ бұл денсаулық сақтау жүйесінің қызметін жақсарту үшін қаржылық ақпаратты пайдалану кезінде маңызды болып табылатын ұлттық денсаулық сақтау жүйелерін қаржыландыруды қорытындылау, сипаттау және талдау үшін әлемдік тәжірибеде кеңінен танылған әдіс.

ҰДШ ақпараты шешім қабылдау процесі үшін өте маңызды, өйткені ол қазіргі уақытта ресурстарды пайдалануды бағалауға мүмкіндік береді және белгілі бір денсаулық сақтау жүйесін басқа елдердің жүйелерімен салыстыру үшін пайдаланылуы мүмкін. Үнемі пайдалану кезінде ҰДШ денсаулық сақтау жүйесін бақылау және бағалау үшін маңызды шығындар үрдістерін бақылай алады. ҰДШ әдіснамасы елдің денсаулық сақтау секторының қаржылық қажеттіліктерін болжау үшін қолданыла алады. ҰДШ ақпараты, мысалы, медициналық қызмет берушілердің сырқаттанушылық деңгейі мен ресурстарды тұтыну деңгейі сияқты қаржылық емес деректермен бірге саясаткерлерге негізделген стратегиялық шешімдер қабылдауға және болуы мүмкін қолайсыздықтардан аулақ болуға мүмкіндік береді.

Бірыңғай шот-фактура жүйесін құрудың негізгі терминдерін, анықтамалары мен тәсілдерін үйлестірудің алғашқы қадамдарын 1980 жылдары Еуропалық қоғамдастық пен ЭЫДҰ бастады. Алайда, Еуропа елдерінің денсаулық сақтау жүйелерінің құрылғыларындағы айтарлықтай айырмашылықтар тәсілдерді стандарттауға негізгі кедергі болып табылады.

Денсаулық сақтау шоттары жүйесі - денсаулық сақтау қызметтерін ұсынуға, тұтынуға және қаржыландыруға сәйкес денсаулық сақтау шығыстарын жіктеуге арналған стандарт болып табылады және денсаулық сақтау шоттарын әзірлеуде әдіснамалық қолдау көрсетеді.

Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтау шығыстарын мониторингілеу және қадағалау

Денсаулық сақтау шығыстарын халықаралық салыстыру және денсаулық сақтау жүйелерін талдау үшін денсаулық сақтауды қаржыландырудың жиынтық көрсеткіштерін анықтау.

Сонымен қатар 2000 жылдың басында денсаулық сақтаумен байланысты қаржылық ағындар туралы деректерді жинауды жүйеге келтірген 2 негізгі құжат жарияланған болатын:

- **✓ 2000 жылы ЭЫДҰ «Денсаулық сақтау шоттарының жүйесі» құралын жариялады [19];**
- **✓ 2003 жылы ДДҰ-ның, Дүниежүзілік банктің және ЮСАИД-тің бірлескен күшімен «Ұлттық денсаулық сақтау шоттарын әзірлеу жөніндегі нұсқаулық» шығарылды. Бұл жұмыстар әлемдік деңгейде денсаулық сақтау шоттарын қалыптастырудың алғашқы стандарттары болды және салыстырмалы деректерді алуға мүмкіндік берді. Көрсетілген құралдар әртүрлі елдерде ҰДШ қалыптастыру процесін ынталандырды [20].**

2007 жылы ЭЫДҰ, Еуростат және ДДҰ сарапшылар тобы, сондай-ақ Халықаралық денсаулық сақтау шоттары тобы ретінде белгілі тұлғалар, Денсаулық сақтау шоттары жүйесінің жаңа нұсқасын әзірлеуге кірісті. Жұмыстың нәтижесі 2011 жылғы Денсаулық сақтау шоттары жүйесінің жариялануы болды.

Денсаулық сақтау шоттары жүйесі (System of Health Accounts 2011, SHA 2011 – бұдан әрі ДЖШ 2011) денсаулық сақтау шоттарын әзірлеуде әдіснамалық қолдау мен нұсқаулық береді. ДСЖШ негізгі мақсаттары:

- денсаулық сақтау шығындарын халықаралық салыстыруға және денсаулық сақтау жүйелерін талдауға қатысты негізгі жиынтық көрсеткіштердің құрылымын ұсыну;
- жекелеген елдердің кеңейтуге болатын және денсаулық сақтау жүйелерін мониторингілеу және талдау бойынша практикалық деректерді алуға мүмкіндік беретін құралды ұсыну;
- тұтыну шығыстарын қадағалау үшін денсаулық сақтаудың халықаралық келісілген шекараларын айқындау.

Осы мақсаттарға жету үшін ДСЖШ 2011 деректерді жинауға, ҰДШ кестелеріне енгізуге және денсаулық сақтау шығындарына байланысты барлық ақша ағындарын бағалауға негіз болды.

Денсаулық сақтау шоттары жүйесі денсаулық сақтау, ұйымдар мен үй шаруашылықтарына және ұлттық шоттар шеңберінде жиналатын белгілі бір жиынтық көрсеткіштерге байланысты шығындарды есепке алуды бастайды және соған сүйенеді.

Қазақстан Республикасында ҰДШ әзірлеу 2004-2005 жылдары Дүниежүзілік Банктің қолдауымен басталды. Атап айтқанда, деректер көздеріне талдау жүргізілді, деректерді жинау мен өңдеудің бизнес-процестері зерделенді, сондай-ақ денсаулық сақтау саласына жататын әрбір қызмет берушіден деректерді үздіксіз жинауға негізделген ҰДШ қалыптастыру тұжырымдамасы әзірленді. Деректерді жинау процесін ҚР Статистика агенттігі «Денсаулық сақтау шығындары туралы есеп» №19 ведомстволық статистикалық есептіліктің арнайы нысанын әзірлеу және бекіту жолымен ресімдеді. ҰДШ әзірлеу үшін стандарт ДДҰ-ның

«Денсаулық сақтаудың ұлттық шоттарын әзірлеу жөніндегі нұсқаулық» болды. Осы Әдістемеге сәйкес 2010 және 2011 жылдар аралығындағы денсаулық сақтау шығындары туралы есептер әзірленді.

«Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау секторында технологияларды беру және институционалдық реформаны жүргізу» жобасы шеңберінде консультант ретінде Oxford Policy Management компаниясы тартылды. Денсаулық сақтауды дамытудың ұлттық ғылыми орталығы консультанттармен бірлесіп респонденттерге әкімшілік жүктемені азайтуға және қолданыстағы тұрақты және үнемі болатын ақпарат көздерінен деректерді жинауға негізделген ҰДШ қалыптастыру бойынша жаңа тәсіл әзірледі.

2013 жылдан бастап Қазақстанның ЭЫДҰ-мен ынтымақтастығын тереңдетуге байланысты ҚР ДСМ 2011 жылғы ДСШЖ енгізу туралы шешім қабылдады.

2019 жылы ҰДШ қалыптастыру қағидалары туралы бұйрық әзірленіп, бекітілді.

ҰҒДСО денсаулық сақтау шоттары жүйесін жетілдіру, денсаулық сақтау туралы деректерді жинау, өңдеу және талдау бөлігінде жыл сайынғы негізде ДДҰ офисімен ынтымақтасады.

Осылайша, ұлттық денсаулық сақтау шоттары денсаулық сақтау шығындарының деңгейін ғана емес, сонымен қатар денсаулық сақтау жүйесіндегі барлық ақша ағындарын бақылауға болатын құрал болып табылады.

Қазақстандағы денсаулық сақтау саласындағы медициналық көрсетілетін қызметтерді қаржыландыруға шолу

Бүкіл әлемдегі денсаулық сақтау жүйелерінің ортақ мақсаты бар – халықтың денсаулығын жақсарту, алайда бұл мақсатқа басты міндетті орындамай мүмкін емес – бұл қолжетімді сапалы медициналық қызмет көрсету. Сапалы медициналық көмекті дегеніміз ол қолжетімді, тиімді, қауіпсіз, дәлелді медицинаға негізделген, пайдаланылатын ресурстар көлемі бойынша оңтайлы, медицинаның қазіргі даму деңгейіне барабар, пациенттің денсаулық сақтау жүйесімен өзара іс-қимылына қанағаттанатын қызмет деп сипаттауға болады.

Ол үшін денсаулық сақтауды қаржыландырудың өзіндік ерекшелік тәсілдерімен ұлттық денсаулық сақтау моделін қалыптастыру қажет.

Денсаулық сақтауды қаржыландырудың бір әмбебап моделі жоқ. Осыған қарамастан, әлемде денсаулық сақтауды қаржыландыру жүйелерін дамытудың жалпы қабылданған үрдісі қалыптасты, сондай-ақ олардың негізгі модельдері қалыптасты:

- мемлекеттік (бюджеттік);
- сақтандыру медицинасы;
- жеке (ақылы) медицина.

28-КЕСТЕ. ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫҢ НЕГІЗГІ МОДЕЛЬДЕРІНІҢ СИПАТТАМАСЫ

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МОДЕЛЬДЕРІ	ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	КЕМШІЛІКТЕРІ
МЕМЛЕКЕТТІК ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МОДЕЛІ НЕМЕСЕ БЕВЕРИДЖ ЖҮЙЕСІ	- ОРТАЛЫҚТАНДЫРЫЛҒАН ЖОСПАРЛАУ; - ТІКЕЛІ САЛЫҚ САЛУ ЖОЛЫМЕН МЕМЛЕКЕТТІК ҚАРЖЫЛАНДЫРУ; - МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨРСЕТІЛЕТІН ҚЫЗМЕТТЕРДІҢ САПАСЫН МЕМЛЕКЕТТІК БАҚЫЛАУ; - МЕМЛЕКЕТ БІРЫҒАЙ ТӨЛЕУШІ РЕТІНДЕ БОЛАДЫ; - ЖЕКЕШЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ САҚТАНДЫРУ НЕМЕСЕ МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА ШЕҢБЕРІНЕН ТЫС МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨРСЕТІЛЕТІН ҚЫЗМЕТТЕРДІ АЛУДЫҢ БАСҚА ДА ТӘСІЛДЕРІНЕ ТЫЙЫМ САЛЫНАДЫ	- ЖАҢАШЫЛДЫҚТЫҢ ШЕКТЕЛУІ; - ОРТАЛЫҚ ПЕН АРТЫШЫЛЫҚТАРДЫҢ АРАСЫНДАҒЫ БАЙЛАНЫСТЫҢ ӨЛСІРЕУІ; - ТҰТЫНУШЫЛАРДЫҢ МҮДДЕСІ КӨБІНЕСЕ ЕСКЕРІЛМЕЙДІ; - МЕДИЦИНАЛЫҚ МЕКЕМЕЛЕРДІҢ ТЕХНИКАЛЫҚ ЖАРАҚТАНДЫРЫЛУЫНЫҢ АРТТА ҚАЛУЫ
САҚТАНДЫРУ МЕДИЦИНАСЫ	- ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ МЕМЛЕКЕТ БАСҚАРАДЫ, БІРАҚ ОРТАЛЫҚСЫЗДАНДЫРУ ҚАРЖЫЛАНДЫРУ БАР; - ҚАРЖЫЛАНДЫРУ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨРСЕТІЛЕТІН ҚЫЗМЕТТЕРГЕ БАРЛЫҚ ҚАТЫСУШЫЛАРДЫҢ НЫСАНАЛЫ ЖАРНАЛАРЫ ЕСЕБІНЕН ЖҮЗГЕ АСЫРЫЛАДЫ; - КӘСІПКЕРЛЕРМЕН ЖӘНЕ МЕМЛЕКЕТПЕН БІРЕСІП ЕҢБЕКШІЛЕРДІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ САҚТАНДЫРУ ҚОРЛАРЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ; - ОСЫ ҚОРЛАРДЫ МЕМЛЕКЕТТІҢ БАСҚАРУЫ; - ТАБЫСЫ БАРАЛАРДЫҢ ЖАЛАҚЫСЫНА ҚАРАМАСТАН, СОНДАЙ-АҚ ОЛАРДЫҢ ЖАРНАЛАРЫНЫҢ МӨЛШЕРІНЕ ҚАРАМАСТАН ҚОРЛАРДЫҢ ҚАРАЖАТЫН БӨЛУ.	- НЕҒҰРЛЫМ ТӘУЕКЕЛІ ЖОҒАРЫ КОНТИНГЕНТТІ ЕМДЕУМЕН ПРОБЛЕМАЛАР (ҮЙСІЗ АДАМДАР, КӨШПІ КЕЛГЕНДЕР, САҚТАНДЫРЫЛМАҒАНДАР ЖӘНЕ Т.Б.); - САҚТАНДЫРУ ОРНЫНАН ТЫСҚАРЫ ЖЕРДЕ КӨРСЕТІЛГЕН МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК ҮШІН АУМАҚТАР АРАСЫНДАҒЫ ӨЗАРА ЕСЕПТЕСУ ПРОБЛЕМАСЫ; - МІНДЕТТІ МЕДИЦИНАЛЫҚ САҚТАНДЫРУ МАҚСАТЫНА ҚАРАЖАТ ЖИНАУ ТЕТІКТЕРІ; - ҚАРЖЫЛАНДЫРУДЫ ҰЛҒАЙТУ ПРОБЛЕМАСЫ. ЖҰМЫС ІСТЕУШІ ХАЛЫҚ ҮШІН САҚТАНДЫРУ ЖАРНАЛАРЫ БАРЛЫҚ ҚАРЖЫ ҚАРАЖАТЫНЫҢ ТЕК ҚАНА 1/4 (24,5%) БЕРЕДІ, БҰЛ (64,4%) – БЮДЖЕТ ҚАРАЖАТЫ
ЖЕКЕ (АҚЫЛЫ) МЕДИЦИНА	- МЕДИЦИНАЛЫҚ МЕКЕМЕЛЕРДІҢ КЕҢ ДИАПАЗОНЫ; - МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАР ЖЕКЕ МЕНШІКТЕ; - МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ЖЕКЕ ДӘРІГЕРЛЕР КӨРСЕТЕДІ ЖӘНЕ ПАЦИЕНТТЕН НЕМЕСЕ САҚТАНДЫРУ КОМПАНИЯСЫНАН ТӨЛЕМАҚЫ АЛАДЫ	- ЖЕКЕ ДӘРІГЕРЛЕР ДЕРБЕС ЖҰМЫС ІСТЕЙДІ ЖӘНЕ КЕШЕНДІ ЗЕРТТЕП-ҚАРАУ ҚЫЗМЕТІН ҰСЫНА АЛМАЙДЫ; - ХАЛЫҚТЫҢ ҚАУҚАРСЫЗ ТОБЫ ҮШІН ӨТЕ ҚЫМБАТ ЖӘНЕ ҚОЛЖЕТІМСІЗ

Денсаулық сақтауды қаржыландыру көрсеткіштерінің халықаралық салыстырмалылығын жақсарту мақсатында денсаулық сақтауға арналған ағымдағы шығыстар, денсаулық сақтауға арналған күрделі шығыстар, денсаулық сақтауға арналған жалпы шығыстар сияқты жиынтық көрсеткіштер қолданылады.

Денсаулық сақтаудың жалпы шығыстары медициналық көмекке байланысты денсаулық сақтаудың ағымдағы шығыстарын және денсаулық сақтаудың күрделі шығыстарын қамтиды.

Денсаулық сақтаудың ағымдағы шығыстары міндетті қаржыландыру схемаларын және ерікті қаржыландыру схемаларын қамтиды, олар одан әрі денсаулық сақтау функциялары бойынша бөлінеді.

Қаржыландыру схемалары елдегі денсаулық сақтауды қаржыландыру жүйесінің негізгі «құрамдас бөліктері» болып табылады – бұл денсаулық сақтау саласындағы қызметтерге ақы төлеу және халықтың түпкілікті қызмет алуы жүзеге асырылатын қаржылық схемалардың негізгі түрлері.

Қаржыландырудың міндетті схемалары мемлекеттік бюджет шығыстарын, сондай-ақ МӘМС жүйесіндегі шығыстарды қамтиды. Бұл қаржыландыру схемасы медициналық көрсетілетін қызметтердің негізгі сатып алушысы болып табылады.

Өз кезегінде, ерікті қаржыландыру схемалары немесе жеке шығыстар – бұл ерікті медициналық сақтандыру шығындарының, корпоративтік шығындардың және қалтадан төленетін төлемдердің (үй шаруашылығының шығындары) сомасы.

Бұдан әрі шығыстар денсаулық сақтау функциялары бойынша бөлінеді. Денсаулық сақтау функциялары тұтынылатын тауарлар мен қызметтердің санаттары ретінде қарастырылады және оларға стационарлық қызмет көрсету, амбулаториялық қызмет көрсету, азаматтардың денсаулығын сақтау шаралары, оңалту қызметтері, жедел медициналық көмек, медициналық тауарларды ұсыну, денсаулық сақтау жүйесін әкімшілендіру шығындары және т. б.

Кез келген қаржы жүйесі мына сұрақтарға жауап беруге тиіс:

ресурстар қалай қалыптасады,
олар қалай бөлінеді,
қаншалықты тиімді қолданылады.

2020 жылдан бастап Қазақстанда міндетті медициналық сақтандыру жұмыс істей бастады және қазіргі уақытта Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесі бірнеше көздерден қаржыландырылады:

- салықтық түсімдер есебінен қалыптастырылатын республикалық және жергілікті бюджеттердің қаражаты. Оларға мыналар жатады: табысқа салынатын салық, қосылған құн салығы, табыс салығы және т. б.

- жүйеге жарналар мен аударымдар негізінде қосылатын МӘМС жүйесіндегі қаражат,

- ерікті медициналық сақтандыру және кәсіпорындар қаражаты,

- азаматтардың өздерінің қаражаты. Бұл қаражат мемлекеттік қайта бөлу арналары арқылы өтпейді және медициналық ұйымдарға медициналық қызметтерге тікелей ақы төлеу түрінде түседі,

- сыртқы қаржыландыру көздері (гранттар, сыртқы қарыздар).

Осылайша, Қазақстанда қаржыландырудың бюджеттік-сақтандыру моделінің тетіктері жұмыс істейді.

2015 жылғы 16 қарашадағы Міндетті медициналық сақтандыру туралы заңға сәйкес МӘМС жүйесіне жарналарды төлеушілер:

- Мемлекет
- Жұмыскерлер
- Жеке кәсіпкерлер
- Жеке практикамен айналысатын адамдар
- АҚШ шарттары шеңберінде кіріс алатын жеке тұлғалар
- БЖТ төлеушілері.

Бұл ретте мемлекет азаматтардың 15 жеңілдетілген санаты үшін 2023 жылғы орташа айлық жалақының 1,8 % мөлшерінде жарналарды жүзеге асырады.

Жұмыс берушілердің аударымдары ЕАҚ-дан 3% құрайды. Жұмыскерлердің жарналары - жалақының 2 %-ын құрайды. ЖК жарналары - табыстың 5 %-ын құрайды.

Осылайша, Қазақстанның денсаулық сақтау саласы сақтандыру медицинасының аспектілерін халықты МӘМС-тің жан-жақты қамтуымен және мемлекеттік кепілдіктер берумен бюджеттік қаржыландырумен үйлестіреді. Негізгі міндет – жұмсалатын қаражатты бір уақытта бақылау кезінде медициналық қызмет көрсету сапасын арттыруды ынталандыратын тетікті әзірлеу. Бұған пайдаланушылардың да, өндірушілердің де медициналық қызметтерді тұтынуын оңтайландыру, сондай-ақ дәлелді медицина әдістерін енгізу тәжірибесін бастау арқылы қол

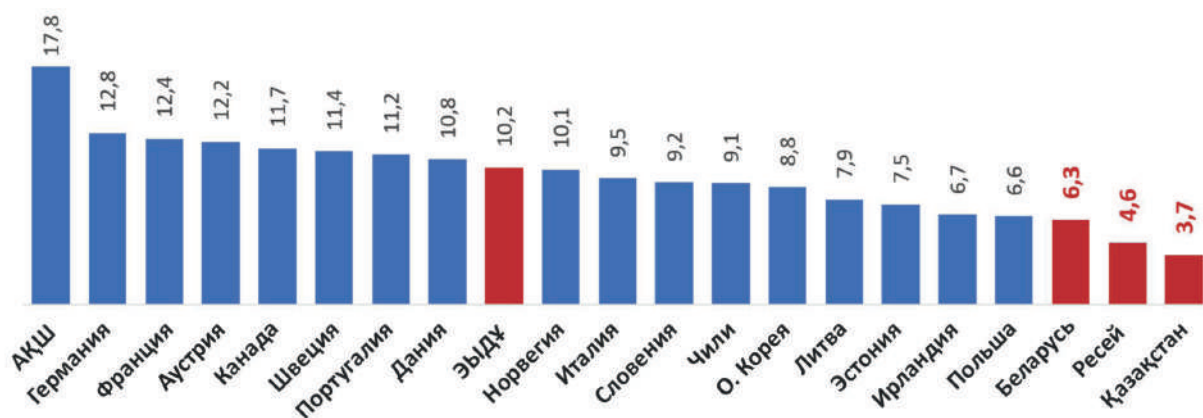
жеткізуге болады. Қазіргі уақытта созылмалы және инфекциялық емес аурулардың саны тұрақты түрде өсу кезеңі байқалады. Сондықтан халықтың денсаулығын нығайту ауруларды емдеудің басым үрдісінен профилактикалық шаралар спектрін кеңейтуге көшкен кезде ғана мүмкін болады.

Денсаулық сақтауға арналған ресурстарды қалыптастырудың қолданыстағы жүйесі дамудың әлемдік үрдістеріне сәйкес келеді, бұған жыл сайын тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі (бұдан әрі – ТМККК) шеңберінде ұлғайып, бөлінетін ресурстардың көлемі дәлел бола алады. Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі Қазақстан Республикасының азаматтарына бюджет қаражаты есебінен беріледі және профилактикалық, диагностикалық және емдеу медициналық көрсетілетін қызметтерді қамтиды.

Алайда, 1-тарауда сипатталған саланы қаржыландыру көлемінің жыл сайынғы өсуіне қарамастан, тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін толық қамтамасыз ету үшін қаражат жеткіліксіз. Соңғы 5 жылда Қазақстанда туу көрсеткішінің өсуі байқалады. Республикада халық саны 2012 жылы 16,6 млн. адамнан асты және 2022 жылдың соңында 19,5 млн. адамды құрады, ал 2030 жылға қарай болжам бойынша 20,9 млн. адамға жетеді.

Осыған байланысты, Қазақстанда денсаулық сақтауды қаржыландырудың бюджеттік-сақтандыру моделіне көшу өзекті және негізді болып табылады.

Зерттеулер денсаулық сақтау жүйесінің қаржылық ресурстары халықтың табыс деңгейіне, саяси басымдықтарға байланысты және қоғамдық немесе жеке қаржы көздері арқылы қалыптасатынын көрсетіп отыр. Сондықтан шешім қабылдаушылар мен саясатты әзірлеушілер алдында тұрақты негізде міндет бар денсаулық сақтау секторы үшін жеткілікті түсімдер алу. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы елдердің денсаулық сақтау саласын қаржыландыру бойынша ұсыныс ретінде денсаулық сақтау шығыстарының ЖІӨ-нің кемінде 5 % деңгейінде басшылыққа алу туралы ұсыныс жасады. Қаржыландырудың осындай мәнімен сала қаржылық тұрақтылыққа ие болады. Бұл ұсыныс үлкен маңызға ие және бюджеттік талаптарды негіздеуге негіз болғанын айта кету керек.



104-СУРЕТ - ЭЫДҰ ЖӘНЕ ТМД ЕЛДЕРІМЕН САЛЫСТЫРҒАНДА 2022 ЖЫЛЫ
ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУҒА АРНАЛҒАН АҒЫМДАҒЫ ШЫҒЫСТАРДЫҢ ДЕҢГЕЙІ

Сонымен қатар, денсаулық сақтау жеке көздерден де қаржыландырылатынын ұмытпау керек. Алайда, жеке қаржыландыру схемаларына толық сенім артуға болмайды, өйткені оларға қатты тәуелділік ресурстарды тиімсіз, әділетсіз бөлуге әкелуі мүмкін. Ал жалпыға бірдей қамту жолындағы денсаулық сақтаудың негізгі мақсаты қаржылық және географиялық қашықтығына қарамастан қажеттіліктер бойынша қызметтерді әділ ұсыну болып табылады.

Тегін медициналық қамтамасыз етудің едәуір шектелуі немесе оны мемлекеттік қаржыландырудың жеткіліксіздігі халықтың жеке қаражаты есебінен қажетті көмекті мәжбүрлеп сатып алуы нәтижесінде жеке шығыстар үлесінің өсуіне әкеледі. Екінші жағынан, мемлекеттік қаржыландыру ұлғайған кезде халықтың жеке қаражатынан шығыстардың мөлшері қоғамдық денсаулық сақтау шеңберінде жабылмайтын байланысты шығындар есебінен ұлғаюы мүмкін (мысалы, дәрілік препараттарды сатып алу), бұл ҚР денсаулық сақтаудағы жеке шығындардың жоғары деңгейі бойынша жағдайды түсіндіруі мүмкін.

Жеке шығыстардың өсуі мемлекеттік қаржыландырудың жеткіліксіздігімен және оның қоғамдық денсаулық сақтау жүйесі шеңберінде қажетті көмекті ақысыз ала алмауымен түсіндіріледі, бірақ іс жүзінде шығындар құрылымын анықтайтын факторлар ауқымы едәуір кең болуы мүмкін.

Сондықтан денсаулық сақтауды қаржыландырудағы басты назар бюджеттік немесе сақтандыру қаржыландырылуына жасалуы тиіс.

Мәселен Қазақстанда тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және МӘМС жүйесінде (қаржыландырудың міндетті схемалары шеңберінде) медициналық қызметтерді сатып алу Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 8 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-242/2020 бұйрығымен бекітілген Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық көмек көрсету бойынша денсаулық сақтау субъектілерінен көрсетілетін қызметтерді сатып алу қағидаларына сәйкес жүзеге асырылады және мынадай кезеңдерден тұрады:

1) ТМҚКК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде көрсетілетін қызметтерді сатып алу көлемін жоспарлау;

2) ТМҚКК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде қызметтер көрсету үшін денсаулық сақтау субъектілерін таңдау;

3) көрсетілетін қызметтерді сатып алу шартын жасасу;

4) көрсетілетін қызметтерді сатып алу шартын орындау.

Медициналық көмек түрлеріне мыналар жатады:

1) Жедел медициналық көмек;

2) дәрігерге дейінгі медициналық көмек;

3) медициналық-санитариялық алғашқы көмек;

4) мамандандырылған, оның ішінде жоғары технологиялық, медициналық көмек;

5) медициналық оңалту;

6) паллиативтік медициналық көмек.

Мәселен, жедел медициналық көмек білікті мамандарды және (немесе) пациентті санитариялық көлікпен тасымалдауға байланысты жедел медициналық көмек пен медициналық көмек көрсетуге арналған жан басына шаққандағы норматив бойынша қаржыландырылады. Қаржыландыру есепті кезеңде жедел жәрдем станциясына қызмет көрсету аумағындағы МСАК ұйымдарына бекітілген халықтың орташа тізімдік санына жедел медициналық көмектің жан басына шаққандағы нормативін және санитариялық автокөлікпен көрсетілетін білікті мамандарды тарта отырып, медициналық көмектің тарифтері қолданыла отырып, тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде жедел медициналық жәрдем станциялары үшін бекітілген бір адамға жүзеге асырылады.

Медициналық-санитариялық алғашқы көмек (бұдан әрі – МСАК) адам, отбасы және қоғам деңгейінде көрсетілетін аурулар мен жай-күйлердің профилактикасын, диагностикасын, емдеуді қамтитын, халықтың мұқтаждықтарына бағдарланған медициналық көмекке алғашқы қолжетімді орын болып табылады. МСАК деңгейінде көрсетілетін қызметтерді алу үшін шұғыл жағдайларда жүгінген жағдайларды қоспағанда, тұрғылықты жері бойынша денсаулық сақтау ұйымына бекіту қажетті шарт болып табылады. Халықты жалпыға бірдей қамтуды қамтамасыз ету үшін көрсетілетін қызметтердің кешенділігін ескере отырып, МСАК ұйымы жыныстық-жастық құрылымын және түзету коэффициенттерін қолдануды ескере отырып, жан басына шаққандағы норматив бойынша қаржыландырылады.

Амбулаториялық-емханалық мамандандырылған медициналық көмек мыналарды қамтиды:

1) әлеуметтік мәні бар ауруларды диагностикалау және емдеу;

2) динамикалық байқауға жататын созылмалы аурулар кезінде диагностика және емдеу;

3) жарақаттар, уланулар немесе басқа да шұғыл жағдайлар кезіндегі қызметтер, оның ішінде елдегі эпидемиологиялық ахуалдың нашарлауын туындататын аурулар кезінде және МӘМС жүйесінде қызметтерді тұтынушылар болып табылмайтын адамдар үшін оларға күдік туындаған жағдайларда мобилдік бригаданың қызметтері;

4) АИТВ инфекциясының профилактикасы мен диагностикасы;

5) туберкулез профилактикасы мен диагностикасы.

Амбулаториялық жағдайда мамандандырылған медициналық көмекті қаржыландыру көрсетілген қызмет үшін медициналық қызметтерге тарифтерді қолдана отырып, жүзеге асырылады.

Стационарды алмастыратын және стационарлық жағдайларда мамандандырылған медициналық көмек КШТ бойынша бір емделген жағдайда жүзеге асырылады.

Клиникалық-шығынды топтар (КШТ) бойынша емделген науқасты қаржыландыру әдісі

стационарлық көмекке ақы төлеудің белгілі түрлерінің бірі болып табылады, ол ЕПМ желісінің тиімді жұмыс істеуіне барынша күшті ынталандыруды қамтиды. КШТ бойынша қаржыландыру әдісі аурудың күрделілігіне, жүргізілген операцияға, келтірілген шығындарға байланысты түпкілікті нәтиже («емдеуден шығарылған науқас») үшін стационарлық көмектің сараланған төлемін білдіреді.

Алайда, жүйелердің көпшілігі бірден бірнеше түрлі төлем тетіктер, демек ынталандыру әдістерін қолданады, сондықтан әр жағдайда нәтиже әртүрлі болады. Ең жақсы нұсқада төлем жүйесі провайдерлерді жоғары сапалы және тиімді емдеуді ұсынуға шақыруы керек және сонымен бірге оларды денсаулық сақтау ресурстарын ұтымды пайдалануға мүдделі етуі керек.

Осыған байланысты денсаулық сақтау шоттарының халықаралық жіктеліміне сәйкес денсаулық сақтау қызметтерін қаржыландыру динамикасын қарастырайық.

Қорытындылар мен ұсынымдар

Денсаулық сақтауды қаржыландырудың жоғарыда аталған барлық негізгі проблемаларын ескере отырып, осы талдамалық баяндама оларды шешу бойынша мынадай шараларды ұсынады:

Денсаулық сақтауға арналған ағымдағы шығыстардың жыл сайынғы өсуіне қарамастан, Қазақстан ӘБДҰ елдерімен және ТМД-ның кейбір елдерімен салыстырғанда ЖІӨ-де денсаулық сақтауға арналған жалпы шығыстардың ең төмен көрсеткішіне ие. Сондай-ақ, 2022 жылы бұл көрсеткіштің төмендеу үрдісі байқалады. Сондықтан Қазақстанның ӘБДҰ-ға кіруі үшін бұл олқылықты еңсеруі қажет.

Денсаулық сақтаудың ағымдағы шығыстарындағы мемлекеттік шығыстардың үлесі жеке шығындардан басым болғанына қарамастан, 2022 жылы жеке шығыстардың үлесі 38 %-ға өсті. Оның ішінде қалта шығындары 2021 жылмен салыстырғанда өсті, бұл ДАШ-дан 27,7%-дан ДАШ-дан 31,1% - ға дейін өсті. ӘБДҰ елдерінде медициналық көрсетілетін қызметтерді алуға арналған қалта шығыстарының үлес салмағы 19,6 %-ды; ЕО-16,3 %-ды құрайды. ДДҰ бағалауы бойынша, қалта шығыстары 20%-дан аспаса денсаулық сақтау жүйесі тұрақты болып есептеледі. Бұл көрсеткіштен асқан жағдайда аурулардың салдарынан оларды кедейлік шегіне жақындатумен байланысты халық үшін қауіпті арттырады, бұл өз кезегінде барлық салаларға әсер етуі мүмкін, сондай-ақ денсаулық пен демографиялық көрсеткіштердің нашарлауына әкелуі мүмкін. Демек, мемлекет денсаулық сақтауды дамытудың неғұрлым тұрақты деңгейіне қол жеткізу үшін бұл көрсеткішті қысқартуы қажет.

Мемлекеттік шығыстар құрылымында стационарлық көмекке арналған шығыстар басым (2016 жылы 45%). Амбулаториялық-емханалық көмекті қаржыландыру 30% құрайды. ӘБДҰ елдерінде стационарлар мен МСАК-ты қаржыландыру арақатынасы 34 %-дан 61%-ға дейін құрайды. Бұдан басқа, халықаралық тәжірибе халықты қажетті қамту және МСАК қызметтерін тиімді көрсету денсаулық сақтау шығыстарының кемінде 40% деңгейінде қаржыландыру көлемі кезінде қол жеткізілетінін дәлелдейді. Бұл пациенттердің 80%-на дейін бастапқы буын деңгейінде ұстауға мүмкіндік береді.

Осылайша, халық амбулаториялық-емханалық қызметтер мен дәрі-дәрмектерді сатып алу сияқты салыстырмалы түрде арзан қызметтерге ақы төлеуді өз мойнына алады. Жеке сектордағы амбулаториялық қызметтерді тұтыну бірнеше себептерге байланысты болуы мүмкін. Мысалы, қызметтерді жылдам алу мүмкіндігі (кезек күтпеу үшін) және сәйкесінше уақытты үнемдеу, адамдардың үлкен ағынының болмауына және материалдық жағдайдың жақсаруына байланысты медицина қызметкерлерінің ерекше көңіл аударуы.

Мемлекет тарапынан фармацевтикалық тауарларды беруге бөлінетін қаражаттың өсуіне қарамастан, халық дәрілік заттарды өз қаражаты есебінен сатып алуды жалғастыруда. Бұл амбулаториялық дәрілік қамтамасыз ету (бұдан әрі – АДҚ) деңгейінде дәрі-дәрмектердің тиімсіз бөлінуі, АДҚ қолжетімсіздігі, медициналық-санитариялық алғашқы көмек дәрігерлерінің белгілі бір препараттарға рецепт жазып беруге жеке мүддесінің болуын көрсетеді.

Сондықтан ТМККК және МӘМС шеңберінде медициналық көрсетілетін қызметтерге арналған шығыстарды кезек кезеңімен ұлғайту, оның ішінде қоғамдық денсаулық сақтау қызметтеріне арналған шығыстарды мемлекеттік шығыстардан 4 %-дан 10 %-ға дейін, медицина қызметкерлерінің орташа айлық жалақысын ұлғайту арқылы шығынсыз деңгейге дейін жеткізу, сондай-ақ медициналық ұйымдарға негізгі құралдарды (медициналық жабдықтарды) жаңартуды өтеу арқылы медициналық көрсетілетін қызметтерге тарифтерді ұлғайту ұсынылады.

ҚОРЫТЫНДЫ БӨЛІМ

Соңғы он жылда Қазақстан денсаулық сақтау жүйесін реформалауға, саланы қаржыландыруды ұлғайтуға, медициналық көмекті қамтамасыз етуге, медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасы мен қолжетімділігін арттыруға, денсаулық сақтауды ақпараттандыруға айтарлықтай күш салды.

Бұл шолу халықтың денсаулығының негізгі көрсеткіштері бойынша жетістіктерге баса назар аударып, Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесіндегі ең негізгі және елеулі реформалар кезеңін қамтыды.

Денсаулық сақтаудың басым міндеттеріне ең алдымен, медициналық қызмет беруші деңгейінде медициналық көмектің сапасын жақсарту, дәлелді медицина қағидаттарын ілгерілету, диагностика мен емдеудің клиникалық хаттамаларын енгізу кіреді.

Қазақстан денсаулық сақтау саласындағы көрсетілетін қызметтердің сапасын стандарттау және арттыру мақсатында ISQua мойындаған ұлттық аккредиттеуді пайдаланған ТМД елдерінен жалғыз ел болды.

Қазақстанның денсаулық сақтау ұйымдарын аккредиттеу жөніндегі рәсімдерін халықаралық ұйымдардың мойындады. Стационарлық көмек көрсететін ұйымдарға арналған аккредиттеудің республикалық стандарттарын Денсаулық сақтаудағы сапа жөніндегі халықаралық қоғамдастықтың Атқарушы комитеті (ISQua) мойындады. Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымдар үшін аккредиттеу стандарттарына халықаралық талаптарға сәйкестік сертификаты алынды.

Аккредиттеу орталығы ISQua-дан инспекторларды аккредиттеу үшін оқытуға халықаралық құқық алды және International Society for Quality in Health Care (Денсаулық сақтаудағы сапа жөніндегі халықаралық қоғам, бұдан әрі – ISQua) аккредиттеу органы ретінде халықаралық деңгейде танылды.

2021 жылдың қорытындысы бойынша ұлттық стандарттар бойынша – 118 мемлекеттік және 33 жеке медициналық ұйым, халықаралық стандарттар (JCI) бойынша – 8 клиника аккредиттелді, олардың ішінде: Umit халықаралық Томотерапия онкологиялық орталығы, Қазақстан Республикасы Президентінің Іс Басқармасы Медициналық орталығының ауруханасы, Орталық клиникалық аурухана, Ұлттық ғылыми кардиохирургиялық орталық, Кардиология және ішкі аурулар ғылыми-зерттеу институты, Ұлттық нейрохирургия орталығы, Республикалық диагностикалық орталық және Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығы сияқты ірі және жетекші орталықтар бар (УМС корпоративтік қорының құрамында). Осы клиникаларда жоғары технологиялық медициналық қызметтер көрсетіледі.

Инфрақұрылымды дамытуға қомақты қаражат салу Қазақстанға қысқа уақыт ішінде халықаралық деңгейдегі медициналық клиникалардың заманауи желісін құруға және диагностика мен емдеудің жаңа әдістерін енгізуге мүмкіндік берді. Өңірлік перспективалық даму жоспарлары шеңберінде әкімдіктер өңірлердің денсаулық сақтау жүйесінің инфрақұрылымын жаңарту жөніндегі іс-шараларды (оның ішінде күрделі жөндеу, реконструкциялау, объектілер салу) жоспарлы түрде жүзеге асырады.

2020 жылғы 1 қаңтардан бастап міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруды енгізе отырып, қаржыландыру көздері мемлекет қана емес, сонымен қатар әмбебаптық, әлеуметтік әділеттілік, ынтымақтастық қағидаттарын қамтамасыз ететін жұмыс берушілер, жұмыскерлер, кәсіпкерлер және жеке тұлғалар болып табылады. Осы үш қағидаттың қолданылуы азаматтарға табысына, тұрғылықты жеріне және әлеуметтік мәртебесіне қарамастан денсаулықты сақтауға тең құқықтарға кепілдік береді. Бюджет және сақтандыру қаражаты есебінен міндетті медициналық сақтандыру қоры медициналық қызмет көрсету үшін жалғыз төлеуші болып табылады.

МӘМС-ті енгізу нәтижесінде денсаулық сақтауды қаржыландыру 2 есеге ұлғайды, ал 2022 жылдың қорытындысы бойынша профилактикалық қарап-тексерулер, стационарлық және жоғары технологиялық медициналық көмек, консультациялық-диагностикалық қызметтер және оңалту сияқты бұрын қаржыландыру тапшылығын бастан өткерген бағыттардың қосымша қаржыландырылуына байланысты халыққа медициналық көмектің қолжетімділігінің жоғарылауы байқалады.

Әлемде және Қазақстанда денсаулық сақтау жүйесінің беріктігінің елеулі сынағы 2020 жылы коронавирус пандемиясы болды. Сонымен қатар, медицина қызметкерлері жоспарлы медициналық көмек көрсетуді жалғастырды.

Одан басқа пандемия кезеңінде Қазақстан медицинасы бірнеше сапалы өзгерістерге ұшырады. Атап айтқанда, медицина қызметкерлерін материалдық қолдау, сондай-ақ ұлттық санитариялық-эпидемиологиялық қызметті жетілдіру бағытында сенімді қадам жасалды.

Санитариялық-эпидемиологиялық бақылау қызметін қайта ұйымдастыру жүргізілді. Биологиялық қатерлерді анықтау, алдын алу және профилактика жүйесінің құқықтық негіздері құрылды, қоғамдық денсаулық сақтау қызметі жетілдірілді. Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығын қамтамасыз ету процестерін цифрландыру және автоматтандыру басталды.

Коронавирус инфекциясының пандемиясы білім беру процестеріне, соның ішінде медицина саласына әсер етті. 2020-2021 жылдары санитариялық-эпидемиологиялық жағдайдың нашарлауымен барлық білім беру бағдарламаларында биологиялық қауіпсіздік және биологиялық қорғау мәселелері атап өтілді. Алғаш рет қашықтықтан медициналық білім беру нысаны енгізілді.

Сонымен қатар, Қазақстанда даму және қоғамдық денсаулық сақтау саласында өсіп келе жатқан проблема инфекциялық емес аурулар (ИЕА) болып қалуда. Қазақстанда тұратын адам үшін (мысалы, қатерлі ісік, жүрек-қан тамырлары аурулары, қант диабеті және созылмалы респираторлық аурулар, сондай-ақ олардың қауіп факторлары) ИЕА-ның төрт негізгі тобынан мезгілсіз өлім ықтималдығы (яғни 70 жасқа толмаған) 27 %-ды құрайды. 2013 - 2022 жылдар кезеңінде ел халқының өлім құрылымында жетекші орынды қан айналым ағзалары ауруларынан, оның ішінде инфаркт пен инсульттан болатын өлім алады.

Медициналық-санитариялық алғашқы көмек ИЕА алдын алу және ИЕА-дан болатын өлім төмендету бойынша негізгі буын ретінде қарастырылады.

Сонау 1978 жылғы қыркүйекте Алматыда өткен ДДҰ/ЮНИСЕФ халықаралық конференциясының арқасында Қазақстан әлемдік қоғамдық денсаулық сақтау деңгейінде МСАК көшбасшысы болды. Мүше мемлекеттер қабылдаған Алма-Ата декларациясы бүкіл әлемде денсаулық сақтаудың дамуына жаһандық әсер етті. 2018 жылы МСАК жөніндегі Жаһандық конференция алаңында ДДҰ-ға мүше мемлекеттер оның жұмысын жалғастырушы - МСАК жөніндегі Астана Декларациясын қабылдады.

Денсаулық сақтауды дамытудың мемлекеттік бағдарламалары шеңберінде басым бағыттағы МСАК дамыту жалпы дәрігерлік практика институтын айтарлықтай нығайтты. МСАК ұйымдарына адам, отбасы және қоғам деңгейінде көрсетілетін аурулар мен жай-күйлердің профилактикасын, диагностикалауды, емдеуді қамтитын халықтың қажеттіліген бағдарланған медициналық көмекке алғашқы қолжетімділік орны бекітілді. Пациентке бағдарланған модельге көшу нормативтік құқықтық базаны қайта қарауды және жетілдіруді талап етті, оның ішінде МСАК көрсету кезінде мемлекеттік-жекешелік әріптестіктің басымдығын айқындады.

Бастапқы буын жұмысының тиімділігін арттыруға көшпелі жұмыс нысандарын, оның ішінде ауылда және қашықтықтан оқыту технологияларын пайдалану, сондай-ақ қабылдауға белсенді шақыру, жоғары тәуекел тобындағы пациенттерді динамикалық бақылаумен барынша жоғары қамту, жоспарлы, оның ішінде жоғары технологиялық медициналық көмек көрсетуге уақтылы жолдама беру, азаматтардың осал топтарын уақтылы вакцинациялау, пациенттерді дәрілік заттармен қамтамасыз ету ықпал етеді.

Дәрілік қамтамасыз етуді жетілдіру және отандық фармацевтикалық өндірісті дамыту Қазақстанның халықты сапалы және қолжетімді дәрілік препараттармен барынша қамту жағына қарай бірізділікпен қозғалысын қамтамасыз етеді. Ол үшін елде дәрілік заттардың сапасы мен қауіпсіздігін бағалаудың тиімді халықаралық технологиялары енгізілуде. Қазақстан елдер арасында алғашқылардың бірі болып дәрілік заттар мен медициналық бұйымдарды өндірушілерге арналған GMP стандарттарын енгізді, бағаны реттеу бойынша өз саясатын әзірледі, бірыңғай дистрибуция жүйесін енгізді, өзінің ұлттық формулярын жасады.

Осының барлығы, жалпы алғанда, қазіргі уақытта 4 миллионнан астам пациент пайдаланатын тегін дәрілік препараттармен халықты қамтуды ұлғайтуға мүмкіндік берді.

Денсаулық сақтау саласын адами ресурстармен қамтамасыз етудің жыл сайынғы тұрақты оң динамикасы атап өтілді: медицина қызметкерлері санының өсуі және дәрігерлер мен орта медицина қызметкерлерінің 10 000 халыққа шаққандағы қамтамасыз етілу көрсеткішінің ұлғаюы. Сонымен қатар, ауылдық елді мекендерге медицина кадрларын тарту және оларды ұстап қалу мемлекеттің, жергілікті атқарушы органдардың және медициналық ұйымдардың өздеріне ерекше көңіл бөлуін талап етеді.

Денсаулық сақтау саласындағы нарықтық қатынастар білімді үнемі жаңартып отыруды және диагностика мен емдеудің жаңа технологияларын енгізуді талап етеді. Осыған байланысты кадрларды даярлау және оларды оқыту саласында тұрақты жүйелі жұмыс жүргізілуде.

Денсаулық сақтау саласын цифрландыру шеңберінде медициналық ақпараттық жүйелер енгізілді. Интернет желісіне қосылған денсаулық сақтау объектілерін АТ-инфрақұрылыммен жарақтандыру тұрақты негізде жүргізіледі, деректер Smart Data Ukimet талдамалық платформасына беріледі, сондай-ақ EDensaulық ядросымен МАЖ-ды интеграциялау жөніндегі

іс-шаралар жоспарланып, басталды. Электрондық денсаулық паспорты енгізілді, стационарлық науқастың картасы цифрландырылды және денсаулық сақтау саласындағы цифрлық мобилдік шешімдердің қазақстандық сегментінде 20-ға жуық мобилдік қосымша жұмыс істейді, олардың көмегімен халық медициналық ұйымдардың жұмысын бағалай алады, өз пікірлерін қалдыра алады, өлшемшарттар мен пікірлер бойынша клиниканы таңдай алады.

Қашықтықтан көрсетілетін қызметтерді пайдалану әртүрлі нозологиялары бар пациенттерге қызмет көрсетуде тиімділікті көрсетті, өйткені бұл қызметтерді көрсету телемедициналық желінің мүмкіндіктерін ғана емес, сонымен қатар денсаулық сақтау ұйымдарының медициналық ақпараттық жүйелерінен бастап мобилдік құрылғылардағы қосымшаларға дейінгі басқа да технологиялық шешімдердің мүмкіндіктерін пайдалануды көздейді.

Қоғамдық денсаулық проблемаларын шешу үшін қазіргі уақытта «Дені сау ұлт» әрбір азамат үшін сапалы және қолжетімді денсаулық сақтау ұлттық жобасы (бұдан әрі – ұлттық жоба) жұмыс істейді. Ұлттық жобада жалпыұлттық басымдықтар, Қазақстан Республикасының 2025 жылға дейінгі ұлттық даму жоспары сияқты елдің стратегиялық құжаттары ескерілген және 2025 жылға дейінгі нақты қол жеткізуге болатын міндеттерді қамтиды.

Министрлік саланың ұзақ мерзімді перспективалары мен операциялық қызметін көрсететін Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2026 жылға дейінгі тұжырымдамасын әзірледі.

Еліміздің денсаулық сақтау жүйесі алдында тұрған сын-қатерлерді ескере отырып, саланы бірнеше бағыт бойынша дамытудың негізгі тәсілдері ұсынылады, соның ішінде саламатты өмір салтын қалыптастыру және инфекциялық емес аурулардың профилактикасы, медициналық және санитариялық көмекті ұйымдастыруды жетілдіру, ауылдық денсаулық сақтауды дамыту, ана мен бала денсаулығын сақтау, халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығын қамтамасыз ету және биологиялық қауіпсіздік, дәрілік қамтамасыз ету және фармацевтика өнеркәсібі және т. б.

Тұжырымдаманы іске асыру келесі нәтижелерге әкеледі деп күтілуде:

- өмір сүру ұзақтығы 75,1 жасқа дейін ұлғаяды;
- халықтың медициналық қызметтердің сапасы мен қолжетімділігіне қанағаттану деңгейі 81%-ды құрайды;
- өлім коэффициенті 230,80-ден 198,2-ге дейін төмендейді;
- ана өлімі - 44,7-ден 9,9-ға дейін, нәресте өлімі - 8,44-тен 7,1-ге дейін төмендейді;
- жүрек-қан тамырлары, онкологиялық, созылмалы респираторлық аурулардан және қант диабетінен 30-70 жас аралығындағы мезгілсіз өлім қаупінің деңгейін 19,3% - ға дейін төмендету.

2022 жылдан бастап Денсаулық сақтау министрлігі Қазақстан Республикасы Президентінің «Әділетті Қазақстан: бәріміз және әрқайсымыз үшін. Қазір және әрдайым» сайлауалды бағдарламасын іске асыруды бастады. Денсаулық сақтауды қаржыландыруды жетілдіру, денсаулық сақтау ұйымдарының инфрақұрылымын, оның ішінде ауылдық жерлерде дамыту, онкологиялық қызметті, сондай-ақ босандыру және балалық шақ қызметін жаңғырту, денсаулық сақтауды цифрландыруды дамыту және салауатты өмір салтын насихаттауды күшейту жөніндегі басым міндеттер айқындалды.

2023 жылы халықты МӘМС жүйесіне тарту бойынша жұмыс жалғастырылатын болады. Сондай-ақ ТМҚКК және МӘМС қаржылық ағындарын медициналық көмек тізбесін нақты ажырата отырып, бірыңғай пулға біріктіруді жүзеге асыру жоспарлануда. Сондай-ақ, 2023 жылы барлық кезеңдерде, оның ішінде ақпараттық жүйелер арқылы қаржы ағындарын бақылау қамтамасыз етіледі.

Жоғарыда көрсетілген іс-шараларды іске асыру нәтижесінде ағымдағы жылы медицина қызметкерлерінің жалақысын көтеру, сондай-ақ жедел медициналық көмек, ЖТМҚ, стационарлық және стационарды алмастыратын көмек, ҚДҚ, оңалту сияқты бағыттар бойынша қаржыландыруды ұлғайту күтілуде.

Стационарлық және стационарды алмастыратын медициналық көмекті жетілдіру бойынша жұмыстар жүргізілуде. Елде онкологиялық науқастар үшін Гамма-пышақ, Радионуклидтік терапия, томотерапия сияқты технологиялармен жоғары мамандандырылған емдеудің қолжетімділігі артып келеді.

2023 жылы сайлауалды платформаны іске асыру шеңберінде онкологиялық қызметті кешенді жаңғыртуды бастау жоспарлануда. Сондай-ақ, халыққа мамандандырылған және жоғары технологиялық медициналық көмекті жетілдіру үшін ауруларды (жүрек-тамыр жүйесі, онкологиялық аурулар және т.б.) емдеу мен диагностикалаудың 250-ден астам хаттамасын қайта қарау жөніндегі іс-шаралар көзделген, бұл пациенттерді емдеу тактикасын халықаралық, жалпыға бірдей танылған стандарттарға барынша жақындатуға мүмкіндік береді.

Медициналық-санитарлық алғашқы көмек, бүкіл халыққа медициналық көмекті үйлестіру қызметі денсаулық сақтаудың басым секторы болып қала береді. Материалдық-техникалық жарақтандыру мен кадрлық қамтамасыз етуді нығайту басымдықта қалып отыр.

Денсаулық сақтау министрлігі халықтың кең ауқымы үшін үлкен ұтқырлық пен қолжетімділік жағына қарай МСАК қолжетімділігін жақсарту жөніндегі іс-шаралар жоспарын бекітті және іске асыруда. Амбулаториялық дәрілік қамтамасыз етудің тізбесі кеңейтілді. Азаматтардың пікірлері мен өтініштері ескеріле отырып, 9 бағыт бойынша консультациялық-диагностикалық қызметтер көрсету учаскелік дәрігердің жолдамасынсыз жүзеге асырылады. Сонымен қатар 2022 жылы онкологиялық және гематологиялық ауруларға күдік туындаған жағдайда қарап-тексеру мен емдеуді жеделдету үшін «жасыл дәліз» енгізілгенін атап өткен жөн.

Алматы облысының Еңбекшіқазақ ауданында ДДҰ халыққа озық практика көрсету бойынша әлемде медициналық-санитариялық алғашқы көмек алаңы ашылды (Еуропа өңіріне мүше 53 мемлекет үшін).

2023 жылы медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарты жаңартылды. Жалпы практика дәрігерінің рөлі артады. Оның ішінде республика бойынша ДДҰ мақұлдаған пациентке бағдарланған медициналық-санитариялық алғашқы көмектің озық практикалары енгізілетін болады.

Бұдан басқа, халық қажетті медициналық қызметтерді қашықтан көрсету бойынша жұмыс күшейтілетін болады. Психикалық және репродуктивті денсаулықты сақтау мәселелері жөніндегі Жастар орталықтарының қызметтерімен 1 млн-ға жуық жастар қамтылатын болады.

Жазасын өтеп жатқан адамдарды медициналық бақылаумен қамтамасыз ету үшін қылмыстық-атқару мекемелерінде арнайы учаскелер құрылады, «түрме» медицинасы дамиды.

Ауыл халқына МСАК қолжетімділігін арттыру үшін 2022 жылы денсаулық сақтау ұйымдары желісінің мемлекеттік нормативі қайта қаралып, жаңа МСАК объектілері пайдалануға берілді. Жетуі қиын ауылдық елді мекендердің тұрғындарына медициналық көмек көрсету үшін жылжымалы медициналық кешендердің әлеуеті кеңінен қолданылады.

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2022 жылғы 30 қарашадағы қаулысымен «Ауылда денсаулық сақтауды жаңғырту» ұлттық жобасы бекітілді. 2023 жылы ұлттық жоба шеңберінде көптеген МСАК объектілерінің құрылысы, сондай-ақ «салтын сағат» қағидатын сақтай отырып, инфаркт, инсульт, жарақат және басқа да жағдайлар кезінде шұғыл медициналық көмек көрсете алатын, сондай-ақ ірі қалаларға бармай-ақ соның ішінде телемедицина және қашықтан медициналық қызметтер арқылы мамандандырылған және жоғары технологиялық медициналық көмек көрсете алатын бірқатар ауданаралық орталық аудандық ауруханаларға күрделі жөндеу және реконструкция жүргізу қамтамасыз етіледі. Сонымен қатар, денсаулық сақтау ұйымдарын заманауи медициналық жабдықтармен толық жарақтандыру, дәрігерлер және орта буын медицина қызметкерлерін даярлау көзделген.

Жоғарыда көрсетілген іс-шараларды іске асыру нәтижесінде 2023 жылы мамандандырылған медициналық көмекпен қосымша 2,4 млн-нан астам ауыл тұрғыны қамтамасыз етілетін болады.

Медицина ғылымын дамытудың одан әрі негізгі қадамдары ретінде мынадай іс-шаралар ұсынылады: медицина ғылымын қаржыландыру көлемін қайта қарау, басымдықтарды қайта қарау – COVID-19 және өзге де инфекциялық ауруларды ерте диагностикалауға, профилактикаға және емдеуге, ковидтен кейінгі кезеңде оңалтуға, халық денсаулығына төнетін алдағы қатерлерді анықтауға, олардың алдын алуға, отандық және шетелдік инвесторлар үшін ҚР биомедициналық зерттеулер нарығының тартымдылығын арттыруға (оның ішінде биомедициналық зерттеулерге инвестиция салатын компаниялар үшін салық ауыртпалығын төмендету жолымен) баса назар аудару, ЖОО-лардың, ҒЗИ, ҰО ғылыми инфрақұрылымын дамыту және медицина ғылымы саласындағы кадрлық әлеуетті дамыту, эпидемиология, жедел медициналық көмек, денсаулық сақтау стратегиясы мен саясаты саласында жаңа ғылыми орталықтар құру.

Білікті кадрларды тарту және оларды ұстап қалу үшін еңбек жағдайларын жақсарту, кәсіби даму үшін мүмкіндіктер беру және тартымды әлеуметтік жағдайлар жасау қажет.

Дәрілік қамтамасыз етуді және фармацевтика өнеркәсібін дамыту мақсатында ДЗ мен МБ қозғалысының барлық кезеңдерінде сапаны жоспарлау және бақылау жүйесін жақсарту, ДЗ мен МБ айналымының барлық процестерін есепке алуды және цифрландыруды енгізу, ДЗ таңбалау мен қадағалауды енгізу жөніндегі қадамдар көзделген. Фармацевтика саласына тікелей инвестицияларды тарту үшін ДЗ реттеу жүйесінде қолайлы жағдайлар жасау отандық ДЗ мен МБ өндірісін одан әрі дамытуды және олардың қолжетімділігін арттыруды қамтамасыз етуге мүмкіндік береді.

Денсаулық сақтау жүйесін цифрландыруды жетілдіру шеңберінде медициналық ақпараттық жүйелерді біріздендіру және интеграциялау жөнінде шаралар қабылдау қажет: медициналық

деректер мен бизнес-процестердің біркелкі болмауы орын алуда, бұл өз кезегінде ақпарат берудің сапасы мен уақтылығына әсер етеді. 2022 жылы өткізілген іс-шаралардың нәтижесінде азаматтардың дербес медициналық деректеріне қолжетімділікті қамтамасыз ету жүзеге асырылды, сондай-ақ азаматтардың SMS-ақпараттандыру бойынша хабардар болуы қамтамасыз етілді. Ағымдағы уақытта «Электрондық денсаулық сақтаудың функционалдық моделі» стандартының ұлттық жобасы, сондай-ақ есепті және есептік медициналық нысандарға сәйкес денсаулық сақтаудың эталондық Медициналық және әкімшілік деректерінің тізбесін қалыптастыру қаралуда.

Қызметінің негізгі мәні денсаулық сақтау инфрақұрылымын дамыту болып табылатын денсаулық сақтау саласындағы ұлттық оператор пациенттердің, қызметкерлердің және медициналық ұйымдарға келушілердің сапасы мен қауіпсіздігінің ұлттық және халықаралық стандарттарын ескере отырып, жаңа медициналық инфрақұрылым құру мақсатында жобаларды іске асыру жөніндегі жұмысты бастады. Медициналық жоспарлау кезінде инфекциялық, қаржылық және басқаларды қоса алғанда, болуы мүмкін тәуекелдерді барынша азайта отырып, денсаулық сақтау инфрақұрылымы саласындағы үздік әлемдік практикалардың тәжірибесі ескеріледі.

Жоғарыда көрсетілген жобаларды іске асыру Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау инфрақұрылымын жаңартуға, қысқа мерзімде сапалы медициналық көмекке ішкі сұранысты қанағаттандыруға, Орталық Азия мен ТМД үшін медициналық туризмді тарту орталықтарын құруға, жеке сектордың ресурстары мен тәжірибесін тартуға мүмкіндік береді.

Сондай-ақ, Қазақстан Республикасы Президентінің сайлауалды бағдарламасын іске асыру шеңберінде Министрлік 2027 жылы саланы қаржыландыру деңгейін ЖІӨ-ден кемінде 5%-ға арттыру бойынша жұмыс жүргізуде. Сонымен қатар, медициналық көмектің басым бағыттары бойынша, оның ішінде медицина қызметкерлерінің орташа жалақысының көтеру ескеріле отырып, тарифтер қайта қаралатын болады.

Қазақстан соңғы он жылда отандық денсаулық сақтауды дамытуда елеулі прогреске қол жеткізді және тұрақты реформалау мен жетілу жағдайында.

Тәуелсіздік алғаннан бері елімізде денсаулық сақтаудың мықты материалдық-техникалық базасы құрылды, объектілер жаңадан салынды және барлық медициналық объектілер күрделі жөндеуден өтті, олардың көпшілігі әлемдік стандарттарға сәйкес келеді.

Қазақстан медицинасы барлық бағыттар бойынша инновациялық технологияларды сәтті игерді, өз әзірлемелерін табысты енгізуде.

Жаңа технологиялар трансферті үшін қажетті институционалдық база құрылды, кадрларды даярлау және қайта даярлау, оның ішінде медицина ғылымы саласында жұмыстар жүргізілуде.

Мұның барлығы саланың сапалық көрсеткіштеріне оң әсерін тигізді, онда барлық қызметтер бойынша оң серпін байқалады.

МӘМС жүйесі енгізілді, ол жүйеге қосымша қаржы ресурстарын енгізуге мүмкіндік берді және тұтастай алғанда жүйе меншік нысанына қарамастан барлық денсаулық сақтау субъектілерінің қаржы ресурстарына қолжетімділікті қамтамасыз ете отырып, нарықтық қағидат бойынша дами бастады және алғаш рет жеке медициналық ұйымдардың үлесі МСАК деңгейінде басым бола бастады.

Алайда, денсаулық сақтауды дамытудың экстенсивті жолы әрқашан мемлекет тарапынан да, жұмыс берушілер мен азаматтар тарапынан да реттелмейтін шығындарға әкелетінін мойындау керек. Ең тиімді жүйелер денсаулық сақтау модельдері болып есептеледі, онда профилактикаға және МСАК-тың қарқынды дамуына ерекше көңіл бөлінеді.

Сондықтан жүйенің тұрақтылығын қамтамасыз ету, мемлекеттің кепілдіктерін қолда бар экономикалық мүмкіндіктермен сәйкестендіру үшін жүйеге қоғамдық денсаулық сақтау мәселелеріне ерекше назар аудару және ерте кезеңде аурулардың профилактикасы және емдеу технологияларын кеңінен енгізу, сондай-ақ қоғамда саламатты өмір салты нормаларын құру жөнінде шаралар қабылдау қажет. Мұндай шаралар қолданылмаса, жүйе қаржылық және кадрлық тапшылықты көбірек сезінеді.

Қысқартулар мен аббревиатуралар

АДҚ- Амбулаториялық дәрілік қамтамасыз ету
 АҚ- Акционерлік қоғам
 АОО- Алматы онкология орталығы
 АЕҚ- Амбулаториялық және емханалық көрсетілетін қызметтер
 АЕК БН - Амбулаториялық-емханалық көмек
 РВҚТ- Ретровирусқа қарсы терапия
 ПБ МОА – Қазақстан Республикасы Президенті Іс Басқармасы Медициналық орталық ауруханасы
 ҰСБ- Ұлттық Статистика Бюросы
 Болашақ- «Bolashaq» академиясы ЖМ
 ҚЖА- Қанайналым жүйесі аурулары
 ЖІӨ- Жалпы ішкі өнім
 ШЕОА- Шығыс Еуропа және Орталық Азия
 АИТВ- Адамның иммун тапшылығы вирусы
 ЖМК-Жоғары медицина колледжі
 ДДҰ- Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
 ЖПД- жалпы практика дәрігері
 ДҚЖҚ- Денсаулық сақтау қызметтерімен жалпыға бірдей қамту
 ТЖА - Туа біткен жүрек ақауы
 ӘК- Әуе кемесі
 ЖММК- Жоғары мамандандырылған медициналық көмек
 ЖТМК- Жоғары технологиялық медициналық көмек
 ДСҰ- Дүниежүзілік сауда ұйымы
 ЖОО- Жоғары оқу орны
 ҚДЖМ- Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі
 ШЖҚ МКК - Шарушылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік коммуналдық кәсіпорын
 ТМККК- Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі
 ТОҚКЕ - Топтық объективті құрылымдастырылған клиникалық емтихан
 МЖБС- Мемлекеттік жалпыға міндетті білім беру стандарттары
 АСП - Азаматтық-құқықтық сипаттағы шарт
 МжБ тобы- Мониторинг және бағалау тобы
 МЖӘ- Мемлекеттік-жекешелік әріптестік
 ЖШҚК - Медициналық-санитариялық алғашқы көмек тарифіне қосымша компонент
 ЕМС- Еркін медициналық сақтандыру
 ЖКО- Жол-көлік оқиғалары
 БД- Бірыңғай дистрибьютор
 БҰДЖ - Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесі
 БТЖ - Бірыңғай төлем жүйесі
 БЖТ- Бірыңғай жиынтық төлем
 ІАЖ- Ішек-асқазан жолдары
 БҚМУ - Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті
 ҚІ- Қатерлі ісіктер
 ЖИА- Жүректің ишемиялық ауруы
 ММБ- Медициналық мақсаттағы бұйым
 ЖК- Жеке кәсіпкер
 ЖЕР - Жеке емдеу режимі
 ДСМ АЖ - Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің ақпараттық жүйелері
 ДҚАЖ - Амбулаториялық дәрілік қамтамасыз етуді есепке алудың ақпараттық жүйесі
 ҚазОРҒЗИ - Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты
 ҚазҰМУ- С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті
 ҚазҰУ- Әл- Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті
 КВИ- Коронавирус инфекциясы
 ХНТ- Халықтың негізгі тобы
 ҚДК- Клиникалық-диагностикалық көмек
 ҚДҚ- Консультациялық-диагностикалық қызметтер
 КШТ- Клиникалық-шығынды топтар
 ҚР ДСМ СЭБК- Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Санитариялық-эпидемиологиялық бақылау комитеті

МФБК – Медициналық және фармацевтикалық бақылау комитеті
 Клиникалық мейіргерлік нұсқаулықтар (КМН)
 ҚҰФ- Қазақстандық ұлттық дәрілік формуляр
 ҚДИАҒО - Қазақ дерматология және инфекциялық аурулар ғылыми орталығы
 АТХ коды- Анатомиялық-терапиялық-химиялық жіктелімі
 МҚАК- Медициналық қызметтерге ақы төлеу комитеті
 КОУ- Каспий қоғамды университеті
 КТС- Корпоративтік табыс салығы
 ҚМЕР- Қысқа мерзімді емдеу режимі
 ҚРМУ - Қазақстан-Ресей медицина университеті
 КРО- Колоректалдық обыр
 КТ- Компьютерлік томография
 Уәлиханов атындағы КУ - Ш. Уәлиханов атындағы Көкшетау университеті
 ҚАЖК - Қылмыстық-атқару жүйесі комитеті
 УМС КҚ - «University Medical Center» корпоративтік қоры
 АӨА- АИТВ-мен өмір сүретін адамдар
 ДЗ - дәрілік зат
 ДК ТБ ЕҚП -Дәріге көнбейтін туберкулез, екінші қатардағы препарат
 ИЕҚА- Инъекциялық есірткі қолданатын адамдар
 ҚДТ ТБ-Көп дәріге тұрақты туберкулез
 МАМБ- Медициналық авиацияның мобилдік бригадалары
 МТК- Мультидәрілік командалар
 ДСМ- Денсаулық сақтау министрлігі
 ҚР ДСӘДМ- ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі
 ЖАО - Жергілікті атқарушы органдар
 МАЖ- Медициналық ақпараттық жүйелер
 МК- Медицина колледжі
 ХҚТУ- Ходжа Ахмед Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті
 ЖХЖ- Жұмыс істеудің халықаралық жіктелімі
 ҚДК ТБ- Көптеген дәріге көнбейтін туберкулез
 ХПА- Халықаралық патенттелмеген атауы
 МҰ- Медициналық ұйымдар
 МРТ- Магниттік-резонанстық томография
 ЕЖЕ- Ерлермен жыныстық қатынас жасайтын ерлер,
 ҚР Еңбекмині - ҚР Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі
 АстМУ- Астана медицина университеті
 ҚМУ- Қарағанды медицина университеті
 СМУ- Семей медицина университеті
 ТЖМ- Төтенше жағдайлар министрлігі
 КеАҚ- Коммерциялық емес акционерлік қоғамы
 ДҚР ұлттық саясаты - Денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстарын басқарудың ұлттық саясаты
 ИЕА- Инфекциялық емес аурулар
 ҒЗИ- Ғылыми-зерттеу институты
 КАҒҚИ - Көз аурулары ғылыми-зерттеу институты
 ҰШМУО - Ұлттық шұғыл медицинаны үйлестіру орталығы
 ҰДС- Ұлттық дәрілік саясат
 ҰҒКО- Ұлттық ғылыми кардиохирургиялық орталық
 ҰҒОО- Ұлттық ғылыми онкология орталығы
 АмБҰҒО- Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығы
 ҰДСДҒО- Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық денсаулық сақтауды дамыту ғылыми орталығы
 ТОҰҒО- Академик Н.Ж. Батпенев атындағы Ұлттық ғылыми травматология және ортопедия орталығы
 ХҰҒО- А.Н.Сызғанов атындағы Хирургия ұлттық ғылыми орталығы
 НҚА- Нормативтік құқықтық акті
 ҰЕҰ- Үкіметтік емес ұйымдар
 ҰҚД- Денсаулық сақтау жұмыскерлерінің үздіксіз кәсіби дамуы
 ҰДШ- Ұлттық денсаулық сақтау шоттары
 ҒО- Ғылыми орталық

АГЖПФО- Акушерлік, гинекология және перинатология ғылыми орталығы
 НХФО- Нейрохирургия ғылыми орталығы
 ПБХФО- Педиатрия және балалар хирургиясы ғылыми орталығы
 УФО- Б.О. Жарбосынов атындағы Урология ғылыми орталығы
 ҚДС- Қоғамдық денсаулық сақтау
 ЖМИ- Жіті миокард инфаркті
 СБК - Медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасы жөніндегі біріккен комиссия
 ЖМ- Жалпы медицина
 МТБ - Медициналық технологияларды бағалау
 ММС- Міндетті медициналық сақтандыру
 БҰҰ- Біріккен Ұлттар Ұйымы
 ОПЕК+ОРЕС- Organization of petroleum and economic cooperation
 КӨҰ- Күтілетін өмір сүру ұзақтығы
 ОТҚД- Облыстық туберкулезге қарсы диспансер
 ОҚКЕ- Объективті құрылымдастырылған клиникалық емтихан
 МӘМС- Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру
 ДТБ- Денсаулық сақтау технологияларын бағалау
 ОТӨ - Отандық тауар өндірушілер
 ЭЫДҰ- Экономикалық ынтымақтастық және даму ұйымы
 ПБЗ- Психикаға белсенді әсер ететін зат
 ЖМК- Жылжымалы медициналық кешендер
 МСАК- Медициналық-санитраиялық алғашқы көмек
 ПМБ- Психикалық мінез-құлықтық бұзылулар
 СҚП- Сатып алу қабілеті паритеті
 ПОҚ- Профессорлық-оқытушы құрам
 БҰҰДБ - Біріккен Ұлттар Ұйымының Даму Бағдарламасы
 ТҚБ - Туберкулезге қарсы бөлімше
 ТҚП- Туберкулезге қарсы препараттар
 АББ- Ауруларды басқару бағдарламасы
 ПТР- Полимеразды тізбекті реакция
 ПЭТ- Позитрондық-эмиссиялық томография
 ЖЖФЖЭТ - Жүкті және фертильді жастағы әйелдер тіркелімі
 РБ - Республикалық бюджет
 ҚР- Қазақстан Республикасы
 СБО- Сүт безі обыры
 РПДҒПО- Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы
 ЖКСТ - Жіті коронарлық синдром тіркелімі
 ЖБМУРА - Жіті бақыланатын мамандандырылған үлгідегі республикалық психиатриялық аурухана
 БХТ- Бекітілген халық тіркелімі
 ДСДРО- «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы » ШЖҚ РМК
 ЖМО - Жатыр мойны обыры
 ҚД- Қант диабеті
 МІ- мейіргер ісі
 ПАКС(РАС) жүйесі- Аппараттық-бағдарламалық құрал кешені
 СҚО-Солтүстік Қазақстан облысы
 КЖНЫК- Кешенді жан басына шаққандағы ынталандырушы норматив
 Қозыбаев атындағы СҚУ - Манап Қозыбаев атындағы Солтүстік Қазақстан университетінің жоғары медицина мектебі
 ЖМК- Жедел медициналық көмек
 ОМҚ- Орта медицина қызметкерлері
 ТМД- Тәуелсіз Мемлекеттер Достастығы
 ПССҚ- Психикалық денсаулықты сақтау қызметі
 ЖИТС- Жүре пайда болған иммун тапшылығы синдромы
 СҚ- Секс қызметкерлері
 ДСШЖ 2011 (англ. System of Health Accounts 2011, SHA 2011) - Денсаулық сақтау шоттарының жүйесі
 КСРО- Кеңестік Социалистік Республикалар Одағы
 Операциялық емшаралар стандарттары (ОЕС)
 МҚСБЖ - Медициналық қызметтер сапасын басқару жүйесі

ДҚБЖ - Дәрілік қамтамасыз етуді, дәрілік заттардың мониторингін басқару жүйесі

МТБЖ - Медициналық техниканы басқару жүйесі

АҚШ- Америка Құрама Штаттары

ТБИ- Транскутандық билирубин индексі

ТжКБ- Техникалық және кәсіптік білім беру

ДСТ- Дәріге сезімталдық тесті

ТМКП- Трассалық медициналық-құтқару пункттері

ДСАШ- Денсаулық сақтаудың ағымдағы шығыстары

ҚАЖ- Қылмыстық-атқару жүйесі

ҚР ДСМ ФК- Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Формулярлық комиссиясы

ММСҚ- Міндетті медициналық сақтандыру қоры

ӘлМСҚ - Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры

ӨСОА - Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы

АӨА ХП - АИТВ-мен өмір сүретін адамдардың химиопрофилактикасы

СЖЖ- Созылмалы жүрек функциясының жетіспеушілігі

ҮПО- Үздік практикалар орталықтары

ОНЖ- Орталық нерв жүйесі

ЦП- Церебралдық салу ауруы

ПДО- Психикалық денсаулық орталығы

ЦРА- С-реактивті ақуыз (СРБ)

ОДМ- Орнықты даму мақсаттары

ЯМжОО- Ядролық медицина және онкология орталығы

ТКА- Тері арқылы коронарлық араласу

ЖҚИ- Жеке қаржылық инвестициялар

ЭГА-Жүкті әйелдердің экстрагениталдық аурулары

ДНЭТ - Диспансерлік науқастарды электрондық тіркелімі

ОНЭТ - Онкологиялық науқастардың электрондық тіркелімі

ОҚМА- Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы

ОҚФА- Оңтүстік Қазақстан фармацевтика академиясы

ЮНИСЕФ (ағылш. UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund)-

Халықаралық Балаларға көмек Төтенше Қоры

COVID-19 (Ковид-19, ағылш. Corona Virus Disease 2019) - 2019 жылдың коронавирус инфекциясы

CSIH (Canadian Society for International Health) - Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық және фармацевтикалық бақылау комитеті және Канада халықаралық денсаулық сақтау қоғамы

НАМК және ЛАМК (Финляндия) -Хяме қолданбалы ғылымдар университеті және Лахти қаласының қолданбалы ғылымдар университеті

IMD World Competitiveness Ranking (ағылш. Institute of Management Development)- Менеджмент институтының нұсқасы бойынша жаһандық экономикалық бәсекеге қабілеттілік рейтингі

ISQua (ағылш. International Society for Quality in Health Care)- Денсаулық сақтаудағы сапа жөніндегі халықаралық қоғам

JCI (Joint Commission International) - Біріккен халықаралық комиссия

Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) - Фармацевтикалық жеңілдіктер жөніндегі консультациялық комитет

УНС (ағылш. University Health Center)- Денсаулық университеттік орталық

WHO (ДДҰ, ағылш. World Health Organization)- Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы

Дереккөздер

1- дереккөз - Адам дамуы туралы есеп 2021/2022. https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22overviewrupdf.pdf	12
2 - дереккөз - Электрондық еңбек биржасы. https://enbek.kz/ru/analytical-data/5340	12
3- дереккөз - 2023-2027 жылдарға арналған әлеуметтік-экономикалық даму болжамы https://www.gov.kz/memleket/entities/economy/documents/details/340234?lang=ru	13
4- дереккөз - 2022 жылы АҚШ долларының орташа жылдық айырбас бағамы - 460,48 теңге, 2022 жылы халық саны-19 741,3 мың адам	13
5- дереккөз - ЭЫДҰ дерекқорынан алынған статистикалық деректер http://stats.oecd.org	14
6- дереккөз - Қазақстан Республикасының Премьер-министрі Әлихан Смайыловтың сөзінен. https://primeminister.kz/ru/news/rost-ekonomiki-kazakhstana-	14
7- дереккөз - Күрделі шығыстарды шегергендегі мемлекеттік шығыстар. https://zakon.uchet.kz/rus/docs/K080000095	22
8- дереккөз - Орташа жылдық айырбас бағамы - 460,48 теңге. ПОҚ коэффициенті-154,03 https://www.nationalbank.kz/ru/news/oficialnye-kursy	22
9- дереккөз - ЭЫДҰ дерекқорынан алынған статистикалық деректер http://stats.oecd.org	22
10- дереккөз - Экономикалық зерттеулер институты. https://economy.kz/ru/Novosti_instituta/id=5684	30
11- дереккөз - Ұлттық статистика бюросы https://stat.gov.kz/ru/	30
12- дереккөз - Қатерлі ісік (WHO) https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cancer	47
13- дереккөз - Жол-көлік жарақаттары (WHO) https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cancer	54
14- дереккөз - Suicide worldwide in 2019 (WHO) https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643	59
15- дереккөз - Жұқпалы емес аурулар (WHO) https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases	75
16- дереккөз - ДДҰ-ның Еуропалық аймағындағы оңалту қызметтерінің қажеттіліктері. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (WHO) https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789289058506	104
17- дереккөз - Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды дамытудың 2026 жылға дейінгі тұжырымдамасын бекіту туралы https://adilet.zan.kz/rus/docs/P22000009cл45	136
18- дереккөз - Денсаулық сақтау саласындағы кадрлық ресурстарды басқарудың ұлттық саясаты https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=36654922&pos=5;-406#pos=5;-406	136
19- дереккөз - Қазақстан Республикасының Ұлттық денсаулық сақтау шоттары https://www.oecd.org/els/9789264300859-ru.htm	155
20- дереккөз - Денсаулық Сақтау Шоттары Жүйесі 2011 https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789240042551	155