

«ҚДСЖМ» Қазақстандық медициналық университеті

ӘОЖ: 614.812:368.42

Қолжазба құқығында

ШУРЕНОВА МАХАББАТ БИСЕМБАЕВНА

Міндетті медициналық сақтандыру жүйесінде алғашқы медико-санитарлық көмектің халыққа қолжетімділігі мен сапасын кешенді бағалау

8D10101 – «Қоғамдық денсаулық сақтау»

философия докторы (PhD)
дәрежесін алу үшін дайындалған диссертациясы

Ғылыми кеңесшілер:
Құрақбаев Қ.Қ. м.ғ.д., профессор,
Шетелдік кеңесші:
Каратаев М.М., м.ғ.д., профессор

Қазақстан Республикасы
Алматы, 2026

МАЗМУНЫ

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР	4
АНЫҚТАМАЛАР.....	6
БЕЛГІЛЕР МЕН ҚЫСҚАРУЛАР.....	7
КІРІСПЕ.....	8
1 АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕКТІҢ ҚОЛЖЕТІМДІЛІГІ МЕН САПАСЫН БАҒАЛАУДЫҢ ТЕОРИЯЛЫҚ НЕГІЗДЕРІ.....	13
1.1 Дамыған елдердегі алғашқы медико-санитарлық көмек ұйымдастыру.....	13
1.2 Алғашқы медико-санитарлық көмектің сапасын және қолжетімділігін кешенді бағалаудағы жаһандық үрдістер.....	19
1.3 Қазақстан Республикасының алғашқы медико-санитарлық көмекті ұйымдастыру қағидалары мен заңнамалары.....	25
1.4 Дүниежүзілік медициналық сақтандыру жүйелерінің медициналық көмектің сапасын және қолжетімділігін арттыру бағыттары	29
1.5 Қазақстан Республикасының міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесі.....	34
2 МАТЕРИАЛДАР МЕН ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ.....	38
2.1 Зерттеу материалдары мен әдістері.....	38
3 ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ОЛАРДЫ ТАЛҚЫЛАУ.....	45
3.1 Алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету бойынша Қазақстан Республикасының қолданыстағы нормативтік- құқықтық базасы (МӘМС мысалында).....	45
3.2 Міндетті медициналық сақтандырумен халықты қамтуды талдау және МӘМС қоры қызметінің негізгі көрсеткіштері.....	51
3.2.1. Жарна төлеу және сақтандыру көрсеткіштері.....	51
3.2.2. Медициналық қызметтер көрсетушілермен МӘМС қоры жасасқан келісімшарттар көрсеткіштері.....	56
3.2.3. Алғашқы медициналық-санитарлық көмектің қолжетімділігі мен сапасын сипаттайтын 2019-2024 жылдар ішіндегі сандық және сапалық көрсеткіштер (МӘМС мысалында).....	58
3.3. Консультациялық-диагностикалық қызметтерді тұтыну.....	67
3.4. Медициналық көмек көрсету түрлері мен қызметтері бойынша анықталған кемшіліктердің көрсеткіштері.....	74
3.5. МӘМС жүйесінде қолжетімді және сапалы алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсетудегі дәрігерлер мен науқастар арасында социологиялық сауалнама нәтижелері.....	80
4 ТӘЖІРИБЕЛІК ҰСЫНЫСТАР МЕН ӘДІСТЕМЕЛЕР.....	97

4.1	Медициналық-санитарлық алғашқы көмек көрсету бойынша Қазақстан Республикасының қолданыстағы нормативтік-құқықтық базасы.....	97
4.2	МӘМС жағдайында МСАК көмектің қолжетімділігі мен сапасын қамтамасыз етудің ұйымдастырушылық және экономикалық тұрғыдан ғылыми негізделген жүйесі.....	105
	ҚОРЫТЫНДЫ.....	111
	ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ.....	113
	ҚОСЫМША А – Медициналық ұйымның МСАК деңгейіндегі қолжетімділігі мен сапасын бағалау бойынша сауалнама.....	126
	ҚОСЫМША Б – Медициналық қызметтерге арналған сауалнама.....	130
	ҚОСЫМША В – Ғылыми зерттеу нәтижелерін тәжірибеге енгізу.....	131
	ҚОСЫМША Г – Мәліметтерді енгізу туралы куәлік.....	132
	ҚОСЫМША Д – Мәліметтерді енгізу туралы куәлік.....	133
	ҚОСЫМША Е – Мәліметтерді енгізу туралы куәлік.....	134
	ҚОСЫМША Ж – Мәліметтерді енгізу туралы куәлік.....	135

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР

Осы диссертацияда келесі нормативтік құжаттарға сілтемелер пайдаланылды:

- «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI ҚРЗ Кодексі

- «Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы» Қазақстан Республикасының Заңы 2015 жылғы 16 қарашадағы № 405-V ҚРЗ.

- «Ауылда денсаулық сақтауды жаңғырту» пилоттық ұлттық жобасын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2022 жылғы 30 қарашадағы № 962 қаулысы

- «Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсету қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 24 тамыздағы № ҚР ДСМ-90 бұйрығы

- «Қазақстан Республикасында медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2023 жылғы 30 наурыздағы № 49 бұйрығы

- «Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің тізбесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2019 жылғы 20 маусымдағы № 420 қаулысы

- «Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесіндегі медициналық көмектің тізбесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2019 жылғы 20 маусымдағы № 421 қаулысы

- «Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2025 жылғы 9 қазандағы № 840 қаулысы»

- ХАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІ ТУРАЛЫ Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI ҚРЗ Кодексі.

- Медициналық көрсетілетін қызметтер (көмек) сапасына ішкі және сыртқы сараптамаларды ұйымдастыру мен жүргізу қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 3 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-230/2020 бұйрығы

- «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2026 жылға дейінгі тұжырымдамасын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2022 жылғы 24 қарашадағы № 945 қаулысы

- «Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде көрсетілетін медициналық қызметтерге тарифтерді қалыптастыру қағидаларын және әдістемесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 21 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-309/2020 бұйрығы

- «Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде денсаулық сақтау субъектілерінен медициналық қызметтерді сатып алу шарты талаптарының орындалу мониторингін жүргізу қағидаларын бекіту туралы»

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы 24 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-321/2020 бұйрығы

- «Бақылау функцияларын қамтамасыз ету үшін әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының қаржылық және өзге де есептілігінің тізбесін, нысандарын, оларды ұсыну мерзімдерін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы 16 тамыздағы № 612 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2023 жылғы 26 шілдедегі № 137 бұйрығы

- «Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық көрсетілетін қызметтердің көлемін жоспарлау қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 20 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-290/2020 бұйрығы

- «Бақылау функцияларын қамтамасыз ету үшін әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының қаржылық және өзге де есептілігінің тізбесін, нысандарын, оларды ұсыну мерзімдерін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы 16 тамыздағы № 612 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 12 шілдедегі № ҚР ДСМ-60 бұйрығы

«Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық көмек көрсету жөніндегі денсаулық сақтау субъектілеріне көрсетілетін қызметтердің және (немесе) қаражаттың көлемдерін бөлу әдістемесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2023 жылғы 30 қарашадағы № 169 бұйрығы

– МӘМС 7.1-2003 – Ақпарат, кітапхана және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Библиографиялық жазба. Библиографиялық сипаттама. Құрастырудың жалпы талаптары мен ережелері

– МӘМС 7.32–2017 - Ақпарат, кітапхана және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Ғылыми-зерттеу жұмысы туралы есеп. Рәсімдеу құрылымы мен ережелері

– Диссертация мен реферат рәсімдеу жөніндегі Нұсқаулық. - Үшінші басылым, толықтырылған және түзетілген. ҚР БҒМ ЖАК Төрағасының 2004 жылғы 28 қыркүйектегі №377-Зж – Алматы бұйрығымен бекітілген. -2004

АНЫҚТАМАЛАР

Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры (бұдан әрі - қор) – аударымдар мен жарналарды жинаумен айналысатын, сондай-ақ денсаулық сақтау субъектілерінен медициналық қызметтерді сатып алуды және төлеуді жүзеге асыратын коммерциялық емес ұйым болып есептеледі. Бұл әрекеттер медициналық қызметтерді сатып алу шарттарында белгіленген көлемдер мен талаптарға сәйкес, сондай-ақ Қазақстан Республикасының заңнамасында айқындалған басқа да қызметтерге сәйкес іске асырылады;

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру – бұл әлеуметтік медициналық сақтандыру қорындағы ресурстар арқылы медициналық қызметтерді тұтынушыларға медициналық көмек көрсетуге бағытталған заңнамалық, экономикалық және ұйымдастырушылық шаралар жүйесі.

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесі – бұл жүйеге қатысушылар арасындағы қатынастарды реттеу үшін мемлекет бекітетін ережелер мен нормалардың жиынтығы;

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесіндегі медициналық көмек – әлеуметтік медициналық сақтандыру қорындағы ресурстар есебінен тұтынушыларға көрсетілетін медициналық қызметтердің көлемін білдіреді;

Медициналық қызметтерді тұтынушы – бұл заңнамаға сәйкес міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесі шеңберінде медициналық көмек алуға заңды құқығы бар жеке тұлға;

Жарналар – осы Заңның 14-бабының 2-тармағына (Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы Қазақстан Республикасының Заңы 2015 жылғы 16 қарашадағы № 405-V ҚРЗ) сәйкес төлеушілер қорға аударатын қаражатты білдіреді, бұл медициналық қызметтерді тұтынушыларға міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесі шеңберінде медициналық көмек алу құқығын береді.

Аударымдар – бұл жұмыс берушілер әлеуметтік медициналық сақтандыру қорына өз ресурстарынан аударатын қаражат. Бұл қаражат аударымдар жасалған медициналық қызметтерді тұтынушыларға міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесі шеңберінде медициналық көмек алу құқығын береді.

БЕЛГІЛЕР МЕН ҚЫСКАРТУЛАР

АААНС	–	The Accreditation Association for Ambulatory Health Care
АКТ	–	Ақпараттық-коммуникациялық технологиялар
АҚШ	–	Америка құрама штаттары
БҰДСЖ	–	Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесі
БҰҰ	–	Біріккен Ұлттар Ұйымы
CDC	–	The Centers for Disease Control and Prevention
ДДҰ	–	Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
ЕАБ	–	Еуропалық аймақтық бюро
ЖБНК	–	Жан басына шаққандағы кешенді нормативтің ынталандырушы компоненті
ЖТД	–	Жалпы тәжірибелік дәрігер
ЖІӨ	–	Жалпы ішкі өнім
ИСЛО	–	Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің ақпараттық жүйесі
КӨҰ	–	Күтілетін өмір сүру ұзақтығы
ҚР	–	Қазақстан Республикасы
МӘМС	–	Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандару
МСАК	–	Медико-санитарлық алғашқы көмек
NICE	–	National Institute for Health and Care Excellence
ОМҚ	–	Орта медициналық қызметкерлер
OECD	–	Organisation for Economic Co-operation and Development
PPC	–	Physician Practice Connections
РЭДСО	–	"Республикалық электрондық денсаулық сақтау орталығы" ШЖҚ РМК Алматы қалалық филиалы
SPSS	–	Statistical Package for the Social Sciences
ТДМ	–	Тұрақты даму мақсаттары
ТМККК	–	Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі
ҰСАЕ	–	Ұлы Отан соғысы ардагерлерінің емханасы
ШЖҚ	–	Шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік
РМК	–	коммуналдық кәсіпорын
ЭДЫҰ	–	Экономикалық даму мен ынтымақтастықты ұйымдастыру
WONCA	–	World Organization of Family Doctors дүниежүзілік отбасылық дәрігерлер ұйымы

КІРІСПЕ

Зерттеудің өзектілігі

Денсаулық сақтау саласындағы басты мақсаттардың бірі – алғашқы медициналық-санитарлық көмекті дамыту. Мемлекеттің, жұмыс берушілердің және қызметкердің денсаулық үшін ортақ жауапкершілігі – медициналық қызметтің барлық жүйесінің басты қағидаты [1].

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласындағы заңнамасының мақсаты Қазақстан Республикасының халқының денсаулығын сақтау және нығайту үшін азаматтардың денсаулық сақтау, оның ішінде қолжетімді және сапалы медициналық көмек алу құқығын іске асыруын қамтамасыз етуге бағытталған болса, міндеті Қазақстан Республикасы азаматтарының денсаулығын жақсартуға бағытталған құқықтық жағдайлар жасау болып есептеледі.

Медициналық-санитарлық алғашқы көмек – қоғамның және Қазақстан Республикасының ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің әлеуметтік-экономикалық даму үдерісінің құрамдас бөлігі. Оның дамуы елімізде 2020 жылдың 1 қаңтарынан бастап Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (МӘМС) жүйесі іске қосылғаннан кейін жаңа деңгейге көтерілді [2].

Міндетті медициналық сақтандыру жүйесін енгізудегі реформалардың басты міндеттерінің бірі – халықтың барлық топтары үшін медициналық көмектің қолжетімділігі мен азаматтың денсаулығын қорғау кепілдіктері, сонымен қатар, науқастың медициналық көмектің кепілдендірілген көлемі мен сапасына құқығын қамтамасыз етуге бағытталған еді.

Медициналық көмектің сапасын, қолжетімділігін және қауіпсіздігін арттыру қазіргі уақытта шешімін табуі қиын денсаулық сақтаудың негізгі проблемасы болып есептеледі және мемлекеттік басқарудың барлық деңгейіндегі мемлекеттік құрылымдарды ерекше алаңдататын мәселе болып есептеледі. Медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігі туралы қолжетімді ақпарат халық үшін өмірлік қажеттілік болып қала береді [3].

Медициналық-санитарлық алғашқы көмек жүйесінің қолжетімділігі мен сапасын кешенді бағалау алғашқы медициналық-санитарлық көмекті жан-жақты түсінуге және жүйе мен қызметтерді жақсартуға мүмкіндік береді.

Сонымен қатар, Қазақстан Республикасында қазіргі уақытта азаматтарға көрсетілетін медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігін жалпы сипаттайтын көрсеткіштер жүйесі қалыптасқан. Алайда қолданыстағы бағалау тәсілдері медициналық көмектің нақты нәтижелілігін толық көлемде бағалауға мүмкіндік бермейді. Осыған байланысты бағалау процесіне қосымша ақпарат көздерін, атап айтқанда медициналық ақпараттық жүйелер деректерін, міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының мониторинг нәтижелерін, пациенттердің қанағаттану деңгейі бойынша әлеуметтік сауалнамаларды, кері байланыс жүйелерін, тәуелсіз сараптама қорытындыларын және медициналық ұйымдардың ішкі аудит материалдарын енгізу қажеттілігі туындайды.

Зерттеу тақырыбының өзектілігі қазіргі кезеңдегі алғашқы медициналық-санитарлық көмектің қоғамдық денсаулық сақтаудағы маңыздылығын ескере отырып, медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділік деңгейін анықтауға мүмкіндік беретін кешенді бағалаудың нәтижелерінің маңыздылығында.

Зерттеу жұмысының мақсаты – медициналық-санитарлық алғашқы көмектің міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесін енгізу жағдайында сапасы мен қолжетімділігінің қалыптасуын кешенді бағалау және жетілдіру бағыттарын ұсыну.

Міндеттер:

1. Медициналық-санитарлық алғашқы көмекті ұйымдастырудағы халықаралық тәжірибелердің негізгі тенденцияларына шолу.

2. Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандырумен халықты қамту қызметінің негізгі көрсеткіштеріне және нормативтік-құқықтық базасына талдамалық шолу жасау.

3. 2020-2024 жылдары аралығында медициналық-санитарлық алғашқы көмектің қолжетімділігі мен сапасын сипаттайтын сандық және сапалық көрсеткіштерін талдау;

4. МӘМС жүйесінде медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетудің қолжетімділігі мен сапасына азаматтардың қанағаттанушылығын социологиялық сауалнаманың көмегімен зерттеу

5. Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесінде алғашқы медициналық санитарлық көмекті ұйымдастыруды жетілдіруге мүмкіндік беретін ұсыныстар әзірлеу.

Зерттеудің ғылыми жаңалығы:

Алғаш рет міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесін енгізу жағдайында халықты медициналық сақтандырумен қамту қызметінің нәтижелерінің себеп-салдарлық байланысы зерттеліп, қолданыстағы нормативтік-құқықтық базаларына әсері анықталды.

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жағдайында амбулатория деңгейінде медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігіне әсер ететін ұйымдастырушылық факторлар және мамандандырылған медициналық көмек көрсетудің түрлері мен көлеміне сұраныстар кешенді түрде зерттеліп алғашқы медициналық санитарлық көмекті ұйымдастыруды жетілдіруге мүмкіндік беретін дәлелді негізі анықталды.

Зерттеудің теориялық маңыздылығы: жұмыстың теориялық маңыздылығы міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесін енгізу жағдайында МСАК пен кеңесті-диагностикалық көмектің жүйесін талдау қолданыстағы нормативтік-құқықтық базасының медициналық көмекті ұйымдастыру жүйесінің функционалдық мүмкіндіктеріне әсер ететін, оның ішінде медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігін төмендететін бір қатар негізгі факторларды анықтауға мүмкіндік береді және қоғамдық денсаулық сақтау ғылымының дамуына үлес қосады.

Зерттеудің практикалық маңыздылығы: Зерттеу нәтижесінде міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде амбулаториялық жағдайда

медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділік деңгейіне әсер ететін маңызды факторлары, мамандандырылған медициналық көмек көрсетудің түрлері мен көлеміне сұраныстар анықталды, алғашқы медициналық санитарлық көмекті ұйымдастыруды жетілдіруге әзірленген ұйымдастырушылық және әдістемелік ұсыныстар денсаулық сақтау ұйымдары мен органдарының, медициналық қызметтердің практикалық деңгейде жақсаруына мүмкіндік береді.

Қорғауға шығарылған зерттеудің негізгі ережелері:

1. Халықты міндетті әлеуметтік медициналық сақтандырумен қамту қызметінің нәтижелерінің себеп-салдарлық байланысын Медициналық-санитарлық алғашқы көмек көрсету бойынша Қазақстан Республикасының қолданыстағы нормативтік-құқықтық базасына талдамалық шолу қиындық туғызатын мәселелерді анықтауға және оларды жою жөнінде ұсынымдар ұсынуға мүмкіндік берді.

2. Медициналық-санитарлық алғашқы көмектің қолжетімділігі мен сапасын сипаттайтын сандық және сапалық көрсеткіштерді талдау (МӘМС мысалында) ағымдағы және болашақ жағдайды бағалауда маңызды рөл атқарады.

3. Медициналық көмекке жүгінушілер мен дәрігерлердің МӘМС жүйесіндегі медициналық-санитарлық алғашқы көмектің қолжетімділігі мен сапасына қанағаттанушылығын сауалнамалық зерттеу және жылдар ішіндегі динамикадағы көрсеткіштерді талдау МӘМС жүйесінде оларды жақсарту үшін шаралар ұсынуда ең маңызды фактор болды.

Зерттеу нәтижелерін енгізу

Зерттеу нәтижелеріне сәйкес МСАК көсерту ұйымдарының медициналық қызметтің сапасы мен қолжетімділігін бағалауға мүмкіндік беретін сауалнама сұрақтары Алматы қаласы Қоғамдық денсаулық сақтау басқармасының шаруашылық жүргізу құқығындағы "№ 1 қалалық емхана" коммуналдық мемлекеттік кәсіпорнына практикалық іс-әрекетке енгізілді.

Жарияланымдар туралы мәліметтер: зерттеу нәтижелері бойынша 8 ғылыми жұмыс жарияланды, оның ішінде:

Scopus және Web of Science Core Collection дерекқорына кіретін халықаралық рецензияланатын ғылыми журналдағы мақала-2:

1. «Availability and quality of primary health care in the compulsory health insurance system in Kazakhstan»// Medicinski Glasnik, Vol 21 No 1 (February 2024). (Q2, процентиль -65);

2. «Primary healthcare services' accessibility and quality under compulsory social health insurance in Kazakhstan»// Frontiers in Public Health, Vol 12 (October 2024), (Q1, процентиль-76%)

3. «Quality of Primary Healthcare Services in Kazakhstan: A Systematic Review and Meta-Analysis of Patient-Centred Outcomes and Implications for Nursing Practice and Policy»// Nursing Open, Vol 13 (Jun 2026), (Q1, процентиль-91%)

«Қазақстан Республикасы Ғылым және жоғары білім министрлігінің Ғылым және жоғары білім саласындағы сапаны қамтамасыз ету комитеті» ұсынған мақалалар:

1. «Міндетті медициналық сақтандыру жүйесінде медико-санитарлық алғашқы көмектің қолжетімділігі мен сапасын кешенді бағалау»// Фармация Казахстана, 03-2023, Стр.234-239;

2. «Анализ количественных и качественных показателей характеризующих доступность и качество оказываемых услуг первичной-медико-санитарной помощи»// Фармация Казахстана, 02-2024, Стр.165-172

Шетелдік халықаралық конференциялар материалдарындағы ғылыми еңбектер тізімі және т.б.

1. «Алматы және Ақтөбе облыстарының мысалында міндетті медициналық сақтандыру жүйесінде алғашқы медициналық-санитарлық көмектің қолжетімділігі мен сапасын бағалау» // Ташкент медицина академиясының хабаршысы, ТМА Хабаршысы 2021, Ташкент, ISSN2181-7812.

2. «Развитие системы оплаты первичной медико-санитарной помощи и внедрение технологии бережливого производства в здравоохранений» // «Еңбек медицинасы, гигиена және қоғамдық денсаулық сақтау: қазіргі заманғы сын-қатерлер мен алдын алу» халықаралық ғылыми-практикалық конференция, мамыр 2026 ж., Ақтөбе, Батыс Қазақстан Марат Оспанов атындағы медицина университеті.

Авторлық куәліктер - 5:

1. Куәлік 2021 жылғы 13 қыркүйек №20232, нысанның атауы «Дүниежүзілік және Қазақстандық денсаулық сақтау жүйесін салыстырмалы зерттеу тақырыбында әдеби шолу жасалынды»;

2. Куәлік 2021 жылғы 16 қыркүйек №20286 нысанның атауы «Оценка доступности и качества первичной медико-санитарной помощи в системе обязательного медицинского страхования на примере Алматинской и Актюбинской области»;

3. Куәлік 2022 жылғы 11 мамыр №25941, нысанның атауы «Анкета по оценке доступности и качества медицинской помощи, оказываемой организациями ПМСП/МСАК ұйымдары көрсететін медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын бағалауға арналған сауалнама»;

4. Куәлік 2022 жылғы 28 қараша №30660, нысанның атауы «Анкетирование ВОП на выявление проблем оказания ПМСП/Сапалы медициналық көмек көрсетудегі мәселелерді анықтау үшін ЖТД сауалнамасы»;

5. Куәлік 2023 жылғы 22 мамыр No 35996, нысанның атауы «Анализ количественных и качественных показателей, характеризующие доступность и качества оказываемой в первичной медико-санитарной помощи (на примере ОСМС)»;

Автордың жеке үлесі зерттеудің теориялық және әдіснамалық бағдарламасын әзірлеу, зерттеудің мақсатын, міндеттерін қалыптастыру, зерттеуді ұйымдастыру және жүргізу, зерттеу жұмыстарының барлық кезеңдеріне тікелей қатысу, деректерді статистикалық өңдеу, диссертацияның бөлімдерін жазу, нәтижелерді түсіндіру және талқылау, қорғауға ұсынылған

жағдайды тұжырымдау, сонымен қатар тұжырымдар мен практикалық ұсыныстар.

Диссертацияның көлемі мен құрылымы:

Диссертация компьютерде басылған мәтіннің 135 бетінде көрсетілген, 23 кесте, 31 сурет, 215 дереккөзді қамтитын әдебиеттер тізімі, сондай-ақ 7 қосымша бар. Жұмыс кіріспеден, әдеби шолудан, зерттеу материалдары мен әдістеріне арналған бөлімнен, жеке зерттеулердің екі бөлімінен, қорытындылардан тұрады.

1 АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕКТІҢ ҚОЛЖЕТІМДІЛІГІ МЕН САПАСЫН БАҒАЛАУДЫҢ ТЕОРИЯЛЫҚ НЕГІЗДЕРІ

1.1 Дамыған елдердегі алғашқы медико-санитарлық көмекті ұйымдастыру

Халыққа медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдары көптеген елдердегі денсаулық сақтау жүйелерінің маңызды құрамдас бөлігі болып есептеледі. Денсаулық сақтау ұйымының кейбір құрамдас бөліктері араласу шаралары күтілетін нәтиже беретін қарапайым немесе күрделі жүйе ретінде жұмыс істеуі мүмкін болса да, оның көптеген бөліктері ұйым ішіндегі күрделі жүйелер ретінде жұмыс істейді [4].

Дүние жүзіндегі Денсаулық сақтау жүйелерінің көпшілігі ауруларды емдеуге бағытталған, бірақ жалпы денсаулықты жақсарту және аурулардың ауыртпалығын азайту үшін жеткіліксіз, әсіресе осал топтар үшін. Бұл барлық адамдардың басым қажеттіліктерін қанағаттандыру үшін ресурстардың жеткіліксіз бөлінуіне байланысты (әмбебаптық, қол жетімділік және баға). Қоғамдық денсаулық сақтау және алғашқы медициналық-санитарлық көмек Денсаулық сақтау жүйелерінің негізгі элементтері болып есептеледі және денсаулық сақтаудың тиімді, әділ, тиімді және қолжетімді жүйесін құруға ұмтылатын барлық елдердің денсаулық сақтау саясаты мен кәсіптік білім беру жүйелерінде маңызды деп танылуы керек [5].

Денсаулық сақтау жүйесі – халықтың денсаулығына деген қажеттіліктерін қанағаттандыру үшін денсаулық сақтау қызметтерін көрсететін адамдар, мекемелер және ресурстар ұйымы [6].

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) пікірі бойынша, Біріккен Ұлттар Ұйымы жүйесінде денсаулық сақтауды басқарушы және үйлестіруші орган, денсаулық сақтау жүйелерінің мақсаттары азаматтардың денсаулығы, халықтың үмітін ескеру және қаржыландыру операцияларын әділетті жүргізу болып есептеледі. Оларға қарай ілгерілеу жүйелердің төрт маңызды функцияны қалай жүзеге асыратындығына байланысты: денсаулық сақтау қызметтерін ұсыну, ресурстарды қалыптастыру, қаржыландыру және басқарушылық. Денсаулық сақтау жүйелерін бағалаудың басқа өлшемдеріне сапа, тиімділік, қолайлылық және теңдік жатады.

Әр түрлі елдердегі денсаулық сақтау жүйелері әр түрлі жолдармен дамыды, кейбір елдер жеке сақтандыруды, кейбіреулері жалпы медициналық көмекті, ал кейбіреулері екеуінің комбинациясын ұсынды. Табысы жоғары елдердің көпшілігінде медициналық көмек адам құқығы болып саналады және барлық жерде, әдетте, медициналық көмек көрсету орнында тегін беріледі [7].

Әлеуметтік денсаулықты қорғауға жалпыға бірдей қол жетімділікті қамтамасыз етуге бағытталған-Еуропалық аймақтың көптеген елдері қойған басты мақсат. Әлеуметтік денсаулықты сақтауды қаржыландыру, ұйымдастыру және тиімділігі әр түрлі елдерде әр түрлі болғанымен, негізгі сипаттамаларды

бөліп көрсетуге болады, олар басым пайдалануды қамтиды: жұмыс берушілер мен жұмысшылар арасында жиі бөлінетін жалақы салығы есебінен қаржыландырылатын әлеуметтік немесе ұлттық медициналық сақтандыру; жалпы Үкіметтің кірісі есебінен қаржыландырылатын ұлттық денсаулық сақтау қызметтері (NHS) немесе нысаналы салықтар; қызмет көрсету пунктіндегі науқастардан сұратылатын өз қаражатынан төлемдер әртүрлі дәрежеде пайдаланылады.

1958 жылы Америкада алғаш рет «отбасылық дәрігерлер» және «отбасылық практика» терминдерін ресми түрде қолдана бастады. Американдық қоғамдық денсаулық сақтау қауымдастығы мен Ұлттық денсаулық сақтау кеңесінің көмегімен құрылған Ұлттық комиссиясының Фолсом баяндамасында: «Науқасқа үздіксіз медициналық қызмет көрсететін жеке дәрігері болуы керек. Отбасылық дәрігерлер профилактикалық медицинаға көп көңіл бөле отырып, науқас және оның отбасына әсер ететін қоғамдық, эмоционалды, қоршаған ортадағы факторды білетін болады... » деп сол кездердің өзінде айтылып кеткен болатын [8].

1978 жылғы Алматы декларациясы алғашқы медициналық-санитарлық көмектің негізін қалады. Ол ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің ажырамас бөлігін құрайды, оның негізгі қызметін жүзеге асырады және оның орталық буыны, сондай-ақ қоғамның жалпы әлеуметтік-экономикалық дамуы болып есептеледі. Бұл жеке тұлғалардың, отбасы мен қоғамдастықтың Ұлттық денсаулық сақтау жүйесімен байланысының бірінші деңгейі, медициналық көмекті адамдардың тұрғылықты жері мен жұмысына барынша жақындатады және халықтың денсаулығын сақтаудың үздіксіз үдерісінің бірінші кезеңін білдіреді [9].

Әлемдік тәжірибенің көрсетуі бойынша МСАК ұйымдарында халық тиімді медициналық көмектің 80%-ға дейін ала алатынын көрсетеді. ДДҰ бас директоры Маргарет Ченнің «Бұрынғыдан да бүгін өзекті» атты 2008 жылғы әлемдік денсаулық сақтау жағдайы туралы баяндамасында «Медициналық-санитариялық алғашқы көмек ең алдымен, үй шаруашылықтан ауруханаға дейін МСАК кең ауқымды ұйымдастыруға арналған жолы екенін, ал емдеуге қарағанда профилактика өте маңызды екенін көрсетеді».

Дамыған елдердің денсаулық сақтау жүйелеріне қысқаша шолып өтейік. Біріккен Араб Әмірліктерінің (БАӘ) Үкіметі медициналық көмектің сапасы мен халықтың денсаулығын жақсарту үшін әлемдік деңгейдегі денсаулық сақтау жүйесін құруға ұмтылуда. Осы мақсатқа жету үшін ол соңғы 10 жылда денсаулық сақтау жүйесіне ауқымды реформалар жүргізді. Бұл реформалардың сипаты, ауқымы мен жетістігі соңғы уақытта жан-жақты талдаудан өткен жоқ. Бұл мақалада біз БАӘ-дегі денсаулық сақтау жүйесін реформалаудың барысы мен нәтижелерін қарастырамыз. Қолданыстағы зерттеу әдебиеттерінен БАӘ Денсаулық сақтау жүйесінің реформалары жұмыс істеп жатыр ма деген қорытынды жасауға болмайды [10].

Дамушы елдердің көпшілігінде бейресми сектор жұмыспен қамтуда, табыс табуда және экономикалық және әлеуметтік дамуда айрықша мәнге ие. Бұл

сектор ауылшаруашылық емес сектордағы әлемдік жұмыспен қамтудың шамамен 40% және Азия мен Африканың дамушы елдеріндегі ЖІӨ-нің 50-80% құрайды [11]. Соңғы төрт онжылдықта бейресми жұмыспен қамту уақыт өте келе дамушы әлемнің алты аймағының төртеуіне, соның ішінде оңтүстік және оңтүстік-шығыс Азияға, Латын Америкасына, Солтүстік Африкаға және бұрынғы Кеңес мемлекеттеріне өсті [11].

Француздық денсаулық сақтау жүйесі - бұл мемлекеттік медициналық сақтандыру арқылы қаржыландырылатын әмбебап денсаулық сақтаудың бірі. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы 2000 жылы дүниежүзілік денсаулық сақтау жүйелерін бағалауда Франция әлемдегі «жалпы денсаулық сақтаудың ең жақсы деңгейіне» қол жеткізетіндігін анықтады. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы француз денсаулық сақтау жүйесін 1997 жылы бүкіл әлемде бірінші орынға Денсаулық сақтау шығындарының шамамен 77% -ы үкімет қаржыландыратын мекемелердің есебінен іске асырылады [12].

1962 жылы Алжир Франциядан тәуелсіздігін алған кезде бүкіл елде 300-ге жуық дәрігер болған және денсаулық сақтаудың тиісті жүйесі болған жоқ. Келесі бірнеше онжылдықта дәрігерлерді даярлаумен және көптеген денсаулық сақтау мекемелерін құрумен денсаулық сақтау саласын құруда үлкен жетістіктерге қол жеткізілді. Бүгінгі күні Алжирде ауруханалардың, оның ішінде университеттік ауруханалардың, клиникалардың, медициналық орталықтардың және шағын денсаулық сақтау бөлімшелерінің немесе диспансерлердің қалыптасқан желісі бар.

Жабдықтар мен дәрі-дәрмектер әрдайым қолжетімді бола алмаса да, кадрлар деңгейі жоғары және бұл ел Африкадағы ең жақсы денсаулық сақтау жүйесіне ие. Медициналық көмектің қолжетімділігі дәрігерлер мен стоматологтардың қоғамдық денсаулық сақтау саласында кемінде бес жыл жұмыс істеуі туралы талаппен күшейтіледі. Үкімет жалпыға бірдей денсаулық сақтауды қамтамасыз етеді.

Австралияда жалпы салық және мемлекеттік кірістер есебінен қаржыландырылатын аймақтық Medicare бағдарламасы бар. Мемлекеттік ауруханаларда ақысыз емделетін және медициналық қызметтер, фармацевтикалық және басқа да қызметтерге едәуір қамтылатын азаматтар үшін тіркеу автоматты түрде іске асырылады. Медикерге Жаңа Зеландия азаматтары, тұрақты тұрғындары және өзара қарым-қатынас жасайтын елдер ие болады. Австралиялықтардың шамамен жартысы жеке аурухананы, стоматологиялық және басқа қызметтерді төлеу үшін жеке қосымша сақтандыруды сатып алады. Федералдық үкімет осы сыйлықақы үшін жеңілдіктер төлейді, сонымен бірге жеке сақтандыруды сатып алмайтын табысы жоғары үй шаруашылықтары үшін салықтық айыппұл салады.

Жалпы халықтың денсаулығын қорғау қазіргі заманғы мемлекеттің әлеуметтік міндеттемелердің негізгі компоненттерінің бірі болып есептеледі. Бұл міндеттерді орындау үшін мемлекеттік денсаулық сақтау жүйесінде медициналық көмектің төрт түрі медициналық-санитарлық алғашқы көмек,

мамандандырылған медициналық көмек, жедел медициналық көмек және паллиативті медициналық көмек жұмыс жасайды.

Алғаш рет 1978 жылы Алматыда МСАК– ті қолдаудағы мемлекеттердің рөлі-адамның денсаулыққа іргелі құқығын іске асырудың негізі ретінде танылды. 40 жылдан кейін Астанада 194 мүше ел бірауыздан ДДҰ-ның МСАК бойынша Астана Декларациясын қабылдады. Мүше мемлекеттер денсаулық сақтау, ТМД және санитарлық-эпидемиологиялық қауіпсіздікке байланысты денсаулық сақтау қызметтерімен жалпыға бірдей қамтуға қамту мүддесінде тұрақты.

Астана декларациясы Денсаулық сақтау қызметтерімен жалпыға бірдей қамтуға қамту үшін алғашқы медициналық-санитарлық көмекке инвестицияларды ұлғайту үшін өсіп келе жатқан жаһандық қозғалысты көрсетеді. Денсаулық сақтау ресурстары жағдайлардың басым көпшілігінде денсаулық сақтаудың берік, жан — жақты жүйелерін қалыптастырудан гөрі нақты ауруларға қатысты шаралар қабылдауға бағытталған-бұл олқылық соңғы жылдардағы денсаулық сақтау саласындағы бірқатар Төтенше жағдайлар кезінде айқын болды.

ДДҰ-ға мүше барлық мемлекеттер бірауыздан мақұлдаған Астана декларациясы төрт негізгі салада:

- барлық секторларда Денсаулық мүддесі үшін батыл саяси шешімдер қабылдау;
- орнықты алғашқы медициналық-санитарлық көмек құру;
- жекелеген адамдар мен қоғамдастықтардың құқықтары мен мүмкіндіктерін кеңейту міндеттемелерін қамтиды;
- мүдделі тараптар көрсететін қолдауды ұлттық саясат шараларына, стратегиялар мен жоспарларға бағыттау.

Денсаулық сақтау жүйелерінің негізі ретінде МСАК-ті дамытуға жаңа серпін беруге міндеттелді. Денсаулық сақтау жүйесіндегі МСАК рөлін күшейтуге қазіргі кезеңде қабылданып жатқан стратегиялық сипаттағы барлық маңызды құжаттар – Мемлекет басшысының 2020 жылғы 1 қыркүйектегі "Қазақстан Жаңа нақты ахуалда: іс-қимыл уақыты" атты Қазақстан халқына Жолдауын іске асыру жөніндегі Жалпыұлттық іс-шаралар жоспары, ҚР-ның 2025 жылға дейінгі ұлттық даму жоспары, МСАК-ты дамытудың 2018-2022 жылдарға арналған тұжырымдамасы және т. б. көрсетіледі. Әр елде МСАК саласы әлеуметтік-экономикалық жағдайға байланысты әртүрлі шекараларға ие. Бұл қызметті ұйымдастырудың жоғары деңгейі жалпы денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігін арттырудың негізі болып есептеледі және тиісінше әртүрлі санаттар мен халықтың топтарын медициналық қызметтермен жалпы қамту есебінен сырқаттанушылық, госпитализация, өлім-жітім сияқты көрсеткіштер төмен деп есептеледі [13].

Алғашқы медициналық-санитарлық көмек-бұл жергілікті қоғамдастық деңгейінде, отбасылық дәрігерлермен, патронаждық мейірбикелермен, жергілікті амбулаториялық-емханалық мекемелердің қызметкерлерімен немесе басқа медицина қызметкерлерінің күштерімен көрсетілетін емдеу-

профилактикалық қызметтер кешені. Көмектің бұл түрі барлық азаматтар мен отбасылар үшін қолжетімді болуы керек және мұндай көмекке жұмсалатын шығындар деңгейі жергілікті қоғамдастық пен жалпы елдің мүмкіндіктерінен аспауы керек.

Алғашқы медициналық-санитарлық көмек - адам, отбасы және қоғам деңгейінде көрсетілетін аурулар мен жағдайлардың алдын алуды, диагностикалауды, емдеуді қамтитын халықтың қажеттіліктеріне бағдарланған медициналық көмекке алғашқы қолжетімділік орны.

Пациенттерге бағытталған денсаулық сақтауды енгізу әр елде әртүрлі. Әр түрлі тәсілдер қолданылғанымен, дегенмен, олардың барлығы негізгі бағыттарды орындауға бағытталған: медициналық көмектің қолжетімділігі мен үздіксіздігі, МСАК деңгейінде қызметтерді үйлестіру, жеке қажеттіліктерді ескере отырып, жаңа қажеттіліктерді анықтау, сектораралық өзара әрекеттесу. Бірақ сонымен бірге әлемдегі бірде-бір ел медициналық қызметтің барлық түріне әмбебап, тең және шексіз қол жетімділікті қамтамасыз етпейді.

МСАК отбасылық қағидатына өтуге байланысты халықтың әрбір жастағы кезеңіндегі ерекшеліктерін ескере отырып, профилактикаға аса назар аудары отырып, өмір бойы адамның денсаулығына бақылау жасауды көздейді. Отбасылық қағидат әр отбасының қажеттілігіне қарай профилактикалық, диагностикалық, емдеу, оңалту және сауықтыру іс-шараларын, паллиативтік көмек пен үйде күтім жасауды жүргізу болып есептеледі. Отбасылық қызмет көрсету қағидаты МСАК дәрігерлерімен (жалпы практика дәрігері, учаскелік дәрігерлер (терапевтер, педиатрлар), арнаулы мамандардан жасақталған мульти тәртіптік командалармен іске асырылады. Ал МСАК ұйымдарында жалпы практика дәрігер кадрларының саны жылдан жылға өсуі, болашақта азаматтардың сапалы медициналық көмек алуына септігін тигізеді. Бұл мәселе бойынша болашақ дәрігерлердің осы мамандыққа деген қызығушылығын артуы, басқа медициналық маман иесіне қарағанда ЖТД-ге деген сұраныстың жоғары болуын көрсетеді.

1991 жылы тәуелсіздік алғаннан бері алғашқы медициналық көмек көрсетудің негізгі құрылымдары Әзірбайжан, Беларусь, Қазақстан, Ресей Федерациясы және Түрікменстанда айтарлықтай өзгерген жоқ, мұнда алғашқы медициналық көмек құрылымы әлі күнге дейін ескі Семашко жүйесіне негізделген. Грузияда, Қырғызстанда, Молдова Республикасында, Тәжікстанда, Украинада және Өзбекстанда алғашқы медициналық көмектің жалпы шарттары мен модельдеріне кең ауқымды реформалар басталды [14]. Арменияда, Грузияда, Қазақстанда, Қырғызстанда, Молдова Республикасында және Ресей Федерациясында алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсетушілер интеграцияланған модельден (Денсаулық сақтау қызметкерлері жалдамалы мемлекеттік қызметшілер болып табылатын) келісімшарттық модельге ауыстырылды.

Қазақстандағы МСАК ҚР азаматтарына, қандастарға, босқындарға, шетелдіктерге және ҚР аумағында тұрақты тұратын азаматтығы жоқ адамдарға тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде бюджет

қаражаты есебінен ұсынылады, барынша дәлелденген тиімділігі бар профилактикалық, диагностикалық және емдік медициналық қызметтерді, сондай-ақ дәрілік қамтамасыз етуге бағытталғанды қамтиды [15].

Соңғы жылдары МСАК жүйесінде жүргізіліп жатқан барлық өзгерістерде қызметтерді тұтынушылар айрықша мәнге ие. МСАК жүйесінің барлық реформалары мен қайта құрулары адамдардың денсаулығын сақтау, аурулардың алдын алу, стационарлық қызметтерге қажеттілікті азайту және созылмалы ауруларды басқаруды жақсарту жолымен қазақстандықтар үшін медициналық көмекті жақсартуға бағытталған. Денсаулық сақтау жүйесі әрбір адам мен отбасын өз денсаулығын сақтау және нығайту мәселелеріне белсенді қатысуға қолдауы тиіс. Қазақстан үшін, сондай-ақ бүкіл әлемдік қоғамдастық үшін COVID-19 пандемиясына байланысты 2020 жыл нақты сынақ болды, бұл кезде денсаулық сақтаудың елеулі күштері мен мүмкіндіктері, материалдық және ұйымдастырушылық ресурстары жаңа қауіппен күресуге бағытталды. COVID-19 пандемиясы пандемиямен күресу, негізгі медициналық көмекке қолжетімділікті сақтау және кеңейту үшін қажетті қосымша қызметтерді көрсету қажеттіліктері арасындағы тепе-теңдікті қамтамасыз етуге бағытталғанға тура келетін ұлттық денсаулық сақтау жүйелеріне жаһандық деңгейде елеулі мәселелер туғызады [16].

ДДҰ мәліметтері бойынша, егер халықтың медициналық көмек алуға жұмсайтын шығыстарының деңгейі 20% - дан асатын болса, онда бұл денсаулық сақтау жүйесінің әлсіз қаржылық орнықтылығының көрсеткіші болып есептеледі және халық үшін қауіп-қатер туралы куәландырады [16]. Біздің елімізде денсаулық сақтаудың дамуы медициналық қызметтерді тұтынушылар ретінде азаматтардың қажеттіліктеріне тәуелділік сипатын әлі алған жоқ. Мемлекет денсаулық сақтау жүйесін жақсарту жолында тұр және ДДҰ сәйкес үш мақсатқа дейін қысқартылатын Денсаулық сақтау жүйелерінің алдында тұрған негізгі міндеттерді іске асыруға ұмтылады: денсаулықты жақсарту, оған қамту құралы Денсаулық сақтау жүйесін жетілдіру, әкімшілік реформалар жүргізу болып есептеледі; медициналық қызметтердің сапасын арттыруды, қадір-қасиетін құрметтеуді және пациенттердің құқықтарын сақтауды көздейтін халықтың мұқтаждықтарына жауаптылық, сондай-ақ халықтың барлық топтарының қажеттіліктері мен осалдығын есепке алу; Денсаулық сақтау қызметтеріне жалпыға бірдей қол жетімділікті қамтамасыз ететін және алғашқы екі мақсатты орындау үшін жағдай жасайтын тұрақты қаржы институттарын құруды көздейтін қаржылық әділеттілік.

Жеке медициналық сақтандыру оңай қолжетімді және жеке және жеке провайдерлердің шығындарын, провайдерлердің кең таңдауын (әсіресе ауруханаларда), төтенше жағдайларға байланысты емес қызметтерге жылдам қол жетімділікті және жеке қызметтерге жеңілдіктерді ұсынады. Жеке медициналық сақтандыру стационарлық шығындарды, жалпы емдеуді немесе жедел жәрдем қызметтерін қамтуы мүмкін [17]. Емдеу шығындарының жалпы қамтуы стоматологиялық қызметтерді, физиотерапияны, хиропрактиканы, ортопедияны, үйде күтім жасауды және оптометрияны сақтандыруды қамтиды.

Қамту доллар сомасымен немесе қызметтер санымен шектелуі мүмкін. Аурухана қызметтеріне келетін болсақ, пациенттер емдеуді мемлекеттік пациент ретінде (толық тығыз жабындымен) немесе жеке пациент ретінде (75% ақылы қамтумен) таңдай алады.

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы Қазақстан Республикасының заңнамасында [17] көрсетілгендей әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры (бұдан әрі - қор) - аударымдар мен жарналарды шоғырландыруды жүргізетін, сондай-ақ медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау субъектілерінің көрсетілетін қызметтерін медициналық көрсетілетін қызметтерді сатып алу шартында көзделген көлемдерде және талаптармен сатып алу мен оларға ақы төлеуді және Қазақстан Республикасының заңдарында айқындалған өзге де қызметтерді жүзеге асыратын коммерциялық емес ұйым. 2017 жылдан бері МӘМС-ға қаражат жинақталуда, 2018 жылдан бастап Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі (бұдан әрі – ТМҚКК) шеңберінде медициналық көмекті стратегиялық сатып алушы рөлін атқаруда. 2020 жылғы 1 қаңтардан бастап МӘМС реформасын ұлттық деңгейде іске асыру мақсатында облыстардың бірінде МӘМС енгізу пилоты жүргізілуде. МӘМС-ке дайындық барысында медициналық ақпараттық жүйелер енгізілді, медициналық құжаттаманы қағазсыз жүргізу енгізілуде. Ел халқы үшін электрондық денсаулық паспорттары қалыптастырылды. Көрсетілген медициналық көмек туралы дерек алмасу үшін қажетті орталықтандырылған тіркелімдер қалыптастырылды. Цифрлық денсаулық сақтаудың АТ-архитектурасын қалыптастырудың бірыңғай әдістерін қамтамасыз етуге бағытталған үшін стандарттар бекітілді. Денсаулық сақтаудың интеграцияланған платформасын әзірлеу аяқталды. Ақпараттық жүйелерді дамыту автоматтандырылған мемлекеттік көрсетілетін қызметтердің спектрін кеңейтті, медициналық ұйымдардағы қағаз құжат айналымын төмендетті, медициналық және фармацевтикалық көрсетілетін қызметтер туралы ақпараттың сапасын арттырды [18].

1.2 Алғашқы медико-санитарлық көмектің сапасын және қолжетімділігін кешенді бағалаудағы жаһандық үрдістер

Денсаулық сақтаудың қолжетімділігі - бұл географиялық, экономикалық, әлеуметтік, мәдени, ұйымдастырушылық немесе тілдік кедергілерге қарамастан медициналық қызметтерге ақысыз қолжетімділік. Медициналық қызметтердің қолжетімділігі - бұл бүкіл әлемнің экономикалық мүмкіндіктерін де, белгілі бір адамның мүмкіндіктерін де көрсететін әлемнің барлық елдерінде халыққа медициналық көмек көрсетудің ең маңызды шарты екенін атап өткен жөн.

1) Англияның сапа және нәтижелер құрылымы.

1997 жылы лейбористер үкіметі билікке келгенге дейін Ұлыбританияның алғашқы медициналық көмекке бағытталған медициналық көмек көрсету жүйесі шығындарды азайтуға тырысуда табысты болып көрінді, бірақ бұл Ұлыбританияның денсаулық сақтау инфрақұрылымын уақытты артта қалдырды,

бұл медициналық қызметкерлердің тапшылығына және ұзақ күтуге әкелді. күтім үшін. Уақытқа қанағаттанбау артты. Атап айтқанда, алғашқы медициналық-санитарлық көмекке бөлінген ресурстар жеткіліксіз болды. Бастапқы медициналық көмек дәрігерлері өз жұмысының ауыртпалығын сезінді, өйткені олар созылмалы ауруларды басқаруға және тәулік бойы қызмет көрсетуге жауапты болды, сондай-ақ мәртебесі мен табысының төмендігі туралы алаңдаушылық артты. 2000 жылғы Ұлттық денсаулық сақтау қызметінің (NHS) реформаларында Ұлыбритания үкіметі NHS-ке көп қаражат салуға уәде берді және бастапқы медициналық көмек дәрігерлерін сапаға негізделген келісімшарттарды кеңейтуге шақырды [52].

Ақырында, 2004 жылы Британдық Медициналық Ассоциациясымен Бастапқы медициналық көмек көрсету трасты мен бастапқы медициналық көмек ұйымы арасында жұмыс уақытынан тыс уақытта қызметтерді көрсету жауапкершілігінен бас тартуды, сондай-ақ ерікті әріптестер арасындағы жалпы медициналық қызметтер (GMS) келісімшарты келісілді. Сапа мен нәтижелер шеңберіне (QOF) негізделген тендестіру бойынша өзгеріс енгізілді. QOF бағдарламасы бастапқыда төрт домен бойынша 146 мақсатты қамтыды: клиникалық, құрылымдық, емделуші тәжірибесі және қосымша қызметтер. Өнімділікке байланысты төлем жүйесі NHS енгізілгеннен кейін (1948 ж.) алғашқы медициналық көмекке төлем жүйесі ретінде жалғасқан жан басы жүйесі сапаны жақсартуда назардан тыс қалған жағдайды жақсартуға бағытталған. Жалпы мақсаттар өнімділікті арттыру, емделушіге бағытталған қызметтерді ұйымдастыру, алғашқы медициналық көмек көрсету дағдыларын жақсарту, сапаны жақсарту үшін мәдениет пен басқару құрылымын құру, қолжетімді қызметтердің ауқымын кеңейту, медициналық қызметкерлердің қауіпсіздігін қамтамасыз етуге бағытталған және моральды көтеру болды [53]. QOF бағдарламасы 2013/14 жылы HMS келісімшартымен қайта құрылды, оған клиникалық (93 көрсеткіш, барлығы 610 балл), денсаулық сақтау (18 көрсеткіш, барлығы 157 балл), сапа және өнімділік (9 индикатор, барлығы 100 балл), ол пациент тәжірибесінің 4 саласы бойынша жалпы 900 ұпайдан тұрады (бір көрсеткіш, барлығы 33 ұпай).

2) Австралияның өнімділікке негізделген төлем жүйесі.

Австралия денсаулық сақтау жүйесінің тамаша жалпы көрсеткіштері бар және шығындарды сәтті бақылай отырып, денсаулық сақтау нәтижелерінің жоғары деңгейіне қол жеткізетін ел ретінде бағаланады, бірақ медициналық көмек көрсету, үйлестіру және алдын алу сапасына қатысты көптеген алаңдаушылықтар бар. Сонымен қатар, созылмалы аурулардың өсуімен қызмет көрсету сапасы мен қауіпсіздігіне байланысты оқиғаларға назар аударылды. Сапалы немесе профилактикалық қызметтерді ынталандыру аз болды, ауылдық жерлерде алғашқы медициналық-санитарлық көмек дәрігерлерінің саны азайып кетті. Бұл құбылыс негізінен алғашқы медициналық көмектің жүйелі элементтерімен байланысты болды, мысалы, төлем жүйесі қызмет үшін ақылы жүйе болып есептеледі және МСАК дәрігері жүйесі жұмыс істемеді. Осы денсаулық сақтау мәселесін шешімін табу ретінде Австралия

үкіметі 1990-шы жылдары екі ауқымды Р4Р бастамасын бастады, олардың бірі педиатриялық иммунизацияны жақсартуға арналған Иммунизацияны ынталандыру схемасы, ал екіншісі МСАК секторындағы үздіксіз күш-жігер. жақсарту үшін ынталандыру бағдарламасы (РІР) (1998). Бұл алғашқы медициналық көмектің бөлшектенуі, профилактикалық қызметтерге немқұрайлылық және созылмалы ауруларды басқару осалдығы жағдайында осы қиындықтарды шешімін табуға арналған МСАК реформасының кеңірек стратегиясының бөлігі болды. РІР алғашқы медициналық көмектің көптеген салаларын өтейді, соның ішінде жұмыстан тыс кешенді медициналық көмек, ауылдық емханалар, медициналық студенттерді оқыту және электронды денсаулық жазбаларына қамту. РІР-ке Австралия Корольдік жалпы практика дәрігерлері колледжінің (RACGP) жалпы практика стандарттары бойынша аккредиттелген алғашқы медициналық көмек көрсету мекемелері қатыса алады. Мүшелер РІР-тің үш санатына (сапа, қуат және ауылдық қолдау) кіретін 13 ынталандыру саласына қатысуды таңдай алады.

3) Пациентке бағытталған американдық емдеуші дәрігер.

Америка Құрама Штаттарында алғашқы медициналық көмек көрсетуде медициналық үй әртүрлі атаулармен аталады, мысалы, Пациенттерге бағытталған медициналық үй (РСМН) және Денсаулық сақтауды зерттеу және сапа агенттігі (АНРҚ) оны алғашқы медициналық көмекті нығайтудың қалаулы үлгісі ретінде таңдады. ретінде бағаланады АНРҚ медициналық үйді жай ғана орын ретінде емес, алғашқы медициналық-санитарлық көмектің негізгі функцияларын қамтамасыз ететін алғашқы медициналық-санитарлық көмек ұйымының үлгісі ретінде анықтайды, оны бес бағытты қамтитындай етіп енгізеді: инклюзивтілік, пациентке бағдарлану, үйлестіру, қолжетімділік, сапа және қауіпсіздік [54]. Америкалық отбасылық медицина академиясы, Педиатрия академиясы, Ішкі аурулар академиясы және Остеопатиялық медицина академиясы жеке дәрігерді, емдеуші дәрігерді, кешенді күтімді, қызметті үйлестіру қызметін және интеграцияны қамтитын РСМН бірлескен қағидаларын (2007) жариялады. Сапа және оларға қауіпсіздік, қолжетімділік және төлем жүйесін қайта ұйымдастыру жатады.

Америка Құрама Штаттарындағы (АҚШ) Сапаны қамтамасыз етуге бағытталған бойынша ұлттық комитет (NCQA) пациентке бағытталған және үйлестірілген процедураларға баса назар аударатын Physician Practice Connections (PPC-РСМН) (2008) жариялады. Бұл 2003 жылы Роберт Вуд Джонсон қорының, Достастық қорының және басқалардың қолдауымен басталған бағдарламаның кеңейтімі және Вагнердің созылмалы ауруларды басқару үлгісін пайдаланады. NCQA Отбасылық медицина академиясының, Педиатрия академиясының, Ішкі аурулар академиясының және Остеопатиялық медицина академиясының кеңесімен РСМН келісіміне негізделген PPC-РСМН жобасын бастады. Бастапқы медициналық көмек көрсету мекемелері PPC-РСМН аккредитациясын алу үшін өтуі керек элементтерге сәйкес келуі керек. 2011 жылғы жаңа стандартта 6 стандартты аймақ және 27 элемент (барлығы 100 балл) орнатылған және әрбір стандартты аймақ бір маңызды элементті

камтиды. Аккредиттеу деңгейі үш деңгейге бөлінеді: 1 деңгей (33-59 балл), 2 деңгей (60-84 балл) және 3 деңгей (85-100 балл). Стандарт денсаулық сақтаудың ақпараттық технологияларын енгізу үшін федералды ынталандыруды күшейтеді, бұл бастапқы медициналық көмек мекемелерінің пациенттерге көбірек бағытталған болуын талап етеді. Амбулаторлық денсаулық сақтауды аккредиттеу қауымдастығы (ААНС) 2009 жылы медициналық үйлерді аккредиттеуді бастады, ал мамандардан құралған тергеушілер жергілікті жерде тексерулер жүргізуде. ААНС амбулаториялық аккредиттеу анықтамалығында медициналық үй стандарттарының бір бөлігі қарым-қатынас, үздіксіздік, жан-жақтылық, қолжетімділік және сапа сияқты сипаттамаларды бағалау үшін бағаланады [55].

Алғашқы медициналық көмек сапасын бағалаудың төрт аспектісі:

Денсаулық сақтау сапасы туралы әдебиеттердің көпшілігі ауруға бағытталған клиникалық нәтижелерге бағытталған. Көбінесе басты назар диагноз қойылған ауруды басқаруға немесе белгілі бір аурудың алдын алуға бағытталған. Дегенмен, алғашқы медициналық көмек одан да көп нәрсені қамтиды, өйткені ол ауруға емес, адамға бағытталған. Старфилд МСАК қызметін бағалауда төрт маңызды аспектіні анықтады: ресурс мүмкіндігі, қызмет көрсету, клиникалық өнімділік және денсаулық деңгейін бағалау.

1) Алғашқы медициналық көмектің ресурстық сыйымдылығы

МСАК құрылымына қатысты барлық аспектілер. Мысалы, алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсетуге жауапты денсаулық сақтау ұйымдарының саны, нысандардың түрі мен көлемі, төлем жүйелерінің сәйкестігі, көрсетілетін қызметтердің ауқымы, қолжетімділіктің шарттық шарттары, қызметтерді көрсету және бағалау үшін ақпараттық жүйелердің сәйкестігі. Халықтың қажеттіліктерін қанағаттандыру үшін МСАК мекемелерін басқару тетіктері.

2) Алғашқы медициналық қызметтерді көрсету.

Бұл алғашқы медициналық көмектің жоғары стандартына қамту үшін маңызды болып табылатын қызметтерді көрсету сипаттамалары туралы. Медициналық көмек көрсету қызметінің тиімділігі мен әділдігі алғашқы медициналық-санитарлық көмек жүйесінің деңгейіне байланысты болғандықтан, алғашқы байланысқа, сабақтастыққа, кешенділікке және үйлестіру функцияларына қамту алғашқы медициналық көмек көрсету сапасын бағалауда маңызды болып есептеледі. МСАК қызметтерінің барабарлығын бағалау бастапқы медициналық көмек мекемелерінің әлеуетін де, өнімділігін де қамтиды.

3) Алғашқы медициналық көмектің клиникалық көрсеткіштері.

Бұл қызмет көрсетудің клиникалық компонентінің сәйкестігін қарастыратын сапаның үшінші құрамдас бөлігі. Ол белгілі бір ауруға немесе жағдайға немесе денсаулықтың жалпы аспектілеріне назар аударуы мүмкін. Біріншісі жағдайға тән сапаны бағалау, ал екіншісі жалпы сапаны бағалау деп аталады.

4) Алғашқы медициналық көмек көрсету нәтижесі (денсаулық деңгейі)

Денсаулық деңгейлері мен нәтижелері концептуалды түрде баламалы болса да, біріншісі, әдетте, назар халыққа шоғырланған кезде қолданылады, ал екіншісі әдетте пациенттерге клиникалық көмек бағаланатын жағдайларға қолданылады. Бастапқыда деректер оңай қолжетімді болатын өлім-жітім өлшенді, ал кейінірек аурушандықтың өзгеруі қосылды. Жақында кеңінен қолданылып жүрген денсаулыққа байланысты өмір сапасы (HRQoL) әсіресе алғашқы медициналық көмек көрсету нәтижесін бағалауға қатысты. Клиникалық өнімділікті бағалауға ұқсас, оны ауруға тән бағалау және жалпы бағалау деп бөлуге болады [56].

1990-шы жылдардың басында Австралия үкіметі мен кәсіпқой топтар алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсетудің сапасын жақсарту үшін клиникаларға тәуелсіз және ерікті аккредиттеу жүйесін ұсынды. Австралиялық бастапқы медициналық көмек қауымдастығы (RACGP) аккредиттеуді бағалау стандарттары болып табылатын жалпы тәжірибелерге арналған стандарттарды әзірлеуге кірісті және 2010 жылы жарияланған 4-ші түзету қазіргі уақытта аккредиттеуді бағалау үшін қолданылуда. Бұл аккредиттеу МСАК мекемелері Австралия үкіметінің РІР бағдарламасына қатысу үшін қажет. Австралиядағы алғашқы медициналық көмек мекемелерін аккредиттеуді екі коммерциялық емес ұйым жүзеге асырады: Australian General Practice Accreditation Limited және General Practice Accreditation. Екі ұйым да алғашқы медициналық-санитарлық көмек мекемелерін RACGP стандартына сәйкес қарайды және аккредиттейді. Аккредиттелген мәртебені сақтау үшін әр үш жыл сайын аккредиттеуден өту қажет [57].

1990 жылы Құрама Штаттарда негізі қаланған NCQA коммерциялық емес ұйым болып есептеледі. NCQA сертификаты медициналық қызмет сапасының символы ретінде кеңінен танылды және жарнамаларда да қолданылады. NCQA медициналық сақтандыруды куәландырады, нақты қызмет жеткізушілеріне лицензия береді және сапалы қызмет көрсететін медициналық мекемелерді таниды. NCQA аккредиттеу бағдарламаларының бірі, РСМН аккредиттеу бағдарламасы, Америка Құрама Штаттарында бастапқы медициналық көмек мекемелерін РСМН-ге түрлендірудің ең кең таралған үлгісі болып есептеледі. Алғашқы медициналық-санитарлық көмек мекемелері РСМН бағдарламасына қатысуы және сақтандырушыдан қосымша өтемақы алуы үшін олар NCQA аккредиттеу процесінен өтуі керек [58].

1999 жылы Ұлыбританияда құрылған Ұлттық денсаулық сақтау және күтім көрсету институты (NICE) ақшаның тиімді құнын қамтамасыз етуге бағытталған үшін денсаулық сақтауды қорғауға арналған денсаулық сақтау нұсқауларын ұсынады. NICE клиникалық нұсқауларды шығаруға және сертификаттауға, денсаулық сақтау технологиясын бағалауға және QOF клиникалық және қоғамдық денсаулық сақтау сапа көрсеткіштерін әзірлеу процесін басқаруға жауапты. Көрсеткіштерді әзірлеу міндеті индикаторларды дамытудың басым бағыттарын анықтауды, индикаторларды әзірлеуді, осы мақсатта тиісті тараптармен кеңесуді және қолданыстағы көрсеткіштерді QOF-ке енгізуді жалғастыру қажет пе деген кеңес беруді қамтиды [59]. Ұлыбританияның

Бастапқы медициналық көмек қоғамы тәжірибе аккредитациясына жауап береді. Манчестер университеті Жалпы медициналық кеңеспен (GMC), Британдық медбикелер қоғамымен, Сапа кеңесімен, Денсаулық сақтау министрлігімен, Бастапқы медициналық көмек трестімен, Аккредиттеу стандарттары тиісті ұйымдармен бірлесіп әзірленді. Пациенттер топтары сияқты. МСАК мекемелерін аккредиттеу алты сала бойынша 78 стандартты тармақты қамтиды (Денсаулық теңсіздіктері және денсаулықты нығайту; Провайдерлерді басқару; Мекемелер, жазбалар, жабдықтар, құралдар және дәрі-дәрмектерді басқару; Провайдер тобы; Білім беру жағдайлары; Пациенттер және күтім, тәжірибе, белсенділік және жауап беру). пайдаланып отыр Осы аккредитацияны алған МСАК мекемелері Сапа тәжірибесі сыйлығына өтініш бере алады [60].

Жоғарыда талқыланғандай, негізгі дамыған елдердегі сапаны бағалау жүйелеріндегі тенденцияларды қарастыра отырып, Ұлыбритания сияқты алғашқы медициналық көмектің жоғары деңгейі бар елдер денсаулық сақтау процесіне (қызмет көрсету және клиникалық нәтижелер) назар аударады және төлемді қайта ұйымдастыру арқылы қызмет сапасын жақсартады. Америка Құрама Штаттары мен Австралия сияқты алғашқы медициналық көмектің салыстырмалы түрде төмен деңгейі бар елдер сияқты жүйелер процесті ғана емес, сонымен қатар құрылымды да жақсартуға ұмтылуда [61].

Соңғы жылдары денсаулық сақтауды жалпыға бірдей қамту "Бүкіл халыққа медициналық көмек көрсетуді жақсартудың маңызды факторы ретінде қарастырылды. ДДСҰ (2010) мәліметтері бойынша, денсаулық сақтауды әмбебап қамту "Олардың қажеттіліктерін қанағаттандыратын, оларды төлеу кезінде қаржылық қиындықтарға тап болмайтын сапалы медициналық қызметтерді алатын барлық адамдар" ретінде анықталады. Денсаулық сақтауды жалпыға бірдей қамту енгізу бірнеше аспектілер бойынша ілгерілеуді талап етеді: сапалы медициналық қызметтердің қолжетімділігі (басқару, денсаулық сақтауды қаржыландыру, адами ресурстар, дәрі-дәрмектер, жабдықтар, медициналық шығын материалдары, инфрақұрылым, денсаулық сақтаудың ақпараттық жүйелері және т.б.), қамтылған халықтың үлесі және денсаулық сақтау қызметтерін пайдалану кезіндегі қаржылық қорғау деңгейі (ДДҰ, 2013) [62]. 2015 жылдың қыркүйегінде Әлемдік көшбасшылар 2030 жылға дейін жалпыға бірдей медициналық қызмет көрсетуді қамтамасыз етуге бағытталған мақсатын қамтитын 2030 жылға дейінгі Тұрақты даму күн тәртібін қабылдады (БҰҰ Бас Ассамблеясы, 2015). Сондықтан көптеген елдерде денсаулық сақтауды жалпыға бірдей қамту ерекше назар аударады.

Дамыған елдер медициналық көмекке қол жеткізе алмайтын адамдар пайдаланатын медициналық қызметтерге ақы төлеу үшін мемлекеттік бюджеттерді де пайдаланады. Бейресми секторды қамту үшін табысы төмен және орташа елдер мемлекеттік бюджеттен қаржыландыруға көбірек сенуі керек [63].

Шын мәнінде, бейресми сектор қызметкерлері тәуекелге ұшыраған және осал болғанына қарамастан, әлеуметтік қамсыздандыру жүйесімен жиі қамтылмайды. Олар көбінесе нашар жұмыс жағдайларына байланысты

денсаулыққа байланысты мәселелерды бастан кешіреді (әсіресе ауыл шаруашылығында, құрылыста, өндірісте және үй жұмысында). Сонымен қатар, олардың балалары ата-аналарының жұмысына тікелей байланысты денсаулыққа байланысты мәселелердан зардап шегуі мүмкін, мысалы, үйде аккумулятор өндірісіне байланысты қорғасынмен улану немесе ластанған ортада ата-аналарымен жұмыс істеуге баратын көше сатушыларының балаларындағы демікпе. Сақтандыруды кеңейту және олардың асырауындағы адамдар үшін медициналық қызметтерге қолжетімділікті жақсартқаны туралы дәлелдер бар [64]. Осылайша, осы осал топ үшін әлеуметтік қорғауды қамтамасыз етуге бағытталған өте маңызды.

1.3. Қазақстан Республикасының алғашқы медико-санитарлық көмекті ұйымдастыру қағидалары мен заңнамалары

Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексінде «Медициналық-санитариялық алғашқы көмек (МСАК) – адам, отбасы және қоғам деңгейінде көрсетілетін, қолжетімді медициналық қызметтер көрсету кешенін қамтитын, тәулік бойы медициналық бақылауда болмайтын, дәрігерге дейінгі немесе білікті медициналық көмек көрсету» қажет деп тұжырымдалады [65].

Қазақстан Республикасының әлеуметтік саяси басым бағыттарының бірі - халықтың денсаулығы. Сондықтан МСАК бастапқы назары ол науқас адам емес, оның жанұясы және сол жанұяның әлеуметтік, тұрмыстық, психологиялық және экономикалық мәселелерін қоса қарастырады. Сонымен қатар, жалпы тәжірибелік дәрігері мен оның командасының жұмысы әрбір отбасына қызмет көрсету жолында аурулардың пайда болмауына бағытталады. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымның (ДДҰ) анықтамасы бойынша, медициналық санитариялық алғашқы көмек әрбір азамат үшін құны жағынан қолжетімді, ғылыми негізделген және әлеуметтік қолайлы әдістер бола алатын, негізгі медициналық көмектің түрі болып есептеледі [66]. ДДҰ медициналық-санитариялық алғашқы көмекке жалпы дәрігерлік практиканы (ЖТД) ұсыну үдерісінде халық денсаулығын қамтамасыз етуге бағытталғандың ең басты буыны деп санайды. Бұл қағидалар отандық денсаулық сақтау жүйесінде уақытында тиімді және білікті медициналық көмек көрсетуге қамту.

Алғаш рет 1992 жылы Қазақстанда отбасылық дәрігерге ауысу туралы денсаулық сақтау министрдің бұйрығы шықты. Бұйрықтың шығуы барысында 1990 жылдың басында Оңтүстік Қазақстанда алғашқы отбасылық дәрігерлік зертханалар пайда болды. Ал В.В. Тильман айтуы бойынша Қазақстанда бірінші рет 1995 жыл Жезқазған қаласында жеке меншік «Тильман» ЖШС отбасылық дәрігерлік амбулатория ашылды. Басында 2 дәрігер, 5 мейіргер, 1 лаборант 4000 адамға қызмет жасады. Отбасылық амбулаторияның қызметі басынан бастап отбасылық қағидамен, халықты бір уақытта ересектер және балаларды бірдей қабылдай бастады. Ал Қазақстан нарыққа көшіп жатқан кезі болатын. Осы кезде денсаулық сақтау саласы совет үкіметінің жүйесінде болып, халық өздігінен

емханаларды, учаскелік дәрігерді таңдай алмады, себебі емхананың штатық саны сол аумақта тұратын адамдардың көлеміне қарай құрылатын болған, бірақ қызмет көрсететін сапасына байланысты болмады. 1997 жылы Қазақстан Республикасының денсаулықты сақтау жүйесінде біріншілік медициналық көмек көрсетудің үнемді және нәтижелі әдістері ретінде белсенді түрде отбасылық медицинаны енгізу туралы реформа басталды [67]. Жалпы реформа емханалық жүйені қайта құруын және отбасылық дәрігерлік амбулаторияларды құруды қарастырды. Осыған орай 1998 жылдың қыркүйек айынан бастап, Денсаулық сақтау Комитетінің №484 «Оқу-клиникалық, дәрігерлік амбулаторияларын ұйымдастыру туралы» бұйрығы шықты. Республикадағы емханалық терапия кафедралары отбасылық медицина кафедрасы болып қайта құрылып, оқу-клиникалық, отбасылық дәрігерлік амбулаторияларын құру жайлы жұмыстарды бастады. Қазақстан Республикасының президентінің 1998 жылы 16 қарашадағы № 4153 Жарлығымен бекітілген – «Халық денсаулығы» мемлекеттік бағдарламасына сәйкес жалпы дәрігерлік практиканы/отбасылық медицинаны дамыту және елде денсаулық сақтауды реформалаудың негізгі басым бағыттарының бірі ретінде МСАК нығайту мақсатында, отбасылық дәрігерлік амбулаториялардың кең жүйесін құру арқылы амбулаторлық-поликлиникалық мекемелерді белгіленген тәртіппен қайта ұйымдастыру жөнінде шараларды қарастырып, елдегі медициналық академиялар қағидатына сүйене отырып клиникалардың ашылуын бекітті [68]. Медициналық көмектің алғашқы буынын қайта құруға негізделген мемлекеттік денсаулық сақтау жүйесін реформалау кезінде, денсаулық сақтау аймағында учаскелік дәрігер емес, жалпы практика дәрігер болды. Қазақстан медицинасында бұл мамандық жаңа орын алып, МСАК көрсету механизімі жалпы практика дәрігері болды [69].

Осылайша, қазіргі заманғы бастапқы медициналық көмек көрсету жүйесінің басқару механизімі зерттеулерді қажет етеді, бұл аталған зерттеудің өзектілігіне бірден-бір себепші болып отыр. ЖТД жұмысын ұйымдастыру жүйесінің мәселелерімен көптеген шетелдің және Қазақстанның ғалымдары да айналысып, өз үлестерін қосты.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды реформалау және дамыту жөніндегі 2005–2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы медициналық көмектің тиімді жүйесін құруды қарастырды. Бұл жүйе денсаулық сақтау ісіндегі мемлекет пен адамның ынтымақты жауапкершілігі принциптеріне негізделіп, бастапқы медициналық-санитариялық көмекті (МСАК) басымдықпен дамытуға бағытталды. Бағдарламаның негізгі міндеттерінің бірі – медициналық көмекті ұйымдастырудың халықаралық принциптеріне көшуді қамтамасыз етіп, басты назарды МСАК-ке аудару болды. Қазақстан Республикасында ұсынылған МСАК моделі дәрігерді еркін таңдау және басқарудың экономикалық әдістері принциптеріне негізделді, оның ішінде "ынталандырушы" компонентті қамтитын екі компонентті жан басына шаққан нормативті енгізу көзделді. Бұл шаралар медициналық қызметтердің қолжетімділігін қамтамасыз етуге бағытталғанға, олардың сапасын жақсартуға

және медицина қызметкерлерінің өз еңбегінің нәтижесіне деген ынтасын арттыруға бағытталды.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды дамыту жөніндегі "Саламатты Қазақстан" мемлекеттік бағдарламасы (2011–2015 жылдар) МСАК-ні одан әрі жетілдіруді көздеді. Бағдарламаның мақсаты – профилактикалық бағытты күшейту және халықтың стационарлық көмекке қажеттілігін азайту болды. Осы мақсатта дәрігерлер мен орта медицина қызметкерлерінің (ОМҚ) функцияларын кеңейту, МСАК медицина қызметкерлерінің мотивациясын арттыру шаралары жоспарланды.

МСАК рөлінің күшеюі мен функцияларының кеңеюіне байланысты оның қызметін жетілдіруге бағытталған нормативтік-құқықтық базаны дамыту бойынша ауқымды жұмыстар жүргізілді. МСАК мен мамандандырылған көмектің функциялары, өкілеттіктері мен қаржыландыруын нақты ажырату үшін нормативтік құжаттар қайта қаралды. Сонымен қатар, МСАК ұйымдарының қызмет нәтижелерін бағалауды ескере отырып, тарифке қосымша компонент енгізілді, ішінара қор ұстау моделін енгізу және дәрігерден мейіргерлерге бірқатар өкілеттіктерді беру жұмыстары атқарылды. Жалпы дәрігерлік практика қағидатына сүйене отырып МСАК көрсетудің тиімді формалары мен әдістерін әзірлеу және енгізу де қарастырылды.

Бұл маңызды кезең профилактикалық бағытты күшейту мақсатында 2008 жылы басталған Ұлттық скринингтік бағдарламасына қанайналым жүйесін (БЖА), сүт безі, жатыр мойны обырларын анықтау кірсе, ал 2011 жылы «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасының аясында скринингтік зерттеу шараларының 8 түріне кеңейтіліп, қант диабетін, глаукома, катерлі ісік, ісік алды ауруларын тоқ ішек пен тік ішек обырларын, В және С гепатиттерін анықтауға арналған тексерістермен толықтырылды [70].

Жалпы скринингтік тексерулер жүргізу бағдарламасы тегін медициналық көмектің кепілді берілген көлем тізіміне кіреді. Халықтың нысаналы топтарына 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64 жастағы ерлер мен әйелдерге профилактикалық скринингтік тексеру жүргізудің негізгі мақсаты ауруды ерте кезеңде анықтау және аурулардың дамуын алдын алу болып есептеледі. Ал 2014 жылдан бастап кешенді жанбасылық норматив (КЖН) енгізілді, тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін (ТМККК) қаржыландырудың жалпы көлемінде МСАК-ті қаржыландыру 28%-ға дейін (2010 жылы - 23,4%) ұлғайды, нәтижесінде өңірлер арасында 1 тұрғынға шаққандағы тариф ұлғайтылып (169-дан 486 теңгеге дейін), МСАК-ті қаржыландыру деңгейі теңестірілді.

Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің енгізілуімен өңірлер арасындағы қаржыландыру айырмашылықтарын азайта отырып, стационарлық деңгейде ТМККК қаражатын республикалық бюджет деңгейіне шоғырландыру жүргізілді, «Ақша пациенттің ізінен жүреді» қағидасымен, клиникалық-шығындық топтары бойынша қаржыландыру енгізілді.

ДДҰ Қазақстанды медициналық-санитариялық алғашқы көмекті дамыту жөнінде көшбасшы ретінде мойындап, 2014 жылдың 15-18 қыркүйек айында

өткен Копенгагенде (Дания) ДДҰ еуропалық өңірлік бюросының Өңірлік комитетінің 64-ші сессиясында Франция, Мальта және Швеция елдерімен бірге Қазақстан да 2015-2018 жылға дейін ДДҰ Атқарушы комитетінің мүшелігіне өту жөнінде қолдауға ие болды [71].

Тәуелсіздік жылдары МСАК елдің денсаулық сақтау саласын дамытудың басым бағыты болды. Қазақстан Республикасы Премьер-Министрінің 2019 жылғы 10 маусымдағы №103-р өкімімен бекітілген Қазақстан Республикасында медициналық-санитариялық алғашқы көмекті дамыту жөніндегі 2019 – 2020 жылдарға арналған іс-шаралар жоспары іске асырылуда.

Медициналық-санитарлық алғашқы көмек – Қазақстан Республикасының ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің әлеуметтік-экономикалық даму үдерісінің құрамдас бөлігі екені анық, сондықтан елімізде 2020 жылдың 1 қаңтарынан бастап Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (МӘМС) жүйесі іске қосылған соң жаңа үрдіс алды.

Денсаулық сақтау экономикасы - денсаулық сақтаудың халық шаруашылығының саласы ретіндегі қызметі туралы ғылым; денсаулық сақтауды басқару органдарының мінез-құлқындағы әлеуметтік жауапкершілік пен экономикалық орындылық туралы ғылым; медициналық қызметтерді ұсыну мен тұтынудың нақты жағдайларындағы экономикалық заңдар мен экономикалық қатынастар туралы ғылым, ресурстардың объективті шектеулі мүмкіндіктері және денсаулық сақтау қызметтеріне қажеттіліктің артуы. Денсаулық сақтаудың экономикалық қатынастары формасы, мазмұны және әлеуметтік-экономикалық сипаты бойынша макроэкономикалық корпорацияның әр түрлі салаларды, салалар мен экономика секторларын біріктіретін, мемлекет реттейтін және денсаулық сақтау саласына тікелей немесе жанама қызмет көрсететін қызметін көрсетеді. Денсаулық сақтау жүйесінің орнықтылығы елеулі дәрежеде денсаулық сақтауға бағытталатын қаражаттың барабар деңгейін, оларды әділ бөлуді және ұтымды пайдалануды болжайтын тиімді қаржыландыру жүйесімен байланысты. Денсаулық сақтау жүйесін одан әрі дамыту азаматтардың денсаулығы үшін жауапкершілік мемлекет, жұмыс берушілер мен қызметкерлер арасында бөлінетін үш деңгейлі медициналық көмек беру жүйесін құруды көздейді. Бұл ретте: 1) бірінші деңгей базалық пакетті немесе республикалық және жергілікті бюджеттер есебінен ТМҚКК ұсынады; 2) екінші деңгей Қазақстан Республикасының қолданыстағы заңнамасына сәйкес міндетті медициналық сақтандыру жүйесіндегі және мемлекеттің жарналары, жұмыс берушілер мен қызметкерлердің аударымдары және Қазақстан Республикасының заңнамасында тыйым салынбаған өзге де түсімдер есебінен қаржыландырылатын медициналық көмектің қосымша пакетін немесе тізбесін қамтитын болады; 3) үшінші деңгей сақтандыру компаниялары мен жарналарды төлеушілер арасындағы ерікті шарттық негізде айқындалатын, азаматтардың немесе жұмыс берушілердің өз қызметкерлерінің пайдасына төлейтін ерікті аударымдары есебінен қаржыландырылатын қызметтердің жеке пакетін немесе тізбесін көздейді [72]. Денсаулық сақтау жүйесін басқару және қаржыландыру тиімділігін арттыру. Осы міндетке қамту мынадай тікелей нәтижелер

көрсеткіштерімен өлшенетін болады: МӘМС олар үшін МӘС алымдары мен жарналарын алған тұрғындардың үлесі; ТМККК шеңберінде жеке меншік медициналық қызмет берушілердің үлесі.

МӘМС жүйесін енгізгеннен кейін жалпы тәжірбие дәрігерлерінің функцияларына айтарлықтай өзгерістер енгізілді, олар тиісті нормативтік құжаттармен қолдау тапты: бейінді мамандардың қызметтері іс жүзінде толықтай МӘМС қызметтер жиынтығы қамтылды, ал жалпы тәжірбие дәрігерлерінің функциялары ТМККК пакетімен және профилактикалық іс-шаралармен шектелді. Бұл диспетчерлік қызметтердің кеңеюіне, амбулаторлық-емханалық көмектің халыққа қолжетімділігінің төмендеуіне және көптеген шағымдардың пайда болуына әкелді.

1.4. Дүниежүзілік медициналық сақтандыру жүйелерінің медициналық көмектің сапасын және қолжетімділігін арттыру бағыттары

Әр түрлі елдердегі денсаулық сақтау жүйелері әр түрлі жолдармен дамыды, кейбір елдер жеке сақтандыруды, кейбіреулері жалпы медициналық көмекті, ал кейбіреулері екеуінің комбинациясын ұсынды. Табысы жоғары елдердің көпшілігінде медициналық көмек адам құқығы болып саналады және барлық жерде, әдетте, медициналық көмек көрсету орнында тегін беріледі.

ДДҰ мәліметтері бойынша, егер халықтың медициналық көмек алуға жұмсайтын шығыстарының деңгейі 20% - дан асатын болса, онда бұл денсаулық сақтау жүйесінің әлсіз қаржылық орнықтылығының көрсеткіші болып есептеледі және халық үшін қауіп-қатер туралы куәландырады.

Медициналық сақтандыру медициналық көмекке қол жетімділікті жақсартады және адамдарды аурумен байланысты қаржылық тәуекелдерден қорғайды. Алайда, медициналық сақтандырумен қамту көбінесе төмен, әсіресе қорғауға мұқтаж адамдар үшін, соның ішінде балалар мен басқа да осал топтар үшін. Халықтың осал топтарын медициналық сақтандырумен қамтуды кеңейту стратегияларының тиімділігін бағалау [19].

1883 жылы Германия ынтымақтастыққа негізделген әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесін құрған әлемдегі алғашқы ел болды. Алайда, бүгінде ел басқа дамыған елдердегі денсаулық сақтау жүйелері сияқты мәселелерға тап болып отыр, мысалы, халықтың қартаюы және созылмалы аурулардың ауыртпалығының артуы. Ұлттық Ғылым академиясының мәліметтері бойынша, ауруханалардың көптігі адами және технологиялық ресурстардың жеткіліксіз шоғырлануына әкеледі, бұл өз кезегінде медициналық көмектің сапасын төмендетеді [20]. Жаңа саясатты жүргізу кезінде үкімет сақтандырылушылардың бағдарламаға кіруге дайындығына және оған кіру көрсеткіштерінің өзгеруіне назар аударуға тиіс. Мемлекеттік субсидиялардың ұлғаюымен жеке тұлғалардың жарналарының үлесі де ұлғайтылуы тиіс [21].

Швейцарияда жалпыға бірдей міндетті медициналық сақтандыру жүйесі қызмет етеді, оған білім, мәртебе және табыс кіретін халықтың әлеуметтік-экономикалық жағдайына байланысты факторларға тәуелсіз стационарлық

сектор үшін қосымша сақтандыру сатып алуға болады [22]. Үй шаруашылығының әл-ауқаты ресми медицина қызметкерлеріне жүгіну ықтималдығымен оң байланысты екендігі анықталды. Сонымен қатар, қала тұрғындары статистикалық және ауыл тұрғындарына қарағанда дәрігерлерге жүгіну ықтималдығы жоғары, бұл табысы төмен халыққа медициналық көмек ақысын алып тастау қажеттілігін көрсетеді [23]. Қатысушының мәртебесіне байланысты тәуекелге қатысты артықшылықтардың рөлін зерттеу сақтандырылған және сақтандырылмаған бейресми секторға бағытталған ерікті медициналық сақтандыру жүйесінде орташа есеппен респонденттердің тәуекелден бас тарту деңгейі жоғары, ал сақтанушылар сақтандырылмағандарға қарағанда тәуекелге бейім емес екендігі көрсетілген [24]. Жұмыспен қамту секторы, кәсіп және табыс сияқты жұмысқа байланысты факторлар Швециядағы ерікті медициналық сақтандыруға қатысудың негізгі факторлары болып шықты. Сақтандыру жоспарлары бірқатар шектеулерді қамтығандықтан, жоғары күтімге мұқтаж адамдар алынып тасталды. Жалпы алғанда, нәтижелер Швециядағы ерікті медициналық сақтандыру ең алдымен сау және ауқатты адамдарға жеңілдіктер беретіндігін көрсетеді [25].

Финляндияда жүргізілген зерттеу әлеуметтік-демографиялық сипаттамалар мемлекеттік немесе жеке медициналық көмекке қарағанда ерікті жеке медициналық сақтандырумен қамтуды көбірек түсіндіретінін көрсетті [26].

Жеке ауруханалар секторындағы мемлекеттік әлеуметтік медициналық сақтандыру бағдарламасымен салыстырғанда жеке сақтандырудың рөлі ТМД елдерінің халқы арасында ерекше өзектілігі мен маңыздылығына ие болады. Бұл жеке сақтандыруы бар пациенттердің емдеуге уақытында және кешенді қамтуіне байланысты [27].

Бұл ретте негізгі факторлар медициналық көмектің сапасының төмендігі және медициналық персоналдың, дәрі-дәрмектер мен технологиялардың жетіспеушілігі болып есептеледі. Медициналық сақтандыру саласында қаражаттың жөнсіз жұмсалуды анықтау Денсаулық сақтау қызметтерінің қарқынды өсуі жағдайында мемлекеттік қаражаттың тиімді пайдаланылуын қамтамасыз етуге бағытталғандың маңызды шарасы болды.

Зерттеу кедей халықтың білімінің болуы білімі төмен немесе жоқ адамдарға қарағанда Ұлттық сақтандыру жүйесінің мүшесі болу туралы шешімге әсер ететінін анықтады [28].

Сақтандырушылардың деректерін басқару бойынша бақылау және тиімділікті арттыру үшін денсаулық сақтаудың үлкен деректерін қолдану процестерін одан әрі дамыту және құпиялылық тәуекелдерін жою үшін медицина өнеркәсібімен ынтымақтастықты кеңейтуге тиіс медициналық ұйымдардағы біріктірілген ақпараттық жүйе маңызды болып есептеледі.

Medicare Chronic Disease Management бағдарламасы және соған байланысты жалпы тәжірибелік дәрігерлердің медициналық көмекті жоспарлау бастамалары (ЖТД) арқылы ұсынылатын 13 байланысты медициналық қызметтерді пайдаланудың талдауы созылмалы аурулары бар науқастарға көмектің қолжетімділігінің теңсіздігін және жалпы тәжірибелік дәрігерлердің

қажеттіліктеріне сәйкес Бағдарламаға қанағаттанушылықты терең зерттеу қажеттілігін көрсетті [29].

Австралияда Medicare деп аталатын әмбебап мемлекеттік медициналық сақтандыру бағдарламасын құру үшін 10 жыл бойы саяси шиеленіс қажет болды. 1984 жылы үкіметтің кезекті ауысуынан кейін қазіргі Medicare жүйесі құрылды. Медикер Австралия азаматтары, тұрақты визалары бар тұрғындар және Жаңа Зеландия азаматтары үшін бағдарламаға тіркелгеннен кейін және жеке басын растағаннан кейін мемлекеттік стационарда ақысыз медициналық көмек көрсетеді және дәрігерлік қызмет пен фармацевтикалық дәрі-дәрмектерді айтарлықтай қамтиды [31].

Денсаулық сақтау қызметтерімен жалпыға бірдей қамту (ДСҚЖБҚ) медициналық қызметтерге қол жетімділікті және ерікті медициналық сақтандыру арқылы қаржылық қорғауды жақсартуды білдіреді, әсіресе табысы орташадан төмен елдерде. Елдің әлеуметтік-экономикалық жүйесі халықтың міндетті медициналық сақтандыру (ММС) жүйесі жағдайында маман дәрігерлерге және жалпы практика дәрігерлеріне жүгінуіне барынша әсер етеді.

Жеке сақтандыру және жұмыс берушілерге негізделген схемалар әдетте тек қосымша рөл атқарады, ал коммуналдық сақтандыру ешқашан болмайды. Денсаулықты әлеуметтік қорғаумен жалпыға бірдей қамту арқылы медициналық көмекке тең қамту бүкіл Еуропа аймағында және жалпы елдер ішінде басты мақсат болып қала береді. Бірқатар елдерде жалпы құрылым, сондай-ақ әлеуметтік денсаулықты сақтауды ұйымдастыру мен қаржыландырудағы тиімділік стандарттары тапшылыққа әкеліп соғады, бұл әлсіз топтардың, соның ішінде кедей әйелдердің, мигранттардың және сығандардың медициналық қызметтеріне тиімді қол жетімділіктің теңсіздігіне әкеледі [32]. Бұл тапшылықтар мыналармен байланысты: осал топтарды жоққа шығаратын заңнамадағы және заттай жәрдемақылардағы олқылықтар, мысалы әйелдердің немесе егде жастағы халықтың ерекше қажеттіліктерін көрсетпейтін және осылайша теңсіздікке әкелетін жәрдемақы көлеміндегі шектеулер; медициналық қызметтерге қолжетімділікті шектейтін және ең осал адамдарды: кедейлерді, жұмыссыздарды, толық емес жұмыс күндерін болдырмайтын өз қаражатынан жоғары төлемдерден қаржылық қорғаудың жеткіліксіздігі; бұл топтар көбінесе әйелдерден, мигранттардан және сығандардан тұрады.

Қаржылық қорғаудың тапшылығы әлеуметтік қорғау жүйелеріндегі олқылықтармен және ауылдық және қалалық жерлерде әлеуметтік қорғау желісі бойынша трансферттерді пайдаланудың төмен көрсеткіштерімен күрделене түседі, бұл құқықтар мен жәрдемақылар туралы толық ақпарат алу қажеттілігін көрсетеді; ауылдық және қалалық денсаулық сақтау инфрақұрылымы мен еңбек ресурстары бойынша елдердегі айырмашылықтар [33]. Бұл білікті медицина қызметкерлерінің болуына байланысты, мамандандырылған көмек, дәріханалар, негізгі дәрі-дәрмектер, шұғыл көмек және қажетті медициналық қызметтердің қашықтығы, сондай-ақ медициналық ақпаратқа қол жетімділік. Осылайша, жұмыспен қамту мәртебесі, бейресми экономиканың әртүрлі деңгейлері бар еңбек нарығының құрылымы, табыс деңгейі, кедейлік және басқа да әлеуметтік-

экономикалық және демографиялық өзгерістер, сондай-ақ жыныс пен әлеуметтік-мәдени мәселелерді қоса алғанда, жеке детерминанттар медициналық көмектің қолжетімділігі мен қолайлылығын шектейді [34].

Медициналық сақтандыру жүйелеріне бюджеттік трансферттер халықты медициналық қызметпен жалпы қамтуды тереңдетуге немесе табысы төмен еуропалық елдерде міндетті медициналық сақтандыру саласында қол жеткізілген нәтижелерді сақтауға ықпал етті, өйткені олар ресми секторда жұмыс істемейтіндерді және әсіресе халықтың осал топтарын қамтиды.

ТМД елдерінде халықты міндетті медициналық сақтандырумен қамтуға кедергі келтіретін мәселелер бар. Қаражаттың жетіспеушілігі, қызмет көрсету сапасының төмендігі, дәрі-дәрмектер мен медициналық мақсаттағы бұйымдардың жетіспеушілігі, медицина қызметкерлерінің нашар көзқарасы, ұзақ күту уақыты және сенімсіздік табысы төмен елдерде міндетті медициналық сақтандырумен қамтудың төмен деңгейінің негізгі себептері болып есептеледі. Сонымен қатар, білімі төмен адамдар жоғары білімді адамдарға қарағанда аз төлеуге дайын, ер адамдар әйелдерге қарағанда көбірек төлеуге дайын, жас адамдар егде жастағы адамдарға қарағанда көбірек төлеуге дайын және үлкен үй шаруашылықтары аз мүшелері бар үй шаруашылықтарына қарағанда көбірек төлеуге дайын екендігі анықталды [35]. Мемлекеттер арасындағы айырмашылықтарға қарамастан, маңызды мәселелердің қатарына қаржыландырудың жеткіліксіздігі, қаражатты оңтайлы біріктіру және стратегиялық сатып алу саласындағы қанағаттандырылмаған үміттер жатады [36].

Көптеген елдер медициналық сақтандыруды қолжетімді ету үшін мемлекеттік субсидиялар сияқты стратегияларды әзірлеуге тырысты, сонымен қатар бейресми жұмысшыларды жұмысқа жазылуға ынталандырды, бұл медициналық сақтандырудың жалпыға бірдей болуына мүмкіндік берді. Халықаралық тәжірибе көрсеткендей, бірде-бір ел бейресми секторды тек ерікті жарналар арқылы сәтті қамти алмады. Оның орнына, бейресми секторды қамтуды сәтті Кеңейткен елдердің көпшілігі мұны толық (мысалы, Тайланд пен Қытай) немесе ішінара (Корея, Жапония және Тайвань жағдайында) [37] жалпы түсімдер арқылы міндетті түрде тіркеу және қаржыландыру арқылы жасады. Сондай-ақ, Ні бағдарламасы бойынша отбасылық оқыту Кореядағы, Жапониядағы, Таиландтағы аз қамтылған және бейресми топтардың отбасы мүшелерін қамтуды кеңейту және қамтамасыз етуге бағытталған үшін тиімді екендігі анықталды.

Қоғамдық денсаулық сақтау қызметтерін жиі пайдаланатын және табысы төмен пациенттер жеке денсаулыққа ауысуы немесе жеке қызметтерді ұсынуы екіталай. “Жауаптылық” және “Материалдық құндылықтарды” қабылдау пациенттің жеке қызметтерді таңдау және ұсыну ықтималдығын анықтауда маңызды болды [38].

Негізгі сапалы медициналық қызметтерге қамтуді қамтамасыз етуге бағытталған және төлем қабілеттілігіне қарамастан барлық адамдар үшін қаржылық қиындықтарды азайту халықты медициналық сақтандырумен

жалпыға бірдей қамтудың негізгі мақсаттары болып есептеледі. Бұл зерттеудің нәтижелері үкіметтердің айтарлықтай күш-жігеріне қарамастан, табысы төмен және орташа елдердегі медициналық сақтандыру жүйелері, әдетте, қызмет көрсетпейтін халықтың мақсатты топтарын қамтымайтынын және негізінен халықтың ауқатты топтарын қолдайтынын көрсетеді. Медициналық сақтандыру жүйелерін мақсатқа жету құралы ретінде пайдаланғысы келетін елдер қолданыстағы медициналық сақтандыру схемаларын мұқият талдап, оларды халықтың ең осал топтарын қолдау үшін пайдалану дәрежесін қайта қарауы керек. Сонымен қатар, халықтың осал топтарын медициналық сақтандыру жүйелеріне қосудың озық тәжірибелерін зерттеуге арналған зерттеулер қажет [39].

Нәтижелер жеке және басқа медициналық көмекті пайдаланушылар арасындағы айырмашылықты, сондай-ақ қазіргі қолданудың болжаушысы ретінде өткен қолданудың маңыздылығын көрсетеді. Дегенмен, олар мемлекеттік және жеке секторлар арасындағы айтарлықтай ауытқуларды көрсетеді, бұл мемлекеттік және жеке секторларды пайдаланудағы күрделі байланысты көрсетеді [40].

Табысы төмен адамдар бөліп - бөліп төлей алатын икемді төлем жоспары, табысы төмен сақтандыру сыйлықақыларын субсидиялау және төлемдерді жою - бұл аз қамтылғандар арасында жүйеге қатысушылар мен пайдаланушылар санын көбейте алатын шаралар [41].

Медициналық қызметтерді пайдалану бойынша зерттеулердің көпшілігі мүгедектігі бар немесе созылмалы аурулары бар сақтандырылған адамдар мен егде жастағы адамдар арасында медициналық қызметтерді пайдаланудың артқанын анықтады. Медициналық сақтандыру бойынша жарияланған әдебиеттердің айтарлықтай көлеміне қарамастан, сапалы деректердің жетіспеушілігі бар, әсіресе әділеттілік және табысы төмен елдердегі халықтың нақты осал топтарын қамту мәселелері бойынша осалдықты көп өлшемді үдеріс ретінде қайта қарау және бағалау және нақты жағдайларға көбірек тәуелді механизмдерді зерттеу арқылы дәлелдемелік базаны нығайту қажет [42].

Жалпы денсаулық сақтау шығындарын қаржыландыру көбінесе өз қаражатынан төленетін төлемдерге, соның ішінде бейресми төлемдерге тәуелді елдер жалпыға бірдей қол жеткізе алмайды. Реформалар дәрі-дәрмектерге бағаны төмендетуді және оларды ұтымды пайдалануды, әкімшілік бақылауды күшейтуді және сапалы медициналық көмек көрсетуге ынталандыруды арттыруды көздеуі тиіс. [43].

Медициналық сақтандырудың негізгі пакетіне қатысты заңнама мен саясаттың талаптары жалпыға бірдей қамтуға сенімді болу үшін қаржылық кедергілерсіз қол жеткізе алатын барлық адамдар үшін жергілікті қажеттіліктерге негізделуі керек [44].

Қамтудың осы деңгейін ұстап тұру үшін әлеуетті қатысушыларға, сақтандырушыларға және медициналық қызмет көрсетушілерге әсер ететін әртүрлі стратегияларды іске асыру арқылы нарықтағы сақтандыру сыйлықақыларын төмендету бойынша шаралар ұсынылады [45].

Қолжетімді сыйлықақыларды сақтай отырып, созылмалы аурулары бар адамдар үшін жеке топтық емес (немесе жеке) медициналық сақтандыруға қолжетімділікті кеңейту денсаулық сақтау реформасының басты міндеті болып есептеледі [46].

Ерікті медициналық сақтандыру аясында тайваньдықтар медициналық көмекке тең қол жеткізе алады, қаржылық тәуекелдерден көбірек қорғайды және денсаулық сақтауды әділ қаржыландырады. Nhi жүйесімен халықтың қанағаттану деңгейі үнемі 70% құрайды [47].

Жеке сақтандыру сақтандырудың негізгі нысаны ретінде АҚШ - та ең көп таралған - 55,3% болды. АҚШ-та жұмыс берушіге негізделген ерікті, жеке сақтандыру және жеке сақтандыру жүйесі бар. АҚШ-тан басқа барлық елдерде жүйеге автоматты немесе міндетті қабылдау процесі бар.

Көптеген елдерде жеке сақтандыру сақтандырудың негізгі нысаны болып табылмайды, мысалы Германия - 10,8%. [48]. Германия аурухана кассалары мен дәрігерлер қауымдастықтары үшін бюджет лимиттерін белгілеу және оларға қызмет көлемін бақылауды қамтамасыз етуге бағытталған жауапкершілігін жүктеу арқылы қызмет көлемін жанама түрде бақылайды. Франция баға бойынша белсенді келіссөздер жүргізуде, бірақ қызмет көрсету көлемін жеткілікті бақылауға ие емес. Франция мен Германияда дәрігерлердің ақысы АҚШ-қа қарағанда төмен, екі ел де алғашқы медициналық көмек дәрігерлеріне қарағанда мамандарға көбірек төлейді [49]. Жапонияда медициналық қызметтердің қалай және қай жерде ұсынылатынын анықтайтын күрделі шарттар жиынтығын қамтамасыз ететін орталықтандырылған тәсіл қолданылады.

Сақтандыруды алу жаңа сақтандырылған пациенттердің медициналық көмекке қол жетімділігін жақсартуға көмектеседі, бірақ шектеулер сақталды. Қамтылған Medicaid қызметтерінің тереңдігіндегі олқылықтарды және ең қолжетімді алғашқы медициналық көмек жоспарларын тиімдірек шешімін табу және провайдерлердің сұранысты қанағаттандыру және бенефициарларға қажетті медициналық қызметтерге толық қамтуға кепілдік беру қабілеті үшін қосымша саясат шаралары қажет [50].

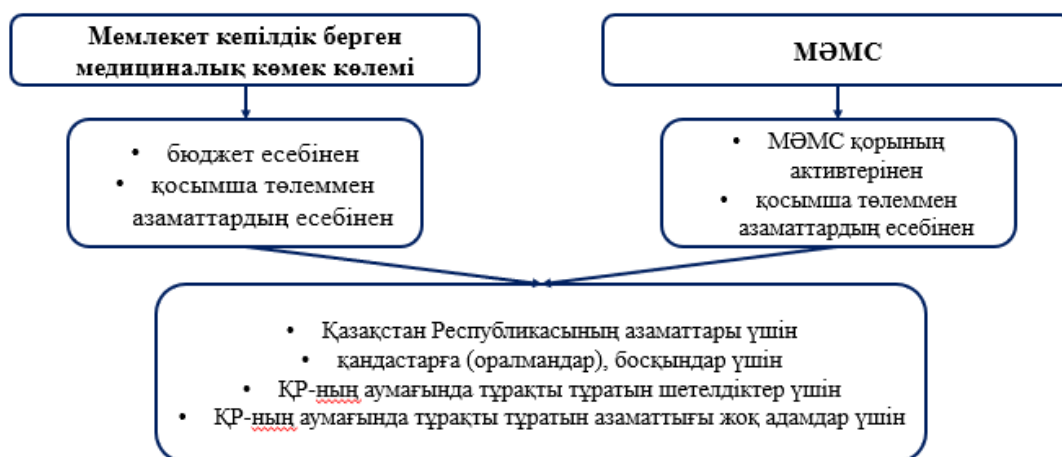
1.5. Қазақстан Республикасының міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесі

Мемлекеттің жүз пайыз қатысуымен қор 2016 жылғы 1-шілдеде Қазақстан Республикасы Үкіметінің № 389 қаулысымен құрылды. Қорды құру мен қалыптастырудың негізі Мемлекет басшысының «Қазақстан-2050 «Стратегиясы: қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты» Жолдауын, «Бес институционалдық реформаны іске асыру жөніндегі 100 нақты қадам» Ұлт жоспарын және «Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы» Қазақстан Республикасының Заңын (бұдан әрі – МӘМС туралы Заң) іске асыру шеңберінде МӘМС жүйесін енгізу болып табылды. МӘМС туралы заңға сәйкес, 2017 жылғы 1-шілдеден бастап қор МӘМС жүйесіне аударымдар мен жарналарды шоғырландыруды бастады. 2017 жылдан бастап 2019 жылға дейін

Қазақстан Республикасының Президентінің тапсырмаларына сәйкес жалпыұлттық деңгейде МӘМС жүйесін енгізу үшін дайындық жұмыстары жүргізілді. 2020 жылы бүкіл Қазақстан Республикасы бойынша МӘМС жүйесі енгізілді [73]. Қор ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде медициналық көмекті сатып алуды жүзеге асырады, медициналық қызметтерді тұтынушылардың есебін, медициналық көмек көрсетуді жүзеге асыратын денсаулық сақтау субъектілерінің есебін жүргізеді, халықтың қажеттіліктеріне сәйкес медициналық көмекті сатып алуды жүзеге асырады.

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі (бұдан әрі – ТМККК) Қазақстан Республикасының азаматтарына, оралмандарға және Қазақстан Республикасының аумағында тұрақты тұратын шетелдіктер мен азаматтығы жоқ адамдарға (бұдан әрі – азаматтар) бюджет қаражаты есебінен ұсынылады, барынша дәлелденген тиімді профилактикалық, диагностикалық және емдік медициналық қызметтерді, сондай-ақ дәрілік көмекті қамтиды [74].

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» 2020 жылғы 7 шілдедегі Қазақстан Республикасы кодексінің 68-бабына сәйкес пакеттерді қаржыландыру:



Сурет 1 – Денсаулық сақтау жүйесін қаржыландыру

Кері байланыс және пациенттердің құқықтарын қорғау механизмдері жүзеге асырылды. Қордың негізгі міндеттерінің бірі–пациенттердің құқықтарын қорғау болып есептеледі. 2020 жылдың аясында 720 мыңға жуық өтініш қабылданды және өңделді. Өтініштің 95%-дан астамы–МӘМС жүйесіне қатысу бойынша консультациялар, медициналық көмек алу және КВИ мәселелері бойынша сұрақтар. Өтініштер мен шағымдардың негізгі бөлігі 1406 тегін байланыс орталығы арқылы қабылданады. 1406 байланыс орталығы жұмысының үш деңгейлі моделі халықтың мәселелерін шешімін табуде өзінің тиімділігін көрсетті. Қор 2021 жылы Денсаулық сақтау министрлігінің қолдауымен халық алатын медициналық қызметтердің қолжетімділігі мен сапасын арттыру мақсатында пациенттердің құқықтарын қорғау мәселелеріне басымдық беруді жоспарлап отыр. Мемлекет Басшысы Қасым-Жомарт Тоқаев атап өткендей,

«Денсаулық сақтау жүйесі пациенттерге бағдарлануы, олардың мүдделерін, денсаулығы мен өмірін бірінші орынға қоюы тиіс».

Аталған бағытты іске асыру үшін мүдделі мемлекеттік органдарды, ең алдымен әкімдіктер мен өңірлердің денсаулық сақтау басқармаларын, медициналық ұйымдарды және қоғамды тарту жоспарлануда. Сонымен қатар, қоғамдық бақылауды ұйымдастыру және Қор қызметінің ашықтығын қамтамасыз етуге бағытталған мақсатында «Қоғамдық кеңестер туралы» ҚР Заңына сәйкес Қоғамдық кеңес жұмыс істейді, оның аясында ТМҚКК шеңберінде және МӘМС жүйесінде Қордың қызметі және медициналық көмек бойынша мәселелер қаралады. Қор стратегиялық сатып алушы ретінде, өнім берушінің шарттық міндеттемелердің сапасына және орындалуына мониторинг жүргізу процесін қамтамасыз етеді. Қор 2021 жылдан бастап маңызды жаңалықты - медициналық қызметтерді көрсету тәртібінің бұзылуына ықпал ететін жағдайлар мен себептерді анықтауға және алдын алуға бағытталған проактивті мониторингті енгізуді жоспарлады [75].

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» өз жұмыстарын коммерциялық емес акционерлік қоғамның 2020-2025 жылдарға арналған Даму стратегиясы қағидатына, Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2020-2025 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасына, Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрінің 2019 жылғы 14 ақпандағы № 14 бұйрығымен бекітілген мемлекет бақылайтын акционерлік қоғамдар мен жауапкершілігі шектеулі серіктестіктердің, мемлекеттік кәсіпорындардың даму жоспарларын әзірлеу, бекіту, олардың іске асырылуын мониторингтеу және бағалау, сондай-ақ олардың орындалуы жөніндегі есептерді әзірлеу және ұсыну қағидаларына сүйене отырып ұйымдастырады.

Үкімет тарапынан тұрақты түрде назар аударылғанына қарамастан, түрлі әлеуметтік-экономикалық факторлардың әсерінен шамамен 3,0 млн адам міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (МӘМС) жүйесімен қамтылмай қалып отыр. Оның ішінде 1,5 млн адам – өнімсіз өзін-өзі жұмыспен қамтығандар мен жұмыссыздар. Бұл жағдай қосымша шаралар қабылдауды талап етті.

Қазақстан Республикасында уақытша болатын шетел азаматтарын қамту мақсатында шартты медициналық сақтандыру шеңберінде медициналық көмек көрсету енгізілген. Шартты медициналық сақтандыру – бұл «Халықтың көші-қоны туралы» Қазақстан Республикасының заңына және Қазақстан Республикасы ратификациялаған халықаралық шарттарға сәйкес, Қазақстан Республикасында уақытша болатын шетелдіктерге арналған медициналық сақтандыру түрі. Аталған сақтандыру түрі уәкілетті орган бекітетін, сондай-ақ қаржы нарығын және қаржы ұйымдарын реттеу, бақылау және қадағалау жөніндегі уәкілетті органмен келісілетін үлгілік шарт негізінде медициналық қызметтерді алуға мүмкіндік береді.

Осылайша, Қазақстандағы міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (МӘМС) денсаулық сақтау жүйесін реформалауда маңызды қадам болып, саладағы қаржыландыру көлемінің артуын және медициналық қызметтерге қолжетімділіктің кеңеюін, соның ішінде мемлекеттік емес ұйымдардың

қатысуын қамтамасыз етті. Сонымен бірге, жеткіліксіз қаржыландыру, халықтың толық қамтылмауы және ұйымдастырушылық кедергілер сияқты бірқатар мәселелер сақталуда. МӘМС жүйесінің одан әрі даму бағыты оның қаржылық тұрақтылығын нығайтуға, сақтандырылған азаматтардың қамтылуын кеңейтуге, бақылау тетіктерін жетілдіруге және халықтың әлеуметтік жағынан осал топтарын қолдауға бағытталуы тиіс.

2. МАТЕРИАЛДАР МЕН ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ

2.1 Зерттеу материалдары мен әдістері

Диссертациялық зерттеу жүргізу әдістемесінің ғылыми негізі медициналық көмек жүйесінің кезеңдері мен негізгі элементтерін бөліп көрсете отырып, Алматы қаласының мысалында Қазақстан Республикасының алғашқы медициналық – санитарлық көмек көрсету ұйымдарының ұйымдастырылуы мен қызметін зерделеуге жүйелі көзқарас болды.

Алғашқы медициналық санитарлық көмек көрсететін ұйымдарды кешенді бағалау үшін төмендегі талаптарға сәйкес талдау жүргізілді.

- Белгіленген «нормадан» ауытқуларды талдау;
- Медициналық көмектің құрылымын, технологиялары мен нәтижелерін талдау;
- Медициналық қызмет ақауларына талдау жүргізу;
- Жалпы тәжірибелік дәрігерлер мен науқастарға жүргізілген сауалнаманы талдау.

Зерттеу жұмысының әдіснамалық негізі кешенді медициналық-әлеуметтік зерттеу әдістемесі болып есептеледі. Зерттеудің әртүрлі кезеңдерінде келесі әдістер қолданылады: аналитикалық, әлеуметтанулық, нормативтік құжаттаманы талдау мазмұны, статистикалық (салыстырмалы және орташа шамаларды есептеу, салыстырмалы және орташа шамалардың айырмашылығының сенімділігін анықтау (Студенттік t критерий), жүйелік талдау, компьютерлік технологияларды қолдану, сараптамалық бағалау әдісі қолданылды.

Арнайы әзірленген зерттеу бағдарламасы қатарынан 5 кезеңді қамтыды, олардың іске асырылуы зерттеу міндеттерін шешімін табуға мүмкіндік берді (1-кесте).

Кесте 1 – Диссертациялық зерттеу бағдарламасы

Зерттеу кезеңі	Зерттеу нысаны	Зерттеу әдісі	Нәтижесі
1	2	3	4
1-кезең			
МСАК ұйымдастыру және сапа мен қолжетімділігін бағалау тәжірибесін зерттеу және талдау	212 шетелдік және отандық ғылыми ақпарат көзі	Ақпараттық-талдамалық	Тақырыптың өзектілігін негіздеу. Зерттеуді ұйымдастыру мен жүргізудің ғылыми-әдістемелік тәсілдерін әзірлеу.

1 – кестенің жалғасы

1	2	3	4
			Мақсат пен міндеттерді қою, зерттеу нысандары мен әдістерін анықтау.
2-кезең			
МСАК қолжетімділігін және сапасын сипаттайтын көрсеткіштерге талдау жүргізу	Алматы қ. Республикалық электрондық денсаулық сақтау орталығының 2018-2022 жылдарға арналған дерекқоры	Статистикалық, аналитикалық	ҚР мен Алматы қаласындағы МСАК сапа және қолжетімділік көрсеткіштерін бағалау
3-кезең			
МСАК көрсету бойынша ҚР-ның нормативтік базасына талдау жүргізу	ҚР – ның «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексі және негізгі нормативті құжаттар	Аналитикалық	МСАК көрсету бойынша ҚР-ның нормативтік базасы МӘМС жүйесінде
4-кезең			
МӘМС жүйесінде қолжетімділік пен сапаны МСАК деңгейінде дәрігерлер мен науқас көзқарасын зерттеу	Медициналық сақтандырылуы бар 18 жастан жоғары науқастар – 561, жалпы тәжірибе дәрігерлері – 116	Аналитикалық, социологиялық, статистикалық, сараптамалық.	МӘМС жүйесінде қолжетімділік пен сапаны МСАК деңгейінде дәрігер мен науқастар көзқарасымен деңгейін бағалау мәселелерін анықтау

1 – кестенің жалғасы

1	2	3	4
5-кезең			
МӘМС жүйесінде МСАК ұйымын жетілдіру жөніндегі ұсыныстар әзірлеу	Зерттеу нәтижелері	Аналитикалық	Қорытынды және ұсыныстар

Зерттеуде ақпараттық-талдамалық, статистикалық, социологиялық, сараптамалық әдістер қолданылды.

Зерттеудің әртүрлі кезеңдерінде бақылау бірлігі ретінде:

- міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсететін ұйымдардың қолжетімділігі мен сапасы;

- Алматы қаласының №1,5,14,24,26-шы қалалық 5 емханалары.

Кесте 2 – Емханалар сипаттамасы және зерттеуге алынғандар

№	Емхана атауы	Тіркелген халық саны (шамамен)	Зерттеуге алынғандар саны
1	Алматы қ. қалалық емханасы №1	58 530	152
2	Алматы қ. қалалық емханасы №5	35 130	91
3	Алматы қ. қалалық емханасы №14	40 250	104
4	Алматы қ. қалалық емханасы №24	45 314	117
5	Алматы қ. қалалық емханасы №26	38 238	97
	Жалпы саны	217 462	561

Бірінші кезеңде әлемдегі алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсететін ұйымдардың қолжетімділігі мен сапасын бағалаудың қазіргі тенденциялары зерттелді және әдеби дереккөздердің деректері бойынша алғашқы медико-санитарлық көмек ұйымдастыру және бағалау тәжірибесі жинақталды.

Кешенді ғылыми зерттеу жүргізілді, оның құрылымы бірнеше жобаларды қамтыды. Ғылыми жұмыстар мен ақпарат көздерін іздеу 2005-2024 жылдар аралығында ағылшын тілінде жарияланған денсаулық сақтау саласындағы Scopus, Web of Science, MedLine, PubMed, Google Scholar, e-Library.ru, CyberLeninka іздеу жүйелерінде жүргізілді. Бұл дерекқорлар алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету орындарында жүргізілетін медициналық, мейірбике ісі және денсаулық сақтау саласындағы зерттеулердің негізгі дерекқорлары ретінде анықталды.

Тақырыптар мен тезистер мақалалардың қарауға жарамдылығын анықтау үшін қаралды. Тиісті шолулардың толық мәтіндері алынды және оқылды және қосу үшін анықталған анықтамалық тізімдер қосымша сәйкес зерттеулер үшін тексерілді.

Мақалалар қайталанатын болса, алынып тасталды; жалпы іздеу сұрақтары алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету ұйымдарына, сақтандыру қорларына, жалпы медициналық көмектің сапасын және қолжетімділігін бағалауға бағытталған.

Іздеу нәтижесінде 592 мақала табылды, оның 136-і шолуға енгізілді (1-сурет). Оның ішінде 3-і сапалық әдісті, 17-сі сандық әдісті, 3-еуі шолу мақалалары, қалған 2- мақала зерттеу аралас әдістер әдісін қолдану ретінде сипатталмады, бірақ сапалық және сандық құрамдастарды талап етті.

Екінші кезеңде ҚР-да МСАК қолжетімділігі мен сапасын сипаттайтын сандық және сапалық көрсеткіштер жай-күйіне талдау жүргізілді және Алматы қаласында 2018-2024 жылдардағы Республикалық электрондық денсаулық сақтау орталығының деректер базасын пайдалана отырып, Алматы қаласындағы қалалық 5 МСАК көрсететін ұйымдардың статистикалық мәліметтеріне бағалау жүргізілді.

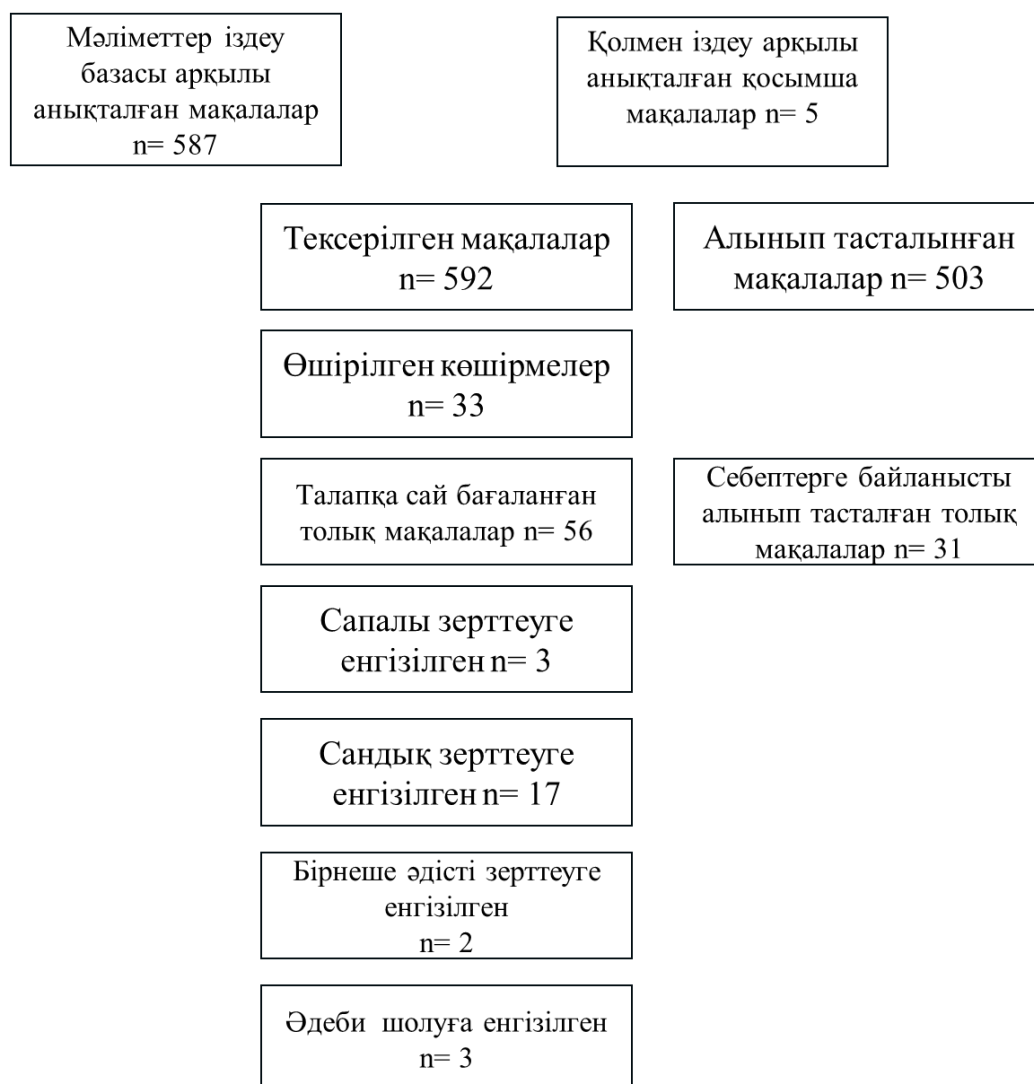
Ретроспективті зерттеуге Қазақстандағы, оның ішінде Алматы қаласында 2020–2024 жылдарға арналған міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (МӘМС) жүйесі және амбулаторлық-емханалық және стационарлық жағдайларда тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі бойынша медициналық көмек алатын барлық пациенттер қамтылды.

2020 жылғы 1 қаңтардан бастап 2024 жылғы 31 желтоқсанға дейінгі кезеңде төлеушілер санаттары бойынша Қазақстан Республикасы азаматтарын сақтандырумен қамту, еңбек нарығының көрсеткіштері және медициналық қызметтердің әртүрлі түрлерін сатып алу жоспарының орындалуы туралы мәліметтерді пайдалана отырып ретроспективті зерттеу жүргізілді.

Аналитикалық және сипаттамалық талдаулар үшін төлеушілер санаттарының саны, олардың жалпы халық санындағы үлесі, стандартты ауыпқу (SD), t -тест нәтижелері және әрбір санат бойынша p -мәні туралы деректер алынды. Топтар арасындағы айырмашылықтардың статистикалық маңыздылығын анықтау үшін T -тест және p -мәні пайдаланылды. P -мәні (P) нөлдік гипотезаның ақиқаттығын ескере отырып, топтар арасындағы байқалатын айырмашылықтарды алу ықтималдығын көрсетеді. Егер p -мәні таңдалған маңыздылық деңгейінен аз болса (әдетте 0,05), айырмашылықтар статистикалық маңызды болып саналады. Нәтижелердің статистикалық талдауы SPSS 25.0 нұсқасының көмегімен орындалды (IBM, Armonk, NY, АҚШ).

Зерттеудің үшінші кезеңінде ҚР-ның «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексі, МӘМС қоры аясындағы бұйрықтар мен хаттамаларға алдау жүргізілді.

Төртінші кезеңде МӘМС жүйесінде қолжетімділік пен сапаны МСАК деңгейінде медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасына қанағаттану дәрежесін айқындау мақсатында азаматтарға сауалнама жүргізілді.



Сурет 2 – Ғылыми мақалаларды іріктеу сызбасы

Зерттеуге Қазақстан Республикасының Алматы қаласының қалалық емханаларына алғашқы медициналық-санитарлық көмекке жүгінген 18 жастан асқан және 60 жасқа дейін 561 пациент қатысты.

Зерттеу жұмысының мақсатына сәйкес сауалнама жүргізу үшін жалпы үлгі көлемі 561 респондент деп белгіленді. Бұл сан Алматы қаласының бес қалалық емханасына тіркелген тұрғындардың жалпы санына пропорционалды түрде бөлінді. Үлгіні қалыптастыруда әлеуметтік-гигиеналық зерттеулерде кеңінен қолданылатын пропорционалды стратификация әдісі пайдаланылды.

Алдымен тіркелген халықтың жалпы саны есептелді: №1 қалалық емханада – шамамен 58 500 адам, №5 емханада – 35 000, №14 емханада – 40 000, №24 емханада – 45 000 және №26 емханада – 38 000 адам. Барлығы – 216 500 тіркелген тұрғын. Осы көрсеткіш негізінде әрбір емхана үлесіне тиісті респонденттер саны төмендегі формула арқылы анықталды:

$$n_i = \frac{N_i}{N_{\text{жалпы}}} \times n$$

мұнда:

- n_i – іріктемеге алынатын респонденттер саны,
- N_i – белгілі бір емханаға тіркелген халық саны,
- $N_{\text{жалпы}}$ – барлық емханаларға тіркелген халықтың жиынтық саны,
- n – зерттеу үшін белгіленген жалпы үлгі көлемі (561).

Есептеу нәтижесінде үлгі көлемі келесідей бөлінді: №1 емханадан – 152 респондент, №5 емханадан – 91 респондент, №14 емханадан – 104 респондент, №24 емханадан – 117 респондент және №26 емханадан – 97 респондент.

Осылайша, зерттеу барысында әр емханадан алынған респонденттер саны тіркелген халықтың көлеміне сәйкес анықталып, жалпы 561 сауалнама жүргізілді. Бұл әдіс үлгінің репрезентативтілігін қамтамасыз етіп, алынған нәтижелердің ғылыми негізділігін арттыруға мүмкіндік берді.

Әлеуметтанулық зерттеу жүргізу кезінде барлық этикалық қағидаттар мен ережелерді сақтау үшін жоба "KSPH" Қазақстан медицина университетінің этикалық мақұлдауына ие болды. Зерттеу Хельсинки декларациясына сәйкес жүргізілді және "KSPH" Қазақстан медициналық университетінің Жергілікті этикалық комитетінің этикалық комитетімен мақұлданды (03.07.2021 ж. IRB-147).

Ақпараттандырылған келісім нысанында Зерттеудің мақсаты, сұхбатқа қатысудың тәуекелдері мен артықшылықтары, балама процедуралар, сондай-ақ құпиялылық және ерікті қатысу туралы ақпарат көрсетілген. Жүргізуші келісім нысанының мәтінін ауызша түсіндірді және сарапшы қатысушылар зерттеудің мақсаттарын түсінгеннен кейін олардың әрқайсысынан оған қатысуға келісім алынды. Сұхбат берушілер келісім формасының мәтінін ауызша түсіндірді және қатысушылар зерттеудің мақсаттарын түсінгеннен кейін олардың әрқайсысынан оған қатысуға жазбаша келісім алынды. Барлық респонденттерге олардың қатысуы ерікті екендігі туралы хабарланды; жеке деректер пайдаланылмайды, тек жалпыланған ақпарат. Зерттеуге қатысушылар сондай-ақ олардың келісімі немесе бас тартуы олар алатын қызметтерге ешқандай әсер етпейтініне және осы сараптамалық бағалау үшін жиналған барлық ақпарат құпия болатынына және басқа адамдарға белгілі болмайтынына сенімді болды.

Нәтижелерге статистикалық талдау SPSS 25.0 нұсқасының (IBM, Армонк, Нью-Йорк, АҚШ) көмегімен жүргізілді. Сипаттамалық статистикаға сәйкес орташа және стандартты ауытқулар есептелген, P мәні <0.05 статистикалық маңызды болып саналды. Бұл зерттеуде айнымалылардың барлық санаттары үшін орташа мәндердегі айырмашылықтардың статистикалық маңыздылығы Стьюдент t критерийін (P мәні $<0,05$) қолдану арқылы анықталды:

$$n = \frac{t^2 pq}{\Delta^2}$$

мұндағы: n – қажетті бақылау саны,

t-сенімділік критерийі ($p < 0,05$ кезінде $t = 1,96$),

p-вариация көрсеткіші,

q-шамасы, кері p ($q = 100 - p$),

Δ - рұқсат етілген қате.

P = 50% (вариацияның ең үлкен көрсеткіші) және $\Delta = 10\%$ кезінде 95% сенімді интервалда бақылаулардың ең аз саны 96 құрайды.

Орташа салыстырмалы шаманың стандартты қатесін формуласы бойынша анықталды:

$$\pm \sigma_{\bar{x}} = \pm \sqrt{\frac{p \cdot q}{n}}$$

Бұл тәсіл екі орта шаманың немесе салыстырмалы көрсеткіштердің арасындағы айырмашылықтың кездейсоқтығын немесе шынайылығын, яғни бұл айырмашылықтар қандай-да бір фактордың нәтижесінен туындады ма әлде кездейсоқ па анықтау қажет болған жағдайларда қолданылады. Айырмашылықтың шынайылығын анықтауға арналған формулалар төмендегідей:

Орта шамалар үшін:

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{SE_1^2 + SE_2^2}}$$

Ал $t < 2$ болғанда сенім ықтималдығы $P < 95,5\%$. Бұл айырмашылықтың шынайы емес, кездейсоқ, яғни, қандай да бір заңдылықтан (қандай да бір фактордың ықпалынан) туындамағандығын көрсетеді.

3. ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ОЛАРДЫ ТАЛҚЫЛАУ

3.1. Алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету бойынша Қазақстан Республикасының қолданыстағы нормативтік-құқықтық базасы (МӘМС мысалында).

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы Қазақстан Республикасының 2015 жылғы 16 қарашадағы № 405 - V ҚРЗ заңына сәйкес 2020 жылдан бастап елімізде міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (МӘМС) жүйесі енгізілді. Осы Заң азаматтардың денсаулығын сақтауға конституциялық құқықтарын іске асыру мақсатындағы әлеуметтік қорғаудың мемлекеттік жүйесі болып табылады. МӘМС жүйесін енгізудің негізгі себептері денсаулық сақтау саласын қаржыландыруды ұлғайту, медициналық қызметтердің сапасы мен қолжетімділігін арттыру және нарық жүйесінің принциптарына сәйкес қызмет көрсетуші медициналық мекемелердің арасындағы бәсекелестікті дамыту.

Елімізде міндетті әлеуметтік медициналық сақтандырудың енгізуі Қазақстанның әлемнің бәсекеге қабілетті 50 еліне кіруі жөніндегі міндеттердің бірі болды. Заң қабылданғаннан кейін халық арасында жаңа жүйе бойынша ақпаратты түсіндіру жұмыстарын жүргізу үшін республикалық және облыстық штабтар құрылып, 2016-2019 жылдар аралығында бұл жұмыстар ауқымды және қарқынды жүргізілді. Кездесулер барысында және ақпарат құралдары арқылы бұл жүйенің негіздеріне түрлі көзқарастар жан-жақты талқыланып, қабылданған заңға қосымшалар енгізудің негіздері болды. Бұл уақытаралық кезең әртүрлі экономикаға әсер ететін факторларды (ЭКСПО-2017 көрмесіне үлкен кәсіпорындардың қаражаттарын жұмылдыру, мұнай өнімдерінің бағасының тұрақсыз болуы, халықты жұмыспен қамту, өзін-өзі жұмыспен қамтамасыз ететін таптың саны мен мәртебесін анықтау және т.б.), халықтың, әртүрлі қоғамдық ұйымдардың, сарапшылардың, ресми өкілетті органдардың ұсыныстары ескеріліп жан-жақты талқыланып, шешілмеген көп мәселелер бар екені анықталды. Жаңа жүйе салааралық қарым-қатынастарды, медициналық мекемелердің жұмыстарын реттейтін, дайындықтарын қамтамыз ету және де тағы басқа күрделі мәселелердің шешуін қажет екені анықталды. Еліміздегі және дүние жүзіндегі экономикалық жағдайдың тұрақсыздығы, ішкі әлеуметтік және де басқа жағдайлар ескеріліп, негізгі Заңға 6 рет қосымшалар мен өзгертулер енгізілді. Енгізілген қосымшалар мен өзгертулер «Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы» Қазақстан Республикасының 2015 жылғы 16 қарашадағы №405-V ҚР Заңының 15.01.2026 ж. редакциясы негізінде құрастырылды (3-кесте).

Кестеде көрсетілгендей, «Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы» Қазақстан Республикасының Заңына 2017–2026 жылдар аралығында бірқатар өзгерістер мен толықтырулар енгізілген. Өзгерістердің басым бөлігі МӘМС жүйесіне қатысушылардың құқықтары мен міндеттерін нақтылауға, жарналар мен аударымдарды төлеу тәртібін жетілдіруге, медициналық

көмектің қолжетімділігін арттыруға және әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының қызметін жетілдіруге бағытталған. Төлеушілер санаттары мен аударымдарды төлеу тәртібіне өзгерістер енгізілді. Жеке кәсіпкерлер мен өзін-өзі жұмыспен қамтамасыз ететін топтарға Бірыңғай жиынтық төлемі (БЖТ) енгізілді. Заңнамалық өзгерістердің едәуір бөлігі 14-бапқа енгізілген, бұл МӘМС жүйесіндегі төлеушілердің мәртебесі мен жауапкершілігінің үнемі жетілдіріліп отырғанын көрсетеді.

Еліміздегі және дүние жүзіндегі экономикалық жағдайдың тұрақсыздығы, ішкі әлеуметтік және де басқа жағдайлар ескеріліп, жарналарды төлеу мен есептеу тетіктері нақтыланды, оның ішінде жұмыс берушілердің өздерінің жұмыскерлеріне міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруына 2020 жылдан бастап төленетін жарнасының 5 пайыздан үш пайызға дейін төмендеді, арнайы топқа мемлекет бюджетінің есебінен төленетін жарна да өзгеріп, төлем нысаны республикадағы орта айлық көрсеткішінен медициналық айлық көрсеткішіне ауыстырылды.

Қазақстанда Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (МӘМС) жүйесін енгізудің бастапқы мерзімдері ресми түрде 2 рет кейінге шегеріліп, өзгертілді. Алғашында жүйені 2017 жылдың шілдесінде іске қосып, 2018 жылдың 1 қаңтарынан бастап толыққанды аударымдарға көшу жоспарланған болатын. Алайда дайындық жұмыстарының жүргізілуіне байланысты мерзім 2019 жылға ауыстырылды.

Кейіннен заңнамаға түзетулер енгізіліп, сақтандыру жүйесіне медицинасына көшу мерзімі тағы бір жылға шегерілді. Нәтижесінде, МӘМС жүйесі бойынша жарналарды жинау толықтай іске қосылып, халыққа медициналық қызмет көрсету ресми түрде 2020 жылғы 1 қаңтарда басталды.

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесін енгізудің жоспары бойынша 1 сәуірге дейін барлық қазақстандықтар шартты түрде сақтандырылған деп саналды, сондықтан медициналық сақтандыру қорына аударған жарналарына қарамастан қызмет алуға мүмкіндік берілді, осы уақыт аралығында қажетті іс-қимылдар мен нормативті құжаттар нақтыланып, жүйе 1 сәуірден бастап толыққанды енгізілуі жоспарланған. Алайда Наурыз айында COVID – 19 инфекциясына байланысты карантиннің енгізілуі қордың жұмысына көп әсерін тигізді. Біріншіден, карантиндік шараларға байланысты көп ірі кәсіпорындардың жұмыс қарқындары төмендеді, ал орта және шағын кәсіпорындардың көпшілігі жұмыстарын мүлдем тоқтатуға мәжбүр болды, бизнес өкілдері жарналарды төлеуден босатылған. Екіншіден, медициналық сақтандыру қорына аударған жарналарына қарамастан, барлық қазақстандықтар шартты түрде 1 шілдеге дейін сақтандырылған деп саналды.

Кесте 3 – Қазақстан Республикасының кейбір заңнамалық актілеріне міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (денсаулық сақтау мәселелері) мәселелері бойынша өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы Заңдары

	Өзгеріс енгізілген Заңдар	Өзгерістің қысқаша мазмұны
1	2	3
1	22.12.2016 ж. № 29-VI ҚРЗ	Жарналарды төлеу 1.07.1917 ден1.07.1997 ауыстырды жүйені еңгізу 1.01.2018 жылға ауыстырылды
2	30.06.2017 ж. №80-VI ҚРЗ	Төлеушілер санаттары мен аударымдарды төлеу тәртібіне өзгерістер енгізілді
3	25.12.2017 ж. №122-VI	Төлеушілердің құқықтары толықтырылды
4	27.12.2017 ж. № 123-VI	Жүйені еңгізу 1.01.2020 жылға ауыстырылды
5	26.12.2018 ж. №203-VI	Бірқатар төлеуші санаттары) алынып тасталды Бірыңғай жиынтық төлем (БЖТ) еңгізілді.
6	28.12.2018 ж. №208-VI	Жарналарды төлеу мен есептеу тетіктері нақтыланды
7	13.05.2020 ж. №327-VI	«Оралмандар» термині «қандастар» терминімен ауыстырылды
8	07.07.2020 ж. №361-VI	Қазақстан аумағында уақытша болатын шетелдіктерге қатысты нормалар нақтыланды
9	24.06.2021 ж. №52-VII	Төлеушілер құрамы мен міндеттері кеңейтілді
10	04.07.2022 ж. №134-VII	МӘМС жүйесіндегі медициналық көмекке құқық беру тәртібі өзгертілді
11	26.12.2022 ж. №168-VII	Жеке кәсіпкерлер мен өзге төлеушілер бойынша толықтырулар енгізілді
12	19.04.2023 ж. №223-VII	Медициналық қызметтерді тұтынушылардың құқықтарына өзгерістер енгізілді. Қор қызметінің жекелеген функциялары қайта қаралды
13	23.12.2023 ж. №50-VIII	Сақтандырушы тараптың жарна төлеудегі жауапкершіліктеріне қосымшалар еңгізілді

3-кестенің жалғасы

1	2	3
14	15.03.2025 ж. №172-VIII	Қор активтері мен бюджет қаражатының сақталуын қамтамасыз ету туралы бап жаңа редакцияда қабылданды
15	25.04.2025 ж. №185-VIII	Уәкілетті органның құзыретіне өзгерістер енгізілді
16	24.06.2025 ж. №196-VIII	Төлеушілердің мәртебесі мен міндеттеріне қосымша өзгерістер енгізілді
17	14.07.2025 ж. №206-VIII	МӘМС қағидаттары жаңартылды
		МӘМС жүйесіндегі медициналық көмекке құқық туралы бап жаңа редакцияда қабылданды
		Денсаулық сақтау ұйымын таңдау құқығына өзгерістер енгізілді
		Қордың мәртебесі мен активтері және төлемдер туралы нормалар жаңартылды
18	18.07.2025 ж. №215-VIII	Төлеушілерге қатысты қосымша өзгерістер енгізілді. Әлеуметтік саламаттылықтың дағдарыстық немесе шұғыл деңгейіне жататын, жұмыс істемейтін адамдарды жергілікті атқару органдарының есебінен сақтандыру. Денсаулық сақтау субъектілерінің міндеттері толықтырылды
19	09.01.2026 ж. №256-VIII	Мемлекеттік корпорацияның 3-тармағына цифрлық жүйелер терминологиясы енгізілді
Ескерту. «Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы» ҚР 2015 жылғы 16 қарашадағы № 405 - V ҚРЗ Заңына (2015–2026 жж.) енгізілген негізгі өзгерістер		

Коронавируспен күрестегі Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының рөлі. COVID – 19 инфекциясына байланысты карантиннің енгізілуі қордың қаржылық базасына көп әсерін тигізді. Біріншіден, көп кәсіпорындардың жұмыс қарқындары төмендеп, немесе жабылып қалғанына байланысты жарналар мен аударымдардың көлемі төмендеді, екіншіден, 2020 жылы коронавирус инфекциясымен күрес шеңберінде іс-шараларды қаржыландыру үшін қордың есебінен 187,7 млрд теңге бөлінді:

- медицина қызметкерлеріне үстемақыға – 110 млрд теңге;
- медициналық көмекке және КВИ таралуын тоқтатуға – 53,9 млрд теңге,
- провизорлық, карантиндік және инфекциялық стационарларға 384 мың адам емдеуге жатқызылды және емделді;
- ПТР диагностика қызметіне – 19,7 млрд теңге бөлінді, 1,9 млн-нан астам ПТР-тест жасалды;
- мобильді бригадалар үшін – 3,2 млрд теңге, 550 мыңға жуық шақыруға қызмет көрсетілді. (https://uchet.kz/news/187-mlrd-tenge-potratil-fond-sotsialnogo-meditsinskogo-strakhovaniya-na-borbu-s-koronavirusom-v-2020/?sphrase_id=21799044).

Жүйені еңгізу барысында қабылданған нормативті құқықтық құжаттарда Заңда қарастырылған медициналық көмектердің қолжетімділігі мен сапасын қамтамасыз ету нақтыланып, әртүрлі құқықтық, экономикалық, ұйымдастырушылық және халықтың талабына байланысты қайшылықтар анықталып, Заңға қосымшалар еңгізу қажеттігін көрсетті. Осы факторлардың барлығы 2020 - 2026 жылдар аралығында елімізде міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесіне көптеген өзгерістер еңгізілуіне алып келді. Жоғарыда айтылып өткендей, өзгерістердің басым бөлігі МӘМС жүйесіне қатысушылардың құқықтары мен міндеттерін нақтылауға, жарналар мен аударымдарды төлеу тәртібін жетілдіруге, медициналық көмектің қолжетімділігін арттыруға және әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының қызметін жетілдіруге бағытталған. Төлеушілер санаттары мен аударымдарды төлеу тәртібіне, жеке кәсіпкерлер мен өзін-өзі жұмыспен қамтамасыз ететін топтарға өзгерістер еңгізілді.

Жарналар мен аударымдардың көлемі мен мерзімін сақтаудағы олқылықтарды, халықтың осал топтарын қорғау мақсатында «Қазақстан Республикасының кейбір заңнамалық актілеріне міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру және медициналық қызметтер көрсету мәселелері бойынша өзгерістер мен толықтырулар еңгізу» туралы 2025 жылғы 14 шілдедегі № 206-VIII ҚРЗ Заңына сәйкес "Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы" 2015 жылғы 16 қарашадағы Қазақстан Республикасының Заңына ауқымды өзгерістер еңгізілді. Құжатта азаматтар үшін жарналардың көлемін шектейтін және төлем үзілген жағдайда сақтандыру мәртебесі алты айға дейін сақталатынына кепілдік беретін жаңа үлгі бекітілген. Халықтың осал топтарын қорғау үшін негізгі медициналық көмек пакеті сақтандыру мәртебесіне

қарамастан барлық азаматтар үшін қолжетімділігін қамтамасыз ету үшін жергілікті бюджет есебінен әлеуметтік жағдайына байланысты МӘМС жүйесіне қосымша топтарды қамту қарастырылды. Сонымен қатар, қордың қаржы ресурстарын тиімді пайдалану үшін, халықтың медициналық көмекке қолжетімділігін арттыру мақсатында 2027 жылдан бастап мемлекет кепілдік беретін тегін медициналық көмек көлемі (ТМККК) мен МӘМС пакеті арасындағы нақты айырмашылықты белгілейтін бірыңғай медициналық қызметтер пакеті енгізіледі. Осылайша әрбір азамат мемлекет кепілдік беретін қызметтерді және сақтандыру есебінен көрсетілетін қызметтерді нақты біле алады.

26 баптың 2-тармағына сәйкес Қорға төленуге жататын, мемлекеттің міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруға республикалық бюджет қаражатынан төленетін жарналары қайта бекітіліп 2037 жылғы 1 қаңтардан бастап – мемлекеттің жарналарын есептеу объектісінің 4,7 пайызы мөлшерінде белгіленді.

“26-1-бап бойынша Мемлекеттің міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруға жергілікті бюджет қаражатынан төленетін жарналары:

1. Мемлекеттің міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруға жергілікті бюджет қаражатынан төленетін жарналары: 1) субсидияланатын жұмыс орындарына орналастырылған немесе жұмыс берушінің жұмыс орнында кәсіптік оқытуға жіберілген адамдарды қоспағанда, жұмыссыз ретінде тіркелген адамдар; 2) осы Заңның 26-бабының аталған адамдарды қоспағанда, Қазақстан 1-тармағында Республикасының әлеуметтік қорғау туралы заңнамасына сәйкес соңғы үш ай бойы міндетті зейнетақы жарналарын аудармаған және әлеуметтік саламаттылықтың дағдарыстық немесе шұғыл деңгейіне жататын жұмыс істемейтін адамдар үшін төленеді

2. Реформаның мақсаты мемлекеттік және сақтандыру жүйелері арасындағы қайталанатын қызметтерді жою, медициналық көмекті нақты бөлу және оның халық үшін қолжетімділігін арттыру. Бірыңғай медициналық көмек пакеті 2026 жылдың қаңтарынан бастап іске қосылады. Реформа аясында қант диабетін емдеуге ерекше көңіл бөлінген және қаржыландыру толықтай МӘМС пакетіне енгізіледі. 2026 жылдан бастап диабетті ерте анықтау скринингтері, онкологиялық скринингтер барлық азаматтарға сақтандыру мәртебесіне қарамастан тегін жүргізіледі. Ал, дәрілік қамтамасыз ету көлемі үш есеге артып, 229 миллиард теңгеге жетеді. Енді сақтандырылмаған азаматтар да базалық медициналық көмектен тыс қалмайды. 2026 жылдан бастап жергілікті бюджет есебінен әлеуметтік жағдайы қиын шамамен бір миллион азамат МӘМС жүйесіне қосымша қамтылады. Бұл халықтың тағы 5 пайызына жоспарлы медициналық көмек алуға мүмкіндік береді”.

Заңда тағы бір маңызды өзгеріс қарастырылған. Соңғы бес жыл бойы тұрақты түрде жарна төлеген азаматтар үшін сақтандырылған мәртебені сақтау мерзімі үш айдан алты айға дейін ұзартылды. Бұл уақытша қиындыққа тап болған адамдарға медициналық көмектен айырылмауға мүмкіндік береді.

Осылайша, заңнамалық базаның кезең-кезеңімен жаңартылуы міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінің қаржылық тұрақтылығын қамтамасыз етуге, халықтың медициналық көмекке қолжетімділігін арттыруға және денсаулық сақтау жүйесін одан әрі дамытуға бағытталған.

3.2. Міндетті медициналық сақтандырумен халықты қамтуды талдау және МӘМС қоры қызметінің негізгі көрсеткіштері.

3.2.1. Жарна төлеу және сақтандыру көрсеткіштері

2017 жылғы 1 шілдеден бастап Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруға (МӘМС) аударымдар, жарналар мен өсімпұлдар түсе бастады, яғни жүйені енгізудің алғашқы қадамдары қалыптаса бастады.

Жалпы алғанда, МӘМС жүйесіне тартылған адамдардың саны 2020 жылдың қаңтар айында 14,9 миллион адамға жетті, ал 2021 жылдың қаңтар айында 15,9 миллион адамға дейін өсті. Жүйе арқылы орташа жылдық қамту 85%-ды құрады.

2020 жылдың кезеңінде Қорға 550,2 млрд теңге түсті, бұл болжамды жалпы төлем сомасынан 101% құрайды (7,8 млрд теңгеге артық). Бұл ретте төлем сомасының 54,3% – мемлекет тарапынан төленген жарналар, 42,7% – жұмыс берушілердің аударымдары мен қызметкерлердің жарналары, 1,9% – жеке кәсіпкерлердің жарналары, қалғаны – 1%-дан аз. Аударымдар мен жарналар 17,4 млн адамға (соның ішінде мемлекет төлейтін жеңілдік категорияларындағы тұлғалар) жасалды, бұл халықтың 92,3%-ын құрайды.

2021 жылдың қорытындысы бойынша, әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық көмек алу құқығына ие адамдар саны 15,5 млн адамды немесе Қазақстан халқының 81,2%-ын құрайды.

Есептік жыл ішінде 751,5 млрд теңге түсті, бұл болжамды жалпы төлем сомасынан 102,2%-ға артық (15,9 млрд теңгеге көп). Бұл соманың 46,1%-ы – мемлекет жарналары, 52,3%-ы – жұмыс берушілер мен қызметкерлердің аударымдары, 1,5%-ы – жеке кәсіпкерлердің жарналары, қалғаны – 0,1%-дан азы.

Аударымдар мен жарналар 17,5 млн адамға (мемлекет төлейтін жеңілдікті категориялар да қосылған) жасалды, бұл халықтың 91,3%-ын құрайды. 2021 жылы төлемдер мен жарналарды уақытында төлемеу үшін алынған айыппұл сомасы 1,5 есе өсіп, 685,0 млн теңгені құрады.

2022 жыл қорытындысы бойынша, МӘМС жүйесінде медициналық көмек алу құқығына ие адамдар саны 16,3 миллионды құрады, бұл Қазақстан халқының 82,3%-ын құрайды. Алдыңғы 2021 жылмен салыстырғанда өсу 1,1%-ды құрады.

2022 жыл қорытындысы бойынша 1 090,4 млрд теңге түсті, бұл болжамды жалпы төлем сомасынан 101,1%-ды құрайды (12,1 млрд теңгеге көп). Алдыңғы жылмен салыстырғанда түсімдер 45,1%-ға өсті, бұл тарифтың ұлғаюы, айлық есептік көрсеткіштің өсуі және төлемдер алынған тұлғалардың санының артуы әсер етті. Сонымен қатар, төлем сомасының 39,9%-ы – мемлекет тарапынан

жасалған жарналар, 56,1%-ы – жұмыс берушілердің аударымдары мен қызметкерлердің жарналары, 2,3%-ы – жеке кәсіпкерлердің жарналары, қалғаны – 1,7%.

Кесте 4 – 2020–2024 жылдары МӘМС қорына түскен жарналар мен аударымдар (млрд.теңге)

Жарналар түрі	2020 ж	2021 ж	2022 ж	2023 ж	2024 ж
Мемлекет жарналары	298,8	346,5	435,2	392,5	289,3
Жұмыс берушілер аударымдары мен қызметкер-лер жарналары	234,9	393,0	611,6	756,1	876,7
Жеке кәсіпкерлердің жарналары	10,5	11,2	24,7	38,2	57,1
Басқа түсімдер	6,0	0,8	19,0	23,5	30,2
Барлығы	550,2	751,5	1 090,4	1 210,3	1 253,3
Өсу динамикасы (%)		36,6	45,1	11,0	3,6

Түсініктеме: Мемлекет жарналары - Жарналарды төлеуден босатылған тұлғалар үшін мемлекеттік бюджеттен төленген жарналар.

2020–2024 жылдары МӘМС жүйесіне түсетін жарналар мен аударымдардың жалпы көлемі 550,2 млрд теңгеден 1 253,3 млрд теңгеге дейін өсіп, 127,8%-ға артты. Өсімнің ең жоғары қарқыны 2022 жылы байқалды (+45,1%), бұл сақтандырылған халық санының ұлғаюымен, еңбек нарығындағы белсенділіктің артуымен және жарналар түсімдерінің көбеюімен байланысты болды.

Түсім құрылымында да елеулі өзгерістер орын алды. 2023 жылы жұмыс берушілер мен қызметкерлерден түскен төлемдер 756,1 млрд теңгені құраса, 2024 жылы 876,7 млрд теңгеге жетті. Ал жеке кәсіпкерлердің жарналары тиісінше 38,2 млрд теңгеден 57,1 млрд теңгеге дейін өсті. Бұл экономикалық белсенді халықтың МӘМС жүйесін қаржыландырудағы рөлінің күшейгенін дәлелдейді.

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесі 2020 жылдан бері енгізілгенімен, барлық санаттағы тұлғалар толық сақтандырылмады (5-кесте).

Зерттеу нәтижелері міндетті медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық көмек алуға құқығы бар азаматтардың үлесі біртіндеп төмендегенін көрсетті. 2020 жылы аударымдар және (немесе) жарналар төленген тұлғалар 17 424,5 мың адамды немесе 92,3%-ды құраса, 2024 жылы 17 630,2 мың адамға дейін өсіп, жалпы халықтың санының 86,9%-ын құрады, яғни халықтың өсіміне байланысты қамту көрсеткіші 5,4% төмендеген.

2020–2024 жылдар аралығында аударымдар және (немесе) жарналар төленген тұлғалар саны мен МӘМС жүйесінде медициналық көмек алуға құқығы бар тұлғалар саны арасында айырмашылық байқалды. Бұл жағдай жарна төлеу

фактісінің автоматты түрде медициналық көмек алу құқығын ие болмайтынын көрсетеді. МӘМС жүйесінде сақтандырылған мәртебені алу үшін төлемдердің белгілі бір кезеңішінде үздіксіз жүргізілуі қажет. Сондықтан кейбір азаматтарда жарна төленгенімен, төлемдердің үзілуі немесе соңғы айлардағы берешектің болуы салдарынан медициналық көмек алу құқығы уақытша шектелуі мүмкін.

2020–2024 жылдар аралығында МӘМС жүйесінде медициналық көмек алуға құқығы бар азаматтардың саны өзгеріп отырды, 15 845,5 (жалпы халықтың 83,9%) - 16 920,4 мың адам (83,4%) аралығында болды, 2021 жылы бұл көрсеткіш 81,2%, 2023 жылы - 80,9% дейін төмендеген. 2020–2024 жылдары жарна төлеушілер саны мен МӘМС жүйесінде медициналық көмек алуға құқығы бар тұлғалар саны арасында 8,4–10,1% аралығында айырмашылық байқалды. Жарналар төленген тұлғалар мен медициналық көмек алуға құқығы бар тұлғалар арасындағы айырмашылық 2020 жылы 1 579,0 мың адамды (8,4%), 2021 жылы 1 940,3 мың адамды (10,1%), 2022 жылы 859,6 мың адамды (4,4%), ал 2023 жылы 1 378,1 мың адамды (6,9%) құрады, 2024 жылы көрсеткіш төмендеп, медициналық көмек алуға құқығы бар тұлғалар саны мен жарна төлеушілер санымен айырмасы 3,5% дейін төмендегенін көрсетеді. Бұл көрсеткіш 2021 жылы ең жоғары деңгейге жетіп, төлемдердің тұрақсыздығы мен сақтандырылған мәртебені сақтау мәселесінің өзекті болғанын көрсетеді.

2024 жылы айырмашылықтың төмендеуі сақтандырылған халық үлесінің артуымен және жарналар мен аударымдарды төлеу тәртібінің тұрақтануымен байланысты болды. Бұл МӘМС жүйесінде сақтандырылған азаматтарды қамту деңгейінің жақсарғанын және сақтандыру мәртебесін анықтау тетіктерінің жетілдірілгенін көрсетеді.

Мемлекет тарапынан, жергілікті атқару мекемелері мен ұйымдарының елеулі жұмыстарына қарамастан, халықты сақтандыру жүйесінде медициналық көмек алуға құқығы бар тұлғалар саны 2020–2024 жылдары 80,9-83,9% аралығында болды, абсолюттік деңгейі 3,0-3,8 млн. адам болды (5-кесте).

Оның ішінде 1,5 млн адам – өнімсіз өзін-өзі жұмыспен қамтығандар мен жұмыссыздар. Бұл жағдай қосымша шаралар қабылдауды талап етті.

Халықтың жекелеген санаттарын әлеуметтік қорғау мәселесін шешу мақсатында олардың әлеуметтік-экономикалық мәртебесіне қарай қолдау көрсетудің жаңа тәсілдері ұсынылды. Елімізде қабылданған Әлеуметтік кодекс бойынша халықтың әлеуметтік әл-ауқатының деңгейін айқындау мақсатында 2023 жыл отбасының цифрлық картасы енгізілген болатын.

2025 жылғы мағлұматтар бойынша шамамен 3,4 млн адам МӘМС жүйесінен тыс қалып отыр. Олардың 2,4 миллионы – тұрмыс деңгейі салыстырмалы түрде тұрақты және қанағаттанарлық азаматтар болса, 1 миллионы – әлеуметтік әл-ауқаты дағдарыстық (D) және төтенше (E) деңгейдегі, яғни табысы төмен, отбасының негізгі қажеттіліктерін әрең өтейтін азаматтар.

МӘМС жарналарын төлеу міндетін жергілікті атқарушы органдарға азаматтардың медициналық көмекке жүгіну фактісі бойынша жүктеу ұсынылады. Бұл тәсіл халықаралық тәжірибеге сәйкес олардың қажетті медициналық қызметтерге қолжетімділігін қамтамасыз етуге мүмкіндік береді.

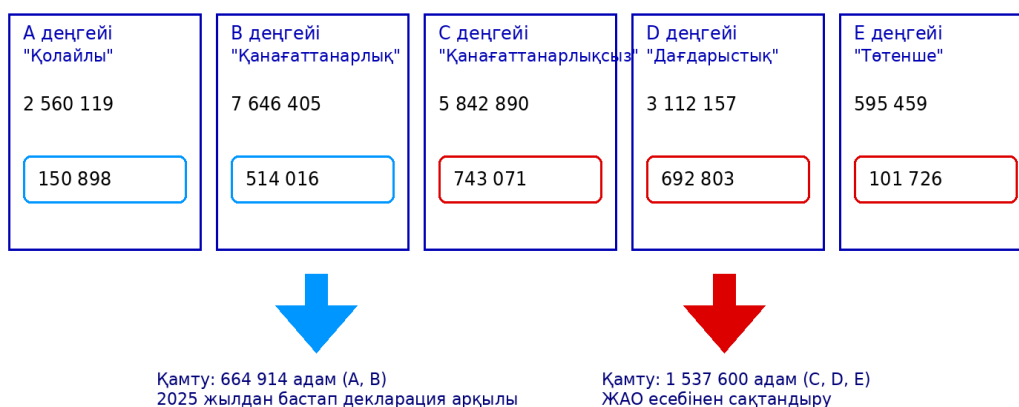
Кесте 5 –2020–2024 жылдары Қазақстан Республикасында халықтың МӘМС жүйесімен қамтылу көрсеткіштері (мың адам)

Төлеушілер санаттары	Қазақстан Республикасы бойынша									
	2020 жыл		2021 жыл		2022 жыл		2023 жыл		2024 жыл	
	Жалпы саны	Үлесі, %	Жалпы саны	Үлесі, %	Жалпы саны	Үлесі, %	Жалпы саны	Үлесі, %	Жалпы саны	Үлесі, %
Жалпы халық саны	18 877,7		19 132,1		19 754,8		20 015,0		20 286,1	
Аударымдар және (немесе) жарналар төленген тұлғалар	17 424,5	92,3	17 467,6	91,3	17 126,2	86,7	17 563,4	87,8	17 630,2	86,9
МӘМС жүйесінде медициналық көмек алуға құқығы бар тұлғалар	15 845,5	83,9	15 527,2	81,2	16 266,6	82,3	16 185,3	80,9	16 920,4	83,4
Айырмасы	1 579,0	8,4	1 940,3	10,1	859,6	4,4	1 378,1	6,9	709,8	3,5
Сақтандырылмаған халықтың жалпы саны	3 032,2	16,1	3 604,9	18,8	3 488,2	17,7	3 829,7	19,1	3 365,7	16,6

Қазақстан Республикасының кейбір заңнамалық актілеріне міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (денсаулық сақтау мәселелері) мәселелері бойынша өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы 2025 жылғы 14 шілдедегі №206-VIII Заңына байланысты әлеуметтік тұрғыдан осал санаттағы азаматтарды қорғау мақсатында 2027 жылдан бастап олардың жергілікті атқарушы органдардың жұмыссыздық деңгейін төмендету және халықты жұмыспен қамтуға жәрдемдесу бойынша тікелей жауапкершілігін ескере отырып, дағдарыстық (D) және төтенше (E) жағдайдағы, ресми тіркелген жұмыссыздар үшін МӘМС жарналарын төлеу шығындарын жергілікті бюджет есебінен қаржыландыру бекітілді.

ХАЛЫҚТЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК ӘЛ-АУҚАТ ДЕҢГЕЙЛЕРІ

(Отбасының цифрлық картасы деректері)

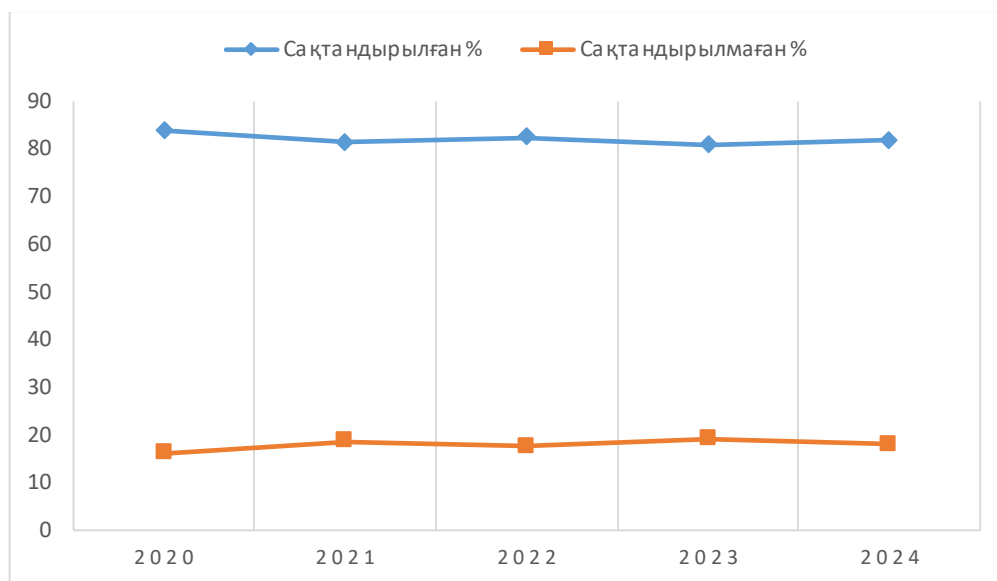


Сурет 3 – Халықтың әлеуметтік әл-ауқат деңгейлері

Дереккөз: <https://24.kz/kz/zha-aly-tar/ekonomika/759142-otbasynyn-cifrlyk-kartasy-degenimiz-ne>

Талдау көрсеткендей, төлемдердің тұрақсыздығы мен сақтандырылған мәртебені сақтау мәселелері халықтың МӘМС жүйесіне теріс көзқарасының қалыптасуына өзекті болғанын көрсетеді. Сонымен қатар, жұмыс орындарының, кәсіпорындардың тұрақтылығын қамтамасыз ететін, әлеуметтік маңызы бар мәселелерге жауапкершіліктерінің төменгі деңгейде болғанын көрсетеді. Осы факторлар МӘМС Заңына қатал өзгерістер енгізуді қажет етті және ақпараттық-түсіндіру жұмыстарын жалғастыру қажеттілігін көрсетеді.

2020–2024 жылдары МӘМС жүйесімен сақтандырылған халықтың үлесі 80,9–83,9% аралығында өзгергенін байқауға болады. Ең төменгі көрсеткіш 2023 жылы 80,9%-ды құрады, ал сақтандырылмаған халықтың үлесі осы жылы 19,1%-ға дейін өсті. 2024 жылы сақтандырылғандардың үлесі 83,4%-ға дейін артып, сақтандырылмағандар үлесі 16,6%-ға дейін төмендеді. Жалпы алғанда, зерттелген кезеңде көрсеткіштердің аздаған ауытқуына қарамастан, халықтың басым бөлігі МӘМС жүйесімен қамтылған (4-сурет).



Сурет 4 – МӘМС төлеушілер санаттары

3.2.2. Медициналық қызметтер көрсетушілермен МӘМС қоры жасасқан келісімшарттар көрсеткіштері

2019 жылы медициналық қызмет көрсетушілермен барлығы 1 417 келісім-шарт жасалса, 2020 жылы МӘМС жүйесі еңгізілгеннен кейін олардың саны 1 290-ға дейін төмендеген (6-кесте). Бұл төмендеу денсаулық сақтау жүйесінде жүргізілген ұйымдастырушылық өзгерістермен және пандемия кезеңіндегі қайта құрылымдау шараларымен байланысты. Алайда 2021 жылдан бастап келісімшарттар саны қайта өсіп, 2022 жылы 1 438-ге жеткен. 2023–2024 жылдары медициналық ұйымдармен жасалған келісімшарттар саны айтарлықтай артқан. 2023 жылы олардың саны 1 840 болса, 2024 жылы 1 921-ге дейін өскен. Бұл медициналық қызметтер нарығында жеке сектордың белсенді қатысуымен түсіндіріледі.

Көрсеткіштер құрылымына талдау жүргізгенде, 2019 жылында жеке медициналық сектордың халыққа медициналық қызмет көрсетуде елеулі орын ала бастағаны байқалады, яғни жалпы келісім шарттың 49% жеке медициналық сектордың үлесінде болған. 2020–2022 жылдары мемлекеттік және жеке ұйымдардың үлесі шамамен тең болғаны байқалады. Ал 2023 жылдан бастап жеке медициналық ұйымдардың үлесі едәуір өсіп, 64%-ға жеткен, ал мемлекеттік ұйымдардың үлесі 36%-ды құраған.

Сонымен қатар медициналық қызметтерді қаржыландыру көлемі де тұрақты түрде өсіп отырған. Егер 2019 жылы МӘМС қоры арқылы медициналық қызметтерді сатып алуға 955,0 млрд теңге бөлінсе, 2020 жылы бұл көрсеткіш 1 411,9 млрд теңгеге дейін артқан. 2021 жылы қаржыландыру көлемі 1 445,6 млрд теңгені құрап, 2022 жылы 1 936,8 млрд теңгеге дейін ұлғайған. Кейінгі жылдары бұл үрдіс

жалғасып, 2023 жылы медициналық қызметтерді сатып алу көлемі 2 567,3 млрд теңгеге, ал 2024 жылы шамамен 2,8 трлн теңгеге жеткен.

Кесте 6 – Медициналық қызметтер көрсетушілермен МӘМС қоры жасасқан келісім-шарттар көрсеткіштері

пп	Келісім-шарт құрлымы	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1	Келісім-шарт жасалынды	1 417	1 290	1 390	1 438	1 840	1 921
	Мемлекеттік медициналық ұйымдар	690 (49 %)	655 (51 %)	679 (49 %)	685 (48 %)	662 (36 %)	692 (36 %)
	Жекеменшік медициналық ұйымдар	727 (51 %)	635 (49 %)	711 (51 %)	753 (52 %)	1 178 (64 %)	1 229 (64 %)
2	Келісім-шарт сомасы (млрд.тг.)	955,0	1 411,9	1 445,6	1 936,8	2 567,3	2 800,0

Медициналық көмек көрсету формалары бойынша денсаулық сақтау субъектілерінің құрылымы 2025 жылы т-мендег3дей болды:

- Бастапқы медико-санитарлық көмек – 738 денсаулық сақтау субъектісі, оның ішінде 341 жеке медициналық ұйым (46%);

- Консультативтік-диагностикалық көмек – 1 712 денсаулық сақтау субъектісі, оның ішінде 1 033 жеке МО (60%);

- Стационарлық көмек – 807 денсаулық сақтау субъектісі, оның ішінде 284 жеке (35%);

- Стационарды алмастыратын көмек – 1 233 денсаулық сақтау субъектісі, оның ішінде 661 жеке (54%);

- Жедел медициналық көмек – 260 денсаулық сақтау субъектісі, оның ішінде 29 жеке (11%);

- Санитарлық авиация – 27 денсаулық сақтау субъектісі, оның ішінде 1 жеке (4%).

Жалпы алғанда, талдау нәтижелері МӘМС жүйесінің дамуымен бірге медициналық қызмет көрсетушілер санының артып, жеке сектордың қатысу деңгейі жоғарылағанын көрсетеді. Сонымен қатар медициналық қызметтерді қаржыландыру көлемінің өсуі халыққа көрсетілетін медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын арттыруға бағытталғанын дәлелдейді.

3.2.3. Алғашқы медициналық-санитарлық көмектің қолжетімділігі мен сапасын сипаттайтын 2019-2024 жылдар ішіндегі сандық және сапалық көрсеткіштер (МӘМС мысалында)

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруды енгізу елдегі медициналық көмекті жетілдіру бойынша реформаның маңызды басымдықтарының бірі болып есептеледі. Бұл реформа өте күрделі болғандықтан және біртіндеп дамитын болғандықтан, қазіргі уақытта МӘМС жүйесінде медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігі проблемаларын жан-жақты зерттеу жүзеге асырылуда.

Жалпы, әр жылдағы және әр параметрлер арасындағы статистикалық айырмашылықтар әр аумақтың ерекше ерекшеліктерін ескере отырып, әлеуметтік және экономикалық саясатқа сараланған тәсілдерді қабылдаудың маңыздылығын көрсетеді.

Сонымен, 2020-2024 жылдар аралығындағы деректерді статистикалық талдау қағидатына сүйене отырып Алматы қаласының әртүрлі аудандарында бірнеше параметрлерде айтарлықтай айырмашылықтар бар екені белгілі. 2018 және 2020 жылдары Алатау және Наурызбай аудандарында тұрақты тұруға келгендердің жоғары пайызы болды (28,4% - 29,4%). Әуезов және Бостандық аудандары екі жылда да төмен мәндерді көрсетті (16,7% - 13,6%).

2019-2024 жылдар аралығы бойынша Алматы қаласы Денсаулық сақтау басқармасының №1, №3, №14, №24, №26 қалалық емханаларының халыққа медициналық көмек көрсету индикаторлары бойынша деректерді талдау жүргізілді (7-кесте).

Талданған деректер, № 1, 3, 14, 24 және №26 емханаларда халықтың медициналық көмекке жүгіну көрсеткіштерінің әртүрлі екенін көрсетеді. № 3 емханада бастапқы жылдарда жалпы келушілердің санында тұрақтылық бар, бір адамға шаққанда емханаға бару жылына 6,24 - 6,41 рет аралығында болған. Осындай тұрақтылық №24 емханада байқалады: 6,18 - 6,78 аралығында. Бұл емханаларда тіркелген қалықта да тұрақтылық бар, себебі ол аумақтағылар байырғы тұрғындар.

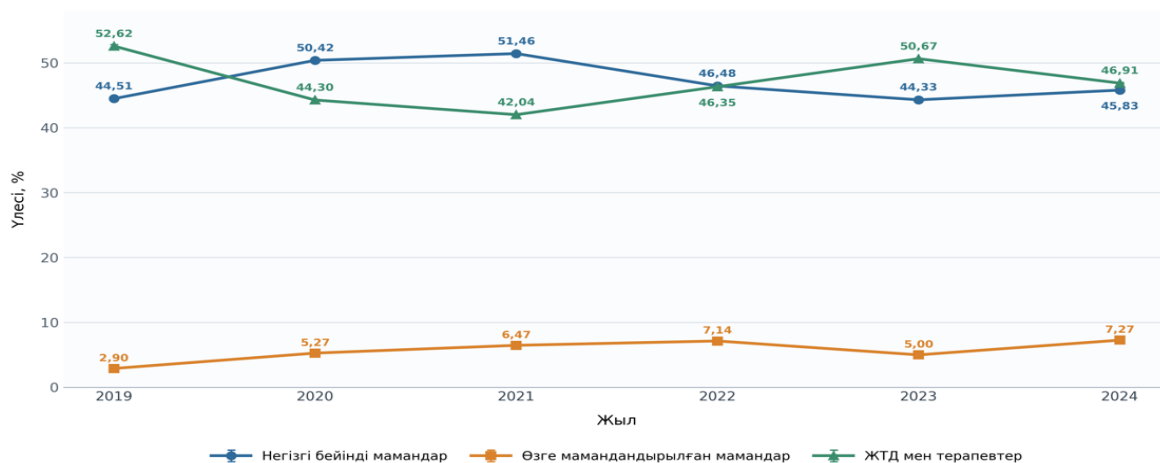
№ 14, 26 емханаларда тіркелушілер мен медициналық көмекке жүгінушілер арасында тұрақтылық жоқ, себебі бұл емханалардың аумағында көшу-қону себебтеріне байланысты жаңа тұрғындардың және тіркелішілердің саны өзгеріп отырған. Осы себептерге байланысты жан басына шаққанда емханаға бару жылына № 14 емханада - 6,62-9,23, № 26 емханада 3,80-8,61 аралығында болған (бұл емхана 2021 жылы кеңейтілген). Жалпы, емханалардың көпшілігінде дәрігердің орташа жүктемелері жоғары болғанын көрсетеді.

Кесте 7 – 2020-2024 жылдары аралығында Алматы қаласында емханаларға келушілер саны (жан басына шаққанда)

Емхана	2020 жыл			2021 жыл			2022 жыл			2023 жыл			2024 жыл		
	Барлық келушілер саны (мың)	Бекітілген халық саны (мың адам)	Жан басына шаққанда	Барлық келушілер саны (мың)	Бекітілген халық саны (мың адам)	Жан басына шаққанда	Барлық келушілер саны (мың)	Бекітілген халық саны (мың адам)	Жан басына шаққанда	Барлық келушілер саны (мың)	Бекітілген халық саны (мың адам)	Жан басына шаққанда	Барлық келушілер саны (мың)	Бекітілген халық саны (мың адам)	Жан басына шаққанда
№ 1	346,3	58,1	5,96	348,7	58,4	5,97	350,5	60,0	5,84	301,4	57,1	5,28	303,8	58,5	5,19
№3	422,0	65,8	6,41	418,1	66,4	6,30	422,0	67,1	6,29	284,8	45,6	6,24	301,9	47,9	6,30
№14	230,5	34,8	6,62	321,5	34,8	9,23	313,4	35,1	8,94	329,9	36,2	9,11	341,6	37,5	9,11
№24	229,1	34,5	6,64	213,3	34,5	6,18	232,8	35,7	6,51	245,6	37,0	6,64	258,9	38,2	6,78
№26	147,6	38,8	3,80	213,3	38,8	5,50	266,4	42,9	6,21	362,4	42,1	8,61	374,2	65,0	5,76

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруды енгізу халыққа бейінді мамандардың көмегін жетілдіру. Бұл реформа өте күрделі болғандықтан және біртіндеп дамитын болғандықтан, қазіргі уақытта МӘМС жүйесінде медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігі мәселелерін жан-жақты зерттеу жүзеге асырылуда.

Осы бағытта амбулаториялық қабылдаудағы дәрігерлерге қаралудың үлестеріне талдау жүргізілді (8-кесте, 5-сурет). Талдау бойынша негізгі 8 бейінді (акушер-гинекологтар, кардиологтар, эндокринологтар, хирургтер барлық хирургиялық бейін мамандары, онкологтар, офтальмологтар, невропатологтар және оториноларингологтар) мамандарға, мамандандырылған бейінді мамандарға және жалпы тәжірибелі дәрігерлерге жүгінудің көрсеткіштері анықталды. Бейінді мамандарға жүгіну Денсаулық сақтау министрлігінің медициналық көмек көрсетудің ережелеріне сәйкес жүргізілген.



Сурет 5 – Амбулаториялық қабылдаудағы дәрігерлерге қаралудың үлестері

Талдау жүргізілген бес емхананың орташа көрсеткіштері бойынша 2019 жылы емханаға барған науқастардың жалпы тәжірибелі дәрігерлерге $52,62 \pm 0,24\%$ негізгі 8 бейінді мамандарға $44,51 \pm 0,24\%$, мамандандырылған бейінді мамандарға $2,90 \pm 0,08\%$ жүгінген, ал 2020 жылы еңгізілген жаңа ережелерге сәйкес дәрігерлерге жүгінудің арасалмағы өзгеріп, бейінді мамандарға қолжетімділік арта бастаған. Емханаға барған науқастардың жалпы тәжірибелі дәрігерлерге $44,3 \pm 0,12\%$, негізгі бейінді мамандарға $50,42 \pm 0,14\%$, мамандандырылған бейінді мамандарға $5,27 \pm 0,06\%$ жүгінген, 2021 жылы короновирусқа байланысты еңгізілген оқшандардырудан (карантин) кейін негізгі бейінді мамандарға жүгіну $51,46 \pm 0,12\%$, мамандандырылған бейінді мамандарға $6,47 \pm 0,07\%$ дейін көтеріген. Бұл көрсеткіштердің өзгерулерінің негізгі себептерінің бірі короновирус инфекциясы кезінде науқастардың бейінді мамандарға сұраныстарының артуына байланысты болуы мүмкін.

2022 жылдан бастап бейінді мамандарға жүгіну көрсеткіштері біртіндеп төмендей бастаған, бірақ мамандандырылған мамандарға жоғарғы деңгейде қалыптасып қалған. 2024 жылы науқастардың $46,91 \pm 0,1\%$ жалпы тәжірибелі дәрігерлерге, $45,83 \pm 0,1\%$ негізгі бейінді мамандарға барған. Бұл көрсеткіштер науқастардың қалыптасқан сұраныстары деп тұжырым жасауға болады.

Кесте 8 – Амбулаториялық қабылдаудағы дәрігерлерге қаралудың үлестері (бес емхананың көрсеткіштерінің негізінде)

Жылдар	Акушер-гинекологтар, кардиологтар, эндокринологтар, хирургтер (барлық хирургиялық бейін мамандарын қоса алғанда), онкологтар, офтальмологтар, невропатологтар және ЛОР дәрігерлері	Өзге мамандандырылған мамандар	ЖТД мен терапевтер
2019	$44,51 \pm 0,24\%$	$2,90 \pm 0,08\%$	$52,62 \pm 0,24\%$
2020	$50,42 \pm 0,14\%$	$5,27 \pm 0,06\%$	$44,3 \pm 0,12\%$
2021	$51,46 \pm 0,12\%$	$6,47 \pm 0,07\%$	$42,04 \pm 0,14\%$
2022	$46,48 \pm 0,10\%$	$7,14 \pm 0,05\%$	$46,35 \pm 0,10\%$
2023	$44,33 \pm 0,09\%$	$5,00 \pm 0,04\%$	$50,67 \pm 0,09\%$
2024	$45,83 \pm 0,10\%$	$7,27 \pm 0,05\%$	$46,91 \pm 0,10\%$

№ 1 емхананың 2019–2024 жылдары науқастардың дәрігерлерге қаралу құрылымында да статистикалық маңызды өзгерістер анықталды.

Негізгі бейінді мамандарға қаралу көрсеткіштері 2019 жылы $49,30 \pm 0,3\%$ -дан 2020 жылы $37,83 \pm 0,10$ -ға дейін төмендеді, 2021 жылы $47,01 \pm 0,09\%$ -ға көтерілген, содан кейін 2022-2024 жылдары аралығында $33,16 \pm 0,07\%$ дейін тұрақты түрде төмендеген ($p < 0,001$). Талдау көрсеткендей, бұл жылдары емханада бейінді мамандардың тапшылығы болған (9-кесте). Өзге мамандандырылған мамандарға қаралу үлесі $3,96 \pm 0,07\%$ -дан $8,18 \pm 0,04\%$ -ға дейін артты. Бұл көрсеткіште 2023-2024 жылдары тұрақтылық байқалады ($p < 0,001$).

Жалпы тәжірибелік дәрігерлер мен терапевтерге қаралу үлесі $46,74 \pm 0,19\%$ -дан $58,66 \pm 0,07\%$ -ға дейін өсіп, алғашқы медициналық-санитарлық көмектің рөлінің күшейгенін көрсетті ($p < 0,001$).

Кесте 9 – Алматы қаласындағы №1 қалалық емханада дәрігерлерге қаралу көрсеткіштерінің мамандар топтары бойынша құрылымы

Жылдар	Акушер-гинекологтар, кардиологтар, эндокринологтар, хирургтер (барлық хирургиялық бейін мамандарын қоса алғанда), онкологтар, офтальмологтар, невропатологтар және оториноларингологтар (ЛОР дәрігерлері)	Өзге мамандандырылған мамандар	ЖТД мен терапевтер
2019	49,30±0,19%	3,96±0,07%	46,74±0,19%
2020	37,83±0,10%	5,64±0,05%	56,52±0,10%
2021	47,01±0,09%	3,74±0,03%	49,25±0,09%
2022	38,35±0,08%	4,30±0,03%	57,35±0,08%
2023	36,15±0,07%	7,19±0,04%	56,66±0,07%
2024	33,16±0,07%	8,18±0,04%	58,66±0,07%

№ 3 емхананың 2019–2024 жылдары пациенттердің дәрігерлерге қаралу құрылымында статистикалық маңызды өзгерістер анықталды. 2019–2024 жылдары науқастардың бейінді мамандарға қаралу құрылымында тұрақтылық байқалды. Тек қана 2024 жылы акушер-гинекологтар, кардиологтар, эндокринологтар, хирургтер және басқа бейінді мамандарға қаралу үлесі 47,00±0,18%-дан 43,55±0,08%-ға дейін төмендеді.

Өзге мамандандырылған мамандарға қаралу үлесі 2019 жылы 2,13±0,05% деңгейінде болса, 2020-2021 жылдары күрт өсіп, 6,71±0,05%-ға дейін көтерілді, 2022-2024 жылдары төмендеп 4,08±0,03%-ға дейін жетті.

Жалпы тәжірибелік дәрігерлер мен терапевтерге қаралу үлесі 2019 жылы 50,87±0,18%-дан 2021 жылы 44,84±0,09%-ға дейін төмендеп 2024 жылы 52,53±0,08%-ға дейін артты ($p < 0,001$).

Кесте 10 – Алматы қаласындағы №3 қалалық емханада дәрігерлерге қаралу көрсеткіштерінің мамандар топтары бойынша құрылымы

Жыл	Акушер-гинекологтар, кардиологтар, эндокринологтар, хирургтер (барлық хирургиялық бейін мамандарын қоса алғанда), онкологтар, офтальмологтар, невропатологтар және оториноларингологтар (ЛОР дәрігерлері)	Өзге мамандандырылған мамандар	ЖТД мен терапевтер
2019	47,00±0,18%	2,13±0,05%	50,87±0,18%
2020	47,42±0,10%	4,92±0,05%	48,55±0,10%
2021	48,45±0,09%	6,71±0,05%	44,84±0,09%
2022	44,47±0,08%	4,30±0,03%	51,39±0,08%
2023	47,10±0,08%	5,03±0,03%	47,87±0,08%
2024	43,55±0,08%	4,08±0,03%	52,33±0,08%

№14 емхана бойынша 2019–2024 жылдары пациенттердің дәрігерлерге қаралу құрылымында біркелкі емес динамика айқын байқалды.

Бейінді мамандарға қаралу үлесі 2019 жылы 35,03±0,20% деңгейінде болса, 2020-2021 жылдыр аралығында 45,39±0,10%-ға дейін көтерілді, одан кейін қайта төмендеп 2024 жылы 33,89±0,09% деңгейінде болды.

Өзге мамандандырылған мамандарға жүгіну жиілігі 2021 жылы 9,43±0,06%-ға дейін артып, ең жоғары шегіне жетті. 2022–2023 жылдардағы төмендеуден кейін 2024 жылы 7,56±0,04%-ға дейін қайта көтерілді.

Жалпы тәжірибелік дәрігерлер мен терапевтерге қаралу үлесі 53,59–61,72% аралығында сақталып, алғашқы медициналық-санитарлық көмектің рөлінің күшейгенін көрсетті. зерттеу кезеңінде басым үлесті құрады.

Жалпы тәжірибелік дәрігерлер мен терапевтердің қаралу құрылымындағы басымдығы алғашқы медициналық-санитарлық көмектің жетекші рөлін айқындайды.

Кесте 11 – Алматы қаласындағы №14 қалалық емханада дәрігерлерге қаралу көрсеткіштерінің мамандар топтары бойынша құрылымы

Жылдар	Акушер-гинекологтар, кардиологтар, эндокринологтар, хирургтер (барлық хирургиялық бейін мамандарын қоса алғанда), онкологтар, офтальмологтар, невропатологтар және оториноларингологтар (ЛОР дәрігерлері)	Өзге мамандандырылған мамандар	ЖТД мен терапевтер
2019	35,03±0,20%	3,25±0,05%	61,72±0,20%
2020	40,83±0,12%	5,58±0,06%	53,59±0,12%
2021	45,39±0,10%	9,43±0,06%	45,18±0,10%
2022	31,93±0,09%	6,38±0,04%	61,69±0,09%
2023	37,05±0,09%	5,10±0,04%	57,85±0,09%
2024	33,89±0,09%	7,56±0,04%	58,55±0,09%

24 емхана 2019–2024 жылдары №24 қалалық емханада пациенттердің дәрігерлерге қаралу құрылымында үлестік арақатынасы вариативті динамикамен сипатталды. Бейінді мамандарға қаралу үлесі 39,81±0,24%-дан 40,20±0,10%-ға дейін салыстырмалы тұрақты деңгейде сақталды.

Өзге мамандандырылған мамандарға қаралу үлесі 4,85±0,07%-дан 5,88±0,05%-ға дейін өсті, ал 2022 жылы ең жоғары көрсеткіш тіркелді (12,55±0,07%).

2019 жылы ЖТД мен терапевтерге жүгіну 61,72±0,20%-ды құрап, қаралу құрылымында жетекші орын алды. 2020–2021 жылдары бейінді және өзге мамандандырылған мамандар үлесінің артуы байқалды: 2021 жылы олардың көрсеткіштері тиісінше 45,39±0,10% және 9,43±0,06%-ға жетті. Осы кезеңде ЖТД мен терапевтерге қаралу 45,18±0,10%-ға дейін азайды.

2022 жылы қаралу құрылымында кері арақатынас қалыптасып, ЖТД мен терапевтердің үлесі 61,69±0,09%-ға дейін жоғарлағанын, ал бейінді мамандарға жүгіну 31,93±0,09%-ға дейін төмендегенін байқауға болады (12-кесте).

Кесте 12 – Алматы қаласындағы №24 қалалық емханада дәрігерлерге қаралу көрсеткіштерінің мамандар топтары бойынша құрылымы

Жылдар	Акушер-гинекологтар, кардиологтар, эндокринологтар, хирургтер (барлық хирургиялық бейін мамандарын қоса алғанда), онкологтар, офтальмологтар, невропатологтар және оториноларингологтар (ЛОР дәрігерлері)	Өзге мамандандырылған мамандар	ЖТД мен терапевтер
2019	39,81±0,24%	4,85±0,07%	55,34±0,24%
2020	44,86±0,13%	9,62±0,08%	45,52±0,13%
2021	40,12±0,11%	9,70±0,07%	50,18±0,11%
2022	39,73±0,10%	12,55±0,07%	47,72±0,10%
2023	40,57±0,10%	6,16±0,05%	53,27±0,10%
2024	40,20±0,10%	5,88±0,05%	53,92±0,10%

2019–2024 жылдар №26 емхана аралығында пациенттердің дәрігерлерге қаралу құрылымында айқын, бірақ жалпы алғанда салыстырмалы түрде тұрақты үрдістер байқалады.

Бейінді мамандарға (акушер-гинекологтар, кардиологтар, эндокринологтар, хирургтер және т.б.) қаралу үлесі зерттеу кезеңінде 2019 жылы 52,62±0,24% деңгейінде болса, 2020 жылдан бастап бірқалыпты төмендеп 42,04±0,14%–45,83±0,10% аралығында болды өзгеріп, жалпы құрылымда жетекші орындардың бірін сақтаған.

Өзге мамандандырылған мамандарға қаралу үлесі 2,90±0,08%-дан 7,27±0,05%-ға дейін өзгерген, кейбір жылдары ең жоғары көрсеткішті иеленген. Бұл санаттың медициналық көмекке жүгіну құрылымындағы тұрақты жоғары үлесін көрсетеді.

Жалпы тәжірибелік дәрігерлер мен терапевтерге қаралу үлесі 2019 жылы ең төмен деңгейде 44,51±0,24%- болды.

Дегенмен, 2020 жылдан кейін бұл көрсеткіште біртіндеп өсу тенденциясы байқалады, бірақ та ауытқу деңгейлерінде тұрақсыздық анықталды, яғни жалпы тәжірибелік дәрігерлер мен терапевтерге қаралуда олқылықтар орын алғанын білдіреді.

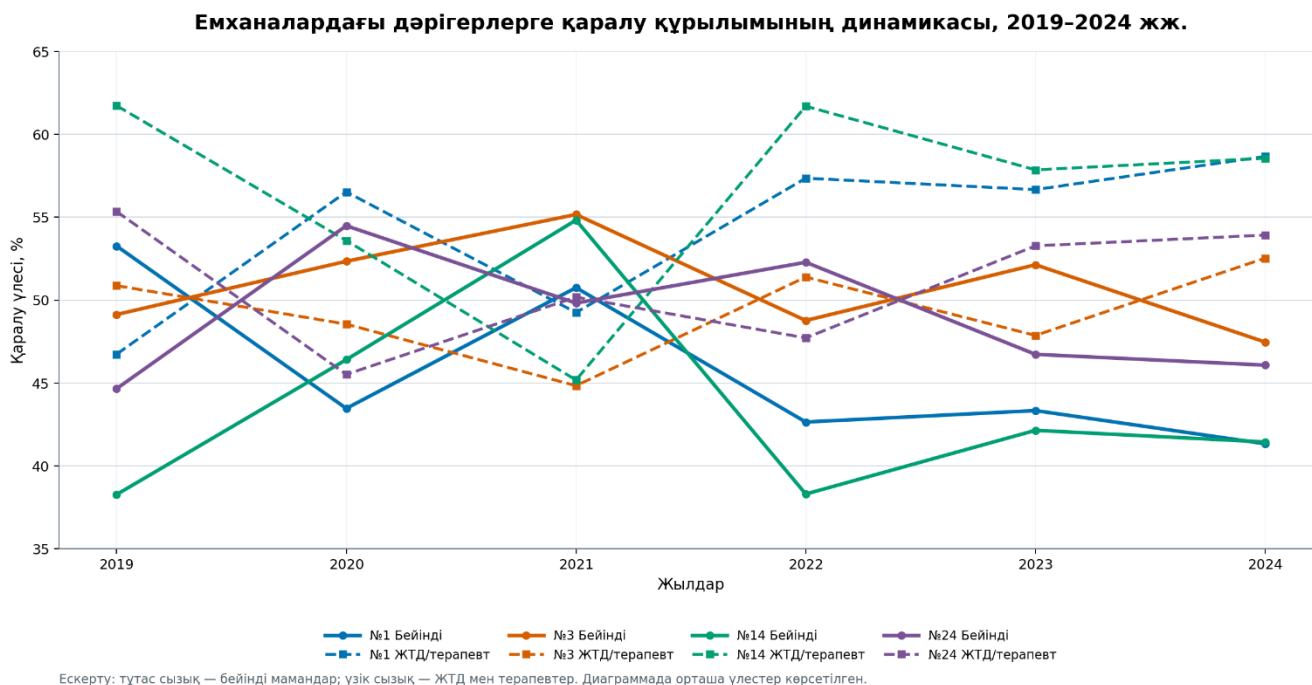
Кесте 13 – Алматы қаласындағы №26 қалалық емханада дәрігерлерге қаралу көрсеткіштерінің мамандар топтары бойынша құрылымы

Жыл	Акушер-гинекологтар, кардиологтар, эндокринологтар, хирургтер (барлық хирургиялық бейін мамандарын қоса алғанда), онкологтар, офтальмологтар, невропатологтар және ЛОР дәрігерлері	Өзге мамандандырылған мамандар	ЖТД мен терапевтер
2019	52,62±0,24%	2,90±0,08%	44,51±0,24%
2020	42,04±0,14%	6,47±0,07%	51,52±0,14%
2021	44,68±0,12%	5,97±0,06%	49,36±0,12%
2022	46,48±0,10%	7,14±0,05%	46,35±0,10%
2023	44,33±0,09%	5,00±0,04%	50,67±0,09%
2024	45,83±0,10%	7,27±0,05%	46,91±0,10%

2019–2024 жылдар аралығында 1, 3, 14, 24 және 26-емханалар деңгейінде пациенттердің дәрігерлерге қаралу құрылымында статистикалық тұрғыдан маңызды өзгерістер анықталды (барлық жағдайларда $p < 0,001$).

Зерттеу нәтижелері медициналық көмекке жүгіну құрылымының айқын саралануын және динамикалық қайта бөлінуін көрсетеді.

Акушер-гинекологтар, кардиологтар, эндокринологтар, хирургтер (барлық хирургиялық бейін мамандарын қоса алғанда), онкологтар, офтальмологтар, невропатологтар және оториноларингологтарға қаралу үлесі бірқатар емханаларда төмендеу немесе салыстырмалы тұрақтылық тенденциясын көрсетті. Бұл топтың үлесі зерттеу кезеңінде жалпы құрылымның елеулі бөлігін құрағанымен, кейбір мекемелерде төмендеу үрдісі байқалады.



Сурет 6 – Емханалардағы дәрігерлерге қаралу құрылымының динамикасы.

Өзге мамандандырылған мамандарға қаралу үлесі барлық емханалар бойынша жоғары деңгейде сақталып, кейбір жағдайларда арту динамикасын көрсетті. Бұл көрсеткіш медициналық қызметтер құрылымында тар бейінді мамандарға жүгіну жиілігінің тұрақты түрде басым екенін айқындайды.

Жалпы тәжірибелік дәрігерлер мен терапевтерге қаралу үлесі барлық зерттелген емханаларда ең төмен деңгейде болғанымен, барлық нысандарда біртіндеп өсу үрдісі байқалды. Бұл алғашқы медициналық-санитарлық көмектің рөлінің күшейіп келе жатқанын және пациент ағындарының бір бөлігінің бастапқы буынға қайта бағытталу тенденциясын көрсетеді.

Жалпы алғанда, алынған нәтижелер денсаулық сақтау жүйесінде бейінді және өзге бейінді мамандарға жүктеменің сақталатынын, сонымен қатар ЖТД мен терапевтер рөлінің кезең-кезеңімен артып келе жатқанын дәлелдейді.

3.3. Консультациялық-диагностикалық қызметтерді тұтыну

Қордың медициналық қызметтердің қолжетімділігін арттырудағы негізгі рөлі және уәкілетті органның саясатын іске асыру денсаулық сақтаудың басым бағыттарының бірі. Осы мақсатқа жету мақсатында Қор белгілі бір жұмыс атқарды. Амбулаториялық жағдайда медициналық көмек көрсету қызметін қаржыландыру кезінде міндетті сақтандыру жүйесін кезең-кезеңімен енгізу кезеңінде диагностика мен емдеудің клиникалық хаттамаларына сәйкес диагностикалық қызметтер кешенін қамтамасыз етуге бағытталған есебінен, оның ішінде диагностиканың

жоғары технологиялық әдістерінің лимитін кеңейтуді ескере отырып, консультациялық-диагностикалық көмекті тұтынудың өсуі байқалады.

Диагностика шеңберінде жүргізілетін консультациялық-диагностикалық қызметтерді тұтыну халықтың алғашқы медициналық-санитариялық көмек (бұдан әрі – МСАК) мамандарына өтініштерінің өсуі есебінен де ұлғайды. Егер 2020 жылы МСАК дәрігерінің 1 қабылдауына 2,8 консультациялық-диагностикалық қызмет қажет болса, онда 2021 жылы – 4 қызмет, ал 2022 жылы – 6 қызмет. МӘМС жүйесін енгізу нәтижесінде 2020 жылдан бастап мамандандырылған медициналық көмекті қаржыландыру көлемінің қарқынды өсуі амбулаториялық жағдайда байқалады.

Консультациялық-диагностикалық қызметтерге жолдамалардың жалпы саны 2020 -2024 жылдар аралығында тұрақты өсу трендіні көрсетеді, бұл осы қызметтерге сұраныстың айтарлықтай артқанын көрсетеді.

Диагностикалық қызметтердің жалпы санының динамикасын талдау нәтижелері 2020–2024 жылдар аралығында зерттелген қызметтердің басым көпшілігі бойынша айқын өсу үрдісінің қалыптасқанын көрсетті. Ең жоғары абсолюттік көлем УДЗ зерттеулерінде тіркеліп, көрсеткіш 2020 жылғы 288 652 зерттеуден 2022 жылы 590 049 зерттеуге дейін өсті (+104,4%), алайда 2023 жылы УДЗ қызметтерінің көлемі 15,7%-ке төмендегені байқалды, дегенмен 2024 жылы 2020 жылмен салыстырғанда +82,5% зерттеуге дейін өсті. Бұл пандемия кезеңінен кейін де УДЗ зерттеулері диагностикалық қызметтер құрылымында жоғары сұраныс деңгейінде қалғанын көрсетеді (14-кесте) .

Рентгенография және рентгеноскопия зерттеулері бойынша тұрақты өсім байқалды. Қызмет көлемі 2020 жылғы 137 280 жағдайдан 2024 жылы 304 577 жағдайға дейін артып, жалпы өсім 121,86%-ды құрады. Жыл сайынғы өсім қарқыны 13,96–42,97% аралығында сақталып, аталған диагностикалық әдістің жоғары сұранысқа ие болғанын көрсетті.

Магниттік-резонанстық томография зерттеулері ең қарқынды дамыған диагностикалық бағыттардың бірі болды. Жалпы МРТ көлемі 18 721 зерттеуден 67 541 зерттеуге дейін өсіп, бес жылдық кезеңдегі жиынтық өсім 260,78%-ды құрады. Әсіресе жалпы МРТ көлемі 2022 жылы 74 680 зерттеуге жетіп 4 есеге жуық өсті. Буындар мен сүйектердің МРТ зерттеулерінде тұрақты түрде өсім байқалып, ең жоғары көрсеткіш 2024 жылы 564,8% - ке артты. Сонымен қатар құрсақ қуысы МРТ (+403,15%), омыртқа МРТ (+249,9%) және мидың МРТ (+188,5%) зерттеулері бойынша да айтарлықтай өсім тіркелді. Бұл жоғары технологиялық диагностикалық қызметтердің қолжетімділігінің артуын және халықтың оларға деген сұранысының өскенін көрсетеді.

Компьютерлік томография зерттеулері бойынша да елеулі өсім байқалды. Жалпы КТ көлемі 2020 жылғы 17 121 зерттеуден 2024 жылы 52 772 зерттеуге дейін ұлғайып, жалпы өсім 208,23%-ды құрады. Буындар мен сүйектердің КТ зерттеулері бойынша ең жоғары өсім тіркеліп (+522,50%), зерттеу көлемі алты еседен астам

артты. Сондай-ақ ағзалар мен іш қуысының КТ (+355,03%), мидың КТ (+298,69%) және мойын КТ (+267,03%) зерттеулерінің көлемі де бірнеше есе өсті. Бұл кезеңде КТ технологияларының клиникалық тәжірибеде кеңінен қолданылуы және COVID-19 пандемиясы жағдайында диагностикалық қажеттіліктің жоғарылауы маңызды рөл атқарған болуы мүмкін.

Эндоскопиялық зерттеулердің динамикасы басқа қызмет түрлерінен ерекшеленді. 2020–2022 жылдары көрсеткіш 108 363-тен 344 170 жағдайға дейін өссе, 2023 жылы күрт төмендеп, 56 681 жағдайды құрады (-83,53%). Нәтижесінде 2024 жылғы көрсеткіш 87 748 жағдайға жеткенімен, 2020 жылғы деңгейден 19,03%-ға төмен болды. Бұл өзгерістер пандемия кезеңінде жоспарлы эндоскопиялық зерттеулердің уақытша шектелуімен және кейінгі жылдары қызмет көрсету құрылымының қайта ұйымдастырылуымен түсіндірілуі мүмкін.

Жалпы алғанда, зерттеу нәтижелері 2020–2024 жылдары консультативтік-диагностикалық қызметтердің көлемі едәуір артқанын көрсетті. Ең жоғары өсім буындар мен сүйектердің МРТ (+564,83%), буындар мен сүйектердің КТ (+522,50%), құрсақ қуысы МРТ (+403,15%) және ағзалар мен іш қуысының КТ (+355,03%) зерттеулерінде байқалды. Бұл міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінің енгізілуі, диагностикалық инфрақұрылымның кеңеюі, заманауи зерттеу әдістерінің қолжетімділігінің артуы және халықтың медициналық көмекке жүгіну белсенділігінің жоғарылауымен байланысты болуы ықтимал.

2020–2024 жылдар аралығында Алматы қаласында диагностикалық қызметтердің 10 000 халыққа шаққандағы көрсеткіштерінің динамикасы айтарлықтай өзгерістерге ұшырады. Зерттеу нәтижелері диагностикалық қызметтердің қолжетімділігі мен пайдалану жиілігінің артқанын, сондай-ақ халықтың жоғары технологиялық зерттеу әдістеріне деген сұранысының өскенін көрсетті (14-кесте).

Рентгенография және рентгеноскопия қызметтерінің көлемі зерттелген кезеңде тұрақты өсу үрдісін көрсетті. Көрсеткіш 2020 жылғы $705,07 \pm 1,90$ -нан 2024 жылы $1365,82 \pm 2,47$ -ге дейін артып, 93,7%-ға өсті. Бұл алғашқы медициналық-санитарлық көмек ұйымдарында сәулелік диагностиканың қолжетімділігінің кеңейгенін және профилактикалық тексерулер көлемінің ұлғайғанын көрсетеді.

Ультрадыбыстық зерттеулер (УДЗ) барлық диагностикалық қызметтер ішінде ең жоғары көрсеткіштердің бірі болды. Көрсеткіш 2020 жылғы $1482,52 \pm 2,76$ -дан 2024 жылы $2362,74 \pm 3,26$ -ға дейін артты. 2022 жылы ең жоғары деңгейге ($2729,44 \pm 3,69$) жетіп, кейінгі жылдары біршама төмендегенімен, пандемияға дейінгі кезеңмен салыстырғанда айтарлықтай жоғары деңгейде сақталды. Бұл халықтың скринингтік және диагностикалық зерттеулерге жүгіну белсенділігінің артуымен түсіндіріледі.

МРТ қызметтерінің 2020–2024 жылдары аралығындағы динамикасы кеңесті-диагностикалық көмекте жетекші орын алғанын көрсетеді. Бұл көрсеткіштер МРТ зерттеулерінің жиі тағайындалуымен байланысты.

Жалпы МРТ көлемі $96,15 \pm 0,70$ -тен $302,87 \pm 1,17$ -ге дейін өсіп, $214,9\%$ -ға артты. Әсіресе омыртқа МРТ-сы бойынша көрсеткіш $33,50 \pm 0,41$ -ден $102,35 \pm 0,68$ -ге дейін, ал мидың МРТ-сы $43,49 \pm 0,47$ -ден $109,53 \pm 0,70$ -ке дейін өсті. Буындар мен сүйектердің МРТ көрсеткішінің $5,68 \pm 0,17$ -ден $32,98 \pm 0,39$ -ға дейін ұлғаюы ($+480,6\%$) жоғары технологиялық диагностиканың белсенді дамуын көрсетеді.

Компьютерлік томография (КТ) бойынша да айтарлықтай өсім байқалды. Жалпы КТ көрсеткіші $87,93 \pm 0,67$ -ден $236,65 \pm 1,03$ -ке дейін өсіп, $169,1\%$ -ды құрады. Ең жоғары өсім мидың КТ-сы мен ағзалар және іш қуысының КТ зерттеулерінде тіркелді. Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесі енгізілгеннен кейін компьютерлік томография (КТ) зерттеулерінің саны да айтарлықтай өскен. Жалпы КТ қызметтері 10 000 халыққа шаққанда 2020 жылы $87,93 \pm 0,67$ -ден 2024 жылы $236,65 \pm 1,03$ -ке дейін өсті, яғни $169,1\%$ -ға, немесе 2,7 есеге жуық артты.

Ағзалар мен іш қуысының КТ 2020 жылы $27,18 \pm 0,37$ -ден 2024 жылы $107,98 \pm 0,70$ -ке дейін өсті, науқастардың қолжетімділігі $297,3\%$ -ды құрады (өсім – $297,3\%$).

Кеуде қуысының КТ 2020 жылы 10 000 халыққа шаққанда $47,20 \pm 0,49$ -дан 2024 жылы $72,74 \pm 0,57$ -ге дейін өсті, яғни $54,1\%$ -ға артты. Бұл COVID-19 пандемиясы кезеңінде өкпе зақымдануларын, неврологиялық асқынуларды және қатар жүретін патологияларды диагностикалау қажеттілігінің артуымен байланысты болуы мүмкін. Эндоскопиялық зерттеулер көлемі 2020 жылғы $556,55 \pm 1,69$ -дан 2022 жылы $1592,06 \pm 2,71$ -ге дейін күрт өсіп, кейінгі жылдары төмендеу үрдісін көрсетті. Дегенмен 2024 жылғы көрсеткіш ($393,49 \pm 1,33$) пандемия кезеңіне дейінгі деңгейден ерекшеленеді және диагностикалық қызметтердің құрылымындағы өзгерістерді сипаттайды. Жалпы алғанда, зерттеу нәтижелері 2020–2024 жылдары Алматы қаласында диагностикалық қызметтердің барлық негізгі түрлері бойынша қолжетімділік деңгейінің артқанын көрсетті. Ең жоғары өсім жоғары технологиялық зерттеу әдістерінде (МРТ және КТ) байқалды. Бұл міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінің енгізілуі, диагностикалық инфрақұрылымның кеңеюі, халықтың медициналық қызметтерге жүгіну белсенділігінің артуы және COVID-19 пандемиясы кезеңіндегі диагностикалық қажеттіліктің жоғарылауымен байланысты болуы мүмкін (15-кесте, 7-сурет).

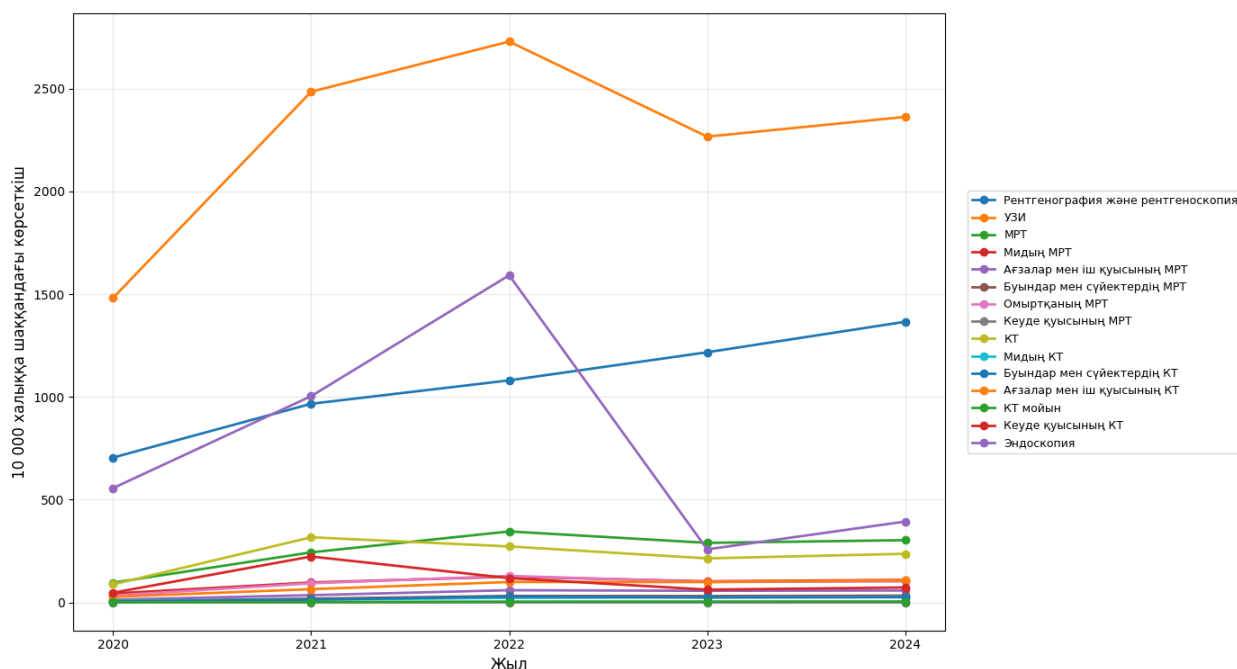
Кесте 14 – Алматы қаласында 2020–2024 жылдары диагностикалық қызметтердің жалпы саны және олардың жыл сайынғы өсім қарқыны (%)

Қызмет түрі	2020 ж., жалпы саны	2021 ж., жалпы саны	Өсім, % (2021/2020)	2022 ж., жалпы саны	Өсім, % (2022/2021)	2023 ж., жалпы саны	Өсім, % (2023/2022)	2024 ж., жалпы саны	Өсім, % (2024/2023)	Өсім, % (2024/2020)
Рентгенография және рентгеноскопия	137 280	196 263	43,0	233 603	19,0	267 257	14,4	304 577	14,0	121,9
УЗИ	288 652	504 590	74,8	590 049	16,9	497 610	-15,7	526 891	5,9	82,5
МРТ (барлығы)	18 721	49 461	164,2	74 680	51,0	63 617	-14,8	67 541	6,2	260,8
Мидың МРТ	8 467	19 676	132,4	27 071	37,6	22 519	-16,8	24 425	8,5	188,5
Ағзалар мен іш қуысының МРТ	2 569	7 164	178,9	12 853	79,4	12 407	-3,5	12 926	4,2	403,1
Буындар мен сүйектердің МРТ	1 106	3 703	234,8	6 807	83,8	6 836	0,4	7 355	7,6	564,8
Омыртқаның МРТ	6 523	18 884	189,5	27 901	47,8	21 838	-21,7	22 823	4,5	249,9
Кеуде қуысының МРТ	56	34	-39,3	48	41,2	17	-64,6	12	-29,4	-78,6
КТ (барлығы)	17 121	64 345	275,8	58 897	-8,5	47 045	-20,1	52 772	12,2	208,2
Мидың КТ	1 449	2 677	84,8	4 804	79,5	5 311	10,6	5 777	8,8	298,7
Буындар мен сүйектердің КТ	911	2 781	205,3	6 183	122,3	5 375	-13,1	5 671	5,5	522,5
Ағзалар мен іш қуысының КТ	5 292	13 087	147,3	21 486	64,2	21 772	1,3	24 080	10,6	355,0
КТ мойын	279	436	56,3	872	100,0	931	6,8	1 024	10,0	267,0
Кеуде қуысының КТ	9 190	45 364	393,6	25 552	-43,7	13 656	-46,6	16 220	18,8	76,5
Эндоскопия	108 363	203 812	88,1	344 170	68,9	56 681	-83,5	87 748	54,8	-19,0

Кесте 15 – Диагностикалық қызметтердің 10 000 халыққа шаққандағы көрсеткіштері (Алматы қаласы)

Қызмет түрі	2020	2021	2022	2023	2024
Рентгенография және рентгеноскопия	705,07 ±1,90	966,68 ±2,18	1080,60 ±2,24	1217,41 ±2,36	1365,82 ±2,47
УЗИ	1482,52 ±2,76	2485,32 ±3,50	2729,44 ±3,69	2266,72 ±3,18	2362,74 ±3,26
МРТ	96,15 ±0,70	243,62 ±1,10	345,45 ±1,26	289,79 ±1,15	302,87 ±1,17
Мидың МРТ	43,49 ±0,47	96,91 ±0,69	125,22 ±0,76	102,58 ±0,68	109,53 ±0,70
Ағзалар мен іш қуысының МРТ	13,19 ±0,26	35,29 ±0,42	59,46 ±0,52	56,52 ±0,51	57,96 ±0,51
Буындар мен сүйектердің МРТ	5,68 ±0,17	18,24 ±0,30	31,49 ±0,38	31,14 ±0,38	32,98 ±0,39
Омыртқаның МРТ	33,50 ±0,41	93,01 ±0,68	129,06 ±0,77	99,48 ±0,67	102,35 ±0,68
Keуде қуысының МРТ	0,29 ±0,04	0,17 ±0,03	0,22 ±0,03	0,08 ±0,02	0,05 ±0,01
КТ	87,93 ±0,67	316,93 ±1,25	272,44 ±1,12	214,30 ±0,99	236,65 ±1,03
Мидың КТ	7,44 ±0,20	13,19 ±0,26	22,22 ±0,32	24,19 ±0,33	25,91 ±0,34
Буындар мен сүйектердің КТ	4,68 ±0,16	13,70 ±0,26	28,60 ±0,36	24,48 ±0,33	25,43 ±0,34
Ағзалар мен іштің КТ	27,18 ±0,37	64,46 ±0,56	99,39 ±0,68	99,18 ±0,67	107,98 ±0,70
КТ мойын	1,43 ±0,09	2,15 ±0,10	4,03 ±0,14	4,24 ±0,14	4,59 ±0,14
Keуде қуысының КТ	47,20 ±0,49	223,44 ±1,05	118,20 ±0,74	62,21 ±0,53	72,74 ±0,57
Эндоскопия	556,55 ±1,69	1003,86 ±2,22	1592,06 ±2,71	258,19 ±1,08	393,49 ±1,33

2020–2024 жылдардағы 10 000 халыққа шаққандағы диагностикалық қызметтер динамикасы

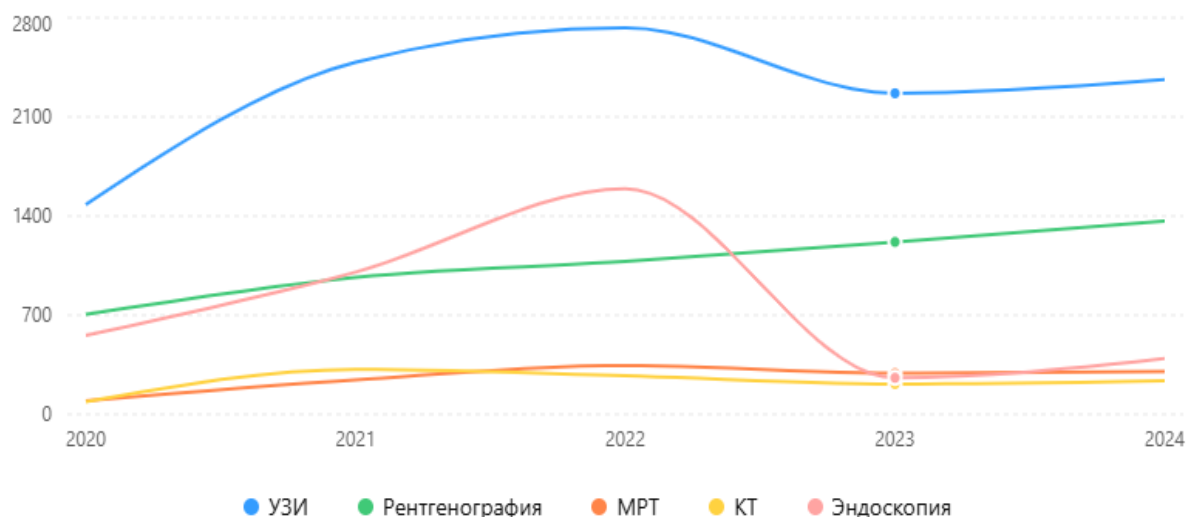


Сурет 7 – 2020-2024 жылдардағы 10000 халыққа шаққандағы диагностикалық қызметтер динамикасы

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының Covid-19 пандемиясының аяқталуы, Қазақстанда және әлемде коронавирустық инфекция бойынша эпидемиологиялық жағдайдың тұрақтануы туралы хабарлауына байланысты, білім беру ұйымдарында, сондай-ақ "Ashyq" жобасында халық арасында коронавирустық инфекцияға қарсы күрес жөніндегі шектеу шараларын көздейтін Қазақстан Республикасы Бас мемлекеттік санитарлық дәрігерінің қаулылары жойылды. Осылайша, "Қазақстан Республикасының Бас мемлекеттік санитарлық дәрігерінің кейбір қаулыларының күшін жою туралы" Қазақстан Республикасының Бас мемлекеттік санитарлық дәрігерінің 2023 жылғы 19 мамырдағы №5 қаулысына қол қойылды.

2020–2024 жылдар аралығында диагностикалық қызметтердің көлемінде айқын өзгерістер байқалды. 2021–2022 жылдары COVID-19 пандемиясына байланысты диагностикалық зерттеулерге сұраныс күрт артты. Әсіресе КТ зерттеулері 2020 жылғы 87,93-тен 2021 жылы 316,93-ке дейін (+260,4%), ал МРТ көрсеткіші 96,15-тен 243,62-ге дейін (+153,4%) өсті. Бұл коронавирус инфекциясы кезінде өкпе зақымдануын, асқынуларды және қатар жүретін ауруларды анықтау қажеттілігінің артуымен байланысты болуы мүмкін.

УДЗ қызметтері де 1482,52-ден 2729,44-ке дейін өсті, бұл пандемия кезеңінде кейінге қалдырылған пациенттердің диагностикалық тексерулерге жүгінуінің артуын көрсетеді. Эндоскопиялық зерттеулер 2022 жылы ең жоғары деңгейге жетіп (1592,06), кейін 2023 жылы төмендеді, бұл пандемия кезіндегі жинақталған сұраныстың біртіндеп азаюымен түсіндірілуі мүмкін.



Сурет 8 – Негізгі диагностикалық қызметтердің динамикасы 2020-2024 жж.

Пандемиядан кейінгі кезеңде (2023–2024 жылдары) рентгенологиялық зерттеулер, МРТ және УДЗ қызметтері жоғары деңгейде сақталды, бұл диагностикалық қызметтердің қолжетімділігінің кеңейгенін және халықтың медициналық көмекке жүгіну белсенділігінің артқанын көрсетеді. Сұраныс көрсеткіштері басқаша болуы мүмкін, себебі диагностикалық көмектің көлемдері қордың мүмкіншілігіне байланысты.

3.4. Медициналық көмек көрсету түрлері мен қызметтері бойынша анықталған кемшіліктердің көрсеткіштері

ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде амбулаториялық және поликлиникалық деңгейдегі медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын бағалаудың негізіне денсаулық сақтау субъектілерінен медициналық қызметтерді сатып алу шарты талаптарының орындалуын «Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және (немесе) міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде денсаулық сақтау субъектілерінен медициналық қызметтерді сатып алу шарты талаптарының орындалу мониторингін жүргізу қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы 24 желтоқсандағы №ҚР ДСМ-321/2020 бұйрығына сәйкес жүргізілетін мониторингтің мағлұматтары пайдаланылды.

Медициналық көмек көрсетілген кезде ақаулар және (немесе) бұзушылықтар бірыңғай сыныптамасына (16-кесте) сәйкес, ағымдағы мониторинг нәтижелері бойынша әлеуметтік медициналық сақтандыру

қорының тарапынан автоматтандырылған алгоритмдер арқылы ақаулар және (немесе) бұзушылықтар анықталады.

Алматы қаласы бойынша 2021–2024 жылдардағы МӘМС мониторингінің нәтижелерін талдау барысында расталған ақаулар саны мен ақы төлеуден алып тасталған қаржы көлемінің айқын өскені анықталды. 2021 жылы 38 765 ақау тіркеліп, ақы төлеуден алып тасталған сома 106,3 млн теңгені құраса, 2022 жылы ақаулар саны 155 498-ке дейін, яғни 301,1%-ға, ал қаржы көлемі 523,5 млн теңгеге дейін немесе 392,3%-ға артты. 2023 жылы ақаулар саны 210 714-ке жетіп, алдыңғы жылмен салыстырғанда 35,5%-ға өсті, ақы төлеуден алып тасталған сома 682,5 млн теңгені құрап, 30,4%-ға көбейді. 2024 жылы жалпы ақаулар саны 63 364-ге дейін төмендеп, бір жыл ішінде 69,9%-ға азайды, ал қаржылық алып тастау көлемі 222,5 млн теңгеге дейін төмендеп, 67,4%-ға қысқарған. Жалпы 2021–2024 жылдар аралығында ақаулар саны 24 599 жағдайға немесе 63,5%-ға, ал ақы төлеуден алып тасталған сома 116,2 млн теңгеге немесе 109,2%-ға артты.

Ақаулардың кодтық құрылымын талдау 2021–2024 жылдары медициналық көмек пен медициналық қызметтердің көлемін негізсіз арттыруды сипаттайтын 3.0 кодының басым болғанын көрсетті. Аталған кезеңде бұл код барлық расталған ақаулардың 99,8–100,0%-ын және ақы төлеуден алып тасталған қаржының 99,9–100,0%-ын құрады. 3.0 коды бойынша ақаулар саны 2021 жылғы 38 684 жағдайдан 2023 жылы 210 633 жағдайға дейін өсті, ал қаржылық сома 106,3 млн теңгеден 682,2 млн теңгеге дейін артты, яғни 6,4 есе өсті. Алайда 2024 жылы осы код бойынша ақаулар саны 63 311 жағдайға дейін немесе 69,9%-ға, ал алып тасталған сома 222,4 млн теңгеге дейін немесе 67,4%-ға төмендеді.

Бұл көрсеткіштер медициналық мекемелердің басшылық тарапынан бақылаудың төмендігін, анықталған олқылықтарды жою бойынша нәтижелі жұмыс жүргізілмегенін көрсетеді және мекемелердің қаржылық тұрақсыздығының негізгі себептерінің бірі болып табылады. Негізгі олқылық 3.0 коды бойынша «көрсетілген медициналық көмектің немесе қызметтердің көлемін негізсіз арттыру» субъективті себептердің (мекеменің қаржылық деңгейін жақсарту) салдары болуы мүмкін, кейінгі жылдары бұл ақаулар төмен болған.

Сонымен қатар медициналық құжаттаманы рәсімдеу ақаулары 2021 жылғы 41 жағдайдан 2024 жылы 2 жағдайға дейін немесе 95,1%-ға, ал медициналық қызметті күту ұзақтығының 15 жұмыс күнінен асуы 38 жағдайдан 1 жағдайға дейін немесе 97,4%-ға төмендеді.

Алматы қаласында ақау кодтары бойынша өндіріп алынған қаржы динамикасы медициналық көмек көрсеткен кезде басқару процесінің ішкі факторлары орын алғанын байқауға болады. Медициналық көмек көрсетілген кезде ақаулар және (немесе) бұзушылықтар бірыңғай сыныптамасына сәйкес, айыппұлдардың жалпы сомасы, жалпы алғанда, 2021 жылы 106,3 млн теңгеден 2024 жылы 222,5 млн теңгеге өсті, ал абсолюттік өсім 116,2 млн теңгені, яғни 109,2% -ды құрады (17-кесте).

Кесте 16 – Алматы қаласында бойынша МСАК және консультациялық-диагностикалық қызметтер де расталған ақаулар санының динамикасы

Ақау коды және анықтамасы	2021	2022	Өсім, % (2022/2021)	2023	Өсім, % (2023/2022)	2024	Өсім, % (2024/2023)	2024/2021	Өсім, % (2024/2021)
2.0 Медициналық құжаттаманы рәсімдеу ақаулары	41	174	324,4	0	−100,0	2	—	−39	−95,1
3.0 Көрсетілген медициналық көмектің немесе қызметтердің көлемін негізсіз арттыру	38 684	155 283	301,4	210 633	35,6	63 311	−69,9	24 627	63,7
6.0 Стандарттардан, қағидалардан немесе клиникалық хаттамалардан негізсіз ауытқу	2	39	1 850,0	81	107,7	50	−38,3	48	2 400,0
7.0 Медициналық қызметті күту ұзақтығының 15 жұмыс күнінен асуы	38	2	−94,7	0	−100,0	1	—	−37	−97,4
Жалпы саны	38 765	155 498	301,1	210 714	35,5	63 364	−69,9	24 599	63,5

Кесте 17 – Алматы қаласында ақау кодтары бойынша өндіріп алынған қаржы динамикасы (мың теңге)

Ақау коды	2021	2022	Өсім, % (2022/2021)	2023	Өсім, % (2023/2022)	2024	Өсім, % (2024/2023)	2024/2021	Өсім, % (2024/2021)
2.0	27,79	191,46	588,9	0,00	-100,0	0,00	—	-27,79	-100,0
3.0	106 298,04	523 145,21	392,1	682 152,05	30,4	222 372,68	-67,4	116 074,64	109,2
6.0	1,04	208,41	19 946,2	368,93	77,0	138,35	-62,5	137,31	13 208,0
7.0	20,41	2,96	-85,5	0,51	-82,6	1,17	127,9	-19,24	-94,3
Жалпы сомасы	106 347,28	523 548,04	392,3	682 521,50	30,4	222 512,20	-67,4	116 164,92	109,2

Айыппұлдардың деңгейі бойынша екінші орында клиникалық хаттамалардан, стандарттар мен қағидалардан негізсіз ауытқуды сипаттайтын 6.0 коды бойынша ауқымды қаржылар ұсталған.

Алынған нәтижелер медициналық көмектің негізділігін бақылауды, көрсетілген қызмет көлемін растау тетіктерін, медициналық құжаттаманың сапасын және МӘМС қаражатының мақсатты пайдаланылуына жүргізілетін ішкі аудитті, басқару деңгейіндегі талапты одан әрі күшейту қажеттігін көрсетеді. Осылайша, зерттеу кезеңінде анықталған ақаулар мен қаржылық алып тастаулардың өсуі біркелкі сипатта болмағаны және жекелеген ақау кодтарының құрылымдық өзгерістерімен байланысты болғаны анықталды. Көрсеткіштерді салыстыру кезінде мониторинг көлемін, ақауларды анықтау және кодтау тәртібін ескеруді талап етеді.

Жүргізілген мониторинг нәтижелері Қазақстан Республикасында медициналық қызметтерді сатып алу шарттарының орындалуын бақылау жүйесінің жыл сайын күрделеніп, қатаңдатылып отырғанын көрсетеді. 2020–2024 жылдар аралығында анықталған ақаулар саны бірнеше есе өсіп, сәйкесінше қаржылық алып қою көлемі де айтарлықтай артқан (18,19-кесте).

Кесте мәліметтері бойынша амбулаториялық-емханалық көмек (МСАК және консультациялық-диагностикалық қызметтер) бойынша анықталған ақаулар саны 2020 жылғы 56 156 жағдайдан, жыл сайын тұрақты түрде өсіп, 2024 жылы 88 215 жағдайға жеткен, жалпы өсім 32 059 жағдайды немесе 57,1%-ды құрады. Сонымен бірге өндіріп алынған қаржы көлемі 832,1 млн теңгеден 1 460,0 млн теңгеге дейін ұлғайып, 75,5%-ға артты. Бұл мониторингтің күшеюімен қатар медициналық ұйымдардағы сапа талаптарының сақталуына бақылаудың артқанын көрсетеді (18,19-кесте).

Кешенді жан басына шаққандағы нормативке кірмейтін консультациялық-диагностикалық қызметтерде ақаулар саны 2020 жылмен салыстырғанда, 2021 жылы 14,3% -ға төмендегеннен кейін қайта өсіп, 2024 жылы 947 300 жағдайға жетті. Жыл сайынғы өсім 5-7,5% аралығында болды. Ал өндіріп алынған жалпы қаржы көлемі 2020 жылы 1 523,0 млн. теңгеден 2024 жылы 1 911,2 млн. теңгеге дейін ұлғайып, жалпы өсім 25,4%-ды құрады, яғни мониторинг нәтижелері медициналық қызметтердің сапасын бақылаудың МӘМС қорының тарапынан күшейгенін және анықталған бұзушылықтар бойынша қаржылық ықпал ету шараларының көлемі артқанын көрсетеді. Айыппұл сомалары мекеменің қаржылық тұрақсыздығын күшейтіп, кредиторлық қарыздарының қалыптасуына және ұжым ішінде көптеген қайшылықтар мен түсінбеушіліктердің қалыптасуына тікелей әсер етеді.

Талдау кезінде анықталған деректер медицина мекемелерінің басқару деңгейінде олқылықтардың алдын алу бағытында жүйелі жұмыстар жүргізілмегенін көрсетеді – дәрігерлер мен басқа да жауапты қызметкерлердің білімін көтеру, жауапкершіліктерін арттыру және де ішкі аудит қызметінің нәтижесінің жаңа талаптарға сай келмегенін көрсетеді.

Кесте 18 – Медициналық көмек көрсету түрлері бойынша анықталған ақаулар санының динамикасы (МӘМС мониторингі деректері негізінде)

Медициналық көмек көрсету түрі	2020	2021	Өсім, %	2022	Өсім, %	2023	Өсім, %	2024	Өсім, %	Өсім, % (2024/2020)
Медициналық санитарлық алғашқы көмек(ТМККК)	56 156	70 909	26,3	75 214	6,1	82 430	9,6	88 215	7,0	57,1
Кешенді жан басына шаққандағы нормативке кірмейтін консультациялық-диагностикалық қызметтер	935 175	801 364	-14,3	842 510	5,1	905 620	7,5	947 300	4,6	1,3
Дереккөз: Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының 2020–2024 жылдардағы жылдық есептері										

Кесте 19 – Медициналық көмек көрсету түрлері бойынша өндіріп алынған қаржы айыппұл сомасының динамикасы (млн теңге) (МӘМС мониторингі деректері негізінде)

Медициналық көмек көрсету түрі	2020	2021	Өсім, %	2022	Өсім, %	2023	Өсім, %	2024	Өсім, %	Өсім, % (2024/2020)
Медициналық санитарлық алғашқы көмек(ТМККК)	832,1	1 117,8	34,3	1 210,0	8,2	1 380,0	14,0	1 460,0	5,8	75,5
Кешенді жан басына шаққандағы нормативке кірмейтін консультациялық-диагностикалық қызметтер	1 523,4	1 503,0	-1,3	1 680,0	11,8	1 820,0	8,3	1 910,0	4,9	25,4

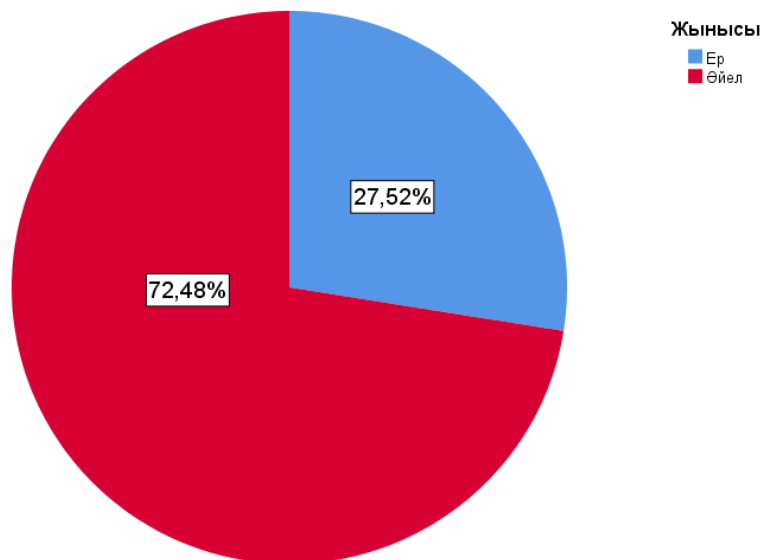
Бұл ақаулар мен талапты бұзушылықтар халыққа медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасына тікелей әсері бар екені белгілі және ішкі менеджменттің төменгі дәрежеде болғанын көрсетеді.

2023–2024 жылдары цифрлық бақылау құралдарының енгізілуі және проактивті мониторингтің кеңеюі нәтижесінде анықталған ақаулар саны айтарлықтай артты. Бұл кезеңде медициналық қызмет көлемін негізсіз арттыруға байланысты ақаулар жетекші орын алып, медициналық ұйымдардың шарттық міндеттемелерін орындауына бақылау күшейтілді. Осылайша, МӘМС жүйесінде медициналық көмектің сапасын бағалау барысында негізгі проблемалық бағыттар ретінде клиникалық хаттамаларды сақтау, медициналық құжаттаманың сапасы және көрсетілген қызметтердің негізділігін бақылау мәселелері анықталды.

3.5. МӘМС жүйесінде қолжетімді және сапалы алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсетудегі дәрігерлер мен науқастар арасында социологиялық сауалнама нәтижелері

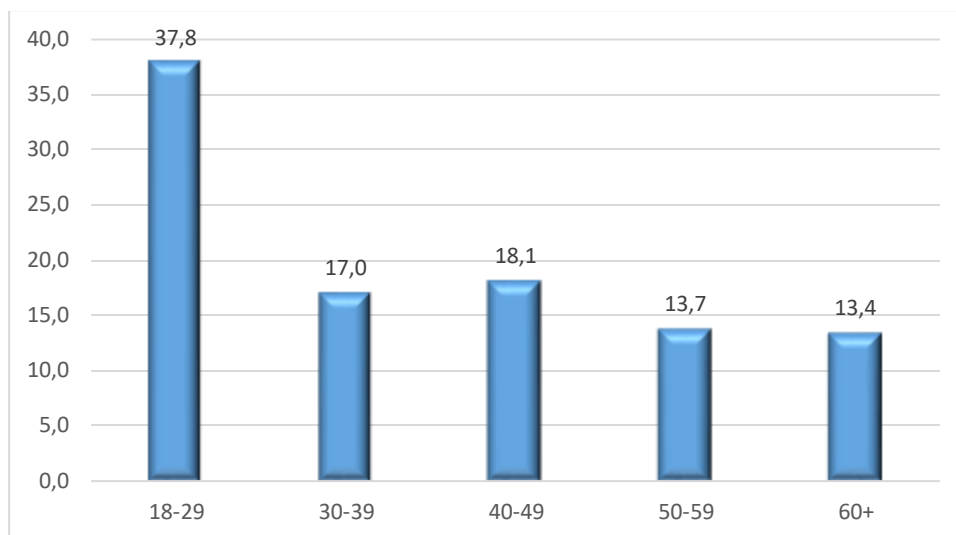
МӘМС жүйесінде алғашқы медициналық-санитарлық көмектің қолжетімділігі мен сапасын зерттеу үшін азаматтар мен ЖТД дәрігерлері арасында әлеуметтік сауалнама жүзеге асырылды.

Сауалнамаға 561 азамат қатысты, олардың 403-і (72,48%) әйелдер мен 153-і (27,52%) ерлер және 116 жалпы тәжірибелік дәрігер (9-сурет).

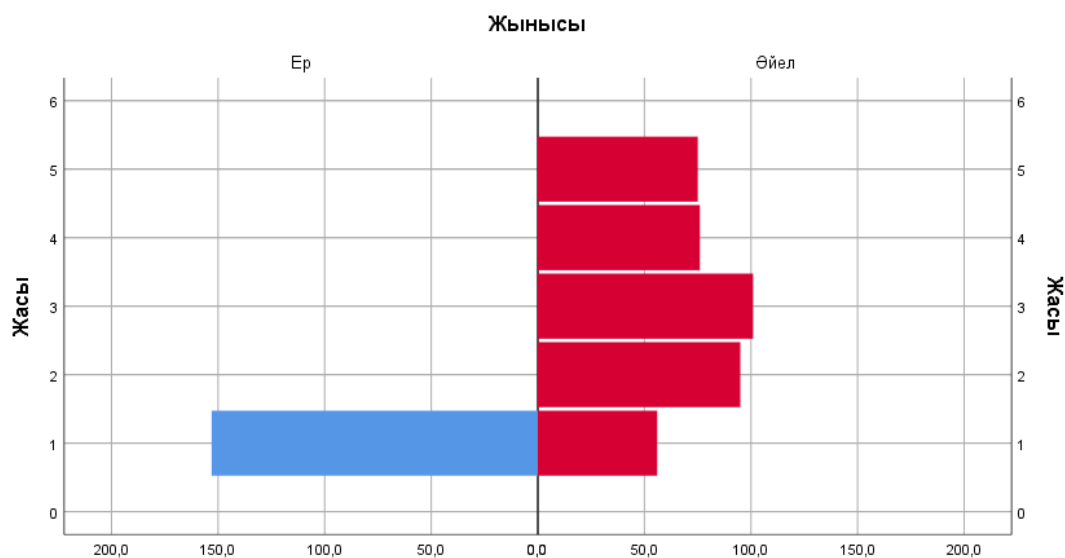


Сурет 9 – Респонденттерді жынысы бойынша бөлу

Респонденттердің жас бойынша бөлінуін зерттеу нәтижелерін талдау көрсеткендей, ең көп жас 209 (37,8%), ал қалған Санаттар шамамен 30-39 жаста - 17%, 40-49 жаста – 18,1%, 50-59 жаста – 13,7% және 60 жастан жоғары -13,4% болды (10-сурет).

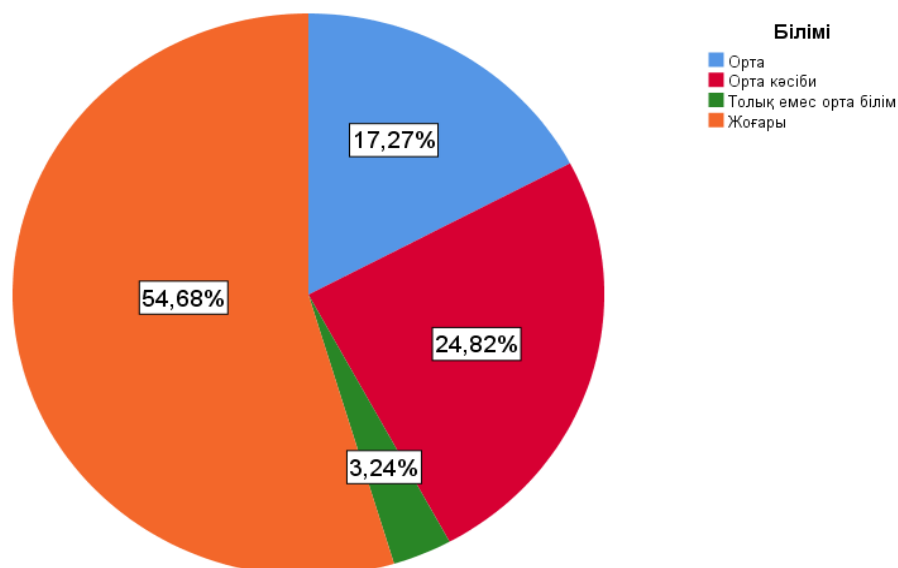


Сурет 10 – Респонденттерді жасына қарай бөлу

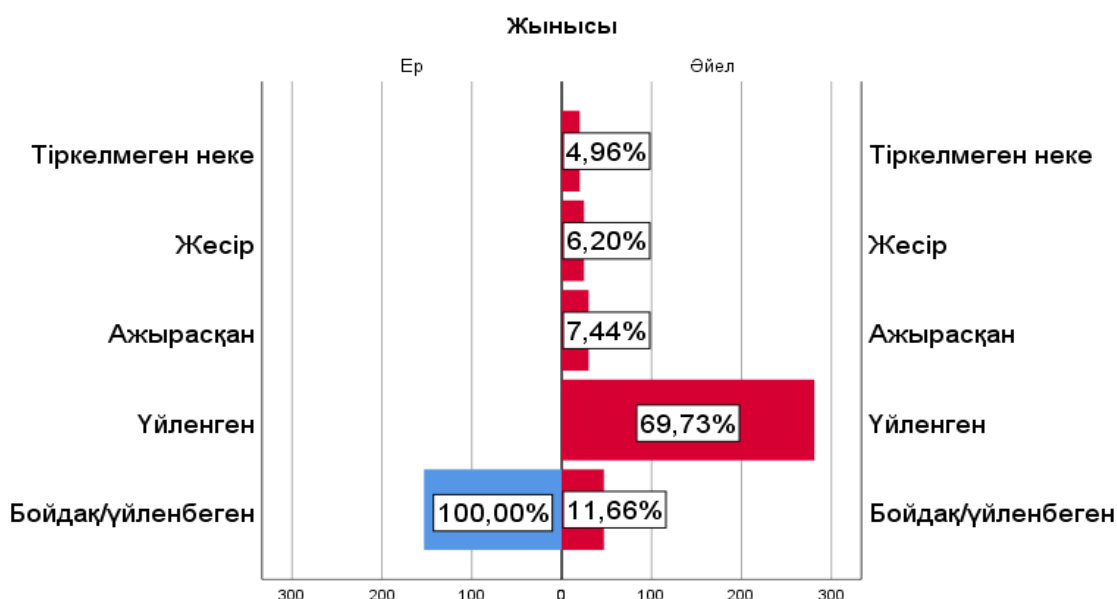


Сурет 11 – Респонденттерді жасы мен жынысы бойынша бөлу

Білім деңгейі бойынша респонденттер былайша орналасты: 54,68%-жоғары білім, 24,82%- орта кәсіби, 17,27% - орта, және толық емес орта білім -3,24% респонденттерде анықталды. Респонденттердің білім деңгейі мен отбасылық мәртебесі бойынша таралуы 12 және 13-суреттерде көрсетілген.



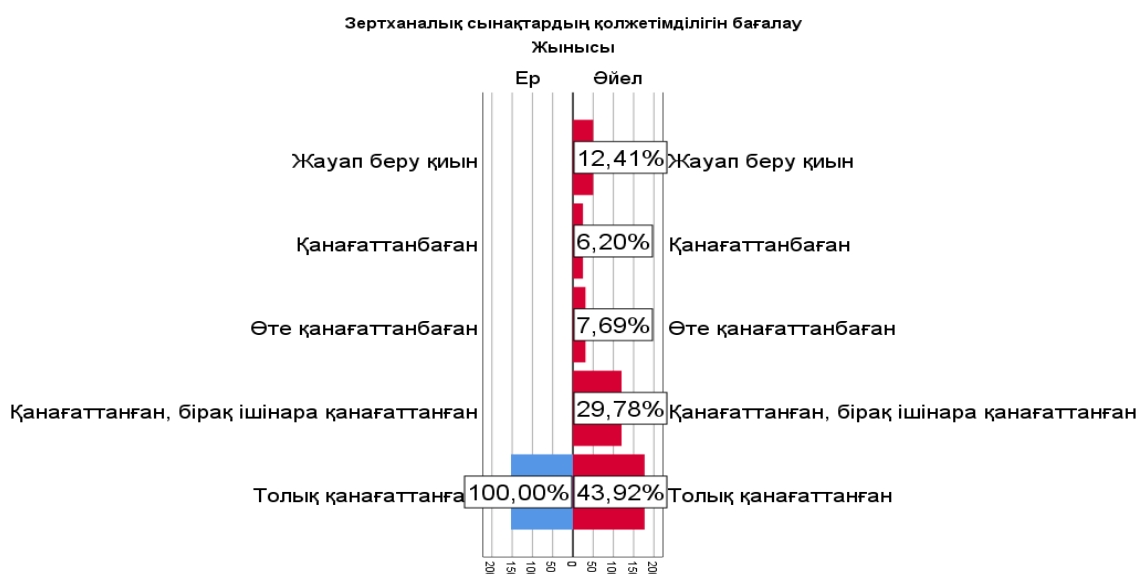
Сурет 12 – Респонденттерді білім деңгейі бойынша бөлу



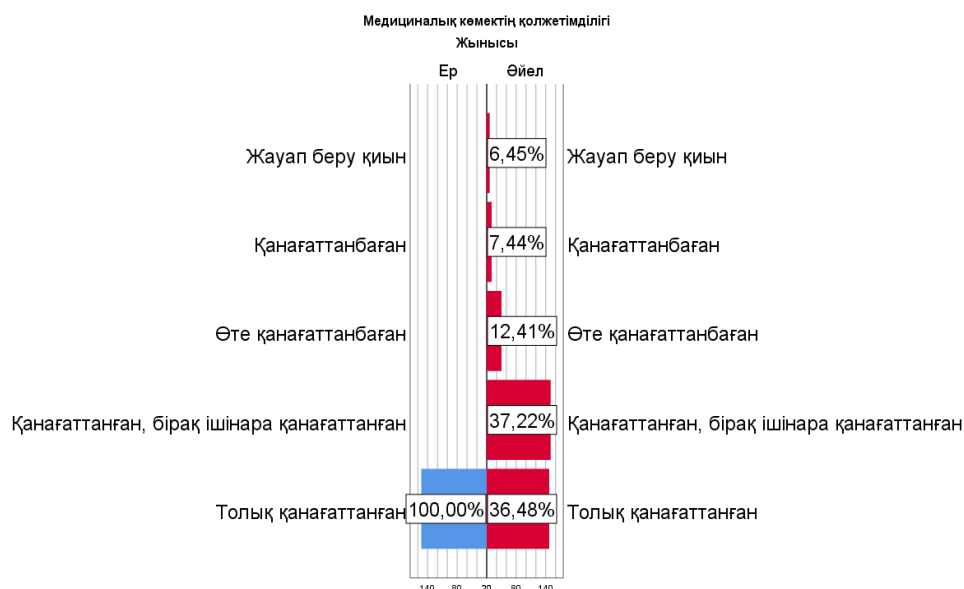
Сурет 13 – Респонденттерді отбасылық мәртебесі бойынша бөлу

Алғашқы медициналық-санитарлық көмек жағдайында ерлер мен әйелдер арасында зертханалық сынақтар мен медициналық көмектің қолжетімділігін анықтау үшін респонденттердің жауаптарына талдау жүргізілді. Зерттеу нәтижелеріне сәйкес, зертханалық зерттеулер (43,92%) мен медициналық көмек (36,48%) толықтай қолжетімді деп әйелдердің көпшілігі санайды. Зертханалық

тексерулер - 29,78% мен медициналық көмектің -37,22% қолжетімділігіне әйелдер ішінара қанағаттанды, нәтижелері 12 және 13-суреттерде көрсетілген.



Сурет 14 – Зертханалық тексерулер қолжетімділігіне қанағаттану



Сурет 15 – Медициналық көмектің қолжетімділігіне қанағаттану

Алғашқы медициналық-санитариялық көмек (МСАК) жағдайында медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын зерделеу үшін респонденттердің сауалнамасы бойынша жауаптарының нәтижелері 20-кестеде көрсетілген.

Кесте 20 – Респонденттердің әлеуметтік-демографиялық сипаттамалары мен жауаптары

Сипаттама		Саны, n	Үлесі, %	Орташа мән ± стандартты ауытқу (M±SD)
1	2	3	4	5
Жынысы	Ер Әйел	153 403	27.3% 72.7%	1.72±0.447
Жасы	18-29 30-39 40-49 50-59 60 жастан жоғары	209 95 101 76 75	37.8% 17.0% 18.1% 13.7% 13.4%	2.48±1.445
Білімі	Орта Орташа кәсіби Толық емес орта білім Жоғары	96 138 18 304	17.3% 24.8% 3.24% 54.7%	2.95±1.219
Отбасылық жағдайы	Бойдақ/ үйленбеген Үйленген Ажырасқан Жесір Тіркелмеген неке	200 281 30 25 20	36.0% 50.5% 5.4% 4.5% 3.6%	1.89±0.952
Зертханалық сынақтардың қолжетімділігін бағалау	Толық қанағаттанған Қанағаттанған, бірақ ішінара Өте қанағаттанбаған Қанағаттанбаған Жауап беру қиын	330 120 31 25 50	59.4% 21.6% 5.6% 4.5% 9.0%	1.82±1.269
Медициналық көмектің қолжетімділігі	Толық қанағаттанған Қанағаттанған, бірақ ішінара Өте қанағаттанбаған Қанағаттанбаған Жауап беру қиын	300 150 50 30 26	54.0% 27.0% 9.0% 5.4% 4.7%	1.80±1.108

Емхананы таңдау бойынша респонденттердің жауаптарын зерделеу нәтижелері 460 (83,6%) еркін таңдау құқығымен таңдалғанын, ал мамандарды таңдау кезінде – негізінен жалпы практика дәрігеріне – 372 (67%) респонденттердің жүгінгенін көрсетті. Медициналық ұйымдарда қандай да бір қызметтерді күту ұзақтығы бойынша азаматтардың жартысы 294 (52,9%) тіркеуге кезекті 15 минуттан дейін, 30 мин дейін - 245 (44,1%), 45 мин дейін - 4 (0,72%), 1 сағатқа дейін және артық - 3 (0,54%), тіркеуге кезек болған жоқ -7

(1,26%) көрсетті. Дәрігердің қабылдауын тағайындалған сәттен бастап 24 сағаттан артық күтті - 285 (51,3%), 12 сағат - 205 (36,9%), 8 сағат - 40 (7,19%), 6 сағат - 20 (3,60%), 3 сағат - 3 (0,54%), 1 сағаттан кем - 3 (0,54%). Орта есеппен ұйымдарда учаскелік дәрігерді (терапевт, педиатр, отбасылық дәрігер, ФАП фельдшері) қабылдауды күтуге уақытын жұмсады, 50 (9,0%) респондент - 15 минутқа дейін, 373 (67,1%) респондент - 30 минутқа дейін, 80 (14,39%) - 45 минутқа дейін, 3 (0,54%) - 1 сағатқа дейін, 30 (5,40%) - 1 сағаттан артық, 20 (3,60%) - учаскелік дәрігерге қабылдау кезегі болған жоқ.

Учаскелік дәрігердің (терапевт, педиатр, отбасылық дәрігер, ФАП фельдшері) шақыруынан кейін үйіңізге келгенге дейін 3 сағаттан кем деп - 232 (41,7%) респондент жауап берді, 6 сағаттан кем - 215 (38,7%), 6 сағаттан артық - 52 (9,35%), келесі күні бардым деп жауап берді - 28 (5,04%), бармадым -23 (4,14%) және шақырмады - 6 (1,08%) деп респонденттер жауаптарын берді.

Орта есеппен дәрігерді - бейінді маманды (невропатолог, хирург, офтальмолог, отоларинголог және т. б.) қабылдауды күтуге қанша уақыт жұмсағанына келесідей жауаптарын берді: 1 сағаттан артық - 221 (39,7%), өтініш берген күні қабылдауға келген жоқ - 169 (30,4%), 3 күнге -90 (16,19%), 5 күнге дейін күтті - 40 (7,19%) және 7 күнге дейін күтті - 36 (6,47%).

259 (46,6%) пациент үшін тағайындалған диагностикалық зерттеуді күту уақыты бойынша бір күн, 2-ден 3 күнге дейін-105 (18,9%), 3 күннен жоғары – 47 (8,45%) құрады және 145 (26,08%) үшін тағайындалмады (21-кесте).

Кесте 21 – Медициналық ұйым кезегіндегі күту ұзақтығы

Сұрақтары	Медициналық ұйымдарда белгілі бір қызметтерді күту ұзақтығы таңдалған жауаптың ең көп саны ең аз уақыт ең көп уақыт					
1	2	3	4	5	6	7
Тіркеу кезегін қанша уақыт күттіңіз?	15 мин дейін	30 мин дейін	45 мин дейін	1 сағатқа дейін	1 сағаттан артық	тіркеуге кезек болған жоқ
	294 (52,9%)	245 (44,1%)	4 (0,72%)	3 (0,54%)	3 (0,54%)	7 (1,26%)

Сіз тағайындалған дәрігердің қабылдауын күту уақыты (үйге шақырылды) тағайындалған сәттен бастап?	24 сағаттан артық	12 сағат	8 сағат	6 сағат	3 сағат	1 сағаттан кем
	285 (51,3%)	205 (36,9%)	40 (7,19%)	20 (3,60%)	3 (0,54%)	3 (0,54%)

21 – кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7
Сіз орта есеппен ұйымдарда учаскелік дәрігерді (терапевт, педиатр, отбасылық дәрігер, ФАП фельдшері) қабылдауды күтуге қанша уақыт жұмсадыңыз?	15 минутқа дейін	30 минутқа дейін	45 минутқа дейін	1 сағатқа дейін	1 сағаттан артық	учаскелік дәрігерге қабылдау кезегі болған жоқ
	50 (9,0%)	373 (67,1%)	80 (14,39%)	3 (0,54%)	30 (5,40%)	20 (3,60%)
Сіздің үйіңізге келгенге дейін учаскелік дәрігердің (терапевт, педиатр, отбасылық дәрігер, ФАП фельдшері) шақыруынан кейін қанша уақыт өтті?	3 сағаттан кем	6 сағаттан кем	6 сағаттан артық	келесі күні бардым	бармадым	шақырмады
	232 (41,7%)	215 (38,7%)	52 (9,35%)	28 (5,04%)	23 (4,14%)	6 (1,08%)
Сіз орта есеппен дәрігерді - бейінді маманды	1 сағаттан артық	өтініш берген күні қабылдауға	3 күнге дейін күтті	5 күнге дейін күтті	7 күнге дейін күтті	10 күннен астам күтті

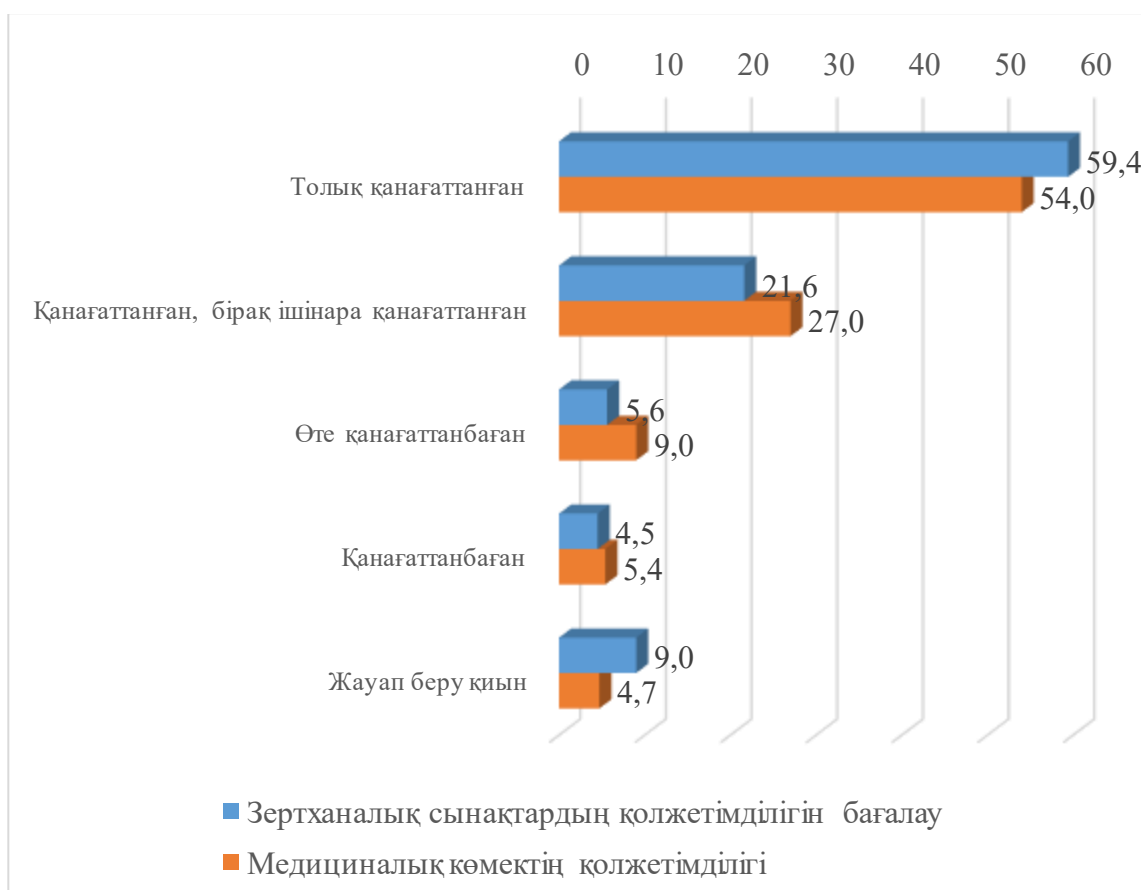
(невропатолог, хирург, офтальмолог, отоларинголог және т. б.) қабылдауды күтуге қанша уақыт жұмсадыңыз?	221 (39,7%)	келген жоқ 169 (30,4%)	90 (16,19%)	40 (7,19%)	36 (6,47%)	-
---	----------------	------------------------------	----------------	---------------	---------------	---

21 – кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7
Сізге тағайындалған диагностикалық зерттеулерді күтуге қанша уақыт жұмсадыңыз?	1 күн 259 (46,6%)	2 күннен 3 күнге дейін 105 (18,9%)	3 күннен артық 47 (8,45%)	тағайынд алмады 145 (26,08%)	-	-

Дәрілік препараттарға арналған рецепттерді ресімдеу бойынша қанағаттану бойынша сұрақтарда жартысынан сәл астамы "Иә" жауабын таңдайды 299 (55,7%), жоқ және толық көлемде 16,4% және респонденттердің 27,9% -ы рәсімделмеген.

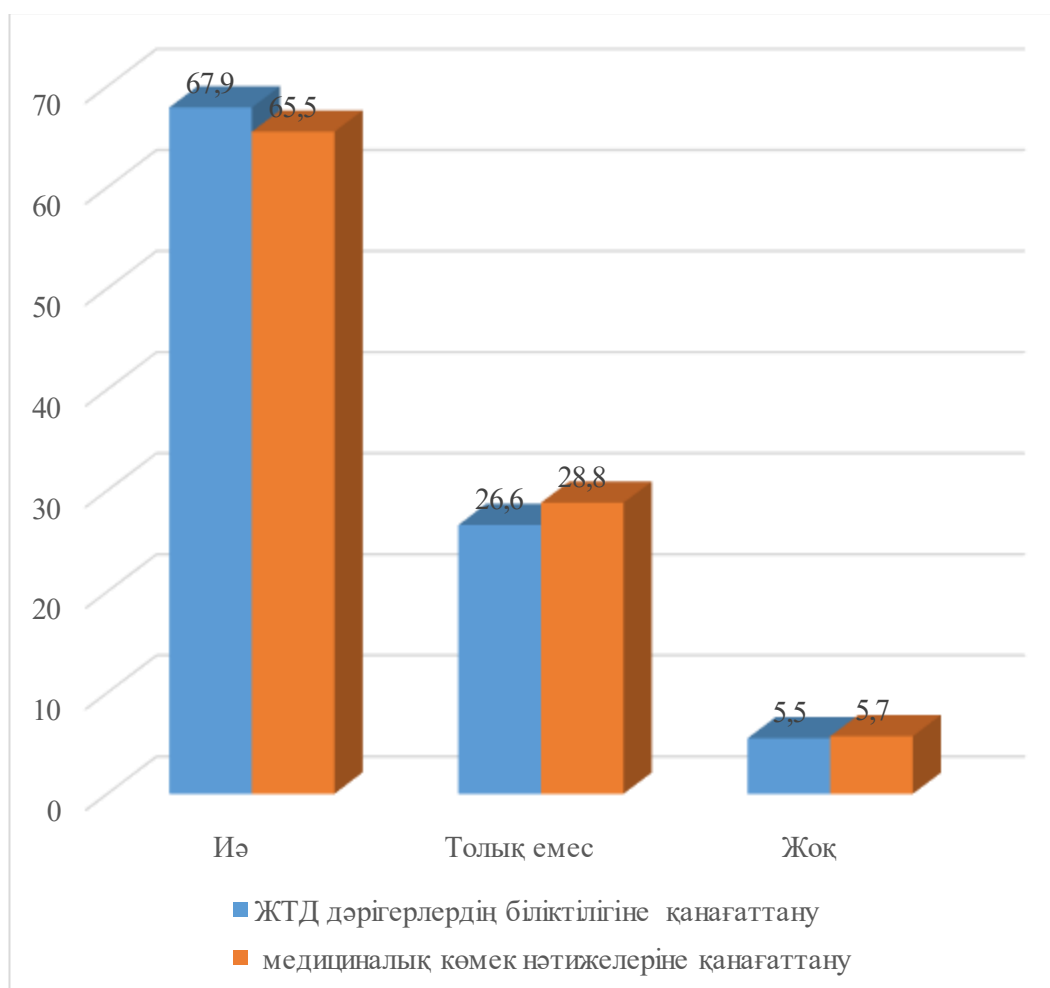
Бекітілген емханада зертханалық зерттеулер мен медициналық көмектен өтудің қолжетімділік деңгейі 15-суретте көрсетілген. Суреттен жартысынан көбі зертханалық зерттеулер мен медициналық көмектің қол жетімділігіне қанағаттанғанын және ішінара қанағаттанғанын көруге болады.



Сурет 16 – Зертханалық зерттеулер мен медициналық көмектің қолжетімділігіне қанағаттану

Дәрігердің қабылдауы үшін төлем және төлем мөлшері мәселелерінде 451 (84,3%) "жоқ" және "қажет емес" жауабын тандайды, ал учаскелік дәрігердің немесе бейінді маманның жолдамасы бойынша тексерулер үшін негізінен ультрадыбыстық және қан биохимиялық зерттеулері үшін төленді.

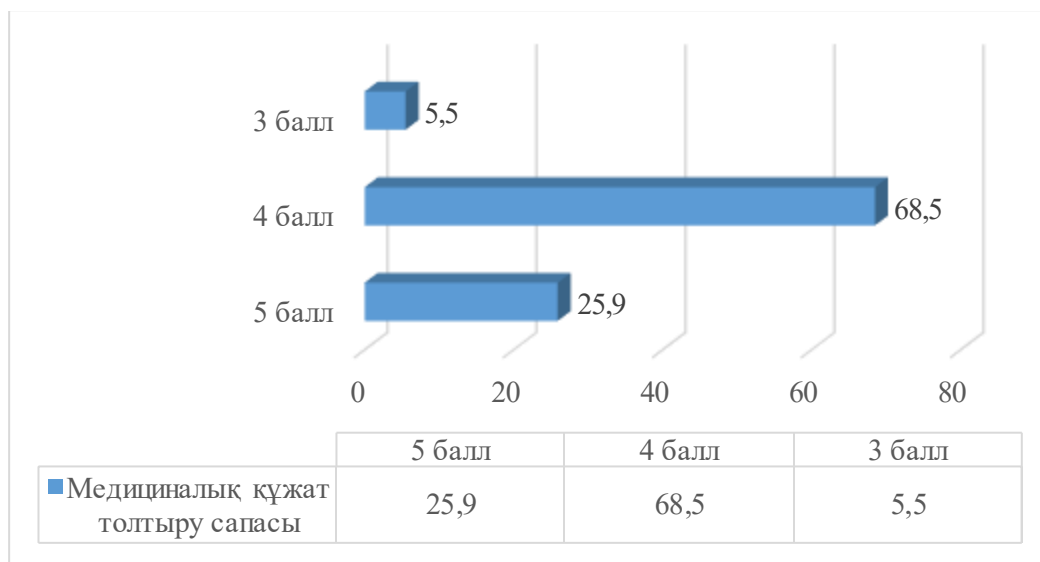
Күндізгі стационарға барған кезде тек 74-і (14,3%) медициналық қызметтер үшін, ал 176-сы (34%) күндізгі стационарлардағы дәрі-дәрмектер үшін қосымша ақы төледі. ЖТД біліктілік деңгейіне және көрсетілген медициналық көмектің нәтижесіне қанағаттану науқастардың жартысынан көбі 357 (67,9%) нәтижелерге риза деп айтуға болады. 5-балды шкала бойынша бағалау нәтижесінде орташа балл $3,7 \pm 1,4$ -ке тең екендігі анықталды.



Сурет 17 – Халықтың дәрігерлердің біліктілігіне және медициналық көмек нәтижелеріне қанағаттану деңгейінің көрсеткіштері

Сапалы медициналық көмек көрсету мәселелерін анықтау мақсатында сауалнама жүргізілді, оған 56 дәрігер қатысты. Нәтижелер көрсеткендей, 87,5% бекітілген халыққа медициналық көмек көрсетуде командалық жұмыс принципін пайдаланады, ал бір пациентті қабылдауға жұмсалған уақыт бойынша 33 (58,9%) және 23 (41,1%) "иә" жауаптары болды. Пациенттерді алғашқы және қайта қарау үшін Уақыт нормасының мөлшерін ажырату қажеттілігі туралы дәрігерлердің 78,2% "Иә" деп жауап берді.

Норма бойынша белгіленген уақыттың сәйкес келмеуін дәрігерлер негізінен компьютерлік техниканың сапасыздығымен – 72,2% және материалдық жарақтандырудың жеткіліксіздігімен 11,1%, бұдан әрі 7,4% - білімнің жеткіліксіздігімен және 1,8% - медбикенің төмен құзыреттілігімен байланыстырады. Медициналық құжаттаманы (МД) толтыру сапасын өзін-өзі бағалау бойынша негізінен өз деңгейін 4 баллмен бағалайды (18-сурет).

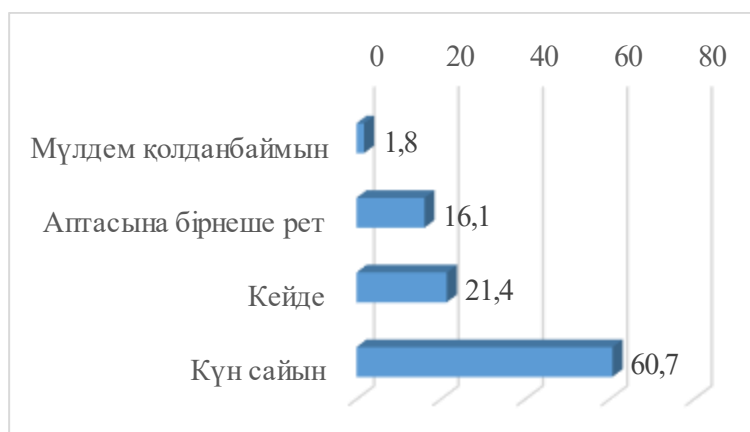


Сурет 18 – Медициналық құжат толтыру сапасының өзін-өзі бағалауы

Экстрагенитальды патологиясы бар ұрпақ өрбіту жасындағы әйелдерді сапалы динамикалық бақылауды 32 (58,2%) дәрігер жүргізеді және 41 (74,5%) дәрігер егде жастағы адамдарға көмек көрсету ерекшеліктерін білген.

Дәрігердің тәжірибесінде клиникалық хаттамаларды (КП) қолдану ерекше орын алады, өйткені аурудың нәтижесі осыған байланысты, бірақ оларды мүлдем қолданбайтын дәрігерлер бар – 1,8%, аптасына бірнеше рет – 16,1%, кейде – 21,4%. Күнделікті жұмыста КП - ны пайдаланбау, негізінен, олардың болуы туралы ақпаратқа ие болмауымен байланысты, ал іс жүзінде олар базаға енгізілген. КП жазу сапасы бойынша бірінші кезекте КП-да жазылғандардың барлығын іс жүзінде қолдануға қол жетімсіздігі мәселесі туындайды (19-сурет).

Клиникалық хаттамаларды клиникалық практикаға сәтті енгізу үшін ЖТД жұмыс орындарында немесе біліктілікті арттыру курстарында оқытуды бірінші орынға шығарады 36%, КХ – ны КМИС – ке бекіту-24% және КХ-ны медициналық көмек көрсетудің амбулаториялық кезеңінде пациенттерді басқарудан бөлек әзірлеу-24%.



Сурет 19 – Дәрігердің жұмысында КП қолдану

МСАК жұмысын регламенттейтін нормативтік-құқықтық актілерді 30 (55,5%) дәрігер көрсетті, ал ЖТД тапшылығы мен өтімділік жағдайын респонденттер негізінен ЖТД – 26 (47,3%) жүктемесінің ұлғаюымен, еңбекақы деңгейінің сәйкес келмеуімен және ЖТД – 9 психозмоционалды күйіп қалуымен (16,4%), ЖТД бойынша үлкен жауапкершілік туралы байланыстырады тар мамандармен салыстырғанда – 5 (9,9%), шағымданушылар басшылығының қолдауына – 7 (12,7%) және 8 (14,5%) дәрігердің барлық жауаптарымен келісті.

60,0%-респонденттер дәрі-дәрмектерге арналған рецепттерді жеңілдетілген және/немесе ақысыз негізде қанағаттандырылғанын атап көрсетті. Сонымен бірге, 44,1% - респонденттер дәрі-дәрмектерге арналған рецепттерді жеңілдетілген және/немесе ақысыз негізде алатындығына толық емес қанағаттанатындығын білдірді. 2,52% - респонденттер «жоқ» деп жауап берді. 0,53% - респонденттер жеңілдікті және / немесе тегін негізде дәрілік препараттарға арналған рецепттер ресімделмегенін атап көрсетті (20-сурет).



Сурет 20 – Дәрі-дәрмектерге арналған рецепттерді жеңілдетілген немесе ақысыз негізде рәсімделгеніне науқастардың қанағаттануы

Зертханалық зерттеулердің қолжетімділігіне респонденттер келесідей баға берді: 46,8% - толығымен қанағаттанады, 41,4%-ішінара қанағаттандырылды, 7,19% - керісінше қанағаттанбады, 3,60%-толықтай қанағаттанбады және жауап беруге қиын деп -1,08% респонденттер атап көрсетті (21-сурет).



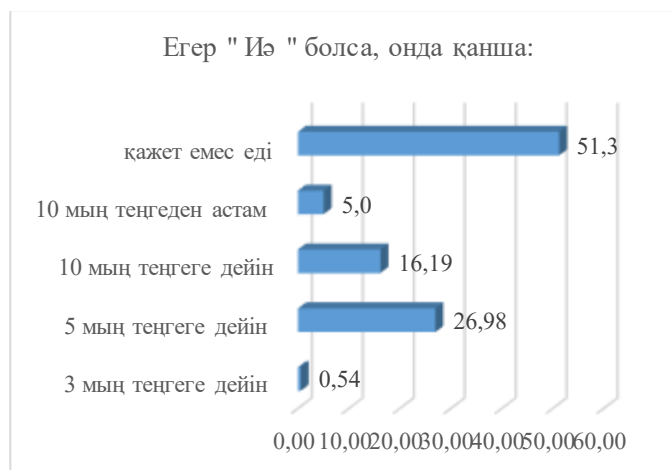
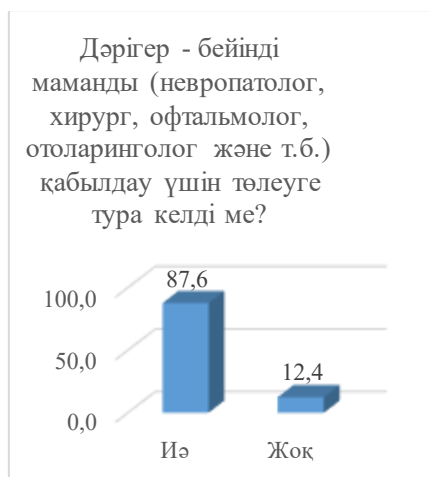
Сурет 21 – Зертханалық зерттеулердің қолжетімділігі

Ұйымдағы медициналық көмектің ұйымдастырылуына 42,4%- респонденттер толық емес қанағаттанатындығын атап көрсетсе, 30,6%- мүлдем жоқ қанағаттанбайтындығын білдірді. Тек 27,0%- респонденттер ғана «Иә» деп көрсетті (22-сурет).



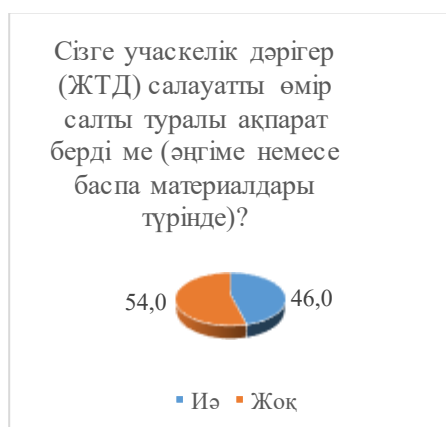
Сурет 22 – Ұйымдағы медициналық көмекті ұйымдастыруға қанағаттануы

Сұрастырылған 87,6% - респонденттердің пікірінше бейінді дәрігерлердің қабылдағаны үшін төлегендігін атап көрсетті, тек 12,4%- «жоқ» деп белгіледі. Сонымен қатар, төлегендігін растаған респонденттердің 51,3%-«қажет емес еді» деп атап өтті. 26,98%- 5 мың теңгеге дейін, ал 16,19% - 10 мың теңгеге дейін және 5,0% - 10 мың теңгеден астам төлегендігін көрсетті (23-сурет).



Сурет 23 – Бейінді мамандарға қабылдау үшін төлегендігі туралы пікірі

54,0%-сұрастырылған респонденттер учаскелік дәрігер немесе ЖТД салауатты өмір салты туралы ақпарат берілмегендігін және 46,0%- керісінше ақпарат берілгендігін сауалнамада көрсетіп отыр. Емханаға барған кезде 87,6%-респонденттер салауатты өмір салты, психолог, әлеуметтік қызметкер қызметтерін алғандығын атап өтсе, 12,4%- «жоқ» деп жауап берді (24-сурет).



Сурет 24 – Салауатты өмір салты, психолог, әлеуметтік қызметкер қызметтерін алуы және ақпаратпен қамтамасыз етілуі

42,4%-респонденттер учаскелік дәрігер/ФАП фельдшері немесе мейіргердің үйдегі медициналық көмекке толық емес қанағаттандырылса, 30,6% -мүлдем қанағаттанбайтындығын атап көрсетті. Тек 27,0% толықтай қанағаттанатындығын білдірді (25-сурет).



Сурет 25 – Участкелік дәрігер/ФАП фельдшері немесе мейіргердің үйдегі медициналық көмекке қанағаттандырылуы

Сауалнама нәтижелері көрсеткендей участкелік дәрігердің (ФАП фельдшерінің) немесе бейінді маманның жолдамасы бойынша тексеру кезінде 51,3%-респонденттер рентгенография үшін төлеуге тура келгендігін атап көрсетті. 16,2% - респонденттер УДЗ, 13,5% - иммуноферментті қан анализі мен басқа зерттеулерге төлегендігін білдірді. Сонымен қатар, 5,04% - ФГДС және 0,54%- қанның биохимиялық зерттеулері үшін ақы төледі (26-сурет).



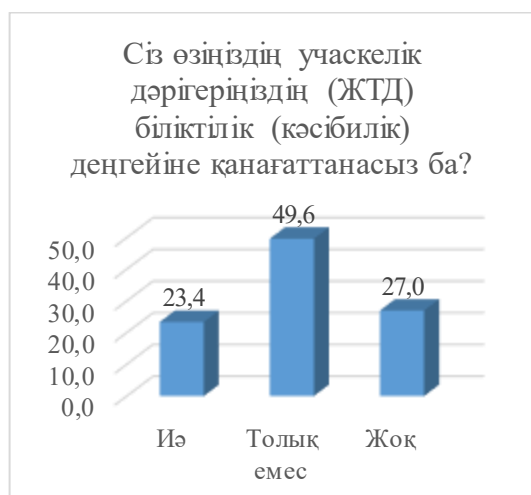
Сурет 26 – Участкелік дәрігердің (ФАП фельдшерінің) немесе бейінді маманның жолдамасы бойынша тексеру кезінде медициналық қызметтер үшін ақы төлеуі

«Күндізгі стационарда емделу кезінде медициналық қызметтерге ақы төлеуге тура келді ме?» - деген сұраққа «Иә» деп – 64,0% «Жоқ» деп – 36,0% респонденттер жауап берді. Күндізгі стационарда емделу кезінде дәрі-дәрмектерді өз қаражатынынан қосымша сатып алуға 95,3% - респонденттер жұмсаса, 4,7% - «Жоқ» деп жауап берді (27-сурет).



Сурет 27 – Күндізгі стационарда емделу кезінде медициналық қызметтерге ақы төлеу

Учаскелік дәрігеріңіздің (ЖТД) біліктілік (кәсібилік) деңгейіне 49,6% - респонденттер толық емес қанағаттанады, тек респонденттер 23,4%-ы қанағаттанады екен. 27,0%-респонденттер «Жоқ» деп жауап берді. Емханаға (дәрігерлік амбулаторияға, фельдшерлік-акушерлік пунктке) жүгіну нәтижесіне, көрсетілген медициналық көмектің нәтижесіне 57,6% - толық емес риза болды, 32,4%- респонденттер толықтай риза. 10,1% - респонденттер медициналық көмектің нәтижесіне қанағаттанбайтындығын айтты (28-сурет).



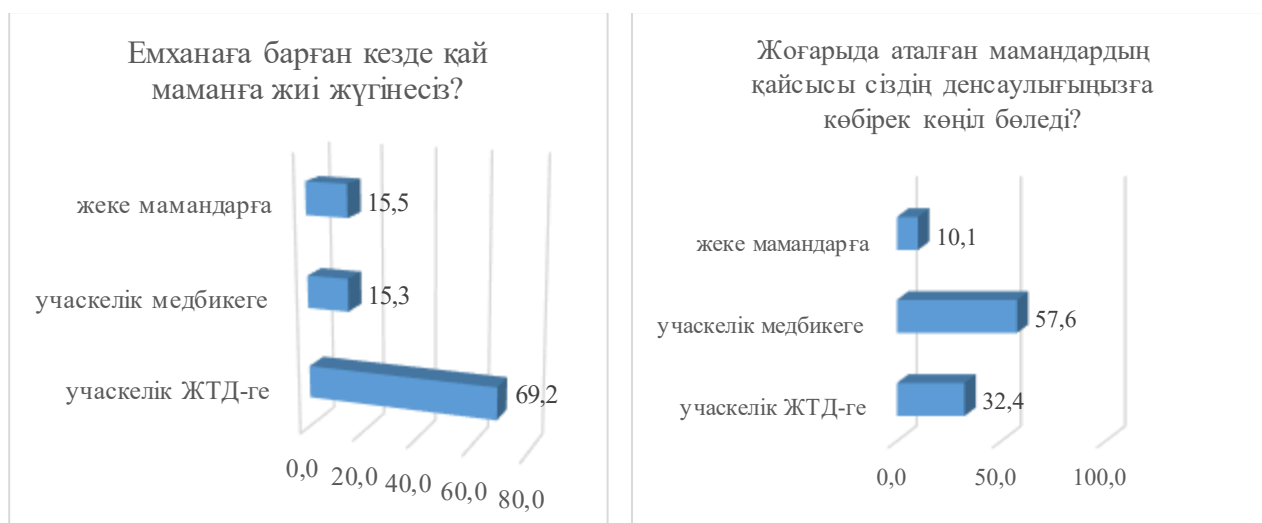
Сурет 28 – Учаскелік дәрігердің (ЖТД) біліктілік (кәсібилік) деңгейіне қанағаттануы және емханаға (дәрігерлік амбулаторияға, фельдшерлік-акушерлік пунктке) жүгіну нәтижесіне, көрсетілген медициналық көмектің нәтижесіне риза болуы

Алған медициналық көмектің сапасын бес балдық шкала бойынша респонденттер келесідей бағалаған: 46,8% респонденттер -5 балл берген, 41,4% - респонденттер - 4 балл, 7,19% - респонденттер -3 балл, 3,60% - 2 балл, 1,08% - 1 балл (29-сурет).



Сурет 29 – Медициналық көмектің сапасын бес балдық шкала бойынша бағалауы

Емханаға барған кезде респонденттердің 69,2% -учаскелік ЖТД-ге, 15,5% - жеке мамандарға, 15,3% - учаскелік медбикеге жүгінеді екен. 57,6% - респонденттердің көбісі учаскелік медбикеге жүгінеді, 32,4% - учаскелік ЖТД-ге, 10,1%- жеке мамандарға қаралады екен (30-сурет).



Сурет 30 – Емханаға барған кезде жиі жүгінетін мамандар және науқастардың денсаулығына көбірек көңіл бөлетін мамандар

4 ТӘЖІРИБЕЛІК ҰСЫНЫСТАР МЕН ӘДІСТЕМЕЛЕР

4.1. Медициналық-санитарлық алғашқы көмек көрсету бойынша Қазақстан Республикасының қолданыстағы нормативтік-құқықтық базасы.

Міндетті әлеуеттік медициналық сақтандыру (МӘМС) жүйесін енгізу барысында халыққа медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын талдау нәтижесінде оң серпінмен қатар бірқатар жетімсіздіктер мен кемшіліктер анықталды. Бұл кемшіліктедің жаңа жүйені енгізі кезінде әртүрлі объективті және субъективті факторларға байланысты екені анық, осыған байланысты МӘМС жағдайында медициналық-санитарлық алғашқы көмек көрсету бойынша Қазақстан Республикасының қолданыстағы нормативтік-құқықтық базасы талдау жүргізілді. Талдау үдерісі Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың мемлекеттік бағдарламалары мен министрліктің нормативтік актыларын қамтыды (22-кесте).

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды дамыту жөніндегі "Саламатты Қазақстан" мемлекеттік бағдарламасы (2011–2015 жылдар) мемлекеттік бағдарламасы медициналық көмектің тиімді жүйесін құруды қарастырды. Бұл жүйе денсаулық сақтау ісіндегі мемлекет пен адамның ынтымақты жауапкершілігі принциптеріне негізделіп, бастапқы медициналық-санитариялық көмекті (БСАК) басымдықпен дамытуға бағытталды. Бағдарламаның мақсаты – профилактикалық бағытты күшейту және халықтың стационарлық көмекке қажеттілігін азайту болды.

Осы мақсатта дәрігерлер мен орта медицина қызметкерлерінің (ОМК) функцияларын кеңейту, БСАК медицина қызметкерлерінің мотивациясын арттыру шаралары жоспарланды. Қазақстан Республикасында ұсынылған МСАК моделі дәрігерді еркін таңдау және басқарудың экономикалық әдістері принциптеріне негізделді, оның ішінде ішінара қор иелену, "ынталандырушы" компонентті қамтитын екі компонентті жан басына шаққан нормативті енгізу көзделді.

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI ҚРЗ Кодексында заң азаматтардың денсаулығын қамтамасыз етуге бағытталған негізгі принциптері мен шараларын, соның ішінде профилактикалық шараларды, медициналық көмекті және жұқпалы аурулармен күресуді анықтады.

МСАК рөлінің күшеюі мен функцияларының кеңеюіне байланысты оның қызметін жетілдіруге бағытталған нормативтік-құқықтық базаны дамыту бойынша ауқымды жұмыстар жүргізілді. МСАК мен мамандандырылған көмектің функциялары, өкілеттіктері мен қаржыландыруын нақты ажырату үшін нормативтік құжаттар қайта қаралды.

Кесте 22 – Медициналық-санитариялық алғашқы көмек (МСАК) құқықтық негіздерін талдау

№	Құжаттың атауы	Мазмұны	Не жасалынды
1	2	3	4
1	2011–2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» денсаулық сақтау саласын дамыту мемлекеттік бағдарламасы. Біртұтас ұлттық денсаулық сақтау жүйесінде медициналық көмекті ұйымдастыру, басқару және қаржыландыруды жетілдіру.	1) МСАК-ны жетілдіру. Денсаулық сақтауды сапалы жаңа даму деңгейіне көтеру тек медициналық қызметтерді, ең алдымен, МСАК қызметтерін көрсету технологиясын түбегейлі өзгерту арқылы ғана қол жеткізуге болады. - МСАК-ның қолжетімділігін, тиімділігін, сапасын арттыру және оның дамуын қамтамасыз ету үшін кешенді жетілдіру жоспарлануда, оның ішінде жалпы дәрігерлік тәжірибе негізінде МСАК көрсету үшін рационалды формалар мен әдістерді әзірлеу және енгізу. - Профилактикалық бағытты ынталандыру, көрсетілетін қызметтердің спектрін және сапасын кеңейту, қаражатты рационалды және тиімді пайдалану, сондай-ақ медициналық қызметкерлердің мотивациясын арттыру мақсатында МСАК-ға қосымша қаржыландыру көздерін енгізу және тарифке қосымша компонент енгізу жоспарлануда. - Дәрігерлердің кейбір өкілеттіктерін медициналық мейіргерлерге бөлу, дәрігерлер мен орта медициналық персоналдың арақатынасын оңтайлы деңгейге дейін жеткізу;	2012 жылғы 1 тамыздағы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушысының № 519 бұйрығы «Амбулаторлық-емханалық көмекті кешенді басымдық нормасы бойынша ақы төлеуді пилоттық енгізуді жүзеге асыру туралы». 1. Бейінді маманнан бастапқы медициналық-санитариялық көмек дәрігеріне бөлінген консультациялық-диагностикалық қызметтердің тізімі мен көлемі <u>2-қосымшаға сәйкес</u>; шамамен 100 нозология. 3) Бастапқы медициналық-санитариялық көмек дәрігерінен және бейінді маманнан бастапқы медициналық-санитариялық көмек мейірбикелеріне бөлінген консультациялық-диагностикалық қызметтердің тізімі мен көлемі ұйымдарының

22 – кестенің жалғасы

1	2	3	4
		- Көрсетілетін қызметтердің спектрін кеңейту және профилактикалық бағыттылығын ынталандыру, қаражаттың тиімді пайдаланылуын қамтамасыз ету үшін, ішінара қор иелену және БМСК тарифіне қосымша құрамдауыш енгізу жоспарлануда. - Белсенді патронаж қызметін жетілдіру, оның ішінде қажетті құрал-жабдықтармен және техникалық құралдармен қамтамасыз ету	қызмет нәтижелерін бағалауды және жартылай қаржыландыру моделін ескере отырып, тарифке қосымша компонент енгізу, амбулаторлық-емханалық ұйымдар мен басқа медициналық қызмет көрсетушілер арасындағы өзара қатынастарды реттеу бойынша нормативтік базаны әзірлеу және арнайы даярланған кадрларды даярлау.
2	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2013 жылғы 17 тамыздағы № 479 бұйрығы «Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2011 жылғы 5 қаңтардағы № 7 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы» «Амбулаторлық-емханалық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі туралы ережені бекіту»	Учаскелік дәрігердің кейбір функциялары учаскелік медициналық мейіргерлерге бөлінген, атап айтқанда — жедел жәрдеммен байланысқан науқастарға қызмет көрсету; үй жағдайында созылмалы аурулармен тіркеуде тұрған науқастарға белсенді патронаж жасау; созылмалы аурулармен ауыратын науқастарға емдеуді жалғастыру үшін тегін рецепт жазып беру; мақсатты топтар арасында скринингтік зерттеулер жүргізу және т.б.	Амбулаторлық-емханалық көмек шығындарын консолидациялау және қызметтерді бөлу: - Бастапқы медициналық-санитариялық көмек көрсету үшін кешенді төлем нормасы, Кешенді төлем нормасының ынталандырушы құрамдасы. - Дәрігерлердің функцияларын кеңейту; - Орта медицина қызметкері функцияларын кеңейту; - МСАК медициналық қызметкерлерінің мотивациясын арттыру.

22 – кестенің жалғасы

1	2	3	4
3	2020 жылғы 21 желтоқсандағы Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің № ҚР ДСМ-305/2020 бұйрығы. Денсаулық сақтау саласындағы мамандықтар мен маманданды-рулардың номенклатурасын, денсаулық сақтау қызметкер-лерінің лауазымдарының номенклатурасын және біліктілік сипаттамаларын бекіту туралы.	1-тарау. Учаскелік дәрігер және (немесе) жалпы тәжірбие дәрігері. 22. Лауазымдық міндеттері: - Пациенттердің профилактикасын, диагностикасын, емін, оңалтуын жүзеге асырады. Науқасты басқару тактикасын анықтайды. Білікті, жедел және басқа да медициналық көмек түрлерін көрсетеді. - Аурулардың ерте және жасырын түрлерін және қауіп факторларын анықтау бойынша жұмыс жүргізеді. Диагностикалық, емдеу-сауықтыру және оңалту іс-шараларының кешенін ұйымдастырады. - Жүктілік диагностикасын, жүктілік ағымын бақылауды, жүкті әйелдердегі экстрагенитальды патологияны анықтауды және емдеуді, босануға психопрофилактикалық даярлықты жүргізеді. Жүктілікке және босануға қарсы көрсетілімдерді анықтайды, жүктілікті үзуге жібереді. Босанғаннан кейінгі кезеңде және жүктілікті үзгеннен кейін әйелдерді оңалтуды жүргізеді.	Жалпы тәжірбие дәрігерлерінің функцияларының шектелуіне алып келді.

22 – кестенің жалғасы

1	2	3	4
4	2021 жылғы 24 тамыздағы Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің № ҚР ДСМ-90 бұйрығы. Бастапқы медициналық-санитарлық көмек көрсету ережелерін бекіту туралы.	Бастапқы медициналық-санитарлық көмек көрсететін дәрігерлер (жалпы тәжірбие дәрігері, учаскелік терапевт дәрігері және (немесе) учаскелік педиатр дәрігері) көрсететін медициналық қызметтер тізімі: - Пациентті сауықтыру жоспарын құру; - Отбасын жоспарлау және жүктілікті қауіпсіз тоқтату мәселелері бойынша кеңес беру; - Науқасты өзіндік менеджментті үйрету; - Әлеуметтік маңызы бар аурулар жағдайында науқастың отбасының әлеуметтік мәртебесін бағалау	Жалпы тәжірбие дәрігерлерінің функцияларының шектелуіне алып келді.
5	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің 2022 жылғы 27 сәуірдегі № ҚР ДСМ-37 бұйрығы. Амбулаторлық жағдайда мамандандырылған медициналық көмек көрсету ережелерін бекіту туралы.	Амбулаторлық жағдайда мамандандырылған медициналық көмек консультативті-диагностикалық көмек (КДК) түрінде бейінді мамандармен ауруларды арнайы диагностика, емдеу, медициналық реабилитация әдістерін талап ететін жағдайда көрсетіледі. Амбулаторлық жағдайда ТМККК аясында кіреді: 1) АИТВ-инфекциясының алдын алу және диагностикасы; 2) жарақаттар, уланулар немесе басқа шұғыл жағдайларда қызмет көрсету; 3) әлеуметтік маңызды ауруларды диагностикалау және емдеу; 4) динамикалық бақылауды талап ететін созылмалы ауруларды диагностикалау және емдеу.	Амбулаторлық жағдайда мамандандырылған медициналық көмек көрсетуге арналған медициналық қызметтердің тізімі, кепілдендірілген тегін медициналық көмек көлемі аясында, 1-қосымша. Қабылдау, Жасөспірімдер дәрігері, Патронаж: Акушер-гинеколог, Маммография (скринингтік және профилактикалық тексерулер аясында)

22 – кестенің жалғасы

1	2	3	4
		МӘМС жүйесінде амбулаторлық жағдайда көрсетілетін мамандандырылған медициналық көмек мыналарды қамтиды: 1) профилактикалық медициналық тексерулер белгіленген тәртіппен және жиілікпен, соның ішінде мектепке дейінгі және мектеп жасындағы балаларды қамти отырып; 2) бейінді мамандармен қабылдау және консультациялар, сондай-ақ мобильді бригада қызметтері; 3) созылмалы аурулары бар адамдарды бейінді мамандардың динамикалық бақылауы; 4) 2020 жылғы 19 қазандағы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің № ҚР ДСМ-136/2020 бұйрығымен бекітілген тізім бойынша процедуралар мен манипуляциялар.	ТМККК және МӘМС аясында амбулаторлық жағдайда мамандандырылған медициналық көмек көрсетуге арналған медициналық қызметтер тізімі, 2-қосымша: 65 бейінді маманның консультациясы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2012 жылғы 1 тамыздағы № 519 "Амбулаториялық-емханалық көмекті кешенді жан басына шаққан норматив бойынша қаржыландыруды пилоттық енгізуді іске асыру туралы" бұйрығына сәйкес (қосымша 1), бейінді мамандардан жалпы тәжірибелі дәрігерге (учаскелік терапевт, учаскелік педиатр) берілген консультациялық-диагностикалық қызметтердің тізімі мен көлемі шамамен 100 нозологияны қамтиды.

– Кардиология – артериялық гипертензия (АГ), ишемиялық жүрек ауруы (ИЖА);

– Эндокринология – гипотиреоз, қант диабеті;

– Гастроэнтерология – ойық жара ауруы, гастрит, дуоденит, гепатит;

– Офтальмология – конъюнктивит;

– Неврология – жедел ми қанайналымының бұзылысы, түбіршек зақымданулары;

– Пульмонология – пневмония, созылмалы обструктивті өкпе ауруы (СОӨА), бронхиалдық астма;

– Акушерлік және гинекология – жүктілікті бақылау;

– ЛОР аурулары – тонзиллиттер, риниттер және т.б.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2013 жылғы 17 тамыздағы №479 бұйрығына сәйкес амбулаториялық-емханалық мекемелердің құрылымдары мен функцияларына өзгерістер енгізілді.

Учаскелік дәрігерлердің кейбір функциялары учаскелік медбикелерге берілді. Атап айтқанда: шұғыл медициналық көмек активтерімен жұмыс; диспансерлік есепте тұрған созылмалы аурулары бар науқастарды үйде қабылдау және белсенді патронаж; созылмалы аурулары бар науқастарға емді жалғастыру үшін тегін рецепт жазу; мақсатты топтар арасында скринингтік тексерулер өткізу және т.б.

Халыққа медициналық көмекті жақындату, оның қолжетімділігі мен сапасын қамтамасыз етуге бағытталған мақсатында бастапқы медициналық-санитариялық көмекті (МСАК) жетілдіру бойынша ауқымды шаралар жүзеге асырылды.

1. Жалпы тәжірбие дәрігерлерін қайта даярлау, интернатура арқылы жүзеге асырылды, қазіргі уақытта резидентура арқылы даярлау қамтамасыз етілді.

2. Жалпы тәжірбие дәрігерлерінің функцияларын жеңілдету барысында бейінді мамандардың кейбір функцияларын бөлу арқылы, жалпы тәжірбие дәрігерлерінің күнделікті қабылдаулардан босату, мейіргерлік қабылдауды енгізу, учаскелік мейіргерлердің санын 3-ке дейін арттыру және дәрігерлік учаскелерді 1700 тіркелген халыққа дейін қысқарту арқылы кеңейтілді.

Талдау кестесінде көрсетілгендей, МӘМС жүйесін енгізгеннен кейін жалпы тәжірбие дәрігерлерінің функцияларына айтарлықтай өзгерістер енгізілді, олар тиісті нормативтік құжаттармен қолдау тапты: бейінді мамандардың қызметтері іс жүзінде толықтай МӘМС бағдарламасымен қамтылды, ал жалпы тәжірбие

дәрігерлерінің функциялары 2020 жылғы 21 желтоқсандағы Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрінің № ҚР ДСМ-305/2020 Денсаулық сақтау саласындағы мамандықтар мен мамандандырулардың номенклатурасын, денсаулық сақтау қызметкерлерінің лауазымдарының номенклатурасын және біліктілік сипаттамаларын бекіту туралы бұйрығына сәйкес ТМҚКК пакетімен және профилактикалық іс-шаралармен шектелді. МСАК деңгейінде медициналық қызметтерді кешенді түрде көрсету жүйесінің бөлінуінің нәтижесінде жалпы тәжірбие дәрігерінің функцияларының тарылуы (олардың диспетчерге айналуы), олардың мамандықтарына қызығушылығын төмендетіп, БСАК көрсететін мекемелерде кадр жетімсіздігін ұлғайтып жатыр.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 24 тамыздағы № ҚР ДСМ-90 «Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсету қағидаларын бекіту туралы» бұйрығын талдау көрсеткендей, орта буынды мамандардың қызметтерінің тізбесінде ешқай айырмашылық жоқ, яғни мамандарды пайдалану тиімсіздігі төмен, кейбірі дәрігердің қызметімен бірдей, яғни қайталанатын қызметтер (23-кесте).

Кесте 23 – Медициналық-санитариялық алғашқы көмектің медицина қызметкерлері (фельдшер, акушер, орта және (немесе) жоғары медициналық білімі бар мейіргер) көрсететін медициналық қызметтердің тізбесі Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 24 тамыздағы № ҚР ДСМ-90 бұйрығы 1-қосымша

№	Тарау	Қызметтер		
1	2-тарау. Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсету тәртібі	Фельдшер: Аурулардың профилактикасы сұрақтары бойынша халықты оқыту; Пациентті өзіндік менеджментке оқыту; Қарау кабинетінде дәрігерге дейін қарап-тексеру; Медициналық оңалтудың кешенді қызметтері;	Жоғары білімі бар мейіргер (Орташа білімі бар мейіргер): Аурулардың профилактикасы сұрақтары бойынша халықты оқыту; Пациентті өзіндік менеджментке оқыту; Қарау кабинетінде дәрігерге дейін қарап-тексеру; Медициналық оңалтудың кешенді қызметтері	Акушерка: Пациентті өзіндік менеджментке оқыту; Қарау кабинетінде дәрігерге дейін қарап-тексеру; Жүкті әйелдерді және отбасы мүшелерін босануға дайындау мектебі

Мамандардың қызметтерін толық және тиімді анықтамау, мамандар арасында қосарланған жұмыс атқаруына алып келеді, яғни қызмет тиімділігі төмендейді, мамандардың өз қызметтеріне көңілінің толмауы артады.

С. Қайырбекова атындағы Денсаулық сақтауды дамытудың ұлттық ғылыми орталығының 2024 жылғы дерегі бойынша жалпы тәжірбие дәрігерлерінің арасында кадрлардың ауысуы кейбір аймақтарда 40% асқан.

4.2. МӘМС жағдайында МСАК көмектің қолжетімділігі мен сапасын қамтамасыз етудің ұйымдастырушылық және экономикалық тұрғыдан ғылыми негізделген жүйесі

Денсаулық сақтауды сапалы жаңа даму деңгейіне көтеру тек медициналық қызметтерді, ең алдымен, МСАК қызметтерін көрсету технологиясын түбегейлі өзгерту арқылы ғана қол жеткізуге болады. Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесіне көшу Қазақстанда медициналық көмектің қаржыландыру механизмін түбегейлі өзгертіп, алғашқы медициналық-санитариялық көмектің (МСАК) рөлін күшейтті. Халықтың денсаулығын нығайту, ауруларды ерте анықтау, тиімді басқару және шығындарды тиімді үлестіру – МСАК-тың негізгі стратегиялық бағыттары болып табылады. Осыған байланысты МӘМС аясында МСАК қызметінің қолжетімділігі мен сапасын арттыруға бағытталған ұйымдастырушылық және экономикалық тетіктерді жетілдіру ерекше мәнге ие. МӘМС жағдайында МСАК көмектің қолжетімділігі мен сапасын арттыру үшін медициналық ұйым тек клиникалық емес, сонымен бірге экономикалық және менеджменттік әдістерді қатар дамытуды қажет етеді.

МСАК - тің жұмысын заманауи ұйымдастыру "жеке, реактивті моделінен" командалық, профилактикалық және цифрлық модельге біртіндеп ауысып жатыр.

1. Топтық жұмыс (team-based care) Жалпы тәжірибелік дәрігер оқшауланбай, команда құрамында жұмыс істейді. Бұл әсіресе созылмалы аурулардың өсуіне және мультиморбидтілікке байланысты маңызды о профилактикалық тексерулер және скрининг. Медициналық көмекті үйлестіру ЖТД алғашқы медициналық көмек, бейінді мамандар, стационар, оңалту және әлеуметтік қызметтер арасындағы пациенттің маршрут үйлестірушісі болады.

2. Жаңа ұйымдастырушылық модельдер. Кеңейтілген жалпы дәрігерлік практика, интеграцияланған медициналық - әлеуметтік көмек, мамандандырылған амбулаториялық көмек орталықтары және үйдегі клиникалар сияқты форматтар енгізілуде.

Орта медициналық персоналдың рөлін кеңейту. Дәрігерлерді түсіруге және базалық қызметтердің қолжетімділігін арттыруға мүмкіндік беретін дербес мейіргерлік қабылдау енгізілуде.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 15 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-270/2020. Резидентурада мемлекеттік тапсырысты орналастыру, оқуға қабылдау және медицина кадрларын даярлау қағидаларын

бекіту туралы бұйрығына сәйкес 7R09138 - Отбасылық медицина мамандығы бойынша резидентура бағдарламасы бойынша мамандар дайындалып жатыр.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 24 тамыздағы № ҚР ДСМ-90 бұйрығына сәйкес, Отбасылық дәрігер – отбасы мүшелеріне бастапқы медициналық-санитариялық көмек көрсету бойынша арнайы көпбейінді даярлықтан өткен және денсаулық сақтау саласындағы маман сертификатына ие дәрігер, яғни бейінді мамандардың бірқатар функциялары орындай алады. Жаңа кәсіби деңгейде дайындалған мамандарды толыққанды және тиімді пайдалану үшін қолданыстағы нормативті құжаттарды жетілдіру қажет.

МСАК деңгейінде медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру бағытында үнемді технологияның негізгі принциптерін пайдалану қажет. Алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсетуде үнемді өндіріс қағидаттарын пайдалану ақауларды болдырмауға, күту уақытын қысқартуға, пациенттердің қанағаттанушылығын арттыруға, медицина қызметкерлерінің еңбек шығындарын азайтуға, еңбек сапасы мен өнімділігін арттыруға бағытталған.

Үнемді технологияның негізгі қағидалары шетелдік авторлардың көпшілігінің пікірінше жалпы дәрігерлік (отбасылық) практикалар қызметіне ақы төлеудің жан басына шаққандағы қаржыландырудағы неғұрлым қолайлы нысаны деп санайды (Потапов И.В., Овчинников Д.А., В.А. Бойков, 2020, С.В. Барановская, 2021).

Денсаулық сақтау министрлігінің 2026 жылдан бастап амбулаториялық мекемелерде еңгізілуге ұсынып отырған ішінара қор ұстау тәсілі қызмет көрсетушілерді неғұрлым экономикалық тиімді әрекеттерге итермелеген жаңа жүйе. Бұл ретте жан басына шаққандағы нормативте ЖТД өз қызметіне ғана емес, амбулаториялық-емханалық буынның басқа қызметтеріне де ақы төлеу көзделеді.

Қор ұстаудың артықшылықтары - еңбек қарқындылығын арттыруға үнемді технологияның негізгі принциптерін пайдалануға мүмкіндік береді, алғашқы буындағы медициналық көмектің сапасын арттырады.

МСАК мекемелерінің медициналық көмек көрсету сапасын жақсартуға бағытталған ұсыныстар схемасы төменде келтірілген (31-сурет).



Сурет 31 – МСАК мекемелерінің медициналық көмек көрсету сапасын жақсарту сызбасы

1. Қолжетімділікті арттыру. Сауалнама нәтижесі бойынша пациенттердің 42%-ы дәрігер қабылдауына уақытылы жазыла алмады. Бұл МСАК қызметтерінің қолжетімділігінің төмендігін көрсетті. ҚР «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексында қолжетімділік қағидаты негізгі ұстанымдардың бірі болып белгіленген. Осыған байланысты алдын ала жазу жүйесін жетілдіру, қабылдау уақытын тиімді жоспарлау және мамандардың функционалдық міндеттерін қайта қарау қажет.

2. Пациенттерді стратификациялау - бұл емдеу нәтижесіне, асқыну қаупіне немесе басқа клиникалық параметрлерге әсер етуі мүмкін белгілі бір критерийлерге немесе сипаттамаларға негізделген пациенттерді біртекті кіші топтарға (қабаттарға) бөлу процесі. Мұндай бөлудің мақсаты - емдеуді, оңалтуды, тәуекелдерді бағалауды немесе зерттеуді дәлірек жоспарлау үшін топтар құру.

Жиналған ақпарат негізінде пациенттер тәуекел (қатерлі) топтарының біріне жатады:

- төмен қатерлі. Негізінен сау адамдар, олар үнемі скринингтер мен профилактикалық тексерулерді қажет етеді.

- орташа қатерлі. Бір бақыланатын созылмалы ауру бар-пациентті бақылау және оқыту қажет.

- жоғары қатерлі. Бақыланбайтын созылмалы ауру, бірнеше қатар жүретін аурулар, дәрі-дәрмектердің күрделі өзара әрекеттесуі. Мұндай пациенттерге көбінесе арнайы қолдау бағдарламалары қажет: жиі бару, үйде патронаж, пациенттер мектептері.

- -те жоғары қатерлі. Ауыр, өмір сүру ұзақтығын шектейтін аурулар - бұл жерде паллиативті көмекпен үйлестіру қажет болуы мүмкін

Стратификациядан кейін әр топ үшін өз траекториясы құрылады: емтихандардың жиілігі, емтихандар жиынтығы, бейінді мамандардың кеңестерінің қажеттілігі, пациентті оқыту бағдарламалары (мысалы, қант диабеті немесе гипертония). Бұл тәсіл көмекті жекелендірілген және тиімді етуге, сондай-ақ денсаулық сақтау жүйесінің ресурстарын ұтымды пайдалануға көмектеседі

3. Медицина қызметкерлерінің функционалдық міндеттерін қайта қарау. Кеңейтілген жалпы дәрігерлік практика, интеграцияланған медициналық - әлеуметтік көмек ұйымдастыру МСАК қызметкерлерінің функцияларын реттеуді (психологтар, әдеуметтік қызметкерлер, орта буын т.б.) қажет етеді, себебі зерттеу көрсеткендей қызметтері кәсіби деңгейіне сәйкес нақтыланбау қызметтердің қосарлана атқарылуына, науқастардың негізсіз әртүрлі мамандарға жүгінуіне және медициналық көмектің сапасын төмендетіп, қосымша шағым тууына алып келеді. Бұл үшін пациенттерді маршруттау бизнес-процестерін кеңінен қолданып, оның технологиясын кәсіби түрде игері керек.

МСАК-та қызмет сапасының маңызды көрсеткіші – пациенттің клиникалық жолының нақты және жылдам ұйымдастырылуы. Стандарттарға сай маршруттау схемаларын әзірлеу келесі нәтижелерге жеткізеді:

- күту уақытын қысқарту;
- бейінді мамандарға түсетін шамадан тыс жүктемені азайту;
- пациенттің жоғалып кетуін болдырмау;
- жедел кері байланыс пен бақылау жүйесін қалыптастыру.

Бұл процесті электрондық ақпараттық жүйелермен автоматтандыру тиімділікті арттырады.

4. Кадрларды даярлау. Зерттеу барысында ЖТД дәрігерлерінің 30%-ы менеджмент пен экономика негіздерін білмейтіні анықталды. Бұл учаскелік деңгейде ресурстарды тиімсіз пайдалануға алып келеді. Сондықтан оқу бағдарламасына менеджмент пен экономика пәндерін енгізу, практикалық дағдыларға басымдық беру және WONCA-ның халықаралық стандарттарын қолдану қажет.

5. Құжаттама және сапаны бақылау. Зерттеу нәтижелері көрсеткендей, дәрігерлердің 27%-ы артық құжаттамаға уақыт жоғалтатынын мойындады. Дәрігерлердің компьютерді пайдалану мүмкіндігін арттыру, жүйенің тұрақтылығын қамтамасыз ету қажет. ҚР ДСМ №135/2020 бұйрығында электрондық құжаттама енгізу көзделгенімен, іс жүзінде толық орындалмаған. Осыған байланысты медициналық құжаттаманы оңтайландыру, электрондық жүйелерді дамыту және сапаны басқару комитеттерін енгізу қажет.

5. Тиімділік көрсеткіштерін енгізу. Дәрігерлерге кезек күту, консультацияларды ұзақ күту және бір тексеру үшін емханаға бірнеше рет бару қажеттілігі қазақстандықтардың наразылығының ең көп тараған себептерінің бірі болып қала береді.

Қазіргі қолданыстағы индикаторлар МСАК қызметінің кешенді бағасын бермейді. Мысалы, жедел жәрдем және стационарлық қызметтің көрсеткіштерімен үйлесімсіздіктер бар. Сондықтан бірыңғай индикаторлық жүйе әзірлеу қажет, оған қолжетімділік, сапа, тиімділік, кадрлық және инфрақұрылымдық индикаторлар кіруі тиіс. Бұл жүйе МСАК сапасын ұлттық деңгейде бағалауға мүмкіндік береді.

6. Нормативтік-құқықтық актілерді жетілдіру. Қолданыстағы стандарттар мен талаптар халықаралық тәжірибеге толық сәйкес емес. WONCA стандарттарымен салыстырғанда бірқатар олқылықтар бар. Сондықтан нормативтік-құқықтық актілерді өзектендіру және МСАК мамандарының құзыреттерін қайта қарау қажет.

Ішінара қор ұстауды енгізуді ескере отырып, ЖПД және БМД (бейінді маман дәрігер) функционалына қосымша енгізу керек. Мәселенің бір шешімі – бейінді мамандардың (кардиолог, эндокринолог, невропатолог және т.б.) функцияларының белгілі бір бөлігін жалпы практика дәрігерлері (ЖПД) мен орта медициналық қызметкерлерге (ОМК) беру. Амбулаториялық деңгейде белгілі қызметтерді қосымша жеткізуші форматына (жеке жеткізушілер) беру – медициналық көмектің инновациялық технологиялардың енуіне, түрлерін көбейтуге, сапалық бәсекелестікті арттыруға және шығынды төмендетуге бағытталған шара.

Бұл тәсілдер медициналық ұйымға екі артықшылық береді:

- мамандандырылған көмектің шамадан тыс жүктелуін азайту;
- пациентке жедел, қолжетімді, үздіксіз қызмет көрсету.

7. МСАК тұрақтылығын қамтамасыз етуге бағытталған үшін міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру төлем жүйесін түбегейлі жетілдіру қажет. Бұл арқылы бір емдік емханадан топтық емдеу клиникасына, дәрігерге бағытталған емдеу қызметінен мультидисциплинарлы мамандарды қамтитын алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету бригадасының қызметіне және ақылы төлем жүйесінен аралас әдіске ауысуға мүмкіндік беру керек.

8. Денсаулық сақтау саласында үнемді технологияларды қолдану - денсаулық сақтаудағы медициналық қызметтің қауіпсіздігі мен сапасын, көрсетілетін қызметтің уақтылығы мен толықтығын қамтамасыз ететін медициналық көмек. Бұл бағытта басқа мемлекеттерде енгізілген "үнемді" емхана- пациенттердің мүдделерінің басымдығын сақтауға бағытталған, пациентке медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру оның уақытын ұтымды пайдалануды ескере отырып, жоғары- медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігін қамтамасыз ету- медициналық қызмет көрсету жағдайларының жайлылығы, көрсетілген қызметтер деңгейіне қанағаттанушылықты арттыру.

Денсаулық сақтау министрлігінің 2026 жылдан бастап амбулаториялық мекемелерде енгізілуге ұсынып отырған ішінара қор ұстау тәсілі қызмет көрсетушілерді неғұрлым экономикалық тиімді әрекеттерге итермелеген жаңа жүйе. Бұл ретте жан басына шаққандағы нормативте ЖТД өз қызметіне ғана емес, амбулаториялық-емханалық буынның басқа қызметтеріне де ақы төлеу көзделеді.

Үнемді технологияның негізгі қағидалары шетелдік авторлардың көпшілігінің пікірінше жалпы дәрігерлік (отбасылық) практикалар қызметіне ақы төлеудің жан басына шаққандағы қаржыландырудағы неғұрлым қолайлы нысаны деп санайды.

Қор ұстаудың артықшылықтары - еңбек қарқындылығын арттыруға үнемді технологияның негізгі принциптерін пайдалануға мүмкіндік береді, алғашқы буындағы медициналық көмектің сапасын арттырады.

Қазақстандағы "Қамқор емхана" тұжырымдамасы алғашқы медициналық-санитарлық көмекті (МСАК) неғұрлым ыңғайлы, қауіпсіз және пациентке бағдарланған етуге бағытталған өзгерістердің тұтас жүйесі. Басты мақсат-адамдардың амбулаториялық жағдайда медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігіне қанағаттануын арттыру. Ол үшін емханалар жұмысының логикасы өзгертіледі: алдын алуға, ауруларды ерте анықтауға және барлық буындардың үйлесімді жұмысына баса назар аударылады. Тұтастай алғанда, "Қамқор емхана" тұжырымдамасы-жүйені неғұрлым белсенді, пациентке бағдарланған және тиімді етуге бағытталған Қазақстандағы МСАК-ты неғұрлым кең реформалаудың бір бөлігі.

Ұсынылған іс-шаралар МСАК - тың үздік тәжірибелер орталықтарында жинақтап, «үнемді емхана» пилоттық жобасын енгізіп, тиімді әдістерді масштабтауға мүмкіндік береді. Медициналық ұйымның жаңа моделі «үнемді алғашқы медициналық-санитарлық алғашқы көмек " - бұл медициналық пациенттің қажеттіліктеріне бағытталған, негіз ретінде пациенттің уақытын ұтымды пайдалану құндылығын ескере отырып, оған медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыруға, медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігін арттыруға, медициналық қызмет көрсету жағдайларының жайлылығын қамтамасыз етуге, көрсетілген қызметтер деңгейіне қанағаттанушылықты арттыруға бағытталған.

Басты мақсат-адамдардың амбулаториялық жағдайда медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігіне қанағаттануын арттыру. Ол үшін емханалар жұмысының логикасы өзгертіледі: алдын алуға, ауруларды ерте анықтауға және барлық буындардың үйлесімді жұмысына баса назар аударылады.

ҚОРЫТЫНДЫ

1. 2020–2024 жылдар аралығындағы МӘМС жүйесінде қамтылған адамдардың саны 81,3 % -82,4 % аралығында болды. Жарна төлеу тәртібінің уақтылы орындалмауына байланысты МӘМС қамтылған адамдардың саны мен медициналық көмек алуға құқығы бар тұлғалар саны арасында алшақтық 1-1,9 млн (8,4–10,0%) адам болды.

2. 2020-2024 жылдар аралығында емханаға барған науқастардың жалпы тәжірибелі дәрігерлерге $52,62 \pm 0,24\%$ дан $44,3 \pm 0,12\%$ дейін төмендеген, негізгі 8 бейінді мамандарға жүгіну $44,51 \pm 0,24\%$ дан $51,46 \pm 0,12\%$ ға, мамандандырылған бейінді мамандарға $2,90 \pm 0,08\%$ дан $5,27 \pm 0,06\%$ -ға өскен, яғни бейінді мамандарға қолжетімділік арта бастаған. Талдау кезінде анықталған медициналық көмектің ақаулар саны тұрақты түрде өсіп отырған, сәйкесінше қаржылық алып қою көлемі де айтарлықтай артқан медицина мекемелерінің басқару деңгейінде олқылықтардың алдын алу бағытында жүйелі жұмыстар жүргізілмегенін көрсетеді және де ішкі аудит қызметінің нәтижесінің жаңа талаптарға сай келмегенін көрсетеді.

3. Талдау нәтижелері медициналық кеңес-диагностикалық қызметтердің 10000 сақтандырылған халыққа қолжетімділігі анықталды. Қызмет көрсету туралы сандық деректерді талдау халықтың әртүрлі топтары үшін қызметтердің қолжетімділік деңгейін және сұраныс көлемін анықтауға, шығындарды оңтайландыруға және алғашқы медициналық көмек жүйесінде ресурстарды тиімді пайдалануға көмектеседі.

4. Сауалнаманың нәтижесінде респонденттердің көпшілігінде (83,6%) емхананы тандау еркіндігі болды. Мамандарға жүгінудің негізгі бөлігі (67,0%) жалпы тәжірибелік дәрігерге жіберілді. Күту ұзақтығы: Азаматтардың жартысы (53,3%) 15 минуттан аз уақыт тіркеуді күтті, бұл медициналық қызметтердің қолжетімділік деңгейін көрсетеді. Сауалнамаға қатысушылардың тек 27,0%-ы көрсетілетін қызмет сапасына толық қанағаттанатынын, 42,4%-ы жартылай, ал 30,6%-ы мүлдем қанағаттанбайтынын көрсетті. Күндізгі стационарға барған кезде респонденттердің тек 14,3% — ы медициналық қызметтер үшін қосымша ақы төледі, ал 34% - ы дәрі-дәрмектер үшін төледі.

5. АМСК қызметтерінің қолжетімділігі мен тиімділігін арттыруға бағытталған институционалдық өзгерістерді және үнемді технологияның негізгі принциптерін пайдалану МССК қызметтерінің қолжетімділігін арттыруға, ұйымдастырушылық тиімділігін күшейтетін негізгі факторлар болып табылады және бастапқы медициналық көмектің тұрақты дамуын қамтамасыз етеді.

Осы мақсатта әзірленген төмендегі тәжірибелік ұсыныстар міндетті медициналық сақтандыру жағдайында алғашқы медициналық-санитарлық көмектің қолжетімділігі мен сапасын арттыруға бағытталған.

Тәжірибелік ұсыныстар

1. Өңірлік денсаулық сақтау басқармаларына, медициналық мекемелердің басшыларына кешенді зерттеулердің нәтижелері, халықтың нақты қажеттіліктерін ескере отырып, медициналық көмектің сапасын арттыруға және қолжетімділікті

қамтамасыз етуге инновациялық тетіктерді тиімді бағыттарын анықтауда пайдалануға болады.

2. Медициналық мекемелердің басшыларына, құрылымдарының жетекшілеріне МСАК қызметкерлерінің функцияларын реттеуде цифрлық технологиялар мен бизнес-процестерін кеңінен қолдану, оңтайландырылған алгоритмдерін әзірлеу және енгізуге көмектеседі.

3. Денсаулық сақтау саласында үнемді технологияларды қолдану және "Қамқор емхана" бағдарламасын белсенді енгізу - денсаулық сақтаудағы медициналық қызметтің қауіпсіздігі мен сапасын, көрсетілетін қызметтің уақтылығы мен толықтығын қамтамасыз ететін негізгі құрал ретінде пайдалану керек.

4. Мамандарды даярлау, үздіксіз білім беру, сондай-ақ жаңа технологияларды енгізу үшін өңірлік оқу-практикалық орталықтар құру алғашқы медициналық - санитарлық көмектің қолжетімділігі мен сапасын кешенді бағалау жүйесін әзірлеу және енгізу үшін негіз бола алады.

5. Медициналық мекемелердің басшыларына қоғамдық ұйымдармен және қоғамдастық өкілдерімен белсенді қарым-қатынас жасау қажеттіліктер мен кемшіліктерді анықтау үшін, туындаған мәселелерді ұтымды шешу үшін бірлескен бағытта шараларды іске асыруға мүмкіндік береді.

Бұл тәжірибелік ұсыныстар міндетті медициналық сақтандыру шеңберінде алғашқы медициналық-санитарлық көмектің қолжетімділігі мен сапасын кешенді бағалау жүйесін әзірлеу және енгізу үшін негіз бола алады.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Қазақстан Республикасы. "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Кодексі, №360-VI. – Нұр-Сұлтан, 2020. – 4-бап. Қолжетімді сілтеме: <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/K2000000360>
2. Қазақстан Республикасы. «Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы» Қазақстан Республикасының Заңы, №405-V ҚРЗ, 2015 жылғы 16 қараша. Қолданысқа енгізілу күні: 2020 жылғы 1 қаңтар. Қолжетімді сілтеме: <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/Z1500000405>
3. Shurenova M.B., Kurakbayev K.K., Karatayev M.M. Availability and quality of primary health care in the compulsory health insurance system in Kazakhstan // Medicinski Glasnik. – 2024. – Vol. 21, No. 1. – P. 00–00. (Q2, процентиль – 65).
4. Plsek P.E., Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. // BMJ. – 2001. – Vol. 323(7313): 625–628. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1121189>
5. World Health Organization (WHO). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. – Geneva: WHO, 2010. <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
6. World Health Organization (WHO). Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. – WHO's Framework for Action, Geneva, 2007. https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
7. World Health Organization (WHO). Health systems financing: the path to universal coverage. World Health Report 2010. – Geneva: WHO, 2010. <https://www.who.int/whr/2010/en/>
8. Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. – Oxford University Press, 1992.
9. World Health Organization (WHO) & UNICEF. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care, 2018. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
10. Koornneef E., Robben P., Blair I. Healthcare reform in the United Arab Emirates: An analysis of strategy and results. // Health Policy and Planning. – 2012. – Vol. 27(5): 435–443. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs004>
11. International Labour Organization (ILO). Women and Men in the Informal Economy: A Statistical Picture. – Third edition. – Geneva: ILO, 2018. https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_626831/lang--en/index.htm
12. OECD. Health at a Glance: Europe 2022. – Paris: OECD Publishing, 2022.
13. Kringos D.S., Boerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B. Building Primary Care in a Changing Europe. – WHO Regional Office for Europe, 2015.
14. Rechel B., Jakubowski E., McKee M., Nolte E. Organization and financing of public health services in Europe: Country reports. – WHO Regional Office for Europe, 2018.

15. Қазақстан Республикасы. "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Кодексі, №360-VI, 2020 жылғы 7 шілде. → 87-бап, 1-тармақ және 90-бап. <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/K2000000360>
16. World Health Organization (WHO). Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. – Geneva: WHO, 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037227>
17. Шуренова М.Б., Құрақбаев Қ.Қ., Каратаев М.М. Міндетті медициналық сақтандыру жүйесінде медико-санитарлық алғашқы көмектің қолжетімділігі мен сапасын кешенді бағалау // Фармация Казахстана. – 2023. – №3. – Б. 234–239.
18. Қазақстан Республикасы Цифрлық даму, инновациялар және аэроғарыш өнеркәсібі министрлігі. "eHealth" – электрондық денсаулық сақтау жүйесін дамыту тұжырымдамасы (2020–2025 жж.)
19. Шуренова М.Б., Құрақбаев Қ.Қ., Каратаев М.М. Анализ количественных и качественных показателей, характеризующих доступность и качество оказываемых услуг первичной медико-санитарной помощи // Фармация Казахстана. – 2024. – №2. – С. 165–172.
20. National Academy of Sciences (NAS), USA. Hospital volume and quality of care: Resources and outcomes. – Washington, DC: NAS, 2005.
21. World Bank. Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide. – Washington, D.C.: World Bank, 2006.
22. OECD/WHO. OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011. – Paris: OECD Publishing, 2011. <https://doi.org/10.1787/9789264121500-en>
23. World Bank. Out-of-pocket expenditure and access to health care in low-income populations. – Washington, D.C.: World Bank, 2020.
24. Pauly M.V., Blavin F.E. Moral hazard in insurance and how to handle it. // Handbook of Health Economics, Volume 2, 2012.
25. Burström B., Whitehead M., Clayton S., Fritzell S., Vannoni F. Health equity in Sweden: The role of voluntary health insurance. // International Journal for Equity in Health. – 2017. – Vol. 16, Article 9. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0510-2>
26. Häkkinen U., Lehto J. Reforming health care in Finland: the fate of efforts to reduce inequalities. // Journal of Health Politics, Policy and Law. – 2005. – Vol. 30(1-2): 231–252.
27. Richardson E., Malakhova I., Novik I., Famenka A. Health systems in transition: Belarus health system review. // WHO Regional Office for Europe, 2013.
28. Jehu-Appiah C., Aryeetey G., Spaan E., Agyepong I., Baltussen R. Household perceptions and their implications for enrolment in the National Health Insurance Scheme in Ghana. // Health Policy and Planning. – 2011. – Vol. 27(3): 222–233. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr032>
29. Mazza D., Pearce C., Turner L.R., et al. General Practice and the Chronic Disease Management Plan: The Medicare items and the evidence. // Medical Journal

of Australia. – 2010. – Vol. 193(2): 95–99.
<https://www.mja.com.au/journal/2010/193/2>

30. World Health Organization (WHO). Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. – Geneva: WHO & World Bank, 2023.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240074345>

31. Biggs A. Medicare – Background Brief. – Parliament of Australia, 2016.
https://www.aph.gov.au/About_Parliament/Parliamentary_Departments/Parliamentary_Library/pubs/rp/rp1617/Quick_Guides/Medicare

32. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare. – FRA Report, 2013.
<https://fra.europa.eu/en/publication/2013/inequalities-and-multiple-discrimination-healthcare>

33. World Health Organization (WHO). Global monitoring report on financial protection in health 2021. – Geneva: WHO & World Bank, 2021.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240040951>

34. World Health Organization (WHO). Social Determinants of Health. – Geneva: WHO, 2010. <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>

35. Jakab M., Kringos D.S., et al. Health systems in transition: Russian Federation health system review. – WHO Regional Office for Europe, 2021.

36. World Health Organization (WHO). Public financing for health in developing countries: A comparative analysis. – Geneva: WHO, 2021.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240043891>

37. Lagomarsino G., Garabrant A., Adyas A., Muga R., Otoo N. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. // *The Lancet*. – 2012. – Vol. 380(9845): 933–943.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61147-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61147-7)

38. Fotaki M. Why and how is compassion necessary to provide good quality healthcare? // *International Journal of Health Policy and Management*. – 2015. – Vol. 4(4): 199–201.

39. World Health Organization (WHO). Extending health insurance coverage to informal sector populations: Lessons from international experience. – WHO Policy Brief, 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039481>

40. asu S., Andrews J., Kishore S., Panjabi R., Stuckler D. Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: a systematic review. // *PLoS Medicine*. – 2012. – 9(6): e1001244.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001244>

41. Escobar M.L., Griffin C.C., Shaw R.P. The Impact of Health Insurance in Low- and Middle-Income Countries. – Brookings Institution Press, 2011.

42. Giedion U., Alfonso E.A., Díaz Y. The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence. // *The World Bank*, 2013. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-9458-5>

43. Doiron D., Kettlewell N. The effect of private hospital insurance on the utilization of hospital care in Australia. // Health Economics. – 2018. – Vol. 27(6): 1024–1039. <https://doi.org/10.1002/hec.3653>
44. WHO. Health financing for universal coverage: What is universal coverage? – World Health Organization, 2020. <https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage>
45. Kutzin J., Yip W., Cashin C. Alternative financing strategies for universal health coverage. // The World Bank, 2016. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0610-0>
46. Glied S., Jackson A. The Future of Private Insurance in Health Care Reform. // The New England Journal of Medicine. – 2017. – Vol. 377(12): 1100–1102. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1708215>
47. Cheng T.M. Reflections on the 20th anniversary of Taiwan's single-payer National Health Insurance System. // Health Affairs. – 2015. – Vol. 34(3): 502–510. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.1332>
48. Mossialos E., Wenzl M., Osborn R., Sarnak D. International Profiles of Health Care Systems. – The Commonwealth Fund, 2020. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund>
49. Anderson G.F., Hussey P., Petrosyan V. It's the Prices, Stupid: Why the United States Is So Different from Other Countries. // Health Affairs. – 2019. – Vol. 38(1): 87–95. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05144>
50. Garfield R., Orgera K., Damico A. The Coverage Gap: Uninsured Poor Adults in States that Do Not Expand Medicaid. // Kaiser Family Foundation, 2021. <https://www.kff.org>
51. Sommers B.D., Baicker K., Epstein A.M. Mortality and Access to Care among Adults after State Medicaid Expansions. // New England Journal of Medicine. – 2012. – Vol. 367(11): 1025–1034. <https://doi.org/10.1056/NEJMs1202099>
52. Roland M., Guthrie B. Quality and Outcomes Framework: What have we learnt? // BMJ. – 2016. – Vol. 354: i4060. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4060>
53. Smith P.C., Mossialos E., Papanicolas I., Leatherman S. Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects. // WHO, 2009. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107916>
54. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Defining the PCMH. <https://www.ahrq.gov/>
55. Accreditation Association for Ambulatory Health Care (AAAHC). Medical Home Standards Handbook. – 2009. <https://www.aaahc.org>
56. Guyatt G.H., Feeny D.H., Patrick D.L. Measuring Health-Related Quality of Life. // Annals of Internal Medicine. – 1993. – Vol. 118(8): 622–629. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-118-8-199304150-00009>

57. Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). Standards for General Practices. 4th Edition. – RACGP, 2010.
58. National Committee for Quality Assurance (NCQA). PCMH Recognition Program Overview. <https://www.ncqa.org/programs/health-care-providers-practices/patient-centered-medical-home-pcmh/>
59. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). How NICE develops indicators for QOF. <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/into-practice/indicators>
60. Health Quality and Accreditation Committee. Primary Health Care Accreditation Framework. – 2021.
61. WHO. Primary Health Care Systems (PRIMASYS): case studies from Australia and the United States. Geneva: World Health Organization, 2020.
62. World Health Organization (WHO). Research for universal health coverage: World health report 2013. Geneva: WHO, 2013.
63. World Health Organization (WHO). Extending social health protection: developing a framework for measuring progress. Geneva: WHO, 2021.
64. ILO & WHO. Extending health coverage to informal economy workers: lessons from international experience. Geneva: International Labour Organization & World Health Organization, 2021.
65. Қазақстан Республикасының Кодексі «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» (№360-VІ ҚРЗ, 7 шілде 2020 ж.). – adilet.zan.kz құқықтық ақпараттық жүйесі.
66. World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Geneva: WHO, 1978.
67. Ахметов С.Қ. Денсаулық сақтау жүйесі: оқулық. — Алматы: Медицина, 2020. — 256 б.
68. Қазақстан Республикасының Президенті. (1998). «Халық денсаулығы» мемлекеттік бағдарламасы туралы: Қазақстан Республикасы Президентінің 1998 жылғы 16 қарашадағы № 4153 Жарлығы. – ҚР Президентінің ресми актілері жинағы, 1998.
69. Голобородько Е.В. Становление и развитие семейной медицины в Казахстане // Вестник КазНМУ. — 2012. — №4. — С. 85–88.
70. Қазақстан Республикасы Үкіметі. «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы (2011–2015 жж.) – Астана, 2010.
71. World Health Organization. Sixty-fourth session of the WHO Regional Committee for Europe. Copenhagen, 15–18 September 2014. Summary report. WHO Europe, 2014.
72. Қазақстан Республикасының «Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы» Заңы, 2015 жылғы 16 қарашадағы № 405-V ҚРЗ.
73. Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2019 жылғы 26 қарашадағы № 870 қаулысы. «Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесін кезең-кезеңімен енгізу туралы». Қазақстан Республикасының «Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы» Заңы (2015 ж., № 405-V ҚРЗ).

74. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2020 жылғы 21 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-272/2020 бұйрығы. «Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде көрсетілетін медициналық көмектің тізбесін бекіту туралы».

75. Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының ресми ақпараты – fms.kz сайты немесе ҚР ДСМ құжаттары (мысалы: 2021 жылғы Қор қызметінің есебі немесе нормативтік актілерге түсіндірме жазбалар).

76. Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2016 жылғы 1 шілдедегі № 389 қаулысы "Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры" коммерциялық емес акционерлік қоғамын құру туралы Қолжетімді: <http://adilet.zan.kz/kaz/docs/P1600000389>

77. Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының Кодексі
Қабылданған: 2020 жылғы 7 шілде № 360-VI ҚРЗ
208-бап. Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі
Қолжетімді: <http://adilet.zan.kz/kaz/docs/K2000000360>

78. "Қоғамдық кеңестер туралы" Қазақстан Республикасының Заңы
Қабылданған: 2015 жылғы 2 қараша № 383-V ҚРЗ
Қолжетімді: <http://adilet.zan.kz/kaz/docs/Z1500000383>

79. Ахметов С.Қ. Денсаулық сақтау жүйесі: оқулық. – Алматы: Медицина, 2020. – 256 б.

80. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау кодексі. – Астана, 2020. – 120 б.

81. World Health Organization. Primary Health Care – Report 2018. – Geneva: WHO Press, 2018. – 180 p.

82. Назарбаев Н.Ә. Қазақстан жолы – 2050: Бір мақсат, бір мүдде, бір болашақ. – Астана: Елбас баспасы, 2014. – 44 б.

83. ҚР Денсаулық сақтау министрлігі. МӘМС туралы ақпараттық жинақ. – Астана, 2022. – 84 б.

84. Бейсекова С.Х. Медициналық қызмет көрсету сапасы. – Алматы: Дәуір, 2021. – 143 б.

85. WHO. Global Health Expenditure Database [Электрондық ресурс]. – Қолжетімді: <https://apps.who.int/nha/database> (қол жеткізілген күні: 12.09.2022).

86. Қазақстан Республикасы Статистика агенттігі. Денсаулық сақтау көрсеткіштері. – 2023.

87. Төлегенов Ә.М. Қоғамдық денсаулық сақтау. – Алматы: Университет баспасы, 2021. – 198 б.

88. Құрманбекова Г.Н. Медициналық этика және деонтология. – Астана: МедПресс, 2020. – 100 б.

89. WHO. Universal Health Coverage Monitoring Report 2021 [Электрондық ресурс]. – Қолжетімді: <https://www.who.int/data/uhc> (қол жеткізілген күні: 03.03.2023).

90. OECD. Health at a Glance 2022. – Paris: OECD Publishing, 2022. – 192 p.

91. Әбілдина С.Р. Қазақстанда МӘМС жүйесінің тиімділігі. // Медициналық журнал. – 2021. – №3. – Б. 45–49.
92. ҚР Президенті жанындағы стратегиялық зерттеулер институты. – МӘМС жүйесі: талдау және ұсыныстар. – Астана, 2021.
93. World Bank. Kazakhstan Health System Review. – Washington D.C.: WB Press, 2022.
94. WHO. Essential Medicines List 2021. <https://www.who.int/medicines>. 28.11.2023.
95. ҚР Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі. – Медициналық сақтандыру статистикасы. – 2022.
96. Мақашева Н.Ж. Медициналық ұйымдардың қызметін ұйымдастыру. – Шымкент: Айгүл баспасы, 2020. – 96 б.
97. Қазақстан Республикасының «Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы» Заңы. – 2015 ж., №405-V ҚРЗ.
98. UNICEF. Healthcare Access and Equity in Central Asia. – New York, 2021.
99. WHO. Digital Health Strategy 2020–2025 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>. 14.06.2022.
100. Жұмағалиева Л.Т. Медициналық құқық негіздері. – Алматы: Эверо, 2023. – 112 б.
101. Anderson G. International comparisons of health systems. // Health Affairs. – 2021. – Vol. 40, №5. – P. 799–807.
102. Қазақстан Республикасы Үкіметі. – МӘМС бойынша азаматтардың құқықтары мен міндеттері. – НҚА, 2022.
103. WHO. Health Systems Strengthening Glossary. <https://www.who.int/health-systems>. 01.02.2024.
104. Асанова А.М. Емдеу-алдын алу ісіндегі ақпараттық технологиялар. – Алматы: КазМУ, 2022. – 152 б.
105. Актоты А., Мырзабек А. Медициналық статистика. – Астана: Nur Press, 2020. – 78 б.
106. Health Insurance Fund of Kazakhstan. Annual Report 2022. – Астана, 2023.
107. Әбілов А.С. Халықтың денсаулығын қорғаудың құқықтық негіздері. – Алматы. - 2021.
108. UNDP Kazakhstan. Health Sector Resilience Report. – 2021.
109. Ермекбаева Р.М. Алғашқы медициналық көмек көрсетудің тиімділігі. // ҚР Медицинасы. – 2022. – №2. – Б. 17–21.
110. WHO. Immunization coverage estimates by country [Электрондық ресурс]. – Қолжетімді: <https://www.who.int/data/gho> (қол жеткізілген күні: 19.04.2023).
111. ҚР Ұлттық экономика министрлігі. – МӘМС-ке қатысушылар туралы есеп. – 2023.
112. Макарова Е.Р. Медициналық қызмет сапасын бағалау. – Алматы, 2020.
113. OECD. Health Insurance and Equity. – Paris: OECD Publishing, 2022.

114. WHO. The Global Burden of Disease Report. <https://www.who.int/publications>. 10.10.2021.
115. ҚР Президенті Әкімшілігі. Денсаулық сақтау саласындағы реформалар. – Нұр-Сұлтан, 2021.
116. Асанова Ж.Т. Медициналық сақтандыру экономикасы. – Алматы: Экономика, 2022. – 164 б.
117. WHO. Country Cooperation Strategy: Kazakhstan 2020–2025. <https://www.who.int/docs/kazakhstan-strategy>. 25.08.2023.
118. Қабдолова С., Исабаева А. Қазақстанда медициналық көмектің қолжетімділігі. // Қазақ Медицина Журналы. – 2021. – №4. – Б. 33–38.
119. Ministry of Health of Kazakhstan. Public Health Overview. – Астана, 2022.
120. World Bank. Achieving UHC in Central Asia. – WB Reports, 2023.
121. Қазақстан Республикасы Ұлттық ғылыми медицина орталығы. – Статистика 2023.
122. WHO. UHC Service Coverage Index. <https://www.who.int/uhc-index>. 03.07.2023.
123. Маханова А.С. Денсаулық сақтау жүйесіндегі менеджмент. – Астана: KAZMED, 2021. – 102 б.
124. MedInform.kz. Медициналық ақпараттық жүйелер. <https://medinform.kz>. 11.01.2022.
125. Әлжанова Б.Т. МӘМС жүйесі туралы. – Алматы: Жеті Жарғы, 2023.
126. WHO. Global Health Workforce Statistics. <https://www.who.int/hrh/statistics>. 06.03.2022.
127. WHO. Digital health interventions. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/>. 24.10.2023.
128. ҚР Конституциясы. – Алматы: Жеті Жарғы, 2022. – 96 б.
129. WHO. Medication-related errors: WHO's global initiative to halve medication-related errors within 5 years. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/medication-related-errors/ru/>. 17.11.2022.
130. Allin S., Masseria C., Sorenson C., Papanicolas I., Mossialos E. Measuring Inequalities in Access to Health Care. A Review of the Indices. http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/rn_access_to_care.pdf. 29.10.2022.
131. Altwicker-Hámori S., Stucki M. Factors associated with the choice of supplementary hospital insurance in Switzerland – an analysis of the Swiss Health Survey // BMC Health Serv Res. – 2023. – №23(1). – 264 p.
132. Djahini-Afawoubo D.M., Aguey S.T. Mandatory health insurance and health care utilization in Togo // BMC Health Serv Res. – 2022. – №22(1). – 1520 б.
133. Kagaigai A., Grepperud S. The role of risk preferences: voluntary health insurance in rural Tanzania // Health Econ Rev. – 2023. – №13(1). – 20 p.

134. Kesici Z., Yilmaz V. Insurance-based disparities in breast cancer treatment pathways in a universal healthcare system: a qualitative study // BMC Health Serv Res. – 2023. – №23(1). – 112 p.
135. Lu J., Lin K., Chen R., et al. Health insurance fraud detection by using an attributed heterogeneous information network with a hierarchical attention mechanism // BMC Med Inform Decis Mak. – 2023. – №23(1). – 62 p.
136. Putri N.K., Laksono A.D., Rohmah N. Predictors of national health insurance membership among the poor with different education levels in Indonesia // BMC Public Health. – 2023. – №23(1). – 373 p.
137. Wu J., Qiao J., Nicholas S., et al. The challenge of healthcare big data to China's commercial health insurance industry: evaluation and recommendations // BMC Health Serv Res. – 2022. – №22(1). – 1189 p.
138. Adebayo E.F., Uthman O.A., Wiysonge C.S., et al. A systematic review of factors that affect uptake of community-based health insurance in low-income and middle-income countries // BMC Health Serv Res. – 2015. – №15(1). – 543 p.
139. Atim C., Bhushan I., Blecher M., et al. Health financing reforms for Universal Health Coverage in five emerging economies // J Glob Health. – 2021. – №11. – 16005 p.
140. Cant R.P., Foster M.M. Investing in big ideas: utilisation and cost of Medicare Allied Health services in Australia under the Chronic Disease Management initiative in primary care // Aust Health Rev. – 2011. – №35(4). – 468 p.
141. Fadlallah R., El-Jardali F., Hemadi N., et al. Barriers and facilitators to implementation, uptake and sustainability of community-based health insurance schemes in low- and middle-income countries: a systematic review // Int J Equity Health. – 2018. – №17(1). – 13 p.
142. Kullberg L., Blomqvist P., Winblad U. Health insurance for the healthy? Voluntary health insurance in Sweden // Health Policy. – 2019. – №123(8). – P. 737–746.
143. Lavaste K. Private health insurance in the universal public healthcare system: The role of healthcare provision in Finland // Health Policy. – 2023. – №132. – 104820 p.
144. Mathauer I., Theisling M., Mathivet B., et al. State budget transfers to health insurance funds: extending universal health coverage in low- and middle-income countries of the WHO European Region // Int J Equity Health. – 2016. – №15(1). – 57 p.
145. Meleddu M., Pulina M., Scuderi R. Public and private healthcare services: What drives the choice? // Socioecon Plann Sci. – 2020. – №70. – 100739 p.
146. Osei Afriyie D., Krasniq B., Hooley B. Equity in health insurance schemes enrollment in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis // Int J Equity Health. – 2022. – №21(1). – 21 p.
147. Propper C. The demand for private health care in the UK // J Health Econ. – 2000. – №19(6). – P. 855–876.

148. Umeh C.A., Feeley F.G. Inequitable Access to Health Care by the Poor in Community-Based Health Insurance Programs: A Review of Studies From Low- and Middle-Income Countries // *Glob Health Sci Pract.* – 2017. – №5(2). – P. 299–313.
149. Van Hees S.G.M., O’Fallon T., Hofker M., et al. Leaving no one behind? Social inclusion of health insurance in low- and middle-income countries: a systematic review // *Int J Equity Health.* – 2019. – №18(1). – 134 p.
150. Vian T., Feeley F.G., Domete S., et al. Barriers to universal health coverage in Republic of Moldova: a policy analysis of formal and informal out-of-pocket payments // *BMC Health Serv Res.* – 2015. – №15(1). – 319 p.
151. Zhang C., Fu C., Song Y., et al. Utilization of public health care by people with private health insurance: a systematic review and meta-analysis // *BMC Public Health.* – 2020. – №20(1). – 1153 p.
152. Meng Q., Yuan B., Jia L., et al. Expanding health insurance coverage in vulnerable groups: a systematic review of options // *Health Policy Plan.* – 2011. – №26(2). – P. 93–104.
153. Hayati R., Kabir M.J., Kavosi Z., et al. Legal and policy requirements of basic health insurance package to achieve universal health coverage in a developing country // *BMC Res Notes.* – 2019. – №12(1). – 575 p.
154. Ho V. Refinement of the Affordable Care Act // *Annu Rev Med.* – 2018. – №69. – P. 19–28.
155. Jia L., Yuan B., Huang F., et al. Strategies for expanding health insurance coverage in vulnerable populations. Cochrane Effective Practice and Organization of Care Group // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2014. – №2019(10).
156. Karpman M., Long S.K., Bart L. The Affordable Care Act’s Marketplaces Expanded Insurance Coverage For Adults With Chronic Health Conditions // *Health Aff (Millwood).* – 2018. – №37(4). – P. 600–606.
157. Lu J-F.R., Hsiao W.C. Does Universal Health Insurance Make Health Care Unaffordable? Lessons From Taiwan // *Health Aff (Millwood).* – 2003. – №22(3). – P. 77–88.
158. Papanicolas I., Woskie L.R., Jha A.K. Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries // *JAMA.* – 2018. – №319(10). – 1024 p.
159. Gusmano M.K., Laugesen M., Rodwin V.G., et al. Getting the Price Right: How Some Countries Control Spending In A Fee-For-Service System // *Health Aff (Millwood).* – 2020. – №39(11). – P. 1867–1874.
160. Ercia A. The impact of the Affordable Care Act on patient coverage and access to care: perspectives from FQHC administrators in Arizona, California and Texas // *BMC Health Serv Res.* – 2021. – №21(1). – 920 p.
161. Yahyavi Dizaj J., Na’emani F., Fateh M., et al. Inequality in the Utilization of Rehabilitation Services Among Urban and Rural Households in Iran: A Cross-Sectional Study // *J Rehabil.* – 2020. – №21(3). – P. 336–357.
162. Buntin M., Damberg C., Haviland A., et al. Consumer-directed health care: early evidence about effects on cost and quality // *Health Aff.* – 2006. – №25(6). – P. 516–530.

163. Card D. Immigrant inflows, native outflows, and the local labor market impacts of higher immigration // *Journal of Labor Economics*. – 2001. – №19(1). – P. 22–64.
164. Koornneef E., Robben P., Blair I. Progress and outcomes of health systems reform in the United Arab Emirates: a systematic review // *BMC Health Serv Res*. – 2017. – №17(1). – 672 p.
165. Steel W.F., Snodgrass D. World Bank Region Analysis on the Informal Economy. WEIGONetwork and World Bank PREM Network. – Draft version. – 2012.
166. Charmes J. The informal economy worldwide: trends and characteristics // *Margin: J Appl Econ Res*. – 2012. – №6(2). – P. 103–132.
167. WHO. The World Health Report: Health System Financing: The path to Universal Coverage. – Geneva: WHO Press, 2010.
168. WHO. Universal Health Coverage U.N. General Assembly. Agenda for Sustainable Development. Resolution A/RES/70/1. – 2015.
169. Kutzin J. Anything goes on the path to universal health coverage? // *Bull World Health Organ*. – 2012. – №90. – P. 867–868.
170. Lund F. Work-related social protection for informal workers // *Int Social Security Rev*. – 2012. – №65(4). – P. 9–30.
171. Bonfert A.T., Hennig J., Heymann M., et al. Closing the gap: Health Coverage for Non-Poor Informal-Sector Workers. Joint Learning Network for UHC. – 2015.
172. Bitran R. Universal Health Coverage and the Challenge of Informal Employment. – 2014.
173. William C., Hsiao R.P.S. Social Health Insurance for Developing Nations. – Washington DC: World Bank, 2007.
174. Kutzin J. Anything goes on the path to universal health coverage? // *Bull World Health Organ*. – 2012. – №90. – p. 867–868.
175. Kim G.B., Nguyen P.K., Hoang V.M., Xu K. Simulated systems of family-based health insurance in Vietnam. – 2014.
176. Oxaltin A., Wilson L., Heymann M. Vietnam: Expanding Health Coverage. – Joint Learning Network, 2015.
177. Joint Learning Network for UHC. Coverage to the Informal Sector. – 2014.
178. Acharya A., Vellakkal S., Taylor F., et al. Impact of national health insurance for the poor and the informal sector in low and middle income countries: a systematic review. – London: EPPI-Centre, University of London, 2012.
179. Nguyen H., Knowles J. Demand for voluntary health insurance in developing countries: the case of Vietnam's school-age children and adolescent student health insurance program // *Soc Sci Med*. – 2010. – №71(12). – P. 2074–2082.
180. Bennett S., Creese A., Monasch R. Health insurance schemes for people outside formal sector employment. – Geneva: WHO, 1998.
181. Bonfert A., Martin A., Langenbrunner J. Closing the Gap – The Global Experience Providing Health Insurance Coverage for Informal Sector Workers. Paper presented at The Informal Sector Conference, Yogyakarta, Indonesia. – 2013.

182. Kwon S. Thirty Years of National Health Insurance in South Korea: Lessons for Achieving Universal Health Care Coverage // Health Policy Plan. – 2009. – №24. – P. 63–71.
183. Tangcharoensathien V., Patcharanarumol W., Ir P., et al. Health-financing reforms in southeast Asia: challenges in achieving universal coverage // Lancet. – 2011. – №377. – p. 863–873.
184. Hanvoravongchai P., Hsiao W.C. Thailand: Achieving Universal Coverage with Social Health Insurance // In: Social Health Insurance for Developing Nations. – Washington D.C.: World Bank, 2007.
185. Jeong H.-S. Expanding insurance coverage to informal sector populations: Experience from Republic of Korea. – 2010.
186. Philippines. Republic Act №10606. <http://www.gov.ph/2013/06/19/republic-act-no-10606/>. 21.02.2022.
187. Ozaltin A., Wilson L., Heymann M. China: Expanding Health Coverage to the Informal Sector // Joint Learning Network for Universal Health Coverage. – 2014.
188. Doetinchem O., Carrin G., Evans D. Thinking of introducing social health insurance? Ten questions. Background Paper. – 2010. – №26.
189. Wagstaff A. Social health insurance reexamined // Health Econ. – 2010. – №19(5). – P. 503–517.
190. Nosratnejad S., Rashidian A., Mehrara M., et al. Willingness To Pay for Social Health Insurance in Iran // Glob J Health Sci. – 2014. – №6(5).
191. Schneider P. Why should the poor insure? Theories of decision-making in the context of health insurance // Health Policy Plan. – 2004. – №19(6). – P. 349–355.
192. Kirigia J.M., Sambo L.G., Nganda B., et al. Determinants of health insurance ownership among South African women // BMC Health Serv Res. – 2005. – №5(17).
193. Mathauer I., Schmidt J.O., Wenyaa M. Extending social health insurance to the informal sector in Kenya // Int J Health Plan Manage. – 2008. – №23(1). – P. 51–68.
194. Jütting J. Health insurance for the poor?: Determinants of participation in community-based health insurance schemes in rural Senegal. – OECD, 2003.
195. Brown W., Churchill C. Insurance provision in low-income communities. Part II. Micro-insurance experiments for the poor. – Bethesda (MD): Development Alternatives Inc., 2000.
196. Asgary A., Willis K., Taghvaei A.A., Rafeian M. Estimating rural households' willingness to pay for health insurance // Eur J Health Econ. – 2004. – №5. – P. 209–215.
197. Ahmed S., Hoque M.E., Sarker A.R., et al. Willingness-to-Pay for Community-Based Health Insurance among Informal Workers in Urban Bangladesh // PLoS One. – 2016. – №11(2).
198. Platteau J.-P., De Bock O., Gelade W. The Demand for Microinsurance: A Literature Review // World Dev. – 2017.

199. Ataguba J., Ichoku E.H., Fonta W. Estimating the willingness to pay for community healthcare insurance in rural Nigeria. <https://ssrn.com/abstract=1266163>. 10.03.2023.
200. Bundorf M.K., Pauly M.V. Is health insurance affordable for the uninsured? // J Health Econ. – 2006. – №5(4). – P. 650–673.
201. Carrin G., Waelkens M.P., Criel B. Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems // Trop Med Int Health. – 2005. – №10(8). – P. 799–811.
202. Kusi A., Enemark U., Hansen K.S., Asante F.A. Refusal to enrol in Ghana's National Health Insurance Scheme: is affordability the problem? // Int J Equity Health. – 2015. – №14(1). – 2 p.
203. Cashin C. United Kingdom: Quality and Outcomes Framework (QOF). – Washington, DC: World Bank, 2011.
204. Lee J.H. Desirable strategies to facilitate primary care in South Korea // Health Insur Policy. – 2011. – №10. – P. 8–23.
205. National Health Service Employers. Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract. – Leeds: NHS Employers, 2013.
206. Agency for Healthcare Research and Quality. Defining the patient centered medical home (PCMH). – Rockville: AHRQ, 2013.
207. National Committee for Quality Assurance. Standards and guidelines for NCQA's Patient-Centered Medical Home (PCMH). – Washington, DC: NCQA, 2011.
208. Accreditation Association for Ambulatory Health Care. Medical home. – Skokie: AAAHC, 2013.
209. National Institute for Health and Care Excellence. About the Quality and Outcomes Framework. – London: NICE, 2013.
210. Royal College of General Practitioners. Practice accreditation and quality practice award. – London: RCGP, 2013.
211. Royal Australian College of General Practitioners. Standards for general practices (4th ed.). – Victoria: RACGP, 2013.
212. National Committee for Quality Assurance. Start to finish: Patient-Centered Medical Home (PCMH) recognition. – Washington, DC: NCQA, 2013.
213. Shurenova M.B., Kurakbayev K.K., Karatayev M.M. Primary healthcare services' accessibility and quality under compulsory social health insurance in Kazakhstan // Frontiers in Public Health. – 2024. – Vol. 12. – P. 00–00. (Q1, процентиль – 76%).
214. Технологии бережливого производства в совершенствовании амбулаторной медицинской помощи: учебное пособие / В.А. Бойков, С.В. Барановская, И.А. Деев и [др.]. – Томск: Изд-во СибГМУ, 2021. – 94 с.
215. Потапов И.В., Овчинников Д.А., Конради А.О. Бережливые технологии в медицинской помощи: текущий статус и дальнейшие возможности в России (аналитический обзор). Вестник ВШОУЗ. Том 6, № 4, 2020 с 76-95 Журнал для непрерывного медицинского образования

ҚОСЫМША А

Медициналық ұйымның МСАК деңгейіндегі қолжетімділігі мен сапасын бағалау бойынша сауалнама

1. Жынысы:
 - 1) Ер
 - 2) Әйел
2. Жасы:
 - 1) 18-29
 - 2) 30-39
 - 3) 40-49
 - 4) 50-59
 - 5) 60 жастан жоғары
3. Сіздің әлеуметтік мәртебеңіз:
 - 1) Мемлекеттік қызметкер
 - 2) Қызметкер
 - 3) Жеке кәсіпкер
 - 4) Өзін-өзі жұмыспен қамтыған
 - 5) Жұмыспен қамту орталығында тіркелген жұмыссыз
 - 6) Оқушы
 - 7) зейнетақы және әлеуметтік төлемдерді алушы
 - 8) мүгедек
4. Білім деңгейіңізді көрсетіңіз:
 - 1) Орта
 - 2) Орта мамандырылған
 - 3) Аяқталмаған орта
- 4) Жоғары
 5. Сіздің отбасылық мәртебеңізді көрсетіңіз:
 - 1) Үйленбеген/бойдақ;
 - 2) Үйленген;
 - 3) Ажырасқан;
 - 4) Жесір;
 - 5) Ресми тіркелмеген некеде тұрмын
 6. Сіз бұл емхананы еркін таңдау құқығымен таңдадыңыз ба?
 - 1) Иә
 - 2) Жоқ
 7. Сіз медициналық ұйымға жүгіндіңіз бе?
 - 1) учаскелік дәрігер-терапевтке
 - 2) учаскелік педиатрға
 - 3) жалпы тәжірибелік дәрігерге (отбасылық дәрігерге)
 - 4) дәрігер-маманға (кардиолог, невропатолог, офтальмолог, стоматолог, хирург, эндокринолог, басқалар) өзге де (диспансерлеу, медициналық тексеру, т. б.)
 8. Тіркеу кезегін қанша уақыт күттіңіз?
 - 1) 15 мин дейін;
 - 2) 30 мин дейін;
 - 3) 45 мин дейін;
 - 4) 1 сағатқа дейін;
 - 5) 1 сағаттан артық;
 - 6) тіркеуге кезек болған жоқ;
 - 7) тіркеушіге жүгінген жоқпын
 9. Сіз емханада созылмалы аурулар бойынша есепте тұрсыз ба?
 - 1) Иә
 - 2) Жоқ
 10. Сіз тағайындалған дәрігердің қабылдауын күту уақыты (үйге шақырылды) тағайындалған сәттен бастап?
 - 1) 24 сағаттан артық
 - 2) 12 сағат
 - 3) 8 сағат
 - 4) 6 сағат
 - 5) 3 сағат
 - 6) 1 сағаттан кем
 11. Сіз медициналық ұйымға бірінші рет жүгінген кезде дәрігерге жазылдыңыз ба (қабылдау уақыты мен дәрігердің аты-жөні көрсетілген талон алдыңыз)?
 - 1) Иә
 - 2) Жоқ

12. Дәрігер сізді белгіленген уақытта қабылдады ма?
1) Иә 2) Жоқ
13. Сіз орта есеппен ұйымдарда учаскелік дәрігерді (терапевт, педиатр, Отбасылық дәрігер, ФАП фельдшері) қабылдауды күтуге қанша уақыт жұмсадыңыз?
1) 15 мин дейін; 2) 30 мин дейін; 3) 45 мин дейін; 4) 1 сағатқа дейін;
5) 1 сағаттан артық;
6) учаскелік дәрігерге қабылдау кезегі болған жоқ; 7) учаскелік дәрігердің қабылдауына бармады
14. Сіздің үйіңізге келгенге дейін учаскелік дәрігердің (терапевт, педиатр, Отбасылық дәрігер, ФАП фельдшері) шақыруынан кейін қанша уақыт өтті?
1) 3 сағаттан кем; 2) 6 сағаттан кем; 3) 6 сағаттан артық; 4) келесі күні бардым 5) бармадым; 6) шақырмады
15. Сіз дәрігердің сізге деген көзқарасына қанағаттанасыз ба (мейірімділік, сыпайылық)?
1) Иә 2) Жоқ
16. Сіз орта есеппен дәрігерді - бейінді маманды (невропатолог, хирург, офтальмолог, отоларинголог және т. б.) қабылдауды күтуге қанша уақыт жұмсадыңыз?
1) 1 сағаттан артық 2) өтініш берген күні қабылдауға келген жоқ 3) 3 күнге дейін күтті
4) мен 5 күнге дейін күттім 5) 7 күнге дейін күтті 6) 10 күннен астам күтті 7) барған жоқпын
17. Сізге тағайындалған диагностикалық зерттеулерді күтуге қанша уақыт жұмсадыңыз?
1) бір күн 2) 2 күннен 3 күнге дейін 3) 3 күннен артық 4) тағайындалмады
18. Сіз, жалпы алғанда, дәрі-дәрмектерге арналған рецепттерді жеңілдетілген және/немесе ақысыз негізде қалай рәсімдегеніңізге қанағаттанасыз ба?
1) Иә 2) Толық емес 3) Жоқ
4) жеңілдікті және / немесе тегін негізде дәрілік препараттарға арналған рецепттер рәсімделмеген
19. Зертханалық зерттеулердің қол жетімділік деңгейін қалай бағалайсыз?
1) толығымен қанағаттамын; 2) ішінара қанағаттандырылды;
3) керісінше қанағаттанбады; 4) қанағаттанбаған; 5) жауап беру қиын
20. Сіз ұйымдағы медициналық көмекті ұйымдастыруға қанағаттанасыз ба (мысалы, кабинеттердің жұмыс режимі, қабылдауға жазылуды ұйымдастыру, талондар беру және т. б.)?
1) Иә 2) Толық емес 3) Жоқ
21. Дәрігер - бейінді маманды (невропатолог, хирург, офтальмолог, отоларинголог және т.б.) қабылдау үшін төлеуге тура келді ме?

- 1) Иә 2) Жоқ
22. Егер " Иә " болса, онда қанша:
- 1) 3 мың теңгеге дейін 2) 5 мың теңгеге дейін 3) 10 мың теңгеге дейін
4) 10 мың теңгеден астам 5) қажет емес еді
23. Сізге учаскелік дәрігер (ЖТД) салауатты өмір салты туралы ақпарат берді ме (әңгіме немесе баспа материалдары түрінде)?
- 1) Иә 2) Жоқ
24. Емханаға барған кезде дәрігердің салауатты өмір салты, психолог, әлеуметтік қызметкер қызметтерін алды ма?
- 1) Иә 2) Жоқ
25. Сіз үйдегі медициналық көмектің сапасына учаскелік дәрігер/ФАП фельдшері немесе медбике қанағаттанасыз ба?
- 1) Иә 2) Толық емес 3) Жоқ
26. Сіздің емханаңыздың (дәрігерлік амбулатория, фельдшерлік-акушерлік пункт) медициналық көмектің қолжетімділік деңгейін қалай бағалайсыз?
- 1) толығымен қанағаттанамын; 2) ішінара қанағаттанамын 3) керісінше қанағаттанбады
4) қанағаттанбаймын 5) жауап беру қиын
27. Учаскелік дәрігердің (ФАП фельдшерінің) немесе бейінді маманның жолдамасы бойынша тексеру кезінде қандай медициналық қызметтер үшін төлеуге тура келді?
- 1) Қанның биохимиялық зерттеулері; 2) Иммуноферментті қан анализі
3) УДЗ 4) ФГДС 5) Рентгенография 6) басқа зерттеулер
7) учаскелік дәрігердің (ЖТД) немесе бейінді маманның жолдамасы бойынша Медициналық қызметтер үшін ақы төлеуге тура келмеді
28. Күндізгі стационарда емделу кезінде медициналық қызметтерге ақы төлеуге тура келді ме?
- 1) Иә 2) Жоқ
29. Күндізгі стационарда емделу кезінде дәрі-дәрмектерді өз қаражатыңыздан қосымша сатып алуға тура келді ме?
- 1) Иә 2) Жоқ
30. Сіз өзіңіздің учаскелік дәрігеріңіздің (ЖТД) біліктілік (кәсібилік) деңгейіне қанағаттанасыз ба?
- 1) Иә 2) Толық емес 3) Жоқ
31. Сіз емханаға (дәрігерлік амбулаторияға, фельдшерлік-акушерлік пунктке) жүгіну нәтижесіне, көрсетілген медициналық көмектің нәтижесіне риза болдыңыз ба?
- 1) Иә 2) Толық емес 3) Жоқ
32. Сіз алған медициналық көмектің сапасын бес балдық шкала бойынша бағалаңыз?
- 1) 5 балл 2) 4 балл 3) 3 балл 4) 2 балл 5) 1 балл
33. Емханаға барған кезде қай маманға жиі жүгінесіз?
- 1) учаскелік ЖТД-ге 2) учаскелік медбике 3) жеке мамандарға

34. Жоғарыда аталған мамандардың қайсысы сіздің денсаулығыңызға көбірек сенеді?

1) учаскелік ЖТД-ге 2) учаскелік медбикеге 3) жеке мамандарға

35. Емхананың (дәрігерлік амбулатория, фельдшерлік-акушерлік пункт) жұмысын ұйымдастыру және медициналық көмек көрсету сапасын жетілдіру бойынша сіздің ескертулеріңізді, тілектеріңізді, ұсыныстарыңызды көрсетіңіз:

ҚОСЫМША Б

Медициналық қызметтерге арналған сауалнама

1. Жынысы:
 - 1) Ер
 - 2) Әйел
2. Жасы:
 - 1) 18-29
 - 2) 30-39
 - 3) 40-49
 - 4) 50-59
 - 5) 60 жастан жоғары
3. Халыққа медициналық көмек көрсетуде қандай жұмыс принципін пайдаланасыз:
 - 1) командалық жұмыс принципі
 - 2) жеке жұмыс принципі
4. Бір науқасты қабылдауға жұмсалған уақыт бойынша, қанағаттанасыз ба:
 - 1) Иә
 - 2) Жоқ
5. Науқастарды алғашқы және қайта қарау үшін уақыт нормасының мөлшерін ажырату қажеттілігі бар ма:
 - 1) Иә
 - 2) Жоқ
6. Норма бойынша белгіленген уақыттың сәйкес келмеуін немен негізінен байланыстырасыз:
 - 1) компьютерлік техниканың сапасыздығы және материалдық жарақтандырудың жеткіліксіздігі
 - 2) білімнің жеткіліксіздігі
 - 3) медбикенің төмен құзыреттілігі
7. Медициналық құжаттаманы (МК) толтыру сапасын өзін-өзі бағалау бойынша негізінен қандай баллмен бағалайсыз:
 - 1) 1 балл
 - 2) 2 балл
 - 3) 3 балл
 - 4) 4 балл
 - 5) 5 балл
8. Тәжірибеңізде клиникалық хаттамаларды (КХ) қолданасыз ба:
 - 1) мүлдем қолданбаймын
 - 2) аптасына бірнеше рет
 - 3) күн сайын
 - 4) кейде
 - 5) КХ-да жазылғандардың барлығын іс жүзінде қолдануға қол жетімсіз
9. Клиникалық хаттамаларды клиникалық практикаға сәтті енгізу үшін:
 - 1) Жұмыс орындарында немесе біліктілікті арттыру курстарында оқыту
 - 2) КХ – ны КМИС – ке бекіту
 - 3) КХ-ды медициналық көмек көрсетудің амбулаториялық кезеңінде науқастарды басқарудан бөлек әзірлеу
10. МСАК жұмысын регламенттейтін нормативтік-құқықтық актілер туралы хабардарсыз ба:
 - 1) Иә
 - 2) Жоқ
11. ЖПД тапшылығы немен байланысты:
 - 1) Жүктеменің ұлғаюы
 - 2) Еңбекақы деңгейінің сәйкес келмеуі
 - 3) Тар мамандармен салыстырғанда ЖПД бойынша үлкен жауапкершілік
 - 4) Шағымданушылар басшылығының қолдауы
 - 5) Барлық жауаптармен келісемін.

ҚОСЫМША В

Ғылыми зерттеу нәтижелерін тәжірибеге енгізу

А К Т

внедрения результатов научно-исследовательской работы

КГП НА ПХВ «Городская поликлиника №1 города Алматы»

Наименование предложения: Анкетирование врачей общей практики на выявление проблем оказания качественной и доступной медико-санитарной помощи.

Авторы: Шуренова М.Б.

Работа внедрена в инициативном порядке в КГП НА ПХВ «Городская Поликлиника №1 города Алматы» с целью определения проблем, связанных с оказанием качественной и доступной медико-санитарной помощи населению и является результатом диссертационной работы.

Форма внедрения: анкетирование врачей общей практики.

Ответственные за внедрение: Жумакожаева М.М.

Исполнитель: Шуренова М.Б.

Эффективность внедрения: Внедрение анкеты позволяет выявить проблемы в оказании качественной и доступной медико-санитарной помощи населению и на основании полученных данных разработать методические рекомендации по улучшению качества оказания медико-санитарной помощи населению.

Срок внедрения: в течение 2022 г.

Председатель комиссии:

Главный врач КГП «Поликлиника №1 города Алматы»

Члены (ответственные за внедрение):

Заместитель главного врача по лечебной работе КГП НА ПХВ «Городская поликлиника №1 города Алматы»

Исполнитель: Докторант КМУ «ВШОЗ»



Заиров А.Г.

Жумакожаева М.М.

Шуренова М.Б.

ҚОСЫМША Г

Мәліметтерді енгізу туралы куәлік

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

СВИДЕТЕЛЬСТВО
О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР
ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ

№ 35996 от «22» мая 2023 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):
ШУРЕНОВА МАХАББАТ БИСЕМБАЕВНА

Вид объекта авторского права: **произведение науки**

Название объекта: **Анализ количественных и качественных показателей, характеризующие доступность и качества оказываемой в первичной медико-санитарной помощи (на примере ОСМС).**

Дата создания объекта: **19.05.2023**

Құжат түзгендігі туралы: <https://www.kazpatent.kz/ru/dokumenty>
"Авторлық құқық" белгісіндегі электронды болжам: <https://copyright.kazpatent.kz>
Подлинность документа возможно проверить на сайте: [kazpatent.kz](https://copyright.kazpatent.kz)
в разделе «Авторское право» <https://copyright.kazpatent.kz>

Подписано ЭЦП

Е. Оспанов

ҚОСЫМША Д

Мәліметтерді енгізу туралы куәлік

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

АВТОРЛЫҚ ҚҰҚЫҚПЕН ҚОРҒАЛАТЫН ОБЪЕКТІЛЕРГЕ ҚҰҚЫҚТАРДЫҢ
МЕМЛЕКЕТТІК ТІЗІЛІМГЕ МӘЛІМЕТТЕРДІ ЕНГІЗУ ТУРАЛЫ

КУӘЛІК

2022 жылғы «28» қараша № 310660

Автордың (ардың) жөні, аты, иесінің аты (егер ол жеке басым куәландыратын хатта көрсетілсе):
ШУРЕЙХА МАХАББАТ БИСЕНБЕКҒАЛИ

Авторлық құқық объектісі: ақпарат жинағы

Объектінің атауы: АНКЕТИРОВАНИЕ ВОИНА ВЫНУЖДЕННО ПРОБЛЕМ ОКАЗАНИЯ
КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ САПАТЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ КОМПЕ
КОРСТУДЫҒА ПРОБЛЕМАТАРЫ АНЫҚТАУ ҮШІН АТҚАРЫЛАТЫНЫ

Объектіні жасаған күні: 02.11.2022

Қазақстан Республикасының Президентінің Жарлығымен
«Авторлық құқық» бағамына тағайындалған. <http://copyright.kazakhstan.kz>

Правительство Республики Казахстан
и Республика Казахстан. <http://copyright.kazakhstan.kz>

ЭЦҚ қол қойылды

Е. Оспанов

Мәліметтерді енгізу туралы куәлік



