



## МАЗМҰНЫ / ОГЛАВЛЕНИЕ

### НАЗАРДА ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛЕРІ

**Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің баспасөз қызметі**

Галерея министров здравоохранения Казахстана: в фокусе Тамара Дуйсенова.

*Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлерінің галереясы: назарда Тамара Дүйсенова*

### КАДРЛАРДЫ БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ КАДРАМИ

**Г.Б.Нүрпейсова**

«Руководить больницей – огромная ответственность!»

*«Аурухананы басқару - Үлкен жауапкершілік!»*

**Азербаева А.Ж.**

О разработке проектов профессиональных стандартов в здравоохранении

*Денсаулық сақтау саласындағы кәсіби стандарттар жобасын әзірлеу туралы*

### ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ СТРАТЕГИЯСЫ ЖӘНЕ САЯСАТЫ / СТРАТЕГИЯ И ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Койков В.В., Умбетжанова А.Т., Аубакирова А.С., Абдуажитова А.М., Мергентай А.**

Ранжирование медицинских ВУЗов и научных организаций как инструмент повышения конкурентоспособности научной и инновационной деятельности в здравоохранении

*Денсаулық сақтаудағы ғылыми және инновациялық қызметтің бәсекеге қабілеттілігін арттыру құралы ретінде медициналық жоғары оқу орындары мен ғылыми ұйымдарды саралау*

**Умарова Г.А., Кенжебаева И.Б.**

Анализ эффективности работы службы внутреннего аудита

*Ішкі аудит қызметінің тиімді жұмыстарын талдау*

**Макалкина Л.Г., Жусупова Г.К., Есбатырова Л.М., Боровикова К.**

Результаты социологического опроса студентов в регионах Казахстана по применению лекарств

*Қазақстанның өңірлерінде дәрілерді қолдану бойынша студенттерге жүргізілген әлеуметтік сауалдың нәтижелері*

**Тимербулатов Д.Р.**

Разработка стратегии фармацевтической компании» (на примере ТОО «ChemoTher»)

*Фармацевтикалық компаниялардың стратегиясын дайындау. («ChemoThera» ЖШС мысылында)*

**Сейдуалиев Г.В**

Особенности разработки стратегии и концепции развития в организации здравоохранения

*Денсаулық сақтау ұйымында даму стратегиясы мен тұжырымдамасын дайындау ерекшеліктері*

**Жусипалиева Г.Б., Курганбаева Г.М.**

Почему в текущей модели оказания услуг ПМСП нужны изменения?  
*Неге ағымдағы БМСК қызмет көрсету моделіне өзгерістер қажет?*

## **ҚЫЗМЕТТЕРДІ БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ УСЛУГАМИ**

**Арзыкулов Ж.А., Медеубеков У.Ш., Нарманова О.Ж., Избагамбетов Н.А., Сеитова Г.С.**

Современное состояние хирургической службы Республики Казахстан на уровне ПМСП:  
проблемы и перспективы модернизации

*БМСК деңгейіндегі Қазақстан Республикасының хирургиялық қызметінің заманауи жағдайы: жаңғырту проблемалары мен перспективалары.*

**Кажигаев А.Э.**

Онкологическая заболеваемость сельского населения Кызылординской области.

*Қызылорда облысының ауылдық халқының онкологиялық сырқаттанушылығы*

**Кисикова С.Д.**

Оперативное управление в медицинских учреждениях на основе комплексной  
медицинской информационной системы

*Кешенді медициналық ақпараттық жүйе негізінде медициналық мекемелерде оперативті басқару*

## **ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ АҚПАРАТЫН ЖӘНЕ СТАТИСТИКАСЫН БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИЕЙ И СТАТИСТИКОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Койков В.В.**

Использование фактических данных при принятии управленческих решений в сфере  
здравоохранения

*Денсаулық сақтау саласында басқарушылық шешімдерді қабылдау кезінде нақты мәліметтерді пайдалану*

**Мусина Г.А., Турумбетова Т.Б., Калжанова Ж.Х., Кабдуллина М.М., Мамбетов К.Д.**

Состояние кадровых ресурсов здравоохранения

*Денсаулық сақтаудағы кадрлық ресурстар жағдайы*

**Кожекенова Л.Г., Мусаханова А.К.**

Методологический подход к исследованию удовлетворенности пациентов качеством и  
доступностью кардиологической помощи

*Пациенттердің кардиологиялық көмектің сапасы мен қолжетімділігіне қанағаттанушылығын зерттеуге әдістемелік көзқарас*

*«Omnium profecto artium medicina nobilissima»*  
*«Барлық ғылымның ішінен медицина – ең игісі іс екені сөзсіз»*  
*Из всех наук, безусловно, медицина - самая благородная»*  
Гиппократ

### **Құрметті әріптестер!**

Маусымның үшінші жексенбісінде әдетте біз өзіміздің кәсіби мерекеміз – Медицина қызметкері күнін атап өтеміз. Медицина қызметкерлерінің еңбегі – бұл адамдардың игілігі үшін жасалатын ең үлкен қызмет. Заманауи әлемде адам өмірі мен денсаулығынан артық үлкен құндылықтар жоқ, ал медицина қызметкерлеріне осы ұлы құндылықты сақтау үшін үлкен жауапкершілік жүктелген. Ең озық жабдықтың өзі пациентке деген мейірімділік пен жақсы қарым-қатынасты алмастыра алмайды.

Қазіргі уақытта, денсаулық сақтау жүйесін тиімді іске асыру үшін медициналық қызметтерді берушілердің басқарушылық дербестіктерінің жоғары деңгейі қажет. Аңғұрлым табысты әрекет ететін басқарушы болып табылатын, денсаулық сақтау менеджменті саласындағы ерекше, бірегей құзыреті бар менеджерлер қажет. Кәсіби менеджердің нақты мақсаты, экономика, құқық саласында білімі болады, шығармашыл, басқаларын оқытады, уәждейді, проблеманы шешеді, өзін-өзі басқарады, келіссөздер жүргізеді. Менеджменттің басты міндеті – бұл ең төменгі шығын әкелетін жоғары нәтижелерге қол жеткізу.

Дәстүр бойынша медицина қызметкері күніне Денсаулық сақатуды дамыту республикалық орталығы «Үздік менеджер – денсаулық сақтауды ұйымдастырушы» сайысы өткізілді. 2015 жылы жыл сайынғы сайыстың «Денсаулық сақтаудың үздік менеджері» номинациясы бойынша жеңімпазы Алматы қаласының № 4 қалалық ауруханасының бас дәрігері Әнуар Тұрсынжанұлы Аманов болды. Журналдың осы шығарылымында Сіз сайыс жеңімпазымен болған сұхбатты қой аласыздар.

Журналдың дәрігерлердің, фармацевтердің, ғылыми қызметкерлердің, сондай-ақ денсаулық сақату менеджерлерінің ауқымды аудиториясына бағдарлануына байланысты, журналымыздың айдарларында бірегей клиникалық зерттеулер, қоғамдық денсаулық пен денсаулық сақтаудың өзекті мәселелері, медицина ғылымының соңғы жетістіктеріне шолулар жарияланады. Журналдың осы нөмірі денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстарының жағдайы, ішкі аудит қызметі жұмысының тиімділігін талдау бойынша ақпараттық материалдарды біріктіреді.

Журналымызда жазылған ақпарат, Сіздің күнделікті практикаңызға пайдалы және жаңа жетістіктерге жігерлендіреді деген үміттеміз.

Құрметпен,  
ҚР ДСӨМ «Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі» ШЖҚ РМК  
Денсаулық сақтау менеджменті орталығы

### ҚАЗАҚСТАН ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛЕРІНІҢ ГАЛЕРЯСЫ: НАЗАРДА ТАМАРА ДҮЙСЕНОВА.

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрі Тамара Қасымқызы Дүйсенова, білімі инженер-экономист, Ташкент халық шаруашылығы институтын бітірген. Еңбек жолын 1988 жылы Оңтүстік Қазақстан облысының Сарыағаш ауданы орта мектебінің информатика және есептеу техникасы мұғалімі ретінде бастаған. Әр жылдары Өзбекстандағы Мемлекеттік жоспар ЕО Экономика және нормативтер ҒЗИ ғылыми қызметкері, Сарыағаш аудандық әкімшілігінің аға экономисті, «Перизат-Холдинг» компаниясының ақпараттық және маркетинг бөлімінің басшысы, Сарыағаш ауданы әкімінің орынбасары, одан кейін Шымкент қаласы әкімінің орынбасары, одан әрі Оңтүстік Қазақстан облысы әкімінің орынбасары болып жұмыс істеп, 2002 жылы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау вице-министрі болып тағайындалды. 2014 жылы оны Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрі ретінде тағайындайды. Сол жылы екі ведомство қосылғаннан кейін Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрі болып тағайындалады.

– Тамара Қасымқызы, денсаулық сақату жүйесінде үнемі реформалар болып отырады. Мұндай жаңашылдықтар қайда әкеледі?

– Бастамас бұрын 2000 жылмен салыстырғандағы, яғни денсаулық сақтау жүйесіндегі кешенді реформалар басталғанға дейінгі ел халқының бүгінгі денсаулық көрсеткіштерін атап өткім келіп отыр. Өмір сүру ұзақтығы 65,5 жастан 70,04 жасқа дейін айтарлықтай өсті. Жалпы анна өлімінің 25% (мың халыққа шаққанда 10,1-ден 7,65-ке дейін) төмендегі байқалады. Қан айналым дүйесі ауруларынан болатын өлім екі еседен артық, қатерлі ісіктерден болатын өлім – 29%-ға азайды. Бұл аурулар – біздің республикамызда ғана емесе барлық дамыған елдерде де адамдардың өмірден кетуіне негізгі себептер. Ана, нәресте және бала өлімі көрсеткіштерінің айтарлықтай төмендеуі Қазақстанның 2015 жылға қарай МДМ (мың жылдық даму мақсатына) қол жеткізуге мүмкіндік берді, әсіресе мұны халықаралық сарапшылар атап өтті.

Сондай-ақ жыл сайын 1,5 млн.баланы 11 инфекциялық аурудан қорғайтын вакциналау туралы да ұмытпайымыз керек. Қазақстан барлық ТМД мемлекеттерінің арасында бүкіл жаңа туған нәрестені Б вирустық гепатитінен иммундауды жүзеге асырған бірінші ел болды. Бүгінде республикада вакциналаумен қамту 95%-ды құрайды.

Денсаулық сақтаудағы реформаны біздің қоғам сақтықпен кейде сынмен қабылдайтынын білеміз. Алайда, көріп отырғанымыздай ел халқының денсаулық көрсеткіштерінің жақсаруы денсаулық сақтаудың жоспарлы және кезенді реформасының нәтижесі болды. Бүкіл әлемде денсаулық сақату жүйесінің перманентті даму жағдайында екенін атап өткен маңызды, күн сайын әлемде диагностика мен емдеудің жаңа технологиялары енгізілуде, оның нәтижесінде әдетте емделмейтін деп саналатын аурудан зардап шегетін адамдар сауығуға мүмкіндік алады. Сондықтан экономиканың жағдайына байланысты, әрбір мемлекет өзінің медицинаны дамыту бағдарламасын әзірлейді және бұл процесс тұрақты.

2005-2010 жылдардағы реформа барысында Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесінің әлеуеті нығайтылды, нарықтық механизмнің элементтері енгізілді және заманауи медициналық технология трансферттері жүзеге асырылды. Яғни, өзін дамытуда үлкен серпін жасады, жаңа технологияларды енгізуде локоматив болған қуатты ұлттық медициналық холдинг пайда болды. Қажетті инфрақұрылым құрылған кезде, оны ішкі мазмұндармен толықтыру қажет болды, ол үшін осы жылы аяқталатын «Саламатты

Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы әзірленді. Медициналық қызметтердің бірыңғай төлеушісі, Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесі құрылды. Қысқаша айтатын болсақ, сала төсек, кадр саны бойынша қаржыландырудан, әрбір емделіп шыққан пациент үшін түпкілікті нәтиже бойынша қаржыландыруға көшті, бұл денсаулық сақтау саласындағы қарқынды қадам екені сөзсіз.

Осылайша, Мемлекет басшысының, Үкіметтің қолдауының арқасында республикада ең қиын міндеттерді шеше алатын денсаулықты сақтаудың бәсекеге қабілетті жүйесі құрылды.

**– Ағымдағы жылы «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын іске асыру аяқталады. Неге қол жеткіздік?**

– Көп нәрсеге қол жеткіздік. Біріншіден өңірлер арасындағы қаржыландыру теңсіздігі жойылды. Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесін енгізу өңірлер бөлінісінде жағдайларды саралауға және қаржыландырудың өзгешеліктерін жоюға мүмкіндік берді. Медициналық-санитариялық алғашқы көмек ұйымдарының (бұдан әрі – МСАК), учаскелік қызмет қызметкерлері жұмысының тиімділігі айтарлықтай артты, әсіресе профилактикаға ерекше мән берілді.

Біздің азаматтарымыз қандай медициналық ұйымда емделуді дербес таңдау мүмкіндігіне ие болды. Барлық емделіп шыққандарға ақы төлеу тұрғылықты жеріне қарамастан «сапалы еңбек-қомақты қаражат» қағидаты бойынша жүзеге асырылады. Бұл да денсаулық сақтау ұйымдарын ынталандырады, себебі олар неғұрлым тиімді жұмыс істесе, сол ғұрлым көп қаражат алады. Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесі енгізілген бес жылдың ішінде өңіраралық емдеуге жатқызу төрт есеге өсті. Пациенттердің үштен бір бөлігі емделу үшін республикалық клиникалар шоғырланған Астананы және Алматыны таңдайды. Қалғандары тікелей өз өңірлерінде білікті көмек алады.

Көліктік медицина дами бастады: республикада жыл сайын 300 мыңнан астам адамды қарап-тексеретін 49 жылжымалы мобильді кешен, 200 мыңнан астам адамды қамтитын үш пойыз және ел ішіндегі сияқты одан тысқары жерлерде де 1000 жуық ұшуды жүзеге асыратын санитариялық-авиация вжұмыс істейді.

Жоғары мамандандырылған медициналық көмектің трансферті белсенді жүзеге асырылуда. Бірегей қымбат тұратын технологиялар қолжетімді бола бастады. Бүгінде бүкіл еліміз бойынша жүрекке және миға операциялар табысты жасалуда, ағзалар ауыстырылып-қондырылуда. Егер, 2010 жылы біз ағзаларды транспланттау бойынша бірлі-екілі операциялар жасасақ, ал қазір біздің орталықтар донор жүрегін, бауырын ауыстырып-қондыру технологияларын игерді. Елімізде жыл сайын жүрекке 60 мыңнан астам операция жасалады.

Үкімет бекіткен Онкологиялық көмекті дамытудың 2012-2016 жылдарға арналған бағдарламасы жұмыс істейді, онда акцент нысаналы топты профилактикалық қарап-тексеру жолымен қатерлі ісіктерді ерте айқындауға және диагностика мен емдеудің үдемелі әдістеріне акцент жасалған. Былтырғы жылдың өзінде 2,2 миллион адам скринингтік қарап-тексеруден өтті, қамтым ересектердің нысаналы тобынан 100%-ды құрады, профилактикалық қарап-тексерумен 4,5 миллион бала қамтылды, бұл ретте 15,7% науқас айқындалды. Скринингтік қарап-тексерулер нәтижесінде 2014 жылы 2 000 астам обырмен сырқаттанушылық жағдайы және 80 мыңға жуық обыр алды сырқаттанушылық пен қатерсіз ісіктер табылды. Осы жүйелі шаралар бізге мен жоғарыда айтып кеткен нәтижелерге қол жеткізуге мүмкіндік берді. Мемлекет басшысы бізге әлемнің бәсекеге қабілетті 30 елінің қатарына кіру міндетін қойды. Сондықтан біз алдыңғы бағдарламалардың логикалық түрде жалғасы болатын Денсаулық сақтауды дамытудың 2016-2020 жылдарға арналған жаңа мемлекеттік бағдарламасын іске асыруға кірісіп те кеттік.

**– Жаңа мемлекеттік бағдарламада неге көңіл аударылатын болады?**

– Жаңа мемлекеттік бағдарлама қол жеткізілген жетістіктерді бекітуге және дамытуға және жаңа туындауларға сәйкес денсаулықты сақтау мәселелеріндегі проблемаларды шешуге бағытталады, саланы толық дамытуға арналған негіз болады. Оның анағұрлым басым бағыттарының бірі еліміздің барлық денсаулық сақтау жүйесін ұйымдастырудың құрылымы мен қағидаттарын анықтайтын басты буын ретінде бастапқы МСАҚды дамыту болады.

Екіншіден, медициналық білімді жетілдіру негізінде кадрлық әлеуетті дамыту, практикалық базаны нығайту, жалпы практика дәрігерлерін даярлау қажеттілігін ескере отырып, оқу жоспарлары мен бағдарламаларын өзгерту көзделеді. Сонымен қатар, МСАҚ жүйесінің жұмысын уәждеуді күшейту, өңірлердің, амбулаториялық-емханалық және стационарлық қызметтердің арасында кадрларды бірдей емес және ұтымсыз бөлуді жою талап етіледі.

Үшіншіден, денсаулық сақтауды қаржылық қамтамасыз ету, жан басына шаққандағы бірыңғай және кешенді нормативті қолдану негізінде жүзеге асырылуы тиіс, ал МСАҚ-ты қаржыландыру халықаралық стандарттарға – тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін ұсынуға жіберілетін қаражаттың 40%-на дейін жеткізілуі тиіс. Қазіргі уақытта, ол 26%-ды құрайды, ол дегеніміз халықты МСАҚ-тың тиімді қызметтерімен толық қамтамасыз ету үшін жеткіліксіз.

Жұмыстың басқа бағыты – бұл, профилактиканы көздейтін ауруларды басқару жүйесін енгізу, ауруларды ерте айқындау және медициналық көмектің бірыңғай процесі ретінде емдеу. Еліміздің денсаулық сақтауы бүгінде демографиялық жағдайдың жаһандық өзгерісімен: өмір сүру ұзақтығының өсуімен, созылмалы инфекциялық емес аурулары бар адамдар санының артуымен және халықтың қартаю үрдісімен бетпе-бет келіп отырғанын ескеруіміз қажет.

Сондықтанда біздің міндетіміз – денсаулық сақтау жүйесін адам қажеттіліктеріне бағдарланған құзыметті құрып, жаңа құбылыстарға бейімдеу. Мұндай жүйе бір қатар өңірлерде пилоттық жоба ретінде енгізілді. Нәтижелердің талдауы, оны іске асырудың негізгі кедергілерінің бірі – МСАҚ пен мамандандырылған қызметтердің жеткіліксіз сабақтастығы және өзара іс-қимылы, ол пациенттерді бақылау мен емдеудің түпкілікті нәтижелерінде көрінеді. Сондықтан қызметке үздік әлемдік практикаға негізделген жаңа серпін беру үшін оны жетілдіру бойынша жұмыс жүргізілуде.

#### – Денсаулық сақтау жүйесінде кадрлық проблема бар.....

– Денсаулық сақтаудың кадрлық әлеуетін дамыту – бұл басым міндеттердің бірі. Оның шешімі, әрине білімнен бастау алады. Қолданыстағы бағдарламалар мен оқу жоспарлары стационарлық көмек көрсету үшін арнаулы бейіндегі мамандарды даярлауға бағдарланған. Бізге жалпы практика дәрігері сияқты осы бағытты да дамыту қажет, себебі дәл осы біліктілік МСАҚ үшін өте тиімді. Бұдан басқа, жоғары оқу орындарында дербес клиникалық базалары жоқ, ол бітірушілердің әлсіз даярлықтарына әкеп соғады. Сондықтан біздің алдымызда Қазақстанда 2009 жылдан бастап енгізілген Ұлттық біліктілік жүйесіне сай болуы тиіс кадрларды даярлау, қайта даярлау және біліктіліктерін арттыру жүйесін жаңғырту бойынша үлкен жұмыс тұр.

Жаңа талаптарды ескере отырып, кадрларды даярлаудың бес жылдық жоспары әзірленетін болады. Алдағы өзгерістер медициналық университеттер мен колледждердің құзырлы орталықтар болып қайта құрылуын болжап отыр. Сапалы деңгейдегі мамандарды оқыту медициналық білімді, ғылымды және пратиканы ұйымдастыруды біріктіретін өңірлік инновациялық хабтар базасында ғылыми, білім және клиникалық процестердің үш бірлігі қағидаттарында жүзеге асыру арқылы қамтамасыз етілетін болады. Жетекші шетелдік елдердің тәжірибесі бойынша (АҚШ, Ұлыбритания және басқалары) өңірлік инновациялық хабтар құру негізіне медициналық университеттердің, ғылыми орталықтардың, медициналық ұйымдардың және өндірістің арасында (ғылыми-өндірістік холдингтер, ғылыми-технологиялы парктер түрінде) әріптестіктің тиімді нысандарын іске

асыру жатады. Мамандарды шетелдерде даярлау үшін жоғары оқу орнының және жоғары оқу орнынан кейінгі білімнің басым мамандықтары анықталатын болады.

Екінші маңызды мәселе – бұл, жұмыс істеп жүрген кадрлардың біліктіліктерін арттыру. Дәрігерлердің саны бойынша біздің әлем елдерінің бірінші ондығына кіретініміз жасырын емес. Бірақ проблема, білікті дәрігерлердің негізгі бөлігі стационарлық секторға шоғырланған, сондықтан МСАК деңгейінде дәрігерлердің жетіспейді. Қызметтің және онда жұмыс істейтін мамандардың мәртебесін арттыруды білдіретін МСАК басымдығын қамтамасыз етіп, біз осы қызметке кадрлардың келуі үшін, оның ішінде жеке медицинаға «жол аша» отырып, жағдай жасаймыз.

Үшінші міндет – мейіргерлердің біліктіліктерін арттыру. Біздің дәрігерлерге білікті мейіргерлер мен фельдшерлердің өздері тиімді атқара алатын кәсіптеріне сай емес функциялар жүктелген. Орта буын мамандарын даярлау және қайта даярлау біздің басты міндеттеріміз болады.

Жақында денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік реттеуді жақсартуға, халық денсаулығын нығайтуға және саламаты өмір салтын енгізуге бағытталған «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласы жөніндегі кейбір заңнамалық актілеріне өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы» Заң қолданысқа енгізілді.

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексте мамандардың кәсіптік даярлығын бағалау және біліктілікке сәйкестігін растау – маманның біліктілігінің денсаулық сақтау саласындағы кәсіптік стандарт талаптарына сәйкестігін растау мақсатында жүргізілетін білімі мен дағдыларын бағалау рәсімі көзделген. Бұл норма 2015 жылғы қазаннан бастап қолданысқа енгізіледі. Бағалауды денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган аккредиттеген ұйымдар жүргізеді. Маман сертификатын және санат беру туралы куәлікті бүгінгідей Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитеті маманның алдын ала тәуелсіз бағалаудан өтуі нәтижесі бойынша береді.

Бағалаудың нормативтік құқықтық базасы – Бағалау қағидаттары, Аккредиттеу, оның ішінде бағалау жүргізетін ұйымдарды аккредиттеу қағидаттары бекітілуде. Бұдан басқа, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы, Медициналық емтихан алушылардың ұлттық кеңесі (NBME, АҚШ) мамандарының қатысуымен, қазақстандық сарапшылардың және емтихан алушылардың әлеуетін одан әрі арттыру, денсаулық сақтау саласындағы кәсіби стандарттарға сәйкес тесті және симуляциялық базаны бағалау мазмұнын жетілдіру бойынша шаралар қабылдануда.

Жалпы тәуелсіз бағалау жүргізу денсаулық сақтау мамандарының білімі мен дағдыларының деңгейін объективті қабылдау деңгейін арттырады, клиникалық қателіктерді төмендетуге және сәйкесінше медициналық қызметтердің сапасын жақсартуға ықпал ететін болады.

**– Отандық денсаулық сақтау барлық әлемдік стандарттарға сәйкес келеді деп айтуға бола ма?**

– Денсаулықты сақтау жүйесі біздің елімізде жеткілікті жоғары деңгейде, мұны денсаулық сақтау саласындағы жетекші әлемдік сарапшылар мойындады. Бүгінде бізге емделу, операциялар жасату үшін шетелдік тұрғындар келуде. Бүгінгі таңда бізде отандық медицинаны мақтан ету үшін көптеген себептер бар. Біз үнемі өзгеріп отыратын әлемде өмір сүреміз. Сала дамуда және де бұл тұрақты процесс. Денсаулық сақтау кез-келген басқа сала сияқты бір орында тұрмайды. Жаңа технологиялар, емдеу әдістері пайда болуда. Өткен шағымызда біз қиын жағдайдағы азаматтарымызды әлемнің кез келген түпкірінен алып шыға аламыз деп елестете алдық па? Ал бүгінде бұл күнделікті жағдайға айналды. Мен қазақстандық дәрігерлер алдыңғы қатарлы болады деп нық сеніммен айта аламын, ол үшін мемлекет барлық жағдайды жасауда. Сондықтан денсаулық сақтауды жетілдіру – тұрақты процесс және де оның деңгейінің ең үздік әлем медицинасымен теңесетін күннің алыс емес екеніне сенемін.



Материалды Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму  
министрлігінің баспасөз қызметі ұсынды.

---

### АУРУХАНАНЫ БАСҚАРУ – ҮЛКЕН ЖАУАПКЕРШІЛІК!

Соңғы жылдары Қазақстандағы денсаулық сақтаудағы менеджментке үлкен көңіл бөлінуде. Мемлекет басшысы Нұрсұлтан Назарбаев денсаулық сақтаудағы кәсіби менеджментті дамытудың негізгі мәселесін қойып отыр. Заманауи жағдайда денсаулық сақтау жүйесінің міндеттерін табысты және тиімді іске асыру үшін анағұрлым табысты әрекет ететін басқарушылар болып табылатын басқаруға арнайы даярланған менеджер құрамын құру қажет. Олардың денсаулық сақтау саласындағы құзыреті көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасын арттыруда рөл атқарады. Өйткені денсаулық сақтауды ұйымдастырушы-менеджер – бұл кәсіби менеджментті дамытудың қозғалыс күші және денсаулық сақтау саласына кәсіби менеджерлерді (басшыларды) тарту үшін уәжделген компоненттер құрушы. Медициналық ұйымның әрбірі басшысы Республикадағы денсаулық сақтау менеджерлерінің әлеуетін дамыту стратегиясын іске асыра білуі тиіс.

ҚР ДСӘМ Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы міне үшінші жыл «Денсаулық сақтаудың үздік менеджері» номинациясы бойынша «Кәсібі бойынша үздік» сайысын өткізіп келеді. Осы жылы «Үздік менеджер» атағына бүкіл республиканың 10 бас дәрігері сайысты. Сайыс нәтижесі бойынша Алматы қаласының № 4 қалалық ауруханасының бас дәрігері Әнуар Тұрсынжанұлы Аманов жеңімпаз атанды. Денсаулық сақтау жүйесін басқарушылардың алдында қандай негізгі міндеттер тұрғаны туралы Әнуар Тұрсынжанұлы журналымыздың оқырмандарымен бөлісті.

**- Әнуар Тұрсынжанұлы, Сізді табысты марапат алуыңызбен құттықтаймыз! Мұндай марапатқа ие болу Сіз үшін нені білдіреді?**

- Кез келген сайыста, әсіресе осындай үлкен деңгейдегі сайыстарда жеңіске жету – бұл, әрине өте қуанышты сәт. Өз-өзіңе тәнті болуы, жасағанның зая кетпегенін сезіну. Және де жаңа «белестерге» қол жеткізуге ынталандыру. Ал осы сайыстың жеңісі №4 қалалық клиникалық аурухананың ұйымшыл ұжымының еңбегі.

**- Сіздің медициналық ұйымыңыз басқаларынан немен ерекшеленеді? Қандай критерийлер бойынша Сіздің медициналық ұйым және Сіз – үздік менеджер ретінде таңдалды?**

- Біздің жұмысымыздың басты қағидаты – ескі дәстүрлер мен жаңа технологиялардың үйлесімділігі, біздің міндетіміз – пациенттерімізге тез және сапалы көмек көрсету. Біз өсудеміз, дамудамыз, жетілудеміз, біздің үлкен жоспарларымыз бар. Біздің ауруханаға өзінің қиындығымен жүгінген әрбір адамды өзіміздің жіті бақылауымызға аламыз, жоғары кәсіби және біліктілігі бар мамандар қарсы алады. Негізгі көрсеткіштердің тұрақты өсуі. Жоғары мамандандырылған медициналық көмектің жаңа түрлерін енгізу. Жұмыстың, ұйымдастырудың, басқару мен ӘШБ-ның жаңа әдістерін енгізу. Жоғары мамандандырылған медициналық көмекке жанжақты тоқталып өткім келеді. Клиникамыздың тәуліктік стационарындағы емделіп шыққан жағдайлардан ЖММК үлес салмағы қаладағы ең жоғары болып отыр. 2014 жылы бұл көрсеткіш 14,5% - ға (қала бойынша 2%) дейін өсті. 2014 жылы барлығы 1793 ЖММК операциясы жасалды, ол 2 жыл бұрынғыға қарағанда 15-ке артық. Бұл да мақтан тұтарлық жағдай.

**- Ұжымыңыздың жетістіктері туралы әңгімелеп берсеңіз.**

- №4 қалалық клиникалық аурухана біздің мегаполистің аумағына келетін Қазақстан Республикасының барлық азаматтарына шұғыл және жоспарлы медициналық көмек көрсететін Алматы қаласының төрт ауруханасының бірі болып табылады. Жоспарлы медициналық көмектен басқа, біздің аурухана жоғары мамандандырылған медициналық көмек көрсетеді. ЖММК бойынша бүгінде біз сан-жамбас бұлшық етін, тізе бұлшық етін, иық бұлшық етін эндопротездеудеміз, сондай-ақ алғаш рет Қазақстанда былтыр шынтақ бұлшық етін протездедік. Аталған қызмет түріне қажеттілік өте жоғары, науқастардың үлкен ағымы бар. Денсаулық сақтау басқармасы ірі бұлшық еттерді эндопротездеу кезегін жою міндетін қойып отыр.

Пациенттерде артроздар, ревматоидты артрит сияқты жас ерекшелік өзгерістері бар, мысалы бұлшық еттер зақымдалса, онда екі тізені немесе екі сан-жамбас бұлшық етін ауыстыру қажет. Бұл міндет орындалды, біз Алматы қаласы бойынша эндопротездеу кезегін толықтай жойдық. Қазір науқас көрсетілім болған кезде пациент тұрғылықты жері бойынша емханаға жүгінеді. Егер, емдеуге жатқызу үшін көрсетілімдер айқындалса, ол бізге порталға жіберіледі, одан кейін біз пациентті одан әрі емдейміз. Барлық ем-шара 7-10 күнді құрайды, және пациент жоғары мамандандырылған медициналық көмекті уақтылы алады. Бұл бізге кәсіби тұрғыдан өте қызық. Былтыр сан-жамбас, тізе, шынтақ және иық бұлшық еттерін протездеудің 750 операциясы жасалды. Биылғы жылы 3200 протездеуге (біздің жаңа клиникамыздың мүмкіндіктерін ескере отырып) өтінім бердік. Жыл басынан бастап біз 600 операция жасадық, ал қазір жоғары мамандандырылған медициналық көмектің көлемін арттырамыз, сәйкесінше бюджетте өсуде.

Біздің клиникамызда пайдаланылатын протездер АҚШ шығаратын жетекші әлемдік бренд болып табылады. Біз ресей, қытай шығаратын бюджеттік протездерге бағдарланбаймыз. Біздің клиника Алматыда ғана емес бүкіл оңтүстік өңір бойынша №1 травматологиялық ортопедиялық клиника ретінде өз маркасын ұстауға тырысады. Біздің көлемімізді Астанадағы Травматология және ортопедия ҒЗИ-мен салыстыруға болады, біз олармен оқу процестері бойынша, ғылыми жұмыстар бойынша тығыз ынтымақтастықтамыз, сондай-ақ бірлескен жобаларды жоспарлауымыз. Бес бөлімшесі бар травматология мен ортопедиядан басқа, біздің клиникада күйік бөлімшесі, хирургия, урология, гинекология, терапия, неврология бөлімшесі, реанимация бөлімшесі, операциялық блок, рентген-бөлімшесі, функционалдық диагностика бөлімшесі жұмыс істейді. Венаішіне құюға арналған ерітінді дайындайтын дербес дәріхана бар. Бұл біздің шығыстарды айтарлықтай қысқартады, өйткені өзіміз дайындайтын препараттардың құны зауыттағыға қарағанда он есе арзан.

**- Ұжымды басқаруда Сіз қандай қиындықтарға тап боласыз? Және де Сіз оны қалай жеңесіз?**

- Мен үнемі, біздің ұжым туралы шын ықласпен айта саламын. Басында біздің клиника арнайы бейінді болды, мұнда травматология мен ортопедиядан басқа бөлімше болған жоқ. Сол сәтте біз қызмет көрсету саласын кеңейту бойынша бірінші қадамдар жасадық. Әрине, бастапқы кезеңде ұжымда кикілжіңдер, жаңа келген және 30 жыл бойы жұмыс істеген тәжірибелі мамандардың арасындағы түсініспеушіліктер болған сәттер болды.

Менің міндетім ұжымды біріктіру және ауызбіршілік орнату болды. Бүгінгі күні бұл қарсы тұру мүмкін емес жалпы бір конгломерат. Біз бірге спортпен белсенді айналысамыз: футбол ойнаймыз, мерекелерде ұлттық спорт түрлерінен эстафеталар ұйымдастырамыз.

**- Соңғы уақыттарда бұқаралық ақпарат құралдарында «пациенттің бағдарлануы» дегенді көп естиміз. Сіздің ойыңызша бұл нені білдіреді? Пациенттің бағдарлануы Сіздің медициналық ұйымның жұмысында қалайша туындайды?**

- «Саламатты Қазақстан» бағдарламасының дериваттарының тізімінде бастыларының бірі болған түсінік, және ол біздің бүкіл жұмысымызды айқындайды. Бұл емдеу барысын, тағайындалған емшараларды немесе операцияларды пациентпен келісу. Тіпті пациенттің медициналық мекемені еркін таңдауында келісу. Барлығыда осы уақытқа дейін «портал» деп аталатын сөзді естіген шығар. Емдеуге жатқызу бюросы арқылы бізге Қазақстанның түпкір-түпкірінен адамдар келеді. Бұдан басқа, мониторинг: бізден ем алғаны жөнінде пациенттерге үнемі сауалнама жүргізіледі, осы сауалнама деректерінің негізінде біз талдау жасаймыз және клиника жұмысына түзетулер енгіземіз. Және де тағы пациенттерді қолдау: ол біздің қамқорымыздағылардың, яғни пациенттеріміздің бас дәрігердің медициналық қызметтерді көрсету сапасын бақылау жөніндегі орынбасарымен, сарапшы-дәрігермен үнемі кездесулерін қамтиды. Кездесу деген сөзге айтарым, кездесу үнемі қажет бола бермейді – маған gkb4.kz сайты арқылы жазуға болады, онда «бас дәрігердің блогы» деген айдар бар немесе толғандыратын сұрақтарыңызды қоюға болады: ол үшін «сұрақ-жауаптар» айдары бар. Бұл қызметте психолог та жұмыс істейді. Өздеріңіз білетіндей біз травматология бойынша маманданамыз және бізге келіп түсетін диагноздар, жалпы кез келген ауыр патологиялар немесе жарақаттар – бұл тұрақты, ұзақ мерзімді стресс, сондықтан біз жанды да тәнді де емдеуге тырысамыз. Палаталар типтік үлгідегі болса да, олар мүмкіндіктері шектеулі адамдар үшін қолжетімді. Бұл да пациенттің бағдарлануының бір бөлігі.

**- Сондай-ақ қазіргі уақытта, үлкен мінбелерден «ортақ жауапкершілік» туралы жиі айтылып жүр. Біздің оқырмандарымыз үшін осы түсініктің ара жігін ажыратып бересіз бе?**

- Бұл туралы біздің президентіміз бірнеше рет айтты: Нұрсұлтан Әбішұлы пациенттің өз денсаулығына жауапты екенін де түсіндірді. Біздің – менің, сіздің, еліміздің барлық тұрғындарының денсаулығы 50 пайыз өмір сүру салтына байланысты. Дәрі ішпейтін немесе егер есепте тұрған болса мүлдем дәрігерге бармайтын адамды емдеп шығару мүмкін емес. Ортақ жауапкершілік қазақстандық денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігін айтарлықтай арттыратынына сенімдімін. Ортақ жауапкершілік – бұл, мен дәрігерлермен өз ауруымды бөлісемін деген сөз. Біз қазір не көріп отырмыз: тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін талап етіп отырған халықтың бір бөлігін ғана. Осымен бітті. Ал әрі қарай не болады: өз денсаулығыма жауаптымын деп ойлайтындар аз. Майлы тамақты көп жеме – жүрек-қан тамыры ауруларының немесе инсульттің қаупі аз болады. Бірақ біздің азаматтарымыздың түрлі тағамға толы дастарханнан түнге дейін отырудан бас тартатыны көп пе?... Бұл риторикалық сұрақ... Егер адамдар денсаулықтарына жауапты болса және оны мемлекетпен және денсаулық сақтау жүйесімен бөліссе, онда біз бүгінгі моделдің тиімділігін бірнеше есеге көтерер едік. Басқа аспект: денсаулық сақтауы бюджеттік қаржыландырылатын елдердің шамамен 80 пайызында бірігіп ақы төлеу деген бар. Медицина – бұл да қызметтер саласы, кейбір жағдайларда нарықтағы тауар. Онда сапалы медициналық қызмет көрсетуге бағаны түсінеді. Кейбіреулері бірінші рет келгені үшін, басқалары медициналық көмек пен қызметтің қосымша түрлері үшін және т.б. ақы төлейді. Мүмкін бұл да менің әріптестерімді күнделікті күшін бағалауға мәжбүр ететін шығар. Бұл дегенмен, емдеу нәтижелерінде жақсы көрінеді.

**- Әнуар Тұрсынжанұлы Сіздің ойыңызша «Үздік менеджер» ол қандай адам?**

- Мен сияқты болып тұр ғой (күледі.). Егер, шындығына келер болсақ №4 ҚҚА сияқты үлкен «алыпты», тіпті кез келген аурухананы басқару – бұл үлкен жауапкершілік. Мен тіпті ол қандай да бір өндірістен де үлкен деп есептеймін. Егер станоктар тұрып қалса, онда оны қайта қосуға болады, тіпті домна пешінің өзін қайтадан салуға болады. Бірақ адам өмірі мен денсаулығы – мүлдем басқа стандарттар. Сондықтан денсаулық сақтаудағы жақсы менеджер бірінші кезекте өзіне үлкен моральдік жауапкершілікті алу

үшін жүректі болуы тиіс. Одан әрі жұмысқа қабілеттілік, жаңашылдыққа бейім, оайлай білетін. Айта берсем көп.....

**- Дәрігер кабинетінің алдында «ұзын сонар кезек» болмас үшін денсаулық сақтау жүйесінде нені өзгерту қажет?**

- Біздің клиникамыздың жұмысы сіз айтып отырғандай кезек болмайтындай етіп ұйымдастырылған. Егер, шұғыл жүгінген болса, онда кезек туралы мүлдем сөз болмайды: бәрі де бес минуттың ішінде шешіледі, тездетіп анализдер тапсырылады, тағайындау немесе мысалға айтар болсам операция жасау туралы шешімдер қабылданады. Ал, кезек егер, жоспарлы жүгінулер туралы айтатын болсақ... Мынадай жағынан қарайық. Біздің КДБ (консультациялық-диагностикалық бөлімшеде) кезектер болып тұрады. 4, 5, 6 адам отырып күтеді – біздің мамандардың қабылдауларына кіргісі келетіндер. Бұл көрсеткіш – ол дәл сол мамандарға келгісі келеді, басқа қалалардан келіп жатады. Немесе эндопротездеу: кезек бар, оны бірақ күту деп атасақ та болады, ол екі айға дейін болуы мүмкін: адамдар бізге сенеді, клиникалар тарапынан ешқандай кепілдіксіз және міндеттемесіз шетелде жасатып қомақты қаражат шашпай, мұны тегін жасауға болатынын біледі. Осы уақытқа дейін адам өзінің жоспарларын үйлестіреді, операцияға дайындалады және ешқандай проблемасыз бізге келеді. Мұндай кезектер – жаман ба?

**- Жалпы алғанда пациенттердің көңілі толмауының алдын алуға болады? Халықтың көбі отандық медицинаға шағымданудан шаршамайды ғой....**

- Көбінесе маған пациенттердің біздің мамандардың атына айтқан алғыстарын алуға немесе әртүрлі жағдайлардағы мәселелерді пациенттермен немесе олардың туыстарымен бірге шешуге тура келеді деп атап өткім келеді: адамдармен жәй ғана сөйлесу керек, олардың не қалайтынын түсінуге тырысу керек. Сонда ғана дұрыс реакция болады: адам еш қандайда кикілжіннің жоқ екенін керісінше адамды дұрыс емдеп шығатын ниеттің бар екенін түсінеді, осының бәрі не үшін жасалып жатқанын жетесіне жеткізіп түсіндіру қажет. Ал шағымдарға келетін болсақ: олар әрдайым болады, одан ешқандай қашып құтылмаймыз. Біз жылына 15 000 адамға қызмет көрсетеміз, ешер қандай да бір проблема туындаса, оны сол жерде аурухана деңгейінде шешуге тырысамыз. Әдетте барлығы сәтті шешіледі. Оған дәлел – екі жыл бойы негізделген шағымның болмауы.

**- Қандай шетелдік клиниканың/емхананың үлгісін өз ұйымыңызға енгізер едіңіз?**

- Осы бір аурухана – мінсіз үлгі деп айтуға болмайды. Мен әртүрлі елдердің: АҚШ-тың, Жапонияның, Германияның клиникаларында болдым. Ерекшеліктерді өзіме түртіп алып, оның үздігін қолдануға тырысамын. Одан кейін оны №4 ҚКА жағдайына бейімдеп, енгіземін. Одан басқа, әріптестеріміз үшін қолжетімді әзірлемелерді енгіземін. Біз өзгенің тәжірибесін қолданамыз және де өзіміздікін де бөліскіміз келеді. 30 маусымда біздің аурухананың базасында «Медициналық ұйымдардағы пациентті қолдау қызметінің және ішкі бақылаудың жұмысын жетілдіру» семинар-тренинг өткізілетін болады, біздің ол жерде айтарымыз да үйретеріміз де бар.

**- Әңгімеіміздің соңында ҚР денсаулық сақтаудың жалпы жағдайына өз бағаңызды естігіміз келіп отыр.**

- Көптен бері пациенттің және мемлекеттік денсаулыққа ортақ жауапкершілігі туралы әңгімелер жүріп жатыр. Пациенттердің өз денсаулығына немқұрайлы қарайтын белгілі бір санаты бар. Мұны кез келген қалада және кез келген клиникада кездестіруге болады. Мұндайда, егер адам созылмалы ауруы бола тұра өзі тұратын тұрғылықты жері бойынша емханаға жүгінбесе, профилактикалық қарап-тексерулерден өтпесе, ең соңында аурудың асқынған түрімен бізге келіп түссе неге мемлекет қомақты қаржы жұмсауы тиіс деген сұрақ туындайды.

Мысалы, адамда созылмалы гастрит бар, ол 5-7 жыл бойы емханаға жүгінбеген, ауру туындаған кезде өз бетінше емделеді, ең соңында қан кетумен, асқазан немесе ұлтабар ойыЖҚАрасымен бізге келіп түседі. Мұндай жағдайда жылдар бойы бұл науқас неге профилактикалық қарап-тексерулерден өтпегенін, денсаулығын неге күтпегенін, неге емханаға қаралмағанын және қымбат тұратын жабдықты, препараттарды, білікті персоналды пайдалана отырып, неге білікті ем алмағанын сұрау қажет. Менің ойымша, пациенттің өз денсаулығына ортақ жауапкершілігін енгізу – бұл дұрыс. Мемлекеттің сіздер үшін жауап беруі мүмкін емес. Сіздің денсаулығыңыз-сіздің байлығыңыз. Оны сақтаңыздар!

Әңгімелескен Гүлмира Нүрпейсова  
ҚР ДСӘМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы»ә ШЖҚ РМК  
Жұртшылықпен байланыс секторының меңгерушісі

## ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ КӘСІБИ СТАНДАРТТАРДЫҢ ЖОБАСЫН ӘЗІРЛЕУ ТУРАЛЫ

А.Ж.Әзербәева

*«Қазақстан Республикасы Президентінің Іс басқармасы Медициналық орталық ауруханасы»*

**Аталуы:** Денсаулық сақтау саласындағы кәсіби стандарттар жобасын әзірлеу туралы

**Авторлары:** Азербәева А.Ж. ҚР Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының Ақпарат және талдау орталығының меңгерушісі

**Түйіндеме:** Кәсіби стандарттарды жобасын әзірлеу - мақала күні, денсаулық біліктілік жүйесін жетілдіру мәселесі, процесінің кезеңдерін бірінің сипаттау арналған. Стандарттың мақсаты лауазымдық функцияларын кәсіби және құрылымдық сипаттамасы жүйесін, оларды іске асыру үшін тапсырмаларды, білімді тиісті талаптарды, нақты мамандық қызметкерлерінің кәсіби дағдылары мен дамыту болып табылады.

**Title:** Professional standards projects development in healthcare

**Authors:** Head of Information and Analytical Center RSE "Medical Center of the Presidential Administration of the Republic of Kazakhstan "

**Abstract:** The article is devoted to date, the problem of improving the qualification system of health, the description of one of the stages of the process - project development of professional standards. The purpose of the standard is to develop a system of professional and structured description of job functions, tasks for their implementation, the relevant requirements of the knowledge, skills and competencies of workers in a particular profession.

Әлемнің дамыған елдері анағұрлым жоғары кәсіби деңгейде еңбек ресурстарын дайындау жолымен өзінің бәсекеге қабілеттілігін арттыру талпынысын күшейтеді. Жұмыссыздықтың, әсіресе жастар арасындағы тұрақты жоғары деңгейі қажетті дағдылары бар жастардың еңбек нарығына дайындауда білім беру жүйесінің әлсіздігін ашып берді. Осыған байланысты, Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә.Назарбаев «Қазақстанды әлеуметтік жаңғырту: жалпыға бірдей еңбек қоғамына қарай жиырма кадам» деген мақаласында ұлттық біліктілік жүйесін құру бойынша нақты міндет қойып отыр. Ұлттық біліктілік жүйесін қалыптастыруға еңбек нарығындағы білікті кадрларды тұтынушылар сияқты білім беру ұйымдары да қатысады. Өндірістік сектордың қажеттілігіне кәсіби стандарттардың бағдарлануы және еңбекті әділ уәждеу және мансаптық жоғарылауды ынталандыру үшін біліктілік деңгейлерді жүйелендіруге бағытталған ұлттық және салалық біліктілік шеңберімен қатар осылайр бойынша кейіннен білім беру стандарттарын әзірлеу – міне осы ұлттық біліктілік жүйесінің негізгі идеясы.

Денсаулық сақтау жүйесінің негізгі проблемаларының бірі жоғары саланы технологиялық медицинаның заманауи талаптарына және дамыған қоғамның сұранысына сай келетін жоғары білікті кадрлармен қамтамасыз ету болып табылады. Бұл құбылыстың себептерінің бірі – бұл іздеушілер құзыретінің бос лауазымдарға, оның ішінде басқарушылыққа, жұмыс берушілердің күткеніне сәйкес келмеуі.

**«Қазақстан Республикасының Еңбек кодексіне өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы» Қазақстан Республикасының 2012 жылғы 17 ақпандағы Заңына ұлттық біліктілік жүйесін қалыптастыру бойынша ережелер енгізілді.**

Көрсетілген Заңда ұлттық біліктілік шеңбері, салалық біліктілік шеңберлері, кәсіби стандарттар, мамандардың кәсіби даярлығын бағалау және біліктілік сәйкестігін растау сияқты мынадай ұғымдар заңнамамен бекітілген. Еңбек бойынша уәкілетті органның, қызметтің тиісті саласындағы уәкілетті мемлекеттік органдардың, жұмыс берушілер мен қызметкерлер бірлестігінің ұлттық біліктілік жүйесін қалыптастыру бойынша жұмысты ұйымдастырудағы құзыреті анықталды.

Ұлттық біліктілік шеңберін бекітілді. Бұл білікті еңбек нарығында ұсынылған барлық тараптардың – білім беру жүйесінің, мамандардың, бизнестің өзара қарым-қатынасын түбегейлі өзгертуге тартылған өте батыл және жүйелі қадам. Аталған құжатты Қазақстанда қолдана басталғаннан бері мамандардың біліктілігін растаудың және берудің жаңа жүйесін қалыптастыру басталады.

Қазақстандық ұлттық біліктілік шеңберінің ерекшелігі Ұлттық біліктілік жүйесінің алынбас бөлігі болып табылатынынан тұрады, ауқымды елдердегі сегіз деңгей бойынша Еуропа біліктілігі шеңберімен үйлесімді және оқыту нәтижелеріне базаланады.

Бүгінгі күні Қазақстан Болон декларациясына жазылған жас ел болып табылады, ұлттық біліктілік шеңберін қабылдаған 27 елдің қатарына кірді.

Ұлттық біліктілік шеңберінің негізінде уәкілетті мемлекеттік органдар жұмыс берушілер мен қызметкерлердің салалық бірлестіктерімен бірге салалық біліктілік шеңберін әзірлеуде. Біліктілік жүйесін құрудың келесі кезеңінде әзірлеуге саланың өндірістік секторының қатысушыларын тарту қажет кәсіби стандарттарды әзірлеу жүргізіледі. Әзірленген кәсіби стандарттар бойынша білім беру стандарттарын әзірлеу жоспарланып отыр. Қорытынды кезеңінде салалық жүйенің біліктілік деңгейлеріне сәйкес сертификаттау жүйесін әзірлеу жоспарлануда.

Басқа салаларға қарағанда ҚР денсаулық сақтау саласында біліктілік жүйесінің белгілі бір нормативтік базасы бар. Салада танылған денсаулық сақтау мамандарының құрылымдық біліктілік деңгейлері бар, оның негізінде біліктіліктің салалық шеңберінің жобасы әзірленді. Сондай-ақ мамандықтардың біліктілік сипаттары да бар, ол кәсіби стандарттарды әзірлеу кезінде негіз болады. Қазіргі уақытта, білім беру стандарттары және болашақта жетілдіру жоспарланып отырған біліктілік деңгейіне сәйкес сертификаттау жүйесі бар.

Саланың кәсіби қызметінің негізгі бірлігі – шеңберінде қызметі белгілі бір өндірістік міндеттерді шешуге бағытталған кәсіп болып табылады. Қызмет саласында 2 сипаттама бар: сала қызметінің функциялары және аталған сала қызметінің біліктілік деңгейі.

Кәсіби стандарт Қазақстан Республикасының Ұлттық біліктілік жүйесінің ең маңызды бөлігі болып табылады, оның негізінде білім беру бағдарламалары, сертификаттау жүйесіндегі стандарттар, лауазымды нұсқаулықтар, қызметтің аталған кіші саласының қызметкерлеріне арналған уәждеу мен ынталандыру жүйесі әзірленетін/жетілдірілетін болады. Кәсіби стандарт жаңа медициналық қызметтердің пайда болуын, медициналық қызметтердің қауіпсіздігі мен сапасын, мамандықтардың шеңберінде жаңа құзыреттерге медициналық қызметтер нарығының қажеттіліктерін жетілдіруді ескере отырып, мерзімдік жаңарту мүмкіндіктерімен Ұлттық біліктілік шеңберінің, Салалық біліктілік шеңберінің талаптары негізінде әзірленеді.

Кәсіби стандартты әзірлеу мақсаты еңбек функцияларын, оларды іске асыру бойынша міндеттер, нақты кәсіп қызметкерлерінің біліміне, білгірлігіне және құзыретіне қойылатын тиісті талаптарды жүйелі және құрылымдық сипаттау болып табылады.

Кәсіби стандарттардың жобасын әзірлеу үш кезеңнен тұрды.

Дайындық кезеңінде салалық кәсіби стандарттарды тікелей әзірлеу үшін сарапшы топ қалыптастырылды. Кәсіби стандарттардың жобаларын әзірлеу жөніндегі сарапшы топ мүшелерінің жұмысын үйлестіру мақсатында әдіскерлер (модераторлар) бекітілді.

Процестің барлық қатысушылары СКС әзірлеу, денсаулық сақтау ұйымдарының қызметкерлеріне сауалнама және сұхбат алу әдістемесіне оқытылды. Оқыту семинарлар мен тұрақты консультациялар түрінде жүргізілді.

Жобаның қосымша басты қатысушылары Кәсіби стандарттарды әзірлеу әдіснамасы бойынша емтиханнан табысты өтеу және растау ала отырып, Ернст энд Янг (Ernst & Young Kazakhstan LLP) компаниясының тренингіне қатысты.

Әзірлеушілер дайындық кезеңінде мынадай мамандықтар бойынша кәсіби стандарттардың 20 жобасын әзірледі:

- 1) ревматология (ересектер, балалар);
- 2) аллергология және иммунология (ересектер, балалар);
- 3) пульмонология (ересектер, балалар);
- 4) эндокринология (ересектер, балалар);
- 5) нефрология (ересектер, балалар);
- 6) инфекциялық аурулар (ересектер, балалар);
- 7) сәулелік диагностика (рентгенология, компьютерлік және магнитті-резонансты томография, ультрадыбыстық);
- 8) функционалдық диагностика;
- 9) төтенше жағдайлар және апаттар медицинасы;
- 10) жалпы хирургия (торакалды, абдоминалды, трансплантология, колопроктология);
- 11) кардиохирургия (ересектер, балалар);
- 12) ангиохирургия (рентгенохирургия, интервенциялық хирургия) (ересектер, балалар);
- 13) травматология-ортопедия (комбустиология) (ересектер, балалар);
- 14) патологиялық анатомия (ересектер, балалар);
- 15) трансфузиология (клиникалық, өндірістік);
- 16) перфузиология;
- 17) балалар хирургиясы (неонаталды);
- 18) медициналық генетика;
- 19) денсаулық сақтаудағы менеджмент;
- 20) қоғамдық денсаулық сақтау/Әлеуметтік гигиена және денсаулық сақтауды ұйымдастыру (валеология, эпидемиология, статистика, методология).

Кәсіби стандарттардың жобасында көрсетілген функцияларды айқындау мақсатында бейіннің практикалық денсаулық сақтау мамандары атқаратын нақты функциялармен сәйкес келуіне денсаулық сақтау қызметкерлері үшін сауалнама әзірленді.

Негізгі кезеңде денсаулық сақтау қызметкерлеріне ДСДРО сайтында Survey Monkey әзірленген кәсіби стандарттардың жобасы бейінінің бағдарламасын қолдана отырып, практикалық денсаулық сақтау мамандарының нақты атқаратын функциясына сәйкес келуі мәселесі бойынша сауалнама ұйымдастырылып, жүргізілді. Респонденттер Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығының <http://www.rcrz.kz> ресми сайтында 20 кәсіби стандартпен таныса алды және егер, қажет таныған жағдайда өздерінің комментарийлерін немесе ұсыныстарын бере алды.

Сауалнамаға талдау жүргізілді. Сауалнама мақсаты сәйкестікті айқындау, әзірленіп жатқан кәсіби стандарттардың жобаларын одан әрі жетілдіру үшін кемшіліктер алу.



Өзірленген кәсіби стандарттардың практикалық қажеттілігіні, пайдалылығын, мазмұны мен маңыздылық дәрежесінің сапасын бағалау үшін сауалнамаға 393 респондент қатысты (1-сурет).

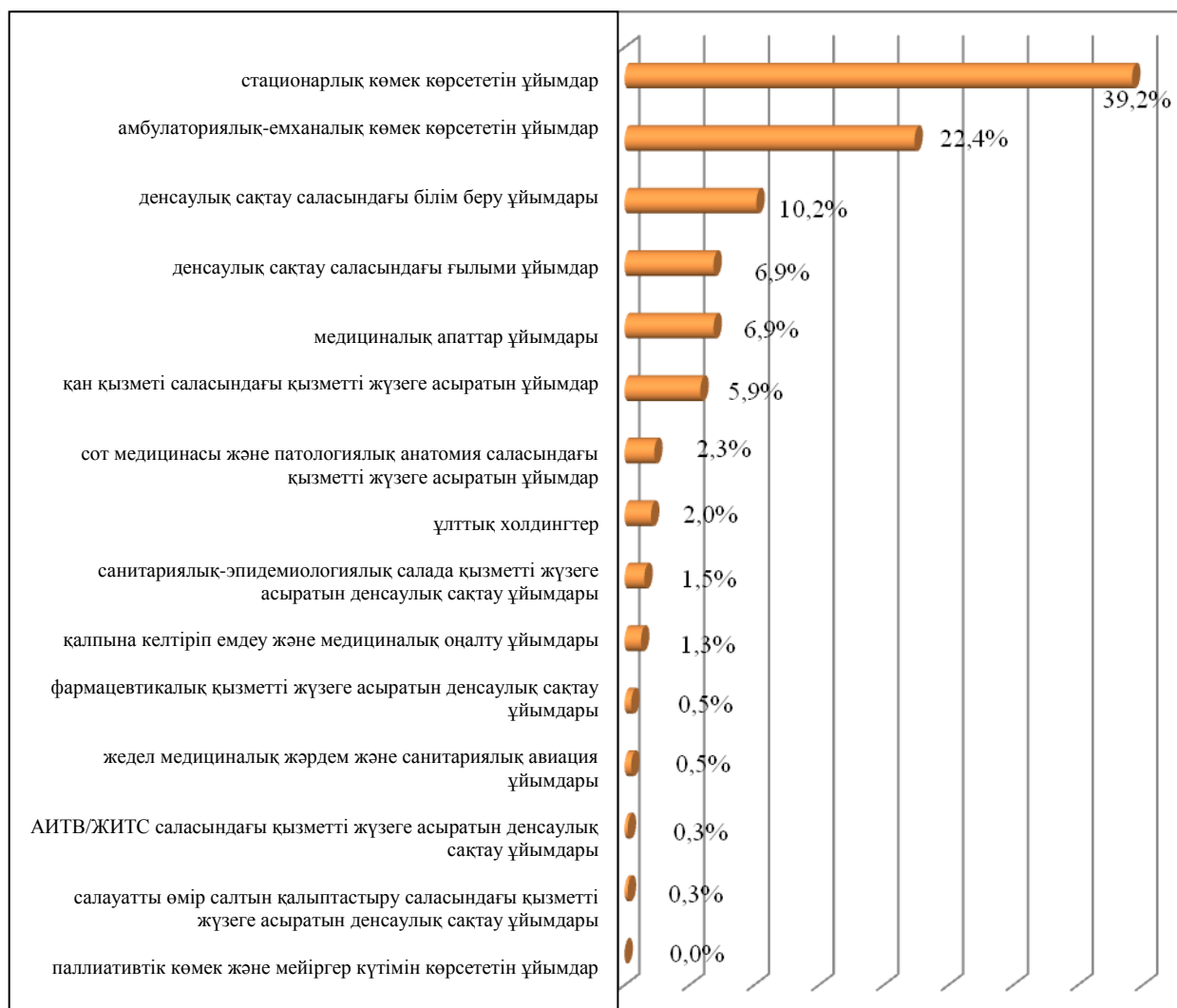
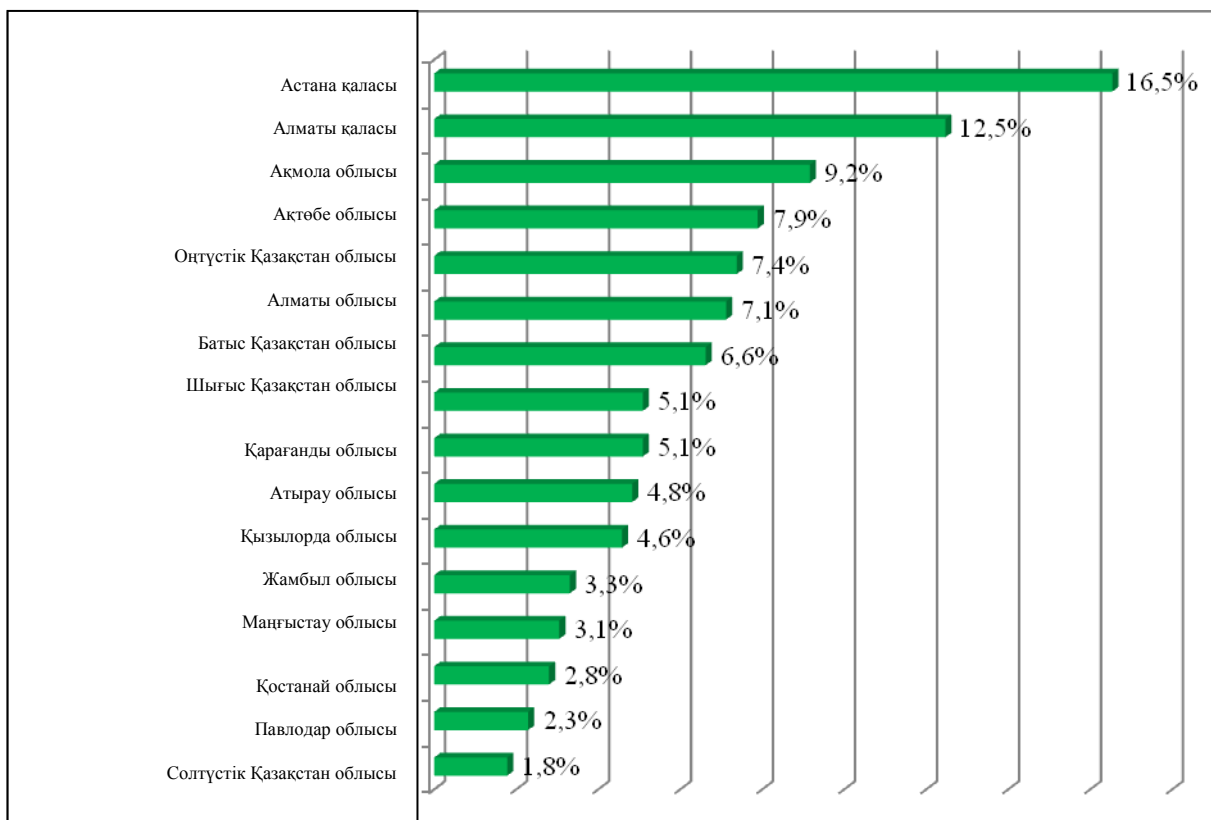


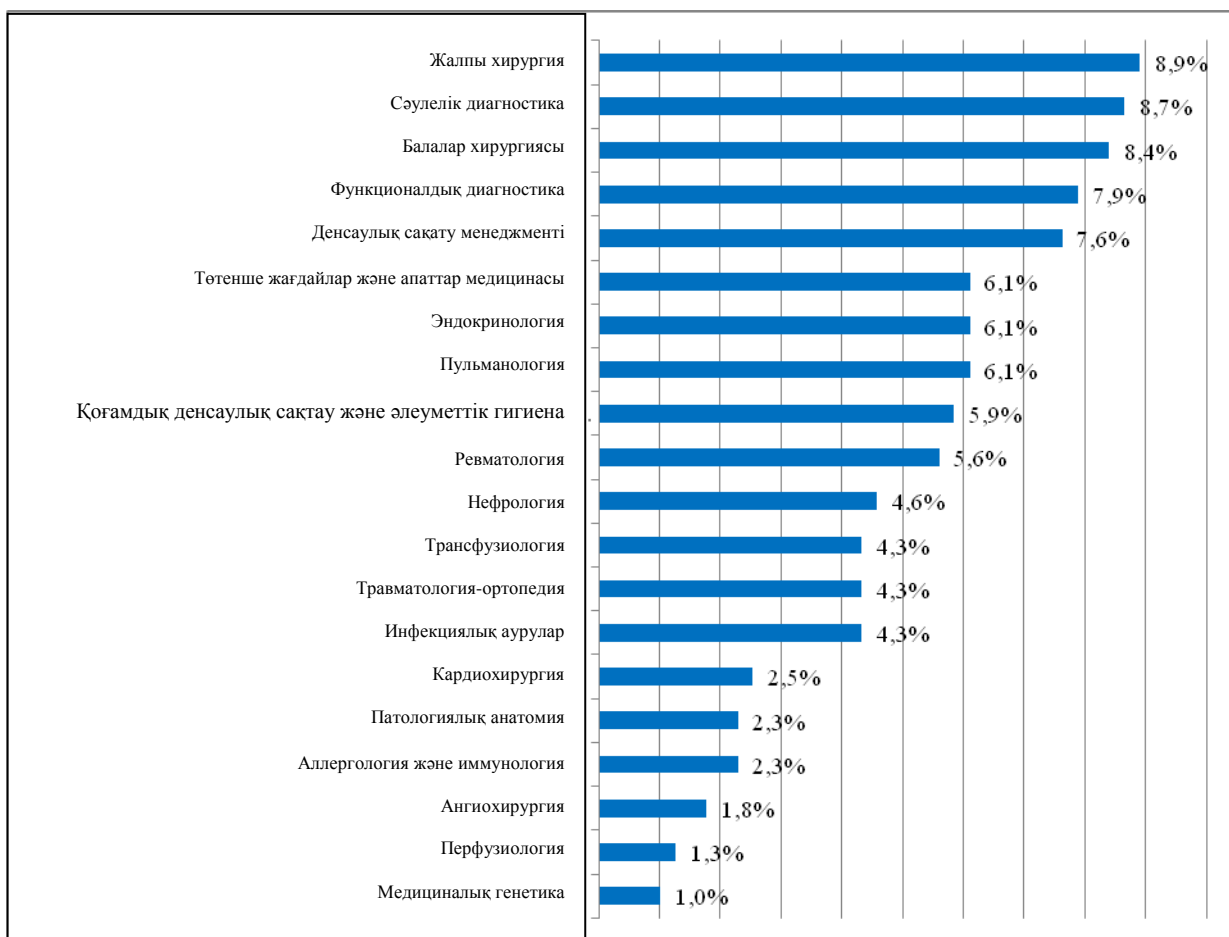
Рисунок 1 – Доля организаций, принявших участие в анкетировании

2-суретте сауалнамаға қатысқан анағұрлым жоғары қатысушылардың өңірлер үлесі бойынша бөлген кездегі сұрау салу нәтижесі көрсетілген. 393 респонденттен анағұрлым көбі Астана қаласы мамандарының сауалнамасына қатысқан – 16,5%, екінші орында Алматы қаласының – 12,5% және Ақмола облысының мамандары – 9,2%, респонденттердің ең азы Қостанай – 2,8%, Павлодар – 2,3% және Солтүстік Қазақстан облыстарында – 1,8%.



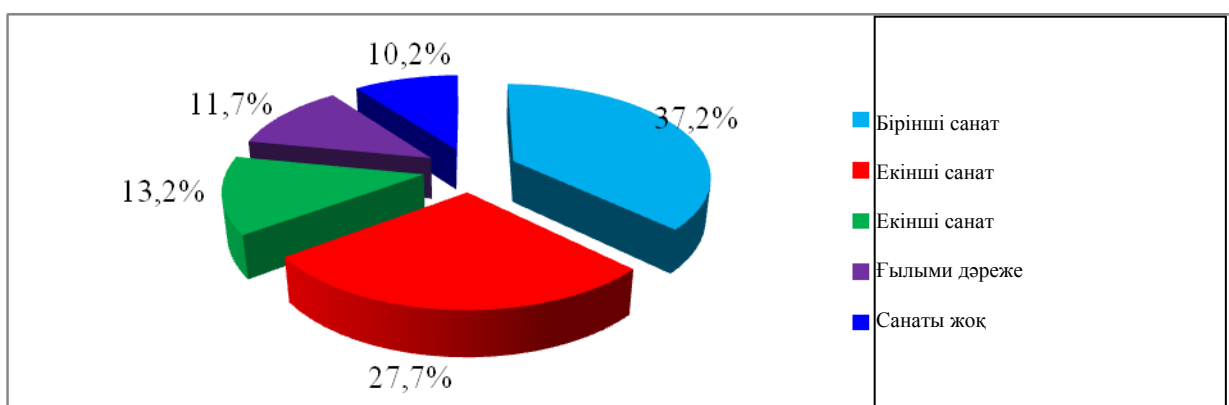
2-сурет – Сауалнамаға қатысқан қатысушылардың өңірлердегі үлесі

Сауал жүргізілген медицина қызметкерлерінен респонденттердің анағұрлым жоғары саны мынадай мамандықтар бойынша құралды: респонденттердің 8,9% жалпы хирургия (торокалды, абдоминалды, трансплантология, колопроктология), 8,7% – сәулелік диагностика (рентгенология, компьютерлік және магнитті-резонансты томография, ультрадыбыстық), 8,4% – балалар хирургиясы (неонаталды), 7,9% – функционалдык диагностика мамандығы бойынша кәсіби стандарттың жобасын бағалады (3-сурет).



3-сурет – Кәсіби стандартты бағалаған респонденттердің үлесі

Кәсіби стандарттардың жобасын бағалағандардың ішінен жоғары біліктілік санаты бар дәрігерлердің үлесі 27,7%, бірінші санаттылар - 37,2%, екінші санаты бар – 13,2%, ғылыми дәрежесі бар – 11,7% және санаты жоқ сертификаты бар дәрігерлер 10,2% құрады (4-сурет).



4-сурет – Кәсіби стандарттарды бағалаған санаттары бар дәрігерлердің үлесі

1-кесте – Кәсіби стандарттардың әзірлену және ресімделу сапасын бағалау

Сұрақтар	Жауаптар нұсқасы		толық көлемде емес		толықтыруды талап етеді		түзетуді талап етеді		жауаптар саны
	толық көлемде	толық көлемде емес	толықтыруды талап етеді	түзетуді талап етеді					
Сіз қалай ойлайсыз, маманның біліміне және	89,6%	352	1,3%	5	7,1%	28	2,0%	8	393

жұмыс тәжірибесіне қойылатын талаптар толық көлемде ұсынылған ба?										
Сіз қалай ойлайсыз, біліктілік деңгейіне сәйкес еңбек функцияларының тізбесі толық көлемде көрсетілген бе?	90,1%	354	1,8%	7	7,4%	29	0,8%	3	393	
<b>Жауаптар нұсқасы</b> <b>Сұрақтар</b>	өте жақсы		жақсы		қанағаттанарлық		еүзетуді талап етеді		жауаптар саны	
Әрбір еңбек функциясына кіретін және оның мазмұнын құрайтын құзыреттер (білгірлік, дағды және білім) тізбесін Сіз қалай бағалайсыз?	23,4%	92	70,7%	278	4,8%	19	1,0%	4	393	
<b>Жауаптар нұсқасы</b> <b>Сұрақтар</b>	иә, сәйкес келеді		жоқ, сәйкес келмейді		толықтыруды талап етеді		түзетуді талап етеді		жауаптар саны	
Көрсетілген функциялар біліктілік деңгейіне сәйкес келе ме?	91,1%	358	0,2%	1	7,9%	31	0,8%	3	393	
Көрсетілген құзыреттер функцияларға сәйкес келе ме?	91,6%	360	0,3%	1	7,1%	28	1,0%	4	393	
Жеке және кәсіби құзыреттілікте көрсетілген мамандықтар сәйкес келе ме?	90,6%	356	0,0%	0	8,4%	33	1,0%	4	393	
<b>Жауаптар нұсқасы</b> <b>Сұрақтар</b>	иә, қол жеткізілді		жоқ, қол жеткізілген жоқ		толық көлемде емес				жауаптар саны	
Сіз қалай ойлайсыз, кәсіби стандартты әзірлеу мақсатына қол жеткізілді ме (әрбір кәсіп бойынша біліктілік деңгейлерінің, еңбек функцияларының және құзыреттілікке қойылатын тиісті талаптардың жүйелі және құрылымдық сипаттамасы ұсынылды ма)?	91,7%	354	0,5%	2	7,8%	30			386	

КС ұсынылған респонденттер еңбек шарттарына, маманның біліміне және жұмыс тәжірибесіне қойылатын талаптардың көлемін былайша бағалады (1-кесте).

Сауал жүргізілгендердің 89,6% КС маманның еңбек шартына, біліміне және жұмыс тәжірибесіне қойылатын талаптардың көлемі – толық көлемде сәйкес келеді, 1,3% – толық көлемде емес, 7,1% – толықтыруды талап етеді және 2,0% – түзетуді талап етеді деп есептейді.

Біліктілік деңгейіне сәйкес еңбек функциялары тізбесінің көлемі туралы сұраққа сауалнама жүргізілгендердің 90,1%-ы тізбені жеткілікті деп есептейді, 1,8% функция тізбесі толық емес деп атап өтті, 7,4% еңбек функциясының тізбесін кәсіптер бойынша толықтыру қажет деп санайды, ал 0,8% түзету енгізуді ұсынып отыр.

Әрбір еңбек функциясына кіретін және оның мазмұнын қалыптастыратын құзырет тізбесінің (білгірлігінің, дағдыларының және білімінің) сәйкес келуі мәселесі бойынша сауал жүргізілген мамандардың ішінен 23,4% тізбе толық көлемде сәйкес келеді, 70,7% – толық көлемде сәйкес келмейді, 4,8% - түзетуді талап етеді және 1,0% кәсіби стандартты түзетуді талап етеді деп бағалайды.

«Көрсетілген функциялар біліктілік деңгейіне сәйкес келе ме?» деген сұраққа жауап немесе былайша жауап берілді: иә, респонденттердің 91,1% - сәйкес келеді, сұрау жүргізілгендердің 0,2% сәйкес келмейді, дәрігерлердің 7,9% - толықтыруды талап етеді деп жауап берді, сондай-ақ 0,8% түзету енгізуді ұсынды.

Сауалнама жүргізілгендердің 91,6% функциялардың көрсетілген кәсіби құзыреттерге сәйкестік деңгейі кәсіби стандарттардың жобасында ұсынылған деп есептейді, сонымен қатар сұрау жүргізілгендердің 0,3% ұсынылған тізбемен келіспейді, мамандардың 7,1% толықтыру енгізуді ұсынады, дәрігерлердің 1,0% өзгертуді талап етеді.

«Жеке және кәсіби құзыреттілікте көрсетілген мамандықтар сәйкес келе ме?» деген сұраққа дәрігерлердің 90,6% - иә, сәйкес келеді, сауалнама жүргізілгендердің 8,4% құзырет толықтыруды талап етеді және мамандардың 1,0% түзетуді талап етеді деп жауап берді.

Кәсіби стандартты әзірлеу мақсатына қол жеткізу туралы сұраққа:

Дәрігерлердің 91,7% әзірлеу мақсатына толық көлемде қол жеткізілді және құзырет талаптарына сәйкес келетін еңбек функцияларының жүйелік және құрылымдық сипаттамасы ұсынылды деп есептейді;

0,5% еңбек функциялары мен міндеттерінің жүйелік және құрылымдық сипаттамасы толық көлемде емес деп есептейді;

қалған 7,8% әзірлеменің бұл мақсатына қол жеткізілген жоқ деп санайды.

Сауалнама жүргізу нәтижелері бойынша мынадай тұжырымдамалар жасауға болады:

1. Сауалнамаға белсенді қатысқан, яғни КС жобаларын қарау үшін мүдделі респонденттердің көбі стационарлық көмек көрсететін медициналық ұйымдардың қызметкерлері. Екінші орында – амбулаториялық көмек көрсететін медициналық ұйымдардың қызметкерлері,

2. Сұрау жүргізілген мамандардың ішінен астаналық медициналық ұйымдардың қызметкерлері басым болды.

3. Сұрау салуға мынадай мамандықтардың өкілдері белсенді қатысты: жалпы хирургия, сәулелі диагностика, балалар хирургиясы, функционалдық диагностика және денсаулық сақтау менеджменті.

4. Сауалнама нәтижелері бойынша жоғары және бірінші біліктілік санаты бар мамандар сұрау салуға анағұрлым жоғары қызығушылық танытты.

5. Сұрау жүргізілгендердің негізгі контингенті кәсіби стандарттарда ұсынылған маманның еңбек шартына, біліміне және жұмыс тәжірибесіне қойылатын талаптар толық көлемде көрсетілген деп атап өтеді.

6. Кәсіби стандарттар көрсетілген еңбек функциялары да толықтыруды талап етпейді және біліктілік деңгейіне толық көлемде сәйкес келеді.

7. Респонденттердің жартысынан көбі еңбек функцияларының мазмұнын қалыптастыратын ұсынылған функциялар толық көрсетілген, бірақ кейбір ескертпелері бар және толықтырылуы мүмкін деп көрсетті.

8. Сонымен қатар, сауалнама жүргізілгендердің басым көбі жеке және кәсіби құзыреттілікте көрсетілген мамандықтар сәйкес келеді деген ұғыммен келіседі.

9. Қорытындысында, еңбек функцияларының жүйелік және құрылымдық сипаттамасын және тиісті құзыреттерге талаптарды ұсыну бойынша КС әзірлеу мақсаты туралы сұраққа барлық мамандар қол жеткізілді деп есептейді.

Сауалнама және талқылау нәтижелерін ескере отырып, кәсіби стандарттардың жобасына пысықтау жүргізгеннен кейін қорытынды кезең басталды, оның барысында кәсіби стандарттардың жобасын медициналық ұйымдардың, ғылыми медициналық ұйымдар мен жоғары медициналық оқу орындарының, колледждердің өкілдерімен, салалық бірлестіктердің қызметкерлерімен «Қазақстан Республикасының Президенті Іс басқармасы» Медициналық орталығы «Медициналық технологиялар орталығы» АҚ өткізген 2014 жылғы 7 қарашада «Қазақстан Республикасындағы медициналық көмектің сапасын және пациенттер қауіпсіздігін басқарудың заманауи аспектілері» ғылыми-практикалық конференцияда талқыланды.

Одан әрі бір СКС-қа әрбір мамандық бойынша кемінде екі сарапшы және бір ҚР ДСӘМ штаттан тыс маманы СКС-қа сараптама жүргізді. Тартылатын тәуелсіз сарапшылардың тиісті бейін бойынша бірінші/жоғары біліктілік санаттары, ғылыми

дәрежелері, білім беру немесе ғылыми қызметте тәжірибелері, нормативтік құқықтық құжаттардың және әдістемелік құжаттардың жобаларын әзірлеуде тәжірибелері және әдістемелік әзірлемелерді рецензиялау тәжірибелері, ұсынымдары мен ғылыми жұмыстары бар. Талқылау мен сараптама нәтижелерін ескере отырып СКС қайта пысықталды.

Осылайша, кәсіби стандарттардың жобасына тартылған сарапшылардың мақұлдауларын ескере отырып орындалған жұмыс нәтижелерін талдау және барлық 20 кәсіби стандарттардың кіші топтары өкілдеріне жүргізілген сауалнамаларды талдау нәтижелері әзірленген кәсіби стандарттардың жобалары денсаулық сақтаудағы кадрлық ресурстарды басқаруға құзырлы тәсіл құралы ретінде қолдануға болатынын куәландырады.

#### Көздері.

1. «Қазақстанды әлеуметтік жаңғырту: жалпыға бірдей еңбек қоғамына жиырма кадам» Н.Ә.Назарбаев. Қазинформ. 2012 жылғы 10 шілде.
  2. «Қазақстан Республикасының Еңбек кодексіне өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы» Қазақстан Республикасының 2012 жылғы 17 ақпандағы Заңы.
  3. Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрінің 2012 жылғы 24 қыркүйектегі № 373-ө-м және Қазақстан Республикасының Білім және ғылым министрінің 2012 жылғы 28 қыркүйектегі № 444 бірлескен бұйрығы. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде 2012 жылғы 19 қазанда № 8022 болып тіркелген.
-

# ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ СТРАТЕГИЯСЫ ЖӘНЕ САЯСАТЫ /СТРАТЕГИЯ И ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДАҒЫ ҒЫЛЫМИ ЖӘНЕ ИННОВАЦИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТТІҢ БӘСЕКЕГЕ ҚАБІЛЕТТІЛІГІН АРТТЫРУ ҚҰРАЛЫ РЕТІНДЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОҒАРЫ ОҚУ ОРЫНДАРДЫ ЖӘНЕ ҒЫЛЫМИ ҰЙЫМДАРДЫ САРАЛАУ

**В.В.Койков**

*ҚР ДСЭМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК  
Медициналық білім ғылымын дамыту департаментінің директоры*

**А.Т. Үмбетжанова**

*«Астана медицина университеті» АҚ докторанаты*

**А.С.Әубәкірова**

*ҚР ДСЭМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК  
Медициналық білім ғылымын дамыту департаменті Медициналық ғылым мен  
сараптаманы дамыту бөлімінің бастығы*

**А.М.Абдуажитова**

*ҚР ДСЭМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК  
Медициналық білім ғылымын дамыту департаменті Медициналық ғылым мен  
сараптаманы дамыту бөлімінің бас менеджері*

**А.Мергентай**

*ҚР ДСЭМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК  
Медициналық білім ғылымын дамыту департаменті Медициналық ғылым мен  
сараптаманы дамыту бөлімінің бас менеджері*

**А т а л у ы:** Денсаулық сақтаудағы ғылыми және инновациялық қызметтің бәсекеге қабілеттілігін арттыру құралы ретінде медициналық жоғары оқу орындары мен ғылыми ұйымдарды саралау

**А в т о р л а р ы:** Койков В.В., Үмбетжанова А.Т., Әубәкірова А.С., Абдуажитова Ә.М., Мергентай А. ҚР ДСЭМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» РМК, «Астана медициналық университеті» АҚ

**Т ү й і н д е м е:** Ғылым және инновация саласында бәсекеге қабілеттілікке жетудің негізгі шарттарының бірі, медициналық ғылымды басқарудың тиісті қағидаларын қолдану болып табылады, олардың қатарына басты нәтижелілік көрсеткіштері бойынша денсаулық сақтау ұйымдарының қызметін мониторингілеу және бағалау жатады. Осыған байланысты, Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінде 2013 жылдан бастап ғылыми және инновациялық қызмет индикаторлары бойынша медициналық ғылым және білім беру ұйымдарын бағалау жүйесі енгізілген. 2014 жыл бойынша медициналық ғылыми

ұйымдар мен медициналық ЖОО-ларды саралау нәтижелерінің талдауы барлықғылыми ұйымдар мен ЖОО-ларда менғылыми қызметтің негізгі индикаторларының 2013 жылдың нәтижелері жөніндегі мәліметтермен салыстырғанда анық оң динамикасын көрсетті. Сонымен бірге, анықталған кемшіліктер ғылыми зерттеулер менеджментін жетілдіру бойынша басқарушылық шешімдердің қабылдануын, жүргізілетін зерттеулердің сапасын қамтамасыз етуге қажетті зерттеушілердің құзыретін арттыруды, инфрақұрылымды дамытуды талап етеді.

**Title:** The ranking of medical schools and scientific organizations as a tool to enhance the competitiveness of research and innovation in health care

**Authors:** Koikov V.V., Umbetzhanova A.T., Aubakirova AS, Abduazhitova A.M., Mergentay A.

RSE "Republican Center for Health Development" MHSR RK, JSC "Astana Medical University

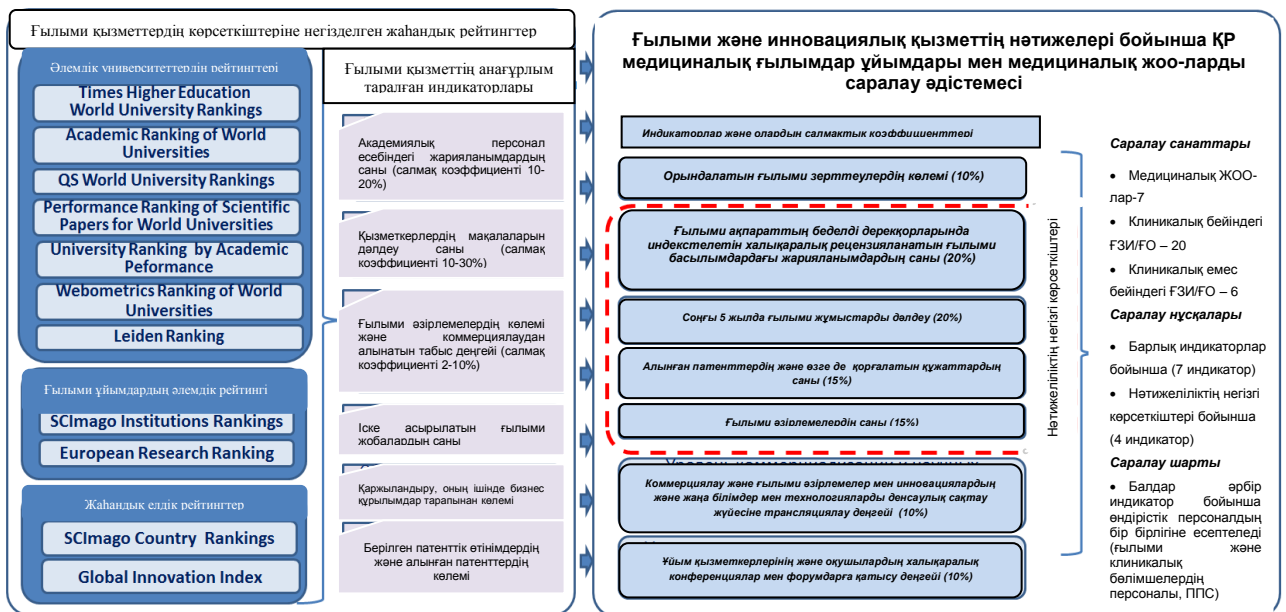
**Abstract:** One of the main conditions for achieving competitiveness in science and innovation is the use of appropriate guidelines for the management of medical science, which include monitoring and evaluation of health care organizations on key performance indicators. In this regard, in 2013 the system of evaluation of the organization of medical science and education by the indicators of research and innovation was introduced the health care system of Kazakhstan. Analysis of the results of ranking institutions of medical science and medical universities for 2014 showed clear positive trends in key indicators of scientific activity in all scientific organizations and universities, compared with the data on the results of 2013. However, the identified deficiencies, require the adoption of administrative decisions on improving the management of scientific research, increasing the competence of the researchers, the development of the infrastructure necessary to ensure the quality of the research

ҚР денсаулық сақтау жүйесінде медициналық ғылым мен инновацияның бәсекеге қабілеттілігіне қолжетімділік ҚР ұлттық денсаулық сақтау жүйесін дамытудың басты міндеттерінің санына жатады [1]. Бұл ретте, ғылым мен инновация саласында бәсекелестікке қабілеттілік қолжетімділігінің негізгі шарттарының бірі ғылыми-инновациялық процестің барлық басты құрамдауыштарын бағалауға мүмкіндік беретін нәтижеліліктің басты көрсеткіштері бойынша денсаулық сақтау ұйымдарының қызметін мониторингтеу мен бағалауға жататын медициналық білімді басқарудың тиісті қағидаттарын пайдалану болып табылады.

ҚР денсаулық сақтау жүйесіне 2013 жылдан бастап медициналық ғылым және білім беру ұйымдарын ғылыми және инновациялық қызметтің индикаторлары бойынша бағалау жүйесі енгізілді (1-сурет) [2].

Ғылыми және инновациялық қызмет индикаторларының жүйесін енгізудің негізгі мақсаты – медициналық білім беру және ғылым ұйымдарының ғылыми және инновациялық белсенділігін ынталандыру, қазақстандық зерттеушілер мен медициналық ЖОО-лардың оқытушыларының ғылыми әлеуетін дамытуға ықпал ету, жалпы биомедициналық ғылыми зерттеулердің бәсекеге қабілеттіліктерінің деңгейін арттыру және Қазақстанның беделді жаһандық (жалпы әлемдік және өңірлік) елдік рейтингтерге, ал денсаулық сақтау жүйесі субъектілерінің – жекелеген ұйымдардың (университеттік рейтингтерге, ғылыми ұйымдардың рейтингтеріне) және жеке зерттеулердің рейтингтеріне енуін қамтамасыз ету.





1-сурет – Медициналық ғылыми ұйымдарды және жоо-ларды саралау әдістемесі

Ғылыми ұйымдарды және жоо-ларды аталған әдістеменің шеңберінде саралау мынадай санаттар бойынша жүргізіледі: медициналық жоо-лар, клиникалық бейіндегі медициналық ғылыми ұйымдар, клиникалық емес бейіндегі медициналық ғылыми ұйымдар. Саралау кезінде мынадай басты индикаторлар ескеріледі, орындалатын ғылыми зерттеулердің көлемі, жарияланымдар, дәйексөз алу, патенттер, ғылыми өзіндіктер, ғылыми қызметтің нәтижелерін коммерциализациялау, халықаралық конференцияларға қатысу. Жекелеген ҒЗИ, ҒО және жоо-ларды өзара салыстыру және салыстырып қарау мүмкіндіктерді қамтамасыз ету үшін әрбір индикаторлар бойынша көрсеткіштердің балдық және абсолютті мәндері өндірістік персоналдың бір бірлігіне, яғни ғылыми, клиникалық және білім беру бөлімшелеріндегі нақты лауазымды бірліктердің санына есептеледі. Аталған тәсіл ҒЗИ, ҒО, жоо өндірістік персоналының бірлігіжұмысының нәтижелілігін бағалауға мүмкіндік береді.

### **ҚР денсаулық сақтау жүйесінің ғылыми және инновациялық әлеуеті**

ҚР денсаулық сақтау жүйесінің ғылыми және инновациялық әлеуетін медицина саласында ғылыми зерттеулерді жүзеге асыратын 33 ұйым, оның ішінде 8 медициналық білім беру ұйымы, клиникалық бейіндегі 20 медициналық ғылыми ұйым және клиникалық емес бейіндегі 5 медициналық ғылыми ұйым ұсынады. Медициналық ғылым мен инновация саласындағы кадрлық әлеуетті 9121 лауазымдық бірлікті атқаратын (2015 жылғы 1 қаңтар) 7929 ғылыми, педагогикалық және клиникалық маман ұсынады. Оның ішінде, профессорлық-оқытушылық құрамның бос емес лауазымдарының үлесі 54,5%, ғылыми бөлімше персоналының бос емес лауазымдарының үлесі 8,1%, клиникалық персоналдың бос емес лауазымдарының үлесі 33,4% құрайды. Медициналық ғылым және білім беру ұйымдарында 727 ғылым докторы, 2010 ғылым кандидаты және 66 PhD доктор жұмыс істейді.

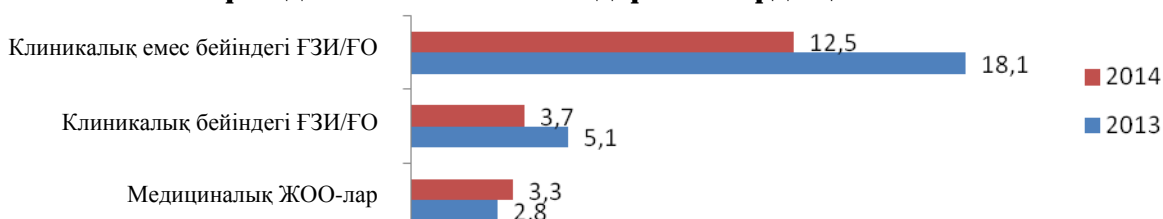
### **Ғылыми және инновациялық қызметтің басты индикаторларының динамикасы**

**Орындалатын ғылыми зерттеулердің көлемін** бағалаудағы басты көрсеткіштер саны орындалатын ғылыми бағдарламалардың саны және оларды іске асыруға тартылған қаржыландыру көлемі болып табылады. Жүргізілген талдау денсаулық сақтау саласындағы орындалатын ғылыми бағдарламалар мен жобалардың жалпы санының 10,1%-ға (2013 жылғы 276-дан 2014 жылғы 304-ке), оның ішінде бастамашыл ҒТЖ 20,7%-ға (106-дан 128-ге дейін), бағдарламалық-нысаналы ҒТЖ 17,5%-ға (40-тан 47-ге) өскенін көрсетіп отыр. Өндірістік персоналдардың бірлігіне көрсеткіштерді есептеу

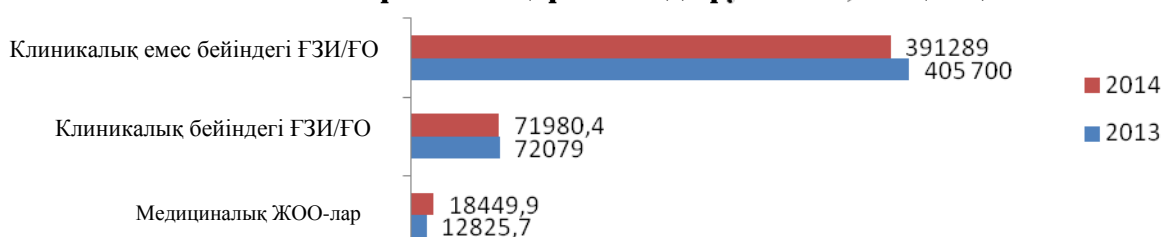
кезінде оң динамика медициналық ЖОО-ларда ғана байқалады (2-сурет), ол тек ЖОО-ларда ғана соңғы жылдары денсаулық сақтау жүйесінде жүргізілетін зерттеулердің негізгі көлемінің шоғырлануымен байланысты (3-сурет).

Сонымен қатар, біз жүргізген мониторинг бір қатар кемшіліктердің барын көрсетті. Осылайша, 2014 жылы ғылыми зерттеулерге тартылған қаржыландырудың жалпы көлемі 2013 жылмен салыстырғанда 7,5% (5981 млн. теңгеден 5531 млн. теңгеге дейін), бағдарламалық-нысаналы ҒТЖ орындалуы 21,2% (7) ұйымда жоқ, отандық грант берушілер қаржыландыратын гранттық ҒТЖ орындалуы 42,4% (14) ұйымда жоқ, шетелдік грант берушілер қаржыландыратын гранттық ҒТЖ орындалуы 78,7% (26) ұйымда жоқ. ҒТЖ шетелдің ҒЗИ/ҒО, ЖОО-лармен әріптестікте орындалуы 57,6% (19) ұйымда жоқ, тек 17,1% (52) ғана ҒТЖ шетелдік ЖОО-лармен, ҒЗИ/ҒО әріптестікте іске асырады.

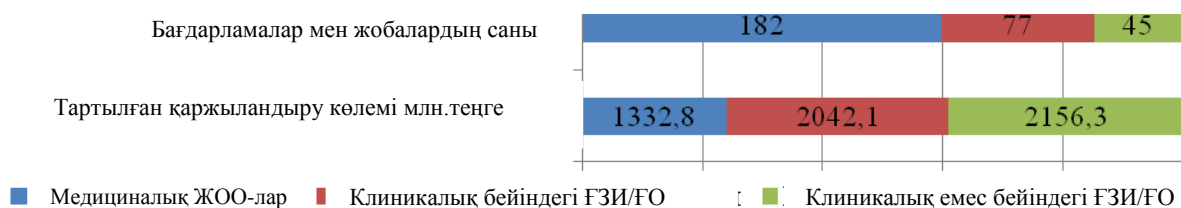
### Орындалатын ғылыми бағдарламалардың жалпы көлемі



### Ғылымға тартылған қаржыландыру көлемі, мың теңге



2-сурет – Өндірістік персоналдың 100 бірлігі есебінде «Орындалатын ғылыми зерттеулердің көлемі» индикаторы бойынша көрсеткіштердің динамикасы

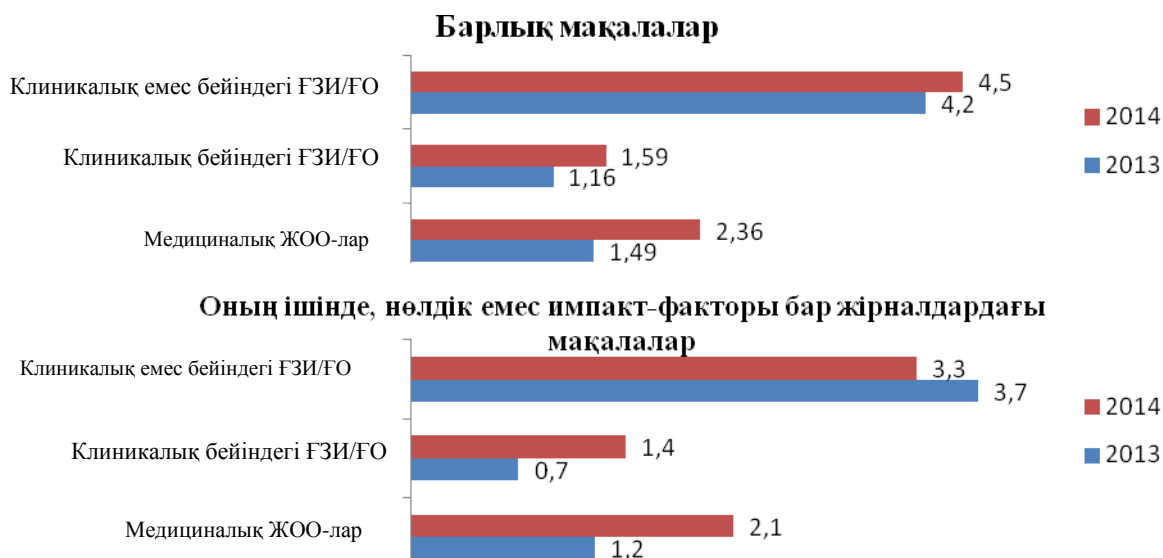


3-сурет – ЖОО-лар мен ҒЗИ/ҒО-ның «Орындалатын ғылыми зерттеулердің көлемі» индикаторының көрсеткіштеріне қол жеткізуге қосқан үлесі, 2014 жыл

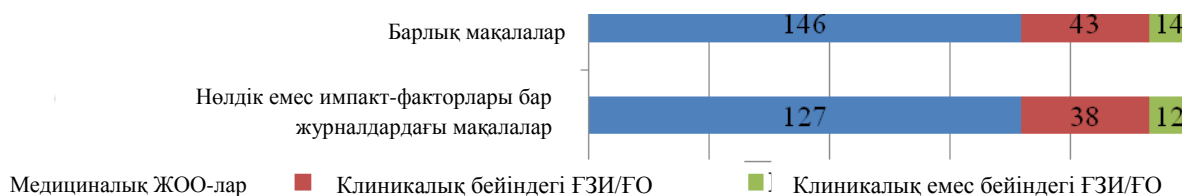
Орындалатын ғылыми зерттеулердің нәтижелілігін бағалаудың басты көрсеткіштер саны ғылыми ақпараттың беделді дерекқорларында (Web of Knowledge, Scopus, Springer) индекстелетін **халықаралық рецензияланатын ғылыми зерттеулердің жарияланымдары** болып табылады. Жүргізілген талдау басылымдарда рецензияланатын жарияланымдардың (ғылыми мақалалардың) жалпы көлемінің 86,8% (2013 жылғы 91-ден 2014 жылғы 170-ке дейін) өсуін көрсетеді. Бұл ретте, басылымдарда рецензияланатын жарияланымдардың жалпы санынан импакт-факторы бар журналдардағы жарияланымдардың үлесі 75,8% -дан 87,1%-ге (69-дан 148-ге) дейін өсті. Өндірістік персоналдың бір бірлігіне шаққандағы көрсеткіштерді есептеу кезінде жарияланымдар

көлемінің анағұрлым динамикасы медициналық ЖОО-ларда аталып өтеді (4-сурет). ЖОО-лардың дәл өзі аталған көрсеткішке қол жеткізуге анағұрлым үлес қосады (5-сурет).

Жарияланымдар белсенділігі деңгейінде біз айқындаған кемшіліктер басылымдарда рецензияланатын жарияланымдар 18,2% (6) ұйымда (2013 жылы 36,4% (12) ұйымда) жоқ. Өз беделінен айрылған журналдардағы (Life Science Journal, World Applied Sciences Journal және басқалары) қазақстандық медицина ғалымдары жарияланымдарының үлесі 23,5% (40) (2013 жылы 40,9% (33) құрайды.



4-сурет – Өндірістік персоналдың 100 бірлігі есебінде «Халықаралық рецензияланатын ғылыми басылымдардағы жарияланымдардың көлемі» индикаторы бойынша көрсеткіштердің динамикасы

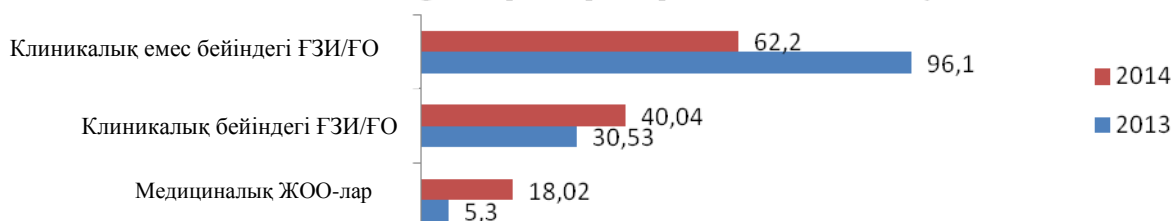


5-сурет – ЖОО-лар мен ҒЗИ/ҒО-ның «Халықаралық рецензияланатын ғылыми басылымдардағы жарияланымдардың көлемі» индикаторының көрсеткіштеріне қол жеткізуге қосқан үлесі, 2014 жыл

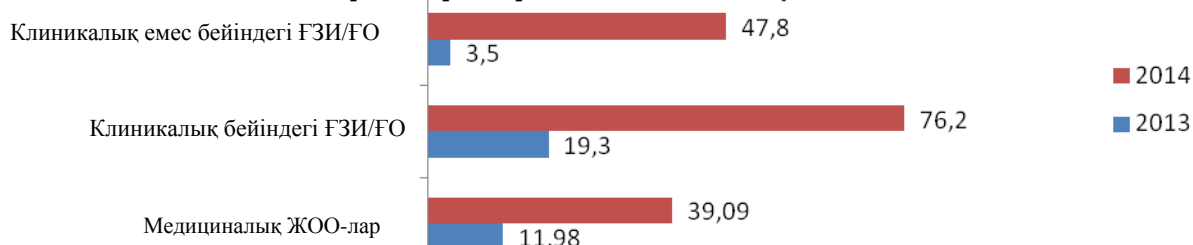
Қазақстандық медицина ғалымдарының ғылыми жұмыстарының қажеттілігін бағалайтын басты көрсеткіштердің саны **ғылыми жұмыстарды дәйектеу** болып табылады. Жүргізілген талдау Web of Knowledge, Scopus деректері бойынша соңғы 5 жылда дәйектелген ғылыми жұмыстар санының 86,3%-ға (2013 жылы 1235-тен 2014 жылы 2301-ге дейін) өскенін көрсетеді. Google Scholar, ҚР-дағы және ТМД (РҒДИ) елдеріндегі ұлттық агенттіктердің деректері бойынша соңғы 5 жылда ғылыми жұмыстарды дәйектеу саны 3,7 есеге (1050-ден 3884-ке дейін) өсті. Өндірістік персоналдың бір бірлігіне шаққандағы көрсеткіштерді есептеу кезінде ғылыми жұмыстарды дәйектеу көлемінің анағұрлым динамикасы клиникалық емес бейіндегі медициналық ЖОО-ларда және ҒЗИ/ҒО-ларда байқалады (6-сурет). Аталған көрсеткіштің сезілетін өсімі көбіне 2013 жылмен салыстырғанда медициналық ғылым ұйымдары мен ЖОО-ларда өз қызметкерлерінің табыстарын мониторингтеу жүйесінің жұмысы басталуымен байланысты. Басқа индикаторлар сияқты дәйектеудің аталған көрсеткіштеріне қол жеткізуге анағұрлым үлесті медициналық ЖОО-лар қосады (7-сурет).

Ғылыми жұмыстарды дәйектеу деңгейінде біз айқындаған кемшіліктер 24,2% (8) ұйым (2013 жылы- 36,4% (12) ұйым) қызметкерлерінің ғылым жұмыстарында дәйектеу жоқ екенін көрсетті. Жұмыстары соңғы 5 жыл бойы дәйектелетін қызметкерлердің үлесі 10,5% (810) ғана құрайды, яғни ғылыми жұмыстарды дәйектеу отандық ҒЗИ, ҒО және ЖОО-лардың 10 қызметкерінде ғана байқалады.

Web of Knowledge, Scopus деректері бойынша дәйектеу көлемі



Google Scholar, ҚР-дағы және ТМД (РҒДИ) елдеріндегі ұлттық агенттіктердің деректері бойынша дәйектеу көлемі



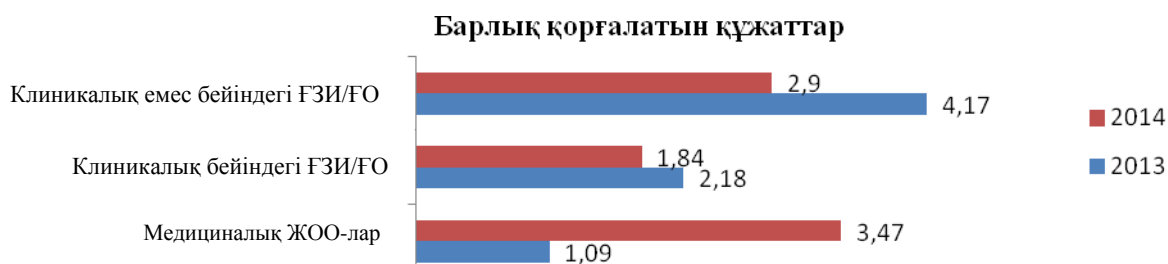
6-сурет – Өндірістік персоналдың 100 бірлігі есебінде «Соңғы 5 жыл бойы ғылыми жұмыстарды дәйектеу» индикаторы бойынша көрсеткіштердің динамикасы



7-сурет – ЖОО-лар мен ҒЗИ/ҒО-ның «Соңғы 5 жыл бойы ғылыми жұмыстарды дәйектеу» индикаторының көрсеткіштеріне қол жеткізуге қосқан үлесі, 2014 жыл

Бірегей ғылыми әзірлемелерді бағалайтын басты көрсеткіштер санына **патенттер және өзге де қорғалатын құжаттар** (авторлық куәліктер және т.б.) жатады. Біз жүргізген талдау алынған қорғалатын құжаттар (авторлық куәліктер және т.б.) санының 2,1 есеге (2013 жылғы 126-дан 2014 жылы 262-ге) өскенін көрсетті, оның ішінде авторлық куәліктердің саны 5,9 есеге (31-ден 82-ге) өскен. Өндірістік персоналдың бір бірлігіне шаққандағы көрсеткіштерді есептеу кезінде қорғалатын құжаттар санының оң динамикасы медициналық ЖОО-ларда ғана байқалады (8-сурет). Медициналық ЖОО-лардың дәл өзі аталған көрсеткішке қол жеткізуде анағұрлым үлес қосуда (9-сурет).

Денсаулық сақтау саласындағы ғылыми әзірлемелерді патенттеу деңгейінде біз айқындаған кемшіліктер қорғалатын құжаттардың 51,5% (17) ұйымда жоқ екенін көрсетті. Қорғалатын құжаттардың жалпы санынан (ұлттық, шетелдік) патенттердің үлесі 2013 жылғы 15,5% (20)-дан 2014 жылғы 3,4% (9)-ға дейін төмендеді.



8-сурет – Өндірістік персоналдың 100 бірлігі есебінде «Алынған патенттер мен өзге де құжаттардың саны» индикаторы бойынша көрсеткіштердің динамикасы

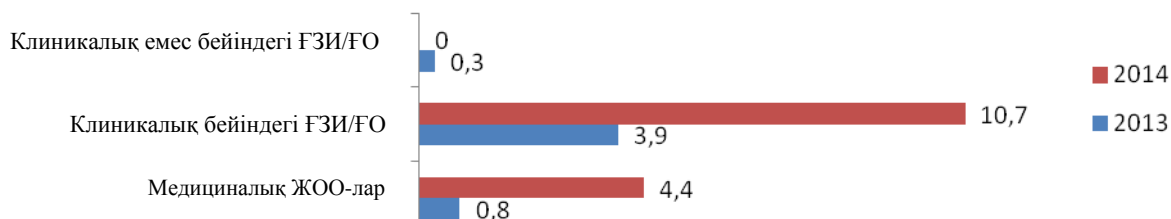


9-сурет – ЖОО-лар мен ҒЗИ/ҒО-ның «Алынған патенттер мен өзге де құжаттардың саны» индикаторының көрсеткіштеріне қол жеткізуге қосқан үлесі, 2014 жыл

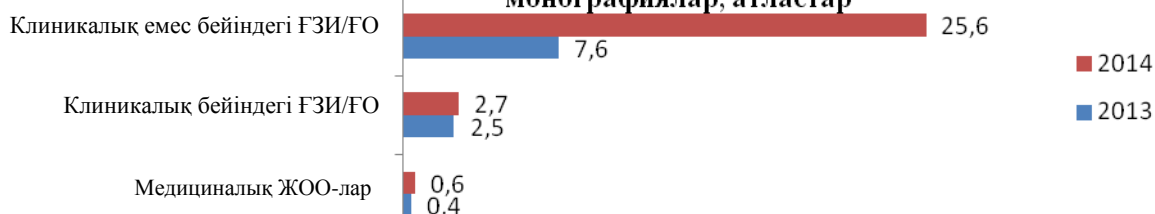
Ғылыми жұмыстардың нәтижелілігін бағалайтын басты көрсеткіштердің санына денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган бекітетін ғылыми әзірлемелер (жаңа медициналық технологиялар, әдістемелік ұсынымдар, нұсқаулар, нұсқаулықтар мен регламенттер, монографиялар, атластар) жатады. Біз жүргізген талдау жаңа фармпрепараттардың, емдеу, диагностика және оңалту тәсілдерінің (хаттамаларының) 3,5 есеге (2013 жылғы 138-ден 2014 жылғы 489-ға) өскенін көрсетті. Әдістемелік ұсынымдардың, нұсқаулардың, нұсқаулықтар мен регламенттердің, монографиялардың, атластардың саны 29,7% (111-ден 144-ке) өсті. Өндірістік персоналдың бір бірлігіне шаққандағы көрсеткіштерді есептеу кезінде жаңа фармпрепараттар, емдеу, диагностика және оңалту тәсілдері (хаттамалары) санының оң динамикасы медициналық ЖОО-лар мен клиникалық бейінді ҒЗИ/ҒО-лар үшін, әдістемелік ұсынымдар, нұсқаулар, нұсқаулықтар мен регламенттер, монографиялар, атластар санының оң динамикасы – клиникалық бейінді емес ҒЗИ/ҒО-лар үшін байқалады (10 және 11-суреттер).

Медициналық ҒЗИ, ҒО және ЖОО-ларда ғылыми әзірлемелерді құру деңгейінде біз айқындаған кемшіліктер жаңа фармпрепараттар, емдеу, диагностика және оңалту тәсілдері (хаттамалары) әзірлемелерінің 36,4% (12) ұйымда жоқ екенін көрсетті. Әдістемелік ұсынымдардың, нұсқаулардың, нұсқаулықтар мен регламенттердің, монографиялардың, атластардың әзірлемелері 27,3% (9) ұйымда жоқ.

### Жаңа фармпрепараттардың, емдеу, диагностика және оңалту тәсілдері



### Әдістемелік ұсынымдар, нұсқаулар, нұсқаулықтар мен регламенттер, монографиялар, атластар



10-сурет – Өндірістік персоналдың 100 бірлігі есебінде «Ғылыми әзірлемелердің саны» индикаторы бойынша көрсеткіштердің динамикасы



11-сурет – ЖОО-лар мен ҒЗИ/ҒО-ның «Ғылыми әзірлемелердің саны» индикаторының көрсеткіштеріне қол жеткізуге қосқан үлесі, 2014 жыл

Коммерциялау технологиялар санының 19 есеге (2013 жылғы 5-тен 2014 жылғы 95-ке дейін) өскеніне және коммерцияланған технологиялардан түсетін табыс көлемінің 29,8 есеге (2013 жылғы 19 789 теңгеден 2014 жылғы 589 390 теңгеге дейін) ұлғайғанына қарамастан ғылыми зерттеу нәтижелерінің коммерциялаудың жеткіліксіз деңгейі байқалады. Осылайша ғылыми әзірлемелерді коммерциялау 2014 жылы 72,7% (24) ұйымда болған жоқ, жаңа медициналық технологиялардың (уәкілетті орган мақұлдаған) тарнсферті 75% (15) клиникалық ҒЗИ, ҒО болған жоқ.

Медициналық ҒЗИ, ҒО және ЖОО қызметкерлерінің ғылыми белсенділігінің көрсеткіштері халықаралық конференцияларға қатысуы да болып табылады. Соңғы 2 жылдағы динамикада конференциялардағы баяндамалардың саны 30% (с 2096 до 2725), жарияланған тезистердің саны 84,5% (с 1711 до 3157) өсті. Сонымен қатар біз жүргізген талдау 2014 жылғы конференцияларда баяндамалары бар ҒЗИ, ҒО және ЖОО мамандарының үлесі 35,3% (в 2013 году – 27,1%) ғана құрады. Тезистер жарияланған ҒЗИ, ҒО және ЖОО мамандарының үлесі 40,9% (в 2013 году – 22,2%) құрады. Халықаралық дерекқорларда индекстелетін жинақтарда жарияланған тезистердің үлесі 11,4% (361) (в 2013 году – 12,2%) құрады.

Осылайша, 2014 жылы медициналық ғылым ұйымдары мен медициналық жоғары оқу орындарын саралау қорытындысына біз жүргізген талдау 2013 жылғы қорытынды бойынша деректермен салыстырғанда ғылыми қызметтің басты индикаторларының айқын оң динамикасын куәландырады: бұл орындалатын ғылыми бағдарламалар, жарияланымдар, дәйектер, алынған патенттер санының өсуіне қатысты. Сонымен қатар, ғылыми және инновациялық қызметті одан әрі ынталандыру үшін біз айқындаған кемшіліктерді жою бойынша шаралар қабылдау қажет. Ең алдымен, біз ұйымдардың өз

жетістіктерін жеткіліксіз хабардарлығы айқындалды, ол ҒЗИ, ҒО және ЖОО-лар деңгейінде ғылыми және инновациялық қызмет мониторингісін күшейтуді талап етеді. Қызметкерлердің ғылыми-зерттеу белсенділігін (сараланған еңбекке ақы төлеуді, ғылыми мектептерді қолдау және дамыту арқылы) арттыру бойынша да шаралар қабылдау қажет, өйткені біз жүргізген талдау ЖОО-лар мен ҒЗИ/ҒО қызметкерлерінің 20-25% ғана ғылыми-зерттеу қызметке тартылғанын (индикаторларға қол жеткізуге үлес қосып жатқанын) көрсетті.

Жалпы бір қатар (21% (7)) ұйымдарда рейтингтің жиынтық көрсеткіштерінің теріс динамикасы байқалады, (18,2% (6) ұйымда), жарияланымдар (24,2% (8) ұйымда), ғылыми жұмыстарды дәйектеу, (51,5% (17) ұйымда) қорғалатын құжаттар, (72,4%(24) ұйымда) коммерциялау және технологиялар трансферті жоқ.

Осыған байланысты, ұйымдардың ғылыми және инновациялық қызметтердің төмен көрсеткіштеріне (бастапқы мәндерге қолжетімділікке) жауапкершілігін мыналарды қамти отырып шара қабылдау қажет:

- рейтингте аутсайдерлерге әкімшілік ықпал ету шараларын қабылдау;
- ғылыми және инновациялық қызметтің төмен көрсеткіштерін көрсететін ұйымдар үшін жоғары оқу орнынан кейінгі білім беруге мемлекеттік тапсырысты төмендету;
- егер, бірнеше жыл бойы рейтингінде теріс динамика байқалса – ұйымда «ғылыми ұйым» мәртебесінің болуы орындылығын қарау.

Бұдан басқа, екінші зерттеуге (клиникалық хаттамаларды және т.б. әзірлеу) тартылатын ұйымдар тізбесін бекіту кезінде бастапқы зерттеулер дамыған ұйымдарға басымдық беру қажет. Сонымен қатар, бағдарламалық нысаналы қаржыландыруға мемлекеттік тапсырыстар бөлу және базалық қаржыландыру көлемін бекіту кезінде ҒЗӘ жоғары көрсеткіштерін көрсететін ұйымдарға басымдық беру қажет. Ғалымдар мен зерттеушілерді салалық конкурстар мен гранттардың жүйесі арқылы арнауы қолдау тетігін енгізу, басым ғылыми қызметкерлер үшін «әлеуметтік сатылар» құру қажет. Коммерциялау мен технологиялар трансферінің салалық офисін құру және ЖОО-лардың, ҒЗИ, ҒО-ның аталған мәселе бойынша әлеуетін күшейту қажет. Аталған іс-шаралардың кешеніне тұтастай денсаулық сақтау жүйесін және жекелегенде медициналық ғылым жүйесін дамыту бойынша стратегиялық құжаттар енгізу ұсынылады.

#### Көздері:

1. «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын бекіту туралы» ҚР Президентінің 2010 жылғы 29 қарашадағы № 1113 Жарлығы.

2. «Ғылыми және (немесе) ғылыми-техникалық қызмет субъектілерінің қызметін бағалау әдістемесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Білім және ғылым министрінің міндетін атқарушының 2011 жылғы 15 шілдедегі № 309 бұйрығы

---

## ІШКІ АУДИТ ҚЫЗМЕТІНІҢ ТИІМДІ ЖҰМЫСТАРЫН ТАЛДАУ

*Г.А.Омарова Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университетінің Жоғары оқу орнынан кейінгі білім және қосымша білім беру факультетінің Қоғамдық денсаулық сақтау кафедрасының оқытушысы. Қазақстан Республикасы, Ақтөбе қаласы, медицина ғылымдарының магистрі*

#### И.Б.Кенжебаева

*Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университетінің Жоғары оқу орнынан кейінгі білім және қосымша білім беру факультетінің Қоғамдық*

*денсаулық сақтау кафедрасының басшысы, доцент. Қазақстан Республикасы, Ақтөбе қаласы, м.ғ.к.*

**А т а л у ы:** Ішкі аудит қызметінің тиімді жұмыстарын талдау

**А в т о р л а р ы:** Умарова Г.А., Кенжебаева И.Б.

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті.

**Түйіндеме:** Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінің дамуы заманауи этаптарындағы азаматтардың әлеуметтік қажеттіліктері, сонымен қоса медициналық қызмет көрсету сұрақтары өзекті болып табылады. Соңғы жылдар аралығында денсаулық сақтау жүйесінде халықаралық талаптарға сәйкес, сапалы менеджмент жүйесінің өңделуі мен ендірілуіндегі көзқарастардың артуы маңызды болып отыр. Енгізілген ішкі аудит жүйесіндегі, ұйымдарындағы менеджмент жүйесінің даму стратегиясында олардың, тәуелділікке ептіліктерін арттыру мақсатында қарастырылады. Ішкі аудит жүйесі қызметінің және құрылуының сұрақтары қазіргі заманауи жағдайларында жетік түрдегі өзекті мәселелердің бірі болып саналады.

**Title:** Internal audit service analysis.

**Authors:** Umarova G.A., Kenzhebaeva I.B. West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University.

**Abstract:** At the present stage of development of the health care system of the Republic of Kazakhstan and questions meet the social needs of citizens, including medical services. Over the past years in health care has been a steady growth of interest in the development and implementation of quality management system conforming to international standards. In organizations that have implemented an internal audit service, visible development strategy management system in order to increase their competitiveness. In modern conditions, questions of formation and functioning of the internal audit are sufficiently relevant. Solving problems of patients and the referral of citizens is one of the most important tasks of the internal audit of the medical organization.

**Басты сөздер:** Ішкі аудит қызметі, сауалнама, медициналық қызметтердің сапасы.

Денсаулық сақтау жүйесін заманауи кезеңде дамытуда Қазақстан азаматтарының әлеуметтік қажеттіліктерін, оның ішінде медициналық қызметтерге қанағаттандыру мәселесі өзекті болып табылады. Осылайша, Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасының мақсаты Еліміздің орнықты әлеуметтік-демографиялық дамуын қамтамасыз ету үшін Қазақстан азаматтарының денсаулығын жақсарту болып табылады. Медициналық қызметтердің сапасын басқаруды жетілдіру Қазақстанның денсаулық сақтау саласын 2020 жылға дейін стратегиялық дамыту контекстінде маңызды орын алады [1]. Қазір іске асырылып жатқан денсаулық сақтауды реформалау медициналық қызметтердің қолжетімділігінің, сапасының және қауіпсіздігінің, нәтижесі қазақстандықтардың денсаулықтары болатын көп деңгейлі денсаулық сақтау жүйесі болуының негізгі қағидаттарына негізделген. [2].

Еліміздің әлеуметтік-экономикалық даму стратегиясын іске асырудың көне шарттарының бірі денсаулық сақтау жүйесін жетілдіру болып табылады, ал денсаулық жағдайы – осы дамудың маңызды мақсаты. Бірінші кезекте денсаулық сақтау жүйесін жаңғырту халықтың ауқымды тобына арналған қолжетімді және сапалы медициналық қызметті қамтамасыз етуге бағытталған. Медициналық көмектің қолжетімділікті шектеу және сапасын төмендету жағымсыз әлеуметтік-саяси салдарларға әкеледі және қоғамның жоғалған еңбек әлеуетін қалпына келтіруге айтарлықтай қосыша шығынды талап етеді [3,4].



Соңғы жылдарда денсаулық сақтауда халықаралық талаптарға сәйкес келетін сапа менеджментінің жүйесін әзірлеу мен енгізуге тұрақты қызығушылық байқалады. Ішкі аудит қызметін енгізген ұйымдарда олардың бәсекеге қабілеттілігін арттыру мақсатында менеджмент жүйесін дамыту стратегиясы көзделген. Өаманауи жағдайларда ішкі аудит қызметін қалыптастыру мен жұмыс істеу мәселесі айтарлықтай өзеікті болып табылады.

Бұдан басқа, стандарттардың талаптарын орындау, ішкі аудитке қызығушылық денсаулық сақтаудағы істердің жағдайы туралы объективті ақпарат алу, қызметтің және сапа саласындағы нәтижелердің жоспарланған іс-шараларға, сондай-ақ ұйымның өзі әзірлеген талаптарға сәйкестігін анықтау қажеттілігімен шарттасқан. Ішкі аудиторлардың рәсімдерін енгізу басшылар үшін қаражатты айтарлықтай сезілетін үнемдеуіне әкелуі мүмкін ұйымдағы процестерді ретке келтіру қажеттілігімен де шарттасқан. Бұдан басқа, ішкі тексеру нәтижелері басшылар тарапынан талдауға арналған негізгі кіріс деректері болып қызмет етеді және өзінің халықаралық стандарттарға сәйкес келуін декларациялауға ұйымдастыруға мүмкіндік береді [5].

Халықпен керіс байланысқа негізгі назар аударылады. Осылайша, жүргізілген сауалнама арқылы азаматтардың көрсетілген қызметтердің сапасына қанағаттандыру мәселесі зерделеді, халықтың пікірін және олар ұсынатын көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасын жетілдіру бойынша іс-шараларды талдау мүмкіндігі бар.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі денсаулық сақтау саласы үшін айқындалған басым мақсаттарға қол жеткізу бойынша нысаналы бағдарлы жұмысты жүзеге асырады. Өткен кезеңде медициналық көмектің сапасын қамтамасыз ету нәтижелеріне қол жеткізілді. Оның ішінде тәуелсіз медициналық сараптама жүйесі, денсаулық сақтау саласындағы аккредиттеудің негізгі элементтері құрылды, медициналық қызметтерді және пациенттердің құқықтарын қорғауды уақтылы және сапалы ұсынуды қамтамасыз ету мақсатында медициналық ұйымдардың ішкі аудит қызметі енгізілді.

**Еліміздің барлық медициналық ұйымдарында 2009 жылдан бастап «Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау ұйымдарында медициналық көмек көрсету сапасын басқару жүйесін жетілдіру бойынша ережелерді бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2009 жылғы 20 қаңтардағы № 32 бұйрығына сәйкес ішкі аудит қызметі құрылды. Медициналық ұйымдарда аталған бөлімшелерді құрудың мақсаты пациенттердің заманауи, сапалы және қауіпсіз медициналық көмекті қажетті көлемде алу құқықтарын қамтамасыз ету болып табылады. Ішкі аудит қызметінің өкілдері медициналық ұйымдардың көптеген проблемаларын шешумен айналысады [6, 7].**

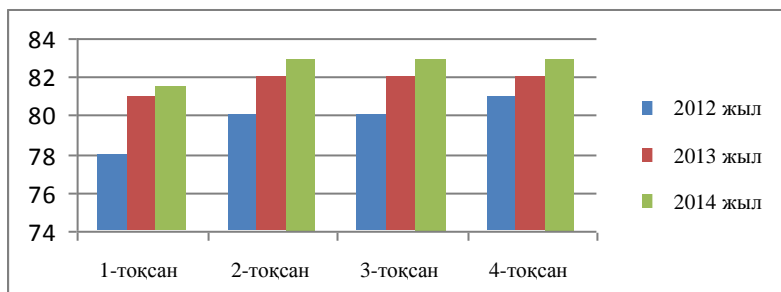
Басқарушылық шешімдер қабылдаудың негізі басқарушылық жүйенің тиімділігі мен сапасы байланысты болатын уақтылы алынатын дәйекті және толық ақпарат болып табылады, ол қателіктердің туындауын төмендетуге және көптеген қауіптерді азайтуға мүмкіндік береді. Мұндай ақпарат алу көздері аудиторлық тексеру материалдары және істің қазіргі жағдайын көрсететін, нормативтік-құқықтық актілердің немесе әдістемелік ұсынымдардың талаптардан ауытқуларын көрсететін өзге бақылау іс-шаралары болады. Мұндай материалдарды талдау бұзылушылықтардың себептерін, анағұрлым маңызды болуы мүмкін қауіптерді зерделеуге, салдарларын болжауға мүмкіндік береді [8, 9].

Маңызды мәселе халықпен керіс байланысты зерделеу болып табылады. Біз Ақтөбе облыстық консультациялық-диагностикалық орталықтың пациенттеріне 2012, 2013, 2014 жылдары сауалнама жүргізу бойынша жиынтық деректерге ретроспективті талдау жүргіздік. Қатысушылардың саны «Азаматтарға көрсетілетін медициналық көмектің деңгейі мен сапасына қанағаттану дәрежесін анықтау мақсатында сауалнама жүргізу бойынша әдістемелік ұсынымдарды бекіту туралы» ҚР Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2011 жылғы 22 шілдедегі № 468 бұйрығына сәйкес анықталды – амбулаториялық-емханалық қабылдаудың бір ауысымына келушілердің 5% [10]. Сауалнамаға 2012 жылы 385 пациент қатысты. Яғни 2012 жылғы 1-тоқсанда – 100

пациентті, 2012 жылғы 2-тоқсанда – 90 пациентті, 2012 жылғы 3-тоқсанда – 105 пациентті, 2012 жылғы 4-тоқсанда – 90 пациентті құрады.

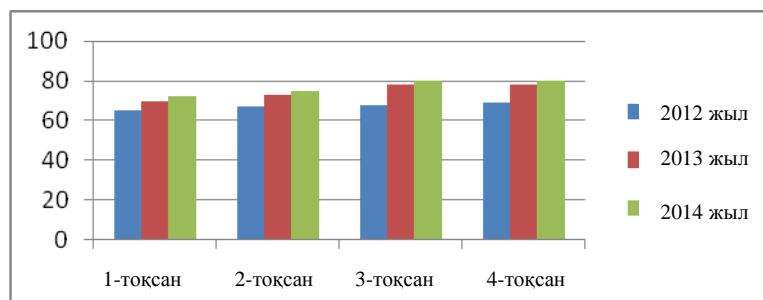
Сауалнамаға 2013 жылы қатысушылардың саны - 337 пациентті қамтыды. 2013 жылғы 1-тоқсанда – 75 пациент, 2013 жылғы 2-тоқсанда – 100 пациент, 2013 жылғы 3-тоқсанда – 82 пациент, 2013 жылғы 4-тоқсанда – 80 пациент.

2014 жылы жалпы саны – 252 пациентті құрады. 2014 жылғы 1-тоқсанда – 72 пациент, 2014 жылғы 2-тоқсанда – 40 пациент, 2014 жылғы 3-тоқсанда – 70 пациент, 2014 жылғы 4-тоқсанда – 70 пациент.



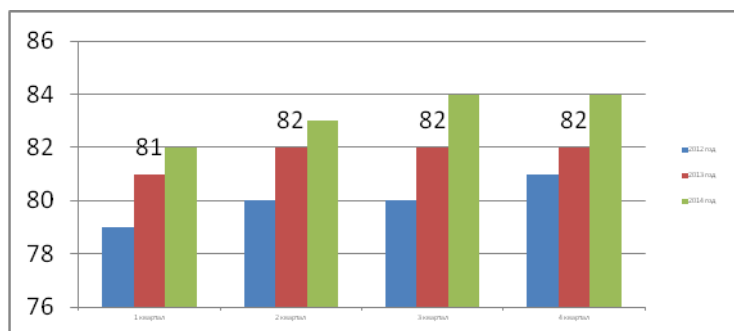
1-сурет – Мекемедегі медициналық көмекті ұйымдастырумен қанағаттанған адамдардың үлесі.

Суретте мекемедегі медициналық көмекті ұйымдастырумен қанағаттанған адамдардың үлесінің 2012, 2013, 2014 жылдардың төрт тоқсаны бойынша деректер ұсынылған. 2012 жылдан бастап біртіндеп өсу үрдісі бар. Өз кезегінде 2013 жылғы 1-тоқсандағы деректер 2012 жылғы 4-тоқсандағы деректермен сәйкес келеді. 2013 және 2014 жылдардағы 2-4 тоқсандардағы деректер тұрақты.



2-сурет – Мамандардың біліктілік деңгейлеріне қанағаттанған адамдардың үлесі

Жоғарыда ұсынылған суретте мамандардың біліктілік деңгейлеріне қанағаттанған адамдардың үлесі пайызының біртіндеп өсуі көрсетілген. Ол біздің ойымызша, медициналық ұйым жұмысының оң динамикасы туралы куәландырады. Осылайша, ішкі аудит қызметі мен медициналық ұйым басшысының оқыту семинарлары мен тренингтер арқылы біліктілік тұрақты арттыруға бағытталған өзара байланысқан жұмысы кезінде заң базасын, интернет ресурстарды ұсыну, заманауи ғылыми жарияланымдарды қамтамасыз ету.



3-сурет – Көрсетілген қызметтердің сапасына қанағаттанған адамдардың үлесі

Суреттің деректері бойынша 2012 және 2013 жылдарды тоқсан бойынша салыстырған кезде көрсетілген қызметтердің сапасына қанағаттанған пациенттердің үлесінің 2012 жылдан 2013 жылғы 2, 3, 4-тоқсандарға қарай тұрақты өсімі бар және 2014 жылғы 3, 4-тоқсандардың тұрақты сипаты бар. Әрбір пайыз медициналық қызметтер көрсету әдістері мен тәсілдерін, процестерін одан әрі жетілдіру үшін басымдық бере отырып, үлкен күшпен ұлғаяды.

ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің интернет-ресурсы деректері бойынша осы жылы Қазақстанның барлық медициналық ұйымдарында 2009 жылы құрылған пациентті қолдау және ішкі бақылау қызметтерінің жұмысын күшейту жоспарланып отыр. Жоғарыда көрсетілен қызметтерді одан әрі жетілдіру мақсатында, 2014 жылы денсаулық сақтау басқармалары мен оған ведомстволық медициналық ұйымдардың арасында қызметтердің қызметкерлер санын артыру, сенім телефондарының тиімді жұмыс істеуін ұйымдастыру, медициналық ұйымдардың, денсаулық сақтау ұйымдары мен өңірлік call-орталықтардың сенім телефондарының нөмірлерін тіркеу бөлімдеріне, қабылдау бөлімдеріне, дәрігерлердің кабинеттері мен пациенттердің күтетін өзге орындарға орналастыру бойынша іс-шараларды іске асыру бөлігінде жасалған меморандумдарға осы жылы толықтырулар енгізу жоспарлануда.

#### Көздері

1. «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын бекіту туралы» ҚР Президентінің 2010 жылғы 29 қарашадағы № 1113 Жарлығы.

2. Аканов А.А. Организация здравоохранения Казахстана / Аканов А.А., Куракбаев К.К., Чен А.Н., Ахметов У.И. – Астана-Алматы, 2006. – С. 230-233.

3. Жузжанов О.Т. Теоретические аспекты и методические подходы к измерению и оценке процессов реформирования отрасли здравоохранения / Жузжанов О.Т., Ибраев С.Е. // Алматы, 1999. – С: 203-205.

4. Татаринцев А.В. Здоровье населения и качество медицинского обеспечения / А.В. Татаринцев, Н.П. Назарчук // Перспективы науки. - 2012. - №2 (29). - 93 с.

5. Князюк Н.Ф. Внутренний аудит как важнейший элемент оценки интегрированной системы менеджмента качества медицинской организации / Князюк Н.Ф. // Сибирский медицинский журнал. - 2011. - №7. - 94 с.

6. Макаров В. Безопасность и качество / Макаров В. // Казахстанская правда. -2013. - №232 (27506). – 13 июля].

7. Кенжебаева И.Б. Экспертиза качества медицинской помощи / Кенжебаева И.Б. // Медицинский журнал западного Казахстана. – 1 (29) 2011. – С. 13-15.

8. Жиганшина Д.Р. Внутренний аудит в системе внутреннего контроля организации / Жиганшина Д.Р. // Бухгалтер и закон. - 2007. - №10 (106). -С.11-13.

9. Иванов О.Б. Будущее внутреннего аудита создается сегодня / Иванов О.Б., Егорова Е.А. // Экономическая теория, анализ, практика. - 2012. - №4. - С. 4-5.

10. «Азаматтарға көрсетілетін медициналық көмектің деңгейі мен сапасына қанағаттану дәрежесін анықтау мақсатында сауалнама жүргізу бойынша әдістемелік ұсынымдарды бекіту туралы» ҚР Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2011 жылғы 22 шілдедегі № 468 бұйрығы.

---

## ҚАЗАҚСТАННЫҢ ӨҢІРЛЕРІНДЕ ДӘРІЛЕРДІ ҚОЛДАНУ БОЙЫНША СТУДЕНТТЕРГЕ ЖҮРГІЗІЛГЕН ӘЛЕУМЕТТІК САУАЛДЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

Л.Г.Макалкина

ҚР ДСӘМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК Дәрі-  
дәрмек ақпараттық талдау орталығының басшысы, PhD, клиникалық фармаколог

Г.К.Жүсіпова

*ҚР ДСӘМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК Дәрі-дәрмек ақпараттық талдау орталығы дәрілік заттарды ұтымды пайдалану бөлімінің бастығы, клиникалық фармаколог, жоғары санаттағы дәрігер*

**Л.М. Есбатырова**

*ҚР ДСӘМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК Дәрі-дәрмек ақпараттық талдау орталығы халықты ақпараттандыру бөлімінің бастығы, клиникалық фармаколог*

**К.Боровикова**

*ҚР ДСӘМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК Дәрі-дәрмек ақпараттық талдау орталығы халықты ақпараттандыру бөлімінің маманы*

**А т а л у ы:** Қазақстанның өңірлерінде дәрілерді қолдану бойынша студенттерге жүргізілген әлеуметтік сауалдың нәтижелері

**А в т о р л а р ы:** Макалкина Л.Г. PhD, клиникалық фармаколог, «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК Дәрі-дәрмек ақпараттық-талдау орталығының басшысы,

Жүсіпова Гүлзира Кенжеқызы клиникалық фармаколог, жоғары санаттағы дәрігер, «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК-ның Дәрі-дәрмек ақпараттық-талдау орталығы дәрілік заттарды ұтымды пайдалану бөлімінің бастығы

Есбатырова Ләззат Мұратқызы клиникалық фармаколог, «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК-ның Дәрі-дәрмек ақпараттық-талдау орталығы халықты ақпараттандыру бөлімінің бастығы, Астана қ-сы Боровикова Ксения: «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК-ның Дәрі-дәрмек ақпараттық-талдау орталығы халықты ақпараттандыру бөлімінің маманы

**Түйіндеме:** Қазіргі уақытта біздің елімізде, басқа ТМД елдеріндегідей дәрілік заттарды пайдалану саласында жастарды оқытуға жеткілікті назар аударылмайды. Халықаралық тәжірибе адамның дәрілік заттарды қабылдауға дұрыс қарауы бала кезден-аққалыптасатындығын және өзі денсаулығына қатысты дұрыс қылық алгоритмін мүкіндігінше ерте қалыптастыру қажет екендігін көрсетті. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің дәрілік заттарды ұтымды пайдалану бойынша жүргізіп отырған саясаты Республикалық дәрілік формулярдан антибиотиктерді, парентералдық препараттармен дәрілік заттарды тағайындау саласында жақсару бағытында тұрақты жүзеге асырылды. Бұған қоса, медициналық жоғарғы оқу орындарының студенттерін дәрілік заттарды ұтымды пайдалану, дәрілік заттармен оларды қолдану туралы тәуелсіз ақпараттың қолжетімділігін арттыру мәселелері бойынша оқыту бағдарламасын күшейту қажеттілігі сақталып отыр. Осы зерттеудің мақсаты өскелең ұрпақтың дәрі-дәрмектерді пайдалануға деген дұрыс көзқарасын және денсаулықтарына жауапкершілігін ода нәрі қалыптастыру үшін студенттердің дәрілік заттарды пайдалану бойынша хабардар болудеңгейін зерделеу болып табылады.

Зерттеу, бекітілген сауалнамаларға сәйкес студенттерден сауалнама алу әдісімен жүргізілген. Фокустық топты колледж студенттері құрады. Барлығы 3804 респондентке сауал жүргізілді. Зерттеу жүргізу кезеңі 2015 жылғы 12 қаңтардан 1 сәуірге дейінгі аралық.

**Title:** Survey findings of students on the application of drugs in the provinces of the Republic of Kazakhstan

**Authors:** Larissa Makalkina - PhD, Clinical pharmacologist, leader of the Drug information and analytical center of Republican State Enterprise "Republican Centre for Healthcare Development", Astana, st.Orynbor, 4, office 1301, business phone number 700-957 (10-36), larisa\_makalkina@mail.ru

Gulzira Zhussupova – Clinical pharmacologist, doctor of the highest category, head of rational use of medicines department of the Drug information and analytical center of Republican State Enterprise "Republican Centre for Healthcare Development", Astana, Orynbor str, 4, office 1303, business phone number 700-957 (10-39), gulzira-1970@mail.ru

Lyazzat Yesbatyrova – Clinical pharmacologist, head of provision of information to the public department of the Drug information and analytical center of Republican State Enterprise "Republican Centre for Healthcare Development", Astana, Orynbor str, 4, office 1303, business phone number 700-957 (10-38). lazzat\_e@mail.ru

Kseniya Borovikova - specialist of provision of information to the public department of the Drug information and analytical center of Republican State Enterprise "Republican Centre for Healthcare Development", Astana, Orynbor str, 4, office 1303, business phone number 700-957 (10-38). kseniya.mz@mail.ru

**Abstract:** At the present time in this country as in some other countries of Former Soviet Republics gives deficiently attention to youth education in the area of drug administration. International practice suggests that rational attitude to drug administration comes from childhood and it is necessarily to model correct algorithm of behavior as for health as early as possible.

The policy of rational use of medicines has persistent trend to improvement in the sphere administration of antibiotic drugs, parenteral and Republican drug formulary medicines. This policy is conducted by the Ministry of Health and Social Development of the Republic of Kazakhstan. However, there is preserved a need to strengthening of students' educational program of medical universities concerning rational use of medicines, increasing of availability of independent information on medicines and their use.

Aim of this finding is learning of students' familiarity level on the application of medicines for further formation of rational attitude of the younger generation to medicines and liability for their health.

Finding was conducted by questioning of students according to established form. Focal group were collegians. There were 3804 surveyed respondents. Time frame of findings was from 12th January to 1st April, 2015

### **Кіріспе.**

Мемлекет Басшысы Н.Назарбаев өзінің «Қазақстанның әлеуметтік жаңғыруы: Жалпыға бірдей Еңбек қоғамына қарай 20 қадам» атты жолдауында халықтың дәрі-дәрмектік сауатын арттыру қажеттілігін атап өтті, ол азаматтардың өз денсаулығына ортақ жауапкершілігінің алынбас бөлігі болып табылады.

Қазіргі уақытта, ТМД басқа елдеріндегі сияқты жастардың дәрілік заттарды қолдану саласындағы біліміне жеткілікті назар аударылмайды. Халықаралық практика адамның дәрілік заттарды қабылдауға саналы қарым-қатынасы бала кезінен қалыптасатынын көрсетеді және өз денсаулығына қатысты дұрыс алгоритмді ертерек қалыптастыру қажет.

Қарқынды дамып жатқан фармацевтикалық нарық халыққа көптеген әртүрлі дәрілік заттарды ұсынады. Медициналық білімі бар адамның өзіне осы препараттардың ағымында бағадарлануы қиын.

Дәрі-дәрмек ақпараттық-талдау орталығы 2015 жылдан бастап Қазақстан Республикасының ЖОО-лары мен колледждерінде «Жастар және дәрі-дәрмек» атты білім беру жобасын іске қосты. Білім беру жобасының негізгі аспабы интерактивті тренингтер болып табылады.

### **Зерттеу мақсаты.**

Респонденттердің қажеттіліктеріне сәйкес оқыту бағдарламаларын одан әрі қалыптастыру үшін студенттердің дәрілік заттарды қолдану бойынша хабардарлығы деңгейін зерделеу.

#### Материалдар мен әдістер.

Зерттеу студенттерге сауалнама жүргізу арқылы өткізілді (барлығы 39 сұрақ). Басты назардағы топты ЖОО-лар мен колледждердің студенттері құрады. Барлығы 3804 респондентке сауалнама жүргізілді. Зерттеу жүргізу кезеңі 2015 жылғы 12 қаңтардан 1 сәуір аралығында.

#### Нәтижелер.

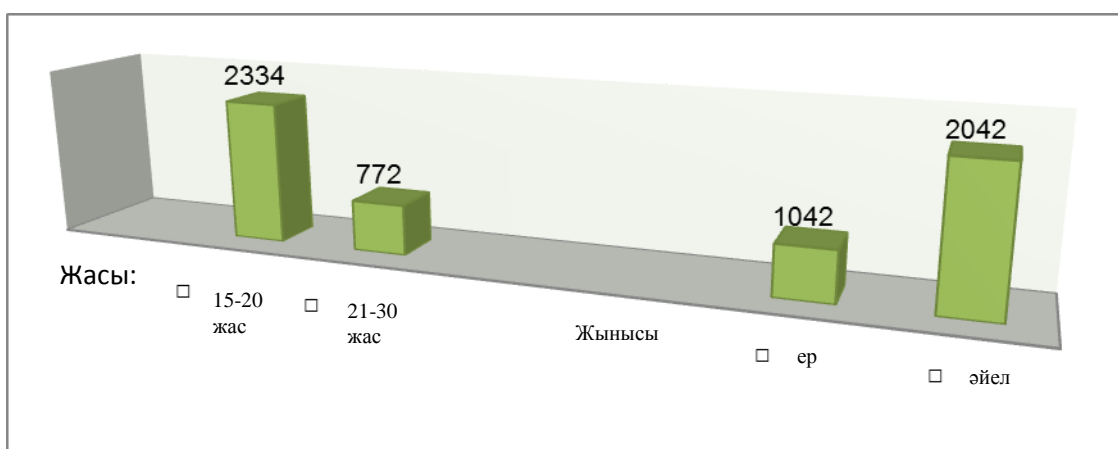
Студенттерге (респонденттерге) жүргізілген сауалнамаға 3804 респондент қатысты, оның ішінде:

75% - 15-20 жас аралығында

25% - 21-30 жас аралығында

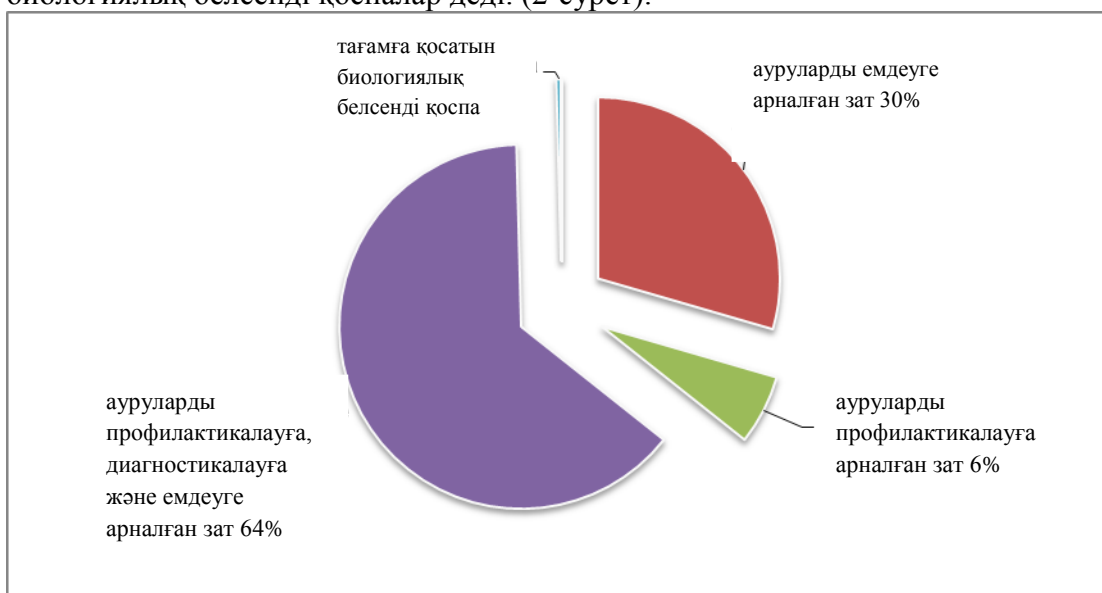
66% - әйелдер

34% - ерлер (1-сурет)



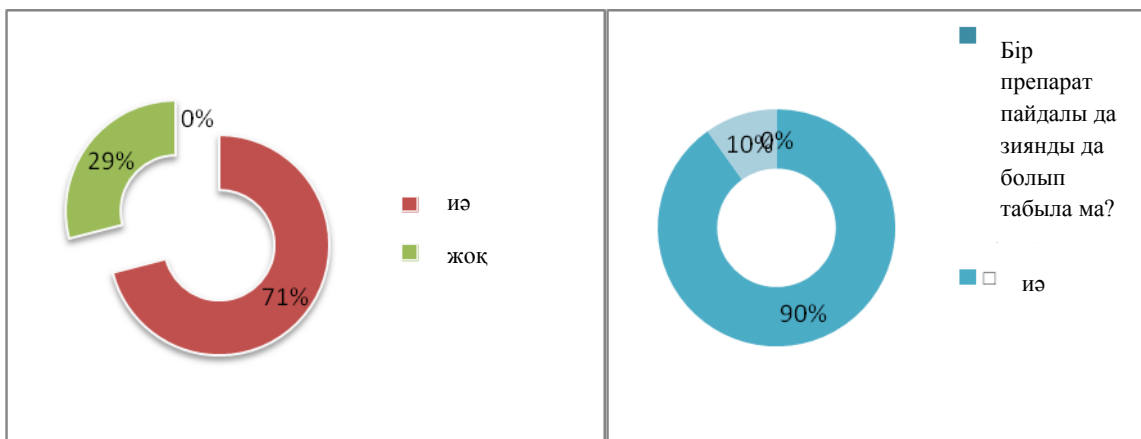
1-сурет – Сауал жүргізілген респонденттерді жас ерекшеліктер және жынысы бойынша саралау

Сауал жүргізілген 3804 респонденттердің жартысынан көбі (2441 - (64%) «Дәрі дегеніміз не?» деген сұраққа дәрі – бұл, ауруды профилактикалауға, диагностикалауға және емдеуге арналған зат деп көрсете отырып жауап берді, 1126 адам (30%) дәрі – бұл ауруды емдеуге арналған зат деп есептейді, 236 адам (6%) - ауруларды профилактикалауға арналған зат деп есептейді және 16 адам (1%) тамаққа қосылатын биологиялық белсенді қоспалар деді. (2-сурет).

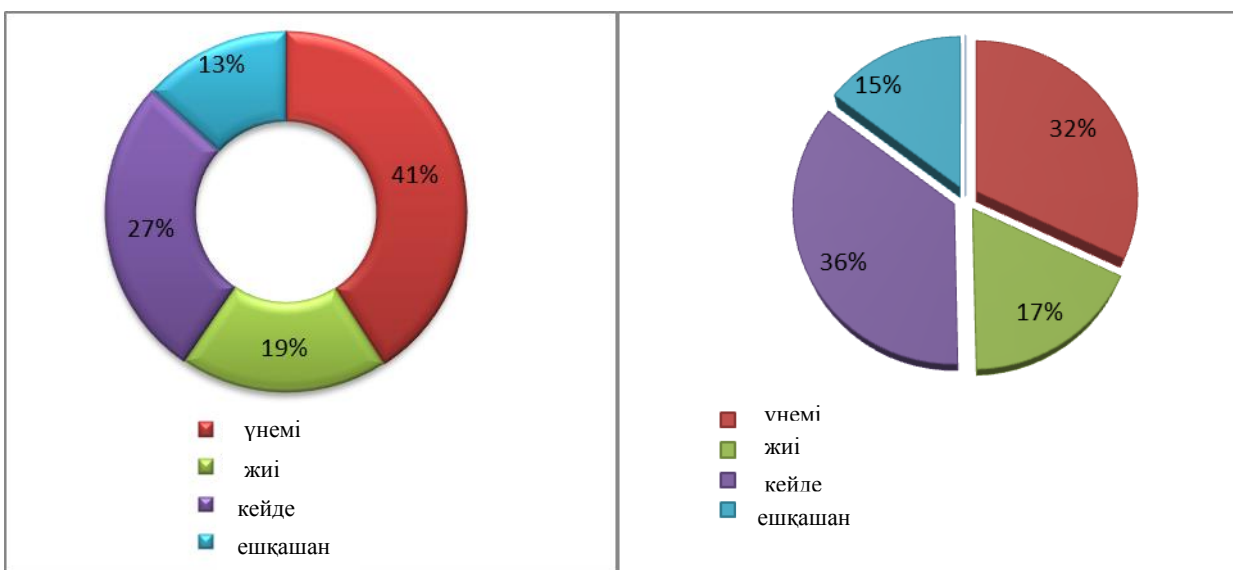


2-сурет – «Дәрі дегеніміз не» деген сұрақ бойынша сауал жүргізілген респонденттерді саралау

Сонымен қатар, «Дәрілік зат дәрілік препарат болып табылады ма?» деген сұраққа 34% (1289) «Иә» және 66% (2485)–«Жоқ» деп жауап берді. «Бір препарат пайдалы да зиянды да болып табыла ма?» деген сұраққа 3804 респонденттің 11% (410) «Жоқ» деп және 3390 (89%) «Иә» деп көрсетті (3-сурет).



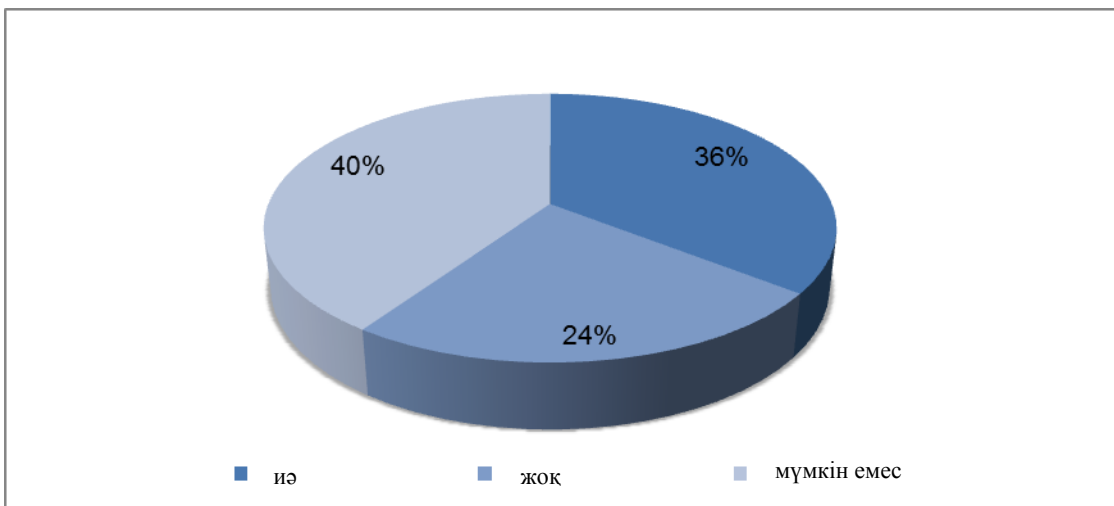
3-сурет – «Дәрілік зат дәрілік препарат болып табылады ма?», «Бір препарат пайдалы да зиянды да болып табыла ма?» деген сұрақтар бойынша сауал жүргізілген респонденттерді саралау



4-сурет – «Дәрігер дәрілік препаратты тағайындамай жазып береді ме?», «Рецепт дегеніміз не?», «Сізден дәріханада рецепт сұрай ма?» деген сұрақтар бойынша сауал жүргізілген респонденттерді саралау.

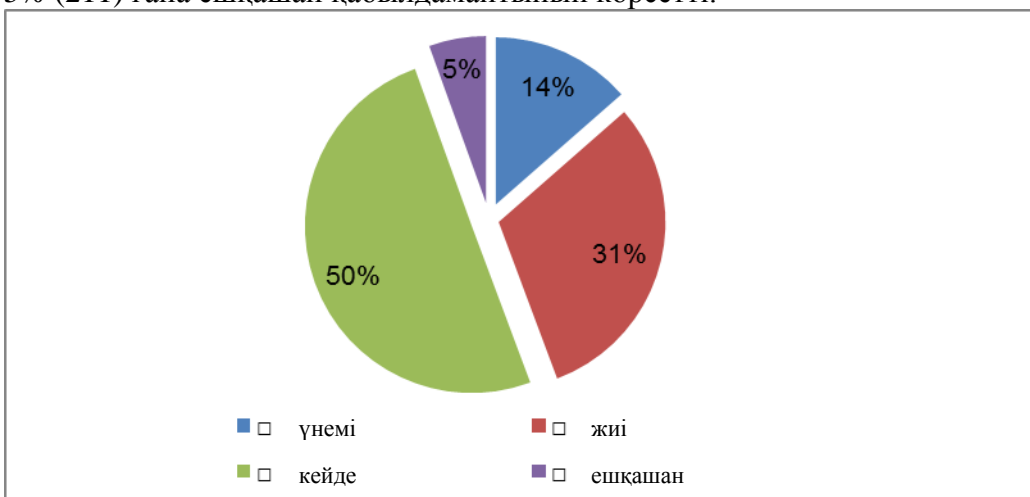
4-суреттің деректері бойынша дәрілік заттарды тағайындаған кезде дәрігерлер 41% жағдайда үнемі рецепт жазып береді, бұл ретте, рецепті 32% жағдайда ғана дәріханаларда үнемі сұрайды.

Сауалнама жүргізу деректері бойынша, 36% жағдайда студенттер дәріхананың фармацевтикалық қызметкерлеріне сенеді және дәріхана фармацевттері дәрілерді таңдау кезінде дәрігер сияқты білікті кеңес бере алады деп есептейді.



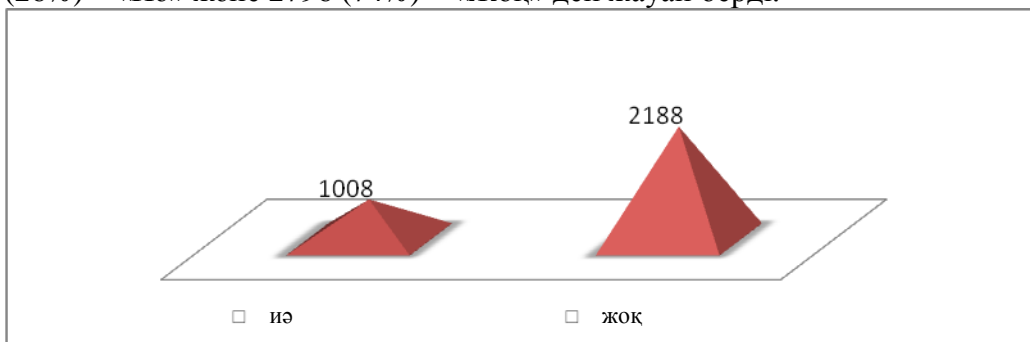
5-сурет. – «Дәріхана фармацевті дәрігер сияқты емдеу бойынша білікті кеңес бере ала ма?» деген сұрақ бойынша сауал жүргізілген респонденттерді саралау.

Сауал жүргізу кезінде 3804 респонденттің 14% (517) ауру туындаған кезде дәрілік заттарды дәрігердің тағайындауысыз үнемі қабылдайтынын, 1172 (31%) – кей кезде және 5% (211) ғана ешқашан қабылдамайтынын көрсетті.



6-сурет – «Сіз егер, ауырып қалсаңыз ДЗ дәрігердің тағайындауысыз қабылдайсыз ба?» деген сұрақ бойынша сауал жүргізілген респонденттерді саралау

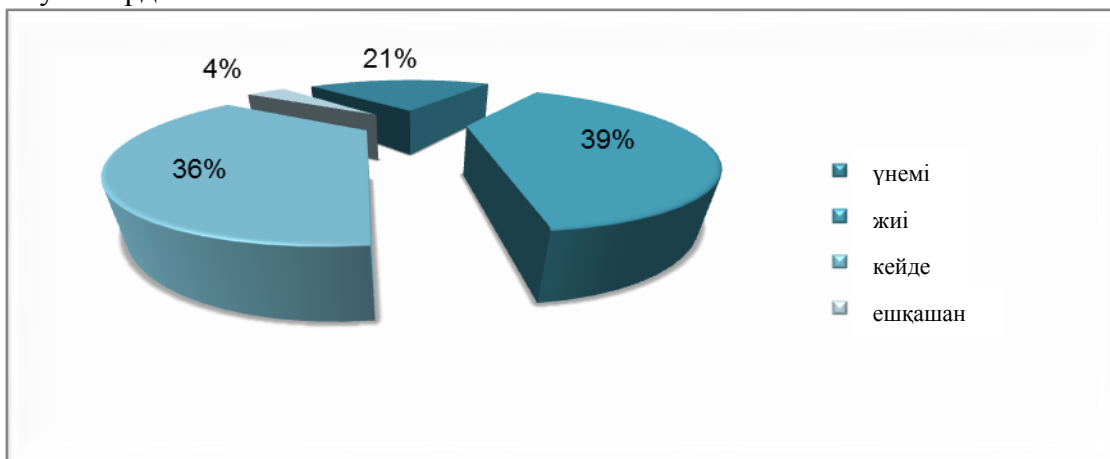
Бұл ретте, «Сізде өзіңізбен дәрі-дәрмек бар ма?» деген мәселеге 1008 респондент (26%) – «Иә» және 2796 (74%) – «Жоқ» деп жауап берді.



7-сурет. – «Сізде өзіңізбен дәрі-дәрмек бар ма?» деген сұрақ бойынша сауал жүргізілген респонденттерді саралау.

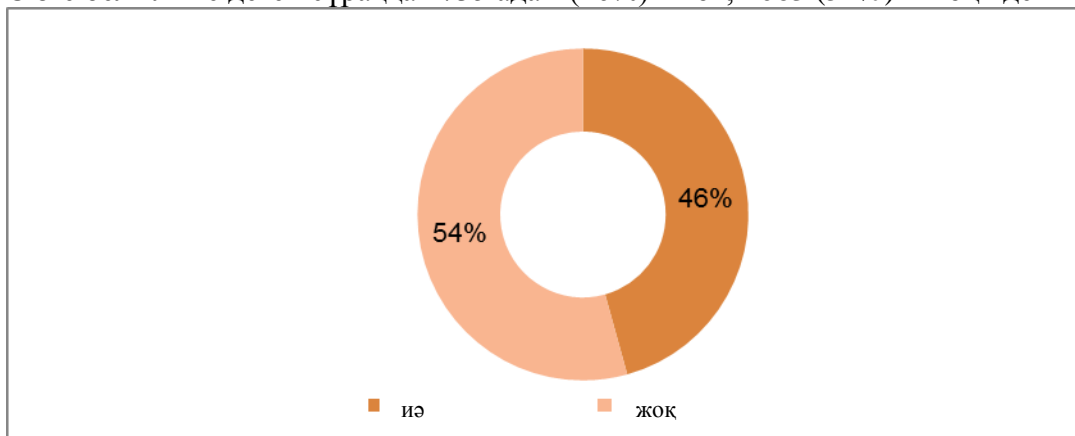


«Өз бетіңізше емделгеннен күтілетін тиімділікті аласыз ба?» деген сұраққа 1353 (36%) «Кейде», 1480 (39%) «Жиі», 801 (21%) «Әрдайым», 153 (4%) «Ешқашан» деп жауап берді.



8-сурет – «Өз бетіңізше емделгеннен күтілетін тиімділікті аласыз ба?» деген сұрақ бойынша сауал жүргізілген респонденттерді саралау.

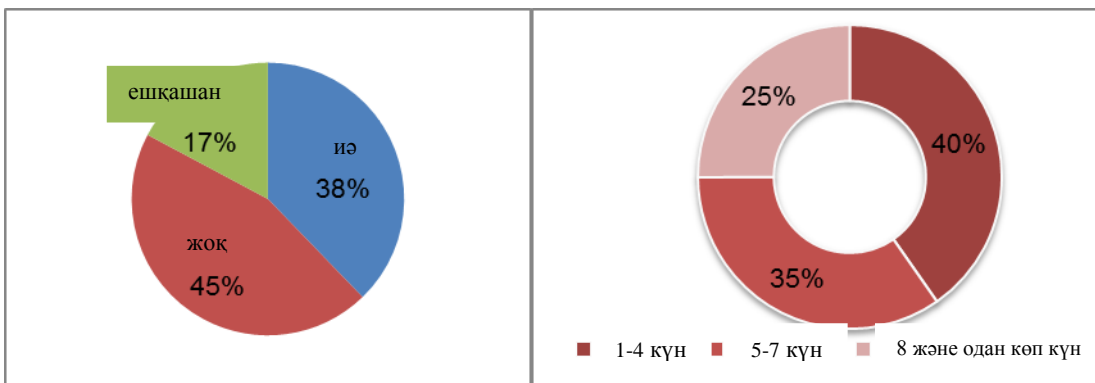
Өз бетінше дәрі қабылдағаннан кейін жағдайдың айтарлықтай нашарлау жағдайы Сізге белгілі ме деген сұраққа 1735 адам (46%) «Иә», 2063 (54%) «Жоқ» деп жауап береді.



9-сурет – «Өз бетінше дәрі қабылдағаннан кейін жағдайдың айтарлықтай нашарлау жағдайы Сізге белгілі ме?» деген сұрақ бойынша сауал жүргізілген респонденттерді саралау.

Бұл ретте, студенттер медициналық білімінің барына қарамастан және жанама әсерлер туралы ақпаратты біле тұра 3804 респонденттен 38% (1433) студент дәрігердің тағайындауысыз антибиотиктерді қабылдайды және студенттердің 17% (653) ғана дәрігердің тағайындауысыз ешқашан антибиотиктерді қабылдамайтынын көрсетті. 45% (1708) «жоқ» деген сұраққа жауап берді.

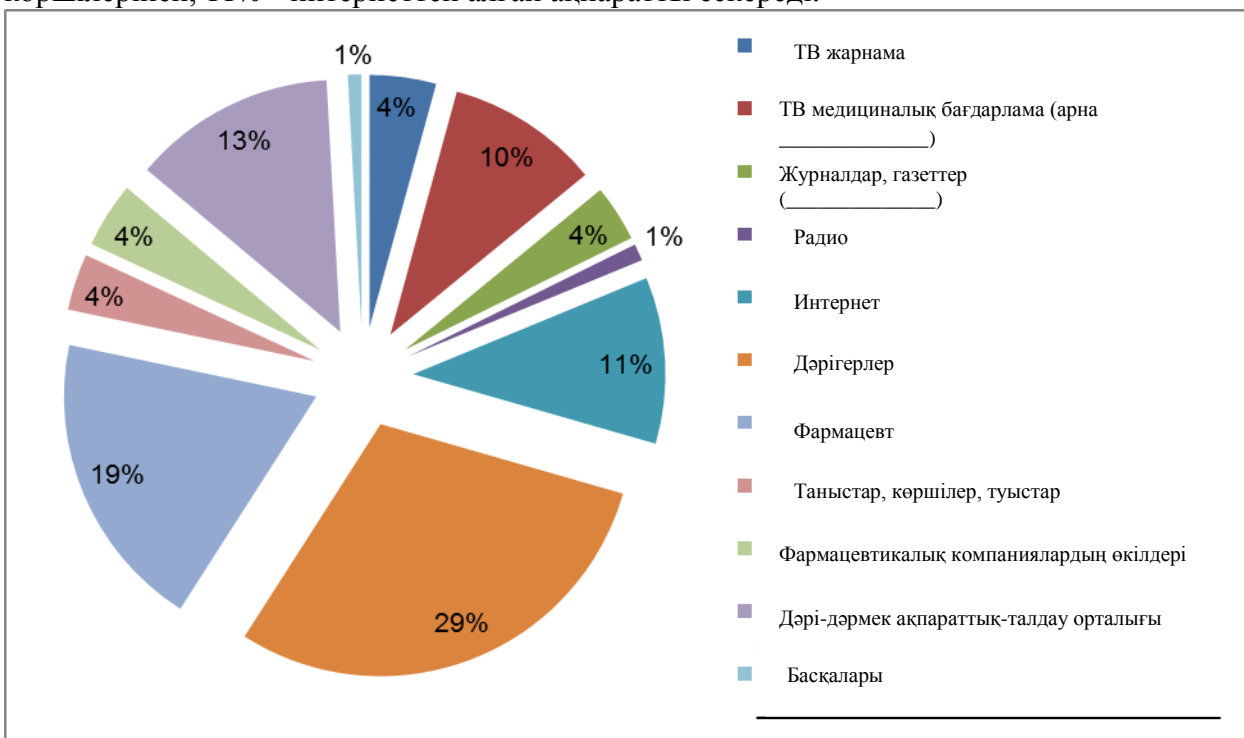
«Антибиотикті соңғы қолдану ұзақтығы» туралы мәселе маңызды болып табылады, оның нәтижесі бойынша емдеу ұзақтығының 35% -нан емдеу ұзақтығының 5-7 күнді, 40%-да 1-4 күнді, 25%-да 8 және одан көп күнді құрағанын көруге болады.



10-сурет – «Антибиотикті дәрігердің тағайындауысыз қабылдайсыз ба» және «Соңғы антибиотикті қолдану ұзақтығын көрсетіңіз» деген сұрақтар бойынша сауал жүргізілген респонденттерді саралау.

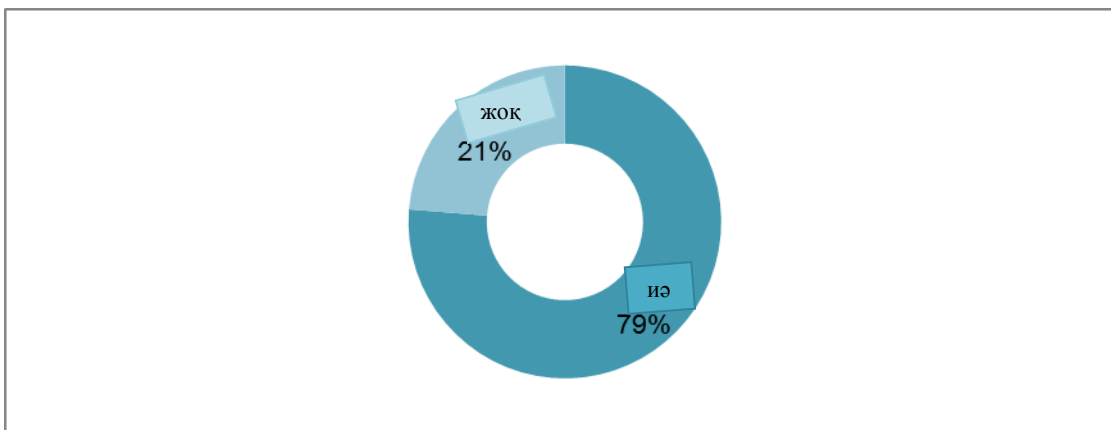
Дәрілер туралы ақпараттың сенімді көзіне қатысты, 3804 респонденттің 29 % анағұрлым сенімді көз дәрігер болып табылады деп есептейді.

Сонымен қатар респонденттердің 19% (1887) фармацевттерден, 4% - таныстарынан, көршілерінен, 11% - интернеттен алған ақпаратты ескереді.



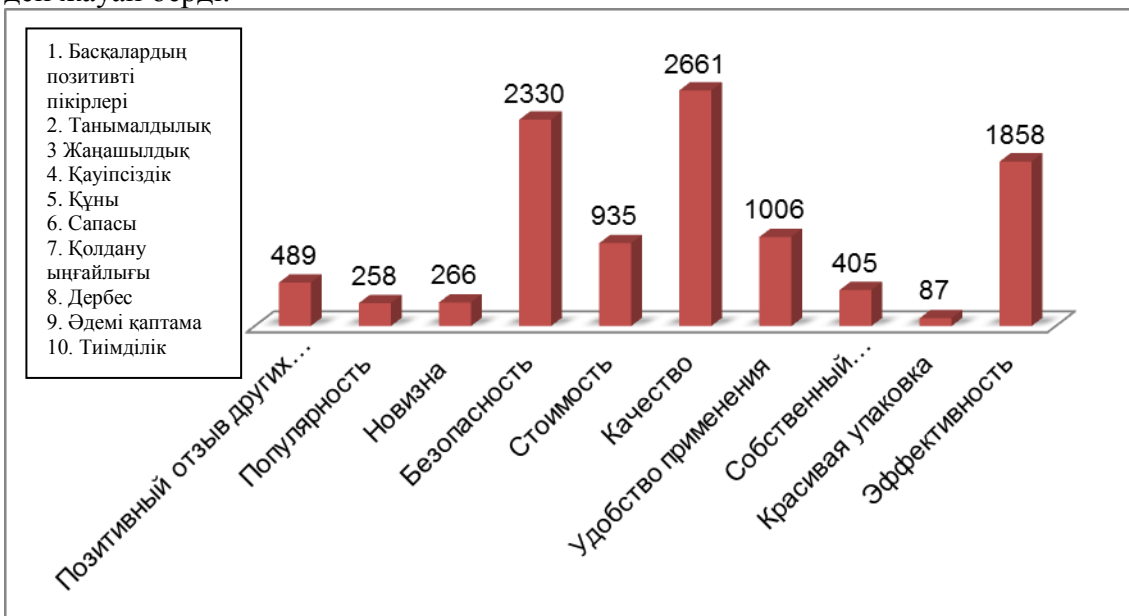
11-сурет – «Анағұрлым сенімді ақпарат көзін атаңыз» деген сұрақ бойынша сауал жүргізілген респонденттерді саралау.

«Сізге тағайындалған дәрілер туралы қосымша ақпарат Сізге қажет пе?» деген сұраққа 2891 (79%) респондент «Иә» және 899 (21%) – «Жоқ» деп жауап берді.



12-сурет – «Сізге қосымша ақпарат қажет пе?» деген сұрақ бойынша сауал жүргізілген респонденттерді саралау.

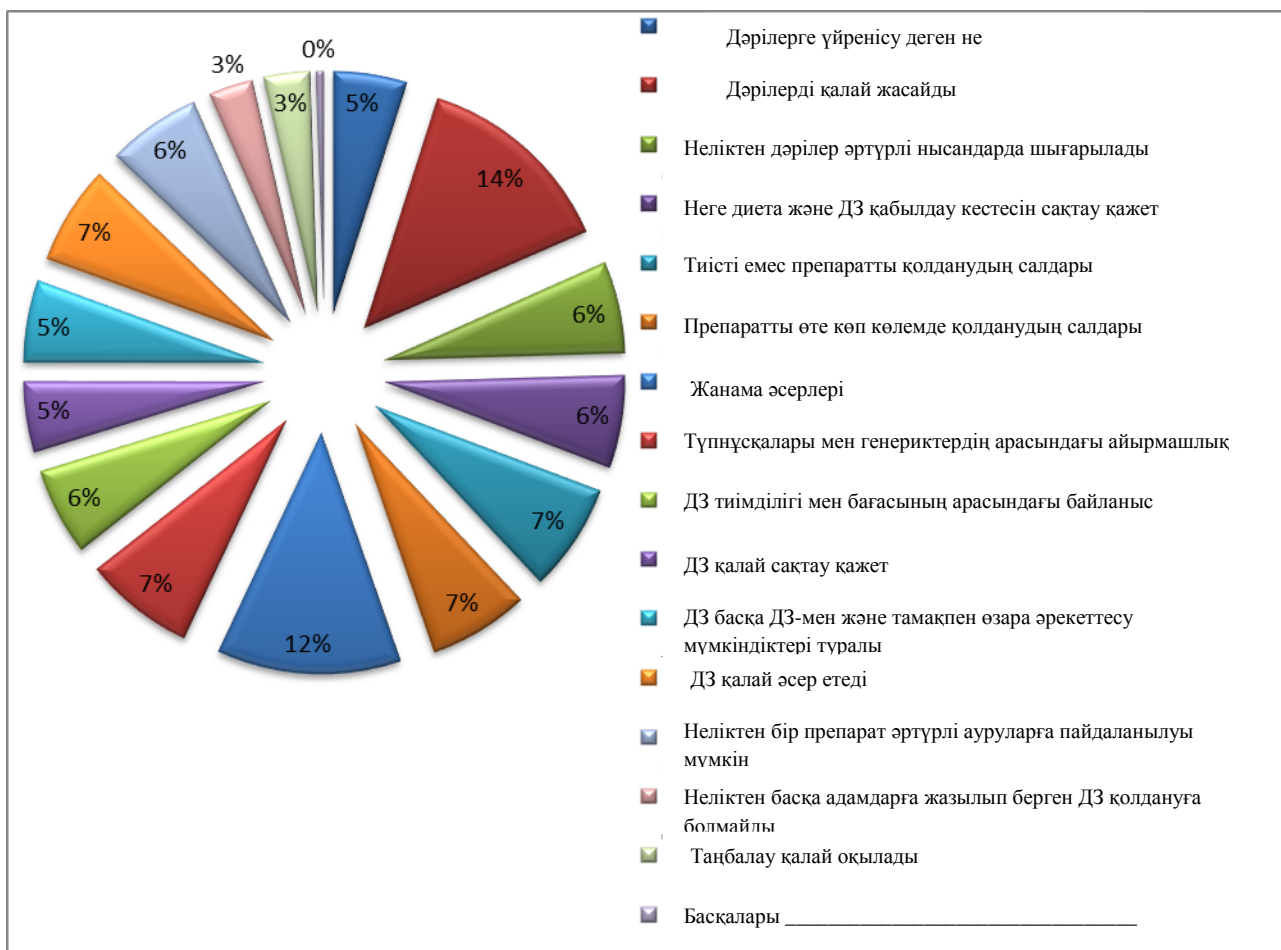
«Дәрілерді таңдау кезінде Сіз үшін не басты маңызды?» деген сұраққа 26% (2661) респондент ДЗ сапасына, 23% (2330)- ДЗ қауіпсіздігіне және 18% (1858) ғана тиімділігіне, 9% (935) – құнына, 4% (258) танымалдылығы мен дербес тәжірибесіне басымдық беремін деп жауап берді.



13-сурет. – «Дәрілерді таңдау кезінде Сіз үшін не басты маңызды?» деген сұрақ бойынша сауал жүргізілген респонденттерді саралау.

Сауал жүргізу деректері бойынша респонденттер арасындағы дәрілік заттар туралы анағұрлым танымал 5 сұрақтың топтамасына мыналар кіреді:

- Жанама әсерлер -12% (1348);
- Түпнұсқалар мен генериктердің арасындағы айырмашылық -7%(814);
- ДЗ қабылдау кезінде неге диета және кестені сақтау керек - 6%(675);
- Неге дәрілер әртүрлі нысандарда шығарылады - 6%(670);
- ДЗ тиімділігі мен бағасының арасындағы байланыс -6% (646).



14-сурет – «Дәрілер туралы не білгіңіз келеді» деген сұрақ бойынша сауал жүргізілген респонденттерді саралау.

### Қорытынды.

1. Медициналық ЖОО-лар мен колледж студенттерінің дәрілік заттарды пайдаланудағы оң үдерістері дәрілердің сапасын, қауіпсіздігі мен тиімділігін таңдау кезінде олардың басым назарлары болып табылады.

2. Респонденттер үшін дәрілерді қолдану саласындағы анағұрлым қызықты тақырыптар жанама әсерлер, өндіріс технологиялары болып табылады.

3. Медициналық ЖОО студенттерін дәрілік заттарды ұтымды пайдалану, дәрілік заттар туралы қолжетімді дәйекті ақпаратты арттыру мәселелері бойынша оқыту бағдарламаларын кеңейту қажеттілігі сақталады.

### Көздері.

1. Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымы. [Электрондық ресурс]: <http://www.who.int/ru/> (жүгінген күні: 2015 жылғы 1 сәуір)

2. Азық-түлік өнімдері мен дәрілік препараттардың сапасын бақылау жөніндегі басқарма (АҚШ). Сіздің денсаулығыңызды сақтау және ынталандыру. [Электрондық ресурс]: <http://www.fda.gov/> (жүгінген күні: 2015 жылғы 1 сәуір)

3. Dari.kz ұлттық орталығы. [Электрондық ресурс]: <http://www.dari.kz/> (жүгінген күні: 2015 жылғы 1 сәуір)

4. Patient Trusted medical information and supportю. [Электрондық ресурс]: <http://patient.info/> (жүгінген күні: 2015 жылғы 1 сәуір)

## ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ КОМПАНИЯЛАРДЫҢ СТРАТЕГИЯСЫН ӘЗІРЛЕУ («CHEMOTHERA» ЖШС МЫСАЛЫНДА)

Данияр Рашидович Тимербулатов

«ChemoThera» ЖШС директорының орынбасары

**А т а л у ы:** Фармацевтикалық компаниялардың стратегиясын дайындау. («ChemoThera» ЖШС мысылында)

**А в т о р л а р ы:** Тимербулатов Д.Р. «ChemoThera» ЖШС директорының орынбасары

**Түйіндеме:** Қазақстанның Фармацевтикалық бизнесі соңғы он жылдағы дағдарыс әсерлерінен қалыс қалған жоқ. Өйткені қазақстандық фармацевтикалық өнеркәсіп осы уақытқа дейін толық дамыған жоқ, және Қазақстан аталған сектор өнімінің ірі импортері болып табылады, яғни сату өсімінің төмендеуіне негізгі фактор осы жылдардағы валюта бағамдарының көтерілуі болып табылады. Алайда фармацевтикалық компаниялар дағдарыстың қалыптасқан жағдайларына қарамастан нарық позициясын сақтауға және нығайтуға дайын. Осындай жағдайларда нарықты жүргізудің маңызды аспектілерінің бірі фармацевтикалық нарықтың әрбір қатысушысының стратегиялық жоспар құруы болып табылады.

Бапта фармацевтикалық нарыққа қатысушылардың стратегиялық жоспарларының өзекті мәселелері қарастырылған, мысалға алатын болсақ «ChemoThera» ЖШС-нің дағдарыс кезеңінде заманауи жағдайларда бизнесті жүргізуді қалыпты нысаннан неғұрлым икемді немесе ұтымды нысанға ауыстыру стратегиясы.

**Title:** Development strategy for pharmaceutical companies (for example limited liability partnership "ChemoThera")

**Authors:** Temirbulatov D.R. Deputy Director of the Limited Liability Partnership "CHEMOTHERA")

**Abstract:** Pharmaceutical business in Kazakhstan has not become an exception and experienced all waves of crises for the last decades. As the Kazakhstan pharmaceutical industry is not developed, and Kazakhstan is the large importer of products of this sector, so the basic factor of the decrease of sales grows is an increase of foreign currencies rate in these years. However, pharmaceutical companies despite of crisis are aimed to maintain and strengthen their market positions. In such market conditions one of the important aspects is strategic planning by every participant of the pharmaceutical market.

In the article the important issues of the strategic planning by the pharmaceutical market players are considered, so for example transformation of strategy of "ChemoThera" LTD in the period of crisis from a classical form into a more flexible and responsive to the conditions of doing business in modern realities.

*Әрине, «не» екенін ойлан, бірақ «қалай» екенін одан да көбірек ойлан!*

*Иоганн Вольфганг Гёте*

Фармацевтикалық сала әлемдік және жергілікті экономикадағы еі жоғары табысты секторлардың бірі болып табылады. Фармацевтикалық кешен қаржылық дағдарыстан зардап шеккен жоқ десекте болады, өйткені өсу қарқыны бұрынғыдай жылына 8% таза табыспен 8-14% құрайды, дегенмен өзге салаларда табыс индексі барлығы 5%-ға тең.

Соңғы жылдары, атап айтсақ қаржы дағдарысы басталғаннан бері әлемдік фарминдустриясы жаһандық өзгерістерді бастан кешірді. Мысалы, нарықтың ірі ойыншылары жаңа зауыттар сатып алды (француз фармацевтика алыбы Sanofi америкалық бәсекелес-компания Genzyme сатып алды, жапон Takeda компаниясы Nyscomed швед компаниясын бақылауды өз қолына алады және т.б.). Сондай-ақ, «Биг

фарм» ірі компаниясының патенттік мерзімдерінің аяқталуын ескеру қажет, ол негізінен клиникалық сынама бағытындағы персоналдың штатын қысқартуға ықпал етеді.

Қазақстанның басқа елдермен, атап айтқанда жақын көрші, одақтас және әріптес Ресеймен салыстырғанда маңызды ерекшелігі – сыртқы инвестициялар мөлшеріне, банктік сектор сияқты нақты өндіріске тікелей тәуелділігі бар. Сыртқы ресурстар түсімінің қысқаруы, инфляцияның жалғасуы, теңге девальвациясы, бағалардың айтарлықтай өсімі мен халықтың төлем қабілеттілігінің төмендеуі – мұның бәрі Қазақстандағы экономикалық процестердің дамуына теріс ықпал етті. Жоғарыда көрсетілген тұрақты факторлар, сондай-ақ Қазақстанның фармацевтикалық саласының ерекшеліктерін ескере отырып, компанияларға өзінің стратегиялық жоспарлау дағдыларын мен оны одан әрі іске асыруды тұрақты ұштап отыру қажет.

Заманауи әлемде компанияны стратегиялық басқару жоспарлау және экономикалық талдау мәселелерімен тікелей байланысты. И.Ансофф стратегиялық менеджмент тұжырымдамасының негізін қалаушы мынадай негізгі қанатты анықтама береді: «стратегиялық менеджмент – бұл ұйымдастыру стратегиясын жоспарлаудың және пысықталған жоспарларды өмірге енгізудің өзара байланысты кешені». Компанияның стратегиялық жоспары – бұл уақыттың жеткілікті ұзақ кезеңі бойы қызметке нұсқау болып қызмет ететін жазбаша түрде ресімделген құжат деп есептеу қажет.

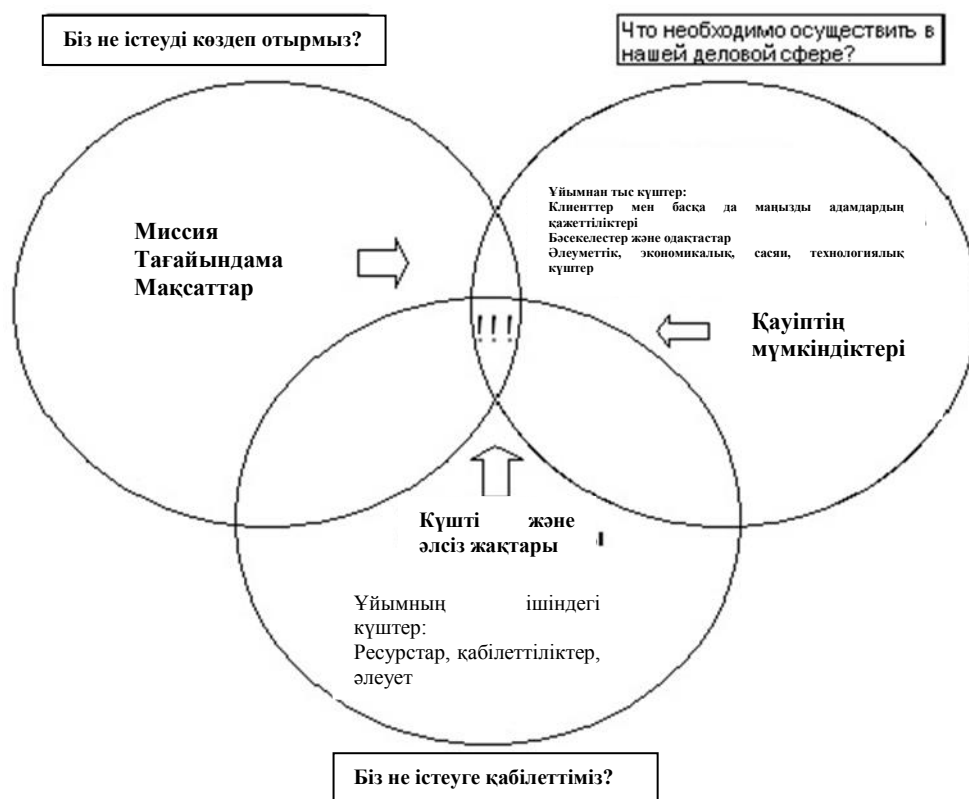
Алайда, заманауи нақтылықта, оның ішінде қаржылық дағдарыста компания менеджментінен жаңа тәсілдерді, атап айтқанда туындайтын оқиғаларға икемділік пен бейімділікті талап етеді. Нәтижесінде стратегиялық жоспарлауға жаңа тәсіл қажет икемділікті пысықтауға бағытталған баламалы басқарушылық моделдер қатарының туындауына әкелді, ол өз кезегінде стратегиялық жоспарлардың асқан дәлділік пен негіздеделікке кейбір зиянын тигізеді.

Стратегиялық жоспарды жан-жақты талдауға және егжей-тегжей пысықтауға негізделген стратегиялық менеджмент мәселелеріндегі классика болып табылады. Біздің компаниямыз “Chemothera” ЖШС ашу кезінде біз дәл осы моделді ұстандық. Стратегиялық жоспарды әзірлеу кезінде үш саты ескерілді: стратегиялық талдау, стратегиялық таңдау және стратегияны іске асыру.

“Chemothera” ЖШС Қазақстандағы medac GmbH неміс фармацевтикалық компаниясы үшін маркетингтік қызметтер ұсынады.

Жан-жақты стратегиялық жоспарының арқасында компания Қазақстанның фармацевтикалық нарығының мынадай салаларында өз тетігін қалаған: ревматология, онкология, гематология. Стратегиялық жоспарды әзірлеу кезінде компания стратегиялық жоспарлау «кемпір қосағын» ескерді (1-сурет).

Өзіміздің іскерлік саламызда нені жүзеге асыруымыз қажет?
--



1-сурет. Стратегиялық жоспарлау: үш саланың тоғысуы

Medac неміс зауыты өнімдерінің түрлерін кеңейту, сондай-ақ әлемдік қаржы дағдарысы “Chemothera” ЖШС жаңа даму стратегиясын әзрелуді талап етті, нәтижесінде басшылық стратегиялық басқарудың баламалы моделіне жүгінуді шешті. Балама модель стратегиялық басқару – бұл жан-жақты әзірленген жоспар ғана емес, болып жатқан өзгерістер мен болжанбаған жағдайларға ден қою нәтижесінде туындайтын алдын ала жоспарланбаған стратегия екені туралы идеяға негізделген.

Г.Минцберг және Д.Уотерс өз мақаласында екі типті стратегияның болуын көрсетеді. Осылайша, бірінші типке ұтымды моделге, атап айтқанда стратегиялық талдау мен жоспарлау нәтижелеріне негізделген ойластырылған стратегиялар жатады. Ал екіншісіне – шұғыл стратегиялар жатады. Шұғылдары жоғары басшылық дерективтерінен емес, басқарудың төмен тұрған деңгейлерінде қалыптасқан мінез-құлық моделдерінен туындайтынын атап өту қажет. Осылайша, өмірде іске асырылған стратегиялар, ойластырылған және шұғыл стратегиялардың ықпалында жинақталады (2-сурет). Осылайша, “Chemothera” ЖШС жаңа стратегиялық жоспарды әзірлеу кезінде іске асырылған стратегия – бұл арақатынасы сыртқы жағдайлар сияқты ішкі факторлармен де айқындалатын «ойластырылған» және «шұғыл» элементтер.



Стратегиялық басқару моделдерінің арасындағы айырмашылық көбіне ақпараттық аспектімен, атап айтқанда – ақпаратты жинау жылдамдығымен және өңдеуімен, сол немесе өзге есептік әдістерді қолдану мүмкіндігімен, стратегияны басқару мен іске асыру процесіне тартылған менеджерлердің тиімді өзара іс-қимылымен түсіндіріледі. Алайда, практикада ақпараттық жүйе стратегиялық менеджмент міндеттерін шешуді қамтамасыз етуде олқылық танытады. Бірінші кезекте бұл деректерді сақтау бытыраңқылығы, форматтардағы санлауандық, арнайы функционалдылықтың және орталықтандырылған әкімшіліктің болмауы салдарынан болады.

Көрсетілген факторларды жою үшін “Chemothera” ЖШС өткен жылда маркетингтік қызмет деректерін жинақтау мен сақтауды орталықтандырды, сондай-ақ компанияның нормативтік-құқықтық құжаттамасын бірегейлендірді. Одан әрі компанияның стратегиялық басқаруды одан әрі дамытуда әрине бірыңғай ақпараттық басқару ортасын қалыптастыруға мүмкіндік беретін басқару жүйесінің коммуникациялық мүмкіндіктерін пайдалану қажеттілігі туындайды, өйткені басқару жүйесін тиімділікпен қолдану стратегиялық басқаруды коммерциялық құрылымдарда айтарлықтай жетілдіруге ықпал етеді.

#### Көздері.

1. Н.С. Клунко. Инновационная стратегия фармацевтического комплекса: российские тенденции и зарубежный опыт, Известия ИГЭА. 2013. № 3 (89).
2. Ansoff I. H. Strategic management. – London: McMillan, 1979.
3. Mintzberg H., Waters J.A. Of Strategies, Deliberate and Emergent//Strategic Management Journal, 1985 – Vol. 6. – Pp. 257-272.

---

## ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ҰЙЫМЫНДА ДАМУ СТРАТЕГИЯСЫ МЕН ТҰЖЫРЫМДАМАСЫН ӘЗІРЛЕУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Г.В.Сейдуалиев

*«Мейірім» Көпсалалы медициналық орталық» ЖШС бас дәрігері*

**А т а л у ы:** Денсаулық сақтау ұйымында даму стратегиясы мен тұжырымдамасын дайындау ерекшеліктері

**А в т о р л а р ы:** Сейдуалиев Г.В. Бас дәрігері ЖШС «Мейірім» Көпсалалы медициналық орталығы»

**Т ү й і н д е м е:** Стратегиясын әзірлеу ұйымдастыру ұзақ мерзімді перспективада аман мүмкіндік береді. Нақты стратегиясын және оның құралдарын басқару негізгі ұйымдастыру және жақсы басқару сенімді белгісі болып табылады.

**Title:** Features of the strategy and concept development in the organization of health care

**Authors:** Seydualiev G.V. Chief doctor " Multidisciplinary medical center" Meyirim "Limited Liability Partnership"

**Abstract:** Development of the strategy allows the organization to survive in the long term. Building a strategy and its tools are the core of governance and the surest sign of good management of the organization.

Компанияны басқару негізделген стратегияны қолдануды талап етеді. Компания әрекет ететін ортада өзгеріс болмаса бизнес үшін жаңа мүмкіндіктер пайда болмайды. Компанияның кез келген саласы өнімдердің жаңа түрлерін ұсыну бойынша шексіз мүмкіндіктер, және де тұтынушыға шығудың жаңа тәсілдерін алды. Бірақ бәсекелес айнала шарттарында жаңа арналар жаңа өнімдер сияқты осындай болып қалады. Компания пайдаланатын стратегия үлгіліге тез айналады, яғни бәсекелестіктің жалпы контекстінде өзгерістердің туындауына қарамастан бәсекелестік басымдықтар бермейді.



Сондықтан осы өзгерістермен басқаруға үлкен назар аудару қажет, ол бұл процесті жай ғана түсініп қоймай оны дұрыс пайдалануды да талап етеді. [2].

Теориялық жағынан алып қарайтын болсақ әрбір кәсіпорынның оның қызметін регламенттейтін мақсаттары мен стратегиялары бар. Мақсаттар мен стратегиялар нарықтық мүмкіндіктерді іздестірудің негізгі бағыттарын белгілейді, шығындар шеңберінде жоспарланғандарды қолдайды, персонал саны мен біліктіліктерін анықтайды. Әрбір қызметкерге кәсіпорында пысықталған мақсаттар мен қабылданған стратегияларды жеткізу персоналды өз мақсаттарын кәсіпорын мақсаттарына, өз стратегиясын кәсіпорын стратегиясына бейімдеуге мәжбүрлейді [1].

«Медициналық ұйымдарға арналған аккредиттеу стандарттарын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2012 жылғы 2 қазандағы № 676 бұйрығына сәйкес «2.0. Басқару» «А» бөлімінде ұйым басшылығының міндеттеріне мыналар кіреді: ұйымның стратегиялық, шұғыл жоспарларын, сондай-ақ медициналық қызмет сапасын қамтамасыз ету жоспарын келісу және бекіту; бюджетті бекіту және алға қойылған мақсаттар мен міндеттерді орындау үшін ұйымды тиісті ресурстармен қамтамасыз ету; стратегиялық және шұғыл жоспарлар нәтижелерінің жетістіктерін бағалау және мониторингілеу; құрылымдық бөлімшелер басшыларын тағайындау, бекіту және қызмет тиімділігін бағалау [3].

Практикада көптеген кәсіпорындар үшін мақсаттар мен стратегиялардың «бұлыңғырлығы» сәйкес келеді. Әдетті мақсаттар «жақсы» табыс алу және кәсіпорынды «дамыту», стратегия – қалыптасқан әдістер мен қызмет әдістері болып табылады. Мұндай стратегиялар өзінің бағыттайтын және тұрақтандыратын тиімділіктерін жоғалтады, персоналдың кез келген шығармашылығына мүмкіндік береді, кез келген шығындарды жақтайды, күш пен қаражаттың шашырауына ықпал етеді [1].

Кейде мақсаттарды басшылар жеткілікті, нақты қалыптастырады, бірақ «ішкі» пайдалануға ғана қызмет етеді. Басшы кәсіпорын мақсатын ғана назарға алады және өз үшін стратегияларды олардың жетістіктерін атап өтеді. Стратегияның жекелеген аспектілері жағдайдан ортаңғы басқарушылық буынға дейінгі жағдайға жетуде. Мұндай саясат құпиялылықтың ұғымымен, көбіне – басшының өкілеттіктерді бөле білмеуімен немесе стратегияны қабылдауды ұсынатын барлық персоналдың қызметін «автоматы» үйлестіру мүмкіндіктерін бағалай алмауымен түсіндіріледі. Мұның салдарынан персоналдың өз қызметінде басшылыққа алатын кәсіпорын мақсаттары мен стратегиялары туралы дербес (әртүрлі) ұғымдары болады [1].

Стратегияны жоспарлау және іске асыру – айтарлықтай күш пен уақыт шығынын талап ететін басқару қызметінің түрі. Стратегияны іске асыру функциясын адамдар жүзеге асыратындықтан, атап өтілгендей, бұл процесс қалыптасуы және ол басқарылуы тиіс. Стратегияны іске асыруды басқару басшылар мен барлық деңгейлердегі қызметкерлердің оған тиісті қарым-қатынасты ынталандыру арқылы да жүзеге асырылуы тиіс. Бұл жерде жақсы ұйымдастырушылық-психологиялық қолайлылықты құру және тұрақты қолдау қажеттілігін ету ерекше, қызметкерлерге тұрақты өзгерістер – ұйымның табиғи тұрақты дамуы жөнінде ойды сіңіру маңызды және бұл өзгерістерге тұрақты дайын болу қажет [2].

Стратегиялық жоспарлау жүйесінің тиімді жұмыс істеуінің басты шарты – бұл жоғары басшылар тарапынан оған тұрақты назар аударуы, жоспарлау қажеттілігін дәлелдей білу, стратегияны әзірлеу мен іске асыруға қызметкерлердің ауқымды тобын тарту. Мұндай назар ұйымда жоспарлау жүйесін енгізудің бастапқы сатысында өте маңызды. Стратегиялық жоспарлауды енгізгеннен және ол өзінің тиімділігін растаған соң оны барлық бөлімшелерге таратқаннан кейін оның қажеттілігін мойындаған қызметкерлердің саны өседі, басқару процесі көп жағдайларда құрылуы мүмкін және онда қызметкерлерді көрсетілетін қызметтерді жетілдіру, жоспарлау жүйесінің жаңа нарығын әзірлеу, жаңа стратегияларды пысықтау бойынша бағалы ұсыныстары үшін айтарлықтай рөл атқарады [2].

Компанияда стратегиялық менеджмент жүйесін ұйымдастыру жұмыстың мынадай негізгі кезеңдерін жүзеге асыруды болжайды.

1. Ұйымды мынадай бағыттар бойынша стратегиялық басқару жүйесін енгізуге оның дайындығына қатысты тексеру:

- ұйым құрылымы (оның ішінде басқарудың ұйымдастырушылық құрылымы);
- басшылар (бас дәрігер және оның орынбасары) мен қызметкерлердің ұйым (сыртқы орта сегменттерінде) клиенттері (пациенттері) туралы ұғымы;
- басшылардың денсаулық сақтау ұйымының болашағын және оның басымдықтарын көруі;
- қызметкерлердің, жоғары, орта деңгейлі менеджерлердің (сарапшы-дәрігердің, бөлімше меңгерушілерінің) ұйым миссиясы мен мақсаттарын білуі;
- басқарушылық (шұғыл, ұзақ мерзімді, стратегиялық) шешімдер қабылдайтындардың мінезі.

2. Ұйымның жоғары басшылығының (бас дәрігердің және оның орынбасарының) стратегиялық басқару жүйесін құру туралы шешім қабылдауы.

3. Ұжымда түсіндірме жұмыстарын жүргізу, қызметкерлерді (менеджерлер мен мамандардың белгілі бір ортасын) оқытуды ұйымдастыру.

4. Консультанттарды таңдау және шақыру.

5. Стратегиялық жоспарлау мен басқару жүйесінің ұйымдастырушылық-функционалдық схемасын әзірлеу.

6. Стратегиялық жоспарлау (кұрлымдық бөлімше типін таңдау) бөлімше (бөлімше, департамент және басқаларын) құру.

7. Стратегиялық шаруашылық бөлімшені бөлу – корпоративтік бизнесті саралау.

8. Есептік-талдамалық қызметті таңдау және құру.

9. Жоспарлау, бақылау, ақпарат және байланыс жүйелерінің пропорционалды дамуын жаңғырту және қамтамасыз ету.

10. Қызметкерлерді (стратегиялық сипаттағы ұсынысы үшін) уәждеу жүйесін әзірлеу және енгізу.

11. Ұйымға (бірінші кезекте басқарудың ұйымдастырушылық құрылымына және ұйымдастырушылық мәдениетіне) қажет стратегиялық өзгерістерді анықтау және іске асыру.

12. Стратегиялық және шұғыл басқару жүйелері мен басқа да ұйымдастыру жүйелерінің ықпалдасуын, үйлестірілуін және өзара іс-қимылын қамтамасыз ету.

13. Стратегиялық жағдай мониторингісін ұйымдастыру.

14. Стратегиялық бақылауды ұйымдастыру.

Ұйымдағы стратегиялық басқару міндеттерін жоғары басқару деңгейінің басшылары (бас дәрігер және оның орынбасарлары) орта деңгейлі менеджерлерді (бөлімше меңгерушілері) тарта отырып, қалыптастырады, өйткені одан әрі дәл осылар стратегияны тиімді іске асыру үшін жауапты болады:

1. Ұйымның мақсаттар мен стратегиялық таңдаудан туындайтын жалпы міндеттерін жоғары басқару деңгейінің басшылары қалыптастырады.

2. Стратегиялық шаруашылық бөлімшелер үшін – тиісті бөлімшелердің басшылары.

3. Функционалдық кіші жүйелер мен кіші бөлімшелер бойынша стратегиялық даму міндеттері – тиісті функционалдық басшылары қалыптастырады;

4. Стратегияны іске асыруды қамтамасыз ететін шұғыл міндеттер нақты орындаушылардың алдына олардың тікелей басшылары (сәйкесінше орта және төменгі басқару деңгейінің) қояды.

Стратегияны қалыптастыру және стратегиялық міндеттерді қою кезінде ерекше рөл функциялары:

- қажетті ақпаратты қамтамасыз етуге;
- стратегиялық жоспарлар мен бағдарламаларды қайта қарау кезіндегі көмекке;
- стратегияны қайта қарау және жаңасын қалыптастыру процестерін үйлестіруге;

- стратегиялық зерттеулерді жинақтауға және стратегиялық талдау нәтижелерін ұйымның жоғарғы басшыларына жеткізуге;
- салалық бәсекелестік пен нарықтың жағдайына және үрдісіне зерттеулер жүргізуге;
- іскерлік белсенділік циклыларын және оның фазаларын анықтауға;
- стратегияның орындалуын бағалау әдістерін дамытуға жататын стратегиялық жоспарды әзірлеушілерге (стратегиялық талдаушыларға) беріледі.

Дегенмен, стратегияны әзірлеу – бұл стратегиялық жоспарлау жөніндегі мамандар емес желілік басшылардың жұмысы, өйткені стратегияны ұйым қызметін нақты басқаратын және оның қазіргісі мен болашағы үшін жауапты болатын адам әзірлеуі тиіс.

Стратегиялық жоспарлау жөніндегі мамандар мынадай себептер бойынша басшы консультант рөлін атқара отырып қана стратегияны құруға тікелей қатысуға тиісті емес:

- ұйым басшылары стратегиялық жоспарлау жөніндегі мамандарға қатысты қатаң шешімдер қабылдауы мүмкін, сондықтан олар ұсынған міндеттер басшылыққа «жалтақтаумен» әзірленуі мүмкін;

- ағымдық өндірістік-шаруашылық қызметке тікелей қатыспай және ұйымға қатысты бірнеше оқушаларға ие бола отырып, стратегиялық жоспарлау жөніндегі мамандар ағымдағы жағдай және есептік ақпарат негізінде ағымдық стратегияның тиімділігі туралы сынады және қорытындысында нақты стратегиялық жаңдайды басшылыққа қарағанда кем біледі;

- нарықтың шынайы емес жағдайында, ұйым ішілік басқару есебінің дамымауынан және стратегиялық тиімсіз бақылануынан стратегиялық жоспарлау жөніндегі мамандардың қарамағына келіп түсетін ақпарат релеванттық емес, дәйексіз және таныстырылмаған бола бастайды, ол стратегиялық жоспарлау жөніндегі мамандар ұсынатын стратегиялық міндеттердің сапасына жағымсыз әсер етеді;

- кейде практикада стратегиялық жоспарлау қызметтің өнімсіз қағаз бастылық түрі ретінде қаралуы мүмкін, стратегиялық таңдауды жетілдіруге талпына отырып, талдаушылар әзірлеу мен стратегияны негіздеу рәсімі негізсіз қиындауы мүмкін [2].

Осылайша, заманауи ұйым бір жағынан кәсіпкерлікті және екінші жағынан ағымдық бәсекелестік қызметті біріктіруге қабілетті және стратегиялық және шұғыл шешімдердің теңдігіне кепілдік беруге қабілетті ұйымға айналуы тиіс. Осы балансқа өз бетінше қол жеткізу менеджменттің өзекті міндеті бола бастайды [2].

Бүгінде, стратегиялық менеджментті қолдану саласы төтенше сан алуан. Ол заманауи қоғам өміршеңдігінің әртүрлі салаларында жұмыс істейтін ұйымдарға үлкен басымдық береді. Бұл басымдықтар шектелген ресурстарды пайдалануда және уақыттың басына тоғысады. Бұдан басқа, стратегиялық менеджмент ұйым персоналы мен олардың менеджерлерінің сенімділік сезімін туғызады, кезеңді жұмысқа және басқарушылық шешімдерді іске асыруға ықпал етеді, нарық жағдайында тұрақты дамуға бағдарлайды [2].

#### Көздері

1. Гончарук В.А. Алгоритмы преобразований в бизнесе. Маркетинговое консультирование: издание второе, дополненное и переработанное. Москва, 2001.
2. Стратегический менеджмент. Основы стратегического управления. Учебник. М.А. Чернышев и др. Ростов-на-Дону: Феникс, 2009.
3. «Медициналық ұйымдарға арналған аккредиттеу стандарттарын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2012 жылғы 2 қазандағы № 676 бұйрығы

## НЕГЕ АҒЫМДАҒЫ БМСК-НЫҢ ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУ МОДЕЛІНЕ ӨЗГЕРІСТЕР ҚАЖЕТ?

Г.Б.Жүсіпалиева

*Менеджмент университеті МВА-МЗ-2-13 Алматы қаласы*

Г.М.Қорғанбаева

*Ғылыми жетекші, талдаушы Менеджмент университеті Алматы қаласы, э.ғ.к., мемлекеттік басқару магистрі*

**А т л у ы:** Неге ағымдағы БМСК қызмет көрсету моделіне өзгерістер қажет?

**А в т о р л а р ы:** Жусипалиева Г.Б. Алматы қ. Менеджмент университеті МВА МЗ-2-13, Курғанбаева Г.М. ғылыми директоры Алматы қ. Менеджмент университеті

**Т ү й і н д е м е:** Мақалада БМСК жүйесін жетілдіруін талап ететін проблемалық мәселелер көрсетілген.

**Title:** Why do the current delivery model of primary health care need changes?

**Authors:** Zhusipalieva, G.B. Almaty Management University MBA MZ-2-13, Kurganbaeva, G.V. supervisor

**Abstract:** The article reflects on the issues demanding improvement of the primary health care in the Republic of Kazakhstan

Қазақстанның тәуелсіздік жылдары Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесі айтарлықтай өзгерістерді бастан өткерді. Осылайша, соңғы 10 жылда елімізде қазақстандық денсаулық сақтау жүйесін дамытудың дербес моделі құрылды.

Алайда, бастапқы медициналық-санитариялық көмек (бұдан әрі – БМСК) көрсету тұрғысынан аурухана секторының БМСК-дан көп жылдық басымдығының нәтижесінде бір қатар қиын мәселелер туындады.

Халық қажеттілігі үшін денсаулық сақтауға арналған шығыстарының төмен тартылуы: бюджет қаражатын бөлу емдеуге жатқызу деңгейіне тікелей байланысты және БМСК деңгейінде келу санына байланысты емес. 2014 жылдан бастап жан басына шаққандағы кешенді норматив және консультациялық-диагностикалық көмек сомасынан дәрігерлік практиканың жан басына шаққандағы сомасын бөліп алып, нәтижелер бойынша көтермелей негізінде аралас қаржыландырудың жаңа моделі енгізілді.

БМСК көрсетудің ескі моделі: БМСК-ның қазіргі инфрақұрылымы бірегей ұйымдар типтерінің және мейіргерлермен, үй-жайлармен және оларсыз жасақталған медициналық пункттерге (МП), фельдшерлік пункттерге (ФП), фельдшерлік-акушерлік пункттерге (ФАП), ауылдық, аудандық және қалалық емханаларының дәрігерлік амбулаторияларына (ДА) арналған халық нормаларының желісі бар Семашко қызметтерін көрсету моделіне негізделген. Мұндай құрылым Қазақстанда халықтың жол жүруі шектелген және нашар жол инфрақұрылымы, шашыраған шағын ауыл халқына үйінің жанына дәрігер көмегіне жақсы қолжетімділікке мүмкіндік бермеген кезеңдерде жақсы жұмыс істеді. Бұл құрылымның кері жағы ауылдық жерлерде дәрігерлік практиканың жеткіліксіз саны бар БМСК базалық қызметтеріне қолжетімділік пен қалалардағы БМСК ұйымдарында шамадан тыс мамандандырылған медициналық көмектің арасындағы айтарлықтай айырмашылықтардың болуы болып табылады. Денсаулық сақтаудың анағұрлым сапалы қызметін алу үшін ауруханаларға емдеуге жатуға тырысты немесе аудандық және облыстық деңгейлердегі емханаларға дәрігерлердің тағайындауысыз жүгінді.

БМСК ұйымдары мен технологияларының ескірген инфрақұрылымы: Жалпы Қазақстанда ғимараттардың орташа жасы 31 жылды құрайды, бұл ретте емханалар үшін бұл көрсеткіш ДА, ФП және МП салыстырғанда төмен. БМСК ұйымдарын қолданыстағы мемлекеттік стандартқа сәйкес жұмыс істейтін медициналық жабдықтармен жарактандыру деңгейі жартысынан сәл ғана көбін құрады (56%). Компьютерлермен қамтамасыз ету төмен, орташа алғанда 1 компьютерге БМСК персоналының 7.6 штат

бірлігі келеді, бұл ретте, бірнеше пилоттық ұйым ғана электрондық медициналық карталар жүйесін енгізді. Ұйымның инфрақұрылымы мен жабдықтары ескірген болып табылады.

Ауылдық және қала аудандарының арасында медициналық персоналмен қамтамасыз ету теңсіздігі: барлық жерлердегідей әлемде ауылдық аудандарда дәрігерлер тапшылығы және олардың қала жағдайларындағы БМСК-ларда шамадан тыс және маманданудан жоғары бола тұра медициналық персоналдың объективті бөлінбеуі байқалады. Өңірлік жоспарларда ауылдық аудандардың экономикалық дамуына көп көңіл бөлінуіне байланысты персоналдарды тарту жергілікті биліктің орталық міндеті бола бастады.

Келушілер санының БМСК қожетімділігіне негізгі шаралар ретінде бағдарлануы: жан басына шаққандағы келу деңгейі Қазақстанда халықаралық стандартпен салыстырғанда (орташа 5 келу) жоғары болып табылады, алайда бұл келу мазмұны мен нәтижелеріне үлкен көңіл аударуды талап ететін, медициналық көмектің жақсы нәтижелеріне әкелмейді. Қызмет нәтижелерімен байланысты қаржыландыру енгізілгеннен бастап, ұлттық деңгейде бастапқы медициналық көмек қызметтерімен қамту тиімділігі туралы ақпаратты жинауға мүмкіндік беретін жаңа көрсеткіштер есептеу қажет.

Соңғы жылдары медицина саласында болған өзгерістер амбулаториялық және бастапқы медициналық-санитариялық көмек (БМСК) рөлін айтарлықтай арттыруға және стационарлық көмек рөлін қысқартуға әкелді.

Бұл үрдіс сыртқы факторлардың тұтастай қатарымен шарттасқан болатын, оның әрқайсысы Қазақстан Республикасында қызметтер жоспарлауға ықпал етеді:

- Демографиялық және эпидемиологиялық жағдайларды өзгерту нәтижесінде шұғыл көмектен амбулаториялық жағдайларда көрсетілетін ұзақ мерзімді күтіп қарауға қарай сұраныстың жылжуы болады.

- БМСК өсіп келе жатқан қарқыны және созылмалы ауруларды емдеуге арналған профилактикалық медицинаны белсенді пайдалану емдеуге жатқызу қажеттілігін төмендетеді. Жаңа фармацевтикалық схемалар ауруларды емдеу үшін қосымша емдеуге жатқызу қажеттілігін алмастырады (мысалы, ойыЖҚАра ауруларын емдеу үшін заманауи препараттарды пайдалану).

- Стандартталған клиникалық хаттамалар жалпы практика дәрігерлеріне анағұрлым кең таралған ауруларды емдеуге мүмкіндік береді және де мамандандырылған амбулаториялық көмек қажеттілігін төмендетеді.

- Халық қажеттілігіне негізделген халықаралық стандарттарға сәйкес барлық азаматтарға жоғары технологиялық мамандандырылған қызметтерге (уақыты бойынша) тең қолжетімділікті қамтамасыз ете отырып, қызметтерді халыққа жақындастыру қажеттілігі.

- Телемедицинаны созылмалы ауруларды бақылау және қарт адамдарды күтіп қарау үшін пайдалану мүмкіндігі БМСК қызметтерге сұранысты арттырады және емдеуге жатқызу қажеттілігін айтарлықтай қысқартады.

- Халықтың пациенттер қажеттілігіне бағдарланған көмекті алуға күтулерінің өсуі.

Бұдан басқа, Қазақстан Республикасының ерекше, саяси, экономикалық және демографиялық мәтіні мынаған тоғысады: анағұрлым күшті БМСК жүйесінің қажеттілігін Қазақстанның жоғары басшылығы қолдайды. Осылайша, Қазақстан Республикасы Президентінің 2014 жылғы 17 қаңтардағы жыл сайынғы жолдауында БМСК жаңғырту денсаулық сақтаудағы жоғары басымдық болып табылады, ол 2050 жылға қарай халықтың күтілетін өмір сүру ұзақтығын 80 жасқа дейін арттыруға ықпал етеді, сондай-ақ Қазақстанға ЭЫДҰ мүшесі болуға және әлемнің анағұрлым бәсекеге қабілетті отыз еліне кіруге көмектеседі деп атап өтілген.

- ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің 2014-2018 жылдарға арналған стратегиялық жоспары БМСК жаңғыртуды Қазақстан азаматтарының денсаулығын жақсарту және өлімді төмендету, ең жоғарғы халықаралық стандарттарға

сәйкес келетін денсаулық сақтау жүйесіне ауысу мақсатында басты басымдық ретінде анықтады.

- Елімізде айтарлықтай экономикалық қарқын байқалады және ауылдық аумақтардағы экономикалық мүмкіндіктерді қалпына келтіру бойынша амбициялық жоспарлар бар, бұл ретте, әлеуметтік даму да маңызды мақсаттардың бірі болып табылады.

- Көптеген өңірлердегі ауылдардың халқы санының оң өсімінің қарқыны бар, бұл ретте, ауылдық жерлердегі жастардың үлесі қала аудандарымен салыстырғанда жоғары.

- Инфрақұрылымға үлкен инвестициялар құйылған кезде жолдар, жаңа коммуникациялар және электрондық технологиялар, халық сияқты жеткізушілер қызметінің ұтқырлығы өсетін болады, сондай-ақ пациент пен жеткізушінің арасындағы өзара іс-қимыл табиғаты өзгертін болады.

- Ауылдық жерлердегі персоналға, ғимараттарға, жабдықтар мен технологияларға айтарлықтай инвестициялар шұғыл талап етіледі. Бұдан басқа, қалалық жерлердегі БМСК ұйымдарының ауқымды желісін оңтайландыру және дәрігерлік практика мен мамандандырылған медициналық көмектің қызметтер көрсету кезіндегі рөлдерді өзгерту бюджет қаражатын анағұрлым экономикалық тиімді және ұтымды бөлуге қол жеткізу үшін көмектесті.

Әлемде БМСК моделдерін дамыту жүйені жергілікті халықтың денсаулық сақтау қызметтеріне қажеттілігін 90%-ға қанағаттандыруға, кешенді, тез ден қоятын, пациентке бағдарланған және «бірінші контакт» тұтас қызметін көрсетуге ықпал етуге бағытталған, онда жалпы практика дәрігерлері үздіксіз емді қамтамасыз ету және бүкіл денсаулық сақтау жүйесі шеңберінде қозғалысты жеңілдету үшін сақшылар және барлық медициналық қызметтерді үйлестіруші ретінде әрекет етеді. Бірнеше негізгі үрдістер төменде келтірілген.

Бастапқы медициналық-санитариялық көмекті тігінен және көлденеңнен ықпалдастыру: БМСК командасы жергілікті деңгейдегі халыққа жергілікті қоғамдастықтардың деңгейінде бастапқы көмектің ықпалдастырылған моделін дамыту және әлеуметтік қызметтер арқылы медициналық және әлеуметтік қызметтердің толық спекторын көрсетуге тырысуда.

Жергілікті халықтың қажеттілігіне елгезектік бастапқы медициналық көмектің басты элементі болып табылады. Осылайша, қызметтерді таңдау және конфигурациясы бір аумақтан басқа «бір өлшем бәріне бірдей келеді» деген мүлдем жоқ моделіне ауысуы мүмкін. Әрине басқару мен қаржыландыру моделдері айырмашылықта болуы мүмкін.

«Бір терезе» тәсілі және БМСК кәсіп аралық командаларына, топтық практикалар мен желілерге ауысу. Көптеген сарапшылар отбасылық дәрігерлердің, мейіргерлердің және басқа да мамандардың әріптестер сияқты жұмысы денсаулықты жақсартуға, қызметтерге қолжетімділікті арттыруға, ресурстарды және пациенттер сияқты жеткізушілерді де үлкен қанағаттанушылықтарын анағұрлым тиімді пайдалануға әкеледі деген пікірге тоғысады. Мұндай командалардың салауатты өмір салтын жылжытуға және созылмалы ауруларды анағұрлым сапалы емдеуге үлкен мүмкіндіктері бар. Мұндай командалық тәсіл телефондық консультациялық желілерді белсенді енгізумен бірге шұғыл көмек кабинеттеріне қымбат тұратын келу қажеттіліктерін азайта отырып, жұмыс істемейтін сағаттарда бастапқы медициналық көмекке қолжетімділікті жеңілдетеді.

Жеткізушілердің ірі желілері және бірыңғай басқару: жеке практикадан топтық практикаға ауысу және ұсынылатын қызметтер жиынтығын кеңейту үшін үлкен ұйымдастырушылық ауқымдылыққа қол жеткізу мақсатында жалпы практика дәрігерлерді бірыңғай басқарылатын жеткізушілердің ірі желілеріне біріктіру жүргізіледі, ол өз кезегінде оның қызметтерінің тұрақтылығын арттыруға мүмкіндік береді. БМСК «ауқымды» моделдерінде жергілікті практикада пациенттерге арналған бастапқы контакт нүктесі сақталады, консультациялық көмек пен қолдаудың анағұрлым ауқымды желісі

нығайтылады, ал ұйымдастырушылық ауқымдылық жергілікті жерлерде БМСК қолжетімділігі мен сапасын (нашарлату емес) күшейту үшін пайдаланылады.

Жаңа технологиялардың басымдылықтары: БМСК телемедицина технологиясын (оның ішінде мобильді денсаулық сақтау теле денсаулық, теле отырыстар, теле дәріхана, қашықтық мониторингісі, қашықтықтан оқыту) жалпы практика дәрігерінің, әсіресе ауыл халқына қызметтер көрсету, оның басқа медицина мамандарымен өзара байланыс процесіне, оны оқыту мен қолдау процесіне көбірек ықпалдастырады. Бір-екі он жылдықтың ішінде бұл Қазақстанды қоса алғанда барлық елдер үшін шынайылық болады.

Жоғарыда айтылғанды ескере отырып, БМСК қызметтерінің барынша қолжетімділіктерін қамтамасыз ету үшін жергілікті атқарушы органдармен бірлесіп өңірлердің географиялық, климаттық, демографиялық және эпидемиологиялық ерекшеліктерін, сондай-ақ халықаралық тәжірибені ескере отырып, денсаулық сақтау инфрақұрылымын жаңғырту бойынша кешенді жоспар құру және бекіту қажет.

#### **Көздері:**

1. Қазақстан Республикасы Президентінің 2014 жылғы 17 қаңтардағы «Қазақстан жолы -2050: Бір мақсат, бір мүдде, бір болашақ» атты Қазақстан халқына жолдауы;
2. Мемлекет басшысының 2014 жылғы 11 қарашадағы «Нұрлыжол – болашаққа жол» атты Қазақстан халқына жолдауы;
3. «Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің 2014-2018 жылдарға арналған стратегиялық жоспары туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2014 жылғы 5 желтоқсандағы № 299 бұйрығы;
4. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің есептік деректері;
5. Старфилд Б. (2009). Будущее ПМСП: изменение направления Системы.
6. Атун Р. (2004). В чем заключаются преимущества и недостатки реструктуризации системы здравоохранения с большим фокусом на услуги ПМСП? Копенгаген, WHO Regional Office for Europe.

## **ҚЫЗМЕТТЕРДІ БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ УСЛУГАМИ**

### **ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТІНІҢ БМСК ДЕНГЕЙІНДЕГІ ЗАМАНАУИ ЖАҒДАЙЫ: ЖАҢҒЫРТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ МЕН БАСЫМДЫҚТАРЫ**

**Ж.А. Арзықұлов**

*А.Н.Сызханов атындағы ұлттық ғылыми хирургиялық орталықтың бас директоры,  
Алматы қаласы*

**У.Ш.Медеубеков, О.Ж.Нарманова, Н.А.Избағамбетов, Г.С.Сеитова.**

*А.Н.Сызханов атындағы ұлттық ғылыми хирургиялық орталығы, Алматы қаласы*

**Аталуы:** БДСК деңгейіндегі ҚР хирургиялық қызметінің заманауи жағдайы: модернизацияның проблемалары мен перспективалары.

**Авторлары:** Арзықұлов Ж.Ә., Медеубеков Ұ.Ш., Нарманова О.Ж., Избағамбетов Н.А., Сеитова Г.С. А.Н. Сызғанов атындағы ұлттық ғылыми хирургиялық орталық, Алматы.

**Түйіндеме:** Мақалада БДСП ролін нүшейту жолымен ҚР халқына хирургиялық қызметтің ары қарай даму ұсынынады хирургиялық технологиялық азшығынды және ресурсты сақтаушы формасына көшуге жағдай жасау, хирургиялық аурулардың санациясын жоғарлы арттыру, сапалы хирургиялық көмектің уақытылы және қолжетімді көрсетілуі, зерттеулер мен емдеуде жоғарғы технологиялық заманауи әдистерді меңгеру, медициналық тулғалардың кәсіби және жекелеген өсуіне мотивация үшін жағдай тудыру, көпшіліктің талабы мен саудадағы жағдайына хирургияның көмек жүйесінің адаптациясы

**Title:** Current status of surgical services of Kazakhstan on the level of phc: problems and prospects of modernization

**Authors:** Arzykulov Zh.A, Medeubekov U.Sh., Narmanova O.Zh., Izbagambetov N.A., Seitova G.S.

**Abstract:** The article proposes measures to further develop surgical services for the population of Kazakhstan by strengthening the role of primary care, create conditions for the transition to a low-cost and resource-efficient forms of surgical techniques, increasing the planned reorganization of surgical diseases, availability and timely delivery of high-quality surgical care, the introduction of modern high-tech methods of diagnosis and treatment, as well as creating conditions to motivate professional and personal growth of medical personnel, adaptation of surgical care to the modern requirements and market conditions of the society.

2011 жылдан бастап Қазақстанда хирургиялық қызмет донор жүрегін, бауырын және бүйрегін ауыстырып-қондыру техникасын табысты игерді. Кардиохирургиядағы, ангиохирургиядағы, торокальді және абдоминальді хирургиядағы жаңа, кіші инвазивті және жоғары технологиялық араласулардың үлес салмағы артты. Мамандарды оқыту және ағымдағы жылы балалардағы алғаш өкпе трансплантациясын және бауырды ауыстырып-қондыруды игеруге материалдық-техникалық базасын дайындау бойынша үлкен жұмыс жүргізіледі.

Сонымен қатар, хирургиялық қызмет жұмысында шешімінен республика азаматтарының денсаулығын және пациенттердің өмір сүру сапасын одан әрі жақсарту байланысты болатын кемшіліктер сезіледі. Бірінші кезекте БМСК деңгейіндегі хирургиялық көмектің дамуының әлсіз деңгейі және хирургиялық көмек көрсетудің әртүрлі деңгейлеріндегі сияқты мамандар арасындағы және хирургиялық ауруларды ерте диагностикалау мен уақтылы анықтау, операциядан кейінгі бақылау және оңалту көмегі байланысты болатын аралас мамандықтардың мамандары арасындағы әлсіз өзара іс-қимыл, яғни емхана мен стационардың арасындағы әлсіз сабақтастық байқалады.

Хирургиялық көмек көрсетудің барлық деңгейлерінде мультитәртіптік тәсіл жоқ. Қымбат тұратын стационарлық хирургиялық көмек көрсетілгеннен кейін БМСК деңгейінде пациенттердің жағдайына мониторинг тиісті деңгейде ұйымдастырылмаған, ол емдеу нәтижелерінің тиімділігін азайтады. Емдеу нәтижелерінің нақты индикаторлары жоқ. Бұдан басқа, статистикалық есепке алу қолданыстағы тіркелімдер жұмысын одан әрі пысықтауды, өзектендіруді және жақсартуды талап ететін созылмалы инфекциялық аурулар санының өсуімен байланысты мәселелерді шешу қажет.

Ұлттық денсаулық сақтау жүйесін ұзақ мерзімді жаңғырту шеңберінде өңірлердің хирургиялық көмек көрсету сапасын теңестіру, жаңа хирургиялық технологияларды енгізу, барлық деңгейлердегі әртүрлі қызметтер мамандарының өзара іс-қимылын арттыру, сондай-ақ медициналық мекемелердің кадрлық әлеуеті мен материалдық-техникалық жарақтандырылуын жақсарту қажет.

Аудандық деңгейде хирургиялық кадрлармен қамтуды арттыру қажет, өйткені қала мен ауылда хирургиялық көмек көрсететін кадрлардың диспропорциясы байқалады. БМСК деңгейінде хирургиялық көмекті хирургиялық бейіндегі мамандардың жалпы санына кемінде 10% көрсетеді.

Осылайша, ресми статистика деректері бойынша Қазақстан Республикасында барлығы 2013 жылы хирургиялық бейіннің 7 684 дәрігер есептелді, оның үштен бірі (30,5) Алматы (1345) және Астана (1000) қалаларында жұмыс істеген.

Еліміз бойынша көмек көрсетудің әртүрлі деңгейлеріндегі жалпы хирургтердің саны 3 215 адам болып отыр. Оның ішінде ауылдық жерлерде хирургиялық көмек көрсетумен 565 жалпы хирург дәрігерлер айналысады, ол хирургиялық қызмет мамандарының жалпы санынан барлығы 17,6% құрайды. Қалаларда хирургиялық көмекті мамандардың 82,4% көрсетеді. Бұл цифрлар білікті және сапалы хирургиялық көмек көрсету үшін аудан халқының қалаға баруына тура келеді.

Қазақстан Республикасында соңғы жылдары амбулаториялық-емханалық буынды кезең-кезеңмен күшейту жүргізіледі. 2014 жылы амбулаториялық-емханалық ұйымдар күндіз келу төсектерінде хирургиялық бейіннің барлық қызметтері бойынша операцияның



барлық түрлерінің шамамен 45,6% жасалады, яғни стационар жағдайларында операциялық араласулар БМСК жағдайына қарағанда 19,3% артық орындалады (1-кесте).

БМСК деңгейіндегі хирургиялық көмек үлесінің жыл сайынғы артуына қарамастан, әлі күнге дейін стационарлық хирургиялық көмекке қарай басымдық байқалуда.

1-кесте – ҚР БМСК ұйымдарында хирургиялық бейіндегі аурулар кезінде барлық орындалған операциялық араласулардың саны (2014 жыл).

Амбулаториялық-емханалық ұйымдар (АЕҰ)		Стационарды алмастыратын көмек көрсететін ұйымдар		Барлығы	
науқастар саны	операциялар саны	науқастар саны	операциялар саны	науқастар саны	операциялар саны
524 413	568 656	59 273	63 122	583 686	631 778
89,8%	90,0%	10,2%	10,0%	100%	

Ұсынылған кестеден көріп отырғанымыздай БМСК деңгейінде хирургиялық көмек көрсету құрылымында 2014 жылы амбулаториялық-емханалық ұйымдар 524 413 науқасқа 568 656 операциялық араласулар жасады, стационарды алмастыратын көмек көрсететін ұйымдар 59 273 науқасқа 63 122 операциялық араласулар жасады.

Сонымен қатар, ішперде қуысы ағзаларына, тыныс алу ағзаларына, қан тамырларына, өңешке, эндокриндік жүйеге, тік ішекке, теріге және тері асты жасушасына операция жасауды қамтитын БМСК деңгейінде жалпы хирургиялық аурулар кезіндегі тек операциялық араласулар 358 622 науқасқа 386 743 жағдайда ғана жасалды, ол амбулаториялық және стационарлық хирургиялық көмек алған хирургиялық науқастардың жалпы санынан 61,4% құрады (2-кесте).

2-кесте - БМСК ұйымдарында жалпы хирургиялық аурулар кезінде жасалған операциялық араласулардың саны (2014 жыл).

Амбулаториялық-емханалық ұйымдар (АЕҰ)*		Стационарды алмастыратын көмек көрсететін ұйымдар *		Барлығы	
науқастар саны	операциялар саны	науқастар саны	операциялар саны	науқастар саны	операциялар саны
330 189	356 604	28 433	30 139	358 622	386 743
92,1%	92,2%	7,9%	7,8%	100%	

\*- ішперде қуысы ағзаларына, қан тамырларына, теріге және тері асты жасушасына;

Жалпы хирургиялық аурулары бар науқастарға БМСК деңгейінде хирургиялық көмек көрсету құрылымында 2014 жылы амбулаториялық-емханалық ұйымдар және стационарды алмастыратын көмек көрсететін ұйымдар 65,5%, ал стационарда - 34,5% хирургиялық араласулар жасады. Оның ішінде амбулаториялық-емханалық ұйымдар 330 189 науқасқа 356 604 операциялық араласулар жасады, ол хирургиялық науқастардың жалпы санынан 63,0% құрады. Бұл қан тамырларына жасалған – 1261, ішперде қуысы ағзаларына – 1419, тері мен тері асты жасушаларына – 289 719 операциялар, сондай-ақ өзге де - 64 205 араласулар.

Стационарды алмастыратын көмек көрсететін ұйымдар 28 433 науқасқа 30 139 операциялық араласулар жасады, ол хирургиялық науқастардың жалпы санынан 5,4% құрады. Бұл да қан тамырларына жасалған – 253, ішперде қуысы ағзаларына – 1 670, тері мен тері асты жасушаларына – 10 393 операциялар және өзге де - 17 823 араласулар.

Ең төменгі жан басына шаққандағы кешенді нормативтің (ЖНК) енгізілгеніне қарамастан, ТМККК қамтамасыз етудегі теңсіздік қысқарды, сондай-ақ стационарлық хирургиялық көмектің тарифі БМСК деңгейіндегі хирургиялық көмектің тарифтерінен

жоғары болуы салдарынан БМСК қаржы қаражаттарының көлемі 17%-ден 26%-ға дейін артты, негізсіз емдеуге жатқызудың және стационарлық науқастарды көмек көрсету деңгейлері бойынша ұтымсыз бөлудің жоғары деңгейі байқалады.

Мысалы, 2014 жылы республиканың стационарларында тері және тері асты жасушаларға жалпы хирургиялық араласулар ғана 47 893 (23,5%) жағдайларда жасалды, оның үлкен бөлігін БМСК деңгейінде дұрыс жасауға болатын еді.

Жоғарыда көрсетілген деректерді талдау стационар науқастарының ¼ бөлігінің көбін амбулаториялық науқастар құрайды деп суреттеді.

Сонымен қатар, БМСК деңгейінде хирургиялық қызметтің әлсіз дамуы және қызметтер арасындағы төмен сабақтастық жағдайды түбегейлі жақсартуға мүмкіндік бермей отыр. Сондықтан Тұжырымдаманың басты міндеттерінің бірі БМСК рөлін жақсарту және БМСК деңгейінде хирургиялық ауруларды ерте айқындауға мультитәртіптік тәсілдер бағдарламасын, науқастарды стационарға дейін емдеу сабақтастығын, сондай-ақ БМСК деңгейінде пациенттердің жағдайын операциядан кейін мониторингтеу мен оңалтуды енгізу болып табылады.

Қазақстанның 160 ауданынан 15 ауданның қала құрамына кірмейтін төрт ауданында 108 мыңнан 320 мыңға дейінгі адам халық саны есептеледі (2-кесте).

3-кесте – 100 мыңнан астам адам халық саны есептелетін Қазақстанның аудандары (2014 жыл)

№	Өңір атауы	Аудандағы халық саны
<i>Оңтүстік Қазақстан облысы</i>		
1	Сайрам ауданы	320 477
2	Сарыағаш ауданы	315 638
3	Мақтаарал ауданы	303 043
4	Төлеби ауданы	134 094
5	Ордабасы ауданы	118 721
6	Түлкібас ауданы	109 159
7	Қазығұрт ауданы	108 788
<i>Алматы облысы</i>		
8	Қарасай ауданы	295 508
9	Еңбекшіқазақ ауданы	288 121
10	Іле ауданы	199 427
11	Талғар ауданы	193 194
12	Жамбыл ауданы	148 310
13	Панфилов ауданы	124 674
<i>Жамбыл облысы</i>		
14	Қордай ауданы	137 444
<i>Маңғыстау облысы</i>		
15	Мұнайлы ауданы	128 657

БМСК рөлін одан әрі күшейту және хирургиялық көмектің сапасын жақсарту, сондай-ақ негізсіз емдеуге жатқызу санын қысқарту үшін осы 15 ауданда қолданыстағы аудандық ауруханалардың базасында заманауи диагностикалық және хирургиялық жабдықтармен және оларға хирургиялық ауруларды айқындау мен емдеуде мультитәртіптік тәсілді қолдану мақсатында аралас бейіндегі мамандарды шоғырландыра отырып, жарақтандырылған «Өңірлік амбулаториялық хирургия орталықтарын» (ӨАХО) ұйымдастыру қажет. Бұдан басқа, ӨАХО амбулаториялық-емханалық қана емес,

стационарды алмастыратын көмекті де көрсететін болады. Қосымша, қажеттілігіне қарай ӨАХО бастапқы травматологиялық және оналту көмегін көрсетуге болады.

ӨАХО ұйымының тағы бір оң жағы жұмыс істеп тұрған аудандық ауруханалардың базасында қажеттілігіне қарай аудандық ауруханалардың диагностикалық жабдықтарын пайдалану, науқастарды хирургиялық стационарларға жедел емдеуге жатқызу мен қарқынды терапия көрсету мүмкіндігі болып табылады, өйткені ауруханаларда стационарлық төсектер мен қарқынды терапия палаталары ашылған. Бұл негізсіз емдеуге жатқызу санын қысқартуға, шұғыл жағдайларды айқындаған жағдайларда емдеуге жатқызуға дейінгі мерзімдерді қысқартуға, пациент бағдарын қысқартуға және оңтайландыруға мүмкіндік береді.

Бұдан басқа, БМСК жаңғырту бойынша қойылған міндеттерге тиімді қол жеткізу мақсатында БМСК қаржыландыруды одан әрі жоспарлы арттыру және бастапқы буындағы хирургиялық бейін мамандарын олардың еңбек ақыларын арттыру арқылы ынталандыру қажет. Мысалы, Экономикалық ынтымақтастық және даму ұйымдарының елдерінде (34 қатысушы ел) медициналық көмекті қаржыландыру құрылымы 34% - стационарды, 61% - БМСК және 5% - жедел жәрдемді құрайды. Бұл денсаулық сақтау жүйесі жұмысының тиімді екенін көрсетеді.

Осылайша, хирургиялық қызмет жұмысын талдау БМСК деңгейінде хирургиялық араласулар санының артуына қарай жағымды жылжулар бар екенін көрсетеді.

Алайда, хирургиялық қызметті одан әрі дамыту үшін мыналар қажет:

- БМСК хирургиялық қызметін басқа да қызметтермен ықпалдасу деңгейін арттыру қажет, ол хирургиялық науқастарға медициналық көмек көрсетудің сабақтастығын қамтамасыз етуге және ем тиімділігін арттыруға көмектеседі;

- хирургиялық науқастардың уақтылы айқындаудан бастап оналту мен үйге жіберуге дейінгі бағдары жүйесін енгізу бойынша жұмыс жүргізу;

- 100 мың және одан көп халқы бар елді мекендердегі және аудандардағы аудандық ауруханалардың базаларында «Өңірлік амбулаториялық хирургия орталықтарын» (ӨАХО) ұйымдастыру;

- ӨАХО БМСК (амбулаториялық-емханалық және стационарды алмастыратын) деңгейлерінде хирургиялық көмекті шоғырландыру, ол хирургиялық бейіндегі мамандар (хирургтер, травматологтар, проктологтар, жақ-бет хирургтері және т.б.) көмек көрсеткен кезде мультитәртіптік тәсілді қамтамасыз етуге және тәуліктік стационар деңгейінде негізсіз емдеуге жатқызу сандарын айтарлықтай қысқартуға мүмкіндік береді.

Осылайша, ӨАХО стационарды алмастыратын және ресурсты сақтайтын хирургиялық технологияларды арттыру бойынша үйлестіретін және ықпалдастырылатын функцияларды орындайтын болады, онда бастапқы хирургиялық көмек көрсетілетін, теріге және тері асты жасушаларына жасалатын операциялар, жараларды бастапқы хирургиялық тазалау, қысылмаған жарықтарға операциялар және басқалары сияқты қиын емес жоспарлы хирургиялық араласулар жасалатын болады.

Отандық хирургиялық қызметті жеткілікті қарқынды дамуына қарамастан, проблемаларда бар:

*1) Нәтижелердің тиімділігі және халыққа хирургиялық көмек сапасын арттыру.*

БМСК мен стационардың арасындағы сабақтастықты бастапқы буында ықпалдастырылған және қолжетімді хирургиялық көмекті қалыптастыру бөлігінде БМСК деңгейіндегі хирургиялық қызметтің рөлін күшейту арқылы қамтамасыз ету қажет. Ол үшін кадрлық және материалдық-техникалық ресурстарды амбулаториялық-емханалық және стационарды алмастыратын көмек көрсететін 15 ірі ауданның аудандық орталық ауруханаларының базасында ұйымдастырылған «Өңірлік амбулаториялық хирургия орталықтарына» шоғырландыру қажет, яғни ӨАХО хирургиялық науқастар ағымын негізгі реттеуші функциясын орындауы тиіс.

Аудандық және қалалық стационарлардағы бастапқы буын мамандары жұмысының схемасын пысықтау және енгізу қажет, ол хирургиялық көмек көрсетудегі сабақтастықты

арттырып қана қоймай, БМСК мамандарының біліктілігін амбулаториялық жағдайларда науқастарды операциядан кейін емдеу бөлігінде арттырады және емнің нәтижелілігін арттырады.

2) *Пациентті бағдарлау және мамандардың мультитәртіптік командасының диагностикалық, емдік және оңалту қызметтерінің толық циклын көрсетуі.*

Барлық деңгейлерде мультитәртіптік командалар құру жолымен аралас бейінді қызметтердің өзара іс-қимылын күшейту керек, ол консультацияны және арнайы мамандардың қызметін, стационарға жіберуді, сондай-ақ барлық қызметтердің медициналық көмекті уақтылы және толық көрсетуін бақылауды қоса алғанда медициналық көмек көрсетуді үйлестіруі тиіс.

Мультитәртіптік команда хирургиялық, терапиялық, диагностикалық және оңалту бейіні мамандарынан тұруы тиіс. БМСК деңгейінде мультитәртіптік команда құрылады және амбулаториялық-емханалық ұйымдардың және ӨАХО базасында жұмыс істеуі тиіс.

3) *Бәсекеге қабілетті ғылыми-инновациялық қызмет және қаржылық менеджменттің тиімділігін арттыру.*

Қолданыстағы тариф қалыптастыру және қызметтер көрсетуге, әсіресе БМСК деңгейіндегі шығындарды өтеу жүйесін қайта қарау қажет. Бастапқы буын маманының жұмысы беделді және уәжделген болуы тиіс.

Қызметтің кадрлық әлеуетін арттыру нақты уәждеу, оның ішінде материалдық жүйені әзірлеуді талап етеді. Хирургтердің жалақысының деңгейі шетелдік орталық мамандарының деңгейіне сәйкес келуі тиіс, осыдан хирургиялық қызметтерге ақы төлеуді ескере отырып, тарифтерді қайта қарау қажеттілігі туындайды. Орындалатын хирургиялық операциялардың қиындық сапаларын ескере отырып, операциялар санының нормативтерін де қайта қарау қажет.

#### Көздері:

1. «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының Кодексі.
2. «Бастапқы медициналық-санитариялық көмек: бүгін басқа уақытқа қарағанда өзекті» (Әлемдегі денсаулық сақтау жағдайы туралы баяндама, 2010 жыл).
3. «Денсаулық сақтау саласындағы әлеуметтік қызметкерлерге қойылатын біліктілік талаптарын және оларды аттестаттау ережесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2009 жылғы 16 наурыздағы № 134 бұйрығы.
4. «Денсаулық сақтау қызметкерлері лауазымдарының біліктілік сипаттарын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2009 жылғы 26 қарашадағы № 791 бұйрығы.
5. «Денсаулық сақтау ұйымдарының үлгі штаттары мен штат нормативтерін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы 7 сәуірдегі № 238 бұйрығы.
6. «Медициналық және фармацевтикалық мамандықтардың біліктілік сипаттамаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2009 жылғы 12 қарашадағы № 699 бұйрығы.
7. «Қазақстан Республикасы халқының денсаулығы және денсаулық сақтау ұйымдарының 2013 жылдағы қызметі» статистикалық жиынтығы, Астана 2014 жыл.

---

## ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫНЫҢ АУЫЛ ХАЛЫҚЫНЫҢ ОНКОЛОГИЯЛЫҚ СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҒЫ

**А.Э.Қажыбаев**

*Алматы облысы, Іле ауданы «Іле АОА» ШЖҚ МҚК директорының медициналық қызметтердің сапасын бақылау жөніндегі орынбасары*

**А т а л у ы:** Қызылорда облысында қатерлі ісік ауыруыдың кездесуі

**А в т о р л а р ы:** Қажыбаев Артур Эстенұлы Медицина ғылымының магистрі, Іле аудандық ауруханасының директорының орынбасары.

**Түйіндемесі:** Жаңақорған және Сырдария аудандарында онкологиялық аурулар бойынша скринингтік бағдарламаларын талдау анализі жүргізілді. Осы процестерді жақсарту үшін, енгізу және жетілдіру механизмдері ұсынылады

**Title:** Cancer incidence among RURAL POPULATION of Kyzylorda region

**Authors:** Kazhibayev Arthur Estenovich master of medical sciences, deputy director of kkm, "ILI crb" Ili district, Almaty region.

**Abstract:** The analysis of screening programs for cancer diseases in Zhanakorgan and Syrdarya regions.

Introduction and improvement mechanisms will improve these processes.

**Өзектілігі.** Денсаулық, басқару, ұйымдастыру және медициналық көмектің жай-күйі мәселелердің ауыл тұрғындары үшін үлкен әлеуметтік, саяси және экономикалық мәні бар.

2010 жылы ҚР Президентінің Жарлығымен Қазақстан Республикасының денсаулық сақату саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы (бұдан әрі -ДСМБ) бекітілді, ол БМСК қолжетімдігі мен сапасын жақсартуды, БМСК-ның әлеуметтік-бағдарланған және ықпалдастырылған моделін құруды көздейді.

ДСМБ-да медициналық көмектің қолжетімділігін қамтамасыз ету және халыққа, оның ішінде ауыл тұрғындарына көрсетілетін қызметтердің шұғылдығын арттыру көзделген.

ДСМБ негізгі міндеттерінің бірі бастапқы профилактика, скринингтік зерттеулер бойынша профилактикалық іс-шараларды күшейту, негізгі әлеуметтік мәні бар аурулар мен жарақаттарды диагностикалауды, емдеуді және оңалтуды жетілдіру болып табылады.

Өмір сүру ұзақтығын анықтайтын маңызды фактор өлім, оның ішінде онкологиялық аурулардан болатын өлім болып табылады. Көрсеткіштердің төмендеу үрдісіне қарамастан, соңғы жылдары онкологиялық аурулардан болатын өлімінің деңгейі қазіргі уақытта, бірінші орынды алып отыр, одан кейінгі орында қан айналымы жүйесі аурулары. Өлім көрсеткіштерін төмендету емдеу-профилактикалық көмектің қолжетімділігін жақсартуға, ерте диагностикаға және емдеудің заманауи тиімді әдістері мен схемаларын енгізуге бағытталған саладағы жоспарлы кешенді жоспардың нәтижесі болып табылады.

2014 жылдың басында 726,7 мың адамды құрайтын Қызылорда облысы халқының санын талдау кезінде ауыл халқының үлесі 57,3 % құрайтыны айқындалды. Қызылорда облысының аумақтық ерекшеліктерінің арасында облыс орталығы Қызылорда қаласын қоспағанда, ірі қалалардың жоқ екенін атап өту қажет. Облыс аудандарының бөлісінде халықтың анағұрлым көп саны 77,5 мың адам Жаңақорған ауданында байқалады, ол Қызылорда қаласынан 200 км. қашықтықта орналасқан. Халық санының ең азы Қызылорда қаласына жақын орналасқан (52 км) Сырдария ауданында – 39,5 мың адам. 5 жыл бойы халықтың айтарлықтай өсімі Жаңақорған ауданында (4,9%) байқалады, халық саны өсімінің төмендеуі Сырдария ауданында 1 %-ға байқалады.

#### **Зерттеу материалдары мен әдістері.**

Зерттеу объектілері ретінде Қызылорда облысының Жаңақорған АОА және Сырдария АОА таңдалды.

Зерттеу нәтижелерін кешенді талдау кезінде амбулаториялық-емханалық көмекті оңтайландыру бойынша ұсыныстарды әзірлеу үшін вариациялық статистиканың, түйіндеу талдамасының және параметр емес статистиканың әдістері пайдаланылды. Деректерді математикалық-статистикалық өңдеу SPSS 15.0 нұсқасының, Statistica 6.0 нұсқасының қолданбалы бағдарламаларының топтамасын пайдалана отырып жүргізілді.

Денсаулық көрсеткіштерін талдау кезінде ҚР ДСӘМ-нің, Облыстың денсаулық сақтау департаментінің статистикалық деректері, дәрігерлер мен Қызылорда облысының ауыл халқының арасындағы дербес әлеуметтік зерттеу деректері пайдаланылды.

**Нәтижелер және талқылаулар.** Ауыл халқының арасында жалпы туу көрсеткішінің төмендеу қарқыны – -0,2%-ға; жалпы өлім – -16,8%; табиғи өсім – +5,9% кем. Осылайша,

жалпы өлім көрсеткішінің төмендеуіне оң үрдіс төмендейтін туу аясында байқалады, ол отбасын жоспарлау, белсенді еңбекке қабілетті ұзақ өмірді ұзарту, скринингтік бағдарламаларды белсендендіру саласындағы анағұрлым қолданыстағы әлеуметтік демографиялық бағытталған бағдарламаларды қалыптастыруды талап етеді.

Халық өлімінің негізгі себептері үш сыныппен ұсынылған: қатерлі ісіктер (0,6 мың адам деңгейінде тұрақты қалатындар), қан айналым жүйесі аурулары (төмендеу қарқыны – 54,5%), тыныс алу ағзаларының ауруы (өсу қарқыны +33,3%) және жазатайым оқиғалар, уланулар мен жарақаттар (+25,0%) (1-кесте).

1-кесте – Өлім себептерінің негізгі сыныптары бойынша өлім (мың адам).

Өлім себептері	2009	2010	2011	2012	2013	В % к 2009 г.
қатерлі ісіктерден болатын	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	-
қан айналым жүйесі аурулардан болатын	2,2	2,0	1,6	1,5	1,0	-54,5
тыныс алу ағзалары ауруларынан болатын	0,3	0,3	0,3	0,2	0,4	+33,3
жазатайым оқиғалардан, уланулар мен жарақаттардан болатын	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	+25,0

Ұлттық скринингтік бағдарламаны іске асыру үшін Қызылорда облысында онкопатологияға тиісті жабдықтар (ректоскоптар, ректороманоскоптар және басқалар) сатып алынды, амбулаториялық-емханалық ұйымдардың медициналық персоналы оқытылды.

Дерективті құжаттарға сәйкес сүт безі обырын айқынаду үшін 50,52,54,58,60 жас аралығындағы әйелдер қарап-тексеруге жатады. Сүт безі обырын айқындауға 2011 жылы 8579 әйел зерттеп-қаралды. Олардың ішінде 97,0%-ның дені сау болып шықты.

Скрининг деректері бойынша алынған деректер Жаңақорған ауданында – 87,5% және Сырдария ауданында – 87,6% көрсетті, ол қаралып-тексерілгендердің саны жоспарланғандардан аз, ал Сырдария ауданында айқындалған науқастардың – 20,0% диспансерлік есепке алудың ең төменгі пайызы байқалды;

2013 жылы 50,52,54,58,60 жастағы 13976 әйел сүт безі обырын айқындауға қарап-тексерілді. Жалпы облыс бойынша жоспарланғаннан көп әйел қамтылды – 101,5%; айқындалғаны – 11,8%; есепке алынғаны – 95,6%. Барлық өңір бойынша жоспар орындалды. Ең көп патология Қызылордада – 20,2%; Сырдарияда – 14,7% айқындалды.

Жатыр мойны обырын айқынаду үшін 2011 жылы 30,35,40,45,50,55,60 жастағы 11530 әйел зерттеп-қаралды, олардың 57,7% дені сау болып шықты. Алынған деректерге сәйкес жатыр мойны обырының ең жоғарғы айқындылығы – Жаңақорған (89,7%), Сырдария аудандарында, ең төменгісі – Қызылордада (25,5%).

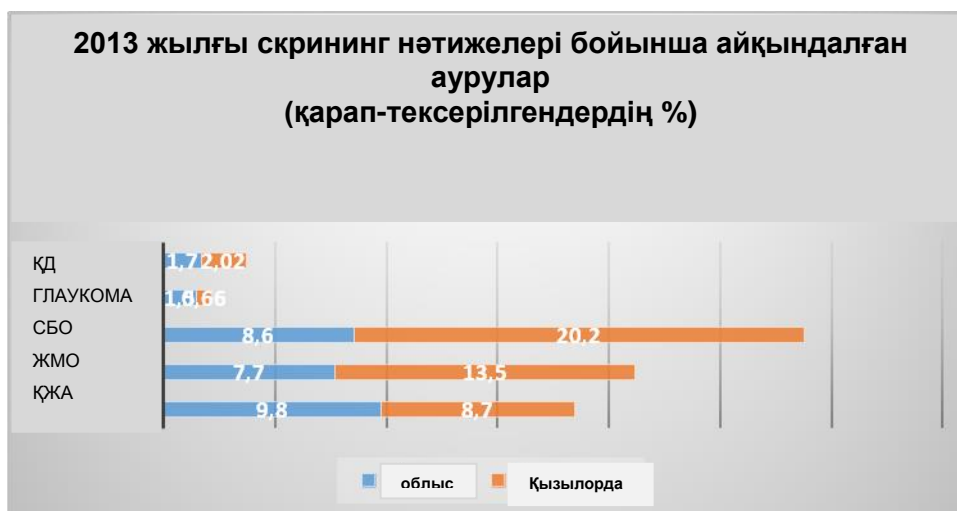
Пациенттерді скринингпен қамтудың ең төменгі көрсеткіші Жаңақорған ауданында – 87,3% байқалады. Ең жоғарғы айқындылық Қызылордада – 23,0% байқалған. Ең төменгісі – Жаңақорғанда (1,2%), бірақ осы өңірлерде айқындалған барлық науқастар диспансерлік есепке алынды. Сырдария ауданында есепке 1 науқас алынды (ол 1,8% құрайды); Қызылордада – 38,2%. Жатыр мойны обырын ерте сатыларда айқындау деңгейі бойынша Қызылорда облысы орташа республикалық көрсеткіштерден артта қалды: 2011 жылы 1-2 сатысындағы жатыр мойны обыры жағдайының республикалық көрсеткіші 88,7% болған кезде 16,7% ғана айқындалды, 2012 жылы 66,7% және сәйкесінше 91,2%. 2013 жылы жатыр мойны обырының ерте диагностика көрсеткіші республикалық деңгейге жетті.

Әйелдердің жатыр мойны обырын ерте айқындау скринингісінің көлемі мен тиімділігін 2013 жылы талдау мынаны көрсетті: егер, жалпы облыс бойынша белгіленген жоспарды шамадан тыс орындау 104,8% құраса, онда Жаңақорған ауданында 108,4% құрады. Науқастардың көбі Қызылордада – 13,5%; Жалағаш ауданында – 8,8% айқындалды. Жаңақорған ауданында бірде бір науқас айқындалмаған. Жалағаш ауданынан басқа (70,5%) барлық қажет ететіндер есепке алынды.

Тоқ ішек және тік ішек обырын айқындауға скринингтік зерттеп-қарау нәтижелері жалпы облыс бойынша қарап-тексеру жоспары шамадан тыс орындалғанын көрсетті + 15,7%; Қызылордадан 2 науқас айқындалды, олар есепке алынды.

2011 жылы тоқ ішек және тік ішек обырын айқындауға скринингтік бағдарлама бойынша 50, 52,54,56,58,60,62,64,66,68,70 жас ерекшелігі тобындағы 14688 адам қарап-тексерілді, ол барлығы 43,6% құрады. Бәрінен көп Қызылорда қаласында қарап тексерілді – 77,5%; ең төменгі пайыз – Жаңақорған ауданында – 4,8%. Жалпы облыс бойынша бес науқас айқындалды.

Аудандық ауруханаларда тоқ ішек және тік ішек обырын айқындауды скринингтік бағдарламалардың орындалуы бойынша талдау нәтижелері Жаңақорған ауданынан (85,0%) басқа қамтуға жататын аудандар контингенттерінің – жүз және одан көп пайыздары жеткілікті жоғары көрсеткіш екенін көрсетті. Барлығы 3 науқас айқындалды. 2011 жылы айқындалған науқастардың саны 5 адамды құрады. Осылайша, коллоректалды обыр айқындылығының орташа республикалық көрсеткіші 2012-2013 жылдары сәйкесінше 0,02% және 0,04% құрады. Скрининг барысында айқындалған барлық пациенттер диспансерлік есепке алынды және арнайы ем алды.



1-сурет. Қызылорда облысында ауруларды айқындау бойынша скринингтік нәтижелер

**Қорытынды.** Осылайша, Жаңақорған және Сырдария аудандарында өткізілген скринингтік бағдарламалардың талдауы облыстың қоғамдық денсаулық сақатудың жоғары тиімділігіне қол жеткізуге мүмкіндік бермейтін кейбір жүйелі проблемалар бар. Осы процестерді жетілдіру үшін халық денсаулығын қамтамасыз ететін тетіктерді енгізу және жетілдіру, жұмыс көлемін нақты жоспарлау, пациенттердің, әсіресе созылмалы аурулары бар қауіп топтарының немесе денсаулықты қалпына келтіруге және нығайтуға жіберілген жекелеген жіті ауруларды бастан өткерген науқастарды тиімді динамикалық бақылау арқылы профилактикалық жұмысқа назар аудару қажет.

#### Көздері.

1. Кучеренко В.З. Реформирование здравоохранения в мире как общественный процесс // Пробл. управления здравоохранением. – 2005. – № 4 (23). – С. 5-10.
2. ҚР Президентінің 2010 жылғы 29 қарашадағы Жарлығымен бекітілген 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы.
3. Сценарий развития направления «Здоровье нации» в Казахстане на период до 2030 года.- Отчет 106 с. -Астана, 2013г.
4. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2000. - 432с
5. Антонов О.В. Новые организационные формы оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению // Здравоохранение Российской Федерации. – 2007. - № 2. – С. 11-13.

6. Faragher E.B., Cass M., Cooper C.L. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis // *Occup. and Environ. Med.* – 2005. – V. 62. – № 2. – P. 105-112.
7. Daugherty J.E. A cooperative experience in rural health education for medical students / J.E. Daugherty, P.A. James. // *J. Agromed.* – 2004. – V. 9. – N 2. – P. 259-264.
8. Macdonald J.J. Primary health care: medicine in its place / J.J. Macdonald. – London, Earthscan, 1993 (chapters 3, 4, 6).
9. Sacker: A. Social dynamics of health inequalities: a growth household panel survey 1991–2001 / A. Sacker, P. Clarke, R.D. Wiggins // *J. Epidemiol. and community Health.* – 2005. – V. 59. – N 6. – P. 495–501.

## **КЕШЕНДІ МЕДИЦИНАЛЫҚ АҚПАРАТТЫҚ ЖҮЙЕНІҢ НЕГІЗІНДЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ МЕКЕМЕЛЕРДЕГІ ОПЕРАТИВТІК БАСҚАРУ**

**С.Д.Кисикова**

*«ҚР Президентінің Іс басқармасының Медициналық орталығы ауруханасы» ШЖҚ РМК  
бас дәрігерінің бірінші орынбасары, м.ғ.д.*

**А т а л у ы:** Кешенді медициналық ақпараттық жүйе негізінде медициналық мекемелерде оперативті басқару

**А в т о р л а р ы:** Кисикова С.Д. Қазақстан Республикасының Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығының бірінші бас дәрігерінің орынбасары

**Т ү й і н д е м е:** Мақала қазіргі кездегі актуалды мәселе - медицина саласындағы оперативті басқаруға арналған. Отандық денсаулық сақтау саласына ақпараттық - коммуникациялар технологияларын енгізу, медицина саласын жаңа жоғарғы деңгейге көтеруге мүмкіндік береді. Бұл мәселе Республикалық көлемде қаралуда. Қазіргі таңда отандық медицинаны автоматтандыру мақсатында бірнеше бағдарламалар жүзеге асырылып жатыр.

**Title:** Operational management in medical institutions in an integrated medical information system

**Authors:** Kisikova S.D.

**Abstract:** The article is devoted to the issue date of operational management in the health sector. Since the introduction of information and communication technologies in the health system will bring a new level of quality of care. This issue is addressed on the national scale. Today, we implemented a number of programs for the informatization of domestic medicine.

Бүгінгі күні адам өркендеуінің заманауи дамуы ғылыми-техникалық революцияның кезеңті кезеңімен – өмірдің барлық саласына ақпараттық-коммуникациялық технологияларды енгізумен сипатталады. Әсіресе денсаулық сақтау саласына.

Аталған саладағы проблемалар, атап айтсақ шамадан тыс қағаз бастылық, ол пациенттерге қызмет көрсету сапасына ықпал етеді. Жылдан жылға дәрігерлік кабинеттерге кезектердің артуы ұлғаюда, пациенттердің дәрігерді таңдау кезінде ауқымды баламасы жоқ, сондай-ақ оған келетін уақытын оперативті жоспарлай алмайды. Денсаулық сақтаудағы талған проблемаларды ақпараттық-коммуникациялық технологияларды ауқымды енгізу, «электрондық денсаулық сақтауға» көшу арқылы жоюға болады, ол халық үшін медициналық қызметтердің қолжетімділігін арттыруға, пациенттерді диагностикалау мен емдеудің оперативтілігін және нақтылығын қамтамасыз етуге, қағаздарды толтыруға кететін уақытты қысқартуға сәйкесінше оны пациенттерге қызмет көрсету үшін тікелей пайдалануға мүмкіндік береді.

Ақпараттық-коммуникациялық технологияларды денсаулық сақтау жүйесіне енгізу медициналық көмек көрсету сапасын жаңа деңгейге шығаруға мүмкіндік береді. Электрондық денсаулық сақтау технологиялары пациенттерге қашықтықтан мониторинг жүргізуге, пациенттер арасында ақпаратты жақсы таратуға, медициналық-санитариялық



көмекке, әсіресе мүгедектер мен егде жастар үшін шалғай аудандарда қолжетімділікті жақсартуға мүмкіндік береді.

Сингапур, Канада, Корея, Малайзия, АҚШ сияқты әлемнің көптеген елдерінде денсаулық сақтаудағы ақпараттық даму стратегиялары, кешенді бағдарламалары әзірленген және іске асырылуда.

Бүгінгі күні денсаулық сақтауды ақпараттандыру саласында Қазақстанда бір қатар жобалар іске асырылған. 2011 жылы Қазақстан Республикасында Денсаулық сақтаудың бірыңғай ақпараттық жүйесі (бұдан әрі – ДБАЖ) құрылды, ДБАЖ пилоттық аймағын ұйымдастыру бойынша жұмыстар аяқталды, ДБАЖ-дың іске асырылуын ақпараттық қамтамасыз ету мақсатында:

- «Емдеуге жатқызу бюросы»;
- «Тіркелген халық тіркелімі»;
- «Шот-тізілімдерді қалыптастыру» және т.б. жұмыс істейді.

Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің деректері бойынша аталған бағыттағы негізгі нысаналы индикаторларын дамыту 1-кестеде көрсетілген.

1-кесте – 2020 жылдарға арналған бағдарламаның нысаналы индикаторлары [1]:

<b>Индикаторлар</b>	<b>2020 ж.</b>
Қазақстан Республикасының үй шаруашылығындағы ақпараттық-коммуникациялық инфрақұрылымның қолжетімділігі	<b>100%</b>
АКТ-ның елдің ЖІӨ-дегі үлесі	<b>4%</b>
денсаулық сақтаудың бірыңғай желісіне қосылған денсаулық сақтау ұйымдарының үлесі	<b>100%</b>
2020 жылы Интернет желісін тұтынушылардың саны	<b>75%</b>

Халыққа ұсынылатын медициналық қызметтердің сапасын денсаулық сақтау саласына АКТ енгізу арқылы арттыру төменде келтірілген шараларды іске асыруды көздейді:

- ақпарат алмасу және оған қолжетімді болу үшін барлық медицина мекемелерін ДБАЖ-ға қосу;
- барлық бастапқы медициналық құжаттаманы электрондық нысанға ауыстыру;
- қажетті жағдайларда телекөпірлер, консилиумдар және саланың жетекші мамандарымен консультациялар ұйымдастыруға мүмкіндік беретін қорғалған денсаулық сақтаудың бірыңғай желісін құру;
- эпидемия және ауру ошақтары туралы жарияланымдарды, есептерді, зерттеулерді, мәліметтерді, аурулар, оларды профилактикалау мен емдеу туралы ақпаратты қамтитын ғылыми және медициналық ақпарат дерекқорын құру;
- Қазақстан Республикасында тіркелімі бар дәрілік заттардың жалпы қолжетімді бірыңғай дерекқорын құру және олардың дәріхана желілерінде болуы;
- пациенттердің тағайындама мұрағатына қолжетімділікті шұғыл алуына мүмкіндік беретін электрондық медициналық тағайындамалар және рецептілер жүйесін құру;
- жедел жәрдем қызметтерін автоматтандыру;
- денсаулық сақтау қызметкерлерін АКТ және ақпараттық қауіпсіздік мәселелері бойынша даярлау және біліктілігін арттыру жүйесін құру. [1]

Осы бағдарламаларды іске асыру бірінші кезекте субъектінің дайындығына– аталған жағдайда еліміздің Ауруханаларының ақпараттық қоғамдастыққа ауысуына байланысты болатыны сөзсіз. Қаншалықты Аруханалар өз практикасында оперативті басқаруды пайдаланады.

Саналуандық, сондай-ақ емдеу-диагностикалық процестердің қиындығы және оларды іске асыру нысандары денсаулық сақтау ұйымдарының барлық деңгейлерінде ақпараттандырудың заманауи құралдарын кешенді қолдануды талап етеді.

Мұндай мақсаттар үшін медицина персоналының жұмыс орнын автоматтандыруға, медициналық ақпаратты сақтауға және жергілікті желілер арқылы беруге және медициналық-статистикалық есептілікті қалыптастыруға мүмкіндік беретін заманауи ақпараттық-талдамалық жүйелер қызмет етеді.

«Қазақстан Республикасының Президенті Іс Басқармасы Медициналық орталығының Ауруханасы» РМК Аурухананың барлық құрамдауыштарының жұмысын ақпараттандыруға ерекше көңіл бөледі. Осылайша, 2014 жылғы қыркүйекте «ИнфоСИБ» бағдарламасын (бұдан әрі – АЖ) енгізу іске қосылды. Аталған жүйе үйлесімді және ықпалдастырылатын функционалдық-ауқымды модульдердің кешенін ұсынады. Ол қауіпті, шығындар мен еңбек өнімділігін айтарлықтай төмендетеді.

2015 жылдан бастап «Стационар» ТСМ және «Емхана» ТСМ негізгі модульдері тәжірибелі-өндірістік пайдалану үшін іске қосылды, дәрігерлер нақты режим жүйесінде жұмыс істейді.

**«Стационар» модулі:**

- стационардағы медициналық көмек көрсетуді бақылауды автоматтандыруға;
- пациенттер тіркелімін, көрсетілген қызметтердің барлық түрлерін есеп алуды құрауға және енгізуге;
- стационар қызметі туралы медициналық статистикалық есептілікті қалыптастыруға;
- басқарушылық есептілікті қалыптастыруға арналған.

«Стационар» ТСМ тұтынушылары «Қабылдау бөлімшесі», «Ординатор», «Аға мейіргер», «Стационардың медициналық статистигі» болып табылады.

**«Емхана» модулі:**

- амбулаториялық-емханалық медициналық көмек көрсетуді бақылауды автоматтандыруға;
- пациенттер тіркелімін, көрсетілген қызметтердің барлық түрлерін есеп алуды құрауға және енгізуге;
- амбулаториялық-емханалық мемлекеттік және емхананың ішкі статистикалық есептілікті қалыптастыруға, қайта қарауға және нысандарын басып шығаруға;
- аяталған жағдайлар бойынша дәрігерлер тіркеген пациенттер келуін, көрсетілген медициналық қызметтерді және инфекциялық аурулар мен науқастар туралы хабарламаларды қайта қарауға арналған.

Сондай-ақ функционалдық-кеңейтетін модулдердің (ФКМ) құрамына мынадай кіші модулдер енгізілді:

1. «Емхана дәрігерінің хаттамалары» ФКМ
2. «Диспансерлік есеп» ФКМ
3. «Кәсіптік қарап-тексерулер» ФКМ
4. ДЗ басқа, «Емхана дәрігерінің тағайындау парақтары» ФКМ
5. «Стационар дәрігерінің хаттамалары» ФКМ
6. ДЗ басқа, «Стационар дәрігерінің тағайындау парақтары» ФКМ
7. «Мейіргердің күтіп-қарау хаттамалары» ФКМ
8. «Зертхана» ФКМ
9. Еңбекке жарамсыздық парақтары
10. «Аспаптық және функционалдық диагностика дәрігерінің хаттамалары» ФКМ
11. «Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету» ФКМ (2015 жылғы 1 маусымда д/з қоймасы қалыптастырылды, қалдықтары салыстырылды)
12. Флюротека (енгізілген жоқ)
13. «Дәріхана» ФКМ (талап ету бойынша босату ғана)
14. «Күндізгі стационар» ФКМ
15. «Емдеу жоспарларының сұлбасы» ФКМ (емханада операцияға арналған жоспарлар ғана)
16. «Динамикалық тіркеу» ФКМ

17. «Жедел жәрдем» ФКМ
18. «Дәрілік заттардың формулярлық жүйесі» ФКМ (БЛО үшін ғана)
19. «Зертханалық анализаторлар» ФКМ
20. «Физиотерапия» ФКМ
21. «Анестезиология» және «Реанимация» ФКМ
22. «Стоматология» ФКМ
23. «Ақылы қызметтердің калькуляциясы» ФКМ
24. «Қан банкі» ФКМ, трансфузия бойынша хаттамалар ғана
25. «Клиникалық-сараптамалық комиссия» ФКМ [2].

Одан әрі диагностикалық зерттеу хаттамаларының фотосын және видеосын енгізу жоспарланған. Жоғарыда санамаланған барлық модулдер Аурухананың медициналық персоналына төменде келтірілген мүмкіндік береді:

1. Нақты бір дәрігерге назологияның белгілі бір түрлері бойынша бастапқы медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетуі үшін жүгінудің орташа санын оперативті анықтау – бұл дәрігердің жүктемесін ұтымды бөлу үшін қызмет көрсетілетін учаскелердің шегін анықтауға мүмкіндік береді.

2. Белгілі бір назологиялар бойынша өмірінде екінші рет медициналық көмек көрсету үшін жүгінудің орташа санын оперативті анықтау, ол пациенттің белгілі бір қауіп тобына жататынын болжауға мүмкіндік береді.

3. Бір жылда екінші рет медициналық көмек көрсету үшін жүгінудің орташа санын оперативті анықтау, ол аталған пациенттің диспансерлік бақылау тобына түсуі мүмкіндігін болжауға мүмкіндік береді.

4. Бастапқы және қорытынды диагноздың арасындағы сәйкестіктердің орташа санын оперативті анықтау, ол диагностикалық іс-шаралардың сапасын бағалауға мүмкіндік береді.

5. Емдеу нәтижелерінің көрсеткіштері: сауығудың, жақсарудың, нашарлаудың, емдеуге жатқызудың, өлімнің және т.б. орташа санын оперативті анықтау, ол емдеу әдістерінің дұрыстығының сапасын бағалауға мүмкіндік береді.

6. Пациенттер денсаулығы жай-күйінің проблемаларына қолданылатын технологиялардың сәйкестігін бағалау үшін медициналық көмек көрсету процесінің сапасы мен медициналық нәтижелік көрсеткіштерін оперативті анықтау.

Бағдарламалық шешім Oracle дерекқорын басқару жүйесі базасында құрылған, ол медициналық ұйымдарды басқарудың орталықтандырылған ERP-жүйесінің (*Enterprise Resource Planning, кәсіпорын ресурстарын жоспарлау*) барлық басымдықтарын пайдалануға мүмкіндік береді. Әрбір модуль жеке бағдарламалық өнім болып табылады және қажеттілігіне қарай тапсырыс берілуі және жүйеге енгізілуі мүмкін.

Аталған бағдарламаны Аурухана практикасына енгізу:

1. Ақпаратқа қолжетімділікті жеделдету, медициналық құжаттаманың сапасын арттыру үшін бірыңғай ақпараттық кеңістік құруға;

2. Медициналық персоналдың жұмыс уақытын тиімді пайдалануға (Бүгінг күні Ауруханада АЖ пайдалану пациенттер деректерін орталықтандырып сақтауға мүмкіндік берді, ол әртүрлі мамандардың амбулаториялық картадан немесе сырқатанамадан олардың арасында қағаз анализдерін бермей ақпараттарды қарауға мүмкіндік береді);

3. Қағаз құжат айналымының қысқартуға;

4. Медициналық мекеме қызметінің шынайылығын және қабылданатын басқарушылық шешімдердің тиімділігін арттыруға (өйткені аталған бағдарланың көмегімен дәрігерлердің тағайындаулары мен ұсынымдарын бақылауға және түзетулер енгізуге мүмкіндік бар);

5. Медициналық ақпаратты өңдеуге байланысты шығындарды төмендетуге (аталған ақпараттық жүйе есептік нысанарды автоматы түрде шығарады, ол өз кезегінде аталған бағдарлама енгізілгенге дейін статистикалық сандарды қолмен терген статистика бөлімінің жұмысын айтарлықтай жеңілдетеді. Аталған факт егер, бөлім штатын қысқарту

қажет болған жағдайларда, аталған бөлім қызметкерлерінің міндеттерін дұрыс бөлуге мүмкіндік береді);

6. Ақпарат ұсынудың оперативтілігін, сондай-ақ анағұрлым терең және жан-жақты талдау үшін статистикалық нысандарды жетілдіруді қамтамасыз етуге (Аурухана статисттері бұдан бұрын пайдаланған барлық есептілік нысандары жетілдірілуде: Мынадай есептілік нысандары: «Диагносттар тобы бойынша науқастардың құрамы» «Науқастардың құрамы, емдеу мерзімдері мен аяқталуы», «Жүргізілген есептердің тізімі» деп кеңейтілді, «Стоматология» есептілік нысаны 039-2/у «Барлық меншік нысандарындағы стоматологиялық ұйымдардың терапиялық және хирургиялық қабылдаулардағы стоматолог-дәрігердің жұмысын күнделікті есепке алу жиынтық ведомості», 039-3/у «Стоматолог-ортодонттің жұмысын күнделікті есепке алу жиынтық ведомості», 039-4/у «Стоматолог-ортопедтің жұмысын күнделікті есепке алу жиынтық ведомості» деген үш ауқымды кіші топқа бөлінді, күнделікті және апталық 39 нысан келу тізілімі бойынша есепке және әрбір маман және т.б. бойынша есепке бөлінді) мүмкіндік берді.

Аталған бағдарламаның жоғарыда санамаланған барлық мүмкіндіктері халыққа ұсынылатын медициналық қызметтердің айтарлықтай жақсартуға мүмкіндік береді.

Қазіргі уақытта Аурухананың медициналық персоналы (дәрігерлер, аға мейіргерлер және пост мейіргерлері) күнделікті өзінің жұмысында АЖ пайдаланады, өйткені ол емдеу-диагностикалық процестің барлық кезеңдерін автоматтандыруға мүмкіндік береді. Енгізудің келесі кезеңінде анағұрлым толық автоматтандыру үшін, әсіресе онкологиялық ауруларды диагностикалау үшін цитологиялық және гистологиялық бейнелерді алу өзекті болуда. Бұдан басқа, осындай ұқсас кіші жүйені Аурухана басшылығын оперативті шешім қабылдауы үшін енгізу қажет.

#### Көздер

1. «Ақпаратты Қазақстан – 2020» Мемлекеттік бағдарламасы.
  2. Государственная программа «Информационный Казахстан - 2020».
  3. Раздел: Цели, задачи, целевые индикаторы и показатели результатов реализации программы. [http://egov.kz/wps/portal/Content?contentPath=/egovcontent/transports/communications/article/gp\\_inf\\_kaz\\_2020&lang=ru;](http://egov.kz/wps/portal/Content?contentPath=/egovcontent/transports/communications/article/gp_inf_kaz_2020&lang=ru;)
  4. Внутренняя отчетность Больницы по внедрению «информационной системы».
-

# ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ АҚПАРАТЫН ЖӘНЕ СТАТИСТИКАСЫН БАСҚАРУ / УПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИЕЙ И СТАТИСТИКОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САДАСЫНДА БАСҚАРУШЫЛЫҚ ШЕШІМДЕР ҚАБЫЛДАУ ҮШІН НАҚТЫ ДЕРЕКТЕРДІ ПАЙДАЛАНУ

**В.В.Койков**

*ҚР ДСӘМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК  
Медициналық білім ғылымын дамыту департаментінің директоры*

**Аталуы:** Денсаулық сақтау саласында басқарушылық шешімдерді қабылдау кезінде нақты мәліметтерді пайдалану

**Авторлары:** Койков В.В. ҚР ДСӘДМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» РМК

**Түйіндеме:** Ғаламдық экономикалық дағдарыс ықпалының үдеуі және ұлттық денсаулық сақтау жүйелеріне деген сыртқы және ішкі қарсылықтардың күшеюі жағдайында халықтың денсаулығын қорғау саласындағы тиімді басқаруды халықаралық деңгейдегідей, ұлттық және жергілікті деңгейде де арттырудың маңызы ерекше. Денсаулық сақтау саласындағы басқарудың тиімділігін арттырудың негізінде, ДДҰ-ның ұсынымдарына сәйкес, басқарушылық шешімдерді қабылдаған кезде нақты деректерді пайдалану практикасына көшу және білімдерді практикада қолдану тұғырнамасын ұлттық деңгейде құру жатуы тиіс.

**Title:** Evidence-informed policy in health care

**Authors:** Koikov V.V. RSE on REM "Republican Center for Health Development" MHSD RK

**Summary:** In the context of the growing impact of the global economic crisis and strengthening the internal and external challenges to national health systems the particularly urgent problem is an improvement of the efficiency of policy in health care, both at the international and at the national and local levels. The increase of the efficiency of policy in health care, in line with WHO recommendations, should be based on the transition to the Evidence-informed policy and the establishment of the national Knowledge translation platform.

Заманауи және тиімді денсаулық сақтау жүйесін құру мемлекет басшысы Н.Назарбаев «Қазақстан 2050» стратегиясында айтқан Қазақстанның саяси бағытындағы бастапқы дәрежелі мақсаттардың қатарына жатады [1]. Бұл ретте, жаһандық экономикалық дағдарыстың біртіндеп ықпал етуі және ұлттық денсаулық сақтау жүйесіне сыртқы және ішкі туындаулардың күшеюі жағдайларында халықаралық сияқты ұлттық және жергілікті деңгейлерде де халық денсаулығын сақтау мәселелері бойынша қабылданатын басқарушылық шешімдердің тиімділігін арттыру өте өзекті бола бастауда.

2012 жылы ДДҰ Еуропа өңірлік комитетінің 62-сессиясында қабылданған «Денсаулық-2020: Барлық мемлекет пен қоғамның денсаулық және саламаттылық мүддесіндегі іс-қимылын қолдаудағы Еуропа саясатының негіздері» атта бағдарламалық құжаты, Еуропа Өңірінің елдері тұрғындарының денсаулықтарын жақсарту бойынша стратегиялық мақсаттар мен міндеттерге қол жеткізуге арналған негіз ретінде «саясатты қалыптастыру кезінде, яғни денсаулық сақтаудың барлық деңгейлерінде басқарушылық шешімдер әзірлеген кезде нақты деректерді (дәлелдерді) пайдалану» қажеттілігін анықтады.[2].



1-сурет – Денсаулық-2020 саясатын іске асыру кезіндегі нақты деректердің рөлі

Дәлелдерді пайдаланумен байланысты тәсілдер соңғы жылдары денсаулық сақтау практикасына нық кірген «дәлелді медицина» тұжырымдамасын (Evidence-based medicine), менеджменттегі дәлелді практиканың белсенді дамып жатқан тәсілдерін (Evidence-based management) қоса алғанда көптеген қызмет салаларында дамуда. Оның ішінде дәлелді медицина тұжырымдамасы соңғы жылдары саяси салада, ең алдымен денсаулық сақтау саясаты саласында белсенді қолданылуда. Осылайша, 2005 жылы Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) тікелей қолдауымен денсаулық сақтау саласында саясатты қалыптастыру кезінде (Evidence-Informed Policy Network - EVIPNet) нақты деректерді пайдалану мәселелері жөніндегі жаһандық желі қалыптастырылуда. EVIPNet бастамасының негізінде денсаулық сақтау жүйесін нығайту және қолжетімділікті, бағалауды, бейімдеу мен бәсекелестік жағдайлар үшін өзекті ғылыми зерттеулердің деректерін пайдалануды қамтамасыз ету арқылы халық денсаулығының қорытынды көрсеткіштерін жақсарту мақсатында денсаулық сақтау саласында басқарушылық шешім қабылдайтын адамдармен және барлық мүдделі тараптардың (азаматтық қоғам, медицина қызметкерлері, денсаулық сақтауды ұйымдастырушылар және қаржыландыратын мекемелер сияқты) арасында (кейіннен өңірлік және жаһандық желілерге біріктіре отырып) ұлттық деңгейде әріптестік құру жатыр [3]. Қазіргі уақытта EVIPNet өңірлік желілері ДДҰ Африка, Америка, Азия және Шығыс-Жерорта теңізі өңірлерінде құрылған. 2012 жылдан бастап EVIPNet желісін қалыптастыру бойынша пилоттық жоба ДДҰ Еуропа өңірінде, оның ішінде 2015 жылдан бастап пилоттық жобаның екінші фазасына Қазақстан да енгізіледі.

Жоғарыда айтылғанды ескере отырып, біз денсаулық сақтау саласында басқарушылық шешімдерді әзірлеу кезінде дәлелді практиканы пайдалануға қолданыстағы тәсілдерге шолу жасадық, ҚР денсаулық сақтау саласында білімді практикалық қолдану мәселелері бойынша ағымдық жағдайларға баға берілді және аталған практиканы ұлттық денсаулық сақтау практикасына енгізу бойынша шаралар ұсынылды. Шолуды дайындау кезінде ДДҰ-ның Еуропалық өңірлік бюросы Измирде, Түркия (2013), Бледте, Словения (2014), Вильнюсте, Литвада (2015) өткізген ел аралық семинарлардың материалдары пайдаланылды [4].

### ***Денсаулық сақтау саясаты саласында басқарушылық шешімдер қабылдаудың дәлелді практикасы тұжырымдамасын дамыту***

Саясатты қалыптастыратын органдар деңгейінде басқарушылық шешімдерді әзірлеу кезінде дәлелділік қағидаттарын қолдану қажеттілігін 1996 жылы Ұлыбританиядағы Статистикалық қоғамдастық королдігінің президенті Адриан Смит хабарлады. Өз сөзінде ол бұдан бұрын қолданыста болған эмпириялық тәжірибе мен пікір («Opinion-Based Policy-

Making») негізіндегі басқарушылық шешім әзірлемелеріне күмән туғызды және «нақты деректерді пайдаланумен» («evidence-based approach») байланысты тәсілдер негізінде басқарушылық шешімдерді әзірлеуді жүзеге асыруға шақырды [5]. Одан әрі дәлелді медицина идеяларын кеңейту (Evidence-based medicine) нәтижелерінде басқарушылық шешімдерді әзірлеу кезінде қатаң белгіленген объективті дәлелдерді пайдаланумен байланысты тәсілдер Evidence-based policy атауына ие болды [6]. Басқарушылық шешімдерді әзірлеуге дәлелді тәсілдер Ұлыбританияда, АҚШ-та және әлемнің басқа да жеткіші елдерінде ауқымды танымалдылыққа ие болды. Және де 2005 жылы Дүниежүзілік денсаулық сақтау ассамблеясының Мехикода өткен 58-сессиясында (2005 жылғы 16-25 мамыр) «ғылыми негізделген денсаулық сақтау жүйесін, медициналық күтімді және денсаулық сақтау саясатын қалыптастыруды қолдауға арналған білімді тарату тетігін құруға немесе нығайтуға» барлық мемлекеттерді шақыратын қарар қабылданды [7].

Дәл осы шешім денсаулық сақтау саласында (EVIPNet) саясатты қалыптастыру кезінде нақты деректерді пайдалану мәселелері бойынша жаһандық қозғалысты дамытуға арналған жөнелтпелі нүкте болды.

Бұл ретте, денсаулық сақтау саласында басқарушылық шешімдерді қабылдаудың дәлелді практикасы тұжырымдамасының кілті «нақты деректерге негізделген саясат емес» (Evidence-based Policy - EBP), «нақты деректерді ескеретін саясат» (Evidence-informed Policy - EIP) болды. Басқарушылық шешімдерді әзірлеу кезінде нақты деректермен қатар қолданыстағы заңнама да, мәдениет те және дәстүрде, қолда бар ресурстар да (қаржылық, адами және т.б.), ықпал ететін топтар да, саяси мәтінде басқа да факторлар мен жағдайлар да ескерілуі мүмкін және де тиіс [8].

ДДҰ EIP денсаулық сақтау саласында басқарушылық шешім қабылдауға тәсіл ретінде қарауды ұсынып отыр, бұл ретте, шешім қабылдау процесінде қолданыстағы деректер мен ғылыми зерттеу нәтижелерінің анағұрлым үздіктері – күн тәртібін айқындау (проблеманы айқындау) кезеңінде сияқты, басқарушылық шешімдерді әзірлеу және одан әрі іске асыру кезеңдерінде де жүйелі және шынайы пайдаланылады (2-сурет) [8].



2-сурет – Денсаулық сақтау саласында басқарушылық шешімдер қабылдау кезіндегі нақты деректердің рөлі

Дәлелді практика тұжырымдамасында басты орынды белгілі бір қорытындыны қолдау үшін пайдалануға арналған фактілерді (нақты сияқты бекітілгенді) ұсынатын нақты деректер

(«Evidence») алып отыр [9]. Нақты деректердің көздері нысаналы бағытталған зерттеулердің (бақылаулардың, тәжірибелердің) нәтижелері сияқты мүдделі тараптардың сарапшылық пікірлері ретіндегі әртүрлі көздер болуы мүмкін. Бұл ретте, басқарушылық шешімдерді әзірлеу кезінде пайдаланылуы мүмкін деректердің арасында анағұрлым жоғары құндысы жоғары дәлелді базасы, яғни ғылыми зерттеулердің нәтижелері бар деректерде болады. Бірақ ғылыми зерттеу нәтижелерінің нақты деректері ретінде өз бетінше пайдалану дәлелділіктің жоғары деңгейіне кепілдік бермейді және ғылыми деректерді пайдаланатын адамдардан зерттеу дизайнын, оларды жүргізу сапасын, алынған нәтижелер мен қорытындылардың дәйектілігін қатаң бағалауды талап етеді.

### ***EIP қалыптастыру үшін қажет жағдайлар***

EIP негізінде ғылыми зерттеулер нәтижелері мен **білімді практикалық қолдану платформасын (Knowledge Translation Platform – KTP)** құру негізінде басқарушылық шешімдер қабылдау саласы аралығындағы ажырауды азайту жатыр. KTP тұжырымдамасы тиімді өзара іс-қимыл тетіктерін енгізумен және түпкілікті тұтынушыға (саясаткерлерге, менеджерлерге, практикалық денсаулық сақтау мамандарына) жаңа білім (зерттеу) генераторларынан сенімді және маңызды зерттеу нәтижелерін беруді, білімді тұтынушылардың өздерінің практикалық скрауларын зерттеушілергі жіберуін қоса алғанда практикалық білімді қолдану процесіне барлық қатысушылардың арасында ақпаратты алмасумен байланысты (3-сурет) [10].



3-сурет – KTP негізгі қатысушылары және олардың арасындағы өзара іс-қимыл

Бұл ретте, KTP кешенді қараған жөн – бұл барлық мүдделі тараптардың арасындағы байланыстардың тұрақты желісі ғана емес, олардың арасындағы ақпаратпен үздіксіз алмасу процесінің өзі. KTP қызметі:

- конференцияларды, диалог алаңдарын, форумдарды, дебаттарды және т.б. ұйымдастыру жолымен мүдделі тараптардың арасындағы реттеуші байланыстар;
- елімізде жүргізіліп отырған зерттеулер, зерттеу ұйымдары, зерттеулерді қаржыландыратын ұйымдар бойынша деректерді құру;



- денсаулық сақтау садасындағы басқарушылық шешімдер қабылдайтын адамдардың зерттеудің басым бағыттарын анықтауы және оларды зерттеушілер мен зерттеуді қаржыландыратын ұйымдарға жіберу;
- денсаулық сақтау садасындағы басқарушылық шешімдер қабылдайтын адамдардың сұрау салуларына сәйкес зерттеу ұйымдарының зерттеулер жүргізуі;
- зерттеушілердің (тиісті зерттеу практикасы мен білімді практикалық беру мәселелеріндегі) және басқарушылық шешімдер қабылдайтын адамдардың (ғылыми деректерді қоса алғанда нақты деректерді пайдалану мәселелеріндегі) әлеуетін нығайту;
- уәкілетті органдар жанынан (нақты деректерді іздеуді және басқарушылық шешімдер қабылдайтын адамдарға ұсыну үшін зерттеулер жүргізуді, қысқа мерзімде қызықтыратын мәселелерге жауап беруді жүзеге асыратын) шұғыл ден қою бөлімшесін құру және басқалары арқылы қамтамасыз етілуі тиіс [11].

КТР тиімді жұмыс істеуін қамтамасыз ету үшін денсаулық сақтау саласында басқарушылық шешім қабылдайтын адамдардың, денсаулық сақтау жүйесін ұйымдастырушылардың, зерттеушілердің, азаматтық қоғам өкілдерінің ішінен елдік көшбасшылар командасының әлеуетін құру және нығайту қажет. КТР институтталуы да маңызды рөл атқарады – басты стейкхолдерлердің бірін (Денсаулық сақтау министрлігі, салалық даму институты, зерттеу орталығы немесе университет) КТР жұмысын үйлестіретін органның функциясын беру. КТР дамытуға қатысатын адамдардың жұмысы:

- басқару саласындағы бірінші кезектегі қажеттіліктер қаралатын басқарушылық шешімдерді пысықтауға арналған ғылыми деректердің қысқаша жиынтығын дайындауды;
- білімді, пікірді және тәжірибені, саяси шешімдер нұсқасының әзірлемелерін анықтау үшін елімізде жұмыс істейтін басты субъектілермен кеңесу форматында саяси диалогтар ұйымдастыруды қоса алғанда ең саналуан нысандарды қолдана алады [3].

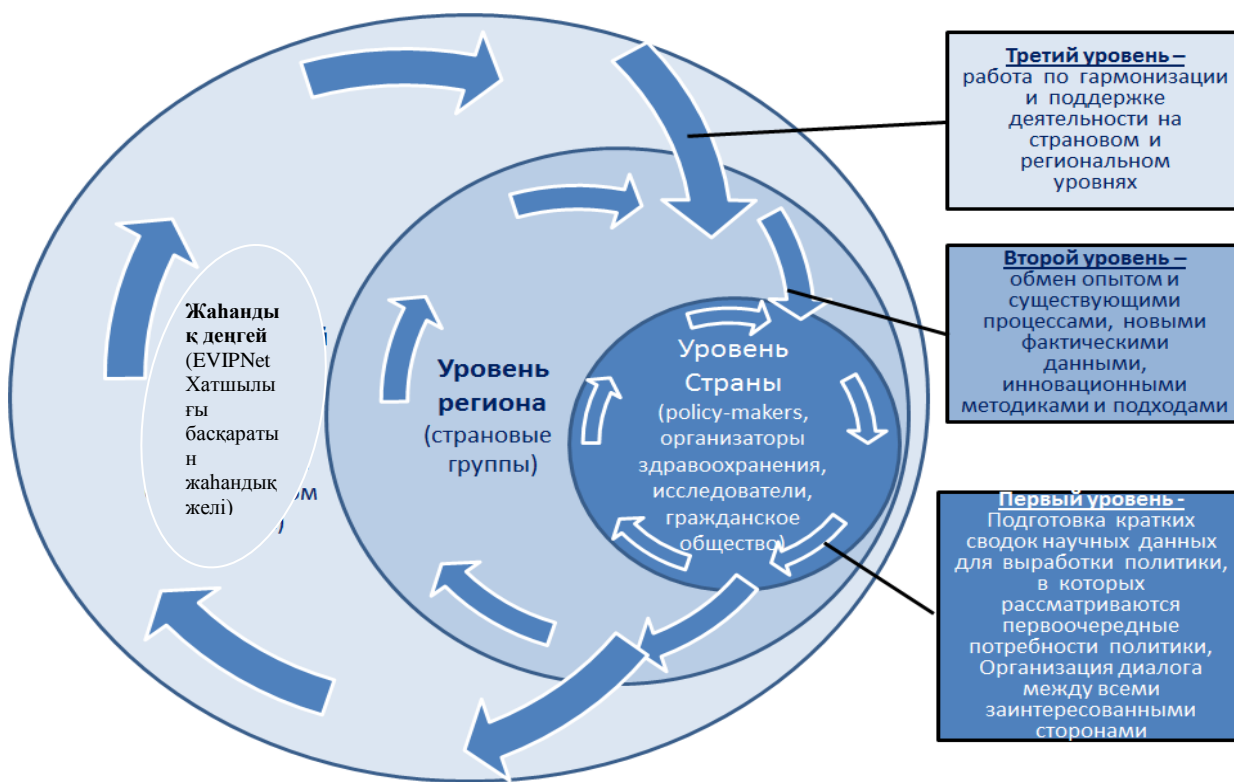
КТР дамытумен қатар, ЕІР қалыптастыру үшін жағдайды қамтамасыз етуде өңірлер бөлінісі мен еліміз бойынша сала қызметінің (медициналық және фармацевтикалық көрсеткіштері, кадрлық және материалдық-техникалық қамтамасыз ету көрсеткіштері және т.б.) әртүрлі көрсеткіштері бойынша деректерді аккумуляциялайтын денсаулық сақтаудың бірыңғай жүйесін дамытуда, сондай-ақ денсаулық сақтау саласындағы зерттеулер бойынша (ғылыми жарияланымдар мен ғылыми өнімнің дерекоры) ресурстарға қолжетімділікті дамыту және «немесе» қамтамасыз етуде айтарлықтай маңызы бар (4-сурет).



4-сурет – ЕІР қалыптастыруға арналған негізгі ресурстар

### ***EVIPNet желісінің денсаулық сақтау жүйесін нығайтудағы рөлі***

EVIPNet желісі жекелеген адамдардың және нақты деректерді құру мен пайдалану процесіне тартылған ұйымдардың әріптестігі негізінде қалыптастырылады. Желі өзара көптеген тізбектермен байланысты елдік, өңірлік және жаһандық деңгейлерде әрекет етеді (5-сурет). Бірінші елдік деңгейде желі ұлттық денсаулық сақтау жүйесінде қалыптастырылатын КТР тікелей қатысушылар болатын денсаулық сақтау саласында басқарушылық шешім қабылдайтын адамдардың, денсаулық сақтау жүйесін ұйымдастырушылардың, зерттеушілердің, азаматтық қоғам өкілдерінің ішінен қалыптасады. Екінші өңірлік деңгейде елдік топтар өзара әріптестікте болады, тәжірибемен және өздерінде бар проблемалармен алмасады, жаңа нақты деректер туралы хабарлайды, инновациялық әдістемеліктер мен тәсілдерді әзірлейді және оларды бір-бірімен бөліседі. Үшінші жаһандық деңгейде Женевадағы ДДҰ штаб-пәтерінде орналасқан EVIPNet Хатшылығы елдік және өңірлік деңгейлерде қызметті үйлестіру мен қолдау бойынша жұмыс жүргізуде. EVIPNet негізгі буыны елдік деңгейі болады, ал өңірлік және жаһандық деңгейлер әрбір елдің динамикалық қолдау алуын қамтамасыз етеді және әрбір ел мен өңір үшін өзін дамытуда басқарушының жетістіктерін, білімдері мен тәжірибелерін пайдалану мүмкіндігін жасайды[3].



5-сурет - EVIPNet Желісінің желілері әсер ететін деңгейлер

### ***Қазақстандағы EIP енгізуге және КТР құруға арналған талдау***

Басқарушылық, оның ішінде денсаулық сақтау саласында саяси шешімдер қабылдаудағы дәлелді практикаға ауысу ҚР денсаулық сақтаудың заманауи менеджментін дамытудың маңызды мәселелерінің бірі болып табылады. Бұл ретте, басқарушылық шешімдерді қабылдайтын адамдардың өз күтімдерін зерттеулерге жеткізуін және соңғыларын денсаулық сақтауды басқару органдарының мамандарына қажетті деректерін ұсынуын қоса алғанда, барлық мүдделі тараптардың арасында ақпарат алмасуды қамтамасыз ететін тиімді КТР құруда ерекше рөлге ие болады.

ҚР-да КТР құру үшін қажетті инфрақұрылым – жаңа ғылыми білім генераторлары (медициналық ЖОО-лар мен ғылыми ұйымдар, өзге ведомстволық тиістіліктегі ЖОО-лар, ҒЗИ, ҒО (6-сурет), ақпараттық ресурстардың салалық провайдері (Республикалық

электрондық денсаулық сақтау орталығы), сараптамалық-талдамалық функцияларды жүзеге асыратын салалық даму институты (Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы), денсаулық сақтау саласындағы үкіметтік емес ұйымдардың дамыған желісі бар. Барлық аталған ұйымдар жыл сайын мемлекет тарапынан қаржыландыру алады, оның ішінде ғылыми зерттеулерді қаржыландыру белгіленген ұлттық және салалық басым бағыттар бойынша жүзеге асырылады. ҚР Денсаулық сақтаудың бірыңғай ақпараттық жүйесі (ДБАЖ) енгізілді, оның шеңберінде денсаулық сақтау саласындағы нақты деректер бойынша дерекорлар құрылады және тұрақты өзектендіріледі. Ұлттық ғылым жүйесінде ҚР жасалатын ғылыми зерттеулерді есепке алуды жүзеге асыратын ғылыми-техникалық провайдер (Ұлттық ғылыми-техникалық ақпарат орталығы (ҰҒТАО)), ғылыми қызмет нәтижесінде қорғалатын құжаттардың дерекқорын тіркейтін және қалыптастыратын Интеллектуалдық меншік институты жұмыс істейді.

Дәлелді практика қағидаттары соңғы жылдары Қазақстанның практикалық денсаулық сақтауына, оның ішінде клиникалық хаттамаларды әзірлеу, медициналық технологияларды бағалау кезінде белсенді енгізілуде.



6-сурет – Денсаулық сақтау саласында қолданылатын білім генерациясы мәселелері бойынша Қазақстанның әлеуеті

Жоғарыда көрсетілген барлық жағдайлар болса да ҚР-да білімді беру практикасының осындай жүйесі неліктен тиімсіз жұмыс істейді және денсаулық сақтау саласында басқарушылық шешімдер қабылдаудың дәлелді практикасы қағидаттары сәйкесінше енгізілмеген? Ең алдымен, денсаулық сақтау жүйесіндегі жаңа білім генерациясы жүйесінің өзі айтарлықтай зардап шегіп отыр – төмен бәсекеге қабілеттілік және ғылыми зерттеуді орындаудың жеткіліксіз сұранысы байқалады, ол медициналық ғылыми ұйымдар мен ЖОО-лардың жеткіліксіз материалдық техникалық базасымен, денсаулық сақтау саласындағы ғылыми зерттеулерді қаржыландырудың жеткіліксіз көлемімен (ЖІӨ 0,005%, ал ЭЫДҰ елдерінде аталған көрсеткіш ЖІӨ 0,3% құрайды), зертеуші кадрларды даярлаудың жеткіліксіз сапасымен байланысты.

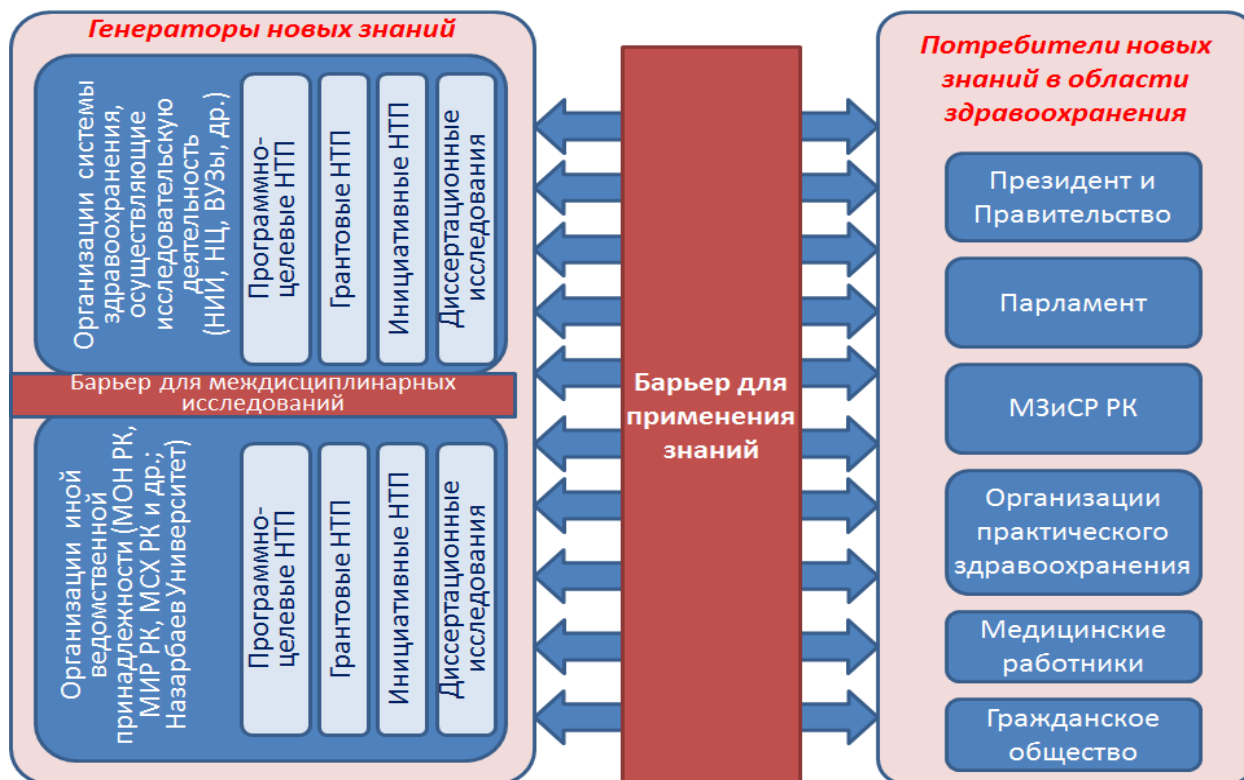
Келесі әлсіз буыны қазақстандық ғалымдар алған ғылыми зерттеулердің нәтижелерін қолдану болып табылады. Осылайша, жүргізіліп отырған зерттеулердің жеткілікті мәнді көлеміне қарамастан (6-сурет) ҚР денсаулық сақату жүйесіне енгізілетін жаңа медициналық технологиялардың (ТМККК тізбесіне қосылатын) тізбесі 5 жыл бойы шет елдік

әзірлемелермен өзара әрекеттестікте ұсынылған, қазақстандық ғалымдар алған патенттердің 99% астамын соңғы 20 жылда патент иегерлері қолдамай отыр, яғни практикада патенттелген әзірлемелер ешқашан жұмыс істемейді. Елімізде ғылыми-техникалық ақпарат (ҰҒТАО) провайдерінің барына қарамастан ҚР жүргізіліп отырған зерттеулер туралы ақпаратқа зерттеушілердің еркін қолжетімділіктері жоқ, ол көбіне әртүрлі ұйымдарда бір уақытта жасалатын ғылыми жұмыстардың қайталануына және сәйкесінше ҒЗЖ жүргізуге арналған қаражатты тиімсіз жұмсауға әкеледі. Бұл ретте, ең әлсіз буын ғылыми зерттеулердің нәтижелерін түпкілікті тұтынушылар – дәрігерлерге, денсаулық сақатуды ұйымдастырушыларға, денсаулық сақтау саласында басқарушылық шешімдерді қабылдайтын адамдарға жеткізу болып табылады. Көбіне елімізде әртүрлі ведомстволар мен ғылыми зерттеулерді қаржыландыратын ұйымдардың арасында ғылыми зерттеулер нәтижелерімен алмасу тетіктерінің жеткіліксіз тиімді жұмыс істеуімен байланысты. Осылайша, ҚР Денсаулық сақату және әлеуметтік даму министрлігі министрліктің өзі қаржыландыратын ҒТБ бойынша ғана есептер алады, бірақ бұл зерттеулер медициналық ғылымның отандық ұйымдарында іске асырылатын ғылыми бағдарламалар мен жобалардың 15-20% ғана құрайды, қалған 80-85% ғылыми бағдарламалар (гранттық, бастама, диссертациялық зерттеулер) бойынша ақпарат денсаулық сақату саласындағы уәкілетті органға тіпті жетпейді де. Сондай-ақ аралық және қорытынды ғылыми есептер түрінде уәкілетті органдарға түсетін, жүргізіліп отырған ҒЗИ бойынша ақпарат, көбіне қолданылмайды, өйткені басқарушылық шешім қабылдайтын адамдардың осы есептерді зерделеуге уақыттары жоқ.

Отандық медициналық ғылымның бәсекеге қабілетсіздік жағдайында денсаулық сақтауды дамыту үшін маңызды жаңа білімнің және саяси әзірлеменің басты көзі шетелде жасалған ғылыми зерттеулердің нәтижелері маңызды болып табылады. Сонымен қатар, қазақстандық зерттеушілердің, практикалық денсаулық сақтау мамандарының және басқарушылық шешім қабылдайтын адамдардың біразында көбінесе ғылыми ақпараттың әлемдік ресурсына қолжетімділігі жоқ немесе бұл қолжетімділік айтарлықтай шектелген. Бұл ең алдымен ағылшын тілін жеткілікті білмеумен, отандық мамандардың ғылыми-техникалық ақпарат ресурстарының қолданыстағы құралдарын тиімді пайдалана білмеуімен не осы ресурстарға қолжетімділіктің болмауымен байланысты.

Ғылыми зерттеулерден басқа, басқарушылық шешімдер қабылдау үшін маңызды нақты деректердің көзі ведомстволық статистика және денсаулық сақтау жүйесі қызметінің әртүрлі көрсеткіштері бойынша ақпараттың дерекқоры болып табылады. Сонымен қатар, ҚР-да ДБАЖ-ды дамытуға қарамастан әлі күнге дейін ақпараттық ресурстар саласында қолданыстағы ықпалдасудың жеткіліксіз деңгейі, олардың дұрыс орындалмауы байқалады, ол алынатын нақты деректердің дәйектілігін төмендетеді.

Осылайша, ҚР денсаулық сақтауындағы білімді практикалық қолдану жүйесінің қазіргі уақытта бір қатар жеткіліксіздіктері мен кедергілері бар (7-сурет), ол инвестициядан жаңа білім генерациясына практикалық шығуды төмендетуге және нақты деректерді пайдаланумен байланысты қызметтердің (клиникалық практиканың, денсаулық сақтауды басқару саласының және т.б.) сол түрлерінің тиімділігін жоғалтуға әкеледі.



7-сурет – Жаңа білім генераторлары мен олардың тұтынушылардың арасындағы ғылыми зерттеу нәтижелерімен алмасу тетігін жетілмеуі

Қазақстанның алдын тұрған амбициялық міндеттерді ескере отырып, ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің алдында жалпы және тікелей ҚР білімді практикалық қолданудың тиімді платформасын құру және денсаулық сақтаудың барлық деңгейлерінде – клиникалық практикадан басқарушылық шешім қабылдауға дейін дәлелді практикаға көшу ерекше өзектілікті игере бастады (8-сурет).

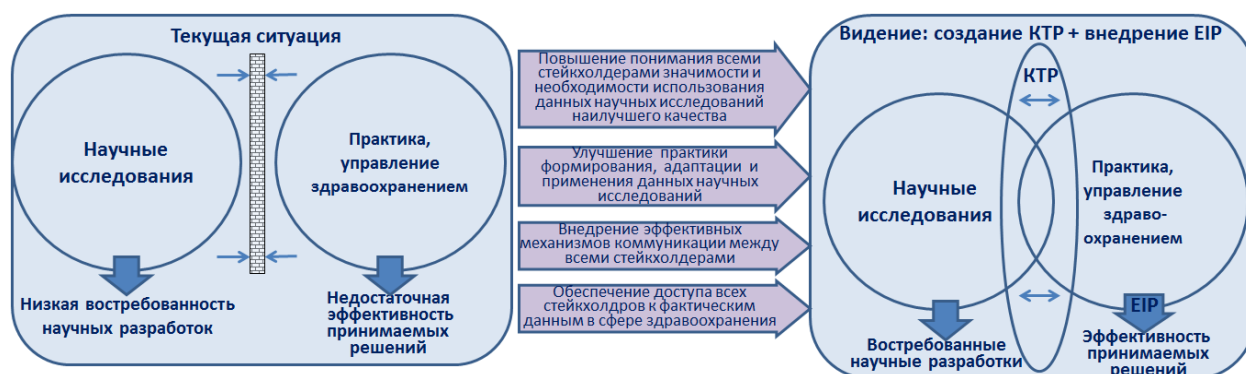
Бұл ретте, КТР құру және ұлттық денсаулық сақтау жүйесіне ЕІР енгізу бойынша іс-шаралар кешені:

- дәлелді практика мәселелері бойынша тұрақты тренингтер өткізу, тиімді уәж құру және нақты деректердің кәсіби қызметінде үздік сапа мәдениетін қалыптастыру негізінде барлық стейкхолдерлердің (және зерттеушелер мен басқарушылық шешім қабылдайтын адамдардың) ең үздік сапалы ғылыми зерттеу деректерін пайдалану маңыздылығы мен қажеттілігін түсінуін арттыруды;

- зерттеу құзыреттерін арттыру, ғылыми ұйымдардың материалдық-техникалық базасын жақсарту және жүргізіліп отырған зерттеулердің әдіснамаларын жетілдіру, ведомствоаралық және пәнаралық деңгейлерде орындалатын зерттеулерді үйлестіруді күшейту негізінде ғылыми зерттеулердің деректерін қалыптастыру, бейімдеу және қолдану практикасын жақсартуды;

- отандық және шетелдік жетекші ғалымдарды тарта отырып, денсаулық сақтауды ұйымдастыру және басқару саласындағы өзекті мәселелер бойынша диалог алаңдарын дамыту негізінде барлық стейкхолдерлер арасында коммуникацияның тиімді тетіктерін енгізуді;

- ұлттық ғылыми медициналық порталын әзірлеу, ақпараттық ресурстарды ДБАЖ-ға ықпалдастыру және оларды толтыру сапасын қамтамасыз етуді, халықаралық ғылыми-техникалық ақпарат дерекқорына қолжетімділікті ұсыну негізінде денсаулық сақтау саласындағы нақты деректерге барлық стейкхолдерлерге қолжетімділікті қамтамасыз етуді қамтуы тиіс.



8-сурет – Басқару және практика саласында дәлелді практикаға ауысу стратегиясы

Барлық көрсетілген іс-шараларды іске асыру үшін жоғарыда көрсетілген барлық іс-шаралар мен бастамаларды қолдауды және жылжытуды, Қазақстанды ДДҰ Еуропа өңірінде құрылған EVIPNet жаһандық желісіне белсенді енгізуді қамтамасыз ететін денсаулық сақтау саласында басқарушылық шешім қабылдайтын адамдардың, денсаулық сақтау жүйесін ұйымдастырушылардың, зерттеушілердің, азаматтық қоғам өкілдерінің ішінен елдік көшбасшылар командасын қалыптастыру қажет. Бұдан басқа, денсаулық сақтау мәселелері бойынша нақты деректердің провайдері және уәкілетті органға арналған шұғыл ден қою бөлімшесі ретінде Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығын (ДСДРО) дамыту негізінде салалық даму институты - ДСДРО базасында білімді практикалық қолдану платформасын институттау қажет.

Осы іс-шаралардың түпкілікті мақсаты - денсаулық сақтау саласында басқарушылық шешім қабылдайтын адамдар және басқа да мүдделі тараптар анағұрлым сапалы ғылыми зерттеу деректерін пайдаланатын болатындай тәртіп құру. Дәл осы тәсіл «Қазақстан 2050» Стратегиясында айтылған «заманауи және тиімді денсаулық сақтау жүйесін» құру бойынша амбициялық мақсаттарға қол жеткізуді қамтамасыз етуге мүмкіндік береді.

#### Көздері:

1. «Қазақстан-2050» Стратегиясы қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты Қазақстан Республикасының Президенті - елбасы Нұрсұлтан Назарбаевтың Қазақстан халқына Жолдауы, Астана қ., 2012 жылғы 14 желтоқсан
2. Здоровье-2020: Основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Всемирная организация здравоохранения, Копенгаген, 2013 г., 28 с.
3. EVIPNet Strategic Plan 2012-15 / edited by U.Panisset, S.Campbell, J.Lavis // World Health Organization, 2012, 32 p.
4. Meeting report - Multi-country workshop on using research evidence for policy-making, 9-11 October 2013, Izmir, Turkey, World Health Organization 2014, 70 p.
5. Annette Boaz, Deborah Ashby and Ken Young. Systematic Reviews: What have they got to offer evidence based policy and practice? // ESRC UK Centre for Evidence Based Policy and Practice: Working Paper 2, 2002, 28 p. Available at URL: <http://emilkirkegaard.dk/en/wp-content/uploads/Should-I-do-a-systematic-review.pdf>
6. Solesbury, W (2001) Evidence based policy: whence it came and where it's going ESRC UK Centre for Evidence Based Policy and Practice: London. 10pp. (Working Paper 1). Available at URL: <http://www.evidencenetwork.org/Documents/wp1.pdf>

7. Fifty-eighth World Health Assembly: Resolution on health research. World Health Organization, 16-25 May 2005. Available at URL: [http://www.who.int/rpc/meetings/58th\\_WHA\\_resolution.pdf](http://www.who.int/rpc/meetings/58th_WHA_resolution.pdf)
  8. Andrew D. Oxman, John N. Lavis, Simon Lewin, Atle Fretheim. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking? // Health Research Policy and Systems 2009, 7(Suppl 1):S1. Available at URL: <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s1.pdf>
  9. Lomas J., Culyer T., McCutcheon C., McAuley L., Law S. Conceptualizing and Combining Evidence for Health System Guidance . Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2005.
  10. World Health Organization. World Report on Knowledge for Better Health. Geneva: Author; 2004a. pp. 97–130.
  11. Joseph M. Kasonde and Sandy Campbell. Creating a Knowledge Translation Platform: nine lessons from the Zambia Forum for Health Research // Kasonde and Campbell Health Research Policy and Systems 2012, 10:31
  12. (Источник: Andrew D. Oxman and etc., 2009 [8])
- 

## **ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДАҒЫ КАДРЛЫҚ РЕСУРСТАРЫНЫҢ ЖАҒДАЙЫ**

**Г.А.Мусина**

*ҚР ДСӘМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК  
Медициналық білім ғылымын дамыту департаменті Денсаулық сақтаудың кадрлық  
ресурстарының обсерваториясы басшысының міндетін атқарушы, денсаулық сақтауды  
ұйымдастырушы жөніндегі I-санатты дәрігер*

**Т.Б.Тұрымбетова**

*ҚР ДСӘМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК  
Медициналық білім ғылымын дамыту департаменті Денсаулық сақтаудың кадрлық  
ресурстары обсерваториясының бас менеджері*

**Ж.Х.Калжанова**

*ҚР ДСӘМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК  
Медициналық білім ғылымын дамыту департаменті Денсаулық сақтаудың кадрлық  
ресурстары обсерваториясының маманы, медицина ғылымдарының магистрі*

**М.М.Кабдуллина**

*ҚР ДСӘМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК  
Медициналық білім ғылымын дамыту департаменті Денсаулық сақтаудың кадрлық  
ресурстары обсерваториясының менеджері, медицина ғылымдарының магистрі,*

**К.Д.Мамбетов**

*ҚР ДСӘМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК  
Медициналық білім ғылымын дамыту департаменті Денсаулық сақтаудың кадрлық  
ресурстары обсерваториясының менеджері, мемлекеттік саясат магистрі*

**А т а л у ы:** Денсаулық сақтаудағы кадр ресурсының жағдайы

**А в т о р л а р ы:** Мусина Г.А., Тұрымбетова Т.Б., Калжанова Ж.Х.,  
Кабдуллина М.М., қ.д. Мамбетов К.Д. «Денсаулық сақтауды  
дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК, Астана қ.

**Түйіндеме:** Денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстар саласындағы айқын тұжырымдалған және дұрыс  
ойластырылған саясат мемлекеттің денсаулық сақтау жүйесінің қызметі көрсеткіштерін арттыру үшін  
маңызды тетік болып табылады. Мақалада тығыздық деңгейі сипатталған, яғни барлық мамандықтар бойынша

денсаулық сақтау кадрлары санының қозғалысы, таралуы және ел ішінде географиялық өңірлер бойынша адами ресурстар құрамы ДСКР ағымдағы жағдайына ықпал тигізетін саясаттың негізгі параметрі.

**Title:** Situation of Human Resources in Health Care

**Authors:** Mussina, G., Turumbetova T., Kalzhanova, Z., Kabdullina, M., Mambetov, K. RSE on REM “Republican Center for Health Development” MHSR RK, Astana

**Abstract:** Distinctly formulated and well-thought policy in Human resources in healthcare is a very important mechanism. The government can improve performance indicators of healthcare system by the effort of the mechanism. This article describes density level, in particular, the numeric indicators of health workforce flows in all specialties, distribution and composition of health workers within the state based on geographical regions as well as the main parameters of the policy, which affects to the current situation of health workforce in healthcare.

**Белгілері мен қысқартулар:**

ЕО – Еуропа одағы

ДДҰ – Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы

ЖПД – Жалпы практика дәрігері

ДДМБ – Денсаулық сақтауды дамыту мемлекеттік бағдарламасы

ДКР – Денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстары

БМСК – Бастапқы медициналық-санитариялық көмек

ҚР – Қазақстан Республикасы

ОМҚ – Орта медицина қызметкері

ТМД – Тәуелсіз елдер достастығы

**Басты сөздер:** денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстары, қызметкерлердің теңсіздігі, денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстардың жетіспеушілігі.

**Кіріспе.** Ұлттық денсаулық сақтау жүйесін нығайтудың маңызды шарттарының бірі денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстарының саясатын құру және тұрақты жетілдіру болып табылады. Денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігі мен медициналық қызметтердің сапасы олардың білімімен, білгірлігімен және дағдыларымен анықталатын медициналық және фармацевтикалық қызметкерлер қызметінің көрсеткіштеріне тікелей байланысты, ол медициналық білімнің жоғары өзектілігі мен дамыту маңыздылығын анықтайды.

ДДҰ талдауы бойынша 2035 жылға қарай бүкіл әлем бойынша денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстарының жетіспеушілігі 12,9 миллион адамды құрайтын болады. Бүгінгі күні кадрлық ресурстардың жетіспеушілігі 70 миллионнан астамды құрайды және егер, қазір шара қолданбасақ, онда мұндай жетіспеушілік әлемнің түпкір-түпкірінде миллиардтаған адамдардың денсаулығы үшін күрделі салдарларға әкелуі мүмкін. Бұл проблеманың негізгі себептері – денсаулық сақтау қызметкерлерінің қартаюы және зейнеткерлікке шығуы немесе олардың жоғары ақы төленетін жұмысқа ауысуы. Екінші жағынан осы кәсіпті таңдайтын жас мамандар санының жеткіліксіздігі. Инфекциялық және инфекциялық емес аурулар қаупінің өсуіне ұшырайтын халық санының өсімі сапалы медициналық қызметтерге сұраныстарды арттырады. Денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстарының ішкі және халықаралық көші-қоны өңірлер арасындағы теңсіздікті ушықтыра түседі [1].

Денсаулық сақтауды дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасындағы міндеттердің бірі денсаулық сақтаудың бәсекеге қабілетті кадрлық әлеуетін құру және инновациялық технологияларды дамыту болып табылады. Сондай-ақ, Денсаулық сақтаудың кадрлық ресурсын дамытудың 2012-2020 жылдарға арналған тұжырымдамасында денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстарын басқару саясаты, медициналық кадрлармен, әсіресе ауылдық жерлерде қамтамасыз ету бойынша проблемалар сипатталған.

Қажеттілікті жалпы бағалау кезінде бірінші кезекте денсаулық сақтаудың кадрлық жағдайы – яғни денсаулық сақтау қызметкерлерінің тығыздық деңгейі (адами ресурстардың

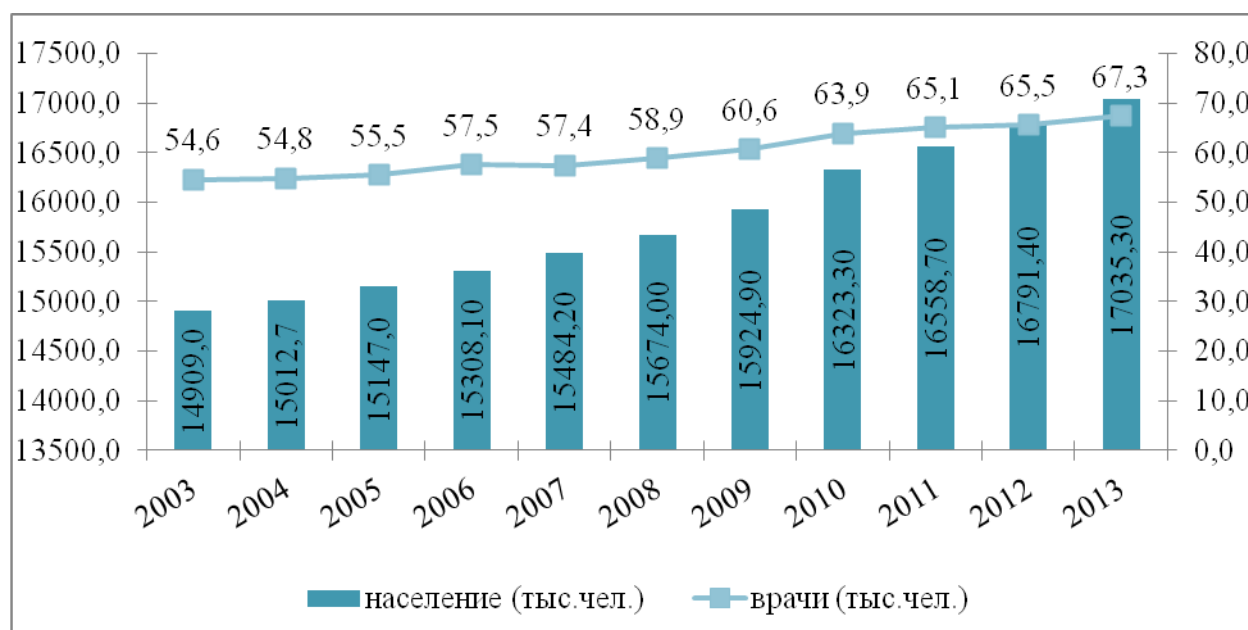


дұрыс саны), қызметті бөлу және тиімділігі, сондай-ақ денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстарына ықпал етуі мүмкін жанама проблемалар қаралады.

Біздің зерттеуіміздің мақсаты Қазақстан Республикасы бойынша медициналық кадрлармен қамтамасыз етуді бағалау болып табылады.

**Материалдар мен әдістер.** Зерттеу көздері ҚР ДСМ 2003-2013 жылдардағы статистикалық жинақ деректері болды, сондай-ақ ДҚР саласындағы жағдайды бағалауға арналған ДДҰ нұсқауының негізінде №30 статистикалық нысандардың деректері пайдаланылды.

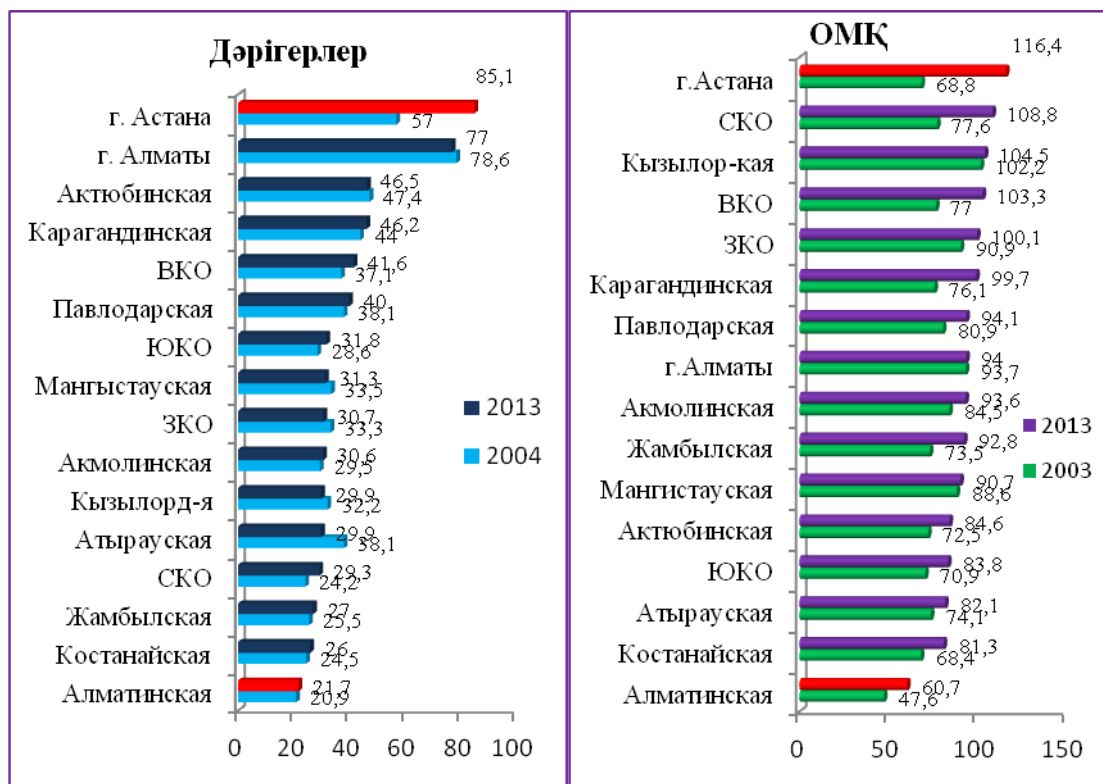
**Нәтижелер мен талқылаулар:** 2013 жылдың қорытындысы бойынша елімізде денсаулық сақтау ұйымдарында 221,1 мың медицина қызметкері, оның ішінде 67,3 дәрігер және 154,9 мың орта медицина персоналы қызметін жүзеге асырды. Дәрігерлер санының динамикасын талдау кезінде 2003-2013 жылдар кезеңінде дәрігерлер санының өсу қарқыны Қазақстан Республикасы халқының өсу қарқынына байланысты емес екені айқындалды (1-сурет) [2]. Белгілі болғандай, 2000 жылдардан бастап Қазақстанда туу өсімі тіркелді (1000 адамға шаққандағы туу көрсеткіші 2000 жылғы 14,6-дан 2013 жылы 22,7-ға дейін артты), табиғи өсім 1000 адамға шаққанда 2000 жылғы 4,8 көрсеткішіне қарсы (2013 жылы) 14,8 құрады.



1-сурет – 2003-2013 жылдардағы халықтың орташа жылдық саны мен дәрігерлер санының динамикасы.

2003-2013 жылдардың ішінде дәрігерлі кадрлармен 10 000 халыққа шаққанда қамтамасыз ету көрсеткіші сәл ғана өзгерді және 2013 жылы 39,2 (2004 жылы 36,3) құрады. ҚР көрсеткіші ЕО мен ТМД елдерінің қамтамасыз ету көрсеткішінен асып отыр (27,3 және 36,5 сәйкесінше) [3].

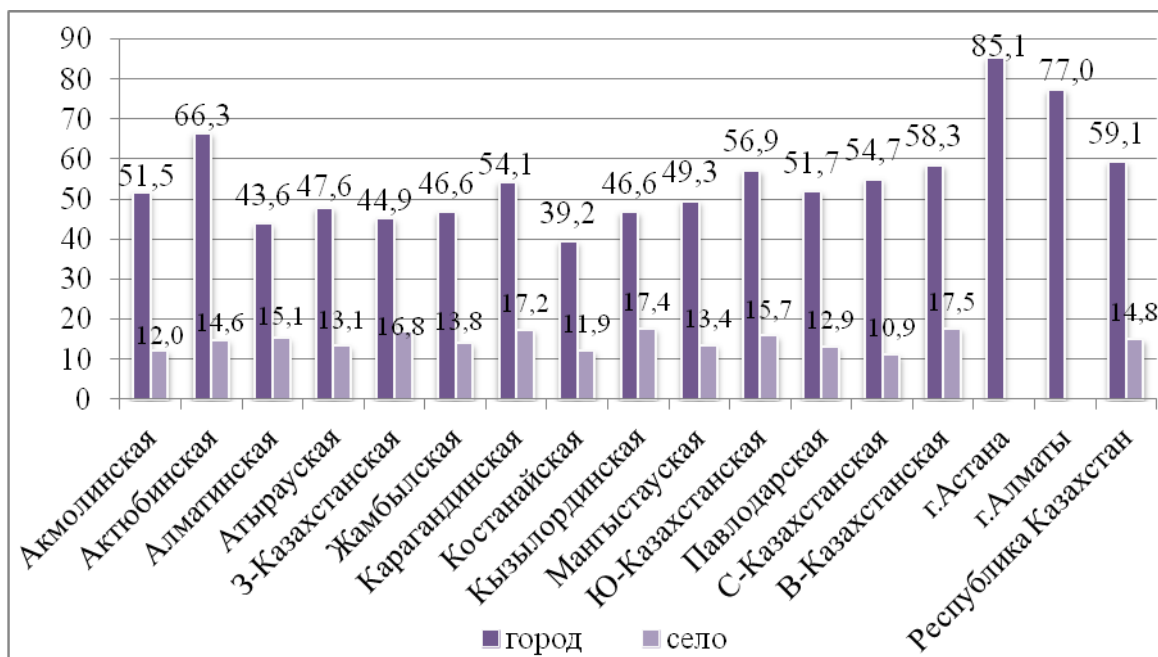
Бірақ, өңірлер бөлінісінде аталған көрсеткіш 21,7 –ден (Алматы облысында) 850-ге дейін (Астана қаласында) ауытқиды, ол ресурстарды облыстар бойынша бөлудің айтарлықта теңсіздігін куәландырады. Қазақстан Республикасында 10 мың халыққа шаққанда орта медицина қызметкерлерімен қамтамасыз ету 10 жылда 13,4-ке өсті (2013 жылы 90,3 және 2003 жылы 76,9). 2013 жылы ең жоғары қамтамасыз ету Қостанай (81,3), Атырау (82,1), Ақтөбе (84,6) және Алматы (60,7) облыстарымен салыстырғанда Астана қаласында (116,4), Солтүстік Қазақстан (108,8), Қызылорда (104,5), Шығыс Қазақстан (103,3) облыстарында байқалады (2-сурет) [2].



2-сурет – ҚР өңірлерінің бөлінісінде (10 мың халыққа шаққанда) барлық мамандықтардың дәрігерлерімен және орта медицина қызметкерлерімен халықтың қамтамасыз етілуі

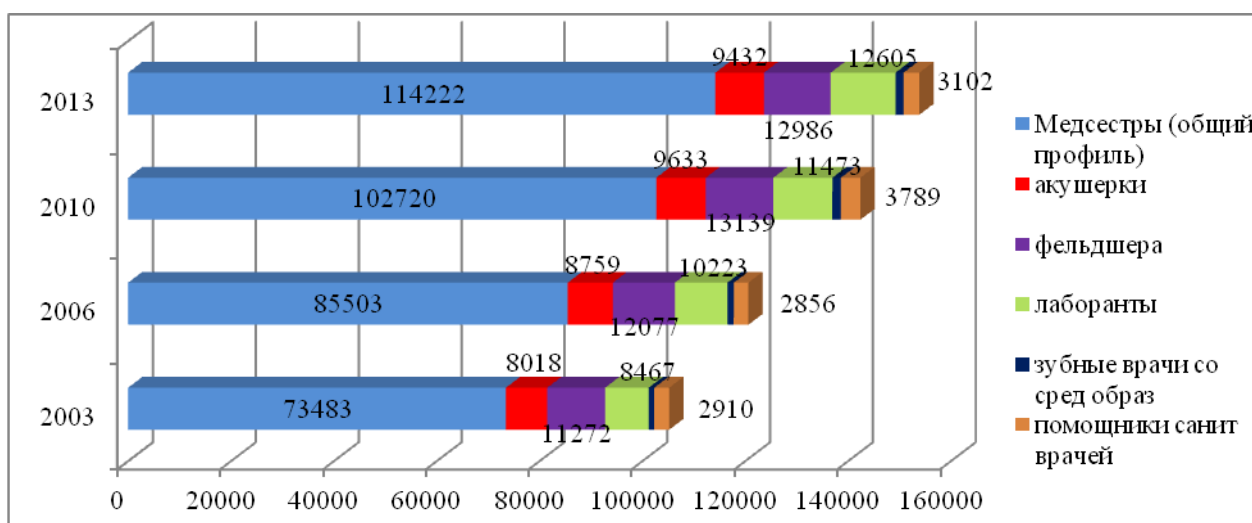
Талдау кезінде, барлық дәрігерлердің құрамынан қала дәрігерлерінің үлесі 83,0% және ауылдық жерлердегі 17,0% құрады, ал орта медицина персоналының үлесі 71,5% және сәйкесінше 28,5% құрады. Дәрігерлермен қамтамасыз ету қалада 59,6 (100 мың халыққа шаққанда), ауылдық жерлерде 14,8 құрады. Өңірлер бөлінісінде Ақтөбе облысында 66,3, Шығыс Қазақстан облысында 58,3, Оңтүстік Қазақстан облысында 56,9 және анағұрлым аз қамтамасыз ету Қостанай облысында 39,2 құрады.

Ауылдық жерлерде дәрігерлермен қамтамасыз етудің анағұрлым жоғары көрсеткіші Шығыс Қазақстан, Қызылорда және Қарағанды облыстарында (100 мың халыққа шаққанда 17,5; 17,4 және 17,2) байқалады, сәйкесінше ауылдық елді мекен пункттерінде төмен қамтамасыз ету мынадай көрсеткіштермен Қостанай және Солтүстік Қазақстан облыстарында бөлінеді (3-сурет).



3-сурет – Барлық мамандық дәрігерлерін 2013 жылы қала және ауыл бөлінісінде географиялық бөлу (10 000 халыққа шаққанда)

Мейіргерлер, акушерлер, фельдшерлер, зертханашылар, санитарлық дәрігерлердің, тіс дәрігерлерінің (орта білімі бар) көмекшілері, тіс техниктері кіретін орта медициналық персоналдың саны 2003 жылғы 115 006-дан 2013 жылы 154912-ге өсті, өсім мейіргерлер санының айтарлықтай өсуі есебінен болды (4-сурет). Орта медициналық персоналдың 10 мың халыққа шаққанда қамтамасыз ету 2003 жылдан 2013 жыл аралығында 17%-ға (76,9-дан 90,3-ке) өсті.

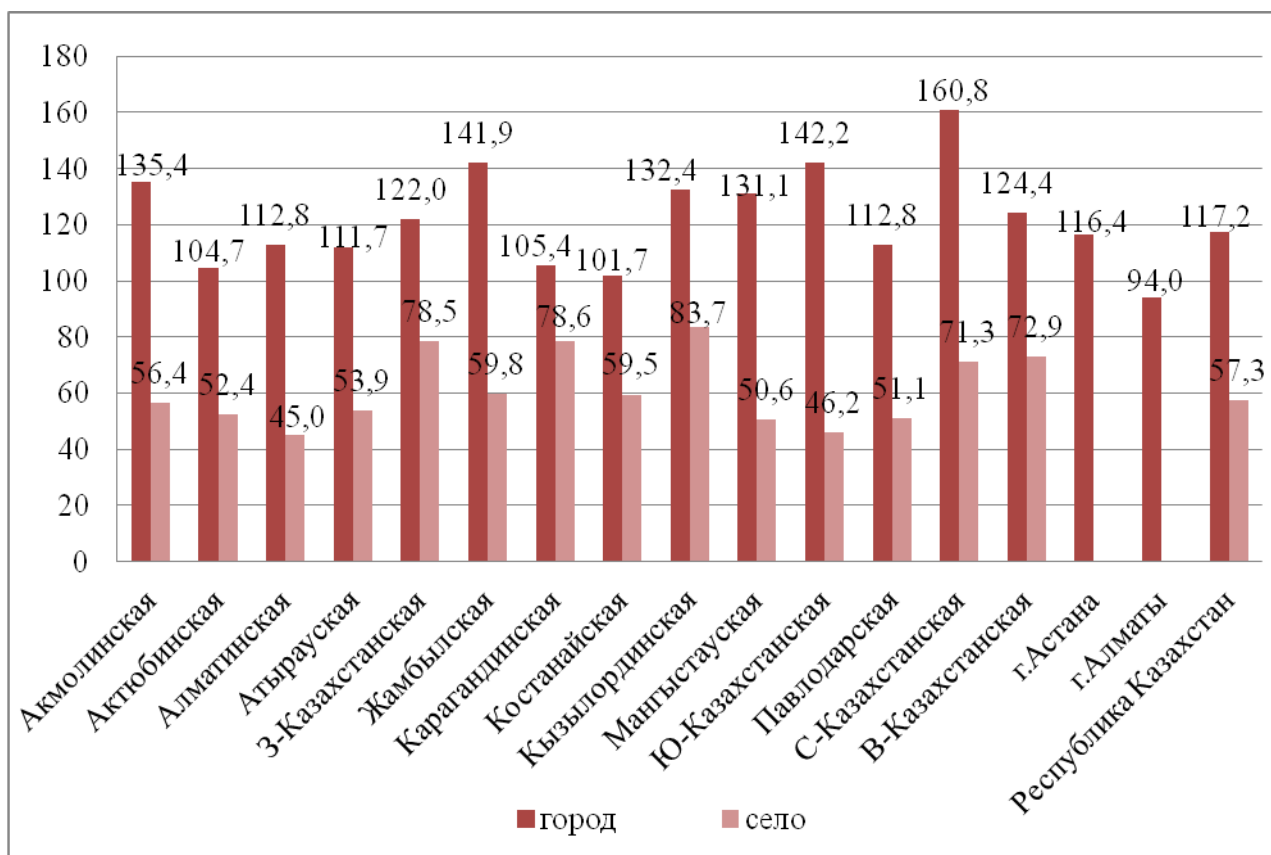


4-сурет – 2003-2013 жылдардағы орта медициналық персоналдар санының динамикасы

Орта медициналық персоналды 2013 жылғы бөлу бағасы қалалық өңірлерде Жамбыл, Оңтүстік Қазақстан және Солтүстік Қазақстан облыстарында сәйкесінше 141,9; 142,2 және 160,8 көрсеткіштерімен үлкен қамтамасыз етілгенін көрсетті. Орта медицина қызметкерлерімен Ақтөбе және Қостанай облыстарының халқы кем қамтамасыз етілген (104,7 және 101,7).

5-суреттегі талдауды түйіндей отырып, ауылдық денсаулық сақатуды орта медицина қызметкерлерімен қамтамасыз ету Қарағанды (78,6) және Қызылорда (83,7) облыстарында

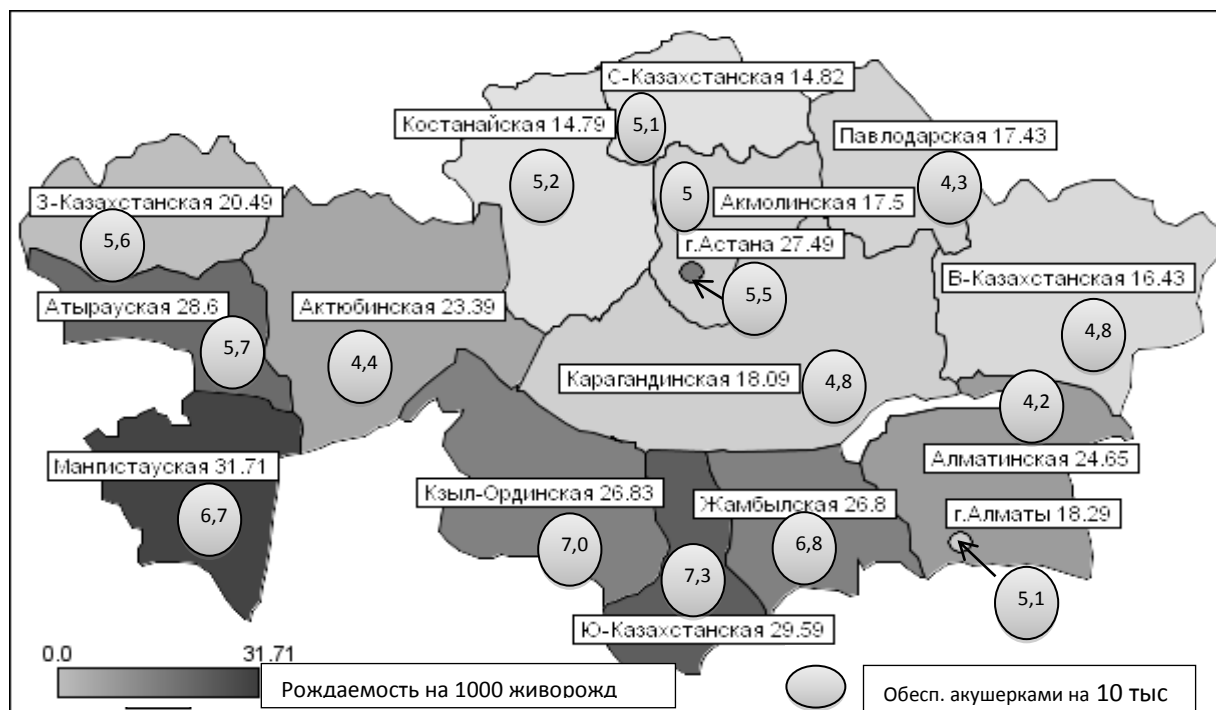
төмен болып қалып отыр, салыстырып қарасақ ОМҚ-мен Оңтүстік Қазақстан (46,2) және Алматы (45,0) облыстарының ауылдық елдері жоғары қамтамасыз етілген (5-сурет).



5-сурет – Орта медициналық персоналды 2013 жылы қала және ауыл бөлінісінде географиялық бөлу (10 000 халыққа шаққанда)

Мейіргерлердің саны 2003 жылы 73483 құрады, 2013 жылы олардың саны 114 222 адамды құрады. Және де 10 000 халыққа шаққанда қамтамасыз ету 35%-ге (49,1-ден 66,6-ға) өсті. Мейіргерлер санының өсімі Қазақстанда бастапқы медициналық-санитариялық көмек деңгейінде мейіргерлер қажеттілігін артуымен шарттасқан, онда денсаулық сақтаудағы өзгерген басымдықтарға сәйкес 1 мейіргері бар жалпы практика дәрігерінің есебі бір учаскеге 2-3 мейіргерге дейін болып өзгерді. Осыған байланысты, қабылдау, одан кейін еліміздің орта медициналық оқу орындарының түлектері артты.

Халықты акушерлермен қамтамасыз ету 2013 жылы 10 мың халыққа шаққанда 5,5-ті құрады. Соңғы жылдардағы туудың арту үрдісін ескере отырып, акушерлерге қажеттіліктердің артуы күтілуде. Жекелеген өңірлерде өңірдің туу деңгейімен акушерлердің қамтамасыз етуі сәйкес келмейді (6-сурет) [2].



6-сурет – 2013 жылы туу (1000 тірі туғанға шаққанда) және 10 000 халыққа шаққанда акушерлермен қамтамасыз ету көрсеткіші.

Жекелеген мамандықтардың дәрігерлермен 10 000 халыққа шаққандағы саны мен қамтамасыз ету көрсеткіші 1-кестеде бейнеленген [4].

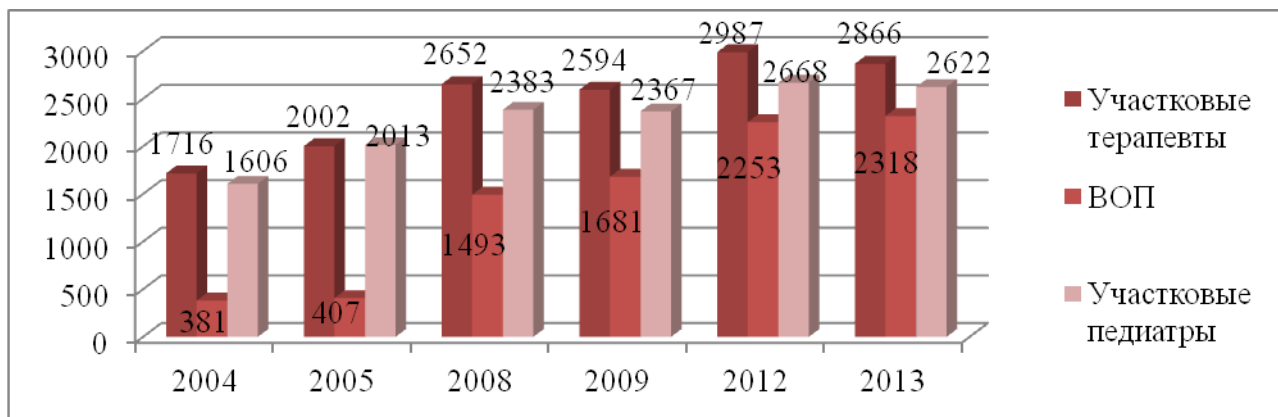
1-кесте – ҚР халқы санының және жекелеген мамандықтардың дәрігерлік кадрларымен қамтамасыз ету динамикасы (ЖТ)

Кәсіби санаттар / Кадрлар	2003		2007		2013	
	Абс.	10 000 халыққа шаққанда	Абс.	10 000 халыққа шаққанда	Абс.	10 000 халыққа шаққанда
Дәрігерлер, барлығы	54613	36,5	57387	36,9	67267	39,2
Терапиялық бейіндегі дәрігерлер	12329	8,2	13247	8,5	15351	8,9
Педиатрлар (неонатологтарды қоса алғанда)	6024	4,0	5907	3,8	6547	3,8
Акушер-гинеколог дәрігерлер	3877	5,0	4307	5,4	4964	5,6
Хирургиялық бейіндегі дәрігерлер	6001	4,0	6679	4,3	7684	4,5
Психиатр-дәрігерлер	918	0,6	942	0,6	858	0,5
Онколог-дәрігерлер	547	0,4	593	0,4	754	0,4
Фтизиатр-дәрігерлер	1455	1,0	1425	0,9	1503	0,9
Дерматовенеролог-дәрігерлер	977	0,7	951	0,6	1111	0,6
Стоматологтар	4123	2,8	4510	2,9	4855	2,8

Кестеден, басқа арнайы мамандықтардың мамандары (стоматологтар, отоларингологтар, онкологтар) өзгеріссіз қалып, ал кейбіреулері бойынша (фтизиатрлар, дерматовенерологтар) төмендегенде терапиялық және хирургиялық бейіндегі дәрігерлер санының артқанын көреміз. Мұндай үрдіс жекелеген назологиялар бойынша аурулардың динамикасымен ғана емесе диагностика мен емдеудің жаңа стандарттарын әзірлеумен, медициналық индустрияның жаңа технологияларын дамытумен, денсаулық сақтау

жүйесіндегі мемлекеттік бағдарламаларды іске асырумен байланысты.

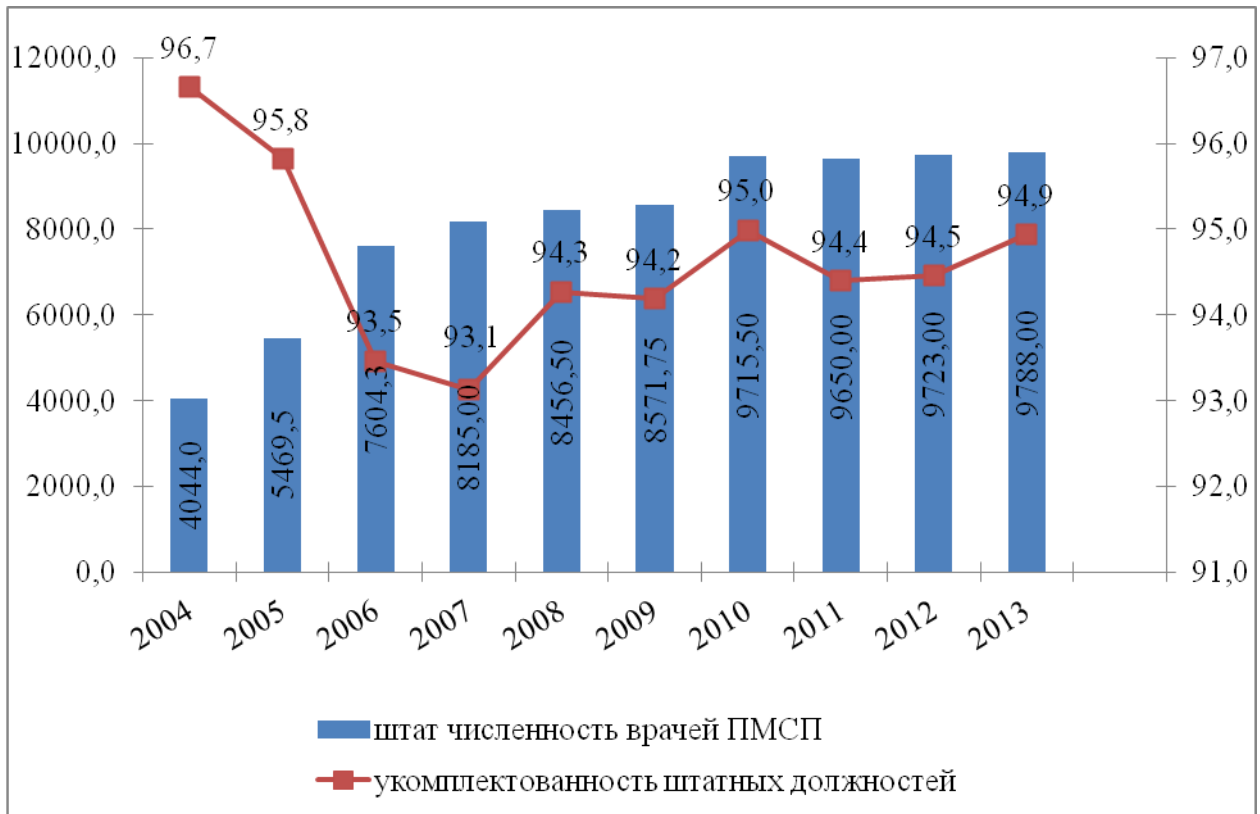
ҚР-да учаскелік терапевтер, учаскелік педиатрлар, жалпы практика дәрігерлері көрсететін БМСК дәрігерлерінің саны бізде бар деректер бойынша соңғы 10 жылда біздің елімізде 2,1-есеге (2004 жылғы 3703-тен 2013 жылы 7806-ға дейін) артты (7-сурет) [5].



7-сурет – БМСК дәрігерлерінің 2004-2013 жылдар аралығындағы санының динамикасы (жеке тұлғалар)

БМСК барлық дәрігерлерден дәрігерлерінің үлесі 6% -дан 12%-ға дейін ұлғайды, оның ішінде жалпы практика дәрігерлерінің БМСК дәрігерлерінің жалпы санынан үлесі 30% құрайды. ҚР ДСМ 2011-2015 жылдарға арналған стратегиялық жоспарында аталған көрсеткіш нысаналы индикатор болып табылды және 2013 жылдың қорытындысы бойынша оған қол жеткізілген жоқ (нысаналы индикатор – 40%).

Нормативтер бойынша бекітілген БМСК ұйымдарындағы штаттық лауазымдар Қазақстан Республикасының халқы бастапқы медициналық көмекпен толық қамтиды [6]. БМСК штат саны учаскелік терапевтің 1 ставкасы 2200 бекітілген ерескестерге шаққандағы, ЖПД 1 ставкасы 2000 ересек және балаларға шаққандағы, учаскелік педиатрлардың 900 балаға шаққандағы есебінен қалыптасады [7]. БМСК штат санын ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің басымдықтарына сәйкес өзгеру 8-суретте көрсетілген [5].



8-сурет – БМСК дәрігерлерінің штат санының және 2004-2013 жылдар аралығында кадрлардың жасақталуының динамикасы

2004-2013 жылдар аралығындағы кезеңде лауазымдарды жасақтау 93-тен 96%-ға дейінгіні құрады, ол БМСК деңгейінде дәрігер кадрлардың жетіспеушілігінің барын екенін куәландырады. 2006-2007 жылдары жақтау көрсеткішінің төмендеуі жалпы дәрігерлік практика (ЖДП) қағидаты бойынша бастапқы медициналық-санитариялық көмекті ұйымдастыруға көшу жолымен БМСК реформалау бағдарламасы шеңберінде жалпы практика дәрігері лауазымын енгізумен байланысты. БМСК деңгейінде кадрлардың жетіспеушілігін төмендету үшін уәкілетті орган дәрігер кадрларды БМСК-ға тартудың әртүрлі тетіктерін әзірлеуде және табысты енгізуде (жалпы практика дәрігерінің мәртебесін арттыру, жан басына шаққандағы нормативтің ынталандырушы компонентін енгізу және басқалары).

2006 жылы жалпы практика дәрігері лауазымын енгізумен учаскелік терапевтер мен педиатрларды оларды ЖПД дәрігерлерінің толық алмастыруына біртіндеп ауыстыру жоспарланған. [6]. Алайда, жүргізілген талдау 10 жылдың ішінде Қазақстан Республикасының кейбір өңірлерінде БМСК тиісті реформасын жеткілікті қарқында жүргізілмей отырғанын көрсетіп отыр.

**Қорытынды:** Әлемде денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстарының жетіспеушілігі, олардың тең бөлінбеуі және көші-қон адамдардың, әсіресе шалғайда орналасқан ауылдық аудандарда тұратындардың медициналық қызметтерге қолжетімділігіне кедергі келтіреді. Жекелеп алған елдердің саясаты халықтың медициналық-санитариялық сұранысын қанағаттандырудың тиісті деңгейіне қол жеткізу үшін күресті жалғастыруда. Дегенмен, бұл процесс медициналық кадрлар туралы дәйекті және толық ақпараттың болмауы себебінен көптеген мемлекеттерде қиындық туғызуда.

Осылайша, жүргізіліп отырған зерттеудің аталған кезеңінде мыналарды атап өтуге болады:

- 10 мың халыққа шаққанда дәрігерлік кадрлармен қамтамасыз ету көрсеткіші 2003-2013 жылдары сәл өзгерді және 2013 жылы 39,2 (2004 жылы 36,3) құрады, ол ЕО мен ТМД жекелеген елдерінде орташа көрсеткіштен жоғары,

- орта медициналық персоналмен қамтамасыз ету көрсеткішінің өсуі жалғасуда (2003 жылдан 2013 жыл аралығында 17%),

- денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстарын бөлу теңсіздігі медициналық қызметтерге, әсіресе ауылдық жерлердің тұрғындары үшін қолжетімділік проблемаларын барын куәландырады.

ҚР Денсаулық сақтау жүйесін реформалау шеңберінде және акцентті БМСК ауыстырумен байланысты БМСК дәрігерлерінің саны (10 жылда 2,1 есеге) ұлғаяды. БМСК барлық дәрігерлерінен ЖПД үлесі 30% құрады. Одан әрі жалпы практика дәрігері негізгі буын және БМСК барлық қызметінің үйлестірушісі болуы үшін ЖПД құзыретін кеңейту, ЖПД кәсібінің мәртебесін арттыру бойынша шаралар қабылдау жоспарлануда.

#### Көздер

1. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/health-workforce-shortage/ru/>
2. База данных по медицинской статистике Казахстан, ТОО «Мединформ» 2003-2013 гг.
3. Европейская база данных «Здоровье для всех» (HFA-DB).
4. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения [http://data.euro.who.int/hfadb/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html)
4. Статистический сборник МЗ РК «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения», 2003-2013гг.
5. Отчетная форма МЗ РК №30 «Отчет медицинской организации» за 2004-2013 годы
6. Койков В.В. Современные подходы к решению проблем кадровой обеспеченности в области здравоохранения. Площадка обсуждения G-Global. 11.09.2013 г.
7. «Денсаулық сақтау ұйымдарының үлгі штаттары мен штат нормативтерін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы 7 сәуірдегі № 238 бұйрығы

---

## ПАЦИЕНТТЕРДІҢ КАРДИОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕКТІҢ САПАСЫ МЕН ҚОЛЖЕТІМДІЛІГІНЕ ҚАНАҒАТТАНУЫН ЗЕРТТЕУГЕ ӘДІСНАМАЛЫҚ ТӘСІЛ

Л.Ф. Қожекенова

ҚР ДСӘМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК Денсаулық сақтау менеджменті орталығы ТМҚК берушілері менеджментінің тиімділігін бағалау бөлімінің бас менеджері

А.Қ. Мұсаханова

«SwissKazMed фармацевтикалық компаниясы» ЖШС медициналық директоры

**Аталуы:** Пациенттердің кардиологиялық көмектің сапасы мен қолжетімділігіне қанағаттанушылығын зерттеуге әдістемелік көзқарас

**Авторлары:** Қожекенова Л.Ф., Мұсаханова А.Қ.

**Түйіндеме:** Халықтың талаптарына сәйкес медициналық көмекке қанағаттанушылығы деңгейін зерттеу медициналық мекемелердің жұмысын бағалаудың маңызды әлеуметтік компоненті болып табылады. Мақалада Семей өңірінде пациенттердің кардиологиялық көмекке қанағаттанушылығын зерттеудің нәтижелері берілген.

**Title:** Methodological approach to survey patients' satisfaction with quality and availability of cardiac care

**Authors:** Kozhekenova, L.G., Mussakhanova, A.K., Nazarbekova, R.S.

**Abstract:** Survey of satisfaction with medical care correlated with public needs is an important social component of performance assessment of health care facilities. This article presents the results of a study of patient satisfaction with cardiac care in Semei region.



**Кіріспе.** Жүрек-қан тамыры аурулары (ЖҚА) әлемдегі өлімнің басты себебі болып қалаып отыр. 2008 жылы ЖҚА-дан 17 млн. астам адам қайтыс болды. Бұл өлімдердің ішінен 3 млн. астамы 60 жасқа дейінгі жас ерекшелік топтарына сәйкес келеді және айтарлықтай дәрежеде алдын алу мүмкін еді. ЖҚА-дан мерзімінен бұрын өлім жағдайларының пайыздық үлесі табыстың жоғары деңгейі бар елдерде 4%-дан және табыстың төмен деңгейі бар елдерде 42%-ға дейін өзгереді. Соңғы 20 жылда табыстың жоғары деңгейі бар елдердегі ЖҚА-дан болатын өлім жағдайларының саны азайып, ал табыстың төмен және орташа деңгейі бар елдердегі өлім жағдайларының саны жедел қарқынмен артып отырды [1]. Қазақстанда қазіргі уақытта, халықтың өлім себептері құрылымында бірінші орында қанайналым жүйесі аурулары тұр [2]. Соңғы жылдары елде қанайналым жүйесі ауруларының (ҚАЖ) өсім үрдістері байқалады. 2010 жылы ҚАЖ-бен сыртқаттанушылық деңгейі 100 мың халыққа шаққанда 2010 жылы 2086,7; 2011 жылы – 2277,1; 2012 жылы – 2454,0; 2013 жылы – 2523,0 құрады [3, 4].

ЖҚА жүрек ауруларын, мидың қан тамырлары ауруларын және қан тамыры ауруларын қамтиды. Өлімнің негізгі себебі жүректің аурулары, атап айтқанда, негізгі көрінісі миокард инфаркті болатын жүректің коронарлы ауруы болып табылады. [5, 6]. Миокард инфаркті еңбек ету қабілетін жоғалтудың және өлімнің әлемдегі негізгі себебі болып табылады және сондықтан қоғамдағы жіті дәрігерлік-әлеуметтік мәселелердің бірін құрайды [7, 8].

Отандық және шетелдік сарапшылардың пікірінше халықтың сырқаттанушылық және өлім медициналық көмектің ұйымдастырылуына және сапасына байланысты [9].

Әлемдік және отандық тәжірибе көрсеткендей, қолжетімді және сапалық медициналық көмекпен қамтамасыз ету тәсілдері сан алуан. Отандық және шетелдік авторлардың көптеген ғылыми жарияланымдарында денсаулық сақтау жүйесін оны алдағы уақытта дамыту, сондай-ақ қабылданатын басқару шешімдерінің тиімділігін анықтау мақсатында үздіксіз бақылаумен, талдаумен, бағалаумен және болжаумен байланысты мақсатты қызметті білдіретін басқару құралы ретінде денсаулық сақтаудағы әлеуметтік мониторингке айтарлықтай назар аударылады [10-13]. Дәрігерлік-әлеуметтік мониторинг халықтың денсаулық жағдайына және серпініне қатысты фактілер мен тәуелділіктерді анықтауға, аумақтағы денсаулық сақтау ұйымын дамытудың әлеуметтік-экономикалық деңгейінің дәрежесін бағалауға, қоғам пікірі мен медициналық ұйымдардың жұмыс істеуінің арасындағы себеп-салдарлық байланысын анықтауға, болжамды баға алуға және тиімді басқарушылық әрекеттерді жасауға мүмкіндік береді. Бұл ретте қазіргі таңда медициналық көмек көрсету тиімділігін арттырудағы маңызды құрауыштардың бірі негізгі қағиданы іске асыру – пациент қажеттіліктерінің қанағаттануы болып табылады [14]. Соңғы жылдары медициналық көмекпен қанағаттану деңгейі денсаулық сақтау қызметін кешенді бағалаудағы маңызды құрылымдық құрауыш болуда. Қоғам пікіріне жүгіну ресми статистиканы сандармен бейнелеу үшін қолжетімсіз мәселелерді анықтауға мүмкіндік береді. Дұрыс құрылымдалған репрезентативті іріктемемен алынатын субъективті бағалар сомасы пациенттердің нақты қажеттіліктерін ескерумен медициналық ұйымның қызметін жетілдіру үшін мүмкіндіктерді ашады [15].

Елімізде азаматтарға көрсетілетін медициналық көмектің деңгейімен және сапасымен қанағаттану деңгейін анықтау жөніндегі сауалнаманы Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодекстің 7-бабы 1-тармағының 40) тармақшасына сәйкес жасалған әдістемелік нұсқаулыққа сәйкес медициналық ұйымдардың ішкі бақылау (аудит) қызметі жүргізеді [16, 17]. Пациенттердің көрсетілетін медициналық көмектің деңгейі мен сапасына қанағаттануының объективті бағасын қалыптастыру үшін стационарлы емдегі пациенттердің санынан 10%-дан кем емес респонденттерді қамти және амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымдар үшін барудың нақты санынан 5%-дан кем емес респонденттерді қамти отырып сауалнама жүргізу ұсынылады. ҚР ДСӘМ 2011 жылғы 22 шілдедегі №468 бұйрығымен «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің

Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитетіне тоқсан сайын аудандардағы халыққа сауалнама жүргізу бойынша талдамалық қорытындысы бар жиынтық есептілікті беруі көзделен. Азаматтарға сауалнама ҚР ДСӘМ 2011 жылғы 22 шілдедегі №468 бұйрығының Әдістемелік нұсқаулықтарына 1 және 2-қосымшаларға сәйкес арнайы жасалған сауалнамалар бойынша жүргізіледі. Сауалнамада амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін медициналық ұйымдар үшін 22 сұрақ, стационарлық көмек көрсететін медициналық ұйымдар үшін 12 сұрақ бар.

#### Зерттеу мақсаты.

Семей өңірінде көрсетілетін кардиологиялық қызметтің сапасына және қолжетімділігіне қанағаттану деңгейін миокард инфарктісін (МИ) бастан өткерген пациенттерге сауалнама жүргізу-сұхбаттасу негізінде зерттеу.

#### Материалдар мен әдістер.

Семей өңірінде көрсетілетін кардиологиялық қызметтің сапасына және қолжетімділігіне қанағаттану деңгейін миокард инфарктісін (МИ) бастан өткерген пациенттерге сауалнама жүргізу-сұхбаттасу негізінде зерттеу мақсатында біз «Кардиологиялық көмек сапасын бағалау бойынша сауалнама» дайындадық. Сауалнаманы дайындау үшін негіз ретінде біз Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің 2011 жылғы 22 шілдедегі №468 бұйрығымен бекітілген Көрсетілетін медициналық көмектің деңгейіне және сапасына қанағаттану дәрежесін анықтау мақсатында халыққа сауалнама жүргізу жөніндегі әдістемелік нұсқаулыққа 1,2-қосымшаларға сәйкес нысандарды қолдандық [17].

Сауалнама әлеуметтік ғылым сауалнамаларына қойылатын талаптарды ескере отырып жасалған және ашық, жабық және жартылай жабық сұрақтардан тұрды.

Сауалнаманың демографиялық бөлігі респонденттің паспорттық сипатын анықтайтын сұрақтардан тұрды: тегі, жынысы, жасы, әлеуметтік жағдайы, тұрғылықты жері. Сауалнаманың сұрақтары жіті миокард инфарктісін бастан өткерген пациенттерді мамандандырылған кардиологиялық көмекпен қамтамасыз етудің түрлі аспектілерін қамтыған. Өңірлік деңгейдегі кардиологиялық көмекті ұйымдастырумен қанағаттанбау мәселелерін анықтауға ерекше көңіл бөлінді. Сауалнамадағы сұрақтар топтамасының мазмұны:

- Пациенттің әлеуметтік портреті – 1 сұрақ,
- Емханадағы және стационардағы кардиологиялық көмекпен қанағаттану деңгейі және қанағаттанбау мәселелері– 2-3 сұрақтары,
- Пациенттің медициналық ұйымда болу жағдайлары– 9, 23 сұрақтар,
- Медициналық нәтижелілікпен қанағаттанушылық – 10 сұрақ,
- Дәрігер мен пациенттің өзара арақатынасының сипаты–24-28 сұрақтар,
- Стационардан шығарған кезде дәрігердің түсіндіргендерінің қолжетімділігі –8 сұрақ,
- Пациенттердің хабардарлығы –7, 16 сұрақтар,
- Қосымша консультациялар алу мүмкіндігі –17 сұрақ,
- Емханадағы қабылдаудың күту мерзімі, ұйымдастырылуы –18-22 сұрақтар,
- Жоспарлы емдеуге жатқызуды күту мерзімі–6 сұрақ,
- Екінші қайтара емдеуге жатқызу –11-13 сұрақтар,
- Кардиологта диспансерлік бақылауда болу –15 сұрақ,
- Оңалтудың амбулаториялық сатысы –14 сұрақ,
- Мейіргердің үйдегі медициналық қызметімен қанағаттануы–29 сұрақ,
- Пациенттердің кардиологиялық көмектің ұйымдастырылуын жетілдіру бойынша ұсыныстары мен тілектері–30 сұрақ,
- Пациенттердің көрсетілетін кардиологиялық көмектің сапасына және қолжетімділігіне қанағаттану деңгейін бес балдық жеке бойынша бағалау –31 сұрақ.

Зерттеу интервьюер сұрақтарды құрылған реті бойынша қояды деп қарастырылатын құрылымдалған сұхбат нысанында жүргізілді. Сұрақтар нақты және көп жағдайда респондентке жауаптардың белгіленген аралығы (жабық сұрақтар) ұсынылады.

Сұхбатты жүргізудің орташа мерзімі 25-30 минутты құрады. Сауалнамаларды шындыққа және ішкі сенімділікке тексеру 20 пациентке алдын ала жүргізілді. Зерттеуді жүргізудің алдында сауалнама Семей қаласының ММУ жанындағы Локалды этикалық комитеттің сараптамасынан өтті.

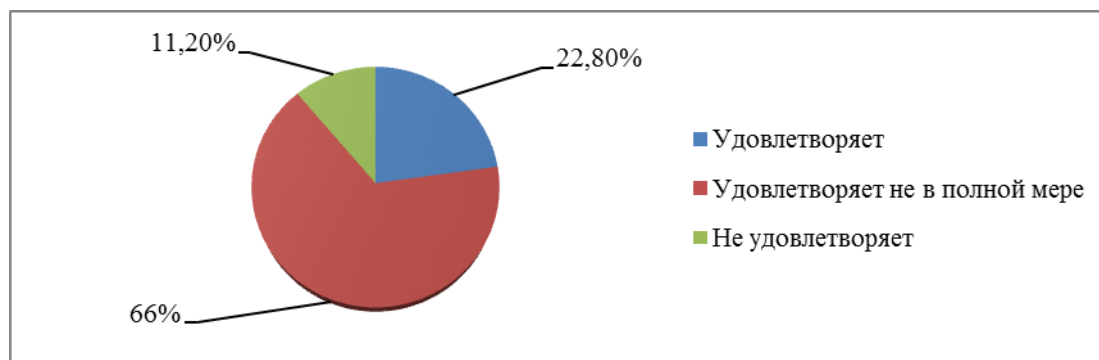
Сұхбаттасу 2013 жылғы қыркүйекте-2014 жылғы ақпанда жүргізілді. Зерттеу халықаралық талаптарға сәйкес жүргізілді. Барлық сауалнамалық деректер кодталды, құпиялық сақталды.

Зерттеуге қатысушылардың тізмін қалыптастырған кезде деректер №027/у «Стационарлық науқастың медициналық картасынан көшірме» нысанынан көшірілді.

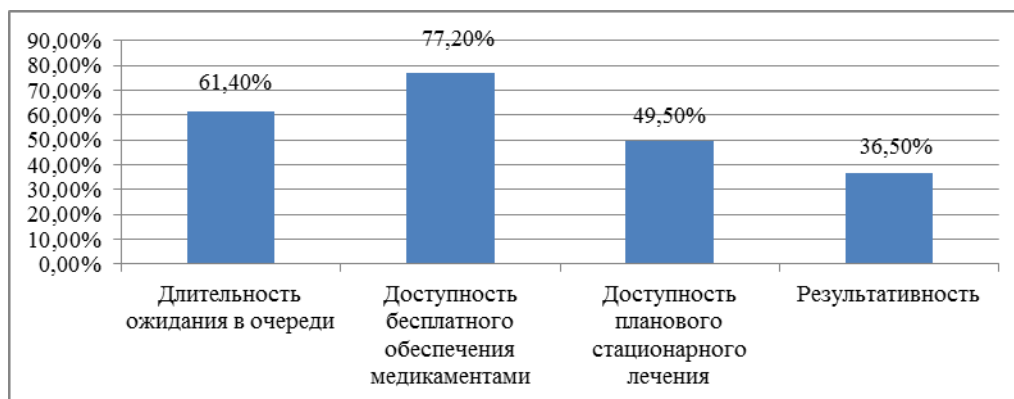
Дизайн – көлденең зерттеу. Статистикалық талдауды өткізген кезде р мәнінің шекті деңгейі 0,05 тең етіп қабылданды. Сапалық мәліметтер үшін топтағы статистикалық мәнділік хи-квадрат ( $\chi^2$ ) критерийінің көмегімен жүргізілді. Нәтижелердің статистикалық талдауы 20 Windows үшін 20-нұсқасы бар SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) бағдарламаның көмегімен жүргізілді (Семей қ. ММУ).

#### Нәтижелер және талқылау.

Зерттеу нәтижесінде емханадағы медициналық көмектің ұйымдастырылуына 22,8% (n=65) пациенттің қанағаттанғаны, 66% (n=188) пациенттің толық көлемде қанағаттанбағаны, 11,2% (n=32) пациенттің емхана жұмысымен қанағаттанбағаны ( $\chi^2=142,295$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ) анықталды (1-сурет).



1-сурет – Респонденттердің емханада ұйымдастырылған медициналық көмектің ұйымдастырылуына қанағаттануы

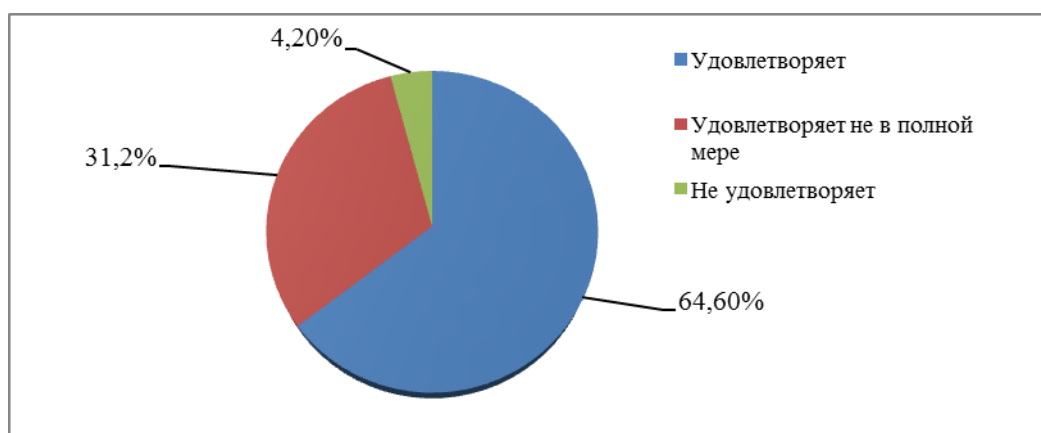


2-сурет – Респонденттердің емханада ұйымдастырылған медициналық көмектің ұйымдастырылуына қанағаттанбауының себептері

Көптеген сұралған пациенттер 77,2% (n=220) өңірдің кардиологиялық қызметінің анағұрлым маңызды проблемасы ретінде тегін дәрі-дәрмектердің төмен қолжетімділігін ( $\chi^2=84,298$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ); 61,4% (n=175) пациенттер – кезекте күту ұзақтығын ( $\chi^2=14,825$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ); 49,5% (n=141) пациенттер – жоспарлы стационарлық емнің қолжетімділігін ( $\chi^2=0,032$ ;  $df=1$ ;  $p=0,859$ ); 36,5 % (n=104) пациенттер – нәтижелілігін ( $\chi^2=20,804$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ) атап өтті (2- сурет).

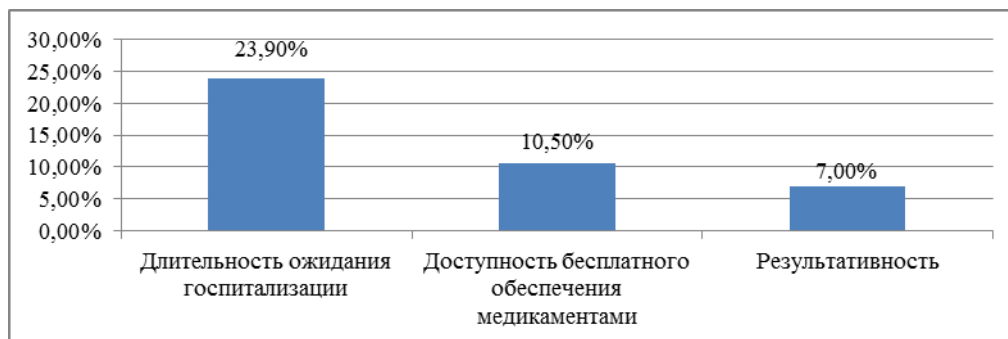
Басқа себептердің арасында 1,8% (n=5) пациенттер емханаға қажетсіз баруға мәжбүр екендігін; 2,8% (n=8) – қажетті дәрі-дәрмектердің дәріханаларда жоқ екенін; 2,1% (n=6) – кардиологқа қабылдауға жазылу үшін өте көп уақыт қажеттігін; 1,8% (n=5) – учаскелік дәрігерлердің жиі ауысатындығын; 0,4% (n=1) – емхана жұмысының ұйымдастырылуы пациенттің денсаулығы мен психикасына теріс әсер ететінін ( $\chi^2=1141,337$ ;  $df=5$ ;  $p<0,001$ ) атап өтті.

Респонденттердің жартысынан көбі 64,6% (n=184) «Сіз стационардағы медициналық көмектің ұйымдастырылуына қанағаттанасыз ба?» деген сұраққа жақсы жауап берді; 31,2% (n=89) пациент – толық көлемде қанағаттанбайды; 4,2% (n=12) пациент – қанағаттанбайды ( $\chi^2=156,274$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ) (3-сурет).



3-сурет – Респонденттердің стационардағы медициналық көмектің ұйымдастырылуына қанағаттануы

Стационардағы медициналық көмектің ұйымдастырылуына респонденттердің қанағаттанбау себептерін зерттеген кезде 23,9% (n=68) емдеуге жатқызудың күту ұзақтығын ( $\chi^2=77,898$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ); 10,5% (n=30) пациент – стационарда дәрі-дәрмектерден тегін қамтамасыз ету қолжетімділігін ( $\chi^2=177,632$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ); 7% (n=20) пациент – нәтижелілікті ( $\chi^2=210,614$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ) атады (4-сурет).



4-сурет – Респонденттердің стационардағы медициналық көмектің ұйымдастырылуына қанағаттанбауының себептері

Басқа себептердің ішінде 1,4% (n=4) дәрігерлер мен мейіргерлердің этикалық нормаларды сақтамауын; 0,4% (n=1) – стационарда қажетті дәрі-дәрмектердің болмауын; 0,4% (n=1) – керуеттердің, төсек жаймаларының қанағаттанарлықсыз жағдайын атап өтті ( $\chi^2=807,758$ ;  $df=3$ ;  $p<0,001$ ).

«Сіз медициналық жабдыққа шағымдалдыңыз ба?» деген сұраққа 16,8% (n=48) пациент оң, 83,2% (n=237) пациент теріс жауап берді ( $\chi^2=125,337$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ). Респонденттердің пікірінше 5,6% (n=16) шағым нәтижесінде тиімді шаралар қабылданды, 11,2% (n=32) респондент қабылданған шаралардың жоқтығын байқаған болатын ( $\chi^2=319,726$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ).

Жоспарлы тәртіппен емдеуге жатқызылған пациенттердің 22,8% (n=65) стационарлық емге жолдама алғаннан бастап емдеуге жатқызылуды күту мерзіміне дейін 3 күнді; 9,8% (n=28) пациент – 10 күнге дейін; 13,7% (n=39) пациент – 20 күнге дейін; 18,6% (n=53) пациент – 20 күннен артық құрағанын атап өтті ( $\chi^2=54,281$ ;  $df=4$ ;  $p<0,001$ ).

«Жаңа дәрі-дәрмек тағайындардың алдында Сізге стационардың қызметкері (емдеуші дәрігер, мейіргер) препараттың болуы мүмкін жанама әсерін түсіндірді ме?» деген сұраққа респонденттердің берген жауаптары мынадай түрге бөлінді: «Иә» – 48,4% (n=138); «Ішінара» – 5,6% (n=16); «Жоқ» – 46,0% (n=131) ( $\chi^2=98,8$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ).

Көптеген пациенттер 80,7% (n=230) стационарда болған уақытта шыққаннан кейін қандай белгілерге көңіл аудару керектігі туралы ақпарат алғандарын; 17,5% (n=50) – ақпарат алмағанын; 1,8% (n=5) – ақпаратты ішінара алғанын нұсқады ( $\chi^2=298,421$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ).

Пациенттердің палатасы мен бөлімшелеріндегі стационарлық жағдайды 58,6% (n=167) пациент «жақсы»; 39,6% (n=113) пациент – «қанағаттанарлық»; 1,8% (n=5) пациент – «қанағаттанарлықсыз» деп бағалады ( $\chi^2=143,242$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ).

Стационарда алынған емнің нәтижелілігін бағалай отырып, барлық пациенттер 97,9% (n=279) жағдайдың жақсарғанын; 1,1% (n=3) пациент – жағдайдың нашарлауын; 1,1% (n=3) пациент – жағдай өзгермегендігін атап өтті ( $\chi^2=534,568$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ).

2012 жылы жіті миокард инфарктін бастан өткерген 63,9% (n=182) үлес салмағы бар көптеген респондент – пациенттер стационардан шыққан соң 2012 жылы қайтадан емдеуге жатқызу болғанын, 36,1% (n=103) пациент – қайтадан емдеуге жатқызу болмағанын атап өтті ( $\chi^2=21,898$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ).

Пациенттерді сұрау нәтижесі бойынша екінші қайтара емдеуге жатқызылуға себеп болғандар: 35,4% (n=101) жағдайда – жоспарлы көрсеткіштер ( $\chi^2=24,172$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ); 37,9% (n=108) жағдайда – шұғыл көрсеткіштер ( $\chi^2=16,705$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ).

Екінші қайтара шұғыл емдеуге жатқызылу себептерінің құрылымында бірінші рангтік орынды үлес салмағы 15,1% (n=43) ( $\chi^2=138,951$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ) болатын психоэмоционалдық жүктеме; екінші рангтік орынды үлес салмағы 4,2% (n=12) ( $\chi^2=239,021$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ) болатын физикалық жүктеме; үшінші рангтік орынды дәрігердің нұсқаулығын орындамау – 2,1% (n=6) ( $\chi^2=261,505$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ) алады. 19,3% (n=55) пациент денсаулықтарының себепсіз нашарлағанын көрсетті ( $\chi^2=107,456$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ).

Пациенттердің көп бөлігі – 95,8% (n=273) болған ЖМИ бойынша тәуліктік стационарлық ем аяқталған соң күндізгі стационар жағдайында оңалтудың амбулаториялық сатысынан өтпегендерін көрсетті ( $\chi^2=239,021$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ).

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің м.а. 2011 жылдың 22 қыркүйегіндегі №647 бұйрығына сәйкес [18], бастан өткерген ЖМИ кейін, пациенттің кардиологта тұрғылықты жері бойынша белсенді диспансерлік бақылану еселігі мынадай схемаға сәйкес келуі қажет:

- 1 бару – күндізгі стационардан шыққаннан соң,
- 2 бару – ЖКС кейін 2 айдан соң,
- 3 бару – ЖКС кейін 3 айдан соң,
- 4 бару – ЖКС кейін 6 айдан соң,

– 5 бару – ЖКС кейін 12 айдан соң.

Аталған схемада кардиологта белсенді диспансерлік бақылану еселігінің сәйкестігі туралы сұраққа пациенттердің көп бөлігі 70,2% (n=200) оң; 17,5% (n=50) пациент – толық көлемде сәйкес келмейді; 12,3% (n=35) пациент – сәйкес келмейді ( $\chi^2=175,263$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ) деп жауап берді.

Пациенттердің көбі 78,2% (n=223) «Учаскелік дәрігер (ФАП фельдшері) Сізге салауатты өмір салтын жүргізу туралы ақпарат (әңгімелесу немесе баспа материалдары түрінде) ұсынды ма?» деген сұраққа оң жауап берді ( $\chi^2=90,951$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ).

89,8% (n=256) пациенттер емханаға барған кезде СӨС дәрігерінің, психологтың, әлеуметтік қызметкердің қызметін алмағандығын нұсқады ( $\chi^2=180,804$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ).

Зерттеу нәтижелерімен, 78,6% (n=224) пациенттің емхананың жұмыс сағаттары көңілінен шығатын; 9,5% (n=27) пациенттің толық көлемде көңілден шықпайтыны; 11,9% (n=34) пациент – көңілден шықпайтыны ( $\chi^2=263,011$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ) белгіленді. Пациенттердің көбі 78,2% (n=223) тіркеу бөліміндегі қызметкерлер жайдары және ықыласты екендігін байқады; 17,2% (n=49) пациент берілген пікірмен ішінара келісті; 4,6% (n=13) пациент теріс пікір білдірді ( $\chi^2=256,516$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ).

Сұрау нәтижелері көрсеткендей, 59,6% (n=170) пациент дәрігердің қабылдауына телефон арқылы жазылады ( $\chi^2=10,614$ ;  $df=1$ ;  $p=0,001$ ); 75,8% (n=216) пациент тіркеу бөліміне жүгінеді ( $\chi^2=75,821$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ). Респонденттердің жартысынан көбі терапевт және кардиологқа қабылдауға жазылу ұзақ уақыт алатынын көрсетті: терапевтке – 56,8% (n=162) ( $\chi^2=81,537$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ); кардиологқа – 56,1% (n=160) ( $\chi^2=78,337$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ). 61,1% (n=174) пациент дәрігер қабылдауына өту үшін кезекті көп уақыт күтуге мәжбүр екендіктерін көрсетті; 24,9% (n=71) пациент дәрігер қабылдауына өту үшін кезекті ішінара көп уақыт күтуге мәжбүр екендіктерін көрсетті ( $\chi^2=103,6$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ).

«Пациенттерге арналған күту залы жеткілікті дәрежеде ыңғайлы ма?» деген сұраққа 48,8% (n=139) респондент оң; 32,6% (n=93) – теріс жауап берді; 18,6% (n=53) респондент күту залы толық мөлшерде ыңғайлы еместігін атады ( $\chi^2=38,989$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ).

Барлық пациенттер 95,1% (n=271) терапевтің де және кардиологтің де пациенттердің медициналық кітапшасындағы денсаулық мәселелері және бұрын болған аурулар туралы білетіндіктерін нұсқады ( $\chi^2=231,751$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ).

Респонденттердің көбі терапевт және кардиолог пациенттермен сөйлесу үшін жеткілікті уақыт бөлетінін атап өтті: терапевт – 76,8% (n=219) ( $\chi^2=246,905$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ); кардиолог – 81,1% (n=231) ( $\chi^2=293,074$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ). Көптеген пациенттердің пікірі бойынша терапевт және кардиолог олардың мұқият тыңдайды: терапевт – 78,2% (n=223) ( $\chi^2=258,716$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ); кардиолог – 83,5% (n=238) ( $\chi^2=324,063$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ). Пациенттердің айтарлықтай бөлігі терапевт пен кардиолог ауру және дәрі-дәрмектің тағайындалуы туралы анық түсіндіреді деп есептейді: терапевт – 84,6% (n=241) ( $\chi^2=337,326$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ); кардиолог – 82,8% (n=236) ( $\chi^2=315,432$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ). Терапевтке және кардиологқа барған соң пациенттер өздерін ауруды жақсы түсінетіндіктерін сезінеді: терапевт – 73,0% (n=208) ( $\chi^2=208,063$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ); кардиолог – 71,2% (n=203) ( $\chi^2=192,589$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ).

«Мейіргердің үйдегі медициналық қызметімен қанағаттанасыз ба?» деген сұраққа пациенттердің үштен бір бөлігі – 38,2% (n=109) оң жауап; 3,9% (n=11) пациенттер теріс жауап берді; 1,8% (n=5) пациенттер – толық көлемде қанағаттанбайды; 56,1% (n=160) пациенттер мейіргерді үйге шақыртпағанын туралы жауап берді ( $\chi^2=243,098$ ;  $df=3$ ;  $p<0,001$ ).

«Сіздің пікіріңізше, кардиологиялық көмек ретінде нені жетілдіру қажет?» деген сұрақтың нәтижелерін талдаған кезде дайын жауаптар тізімімен қатар мынадай нәтижелер алынған болатын: ең көп жауап үлесі «Қолжетімділік» 79,3% (n=226) ( $\chi^2=97,856$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ) және «Оңалтуды ұйымдастыру» жауаптарына 78,9% (n=225) ( $\chi^2=95,526$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ); «Нәтижелілік» – 77,9% (n=222) ( $\chi^2=88,705$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ); «Қадрмен қамтамасыз

етілу» – 74,4% (n=212) ( $\chi^2=67,793$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ); «Денсаулық мектебінің жұмысы» – 72,6% (n=207) ( $\chi^2=58,389$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ); «Медициналық қызмет этикасы» – 68,8% (n=196) ( $\chi^2=40,172$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ); «Қауіпсіздік» – 67% (n=191) ( $\chi^2=33,014$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ); «Үйдегі кардиологиялық көмекті ұйымдастыру» – 66% (n=188) ( $\chi^2=29,056$ ;  $df=1$ ;  $p<0,001$ ) түскен болатын.

Кардиологиялық көмек сапасын бес балдық межемен бағалаған кезде пациенттердің қанағаттану деңгейі  $2,21\pm 0,68$  құрады.

#### Қорытынды.

1. Семей өңірінде әзірленген және сыналған МИ бастан өткерген пациенттердің кардиологиялық көмектің көрсетілуіне қанағаттануын мониторингтеуді пациенттерге кардиологиялық көмектің сапасын арттыруға бағытталған басқару шешімдерін дұрыс және уақытылы қабылдау мақсатында денсаулық сақтаудың басқа мекемелеріне енгізу ұсынылады.

2. Қанайналым жүйесі аурулары таралымының өсу қарқынына, емдеудегі жоғары технологиялық әдістерін енгізу арқылы аталған патологиясы бар пациенттердің күтілетін өмір сүру ұзақтығының артуына байланысты және жүргізілген зерттеу нәтижелерін ескере отырып кардиолог-дәрігерлердің штаттық қызметтерін ең алдымен амбулаториялық-емханалық мекемелерде арттыру мүмкіндігін қарастыру қажет.

3. Семей өңіріндегі ересектердің кардиологиялық көмекке жоғары қажеттіліктері өңірде стационарлық көмек көрсететін медициналық ұйымдардағы кардиологиялық төсек санын арттыру қажеттілігімен шарттасады.

4. Денсаулық сақтауды басқарудың жергілікті органы бақылауды арттыруы және кардиологиялық пациенттерді БМСК деңгейіндегі тегін медициналық препараттармен қамтамасыз ету тетігін жетілдіруі, миокард инфарктінің бастан өткерген пациенттерді оңалтуды ұйымдастыру үшін қосымша қаражаттарды бөлуі қажет.

5. Жіті миокард инфарктінің бастан өткерген пациенттерді жеке есепке алуға қосымша ретінде емханалардың бас дәрігерлерінің ЖМИ бастан өткерген пациенттерді тегін дәрі-дәрмектермен, жоспарлы емдеуге жатқызумен және оңалтумен қамтамасыз етуге ай сайынғы мониторингісін жүргізуі орынды.

#### Көздері:

1 Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними / под ред. Mendis S., Puska P., Norrving B. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2013. – 162 с.

2 Сводная информация о выполнении Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы за 2013 год // Режим доступа: [http://www.mz.gov.kz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1384](http://www.mz.gov.kz/index.php?option=com_content&view=article&id=1384)

3 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году // Статистический сборник МЗ РК. – Астана, 2012. – 320 с.

4 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2013 году // Статистический сборник МЗ РК. – Астана, 2014. – 356 с.

5 Thygesen K., Alpert J.S., White H.D. et al. [Перевод Евсеев М.О.] Универсальное определение инфаркта миокарда // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. – 2008. – №5. – С.91-105.

6 Thygesen K., Alpert J.S., Jaffe A.S. et al. Third universal definition of myocardial infarction // Circulation. – 2012. – Vol. 126, №16. – P.2020-2035.

7 Gaziano T.A., Bitton A., Anand S. et al. Growing Epidemic of Coronary Heart Disease in Low- and Middle Income Countries // Current problems in Cardiology. – 2010. – Vol. 35, №2. – P. 72-115.

8 Антипова С.И., Антипов В.В. Болезни системы кровообращения: эпидемиологические и демографические сопоставления // Медицинские новости. – 2011. – №12. – С. 37-43.

9 Герасимова Л.И., Шувалова Н.В., Тюрникова С.Р. Социально-экономическая значимость заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения (обзор литературы) // Здравоохранение Чувашии. – 2013. – №2. – Режим доступа: <http://giduv.com/journal/2013/2/sotsialno-ekono>

10 Абдикаримова Г.Ч. О роли социологической оценки качества медицинской помощи в практическом здравоохранении // Медицина. – 2012. – №9. – С. 14-15.

- 11 Гришина Н.К. Основные принципы реализации программ социологического мониторинга в здравоохранении // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – №2. – С. 32-36.
- 12 McConnell K.J., Lindrooth R.C., Wholey D.R. et al. Management practices and the quality of care in cardiac units // The Journal of the American Medical Association. – 2013. – Vol. 173, №8. –P. 684-692.
- 13 Guss D.A., Leland H., Castillo E.M. The impact of post-discharge patient call back on patient satisfaction in two academic emergency departments // The Journal of Emergency Medicine. – 2013. – Vol. 44, №1. –P. 236-241.
- 14 Ацель Е.А. Удовлетворенность качеством кардиологической помощи в период модернизации здравоохранения // Вестник современной клинической медицины. – 2012. – Т. 5, №3. – С. 6-9.
- 15 Сибурина Т.А., Барскова Г.Н., Лактионова Л.В. Методические подходы к исследованию удовлетворенности пациентов высокотехнологичной медицинской помощью // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – Т. 29, №1. – С. 3.
- 16 «Халық денсаулығы және денсаулық сақату жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі №193-IV кодексі (2014 жылғы 3 шілдедегі жағдай бойынша өзгерістері мен толықтырулары бар) // Қолжетімділік режимі: [http://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=30479065](http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30479065)
- 17 «Көрсетілетін медициналық көмектің деңгейі мен сапасына қанағаттану дәрежесін анықтау мақсатында азаматтарға сауалнама жүргізу бойынша әдістемелік ұсынымдарды бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық министрдің міндетін атқарушының 2011 жылғы 22 шілдедегі № 468 бұйрығы // Қолжетімділік режимі: [http://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=31051412](http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31051412)
- 18 «Қазақстан Республикасының халқына кардиологиялық, интервенциялық кардиологиялық және кардиохирургиялық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдары туралы ережені бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық министрдің міндетін атқарушының 2011 жылғы 22 қыркүйектегі № 647 бұйрығы // Қолжетімділік режимі: [http://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=31088700](http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31088700)