

Қарағанды медицина университеті

ӘОЖ 614.2+614.88:658.53

Қолжазба құқығында

**МЕРГЕНТАЙ АЙГУЛЬ**

**Жалпы практика дәрігерлерінің нормативтік жүктемелерін жетілдіру  
жолдарының ғылыми негіздемесі**

6D110200 – Қоғамдық денсаулық сақтау

Философия докторы (PhD)  
дәрежесін алу үшін дайындалған диссертация

Ғылыми кеңесшілері:  
медицина ғылымдарының докторы,  
профессор Д.Б. Кулов,  
медицина ғылымдарының докторы  
В.В. Койков,  
медицина ғылымдарының кандидаты,  
қауымдастырылған профессор  
Б.К. Омарқұлов  
Шетелдік ғылыми кеңесшісі  
медицина ғылымдарының докторы,  
профессор И.М. Сон

Қазақстан Республикасы  
Қарағанды, 2020

## МАЗМҰНЫ

<b>НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР.....</b>	<b>4</b>
<b>АНЫҚТАМАЛАР.....</b>	<b>6</b>
<b>БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР.....</b>	<b>8</b>
<b>КІРІСПЕ.....</b>	<b>9</b>
<b>1 ТҰРҒЫНДАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ–САНИТАРИЯЛЫҚ АЛҒАШҚЫ КӨМЕК КӨРСЕТУ КЕЗЕҢДЕРІ МЕН НОРМАТИВТІК-ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРІН ЗЕРТТЕУ (ӘДЕБИЕТКЕ ШОЛУ).....</b>	<b>13</b>
1.1 Медициналық-санитариялық алғашқы көмек халық денсаулығын қорғаудың негізі ретінде.....	13
1.2 Қазіргі уақыттағы амбулаториялық-емханалық мекемелердің тұрғындарға медициналық-санитариялық алғашқы көмекті ұйымдастырудың дүниежүзілік тәжірибелері .....	16
1.3 Еліміздегі медициналық-санитариялық алғашқы көмек жүйесіндегі жалпы практика дәрігерінің даму жолдары .....	22
1.4 Медициналық-санитариялық алғашқы көмекті ұйымдастырудың кадрлық ресурстары.....	31
1.5 Емдеу-профилактикалық мекемелеріндегі еңбекті нормалау жолдары.	35
1.6 Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін дәрігерлердің уақыты және сандық нормасы.....	37
1.7 Бөлім бойынша қорытынды.....	46
<b>2 ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ.....</b>	<b>47</b>
2.1 Бағдарлама және зерттеу дизайны .....	47
2.2 Зерттеулер негізі .....	50
<b>3 2010-2018 жж. КЕЗЕҢІНДЕ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ТҰРҒЫНДАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРИЯЛЫҚ АЛҒАШҚЫ КӨМЕК КӨРСЕТЕТІН ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ ШТАТТЫҚ ЛАУАЗЫМДАРЫНЫҢ ТОЛЫҚТЫРЫЛУЫМЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТІЛУІН ТАЛДАУ.....</b>	<b>56</b>
3.1 Тұрғындарға медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін учаскелік терапевт-дәрігерлерінің штаттық лауазымдарымен толықтырылуы және қамтамасыз етілуі.....	56
3.2 Тұрғындарға медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін учаскелік педиатр дәрігерлерінің штаттық лауазымдарымен толықтырылуы және қамтамасыз етілуі.....	64
3.3 Тұрғындарға медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін жалпы практика дәрігерлері/отбасылық дәрігерлерінің штаттық лауазымдарымен толықтырылуы және қамтамасыз етілуі .....	74
3.4 Бөлім бойынша қорытынды.....	82
<b>4 ТҰРҒЫНДАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРИЯЛЫҚ АЛҒАШҚЫ КӨМЕК КӨРСЕТЕТІН ЖАЛПЫ ПРАКТИКА ДӘРІГЕРЛЕРІНІҢ ЖҰМЫС ПРОЦЕСІНДЕГІ ХРОНОМЕТРАЖДЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕРДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ.....</b>	<b>83</b>

4.1 Хронометраждық зерттеу нәтижелерін талдау .....	83
<b>5 ЖАЛПЫ ПРАКТИКА ДӘРІГЕРЛЕРІНІҢ ФУНКЦИОНАЛДЫҚ МІНДЕТТЕРІНІҢ ӨЗГЕРУІНЕ ҚАТЫСТЫ ШКІРЛЕРДІ ЗЕРТТЕУ</b>	99
5.1 Жалпы практика дәрігерлері арасында сауалнама жүргізу.....	99
5.2 Бөлім бойынша қорытынды.....	104
<b>6 ЖАЛПЫ ПРАКТИКА ДӘРІГЕРЛЕРІНІҢ НЕГІЗГІ ҚЫЗМЕТІН ҰЙЫМДАСТЫРУДЫ ЖЕТІЛДІРУ БОЙЫНША ҰСЫНЫСТАР.....</b>	107
6.1 МСАК ұйымдарында мультидисциплинарлық командасы.....	107
6.2 «Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін медициналық ұйымдардың қызметі туралы ережені бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2011 жылғы 5 қаңтардағы №7 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы ұсыныстар .....	113
6.3 Жалпы дәрігерлік практика/отбасылық медицина мамандығы бойынша кәсіби стандарттарына толықтырулар мен ұсыныстар енгізу (жобасы).....	114
<b>ҚОРЫТЫНДЫ.....</b>	116
<b>ТӘЖІРИБЕЛІК ҰСЫНЫСТАР.....</b>	124
<b>ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ.....</b>	126
<b>ҚОСЫМШАЛАР.....</b>	139

## НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР

Диссертациялық жұмыста келесі мемлекеттік үлгі қалыптарға сілтемелер жасалды:

Қазақстан Республикасының Конституциясы: 1995 жылдың 30 тамызда 29-бап қабылданған.

Қазақстан Республикасының Кодексі. Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы: 2009 жылдың 18 қыркүйегінде, №193-IV бекітілген.

ҚР Президенті Н.Ә. Назарбаевтың «Бес институционалдық реформаны іске асыру бойынша 100 нақты қадам» атты Ұлт жоспары III тарау 82-қадам.

Қазақстан Республикасы Президентінің Жарлығы. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған "Саламатты Қазақстан" мемлекеттік бағдарламасын бекіту туралы: 2010 жылдың 29 қарашада, №1113 бекітілген.

Қазақстан Республикасы Үкіметінің Қаулысы. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған "Денсаулық" мемлекеттік бағдарламасын бекіту туралы: 2016 жылдың 15 қаңтары, №634 бекітілген.

Қазақстан Республикасында мейіргер ісін 2020 жылға дейінгі дамытудың Кешенді жоспары (2016 шыққан).

«Медицина және фармацевтика мамандықтарының номенклатурасын бекіту туралы» №774 2009 жылдың 24 қарашасында бекітілген Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің бұйрығы (2018 жылдың 19 желтоқсандағы өзгерістері және толықтыруларымен №ҚР ДСМ-43).

«Денсаулық сақтау қызметкерлері лауазымдарының біліктілік сипаттарын бекіту туралы» №791 2009 жылдың 26 қарашасында бекітілген Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. бұйрығы. (2018 жылдың 19 желтоқсандағы өзгерістері және толықтыруларымен №ҚР ДСМ-43).

«Денсаулық сақтау ұйымдарының үлгілік штаттары мен штат нормативтерін бекіту туралы» №238 2010 жылдың 7 сәуірде бекітілген Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің бұйрығы (2019 жылдың 6 мамырдағы өзгерістерін енгізу туралы №ҚР ДСМ-65).

«Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы» №907 2010 жылдың 23 қарашасында бекітілген Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. бұйрығы.

«Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін медициналық ұйымдардың қызметі туралы ережені бекіту туралы» №7 2011 жылдың 5 қаңтарында бекітілген Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. бұйрығы.

«Денсаулық сақтау субъектілерінің әкімшілік деректерін жинауға арналған нысандарын бекіту туралы» №128 2013 жылдың 6 наурызында бекітілген Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің бұйрығы.

«Алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсету қағидаларын және Азаматтарды алғашқы медициналық-санитариялық көмек ұйымдарына қағидаларын бекіту туралы» №281 2015 жылдың 28 сәуірінде бекітілген

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің бұйрығы (2019 жылдың 12 ақпанындағы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің өзгерістері №ҚР ДСМ-4).

«Денсаулық сақтау ұйымдары желісінің мемлекеттік нормативін бекіту туралы» №284 2015 жылдың 28 сәуірінде бекітілген Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің бұйрығы.

«Денсаулық сақтау саласындағы көрсеткіштерді қалыптастыру (есептеу) әдістемесін бекіту туралы» №912 2015 жылдың 30 қарашасында бекітілген Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің бұйрығы.

«Қазақстан Республикасында алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы» №85 2016 жылдың 3 ақпанында бекітілген Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің бұйрығы (2017 жылдың 27 ақпанындағы өзгерістері №41).

«Қазақстан Республикасында жедел медициналық көмек көрсету қағидаларын бекіту туралы» №450 2017 жылдың 3 шілдесінде бекітілген Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің бұйрығы.

«Денсаулық сақтау ұйымдарында медициналық құжаттаманы қағазсыз жүргізуге көшу жөніндегі пилоттық жобаны енгізу туралы» №152 2018 жылдың 5 сәуірінде бекітілген Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің бұйрығы.

«Денсаулық сақтау ұйымдарына мейіргер қызметінің жаңа үлгісін енгізу бойынша пилоттық жобаны іске асыру туралы» №419 2018 жылдың 4 шілдесінде бекітілген Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің бұйрығы.

«Қазақстан Республикасында медициналық-санитариялық алғашқы көмекті дамытудың 2018-2022 жылдарға арналған негізгі бағыттары» №461 2018 жылдың 27 шілдесінде бекітілген Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрінің бұйрығы.

## АНЫҚТАМАЛАР

Бұл диссертацияда келесі ұғымдар қолданылған және оларға төмендегідей анықтамалар берілген:

**Денсаулық** – сырқаттың және дене кемістіктердің болмауы ғана емес, түгелдей тәни, рухани (психикалық) және әлеуметтік салауаттық жағдайы.

**Денсаулық сақтау** – халықтың денсаулығын сақтауға бағытталған медициналық, әлеуметтік-экономикалық, саяси және басқа да іс-шаралар жиынтығы.

**Медициналық-санитариялық алғашқы көмек** – адам, отбасы және қоғам деңгейінде көрсетілетін, қолжетімді медициналық қызметтер көрсету кешенін қамтитын, тәулік бойы медициналық байқауда болмайтын, дәрігерге дейінгі немесе білікті медициналық көмек көрсететін, денсаулық сақтау қызметінің, ауруға шалдыққан тұрғындармен бірінші қатынас деңгейінде жүргізетін, емдеу-арудың алдын алу, санитариялық-гигиеналық шаралар жиынтығы.

**Медициналық қызмет** – жоғары немесе орта кәсіптік медициналық білім бар жеке тұлғалардың, сондай-ақ заңды тұлғалардың азаматтардың денсаулығын сақтауға бағытталған кәсіптік қызметі.

**Медициналық көмек** – халықтың денсаулығын сақтауға және қалпына келтіруге бағытталған медициналық қызмет көрсетудің дәрілік көмекті қамтитын кешені.

**Медицина қызметкерлері** – кәсіптік медициналық білімі бар және медициналық қызметті жүзеге асыратын жеке тұлғалар.

**Дәрігерлік қызмет** – жоғары медициналық білімді, тиісті сертификаты бар мамандар жүзеге асыратын жеке немесе заңды тұлғалардың азаматтардың денсаулығын сақтауға бағытталған кәсіби қызметі.

**Емхана** – науқас адам келіп-кетіп емделетін және үйінде сырқаттанып қалған адамдарға медициналық көмек көрсететін, сондай-ақ, арудың алдын алу шараларын жүргізетін мекеме.

**Жалпы практика дәрігері/отбасылық дәрігер** – науқастың жасына, жынысына және ауру түріне қарамастан жеке адамдарға, отбасына және адамдардың барлық контингентіне алғашқы және үздіксіз көпсалалы медициналық көмек көрсетуге тиісті рұқсаты бар, дипломды медицина қызметкері.

**Уақыт нормалары** – жекелеген ұйымдастырушылық-техникалық жағдайда персоналдың немесе персонал тобының жұмыс бірлігінің ұзақтығын минуттармен, сағаттармен, еркін бірліктермен реттейтінін көрсетеді.

**Жүктеме нормалары (қызмет көрсету)** – белгілі бір ұйымдық және техникалық шарттарда қызметкердің немесе қызметкерлер тобының уақыт бірлігіне сәйкес орындалатын жұмыс көлемі.

**Жұмыс жүктемесі** – еңбек процесінде адам ағзасының функционалдық кернеуін, еңбек және қоршаған орта жағдайларын қоса алғанда, физикалық және психикалық кернеу арасындағы айырмашылық факторлардың жиынтығы.

**Хронометраж** – жеке операцияларды орындау кезектілігі мен уақытын секундомер арқылы жазу болып табылады.

**Хронометражды зерттеу** – бұл еңбек операцияны тұрақты қайталайтын жұмыс уақытын орындауға кететін шығындарды талдау және зерттеу.

**Хронокарта** – оперативті уақыттың циклді түрде белгілі тәртіппен қайталанатын барлық элементтері ағымдағы уақыт бойынша өлшеніп, байқауы мен өлшеулері арнайы картаға енгізіледі.

**Негізгі қызмет** – дәрігердің жалпы сараптама, тірек-қимыл аппаратының инспекциясы, ауыз қуысын тексеру, жыныс мүшелерін тексеру, жүкті әйелді тексеру, кеуде және іш қуысы ағзаларының перкуссиясы, пальпация, аускультация және артериалды қысым, температураны, пульсты өлшеу, антропометрия сияқты іс-әрекеттерінің жиынтығын құрайды.

**Құжатпен жұмыс** – медициналық құжатпен танысу/амбулаторлық картаны қарау, зертханалық зерттеулердің нәтижелерін қарау; медициналық құжаттарда тіркелу (үзінді көшірме, анықтаманы және бағытты тіркеу, басқа консультацияға бағыт); компьютерге құжаттама енгізу сияқты іс-әрекеттерінің жиынтығын құрайды.

**Қосымша қызмет** – дәрігердің халатты кию немесе ауыстыру, жұмыс үстелін дайындау, қолды жуу, санитариялық өңдеуге техникалық үзіліс сияқты іс-әрекеттерінің жиынтығын құрайды.

**Ресми қызметі** – телефон арқылы қызмет бабымен хабарласу, медицина қызметкерлерімен сөйлесу, медициналық қызметкерлермен жұмыс атқару, семинарларға қатысу сияқты іс-әрекеттерінің жиынтығын құрайды.

**Жеке уақыт** – дәрігердің өзіндік жұмсайтын жеке меншік уақыты.

## БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР

ҚР	– Қазақстан Республикасы
ДСМ	– Денсаулық сақтау министрлігі
ДСДРО	– Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы
ҚМУ	– Қарағанды медицина университеті
ДДСҰ	– Дүниежүзілік Денсаулық Сақтау Ұйымы
МСАК	– Медициналық-санитариялық алғашқы көмек
БҰДЖ	– Біріңғай ұлттық денсаулық жүйесі
ТМККК	– Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі
ЖПД/ОД	– Жалпы практика дәрігері/отбасылық дәрігер
АҚШ	– Америка құрама штаттары
РФ	– Ресей Федерациясы
ДСҰАОҒЗ	– Денсаулық сақтауды ұйымдастырудың және ақпараттандыру орталық ғылыми-зерттеу институты» Федералды мемлекеттік бюджеттік мекемесі
И - ФМБМ	
ЖОО	– Жоғарғы оқу орындары
ҚМЖ	– Қоғамдық медициналық жүйесі
ҚА	– Қалалық амбулатория
ЕПМ	– Емдеу-профилактикалық мекемесі
ЖБЕЫК	– Жан басына есептеудің ынталандырушы компоненті
КСРО	– Кеңес Социалистік Республикалар Одағы
ҚЕ	– Қалалық емхана
АЕҰ	– Амбулаторлық емханалық ұйым
АОО	– Орталық аудандық амбулатория
ЭЫДҰ	– Экономикалық ынтымақтастық және даму ұйымы
АБЖ	– Автоматтандырылған басқару жүйесі
ЭЕМ	– Электрондық есептеуіш машина
ТжКБ	– Техникалық және кәсіптік білім
АББ	– Ауруларды басқару бағдарламасы
УППМ	– Универсиалды прогрессивті патронаж моделі
НҚА	– Нормативтік құқықтық актілер
СӨС	– Салауатты өмір салты



## КІРІСПЕ

**Зерттеудің өзектілігі.** Қазақстан Республикасының мемлекеттік саясатының негізгі басты бағыттарының бірі халықтың өмір сүру сапасын жақсарту болып табылады. Бұл бағытқа жетудің басты жолы - медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсету (МСАК) деңгейінде денсаулық сақтау жүйесін жаңғырту және медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігін арттыру болып табылады.

Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетуді модернизациялау және медициналық қызмет көрсетуді жақсарту, денсаулық сақтау ұйымдарын медициналық қызметкерлермен қамтамасыз ету және олардың функционалы мен жүктемелерін бөлудің сапалы және сандық өзгерістерін қажет етеді.

Осыған орай, Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасының басты бағыттарының бірі «Адами ресурстарды стратегиялық басқару» (5.6.1-бөлім) анықталып, ондағы «ескі штаттық нормативтер және стандарттарды қолдану қажеттілігінен қолданылатын технологияларға, стандартталған операциялық емшаралар мен пациенттің қажеттіліктеріне сәйкес адами ресурстар және еңбек шығындарын икемді жоспарлау мүмкіндігіне қарай» баса назар аудару қажеттілігі көрсетіледі [1].

Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексінде МСАК «адам, отбасы және қоғам деңгейінде көрсетілетін, қолжетімді медициналық көмектің кешені» қамтитыны көрсетілген болатын [2,3].

Сонымен бірге медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетуді ұйымдастырудың негізгі нысаны жалпы практика дәрігері (ЖПД) болып табылады.

Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесіндегі бүгінгі реформалар медициналық-санитариялық алғашқы көмектің қолжетімділігін қамтамасыз ету және жалпы практика дәрігерлерін қолдау мен олардың рөлін арттыру мақсаты және халық денсаулығының жауапкершілігіне бағытталған болатын.

МСАК ұйымдардың негізгі нысаны жалпы практика дәрігері/отбасылық дәрігер (ЖПД/ОД) болып табылады, бірақ ол толық көлемде дәрігер-мамандардың, оның ішінде терапевттер мен педиатрларды алмастыра алмайды (және тиіс емес) [4]. Ал ЖПД/ОД енгізілуі медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсету практикасының бұзылуы болып табылмайды, керісінше, ЖПД/ОД енгізілуінің арқасында бейінді мамандықтағы дәрігерлер қызметінің беделі мен тиімділігі айтарлықтай өсе түседі.

Қазіргі жағдайда пациенттердің денсаулық сақтау жүйесімен ең алғашқы қарым-қатынас мәселелерін кешенді шешудің өзектілігі артады, ал жалпы дәрігерлік (отбасылық) тәжірибенің баламалары бұл тұрғыда іс жүзінде жоқ. Тек қана жеткілікті білімі бар ЖПД/ОД науқастардың мәселелерін медициналық-әлеуметтік тұрғыда шеше алады [5].

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДСҰ) Алматы қаласы (1978 жылғы 12 қыркүйек, Алматы декларациясы) мен Астана қаласындағы (2018

жылғы 25-26 қазан, Астана декларациясы) жаһандық конференциялары медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетуді дамыту және жалпы практика дәрігерлердің рөлін арттыруға арналды. Соңғы конференцияның басты бағыты тұрақты МСАК жүйесін қалыптастыру болды [6].

МСАК жүйесінің қол жетімділігі мен тұрақтылығын қамтамасыз ету бойынша жалпы практика дәрігерлер қызметінің тиімділігін арттыру және қолданыстағы нормативтік жүктемелерді одан әрі жетілдіру және зерттеуді қажет етеді.

**Зерттеудің мақсаты.** Жалпы практика дәрігерлерінің қызметін жетілдіру жөніндегі ұсыныстар мен нормативтік жүктемелерді ғылыми түрде негіздеу.

**Зерттеу міндеттері:**

1. Тұрғындарға медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсету сұрақтары бойынша нормативтік-құқықтық базаларға талдау жүргізу.

2. 2010-2018 жылдар аралығында Қазақстан Республикасындағы медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін дәрігер кадрларымен қамтамасыз етілуіне талдау жасау.

3. Жалпы практика дәрігері жұмыс уақытының нақты шығындарын зерттеу (хронометраж).

4. Жалпы практика дәрігерлерінің соңғы жылдардағы жұмыс жүктемесі мен функционалының өзгеруіне қатысты пікірлерін зерттеу.

5. Жалпы практика дәрігерінің қызметін жетілдіру және еңбек нормалары бойынша ұсыныстар беру.

**Ғылыми жаңалығы:**

1. 2010-2018 жылдар аралығында Қазақстан Республикасының 16 аймағында медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін дәрігерлері (учаскелік терапевттер, учаскелік педиатрлар, жалпы практика дәрігерлері) кадрларымен қамтамасыз етілуі және толықтырылудағы өзгерістер динамикасына салыстырмалы талдау жасалды.

2. Қазақстан Республикасының пилоттық аймақтарында жалпы практика дәрігерлерінің/отбасылық дәрігерлердің жұмыс уақытының шығындарына хронометраждық зерттеу алғаш рет жүргізілді.

3. Соңғы жылдары жалпы практика дәрігерлерінің жұмыс жүктемесі мен функционалының өзгеруіне қатысты зерттеу бойынша әлеуметтік сауалнама жүргізілді.

**Зерттеудің ғылыми-тәжірибелік маңыздылығы.**

Зерттеу нәтижелері негізінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің қолданыстағы нормативтік-құқықтық құжаттарына өзгерістер мен толықтырулар енгізу бойынша және амбулаториялық-емханалық көмек көрсету мәселесі жөнінде және жалпы практика дәрігерінің қызметі туралы ұсыныстар берілді:

1. «Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін медициналық ұйымдардың қызметі туралы ережені бекіту» туралы ҚР Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2011 жылғы 5 қаңтардағы №7 бұйрығы (әділет министрлігімен келісуде)

2. «Жалпы дәрігерлік практика/отбасылық медицина» кәсіби стандартының жобасы (салалық үш жақты комиссия мақұлдаған).

3. МСАК мультидисциплинарлық командасы моделі ұсынылады.

**Зерттеу нәтижелерін енгізу.** «Хронокарта учета затрат времени врача общей практики на приеме и на дому», «Карта наблюдаемого специалиста» (№834 авторлық куәлік, 26 сәуір 2017 жыл); «Хронокарта учета затрат времени медицинской сестры общей практики» (№4179 авторлық куәлік, 24 маусым 2019 жыл); «Жалпы практика дәрігерлеріне арналған сауалнама» (№6402 авторлық куәлік, 13 қараша 2019 жыл).

Диссертацияның негізгі нәтижелері ҚР ДСМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК-ы мен Қарағанды қаласының пилоттық емханаларында зерттеу жұмыстары жүргізіліп, олардан шыққан нәтижесі қызметтік қолданысқа беріледі.

### **Қорғауға шығарылатын негізгі ережелер:**

1. Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін медициналық ұйымдардың 2010 жылдан 2018 жылдар аралығында учаскелік терапевттер мен учаскелік педиатрлардың штаттық лауазымдардың толықтырылу көрсеткішінің төмендеуі, жалпы практика дәрігерлерінің штаттық лауазымдар санының өсуіне байланысты болып отыр.

2. Жалпы практика дәрігерлерінің штаттық лауазымдар саны (2,5 есе) көбейсе де, Қазақстан Республикасы халық санының өсуі мен өмір сүру ұзақтығының артуы барысында ЖПД-мен қамтамасыз ету тапшылығы сақталады (2018 жылы 170 адамға).

3. Жалпы практика дәрігерінің бір пациентті қабылдаудың орташа уақыты –15,1±0,2 минут. Бір күнде қабылдайтын пациенттердің саны орта есеппен 21 адамды құрады, бұл нормадан 1,3 есе жоғары (16 адам) болып отыр.

4. Жалпы практика дәрігерінің жұмыс процесінде дәрігерлік қызметке тән емес элементтер бар, бұл ЖПД қабылдау кезінде пациенттерге бөлінетін уақыттың қысқартуына әкеледі.

5. ЖПД жүктемесін төмендеуі дәрігерлерден мейіргерлерге функционалдық қызметінің жартысын беруге байланысты статистикалық тұрғыдан маңызды болады.

6. Өзірленген «МСАК мультидисциплинарлық командасы» моделі, ЖПД қызметін реттейтін нормативтік-құқықтық актілердегі ұсыныстар, оның ішінде кәсіби стандарттар МСАК мамандарының қызмет салалары мен функцияларын ажыратуға және халықтың қажеттіліктеріне бағытталған медициналық көмек көрсетуді қамтамасыз етуге мүмкіндік береді.

**Диссертацияның апробациясы.** Диссертацияның негізгі ғылыми қағидалары, тұжырымдары мен ұсыныстары келесі жас ғалымдар халықаралық ғылыми-практикалық конференцияларда баяндалды және талқыланды «Наука и здоровье» (Семей, 2016); «Ғылым әлемі және жастар: дамудың бағыты мен жаңа мүмкіндіктері» Жас ғалымдардың халықаралық конференциясы (Қарағанды, 12 сәуір 2017 ж.); «Қазақстандағы еңбек медицинасының өзекті мәселелері: хризотил және денсаулық» халықаралық конференциясы (Қарағанды, 1-2 қараша 2018 ж.); «Перспективы развития современной науки»

халықаралық ғылыми-практикалық конференция (Пусан, Оң. Корея 19-21 сәуір 2017 ж.); Қырғызстан жалпы дәрігерлері мен отбасылық дәрігерлердің II съезді (Ош қ, 18-19 мамыр 2017 жыл); ЕНМА Annual Conference 2017, Health Futures, Abstract book 13th-15th June 2017; ЕНМА Annual Conference 2018, Making it happen Abstract book 20th -22nd June 2018; 11th European Public Health Conference «Winds of change: towards new ways of improving public health in Europe», Ljubljana, Slovenia, 28 November - 1 December 2018; «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)», «Научная дискуссия: актуальные вопросы достижения инновации в медицине» атты XIV Жас ғалымдар және студенттерге арналған халықаралық ғылыми-практикалық конференциясы, (Душанбе қ, Тәжікстан, 19 сәуір 2019 ж.).

**Диссертация тақырыбы бойынша жарияланымдар.** Диссертация тақырыбы бойынша 19 ғылыми еңбек жарық көрді. Оның ішінде **3** мақала ҚР Білім және ғылым министрлігінің Білім және ғылым саласындағы сапаны қамтамасыз ету комитетімен ұсынылған баспаларда; **1** мақала *Ресейлік ғылыми дәйексөз алу индексі* базасына кіретін журналында; **1** мақала халықаралық ғылыми жариялымда (International Journal of Innovative Science, Engineering & Technology), **1** мақала “*Research Journal of Pharmacy and Technology*” (2018 жылдан бастап SJR 0.19 Scopus, Citescore - 0.38, процентиль 56, 3 квантиль Q3) Scopus мәліметтер базаларына енген халықаралық рецензияланған журналда, **1** баяндама және **3** тезис Қазақстандағы халықаралық ғылыми-практикалық конференциялардың материалдары мен жинақтарында жарияланған, **6** тезис шетелдік конференциялар материалдарында: оның **1-і** (*European Journal of Public Health, (2018 жылы IF=2.234, квантиль Q2)*), Web of Science мәліметтер базасында индексирленген халықаралық рецензияланған журналда. **3** зияткерлік жеке меншік (№834 Авторлық куәлік, 26 сәуір 2017 жыл; №4179, 24 маусым 2019 жыл ; №6402, 13 қараша 2019 жыл).

**Диссертациялық жұмыстың көлемі мен құрылымы.** Диссертация 138 парақта жазылған, ескертулер мен қысқартулардың тізімінен, кіріспеден, әдебиеттерге шолу, материалдар мен зерттеу әдістерден, жеке зерттеулер 3 тараудан, қорытындыдан, тұжырымдардан, практикалық ұсыныстардан тұрады. Диссертация 9 қосымшадан, 30 суреттер және 21 кестелермен суреттелген. Пайдаланылған әдебиеттер тізіміне мемлекеттік, орыс және ағылшын тілдеріндегі 169 дереккөз кіреді.

**Автордың жеке үлесі:** Диссертация материалдарын жинауды, өңдеуді және жазуды автор өзі іске асырған.

# **1 ТҰРҒЫНДАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ–САНИТАРИЯЛЫҚ АЛҒАШҚЫ КӨМЕК КӨРСЕТУ КЕЗЕҢДЕРІМЕН НОРМАТИВТІК-ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРІН ЗЕРТТЕУ (ӘДЕБИЕТКЕ ШОЛУ)**

## **1.1 Медициналық-санитариялық алғашқы көмек халық денсаулығын қорғаудың негізі ретінде**

Соңғы он жыл ішінде Қазақстанның медициналық-санитариялық алғашқы көмек (МСАК) жүйесінде айтарлықтай өзгерістер болды. Жүргізілген реформалар маңызды нәтижелерге қол жеткізді. МСАК арналған кадрлар дайындалып, олардың саны соңғы 10 жыл ішінде 6 есе өсті, МСАК мекемелері үлкен дербестікке ие болды, дәрігердің кейбір өкілеттіктерін мейіргерлерге беру арқылы қызметтердің жаңа түрлері ұйымдастырылды, орта медициналық қызметкерлердің жаңа лауазымдары ұсынылды [7].

Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсету – бүкіл денсаулық сақтау жүйесінің орталық буыны тұрғындарға медициналық көмек көрсетудегі ең қажетті негізгі бөлігі болып табылады.

Медициналық-санитариялық алғашқы көмекті жетілдіру отандық денсаулық сақтау жүйесінің басым бағыттарының бірі болып табылады:

1. Медициналық-санитариялық алғашқы көмек тек емдеуге ғана емес, аурудың алдын алуға және пациенттің медициналық сауаттылығына назар аударады.

2. Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсету тұрғындардың қажеттіліктеріне аса мән беріп, оның қолдауына ие.

3. Медициналық-санитариялық алғашқы көмек пациентке бағытталған және медициналық қызмет көрсетудің үздіксіздігін қамтамасыз етеді.

МСАК-ті талдау кезінде екі негізгі жолды атап өтуге болады. Бір жағынан, денсаулық пен денсаулық сақтау адамның негізгі құқықтарының бірін құрайтынын көрсетеді. Екінші жағынан, дамыған және дамушы елдердің үкіметтері денсаулық сақтау шығындарының өсіп келе жатқанына алаңдайды. Бұл мәселені зерттейтін көптеген зерттеушілердің пікірінше, медициналық-санитариялық алғашқы көмектің басым тұжырымдамасы экономикалық жағынан тиімдірек болуы тиіс [8].

ҚР Денсаулық сақтау саласында көрсетілетін амбулаториялық көмектің сапасын жақсарту мақсатында базалық тариф пен ынталандырушы компоненттен тұратын екі компонентті жан басына шаққандағы норматив енгізілді.

Әрбір медициналық қызметкер көрсеткен соңғы нәтиже бойынша медициналық қызметтерді бағалау жүйесі және тиісінше жан басына шаққандағы нормативтің ынталандырушы компоненті арқылы жалақының өсуі қызметкерлерді ынталандыруға ықпал етеді. Бүгінде дәрігер мен әрбір учаскелік қызмет көрсететін мейіргерлер ай сайын өз индикаторларын есептейді. Бұл мониторинг көрсеткіштері медицина қызметкерлерін соңғы нәтижелерін жақсартуға ынталандырып, оларға сәйкес жалақыны саралап отыру жүргізіледі [9]. Нарық жағдайында, тұрғындарға медициналық қызмет көрсетуді жақсарту, медициналық қызметкерлердің жұмысын ынталандыруға

арналған ең маңызды Кешенді жан басына шаққандағы нормативтік ынталандырушы компоненті (бұдан әрі – КЖНЫК) пайда болды. КЖНЫК-нің 10%-ы шетелдер сияқты ҚР қызметкерлері үздіксіз білім алу мүмкіндіктері кеңейтуге, біліктілікті арттыруға бағыттайды [9, с.22].

Кешенді жан басына шаққандағы нормативті жүргізу кезінде жалпы практика дәрігерлерінің санын көбейту және біліктілікті арттыру, жалпы практика дәрігерлерінен кеңейтілген практикалық мейіргерлерге өкілеттіктердің бір бөлігін беру міндеттері қарастырылған.

Ал бастапқы буын дәрігерлерін даярлау бағдарламасына қойылатын заманауи талаптар оларды интегралдық, пациент және әлеуметтік - бағдарланған тәсіл негізінде модульдік қағида бойынша құруды қарастырады. Оларға кәсіби құзыреттілікті, сыни ойлауды қалыптастыру міндеттерін шешуге арналған жалпы практика дәрігерінің кәсіби даярлығының білім беру стандарты толық көлемде сәйкес келуі қажет [10].

Соңғы жылдары елімізде медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетуге ерекше көңіл бөлінуде және бұл кездейсоқ емес. Денсаулық сақтаудың бастапқы буынында ең ауыр аурулардың, бірінші кезекте жүрек-қан тамырларының қаупі факторларын ерте анықтауға бағытталған алдын алу жұмыстарын толық көлемде жүзеге асыруға, сондай-ақ олардың алғашқы көріністерін анықтауға болады. МСАК құрылымы көп қырлы болғандықтан, тұрғындарға шұғыл және жоспарлы тәртіппен көмек көрсетуді, сондай-ақ әйелдерге акушерлік-гинекологиялық көмек көрсету қажеттілігі қалыптастырылған [11].

Практикалық денсаулық сақтаудың амбулаториялық-емханалық буыны «жалпы практика дәрігері» қағидасы бойынша тұрғындарға медициналық қызмет көрсетудің өту сатысында болды. Жалпы практика дәрігері барлық отбасы мүшелеріне туғаннан бастап қартайғанға дейін медициналық көмекті көрсете білуі тиіс. Медициналық қызмет көрсетудің осы моделі жалпы практика дәрігерінен терапия, хирургия, акушерия және гинекология, педиатрия сияқты медицина бөлімдерін білуі мен дағдыларын талап етеді [12]. Медициналық қызмет көрсетудің жаңа моделіне көшу медициналық жоғары оқу орындарының түлектеріне қойылатын талаптар артады. Еліміздің жоғары оқу орындарында медициналық кадрларды даярлау Қазақстандағы медициналық және фармацевтикалық білім беру мемлекеттік стандартқа сәйкес ЖПД базалық медициналық білімі – 5 жыл, 2 жыл – интернатура.

Қазақстан Республикасының медициналық жоғары оқу орындарының ЖПД даярлау бұрынғысынша теориялық және тәжірибелік жоспардағы көптеген мәселелерді тудырады. Бұл ретте осы мәселені шешуде аса өзекті болып отырған, ЖПД функцияларын беру кезінде «базалық» маманның жауапкершілігі шеңберінен шығатын функционалдық міндеттердің көлемі мен тізбесін анықтау қажет. Оқыту барысында «пациенттің», яғни баланың, жасөспірімнің, жүкті әйелдің, егде адамның проблемаларын шешетін ЖПД-дің әлемдік тәжірибесі ескеріледі.

Алайда «бастапқы» және «мамандандырылған» критерилер әртүрлі елдерде бірдей емес. Қазақстандағы мамандандырылған көмекке дәстүрлі түрде

көптеген интернистикалық емес мамандықтағы дәрігерлерінің көмегі жатады. Әлемдік тәжірибеде ауруханалық көмектің барлық түрлері мамандандырылған болып саналады, ал науқасқа кез келген себеп бойынша амбулаториялық және үйде көмек көрсету ЖПД айрықша құзіреті болып табылады [13].

Жалпы дәрігерлік практика принциптерінің бірі қол жетімділікпен, үздіксіздікпен, барлық көлемділікпен және басқалармен қатар пациентке бағдарлану болса, ал сапалы медициналық көмек өлшемдерінің бірі - пациенттің қанағаттануы [14].

Денсаулық сақтау жүйесі жаңа, сапалы даму деңгейіне көтерілу үшін қызмет көрсету технологиясын, соның ішінде МСАК қызметін түбімен өзгерту жолымен ғана жете алады. Осыған байланысты ҚР МСАК емхана ұйымдарында медициналық көмекті басқарудың және ұйымдастырудың тиімді нысандарын енгізу міндеті тұрды. ҚР ДСМ алғаш рет «Бүгін ең үздік – сен, ертең – бәрі» атты жобасына, сондай-ақ «Кезексіз емхана» Республикалық байқауына қатысу кезінде емханаларда инновацияны енгізу үшін «өсу нүктесімен» белгіленген болатын. 2010 жылдан бастап қалалық емханаларда Бірыңғай ұлттық денсаулық жүйесін (БҰДЖ) енгізе бастады.

Осыдан бастап амбулаторлық қызмет жұмыстарында ІТ-технологияларын қолдана отырып, жетілдіру нысандарының бірі ретінде – персонал қызметтерінің атқаратын жұмысын объективті бағалау, «Кезексіз емхана» электрондық тіркеу тәртібіне көшу болып табылады. Бұл электрондық тіркеу жұмысының негізгі қағидасы емдеу, консультациялық және басқа қызметтерге біркелкі жүктемемен пациенттер ағынын бөлу, пациенттерді уақытында тіркеу және ақпараттық көмек беру болып табылады.

Пациенттер белгілі бір маманға немесе қызметке бару талондарын брондай алып, өз пікірін немесе тілектерін қалдыруға, медицина қызметкерлерінің жұмыс сапасын бағалай алады, қажетті маманның жұмыс кестесімен танысып, сондай-ақ емхананың қызметін реттейтін қажетті нормативтік-құқықтық ақпаратты таба алады [15].

«Кезексіз емхана» жұмыс тәртібіне көшу келесі нәтижелерге қол жеткізді:

– дәрігер мен пациенттің уақытын үйлестіру және жоспарлау мүмкіндіктері пайда болды;

– бір жұмыс күні ішінде пациенттерді қабылдау стандарттарды ескере отырып, дәрігердің тепе-тең жүктемелерін реттеу мүмкіндіктері пайда болды.

Мемлекет медицина қызметкерлерінің жемісті жұмыс атқару үшін барлық қаржылық жағдай жасалды. МСАК қызметкерлерін көтермелеу мақсатында 2011 жылдан бастап ынталандырушы компоненті енгізілді. Бүгінгі таңда, МСАК жұмысы әрбір учаскелік бөлімдердің 10 индикатор бойынша бағаланады. Азаматтарға денсаулық сақтаудың барынша қолжетімді жүйесін құру үшін тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің (бұдан әрі – ТМККК) тізбесі кеңейтілді, бұл бағытта МСАК базасында құрылған әлеуметтік-психологиялық қызметін атап өтуге болады. Халықтың әлеуметтік осал топтарын дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету механизмі жетілдірілуде. 2012 жылдан бастап бұрын 50% жеңілдікпен жіберілетін дәрілік заттар 100% тегін беріледі.

БҰДЖ жағдайында бәсекеге қабілетті ортаны дамытуға ерекше көңіл бөлінеді, бұл, әрине, пациенттер үшін пайдалы болып келеді. ТМҚКК шеңберінде медициналық қызметтерді жеке және мемлекеттік жеткізушілер үшін тең жағдайлар жасалған. Емханада медициналық көмек көрсетудің ұйымдастыру нысандарын кеңейту мақсатында 25 төсектік күндізгі стационар жұмыс істейді [16].

«Қазақстан 2030» стратегиясында азаматтардың денсаулығы қоғамды дамытудың ұзақ мерзімді басым бағыттарының бірінде Елбасы Н. Назарбаев 2011 жылғы 28 қаңтардағы жолдауында халықтың денсаулығы мен елдің экономикалық дамуы өзара байланысты екенін атап өтті.

Қазіргі нарықтық қатынастар жағдайында Қазақстанда жүргізіліп жатқан денсаулық сақтау саласындағы саясат медициналық-санитариялық алғашқы көмекті үздіксіз жақсартуға бағытталған. Медициналық-санитариялық алғашқы көмекке арналған шығыстар деңгейі 2020 жылға қарай тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлеміне бөлінетін қаражаттың жалпы көлемінен 40%-ға (ал қазір арнайы көмектің 10% және 90%-ы) дейін жеткізілетін болады, ал қоғамда салауатты өмір салтын жүргізу идеологиясы қалыптастырылатын болады [17].

## **1.2 Қазіргі уақыттағы амбулаториялық-емханалық мекемелердің тұрғындарға медициналық-санитариялық алғашқы көмекті ұйымдастырудың дүниежүзілік тәжірибелері**

Денсаулық сақтау ұйымдары әлемдегі денсаулық сақтаудың жай-күйі туралы 2008 жылғы баяндамасында бүкіл әлемде, әсіресе халықтың ең кедей топтары арасында денсаулық сақтауды жақсартуға қатысты өз міндеттемелерін растау және медициналық-санитариялық алғашқы көмекке қол жеткізу жүйесінің тиімді жұмыс істеу үшін негіз болып табылатынын, растайтын деректерді пайдалануға елдерді шақыру тағы да айтылды [18-22].

Қырық жыл бұрын алғаш қабылданған декларация өзінің екінші атауында - Денсаулық сақтаудың ұлы хартиясы деп аталды. Әлемдік денсаулық сақтаудың негізгі қағидасы «XX ғасыр Денсаулық барлығы үшін» болып жарияланғаны белгілі. Алматыда ДДСҰ халықаралық конференцияны қабылдағаннан кейін МСАК стандарттарымен моделдерін көптеген еуропа елдері (мысалы, Швеция) денсаулық сақтау жүйесінде құра бастады [23, 24].

Мысалы, алғаш рет Ұлыбритания 1948 жылы өздерінің Ұлттық Денсаулық сақтау жүйесін құрды. Осыдан бастап халықтың медициналық көмекке деген сұраныстары арта бастады. Бірақ Ұлыбританияның Денсаулық сақтау жүйесін құрғанымен, белгілі бір стандарттар болмауы себебінен, медициналық қызметкерлердің ынтасы төмендей бастады, осыдан бастап жалпы практикалық дәрігерлердің жеке тәуелсіз шығуына себепкер болды. Осыған байланысты 1950 жылы бірінші рет *Коллингз есебі* пайда болды. Бұл ірі есептің негізгі мақсаты жалпы практика дәрігерінің жұмыс сапасын бағалай отырып, басқа мамандардан жекешелендіруге арналды [25]. Сондай-ақ Ұлыбританияда Лондонға арналған денсаулық сақтаудың жаңа стратегиясы жасалынып, Ұлттық денсаулық сақтау (NHS) саясатының қолдауы арқасында Лондонда 10



емхана салынып, қазіргі уақытта алға қойған міндеттері бойынша бағалау жүргізіледі. Ұлыбританияда ЖПД-іне науқастардың 80% сырқаты бойынша қаралуға келеді. Бір ЖПД/ОД қызмет көрсететін тұрғындар саны 1200-ден 2500 пациенттерді құрайды.

Ал Америка Құрама Штатында, 1947 жылы денсаулық сақтау жүйесінде американдық жалпы медицина академиясы құрылды. 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 делінген. 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 [26]. АҚШ дәрігерлерінің 25%-ы ЖПД/ОД қағидаты бойынша жалпы бастапқы медициналық көмек көрсетумен айналысады, барлық медициналық көмек көрсетудің 47%-ы жалпы практика дәрігерлерінің үлесіне тиесілі болып табылады. Қазіргі уақытта АҚШ-та 220 мыңнан астам ЖПД/ОД қызмет атқарады, бұл дегеніміз бір дәрігер 400 тұрғынға шаққанға тең келеді.

1984 жыл Бразилия елі өз конституциясына Алматы декларация қағидаларын негізге ала отырып, денсаулық сақтау туралы бапты енгізіп, отбасылық медицинаның даму бағдарламасы аясында үйдегі отбасыларға, клиникалар мен ауруханаларда жоғары сапалы медициналық көмек көрсету қарастырылған.

*Хартияға теңелу* планетаның басқа да елдерінде айтуға болады. Куба елі осықағидаларды негізге ала отырып, өзінің денсаулық сақтау саласын жасады, әлемдік рейтингтебалалар өлімін төмендету бойынша АҚШ және Канададан кейін үшінші орынды алып жәнеКубаның емхана желісін дамытуы бір кубалықтың күтілетін өмір сүру ұзақтығы 78 жастықұрайды, бұл дегеніміз дамушы елдер арасында ең жоғары көрсеткіш болып табылады [27].

Ал алғашқы медициналық көмекті және жеке қатысушыларды қамтамасыз етудің жаңа тәсілдерін жылдам дамыту соңғы 50 жыл ішінде Швед Денсаулық сақтау саласында басым болды. Швецияда шамамен 10 миллион азамат алғашқы медициналық көмектің 1200 мемлекеттік және жеке орталықтарымен қамтылған, бұл жалпы денсаулық сақтау бюджетінің 10% құрайды. Реформалар 1970 жылдан бастап Швецияға типтік алғашқы көмек үшін қоғамдастықтың модельдеріне қолданылды. Швед медициналық-санитариялық алғашқы көмек орталығы, Экономикалық ынтымақтастық және даму ұйымының (ЭЫДҰ) көптеген басқа елдерінен айырмашылығы, көп бейінді жұмыс күші бар, онда аудандық мейіргерлер сияқты бірнеше басқа мамандармен бірге 4-10 жалпы практика дәрігері жұмыс істейді. Халықаралық деңгейде бастапқы көмекті әдетте жалпы практикадағы жеке дәрігерлердің жекелеген немесе шағын топтары ұсынады [23, р. 511]. Швейцарияда жалпы практика дәрігерлерінің саны барлық дәрігерлер санының 73%-ын құрайды.

Ал Иран Ислам Республикасында 17 мың «денсаулық үйлері» құрылып, олардың әрқайсысы 1500-ге жуық адамға қызмет көрсетеді, соңғы жиырма жылда өлім-жітім көрсеткіштері күрт төмендеп және күтілетін өмір сүру ұзақтығы 1990 жылы 63 жастан 2006 жылы 71 жасқа дейін өскенін көрсетеді. 2001 жылы Жаңа Зеландияда МСАК негізгі даму стратегиясы аясында жүзеге асырыла бастады, онда алдын алу және созылмалы ауруларды емдеуге көп көңіл бөледі. Әлемдік тәжірибенің көрсетуі бойынша МСАК ұйымдарында халық тиімді медициналық көмектің 80%-ға дейін ала алатынын көрсетеді [27].

2013 жылы Таиландта медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетушілер үшін міндетті бағдарлама ретінде Британдық сапа жүйесі мен 4 нәтижелері негізінде еңбекақы төлеу жүйесі енгізілді. Дегенмен, іске асырудың бірінші жылынан кейін негізгі мүдделі тараптардан бағдарламаны әзірлеу және басқару туралы пікірлер алынды. Атап айтқанда, бағдарлама таңдалған шаралар негізінде жатқан дәлелді базаның жоқтығы үшін сынға ұшырады, бұл олардың қолайлығына, жүзеге асырылуына, сенімділігі мен негізділігіне әсер етеді [28].

Әлемнің әртүрлі елдерінде басқа мамандықтарға қатынасы бойынша ЖПД /ОД саны Францияда 54,0%-дан Испанияда 15,0%-ға дейін құрайды. Ал АҚШ мемлекетінде дәрігерлердің шамамен 40,0%-ын ЖПД алады. Бір жалпы практиканың дәрігеріне 850 (Австралия) және 975-тен (Испания) 2430-ге дейін (Швеция) пациент келеді. Сондай-ақ жалпы практика дәрігерінің/отбасылық дәрігердің бір апта ішіндегі жұмыс сағаттарының саны Францияда 25-тен Жапонияда 57 сағатқа дейін ауытқиды [29].

Бірқатар халықаралық зерттеулердің басым бағыты медициналық көмектің бастапқы буынын дамыту болып табылатын елдерде денсаулық сақтау жүйесінің неғұрлым тиімді жұмыс істеуін көрсетті. Германияда ЖПД елдегі барлық дәрігерлердің жартысын құрайды, бұл ел азаматтарының 90%-ы өз үй дәрігеріне ие. ЖПД қабылдайтын пациенттердің саны, мысалы, Англияда аптасына 25-тен 225-ке дейін ауытқиды. Аптасына 100-140 адам қабылдау ең көп таралған. Дәрігерлердің пациенттер үйіне бару жиілігі – аптасына 3-тен 33-ке дейін артады. Ал дәрігерлердің күніне бір рет бару үлесі (17,0%), 5 және одан да көп пациентке бір күн ішінде үйлеріне барады. Жалпы жүктемені ескере отырып, кейбір дәрігерлердің үйге бару 2,0%-ды құрса, ал басқа дәрігерлер практикасында бұл көрсеткіш – 25,0%-ға дейін жетеді, солардың ішінде дәрігерге консультация алуға орташа есеппен 11,0% келеді. Жалпы практика дәрігерлерінің 16,0%-ға жуығы аптасына 10 сағаттан аз пациенттерді қабылдауға жұмсалады. Екінші жағынан, әрбір төртінші дәрігер аптасына 18 сағат және одан көп қабылдауға уақытын жұмсайды [30].

Осылайша, МСАК одан әрі дамыту Қазақстандық денсаулық сақтаудың маңызды басымдықтарының бірі болып табылады. Сондықтан барлық денсаулық сақтау жүйесі қызметінің тиімділігі мен сапасы, көптеген медициналық-әлеуметтік және экономикалық проблемаларды шешу МСАК жағдайына байланысты екенін түсіну өте маңызды [31].

Соңғы 30 жылда аурулардың дамуындағы модельдер мен үрдістердің, демографиялық үрдістердің және тез өзгеретін әлеуметтік-экономикалық жағдайлардағы негізгі қауіпті факторлар әсерінің елеулі өзгеруіне қарамастан,

жалпы еуропалық өңірдің ДДСҰ-ға мүше 53 мемлекетінде халықтың денсаулық жағдайының едәуір жақсарғаны атап өтілді. Бұдан басқа, Еуропалық өңірде медициналық көмек көрсетудің интеграцияланған моделіне көшумен және денсаулық сақтау жүйелерін қаржыландыру мен ұйымдастырудағы үлкен плюрализмге көшумен сипатталатын үрдістер байқалады. Үкімет Денсаулық сақтау саласындағы саясатты әзірлеу және іске асыру үшін мән-мәтінді өзгерте отырып, халықтың денсаулығын қорғау және медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру жөніндегі өзінің рөлі мен міндеттерін қайта қарайды [32-36].

Өтпелі экономикасы бар көптеген елдерде денсаулық сақтау жүйесін реформалау аса маңызды элеуметтік функциялар мен құндылықтарды қозғайтын терең әрі жан-жақты өзгерістердің бір бөлігі болып табылады. МСАК жүйесін реформалау расталған деректердің негізінде әрдайым орындала бермейді, прогреске негізделген зерттеу нәтижелеріне қарағанда, нақты кәсіби топтардың саяси дәлеліне немесе мүдделеріне байланысты жүзеге асады. Дегенмен, қазіргі уақытта саясатты әзірлейтін адамдар мен басшылар көп жағдайда реформалар жүргізудегі прогресті және денсаулық сақтау қызметтерінің ілгерілігін растайтын деректерге бағдарлануда. ДДСҰ-ның МСАК жүйесін бағалау жөніндегі құралын қолдану ресурстарды басқару, қаржыландыру және қалыптастыру сияқты аспектілерді, сондай-ақ сапалы медициналық-санитариялық алғашқы көмектің: қол жетімділік, қамту толықтығы, координация және үздіксіздігі сияқты аспектілерді ескере отырып, денсаулық сақтау жүйелерінің жұмыс істеуі туралы деректерді жинау тәсілін құрылымдауға мүмкіндік береді [37-42].

ДДСҰ Еуропалық өңірлік бюросының қамқорлығымен жұмыс істейтін МСАК жөніндегі ДДСҰ Еуропалық орталығының тұтас қамтитын мақсаты – адамдардың қажеттілігіне бағдарланған денсаулық сақтау жүйелерін нығайту, сондай-ақ өңір тұрғындарының денсаулығы мен әл-ауқат көрсеткіштерін барынша жақсарту мақсатында денсаулық сақтауда қызметтер көрсету жүйесін реформалауға қолдау көрсету. МСАК Еуропалық өңірлік бюроның төрт мамандандырылған орталықтарының бірі болып табылады. Ол Копенгагендегі басқа техникалық бөлімдермен және бүкіл аймақ ауқымындағы ел кеңселерімен ынтымақтастықта денсаулық сақтау және қоғамдық денсаулық сақтау жүйелері бөлімінің шеткері буыны ретінде жұмыс істейді [43-46]. Көптеген азаматтар үшін медициналық-санитариялық алғашқы көмек – бұл қажетті көмектің көп бөлігін алатын, медициналық қызмет көрсету жүйесімен жанасудың алғашқы нүктесі, бірақ жүйенің басқа деңгейлеріне бағытталуы мүмкін [47-49].

Осылайша, МСАК науқастардың денсаулық сақтау жүйесін өз қажеттіліктері мен күтулеріне сәйкестігі тұрғысынан бағалауына үлкен әсер етеді. Бұл айырмашылықтарды халық денсаулығының соңғы көрсеткіштерімен салыстыра отырып, көптеген авторлар мінсіз жүйе мен шындық арасындағы алшақтықты қысқарту үшін басым қадамдарды ұсынады. Бұдан бөлек, көптеген авторлар медициналық-санитариялық алғашқы көмек денсаулық сақтау жүйесінің жалпы тиімділігі үшін, сондай-ақ МСАК-те қаржылық қиындықтар, денсаулық және сырқаттану құрылымы, кадрлық ресурстардың динамикасы

және технологиялық прогреске жол ашатын жаңа мүмкіндіктер туралы жинақталған деректердің қосымша артықшылықтарын талдады [50-54].

Медициналық қызмет көрсету - аурулардың алдын алуға, диагностикасына және емдеуге, медициналық оңалтуға бағытталған медициналық араласу кешені [55, 56].

Медициналық көмек түрлеріне жатады:

- 1) медициналық-санитариялық алғашқы көмек;
- 2) мамандандырылған, оның ішінде жоғары технологиялық медициналық көмек;
- 3) жедел, оның ішінде жедел мамандандырылған медициналық көмек;
- 4) паллиативтік медициналық көмек.

Медициналық көмек мынадай жағдайларда көрсетілуі мүмкін:

– медициналық ұйымнан тыс (жедел жәрдем бригадасының шақыру орны бойынша, оның ішінде жедел мамандандырылған, сондай-ақ, медициналық эвакуациялау кезінде көлік құралында);

– амбулаториялық (тәулік бойы медициналық бақылау мен емдеуді көздемейтін жағдайлар), оның ішінде медицина қызметкерін үйге шақыру кезінде;

– күндізгі стационарда (күндізгі уақытта медициналық бақылау мен емдеуді көздейтін, бірақ тәулік бойы медициналық бақылау мен емдеуді талап етпейтін жағдайлар);

– стационарлық (тәулік бойы медициналық бақылау мен емдеуді қамтамасыз ететін жағдайлар).

МСАК жүйесінің негізі болғандықтан аурулардың алдын алу, диагностикалау, емдеу, медициналық оңалту, жүктілік барысын бақылау, салауатты өмір салтын қалыптастыру және тұрғындарды санитариялық-гигиеналық ағарту жөніндегі іс-шараларды қамтиды [9, с.19;11, с.12].

Азаматтарға олардың тұрғылықты жеріне, жұмыс немесе оқу орнына жақындау мақсатында медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетуді ұйымдастыру, белгілі бір ұйымдарда қызмет көрсетілетін халықтың тұрғылықты жері, жұмыс немесе оқу орны бойынша топтарын қалыптастыруды көздейтін аумақтық-учаскелік қағидат бойынша жүзеге асырылады [57,58].

Медициналық-санитариялық алғашқы көмекті учаскелік дәрігер-терапевт, дәрігер-педиатр және жалпы практика дәрігерлері /отбасылық дәрігер көрсетеді [59]. Алғашқы мамандандырылған медициналық-санитариялық көмекті маманданған, оның ішінде жоғары технологиялық медициналық көмек көрсететін медициналық ұйымдардың дәрігер-мамандары көрсетеді [59; 60]. Медициналық-санитариялық алғашқы көмек амбулаториялық жағдайда және күндізгі стационар жағдайында да көрсетіледі [59].

Амбулаториялық жағдайда көрсетілетін тұрғындарға медициналық-санитариялық алғашқы көмек қазіргі уақытта медициналық көмектің ең көп талап етілетін түрлерінің бірі болып табылады, бұл қызметтің алуан түрлілігі (профилактикалық, диагностикалық, емдік, оңалту және т.б.) орын алған кезде халық үшін жоғары қолжетімділікке негізделген [48, с.4; 61-64].

В.А. Медик пен В.К. Юрьевтің мәліметтері бойынша (2003) Ресейде жыл сайын 80%-ға дейін сырқаттанғандарға амбулаториялық жағдайда тұрғындарға көмек көрсететін медициналық ұйымдарда жоғары білікті қызмет көрсетеді, елдің әрбір тұрғыны орта есеппен 9 рет емханаға барады немесе дәрігерді үйге шақырады.

В.И. Стародубовтың (2014), Г.П. Сквирская (2015) пікірлері бойынша медициналық-санитариялық алғашқы көмек халықтың денсаулық сақтау саласындағы негізгі қажеттіліктерін қанағаттандыруы тиіс:

- денсаулықты нығайту;
- емдеу;
- оңалту және қолдау;
- өзін-өзіне және өзара көмек көрсетуге жәрдемдесу.

Медициналық-санитариялық алғашқы көмек келесі құрамдас бөліктерді қамтиды [65,66]:

– денсаулық сақтаудың өзекті проблемалары және алдын алуды қоса алғанда, оларды шешу тәсілдері бойынша санитариялық ағарту;

– тамақ өнімдерінің жеткілікті санымен қамтамасыз ету және тиімді тамақтануға көмектесу;

- таза ауыз судың жеткілікті мөлшерімен жабдықтау;
- негізгі санитариялық-гигиеналық іс-шараларды өткізу;
- отбасын жоспарлауды қоса алғанда, ана мен баланың денсаулығын қорғау;

- негізгі жұқпалы ауруларға қарсы ету;
- кең таралған аурулар мен жарақаттарды емдеу;
- негізгі дәрілік заттармен қамтамасыз ету.

Амбулаториялық жағдайда жүзеге асырылатын медициналық-санитариялық алғашқы көмектің негізгі принциптері [67-70]: учаскелілік, қол жетімділік, алдын алу бағыты, сабақтастық, емдеу кезеңділігі.

Учаскелік қағидат:

– терапиялық учаскесі – 18 және одан жоғары жастағы 1700 тұрғын;

– педиатриялық – 18 жасқа дейінгі 800 бала;

– акушерлік-гинекологиялық – 3300 әйел;

– ауылда дәрігерлік учаске – 5-7 мың тұрғын (учаскенің радиусы 7-10 км, ауылдық учаскелік аурухана орналасқан пункт ауылынан ең шалғай елді мекенге дейін). Солтүстікте радиус үлкенірек 50-100 км; фельдшерлік-акушерлік пункт – 700 тұрғын (жақын маңдағы медициналық мекемеге дейін 5 шақырым).

Амбулаториялық жағдайларда көрсетілетін медициналық-санитариялық алғашқы көмектің қолжетімділігі азаматтарға тегін медициналық көмек көрсетудің мемлекеттік кепілдіктері бағдарламасы шеңберінде негізгі қызмет түрлері бойынша тегін қамтамасыз етіледі [71-73]. Амбулаториялық жағдайда көрсетілетін медициналық-санитариялық алғашқы көмектің профилактикалық бағыты дені сау адамдардың белгілі бір топтарымен (балалар, жүкті әйелдер, спортшылар және т.б.), сондай-ақ амбулаторлық бақылауға жататын науқастармен жұмыс істеу диспансерлік әдістемесінде көрсетіледі. Балаларға

күнтізбе бойынша, ересектерге көрсеткіштер бойынша және қалауы бойынша егу жұмыстарын жүргізіледі [74-77].

Амбулаториялық жағдайда көрсетілетін медициналық-санитариялық алғашқы көмек емдеу-алдын алу процесінің бірыңғай тізбегінің бірінші кезеңі болып табылады: емхана – стационар – қалпына келтіру емін ұйымдастыру. Емханада: учаскелік дәрігер –бейінді (профилді) мамандықтағы дәрігер [78-82].

Мұндай жағдай, өз кезегінде, халықты сапалы медициналық көмекпен толық көлемде қамтамасыз ету қажеттілігін талап етеді, мұны медициналық кадрлардың тапшылығы кезінде жүзеге асыру мүмкін болмайды [83-86].

Орын алған мәселені шешу үшін 2018 жылы Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау ұйымдарында медициналық құжаттаманы қағазсыз жүргізуге көшу жөніндегі пилоттық жобаны енгізу туралы тұжырымдамасы қабылданды (Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 05.04.2018 ж. №152 бұйрығы) [87]. Осы Тұжырымдамада кадрлардың саны мен құрылымының реформаланған саланың көлеміне, міндеттері мен бағыттарына сәйкес келмеуі; медицина қызметкерлерінің құрылымындағы сәйкессіздік; нормативтік-құқықтық базаның жетілдірілмеуі; кәсіби даярлықтың сәйкес келмеуі; еңбекке ақы төлеудің төмен деңгейі және денсаулық сақтау қызметкерлерінің әлеуметтік қорғалмауы жас мамандардың саладан кетуіне ықпал ететіндігі айтылған.

Жоғарыда аталғандарға байланысты тұжырымдамада кадр саясатының негізгі бағыттары анықталды.

### **1.3 Еліміздегі медициналық-санитариялық алғашқы көмек жүйесіндегі жалпы практика дәрігерінің даму жолдары**

Жалпы халықтың денсаулығын қорғау қазіргі заманғы мемлекеттің әлеуметтік міндеттемелердің негізгі компоненттерінің бірі болып табылады. Бұл міндеттерді орындау үшін мемлекеттік денсаулық сақтау жүйесінде медициналық көмектің төрт түрі медициналық-санитариялық алғашқы көмек, мамандандырылған медициналық көмек, жедел медициналық көмек және паллиативті медициналық көмек жұмыс жасайды [88].

Отандығы әлеуметтік саяси басым бағыттарының бірі – халықтың денсаулығы. Елбасының «Бес институционалдық реформаны іске асыру бойынша 100 нақты қадам» атты Ұлттық жоспарындағы медициналық қызмет көрсетудегі кадрларды әзірлеу, халықтың медициналық көмекке деген қолжетімділігін қамтамасыз ету қажеттілігі айтылған [89].

МСАК бастапқы назары ол науқас адам емес, оның жанұясы және сол жанұяның әлеуметтік, тұрмыстық, психологиялық және экономикалық мәселелерін қоса қарастырады. Сонымен қатар, жалпы практикалық дәрігері мен оның командасының жұмысы әрбір отбасына қызмет көрсету жолында аурулардың пайда болмауына бағытталады.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымның анықтамасы бойынша, медициналық-санитариялық алғашқы көмек әрбір азамат үшін құны жағынан қолжетімді, әлеуметтік және психологиялық мәселелер саласында біліктілігі дамыған, медициналық көмектің түрі болып табылады [90]. ДДСҰ

медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетудегі жалпы практика дәрігері (ЖПД) халық денсаулығын қамтамасыз етудің ең басты буыны деп санайды. Бұл қағидалар отандық денсаулық сақтау жүйесінде уақытында тиімді және білікті медициналық көмек көрсетуге қол жеткізу.

ДДСҰ қолдауымен 1978 жылы 12 қыркүйекте Алматы қаласында алғаш рет МСАК көрсету мәселелеріне арналған, 138 мемлекеттің қатысуымен халықаралық конференция өтті [91]. Конференция аясында МСАК халық денсаулығын қорғаудың алғашқы кезеңі ретінде және медициналық-санитариялық қызмет көрсету бойынша «бірінші қарым-қатынас аймағы» (немесе учаскелік қызмет деңгейі) деп анықталды. Нәтижесінде Алматы Декларациясы қабылданып, онда «Денсаулық барлығына» атты мақсатқа қол жеткізу үшін МСАК маңызды және стратегиялық дұрыс құралы ретінде, медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсету барлық жүйелердің ортақ буыны болып анықталды.

Осы Алматы конференциясын алғашқы ұйымдаструшы Қазақстан Республикасының Ұлттық Ғылым Академиясының академигі Т.Шармановтың баяндамаларының бірінде: МСАК тәжірибесі ғылыми жүйеленіп және әлеуметтік қолайлы әдістермен негізделген, жеке тұлғаларға және отбасына қол жетімді, денсаулық сақтауды қамтамасыз ететін бірден-бір маңызды құрамы екені айтылды. Ол ұлттық денсаулық сақтау жүйесін ажырамас бөлігі ретінде, сондай-ақ жалпы қоғамның әлеуметтік-экономикалық дамуын құрайды [91; 92].

ДДСҰ 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». Алматы декларациясын қабылдағаннан соң, кейбір елдер идеалға қол жеткізуге ұмтылды. Бірақ д-р Ченнің айтуынша бұл жолды басында дұрыс түсінбеді [34, с.8].

Ресей ғалымы жалпы практика дәрігерлердің ассоциация президенті И.Н.Денисовтың жазбаларында 1980 жылдың аяғында МСАК жүйесінде учаскелік дәрігердің (терапевттер және педиатрлар) кәсіби қызметін реформалау және 1987 жылы Ресей Федерациясында ЖПД-ін дайындау бойынша сараптамаларды жүргізу басталған [93].

Осы реформаның шеңберінде алғаш рет 1987 жылы КСРО Кеңес министрінің қаулысы және бұйрықтары шыққан. Ал 1989 жылы КСРО дәрігерлерінің біліктігін арттыру институтардың барлық терапия кафедраларында отбасылық дәрігерді дайындай бастаған. Осылайша алғаш рет КСРО-да жалпы практика дәрігері маманы пайда болды.

Сондықтан, дүниежүзілік тенденцияларға сәйкес МСАК жүйесінде жалпы практика дәрігері негізгі элемент болып табылады [94].

Медициналық көмектің алғашқы буынын қайта құруға негізделген мемлекеттік денсаулық сақтау жүйесін реформалау кезінде, денсаулық сақтау аймағында учаскелік дәрігер емес, жалпы практика дәрігері болуы, ал отандық

медицинада бұл мамандық жаңа орын алып, МСАК көрсету механизімі жалпы практика дәрігері болды.

Ал профессор Қ.Ә. Әлиханованың еңбектеріне жүгінсек, бүгінгі таңда Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесінде жалпы практика дәрігерлер медициналық-санитариялық алғашқы көмек дамуына маңызды және жауапты рөлді атқарады. ЖПД халық арасында кеңінен тараған ауруларға көмек көрсетуді дұрыс ұйымдастыру бойынша білімі мен біліктілігіне ие, және де білікті мейіргерлер, әлеуметтік қызметкерлер және басқа да мамандармен командада жұмыс жасауы тиіс делінген [95].

Осылайша, қазіргі заманғы алғашқы медициналық көмек көрсету жүйесінің басқару механизімі аталған зерттеудің өзектілігіне бірден-бір себепші болып отыр. Жалпы практика дәрігерлерінің жұмысын ұйымдастыру жүйесінің мәселелерімен көптеген шетелдің және Қазақстанның ғалымдары да айналысып, өз үлестерін қосты (кесте 1).

Кесте 1 – МСАК даму кезеңдеріне арналған Қазақстан Республикасы ғалымдарының еңбектері

Жылдары 1	Авторлар 2	Негізгі еңбектері 3
1978 жылы 12 қыркүйек	ҚР Ұлттық Ғылым Академиясының академигі Т.Ш. Шарманов	Алматы қаласында МСАК бойынша ДДСҰ және ЮНИСЕФ-тің тарихи халықаралық конференциясын алғашқы ұйымдаструшы
1994-1998ж.	Т.К.Рахыпбеков м.ғ.д., профессор	ҚР барлық медициналық ЖОО-да отбасылық медицина кафедрасын ашқан. Жезқазған облысында алғаш рет жекеменшік отбасылық дәрігерлік амбулаториясын ашты
1998 жылы	Д.С. Нугманова м.ғ.д., профессор	Алғаш Қазақстан отбасылық дәрігерлер ассоциациясының негізін құрушы, алғашқы ассоциация президенті
1998 жылы	Қ.Ә. Әлиханова м.ғ.д., профессор	Қарағанды облысындағы алғашқы Қазақстан отбасылық дәрігерлер ассоциациясының Вице-президенті. Қарағанды облысы бойынша алғаш МСАК оқу бағдарламасын құрған және енгізген
1992-2013ж.	М.К.Кульжанов м.ғ.д., профессор	Қазақстанның қоғамдық денсаулық сақтау мектебін қалаушы, Орталық Азия өңіріндегі ғана емес, барлық ТМД аумағында бірінші ұйым болып келеді. Қазақстанда медициналық сақтандыру жүйесінің негізін қалаушылардың бірі. ҚР ДСМ Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығының ең алғашқы бас директоры
2000 жылы	Р.А. Абзалова м.ғ.д., профессор	Қазақстанда алғаш рет әлеуметтік бағдарламалар және әлеуметтік қызметкерлерді бастапқы денсаулық сақтау саласына енгізуші.
2012 жылы	А.А. Ақанов м.ғ.д., профессор	Қазақстан тарихында алғаш рет С.Ж. Асфендиярова атындағы ҚазҰМУ университеттік клиника моделін енгізген адам



## Кестенің жалғасы 1

1	2	3
2015 жылы	Денсаулық сақтау және әлеуметтік министрінің бірінші орынбасары С.З. Қайырбекова	ҚР Алматы қаласында алғаш рет ДДСҰ-ның географиялық жағынан қашық орналасқан орталық МСАК мәселелері бойынша Біріккен Ұлттар Ұйымының Еуропааймағы мен Орталық Азия елдері үшін үйлестіруші офисі ашылды
2018 жылы 25-26 қазан	Денсаулық сақтау министрі Е.А. Біртановтың бастауымен	Астана қаласында ДДСҰ МСАК жөніндегі Алматы декларациясы қабылдануының 40 жылдығына арналған Жаһандық халықаралық конференциясын ұйымдастырылды

Ұсынылған 1-ші кесте бойынша отандық ғалымдардың ҚР денсаулық сақтау жүйесіндегі медициналық-санитариялық алғашқы көмектің даму кезеңдерінде көптеген еңбек жасады.

Солардың ішінде Қазақстан отбасы дәрігерлік ассоциациясының президенті Д.С. Нугманованың жазылған еңбектерінде 1989 жылы Қазақстанда отбасылық медицинаны дамыту КСРО-ның Денсаулық сақтау министрлігінің бұйрығы бойынша Алматы қаласында бірінші рет аралас типті емхана және терапия кафедрасы ашылды. Алматыда ЖПД үш бөлімдерінен тұратын тек бір ғана №10 емхана отбасылық медицина болып өзгерді. Учаскелік терапевтерді және педиатрларды қайтадан оқытқаннан кейін аралас қабылдауға көшті.

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 [93, с.4].

Белгілі жаңашыл (новатор) дәрігер, отбасылық медицинаның пионері В.В. Тильманның айтуы бойынша Қазақстанда бірінші рет 1995 жылы 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 штаттық саны сол аумақта тұратын адамдардың көлеміне қарай құрылатын болған, бірақ қызмет көрсететін сапасына байланысты болмады [96].

1997 жылы Қазақстан Республикасының денсаулықты сақтау жүйесінде *біріншілік* медициналық көмек көрсетудің үнемді және нәтижелі әдістері ретінде белсенді түрде отбасылық медицинаны енгізу туралы реформа басталды. 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.

ҚР 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 МСАК нығайту мақсатында, отбасылық дәрігерлік амбулаториялардың кең жүйесін құру арқылы амбулаторлық-поликлиникалық мекемелерді белгіленген тәртіппен қайта ұйымдастыру жөнінде шараларды қарастырып, елдегі медициналық академиялар негізінде клиникалардың ашылуын бекітті. Ал 1999 жылдың 12 қазан айында №500 «Жалпы практика дәрігері/отбасылық дәрігер туралы Ереже мен Отбасылық дәрігерлік амбулатория туралы Ережені бекіту туралы» бұйрық (А.А. Ақанов, М.К. Кульжанов профессорлардың қолдауымен) халықаралық тәжірибеге негізделген оқу-клиникалық, жанұялық дәрігерлік амбулаторияларының типті орналасуын қамтамасыз етті [97,98]. Денсаулық сақтау реформасының 1995-1998 жылдары жаңа қаржыландыру нысандары мамандарды дамытуды айтарлықтай тездетті. 1996 жылдың ақпан айында Алматы мемлекеттік дәрігерлер білімін жетілдіру институтында бірінші отбасылық медицина кафедрасы пайда болып, ол отбасылық дәрігерлерді дайындауға, клиникалық модулдерді дайындап жүргізуді [93, с.6].

ҚР Денсаулық сақтау және білім, мәдениет министрлігі денсаулық сақтау комитетінің төрағасы профессор Т.К. Рахыпбековтің жасаған бұйырығына сәйкес 1998 жылы барлық медициналық ЖОО-да отбасылық медицинасы бойынша мамандарды дайындауға арналған кафедралар ашыла бастады.

Осыған орай, Семей мемлекеттік медицина академиясынегізінде Қазақстан Республикасында жекеменшік медициналық клиникасы құрылды. Оның құрамына 1998 жылдың 5 желтоқсан айынан бастап заңды тұлға ретінде №12 «Медициналық академия» тренингті отбасылық дәрігерлік амбулатория (ОДА) мекемесі құрылды. Бұл жалпы практика дәрігерлерін дайындау бойынша Модельды Орталық, дипломды және дипломнан кейінгі дәрігерлерді дайындаудың сапасын жоғарлатуға арналған жаңа кафедра болды [99].

Медициналық ЖОО-ның ішіндегі ең алдыңғы қатардағы Қарағанды мемлекеттік медицина университетінде де 1998 жылдары алғашқы отбасылық кафедрасының дамуы басталды. Сол жылдардан бастап 2016 жылға дейін кафедраның жетекшісі м.ғ.д., профессор Қ.Ә. Әлиханова басқарып келді. Ал Кафедраның профессорлық-ұстаздық құрамы жалпы практика дәрігерлерін дайындауға, сондай-ақ диплом, интернатура және дипломнан кейінгі дәрігерлерді дайындау сапасын жоғарлату және кафедра қызметкерлері халыққа медициналық көмек көрсетудің сапасын жақсартуға өз еңбектерін қосып келеді. 2011 жылы жалпы дәрігерлік практика пәнінің көп деңгейлі дайындықтан өтуіне байланысты университетте тағы дербес 2 кафедра құрылды (кафедра меңгерушілері м.ғ.д. Г.М. Мулдаева және м.ғ.к. Г.Ж. Мершенова басқарды). Елімізде МСАК көрсету деңгейіне күрделі өзгерістердің енгізілуіне байланысты, жаңа стратегиялық көзқарастардың пайда болуына және жаңа оқыту стандарттарын күшейту барысында барлық кафедралар

біріктіріле бастады. 2018 жылдан бастап елімізде қайтадан «отбасылық медицина» мамандығын жаңғырту мақсатында, резидентура деңгейінде осы мамандықты ашу негізінде, кафедра жұмысын күшейту үшін меңгерушілік қызметіне м.ғ.к., қауымдастырылған профессор Бауыржан Кәденұлы Омарқұлов тағайындалды. 2019 жылдан бастап отбасылық медицина кафедрасында студенттер көп деңгейлі дайындықтан өтеді: бакалавриат-интернатура-резидентура.

Ал еліміздің Астанасында 1998 қараша айында Астана медициналық университетінде алғашқы отбасылық кафедрасы ашылды. Кафедраның алғашқы меңгерушісі болып м.ғ.д., профессор Р.И. Розенсон, м.ғ.к., доцент Гаркалов К.А., Дербисалина Г.А. тағайындалды. Д.С. Нугманова жетекшілік еткен АМДБЖ институтының отбасылық медицина кафедрасының көмегімен Қазақстанда 1998 жылы отбасылық дәрігер ассоциациясы құрылып, 1999 жылы 1-ші мамырда Әділет министрлігінде заңды тіркелді [88, с.11].

Осылайша ҚР барлық медициналық ЖОО-да отбасылық кафедраларды аша отырып, алғаш рет отбасы дәрігерінің жұмысымен танысу үшін шет елдерге (Ұлыбритания және АҚШ) мамандарды оқыту үшін шыға бастады. Ал 1996 жылы үлкен халықаралық жоба USAID Денсаулық Реформасы (АҚШ) дәрігерлерді оқытуға және біліктілігін арттыруға қолдау көрсете бастады. Реформа аясында отбасылық медицина бойынша оқытушыларды дайындау үшін, алғашқы жыл он айлық курсқа барлығы 28 адам оқытылды [93, с.7]. Алайда ҚР отбасылық дәрігерлік амбулаторияны құру жөнінде отбасылық дәрігердерді дайындау бойынша оқытушылар саны жылдан жылға көбейіп, саны 25 құрайтын оқыту тренерлері дайындалды.

Ал 2000 жылы Астана қаласында Денсаулық сақтау департаменттің бұйрығына сәйкес көптеген отбасылық дәрігерлік амбулаториялар ашыла бастады. Атап айтсақ Шипагер, Сенім, Демеу, Интернационалды, Промышленный және т.б. Соның ішінде «Демеу» отбасылық медицинасының оқу тәжірибелік орталығы ҚР ДСМ және Американдық халықаралық Денсаулық сақтау одағы (АХДО ЮСАИД) арасындағы өзара түсіністік туралы Меморандум келісім бойынша құрылды [100]. Орталықты профессор Р.А. Абзалова басқарды. Жалпы клиниканың ашылу мақсаты Қазақстанда алғаш рет әлеуметтік бағдарламалар және әлеуметтік қызметкерлерді бастапқы денсаулық сақтау саласына енгізу болды. «Демеу» орталығының жаңа идеологиялары арқасында, ҚР Денсаулық сақтау саласының МСАК бойынша жаңа көптеген номативтік құжаттары жасалынды.

ҚР денсаулық сақтау саласын дамытудағы 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы «Денсаулық сақтаудың бірыңғай ұлттық жүйесінде медициналық көмекті ұйымдастыруды, басқару мен қаржыландыруды жетілдіру» аясында «Демеу» отбасылық медицинасының біраз жылғы тәжірибесімен 2011-2013жж. Республиканың барлық аймақтарының МСАК ұйымдарында әлеуметтік медициналық қызметкерлер және психологтар енгізіле бастады. Алыс жақын шетел мемлекеттер тәжірибелерінде медициналық әлеуметтік қызметтің тиімділігі жалпы халық

денсаулығын нығайту және әлеуметтік маңызды ауруларды алдын алу шараларымен қамтамасыз етілуі көрсетілді [101].

«Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарлама мемлекеттегі МСАК денсаулық сақтауды дамытудағы маңызды бағыт екенін көрсетті. Бағдарламаның жүзеге асуы халық денсаулығының нығайюына көптеген әсерін тигізгенін көрсете кетсек: республикадағы халық санының жыл сайын 1,4%-ға өсу қарқынымен 17 417,7 адамға ұлғаюы; күтілетін өмір сүру ұзақтығының 71,62 жасқа дейін өсуі; халықтың жалпы өлім-жітімінің 15,3%-ға төмендеуі; бала туу көрсеткішінің 2,6%-ға ұлғаюы; аналар өлім-жітімінің 1,9 есе төмендеуі; сәбилер өлім-жітімінің 1,7 есе төмендеуі; халықтың туберкулезбен сырқаттанушылығының 30,3%-ға төмендеуі [1].

Қазақстанда Ұлттық скринингтік бағдарламасы мен «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын жүзеге асыру шаралары аясында 2008 жылдан бастап 1,7 млн-нан астам адамның ерте сатыдағы ауруларын анықтауға көмектесті [102].

Бұл маңызды кезең профилактикалық бағытты күшейту мақсатында 2008 жылы басталған Ұлттық скринингтік бағдарламасына қанайналым жүйесін, сүт безі, жатыр мойны обырларын анықтау кірсе, ал 2011 жылы «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасының аясында скринингтік зерттеу шараларының 8 түріне кеңейтіліп, қант диабетін, глаукома, қатерлі ісік, ісік алды ауруларын тоқ ішек пен тік ішек обырларын, В және С гепатиттерін анықтауға арналған тексерістермен толықтырылды [101; 102]. Жалпы скринингтік тексерулер жүргізу бағдарламасы тегін медициналық көмектің кепілді берілген көлем тізіміне кіреді [102; 103, 104].

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 табылады [104; 105].

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 [101].

ДДСҰ Қазақстанды медициналық-санитариялық алғашқы көмекті дамыту жөнінде көшбасшы ретінде мойындап, 2014 жылдың 15-18 қыркүйек айында өткен Копенгагенде (Дания) ДДСҰ еуропалық өңірлік бюросының Өңірлік комитетінің 64-ші сессиясында Франция, Мальта және Швеция елдерімен бірге Қазақстан да 2015-2018 жылға дейін ДДСҰ Атқарушы комитетінің мүшелігіне өту жөнінде қолдауға ие болып. Қазақстан делегациясын Денсаулық сақтау

және әлеуметтік министрінің бірінші орынбасары Салидат Қайырбекова жетекшілік жасап, 2015 жылы ҚР үкіметтің қолдауымен және бас директор шешімімен Алматы қаласында ДДСҰ-ның географиялық жағынан қашық орналасқан офісі ашылды. Және де офісті ашу туралы келісімді ратификациялау туралы Қазақстан Республикасының 2015 жылғы 1 қазандағы №353-V заңы қабылданды [106].

Ал ортақ МСАК мәселелері бойынша Орталық Азия елдері үшін үйлестіруші болып табылады. Біріккен Ұлттар Ұйымының Еуропа аймағы мен Орталық Азиядағы өңірінде тұңғыш рет ірі офіске 53 мемлекет мүшесіне үйлестіруші болды [107,108].

Елбасымыз Н.Ә.Назарбаевтың 2012 жылғы «Қазақстан-2050» стратегиясында: қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты» атты Қазақстан халқына Жолдауында 2050 жылға қарай дүниежүзінің ең дамыған 30 елдерінің қатарына кіруі жөніндегі стратегиялық мақсатқа қол жеткізу мақсатында мемлекеттік бағдарламаларда медициналық қызметтердің сапасын және қолжетімділікті жақсарту, денсаулық сақтау жүйесін басқару мен қаржыландыру жүйесінің тиімділігін жоғарлатуға, және де қолдағы ресурстарды тиімді қолдануға бағытталған [109].

ДДСҰ медициналық-санитариялық алғашқы көмек бойынша 1978 жылғы Алматы декларациясының қабылдануының 40 жыл толуымен 2018 жылдың 25-26 қазан айында Астана қаласында «Алматыдан басталған денсаулық сақтау қызметтерінтолығымен қамтуға және тұрақты даму мақсаттары» атты Жаһандық халықаралық конференциясы өтті [3, с.262]. Конференцияға ДДСҰ-ға мүше жүз қырық елден, халықаралық ұйымдар және әлемдік академия элитасының өкілдерінен құралған – барлығы 1500-ден асатын қатысушылар қатысты. Конференцияға қатысушылардың негізгі басты мақсат – медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетуді әрі қарай дамытуын талқылап және медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетудің жаңа Астана декларациясы қабылданды.

Астана декларациясы барлық әлемдегі елдердің денсаулық сақтау жүйесі ретінде ХХІ ғасырдағы МСАК саласының дамуын жетілдіруге мүмкіндік беріп, медициналық қызметтерді толығымен қамтып және денсаулыққа қол жеткізуге болады. Қабылданған жаңа Декларацияда тұрақты МСАК бойынша барлығы үшін денсаулыққа қол жеткізудегі мемлекеттердің, халықтың, денсаулық сақтау жүйесіндегі басты міндеттері көрсетіледі.

Елбасыныңайтуы бойынша «Медициналық-санитариялық алғашқы көмек туралы жаңа Астана декларациясының қабылдауы әлемдегі денсаулық сақтау жүйесін жетілдіру жолында маңызды іс болып, жаһандық деңгейде халықтың өмір сапасын жақсартып, денсаулықтарын нығайтуға септігін тигізу».

Қазіргі таңда Қазақстан, бүкіл әлем сияқты, цифрлық трансформациясының үрдістерін белсене жүргізіп жатқандықтан, денсаулық сақтау саласы бойынша алғашқы көмекті жалпылай қамту смарт технологияларды кеңінен пайдаланып отыр. Сондықтан денсаулық сақтауды цифрландыру жаһандану деңгейдегі маңызды мәселелердің бірі болып қала береді. Ал МСАК ақпараттар жүйесі халықтың медициналық-санитариялық

қызметтермен өзара іс-қимылдарын да тікелей түсіндіріп, сол арқылы халықтың өз денсаулығын сақтауға және жауаптылығын күшейте түседі.

Жаңа заман талаптарына сай Қазақстанда 2013 жылы денсаулық сақтау саласында МСАК жүйесін жетілдіру барысында мейіргерлік мәртебесінің әлеуметтік өзгеруі және кәсіби біліктілігі мен құзіреттіліктердің кеңею бағытында мейіргер білімі мен мейіргерлік ісінің жаһандық реформасы басталды [110].

2007 жылдан бастап Қазақстанның барлық жоғары медициналық оқу орындарында «Мейіргер ісі» мамандығы енгізіліп, осы мамандық бойынша магистратура бағдарламалары жасалды. Ал 2014 жылы Қазақстан Республикасында «Жоғары медициналық колледж» дәрежесін алған медициналық колледждер мейіргер ісі бойынша қолданбалы бакалаврларды дайындай бастады.

Бүгінгі таңда, республика бойынша 30 Жоғары медициналық колледж бар. 2018 жылы ақпан айында ҚР мейіргер ісі бойынша қолданбалы бакалаврлардың алғашқы 308 түлектері бітірді. Бұл мамандық батыс елдерінің тіркеген мейіргерінің Европалық директиваларға 2005/36/ЕС (Европалық парламент) сәйкес «кеңейтілген практика мейіргер» лауазымы сәйкестендірілген болатын.

ҚР ДСМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» медициналық білімді дамыту орталығының басшысы З.А. Байгожинаның айтуы бойынша, мейіргер ісінің реформасы – жалпы жаһандық, әлемдік мәселе болып отыр. Бұл халықтың қартаюы, созылмалы аурулардың көбеюі, қарт адамдардың мейіргерлер тарапынан көбірек күтімді қажет етуі, сонымен қатар аурулардың және олардың асқынуларының алдын алуға, салауатты өмір салтын насихаттауға, медициналық көмекке кететін шығындардың өсуіне аса назар аударылады. Ал жалпы республикада дәрігерлердің жетіспеушілігінен өкілеттілікті беру аясында, кейбір функцияларды мейіргерлер өздері орындай алады. Осылайша жалпы практика дәрігерлер жүктемесінің азаятындығын көрсетеді.

Қазақстан Республикасында мейіргер ісін дамытудың 2019 жылға дейін арналған Кешенді жоспары мен стратегиялық «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасының 5.6 тармағына сәйкес, ҚР Денсаулық сақтау вице-министрі Л.Ақтаевамен 2017 жылдың 3 наурызда бекітілген «Медициналық білім мен ғылымды модернизациялау» жобасының Жол картасындағы 3.2 тармақшасы «Денсаулық сақтау жүйесінде мейіргерлік қызметкерлердің рөлін арттыру» жөніндегі іс-шаралар мақсатымен алғаш рет пилоттық режимде практикалық денсаулық сақтау ұйымдарда мейіргер қызметін басқарудың жаңа жүйесін әзірлеу және енгізу жобасы жүргізіле бастады [1; 111, 112].

Осыған орай, пилоттық жобаны жүзеге асыруға Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрі Е. Біртановтың 2018 жылғы 4 шілдедегі №419 бұйрығына сәйкес «Денсаулық сақтау ұйымдарына мейіргер қызметінің жаңа үлгісін енгізу бойынша пилоттық жобаны іске асыру туралы» ҚР жеті аймағында клиникалық базасы бар Жоғары медициналық колледждер мен Астана, Алматы қалалары, Ақмола, Қызылорда, Батыс Қазақстан, Оңтүстік Қазақстан, Павлодар облыстарынан 29 пилоттық медициналық ұйымдар

катысты [113]. Қабылданған бұйрыққа сәйкес 2019-2021 жж. арналған «Әлеуметтік медициналық сақтандыру» ұлттық пилоттық жобасы жүргізіле бастап, практикалық денсаулық сақтау ұйымдарында мейіргерлік қызметтің жаңа моделін дайындау және оны енгізу бойынша іс-шаралар атқарылып жатыр.

Атап өтсек, ҚР денсаулық сақтау қызметкерлердің номенклатурасына «кеңейтілген практика мейіргері» жаңа лауазымы қосылып, «Медицина және фармацевтика мамандықтарының номенклатурасын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2009 жылғы 24 қарашадағы №774 бұйрығына өзгерістермен толықтырулар жасалды (2018 жылдың 19 желтоқсандағы өзгерістері және толықтыруларымен №ҚР ДСМ-43). Осы мамандық бойынша біліктілік талаптарына сәйкес лауазым міндеттері бекітіліп, «Денсаулық сақтау қызметкерлері лауазымдарының біліктілік сипаттарын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2009 жылғы 26 қарашадағы №791 бұйрығына өзгерістермен толықтырулар енгізілді (2018 жылдың 19 желтоқсандағы өзгерістері және толықтыруларымен №ҚР ДСМ-43).

Осылайша 2018 жылдан бастап еңбек нарығында «мейіргер/кеңейтілген практика мейіргері» жаңа лауазымы енгізілді. Негізінен мейіргер/кеңейтілген практика мейіргері бұл мейіргердің жаңа қалыптасқан түрі болады. Өз күзіретінде тәуелсіз мейіргерлік күтімді, жалпы практика дәрігерінен өкілеттілікті беру барысында пациенттерді дербес қабылдау, динамикалық бақылау, кеңес беру, Ауруларды басқару бағдарламасы (АББ) және Универсиалды прогрессивті патронаж модельдер (УППМ) аясында патронаж оқытуды және де емдік манипуляциялар, вакцинация, скринингтер, аурудың профилактикасын және денсаулықты нығайту бойынша қызметтерді іске асыра алады.

#### **1.4 Медициналық-санитариялық алғашқы көмекті ұйымдастырудың кадрлық ресурстары**

Қазақстан Республикасының алғашқы президенті Н.Ә. Назарбаевтың 2012 жылғы 14 желтоқсанда «Қазақстан-2050» Стратегиясы қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты» атты Халыққа Жолдауы бойынша денсаулық сақтау жүйесін қазіргі заманға сай тиімді құру, бұл Қазақстанның саяси бағыттарының басты мақсаттардың бірі болып табылады [109].

Медициналық ұйымдарының штаттық кестесін қалыптастыру – бұл мекеме басшыларынан қызметкерлердің жоспарланатын санының, медициналық көмектің қажетті көлемін көрсету мүмкіндігін барынша дәл бағалауын талап ететін мәселе. Штат кестесінің нақты медицина қызметкерлерінен жинақталуы да мүмкін екенін түсінген маңызды. Медициналық қызметке басты тапсырыс беруші – бұл мемлекет болып табылады, сондықтан Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі мамандарының осы мәселеге деген көзқарастарын түсінудің маңыздылығы да кем емес.

Сондай-ақ міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінің шарты және ҚР үшін денсаулық сақтау жүйесі жалпы сыртқы және ішкі мәселерін

жақсарту, адами ресурстарды басқару тиімділігін арттыру, бұл денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстар сапасын мен қолжетімділігін жақсарту мақсатында, кадрлық ресурстар қажеттілігін және жоспарлау мен болжауға, оны тұрақты бағалауға, мониторинг жасауға негізделгенін көрсетеді [114].

Отандық ғалым профессор А.А. Ақановтың (2006) еңбектерінде медицина кадрларының санын жоспарлау, олардың көлемін белгілеу және ұйымдар мен құрлымдық бөлімшелерді тиімді бөлу, денсаулық сақтау саласындағы медицина персоналының жұмысын талдау мақсатында, денсаулық сақтау ұйымының арнайы әзірленіп және бекітілген үлгілік штаттар мен штат нормативтері қолданылуы тиіс деп көрсеткен [115]. Ұйымның бірыңғай кадр саясаты кадрларды басқару мақсаттары, бағыттары, нысандары мен әдістерінің жиынтығынан құралып, негізгі үш бөлімнен тұрады.

Бірінші бөлімге кадрларды талдау, жоспарлау және болжау қызметі кіреді. Жұмыстың басты көлемі осы кадр ресурстар деректерінің базасын қалыптастыру, жекелеген мамандықтар және білікті мамандардың қажеттілігін есептеуден тұрады.

Екінші бөлім міндеті бойынша қажетті кадрларды сапалы іріктеу, тиімді орналастыру, олардың қызметке деген көзқарасын ынталандыру, қолда бар ресурстарды бағалау және кадрлардың үздіксіз біліктілігін арттыру іс-шаралары кіреді.

Ал кадр жұмысының осы үшінші бөлімнің мақсаты кадрларды ұжымда тиімді пайдалануға талдау жасау, жақсы моральдық-психологиялық климатпен, жоғары өнімді еңбекке және үздіксіз кәсіби көтерілуге уәждендірумен тұрақты ұжым құру болып табылады.

Қазақстан Республикасындағы медициналық ұйымдар персоналдарын талдау, жоспарлау және болжау жүйесі «Кадрларды» автоматтандырылған басқару жүйесі (АБЖ) мәліметтерін негізделуі керек. Бірыңғай ақпараттық жүйе дерекқордағы қызметкер туралы жеке ақпаратты көруге мүмкіндік береді: диплом алған жылы, біліктілігін арттыру жылы, бұрынғы жұмыс орны және лауазымы және т.б. қызметкерлер жатады. Ал персоналдарды басқару секторы жұмыс жасап жүрген және алғаш қабылдаған қызметкерлерді «Кадрлар» АБЖ базасына уақытында жаңа деректерді салып отыруы қажет.

Кадрлық құрамын талдау медициналық ұйымның негізгі міндеті, халыққа сапалы медициналық көмек көрсету міндеттерін жүзеге асыру үшін персоналдың сандық және сапалық құрамының нақты сәйкестігі бойынша жүргізіледі. Сондай-ақ сапалы талдау міндеті – қызметкерлердің функционалдық міндеттерін орындау үшін білімі, дағдылары мен қабілеттерін анықтау және бағалау болып табылады. ДДСҰ мәліметтері бойынша кадрлық ресурстары туралы мәліметтер әрдайым толық бола бермейді (көбінесе жеке сектор, әсіресе әлеуметтік көмек және «балама медицина» саласы). Тек денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстары бойынша ағындары және тәжірибе орны туралы ақпараттар болады [116].

Қазақстан Республикасында медициналық кадрлардың сандық талдауы «Денсаулық сақтау субъектілерінің әкімшілік деректерін жинауға арналған нысандарын бекіту туралы» ҚР Денсаулық сақтау министрінің 2013 жылғы 06



наурыздағы №128 бұйрығына сәйкес, *денсаулық сақтау ұйымының есебіндегі* 1100-кестемен «Есеп беру жылының аяғындағы ұйымның штат лауазымдары» жүргізіледі (№30 нысан), бұл жерде штаттағы, жұмыс істейтін және осы лауазымдардағы адамдар арасындағы сәйкессіздік анықталады. Сонымен қатар медицина және фармацевтика кадрлары туралы есеп берудің 17-нысаны бойынша ағымдағы жылы жоспарланған оқу және оқудан өткен адамдар саны, персоналдың санаттылығы анықталады [117]. «Кадрлар» АБЖ базасындағы ұжымның жастық-жыныстық құрамы зейнеткерлік жасы алдындағы және зейнеткер жастағы қызметкерлердің санын нақтылау үшін анықталады.

Кез келген ұйымның кадрлық жоспарлау қағида негізі персоналды басқару жүйесін жетілдіру мақсаты және штаттық кестеге сәйкес бос кадрлық орындар деңгейлерді азайту және дәрігерлерге «қанағатсыз қажеттілік» деңгейін анықтау көлеміне сәйкес персонал құрылымын оңтайландыру; ұйымның бәсекеге қабілеттілігін арттыру стратегиясын әзірлеу, жұмысшыларды тарту және жұмыс орынын сақтау арқылы қажетті құзыреттілікке ие болу, жұмысшылардың тапшылығы мен тапшылығын болжау міндеттерді қалыптастырады. Осылайша, кадрларды жоспарлау өзгерген сыртқы ортаға бейімделе алатын, жұмысшыларды сырттан жалдау тәуелділігін азайтуға, ұйымға адами ресурстарды басқарудың жаңа және тиімді тәсілдерін табуға көмектесетін жақсы дайындалған және икемді штат құруға мүмкіндік береді [118].

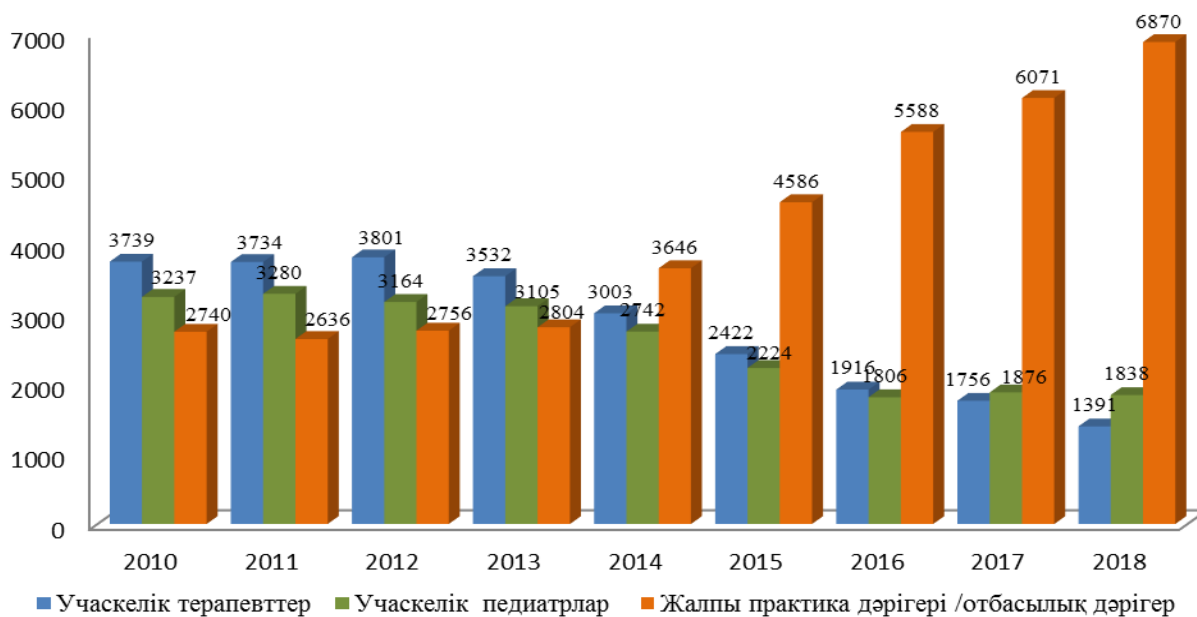
Жоспарлаудың негізгі түрлеріне ұзақ мерзім, перспективалы және ағымдар жатады. Ұзақ мерзімді жоспарлау 10-15 жылға немесе одан да көп жыл, перспективалы жоспарлау – бес жыл аралықта, ағымдағы – бір жылға дейін жасалады. Ұзақ мерзімді жоспарлау – кадрлық ресурстарын жоспарлауды жақсарту, қызметкерлердің біліктілігін арттыру, еңбек жағдайларын жақсарту, қызметкерлердің шығармашылық бастамасы мен еңбек белсенділігін арттыру арқылы кадрлардың тұрақсыздығын төмендету бағдарламасы кіреді. Перспективалы жоспарларға кадрлар құрамын жетілдіру, қажеттіліктерді есептеу, кадрлар көздерін анықтау, жұмысшылардың әртүрлі санаттарына қойылатын талаптарды анықтау, кадрлық резерв құру, жас мамандарды ынталандыру тетіктерін дамыту, үздіксіз оқыту нысандарын одан әрі дамыту негізінде кадрлар құрамын жақсарту шаралары жатады. Ағымдағы жоспар персоналға қызмет көрсетудің ұзақ мерзімді және перспективалық жоспарларының көрсеткіштерін егжей-тегжейлі сипаттайды. Оларды оқуға бөлу, жұмыстарды бағалау, жұмыс уақытын тиісті пайдалану және кадрлық қызметті жоспарлауды бақылау мәселелерін көрсетеді [115, с.3].

Отанымыздың денсаулық сақтау саласының кадрлық ресурстары барлық денсаулық сақтау жүйесінде жұмыс жасауының негізгі құралдарының бірі, себебі медициналық қызмет көрсетудің барлық кезеңдерінде медицина қызметкерлерін сапалы басқару, кадрлық ресурстарын біріктіру кезеңінен бастап, пациентке дұрыс бағыт көрсету мен халыққа толығымен қол жетімді медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсету мүмкіндігін көрсетеді [119].

Отандық ғалым М. Кульжановтың (2012) айтуынша, 90-жылдардың басында Кеңес одағы құлағаннан кейін, тәуелсіздік алған жылдары, көші-қон әсерінен мамандықтардан мамандардың көптеп кетуі, денсаулық сақтау саласында жеке меншік секторлардың пайда болуы, медициналық кадрлардың жетіспеушілігіне алып келді [120].

Кадрлық жетіспеушіліктің тағы бір мәселесі дәрігерлер арасындағы теңсіздіктің (дисбаланс) болуы, ауруханадағы кадрлардың артық (профицит) болса, ал МСАК тапшылығы (дефицит) байқалды [121]. Бүгінгі таңда учаскелік дәрігерлер арасында және ЖПД мамандар дисбалансы сақталып отыр.

Мемлекеттік денсаулық сақтау жүйесінің қайтадан реформалау және отбасылық медицинаға ауысу кезінде амбулаториялық-емханалық қызметтердегі учаскелік терапевттер саны 2018 жылға қарай бүкіл республика бойынша 2010 жылмен салыстырғанда 2,7 есе (2348-ге) азайды. Ал педиатриялық бөлімдерді жабуға бағытталған денсаулық сақтау саласындағы реформалардың нәтижесінде, соңғы бітіруші түлектер 2013 жылы болғандықтан, учаскелік педиатрлардың саны 2018 жылы 2010 жылмен салыстырғанда 1,8 есеге (1399-ге) азайса, ал керісінше жалпы практика дәрігерлерінің санының 2018 жылы 2010 жылмен салыстырғанда 2,5 есеге (4130-ға) артқаны байқалады (сурет 1). Бұл көрсеткіштер медицина және фармацевтика кадрлары туралы жылдық есеп берудегі (30-нысан бойынша) штаттық лауазымдар санынан алынды [117].



Сурет 1 –Қазақстан Республикасының МСАК ұйымдарында учаскелік дәрігерлердің динамикасы

Сондай-ақ жылдан жылға елдегі халық санының өсуі медициналық көмекке мұқтаж тұрғындарды толығымен қамту үшін медициналық кадрлардың санын көбейту қажеттілігін тудырады [119, с.198].

Соңғы он жыларалығында ҚР Денсаулық сақтау министрлігі білікті кадрлардың жетіспеушілігін төмендету және кадрлық қажеттілікті 2030 жылға болжау бойынша көптеген жұмыстар атқарып келеді.

Денсаулық сақтау ұйымдарының қызметін оңтайландыру және денсаулық сақтау ұйымдарында кадр саясатын жетілдіру мақсатында ҚР денсаулық сақтау саласындағы 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасындағы (4.2-бөлім) [101] және Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасының басты бағыттарының бірі Денсаулық сақтау саласында адами ресурстарды басқарудың тиімділігін арттыру «Адами ресурстарды стратегиялық басқару» (5.6.1-бөлім) шеңберінде басым стратегиялық бағыттар анықталған болатын [1].

Мемлекеттік бағдарламалар аясында денсаулық сақтау жүйесінің тұрақты дамуын қамтамыз ету мақсаты саланың адами ресурстарын стратегиялық басқару жүзеге асырылады. Бұл адами ресурстарын стратегиялық басқару бағдарламаларындамытудың стратегиялық мақсаттарымен: қоғамдық денсаулық сақтауды дамытумен, МСАК басымдығының негізінде денсаулық сақтауды халықтың мұқтаждықтары жанына интеграциялаумен және тұтас денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігін көрестеді. Адами ресурстарын стратегиялық басқарудың негізгі мақсаттарына мыналар жатады:

- қажетті адами ресурстардың болуы (қолжетімділігі);
- қызметкерлердің тиісінше құзыреті;
- адами ресурстардың тұрғындардың сұрауларына ілтипаттылығы;
- адами ресурстардың өнімділігі [1].

Бұл бағыттың аясында «ескі штаттық нормативтер мен стандарттарды қолдану қажеттілігінен адами ресурстар мен еңбек шығындарын қолданыстағы технологиялар, стандарттық операциялық рәсімдер және пациенттердің қажеттіліктеріне сәйкес бейімдеп икемді жоспарлау мүмкіндігіне қарай акценттердің орын ауыстыруы» бойынша іс-шаралар жоспарланған.

## **1.5 Емдеу-профилактикалық мекемелеріндегі еңбекті нормалау жолдары**

Денсаулық сақтауды жаңғыртудағы күрделі міндеттерді шешу үшін негізгі құралдардың бірі өзгерген эпидемиологиялық жағдайды және қоғам өмірінің әлеуметтік жағдайларын ескере отырып, дәрігер мен мейіргер қызметкердің еңбек нормаларын негіздеу, сондай-ақ медициналық ұйымдардың материалдық-техникалық базасын және емдеу-диагностика шараларын ұйымдастыруға қойылатын жаңа талаптарды айтарлықтай жақсарту болып табылады [121, р.87; 122-124].

Нормативтік-зерттеу жұмыстарын жүргізудің әдістемелік сұрақтары денсаулық сақтауда кеңінен әзірленген [125]. Олар еңбекті нормалауды ұйымдастыру жөніндегі жалпы қағидаттық ережелерге негізделеді.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының маңызды міндеті елдерді техникалық құралдармен және басқару принциптерімен даярлау және қамтамасыз ету, сондай-ақ қоғамдық денсаулық сақтаудың тиімді іс-шараларын

жаппай қамту мен өткізуді қамтамасыз етуге қабілетті денсаулық сақтау жүйелерін дамытуға бағытталған процестерге көмек беру болып табылады [126].

Сондай-ақ, соңғы 10 жылда медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру жүйесінде елеулі өзгерістер болды, қазіргі заманғы медициналық технологиялар мен ғылыми зерттеулердің жетістіктері белсенді енгізілді, медициналық көмек көрсету сапасына қойылатын талаптар және қызметтің нәтижелігін анықтау қызметтері артты [127-131]. Халықтың аурушандығының таралу жиілігі мен құрылымы, оның ауырлығы, еселігі мен үйлесімділігі өзгерді. Демографиялық жағдайдың халықтың қартаюына қарай өзгеруі, әлеуметтік маңызы бар аурулардың таралу себептері тиісті мамандықтар бойынша медициналық көмек көрсететін мамандарға жүктемені арттырды [132,133].

Денсаулық сақтау жүйесіне дәлелді медицина және медициналық қызметті стандарттау принциптерін енгізу денсаулық сақтаудағы еңбек шығындарын анықтаудың түбегейлі жаңа әдіснамалық тәсілдерін әзірлеу қажеттілігін анықтайды [134].

Медициналық ұйымдардың номенклатурасы айтарлықтай өзгерістерге ұшырады. Осыған байланысты мекемелердің кейбір типтері үшін штат нормативтерін әзірлеу талап етіледі [135,136].

Қазіргі уақытта медициналық қызмет көрсетудің үш деңгейлі жүйесі үшін штаттық нормативтерді бейімдеу қажеттілігі айқын (атап айтқанда соңғы жылдары ауданаралық медициналық көмек көрсету орталықтары белсенді түрде ұйымдастырылып, жұмыс істейді) [137, 138].

Медициналық ұйымдар номенклатурасының өзгеруімен қатар медицина қызметкерлері лауазымдарының номенклатурасы нақтыланды, бұл да штаттық нормативтерді қайта қарау және түзету қажеттілігіне алып келеді [139-142]. Амбулаториялық жағдайда МСАК дәрігердің, медициналық құжаттарды ресімдеуге жұмсайтын уақыттың артуы байқалады (қолда бар медициналық құжаттарға жаңа статистикалық есеп және есеп беру формалары қосылды, азаматтардың жеңілдікті санаттары үшін рецептілік бланктерін толтыру үдерісі күрделенді), сондай-ақ бұл жүктеме нормаларын және тиісінше медициналық ұйымдардың штаттық лауазымдарының саны мен құрамын қайта қарау үшін алғышарт болып табылады [143,144].

КСРО Денсаулық сақтау министрлігінің 04.05.1990 ж. №188 бұйрығы медициналық ұйымдардың бас дәрігерлерінің штат кестесін тәуелсіз қалыптастыру және бекіту, жүктеме нормаларын белгілеу жөніндегі құқықтарын кеңейтті. Бұл еңбекті нормалау саласындағы салалық жүйені орталықсыздандыруға алып келді, осыған байланысты оларды уақтылы қайта қарау тоқтатылды, бұл кадр ресурстарын тиімсіз пайдалануға алып келді. Нормативтік құжаттардың жетілмегендігі және оларды енгізудің регламенттеуші принципі мамандардың жұмысында қиындықтарды тудырады, оларды басқара отырып, медициналық ұйымдар басшыларының сапалы медициналық, оның ішінде халыққа профилактикалық көмекті қамтамасыз ету үшін, өз нормативтерін әзірлеуге мүмкіндік береді [145].

Жоғарыда айтылғандардан, медициналық қызметкердің еңбек шығындары бойынша қолда бар нормативтік база, медициналық көмек көрсетудің қазіргі заманғы талаптарына сай келмейді, бұл денсаулық сақтау жүйесіндегі мамандардың штаттық нормативтері мен жүктеме нормативтерін регламенттейтін нормативтік құжаттарды әзірлеу қажеттілігін айқындайды.

### **1.6 Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін дәрігерлердің уақыты және сандық нормасы**

Уақыт нормалары-бұл қызметкер немесе қызметкерлер тобының қызметін техникалық-ұйымдастыру жағдайларында жұмыс бірлігін орындауды реттелетін ұзақтығы болып табылады. Уақыт нормалары минуттарда, сағаттарда, шартты бірліктерде, еңбек сыйымдылығының шартты бірліктерімен көрсетіледі [125, с.3].

Уақыт нормаларын әзірлеу кезінде келесі математикалық-статистикалық әдістер қолданылады: орта шамаларды есептеу; бастапқы мәліметтерді графоаналитикалық өңдеу, көптеген корреляция әдісімен регрессияның (формулалардың) нормативтік теңдеулерін есептеу; бейнелерді тану теориясының элементтерін қолдана отырып, көптеген корреляция әдісімен сапалы фактордың әсерін ескеру, регрессияның (формулалардың) нормативтік теңдеулерін есептеу [146,147].

Типтік уақыт нормаларын әзірлеу кезінде біртектес жұмыстар үшін, жұмыс (функция, қызмет) бірлігін орындауға жұмыс уақытының шығындарын бір немесе тиісті қызметкерлер тобының, жұмыс шығындарын жұмыс жасауға дайындауға, сондай-ақ оның нәтижелерін өңдеу мен ресімдеуге ұсынылады. Осы мақсатта бақылаудың екі түрін (жұмыс жүктемесі мен хронометраж), есепке алу және есеп деректерін, еңбекті ұйымдастыруды талдау нәтижелерін және оны жетілдіру жөніндегі шараларды әзірлеуді пайдалана отырып, еңбекті нормалаудың талдамалық әдісін қолдану ұсынылады [127, с.7; 147, с.25].

Типтік уақыт нормаларын есептеуді жүзеге асыру үшін:

а) жұмыстардың әрбір түрі бойынша зерттеулер (бұдан әрі - бақылау) жүргізу жоспарланып отырған ұйымдардың ең аз санын мына критерийлерді ескере отырып айқындау: жаппай және қайталанатын жұмыстардың болуы; техника мен технологияның қазіргі заманғы деңгейіне сәйкес келетін ұтымды еңбек процестерін пайдалану, өндірісті, еңбекті және басқаруды ұйымдастыру;

б) бақылау жүргізу үшін қызметкерлерді анықтау (біліктілігі жұмыстың күрделілік деңгейіне сәйкес келетін және 2 жылдан астам жұмыс өтілі бар қызметкерлерге бақылау жүргізу ұсынылады). Сонымен бірге қызметкерлерді денсаулық жағдайына қарап таңдау ұсынылмайды, ол бақылау қорытындысына әсер етуі мүмкін (мүмкіндігі шектеулі жандар, жүкті әйелдер, ұзақ уақытты үзілістен кейін жұмысқа кіріскен жандар, және т.б.), ішкі және сыртқы шарттардағы жұмысты қоса орындаушылар, яғни уақытша жоқ жұмысшының міндеттерін атқарушы қызметкерді алу ұсынылмайды;

в) жұмыстың қалыпты қарқынының көрсеткіштеріне сүйене отырып, еңбек қарқындылығын анықтау;

г) жұмыстардың сипатын, ұзақтығын, массивтілігін, қайталануын, олардың детерминациялану дәрежесін және басқа да факторларды, сондай-ақ нәтижелердің жеткілікті дәлдігін ескере отырып, бақылау санын (қызметкерлердің саны және олардың әрқайсысы бойынша бақылау санын) анықтау;

д) жұмыс уақытының суретке түсіру, ол үшін мыналар қамтамасыз етілуге тиіс: еңбек заттарының жарамдылығы; жұмысты орындау үшін қажетті материалдардың қажетті саны мен сапасының болуы және оларды уақытылы беру; электр энергиясы және өзге де энергия көздерін уақытылы беру, техникалық құжаттамамен уақытылы жабдықтау; қауіпсіз еңбек жағдайы. Жұмыс уақытының басынан бастап аяғына дейін түсірілген барлық уақыт шығындары тіркелген суреттер арқылы, жұмыс уақытының сурет картасын (бақылау парағын) міндетті түрде толтыра отырып жүргізілуі мүмкін. Картаға жұмыс үзілістерін көрсете отырып, жұмыс күні ішінде қызметкердің барлық іс-әрекеттерін көрсету ұсынылады. Әрбір операция (еңбек процесі) элементінің ағымдағы аяқталу уақытын бір мезгілде белгілей отырып жүргізілуі тиіс, өйткені ол келесі операция (еңбек процесі) элементінің басталуы болып табылады. Әрбір жазба қызметкердің не істегенін немесе оның әрекетсіздігі немен байланысты екенін көрсетеді. Операцияның (еңбек процесінің) немесе үзілістің әрбір элементін жазу кезінде жұмыс уақыты шығындарының индексін көрсеткен жөн;

е) зерттеу нәтижелерін өңдеу.

Картаны толтыру кезінде операция (еңбек процесі) элементтерінің әрқайсысының ұзақтығы ағымдағы уақыттан алдыңғы операцияның (еңбек процесінің) ағымдағы уақытын әрбір келесі өлшеуді шегеру жолымен есептеледі, оның нәтижелері картаға енгізіледі. Сонымен қатар, жұмыс уақыты шығындарының индексі де көрсетіледі, яғни жұмыс уақыты шығындарының сипаттамасы, жұмыс уақыты шығындарының индексіне сәйкес келеді. Бақылау қорытындыларына сәйкес, арифметикалық орташа ретінде, жұмыс орнына қызмет көрсету уақыты және демалыс уақыты мен жеке қажеттілік элементтерінің жиынтығы жасалады. Бақылау нәтижелері бойынша алынған жұмыс уақыт шығындарының орташа көрсеткіштері негізінде, типтік уақыт нормаларының көрсеткіштері есептеледі [127, с.2;148].

Жұмыс орнындағы еңбек жағдайына байланысты бөлінетін демалуға кететін уақыт, операциялық уақыттың пайызынан анықталуы мүмкін. Жүргізілген бақылау нәтижелері негізінде әрбір жұмысты орындаудың еңбек сыйымдылығының көрсеткіштері анықталады. Жұмыстарды жүргізу шарттарын анықтау, статистикалық деректер негізінде әзірленген көрсеткіштерге сәйкес мынандай жұмыс жүргізіледі:

- а) еңбектің бірқалыпты дәрежесіне байланысты демалу уақытын анықтау;
- б) жұмыс қарқынына байланысты демалысқа кететін уақытты анықтау;
- в) бес күндік жұмыс аптасы және 8 сағаттық жұмыс күндік еңбек тәртібі.

ҚРДСМ 2011 жылдың 5 қаңтар айындағы №7 бұйрығына сәйкес Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін медициналық ұйымдардың қызметі туралы ереже бойынша МСАК дәрігерінің (жалпы практика дәрігері,

учаскелік терапевт-дәрігер/педиатр) емханаларда қабылдаудың ұзақтығы күніне 5 сағаттан кем болмауы көрсетілген, ал шақыртудағы қабылдау МСАК ұйымы жұмысының аяқталуға 2 сағат уақыт қалған кезде (18.00-ге дейін) аяқталады.

Денсаулық сақтау саясатын тиімді дамытуға арналған денсаулық сақтау кадрларының болуына нақты және сенімді деректердің болуы тиіс. Алайда, көптеген табыс деңгейі орташа және төмен елдерде ақпараттық жүйелер кадрлық ресурстар туралы толық ақпаратты жинайды және бағалайды алмайды. Бұл қажеттілікке жауап ретінде ДДСҰ кадрлық ресурстар саласындағы ақпараттық жүйені әзірлеу бойынша күш-жігер жұмсайды (HRIS). Осы мақсатта ДДСҰ өзіне мүше елдердегі денсаулық сақтау кадрларының жағдайын бағалау тетігін әзірледі. Бұл механизм қандай да бір елдегі денсаулық сақтау саласындағы сандық және сапалық кадрлық әлеуетті бағалауға мүмкіндік береді [149,150].

Бұл ретте штаттық нормативтер халыққа медициналық көмектің белгілі бір түріне деген қажеттілігін қамтамасыз етуі тиіс. Атап айтқанда, амбулаториялық -емханалық мекеменің, диспансерлердің штаттық нормативтерін әзірлеген кезде қажеттілік мөлшеріне жақын перспективасы ескеріле отырып, ең озық мекеменің материалынан немесе халықтың медициналық көмектің мамандандырылған түріне деген қажеттілікті зерттеу жөніндегі ғылыми әзірлемелерден алынған тиімді норма енгізіледі. Әрине, бұл қажеттілікті барлық жерде қанағаттандыру мүмкін емес, ал кейбір жағдайларда ол қазіргі уақытта да, жақын перспективада да тиімдіден төмен болады. Штаттық нормативтер мекеменің оған жүктелген функцияларды орындауына қажетті лауазымдардың ең жоғарғы көлемін есептеуге арналған. Және оларды орталықтандырылған нормалау кезінде қабылданған барлық жағдайларды жасаған кезде ғана толық пайдалануға болады.

Сандық нормативтер (штаттық нормативтер) – мекемеге (бөлімшеге) жүктелген барлық функцияларды және жұмыстың белгілі бір көлемін орындау үшін нормативтік көрсеткіштер мен олардың үйлесімі, есептік шамалар бойынша белгіленетін қызметкерлердің қажетті саны [125, с.15].

Сандық нормативтер денсаулық сақтауда штаттық нормативтер немесе типтік штаттар түрінде көрсетіледі. Амбулаториялық жағдайда көмек көрсететін медициналық ұйымдардың дәрігерлік қызметкерлер лауазымдарын белгілеу үшін негізгі көрсеткіш және өлшеуіш халық саны немесе оның жекелеген контингенттері, стационарлық жағдайда көмек көрсететін медициналық ұйымдар үшін төсек саны болып табылады [147, с.10].

Өткен ғасырдың 70-80жж. КСРО кезінде денсаулық сақтау ұйымдар қызметкерлерінің жұмыс нормасымен көптеген жұмыстар жүргізіліп, денсаулық сақтау ұйымдары үшін штаттық нормативтердің негізі қаланды.

КСРО Денсаулық сақтау министрлігінің 31.10.1977 ж. №972 «Халықтық денсаулық сақтауды одан әрі жақсарту жөніндегі шаралар туралы» бұйрығы ауылдық аудандардың орталық аудандық емханаларының, қалалық үлгідегі қалалар мен кенттердің (жұмысшылар, курорттық және қалалық) халық саны 25 мың адамға дейінгі (КСРО Денсаулық сақтау министрлігінің 24.06.1981ж.

№685 бұйрығының өзгерістер 1990 жылдардың аяғына дейін әрекет етті) медициналық, фармацевтикалық қызметкерлердің штат нормативтері бекітілді [151, 152].

Халыққа амбулаториялық-емханалық көмек көрсету үшін дәрігерлер лауазымдары халық саны есебінен белгіленіп, олардың штаттық нормативтері келесі бұйрықтармен нақтыланды. Медициналық көмек көрсету сапасын жақсарту мақсатында кейінірек КСРО Денсаулық сақтау министрлігінің №715 22.07.1982 жылғы «Денсаулық сақтауда еңбекті нормалауды жақсарту жөніндегі қосымша шаралар» («Денсаулық сақтау мекемелері», «Дәрігерлік лауазымдар» номенклатурасымен, КСРО Қаржы министрлігінің 13.10.1981 ж. №190 хатымен бірге бұйрығы шығарылды. Халыққа амбулаториялық-емханалық көмек көрсету үшін дәрігерлер лауазымдарының есебі 2-кестеде келтірілген.

Кесте 2 – Амбулаторлық жағдайда медициналық-санитариялық алғашқы көрсетуге дәрігерлер лауазымының штаттық нормативі

Дәрігер лауазымының аты	1000 тұрғынға лауазым саны					
	аурухана орналасқан мекенде тұратын, және тікелей онымен қызмет көрсетілетін		аурухана орналасқан мекенде тұратын, бірақ тікелей онымен қызмет көрсетілетін (тіркеу учаскесі)		ауруханамен қызмет көрсетілетін, ауданның басқа аумағында тұратындар (ОАА-есепке алмағанда аудандық аурухана аумағындағы тұрғындар)	
	ересектер	балалар	ересектер	балалар	ересектер	балалар
1	2	3	4	5	6	7
Аймақтық дәрігер-терапевт	0,59	-	0,59	-	-	-
	(пп. "а" КСРО ДСМ 30.05.1986 ж. №770 Бұйрығының ред.)					
Дәрігер-терапевт	-	-	-	-	0,03	-
Дәрігер -хирург, уролог(жалпы)	0,07	0,04	0,07	0,04	0,01	0,01
	(пп. "в" КСРО ДСМ 30.05.1986 ж. №770 Бұйрығының ред.)					
Дәрігер-травматолог-ортопед	0,03	0,04	0,02	0,04	0,01	0,01
	(ДСМ КСРО 10.11.1986 ж. №1470 Бұйрығының ред.)					
Дәрігер акушер-гинеколог	0,165	-	0,165	-	0,025	-
	(ДСМ КСРО 06.12.1985 г. №1567-ДСП Бұйрығының ред.)					
Аймақтық дәрігер педиатр	-	1,25	-	1,25	-	-
	(пп. "е" КСРО ДСМ 11.07.1985 ж. №920 Бұйрығының ред.)					
Дәрігер-педиатр	-	-	-	-	-	0,02
Дәрігер- отоларинголог	0,04	0,12	0,02	0,12	0,01	0,01
	(ДСМ КСРО 10.11.1986 ж. №1470 Бұйрығының ред.)					
Дәрігер- офтальмолог	0,04	0,08	0,02	0,08	0,01	0,01
	(ДСМ КСРО 10.11.1986 ж. №1470 Бұйрығының ред.)					
Дәрігер- невропатолог	0,05	0,06	0,03	0,06	0,01	0,01
	(ДСМ КСРО 10.11.1986 ж. №1470 Бұйрығының ред.)					



## Кестенің жалғасы 2

1	2	3	4	5	6	7
Дәрігер-стоматолог және дәрігер-стоматолог-хирург (жалпы)	0,4	0,45	0,4	0,45	0,02	0,02
	(пп. "л" КСРО ДСМ 30.05.1986 ж. №770 Бұйрығының ред.)					
Дәрігер-кардиоревматолог	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01
Цехтік дәрігерлік	1500 қызметкерге 1 лауазым (1000 адамнан астам жұмыс істейтін)					
аймақтың учаскелік	химия, көмір, тау-кен кәсіпорындары,					
Дәрігер-терапевті	мұнай өңдеу өнер кәсібі, немесе 2000 ірі (жұмыс істейтіндер саны 1000 адамнан асатын) өнер кәсіптік кәсіпорындар, басқа өнеркәсіп салаларының немесе 2000 қызметкерлер бар құрылыс ұйымдар бір немесе бірнеше қатар орналасқан құрылыс объектілерінде					
Жасөспірімдер терапевт-дәрігері	0,9 учаскелік дәрігер-терапевт лауазымының орнына, 1500 жасөспірімге 1 лауазым (15 - 17 жас қамтылған)					
	(пп. "о" КСРО ДСМ 30.05.1986 ж. №770 Бұйрығының ред.)					

70-80 жылдары денсаулық сақтау мекемелері қызметкерлерінің еңбегін нормалау бойынша барлық жұмыстар нормативтік-зерттеу жұмыстарының жылдық және бес жылдық жоспарларына сәйкес жүргізіліп сәтті орындалған. Бұл жоспарлардың негізіне барлық министрліктер мен ведомстволардың еңбегін нормалау жөніндегі жұмыстардың үйлестірушісі болып табылатын КСРО мемлекеттік еңбек комитетінің ұсыныстары алынған.

КСРО Денсаулық сақтау министрлігінің бұйрығымен 1981 жылдың 24 маусымындағы №685 «Ауылдық аудандардық орталық аудандық емханасы қызметкерлерінің типтік штаттары және штаттық нормативтері» туралы КСРО Денсаулық сақтау министрлігінің 1978 жылдың 26 қыркүйегіндегі №900 штаттық нормативтер толықтырылып, бекітілген [151]. Сондай-ақ КСРО денсаулық сақтау министрлігінің 1979 жылғы 28 желтоқсандағы №1320 бұйрығымен бекітілген Денсаулық сақтау мекемелерінің үлгі штаттарына толықтырулар мен өзгерістер енгізілді.

«Амбулаториялық-емханалық мекемелердің жұмысын ұйымдастыруды жетілдіру жөніндегі шаралар туралы» КСРО Денсаулық сақтау министрлігінің 1981 жылғы 23 қыркүйектегі №1000 бұйрығы амбулаториялық-емханалық мекемелердің (бөлімшелер) дәрігерлеріне қызмет көрсетудің басқа да есептік нормаларын бекітті. Көрсетілген бұйрықта бірқатар жұмыс уақытының нормативтері емханалық көмек бойынша дәрігер-мамандардың халыққа қызмет көрсетуі 1990 жылға дейін күшінде болған (кесте 3).

КСРО Денсаулық сақтау министрлігінің 04.05.1990 ж. №188 «Жаңа шаруашылық механизм жағдайында жұмыс істейтін емдеу-алдын алу мекемесі туралы ережені және емдеу-алдын алу мекемесінің (бірлестігінің) Жарғысын құру жөніндегі нұсқаулықты бекіту туралы» бұйрығы шығарылды, ол СССР Денсаулық сақтау министрлігінің 1981 жылғы 23 қыркүйектегі №1000 бұйрығының күшін жаңа редакцияда бекіткен сәттен бастап емдеу-алдын алу мекемесіне тоқтатуды анықтап берді [152].

Кесте 3 – Амбулаторлық жағдайда медициналық-санитариялық алғашқы қызмет көрсететін дәрігерлер лауазымының саны (1000 тұрғынға)

Лауазымдар түрлері	1000 тұрғынға лауазым саны	
	ересек	балалар
Дәрігер-терапевт	0,5 (пп. "а" КСРО ДСМ 30.05.1986 ж. №770 Бұйрығының ред.)	-
Дәрігер-педиатр	- (пп. "б" КСРО ДСМ 11.07.1985 ж. №920 Бұйрығының ред.)	1,25
Дәрігер акушер-гинеколог	0,1 (пп. "в" КСРО ДСМ 23.12.1986 ж. №1263 Бұйрығының ред.)	-
Дәрігер-хирург	0,04	0,03
Дәрігер-стоматолог	0,25	0,25
Дәрігер-стоматолог-протезист (арнайы немесе шаруашылық есеп көмегімен қамтылады)	0,07	-

Бұл бұйрық, халыққа медициналық көмектің әртүрлі түрлерін көрсетуге арналған дербес денсаулық сақтау мекемесі ретінде, емдеу-алдын алу ұйымдарының жаңа анықтамасын енгізді. Мұндай үлгідегі мекемелерге диспансерлер (емдеу орындары), барлық амбулаториялық-емханалық және санаториялық-курорттық мекемелер жатқызыла бастады. Шаруашылық жүргізудің жаңа түрлеріне халыққа медициналық көмек көрсетудің барлық кезеңдеріне тартылған мекемелер ауыстырылды. КСРО Денсаулық сақтау министрлігінің 04.05.1990 ж. №188 бұйрығы, емдеу-алдын алу мекемелерінің бас дәрігерлеріне ведомстволық бағыныстағы мекемелердің штаттық кестесін өз бетінше қалыптастыруға және бекітуге мүмкіндік берді [145].

Көрсетілген бұйрықтар бірқатар жұмыс уақыты нормативтері амбулаториялық-емханалық көмек бойынша дәрігер-мамандардың халыққа қызмет көрсетуі 1990 жылға дейін қолданыста болып және кейіннен өздерінің жаңа жеке бұйрықтарын әзірледі. Ресей Федерациясы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің 2012 жылдың 15 мамырдағы №543н «Ересек тұрғындарға медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетуді ұйымдастыру ережесін бекіту туралы» бұйрығын шығарды [62].

Кейін И.М. Сөн, М.А. Иванова және т.б. ресейлік ғалымдар 2015 2 маусымда №290н «Невролог дәрігері, офтальмолог және акушер-гинеколог дәрігерлері, учаскелік педиатр, учаскелік терапевт, жалпы практика дәрігеріне бір пациенттің келуіне байланысты жұмыстың орындалу уақыттың салалық типтік нормасын бекіту туралы» бұйрығын әзірлеп шығарды [153]. Бұйрық уақыт нормасын реттейтін амбулаториялық-емханалық жағдайда алғашқы дәрігерлік көмек және алғашқы мамандандырылған медициналық көмек көрсететін медициналық ұйымдардың дәрігерлері үшін жүктеме нормаларын, сандық нормативтерді және басқа да еңбек нормаларын есептеу үшін негізі болып табылады.

Әзірленген осы бұйрық амбулаториялық-емханалық жағдайда медициналық көмек көрсету бойынша еңбек қызметін орындауға қажетті сырқатына байланысты маман-дәрігерге бір пациенттің келу уақытының нормасы (оның ішінде медициналық құжаттарды толтыру уақыттың шығыны), атап айтқанда:

- учаскелік педиатр - 15 минут;
- учаскелік терапевт дәрігер - 15 минут;
- жалпы практика дәрігері/ отбасылық дәрігер - 18 минут [153].

Ал пациенттің сырқатына байланысты қайта келу уақыты мен алғашқы келгендегі уақыт нормаларының 70-80% құрайды. Маман дәрігердің еңбекті ұтымды ұйымдастыру, компьютерлік жұмыс және ұйымдастырушылық жабдықтармен жабдықталуын ескере отырып, медициналық құжаттарды дайындауға кететін уақыт нормасының 35% аспауы қажет.

1991 жылдары Кеңес Одағы, КСРО ыдырап, ҚР тәуелсіздік мемлекет алғаннан кейін, Денсаулық сақтау министрлігі барлық денсаулық сақтау саласы бойынша нормативтік құжаттарын жасау қажет болды.

«Қазақстан жолы – 2050: Бір мақсат, бір мүдде, бір болашақ» атты жолдауда айтылған денсаулық мемлекет дамуының маңызды факторы ретінде қызметкердің денсаулығы үшін, мемлекеттің, жұмыс беруші және оның өзінің ортақ жауапкершілікте болатын, денсаулық сақтау жүйесін дамытудың негізгі қағидасы деп айтылды. Еліміз әлемнің неғұрлым бәсекеге қабілетті 30 елдер қатарына кіру жөнінде жаңа міндеттер қойылып, денсаулық сақтау сапасының жоғары деңгейге жеткізу болып табылады. Денсаулық сақтау жүйесі ұлттық және мемлекеттік модельдегі, жалпыға бірдей тегін және қолжетімді, сондай-ақ мемлекеттік және жергілікті бюджет қаржысымен қаржыландыру жүйесіне негізделген. Орталық басқару органы – денсаулық сақтау министрлігі, стратегияның даму саласы мен саясатын анықтап, медицина саласының алдында тұрған бағдарламалар мен міндеттердің орындалуын бақылай отырып, нормативтік-құқықтық базасын әзірлей бастады [96, б.105].

Уақыт өте келе, Қазақстан Республикасы Үкіметінің Қаулысы 1999 жылғы 12 қазан айында №500 «Жалпы практика дәрігері/отбасылық дәрігер туралы Ереже мен Отбасылық дәрігерлік амбулатория туралы Ережені бекіту туралы» бұйрығы күшін жойғаннан кейін, медициналық көмекті ұйымдастыру жүйесінде айтарлықтай көптеген өзгерістер болды: заманауи медициналық технологиялар мен ғылыми зерттеулер белсенді енгізіліп, медициналық қызметтердің сапасына қойылатын талаптардың артуы және мамандар қызметінің тиімділігін анықтай түсті.

Осылайша, алғашқы ҚР Денсаулық сақтау министрінің 2003 жылғы 19 маусымдағы №458 бұйрығы «Дәрігерлік лауазымдар мен мамандықтардың номенклатурасын бекіту туралы» жарық көрді.

Бірақ сәл кейінірек медициналық көмектің сапасын жақсарту негізінде, «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Қазақстан Республикасы Кодексінің 32-бабы 3-тармағы 2-тармақшысына сәйкес және денсаулық сақтау жүйесінің қызметкерлерінің

мамандықтарын есепке алу, даярлау, регламенттеуді біріздендіру мақсатында келесі негізгі бұйрықтар шықты:

1. «Медицина және фармацевтика мамандықтарының номенклатурасын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2009 жылғы 24 қарашадағы №774 бұйрығы.

2. «Денсаулық сақтау қызметкерлері лауазымдарының біліктілік сипаттарын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2009 жылғы 26 қарашадағы №791 бұйрығы.

3. «Денсаулық сақтау ұйымдарының үлгілік штаттары мен штат нормативтерін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы 7 сәуірдегі №238 бұйрығы.

4. «Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы №907 бұйрығы.

5. Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін медициналық ұйымдардың қызметі туралы ережені бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2011 жылғы 05 қаңтардағы №7 бұйрығы.

6. «Алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсету қағидаларын және Азаматтарды алғашқы медициналық-санитариялық көмек ұйымдарына қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 28 сәуірдегі №281 бұйрығына өзгеріс енгізу туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2019 жылғы 12 ақпандағы №ҚР ДСМ-4 бұйрығы.

7. «Денсаулық сақтау саласындағы көрсеткіштерді қалыптастыру (есептеу) әдістемесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 30 қарашадағы №912 бұйрығы.

Амбулаториялық-емханалық жұмыс мекемелерінде медициналық көмек көрсету үшін дәрігерлер лауазымдарына өзгерістер енгізу туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы 7 сәуірдегі №238 бұйрығы «Денсаулық сақтау ұйымдарының үлгілік штаттары мен штат нормативтерін бекіту туралы» сәйкес ҚР Денсаулық сақтау министрінің 2019 жылғы 6 мамырдағы №ҚР ДСМ-65 бұйрығы жасалынды (кесте 4) [154].

Кесте 4 - Амбулаториялық жағдайда медициналық көмек көрсету үшін дәрігерлер лауазымдарының саны

Жоғарғы медициналық білімі бар медицина қызметкерлерінің мамандықтары	Нормативтер
1	2
Жалпы практика дәрігері/отбасылық медицина	6,7
Терапия	5,0
Педиатрия	20,0 (0-ден 6 жасқа дейінгі балалар)
Техникалық және кәсіби медициналық білімі бар медицина қызметкерлерінің мамандықтары:	Норматив

#### Кестенің жалғасы 4

1	2
Жалпы практика мейіргері /отбасылық мейіргер	1 жалпы практика дәрігеріне 3
Терапиялық участкенің мейіргері	1 учаскелік терапевтке 2
Педиатриялық участкенің мейіргері	1 учаскелік педиатрға 2

Мысалы, қазір ЖПД лауазымы емханаға тіркелген қалалық ересек тұрғындардың 10 мың адамына 6,7 лауазым есебінен белгіленеді; учаскелік аурухананың дәрігер-педиатр лауазымы – 20 төсекке бір лауазым есебінен белгіленеді [154].

Бұл ретте штаттық нормативтер халықтың медициналық көмектің белгілі бір түріне деген қажеттілігін қамтамасыз етуі тиіс. Атап айтқанда, амбулаториялық-емханалық мекеменің, диспансерлердің штаттық нормативтерін әзірлеген кезде қажеттілік мөлшеріне жақын перспективасы ескеріле отырып, ең озық мекеменің материалынан немесе халықтың медициналық көмектің мамандандырылған түріне деген қажеттілікті зерттеу жөніндегі ғылыми әзірлемелерден алынған тиімді норма енгізіледі. Әрине, бұл қажеттілікті барлық жерде қанағаттандыру мүмкін емес, ал кейбір жағдайларда ол қазіргі уақытта да, жақын перспективада да тиімдіден төмен болады. Штаттық нормативтер мекеменің оған жүктелген функцияларды орындауына қажетті лауазымдардың ең жоғарғы көлемін есептеуге арналған. Және оларды орталықтандырылған нормалау кезінде қабылданған барлық жағдайларды жасаған кезде ғана толық пайдалануға болады [154; 155].

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі «Денсаулық сақтау ұйымдары желісінің мемлекеттік нормативін бекіту туралы» ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 28 сәуірдегі №284 бұйрығына толықтырулар мен өзгерістер енгізуге сәйкес қала деңгейіндегі амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдары мен бөлімдері:

- бекітілген халық саны 1500-ден (бір мың бес жүз) бастап 10000 (он мың) адамға дейін болатын аумақтық қызмет көрсету аймағының шегінде қалаларда құрылатын дәрігерлік амбулатория;

- бекітілген халық саны 10000-нан (он мың) бастап 30000 (отыз мың) адамға дейін болатын аумақтық қызмет көрсету аймағының шегінде қалаларда құрылатын МСАК орталығы;

- бекітілген халық саны 30000 (отыз мың) адамнан асатын аумақтық қызмет көрсету аймағының шегінде қалаларда құрылатын қалалық емхана (ҚЕ), бірақ кемінде бір ҚЕ көрсетілген [155].

Сондай-ақ медициналық-санитариялық алғашқы көмекті жетілдіру жолында «Қазақстан Республикасында алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2016 жылғы 3 ақпандағы №85 бұйрығымен соңғы жаңадан шыққан «Қазақстан Республикасында медициналық-санитариялық алғашқы көмекті дамытудың

2018-2022 жылдарға арналған негізгі бағыттары» Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрінің 2018 жылдың 27 шілдедегі №461 бұйрықтары жарық көрді [156].

### **1.7 Бөлім бойынша қорытынды**

Соңғы 10 жылда медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру жүйесінде елеулі өзгерістер болғаны анық: қазіргі заманғы медициналық технологиялар және ғылыми зерттеулерге қол жеткізу, медициналық ұйымдар қызметінің нәтижелігіне қойылатын талаптар белсенді түрде енгізілді, медициналық ұйымдар номенклатурасында елеулі өзгерістер болды. Медициналық ұйымдарды штаттық қамтамасыз ету бойынша ұсынылған нормативтерден тұратын бұйрықтардың көпшілігі өткен ғасырдың 70-80 жж. бекітілген болатын, кейін Кеңес Одағы, КСРО ыдырап, ҚР тәуелсіздік мемлекет алған соң, Денсаулық сақтау министрлігі қолданыстағы көптеген нормативтік құжаттарына түзетулер және жаңадан нормативтік құжаттар шығара бастады. Халыққа медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсету бойынша нормативтік-құқықтық базаға және әдебиет көздеріне жүргізілген талдау нәтижесінде, медициналық қызметкердің еңбек шығындары бойынша қолданыстағы нормативтік құжаттарға қарау қажеттілігі анықталды.

Жоғарыда айтылғандар, халыққа МСАК дәрігерлердің штаттық нормативтері мен жүктеме нормаларын реттейтін ғылыми негізделген кейбір нормативтік базаны түзетулер енгізу өзектілігі мен қажеттілігін куәландырады, бұл диссертациялық зерттеудің өзектілігін анықтайды.

## 2 ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ

### 2.1 Бағдарлама және зерттеу дизайны

Зерттеу жұмысы ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасы шеңберінде Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығымен бірлесе отырып, 2016-2019 жж. «Адами ресурстарды стратегиялық басқару» жобасын іске асыру мақсатымен Жол картасына қойылған міндеттерге сәйкес, амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін медициналық мекемелердегі жалпы практика дәрігерлерінің бір пациентті қабылдау кезіндегі уақыт шығыны және жүктемесін негіздеу бойынша Еліміздің ірі қалаларында (Астана, Алматы, Ақтөбе, Семей, Қарағанды, Шымкент қалалары) 2017-2018 жылдың күз және көктем айларында хронометражды зерттеу жұмыстары жүргізілді.

Диссертациялық жұмыстың бағыттары, ақпаратты жинау, талдау және өңдеу әдістері, зерттеу материалының көлемі (Зерттеу дизайны) 5-кестеде келтірілген:

*Зерттеу объектісі* – амбулаториялық жағдайда тұрғындарға медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін медициналық ұйымдар.

*Зерттеу пәні* – амбулаториялық жағдайда тұрғындарға медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетуді ұйымдастыру.

*Бақылау бірліктері* – 2010-2018 жж. кезеңінде тұрғындарға медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін учаскелік дәрігерлер қызметінің көрсеткіштері.

*Ақпарат көздері* – нормативтік-құқықтық ақпарат базасы, әкімшілік деректерді жинауға арналған денсаулық сақтау ұйымдарының есебі (17, 30 нысан), хронометраждық бақылау және сауалнама нәтижелері.

*Жұмыс 6 кезеңде орындалды:*

I кезең – Дайындық кезеңі: ғылыми жұмыстың өзектілігін негіздеу және жоспарлау; зерттеу тақырыбы бойынша нормативтік-құқықтық базаны және жарияланымдарды талдау; зерттеудің мақсаты мен міндеттерін тұжырымдау; жұмыстың орындалу жоспарын әзірлеу.

II кезең – Мемлекеттік есеп беру статистикалық құжаттар деректерін талдау: 2010-2018 жж. Қазақстан Республикасының аймақтарында амбулаториялық жағдайларда МСАК тұрғындардың штаттық дәрігерлермен қамтамасыз етілуіне зерттеу жүргізу.

III кезең – Амбулаториялық жағдайда медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін жалпы практика дәрігерлер қызметіне хронометраждық бақылау жүргізу үшін бейімделген ресейлік әдіс арқылы жүргізу.

IV кезең – Алынған хронометраждық мәліметтерді талдау: жалпы практика дәрігерлер қызметіне жүргізілген хронометраждық бақылау нәтижесінен алынған деректерді өңдеу.

V кезең – Жалпы практика дәрігерлеріне/отбасылық дәрігерге on-line сауалнама жүргізу, алынған деректерді өңдеу.

Кесте 5 – Зерттеу әдістері мен бағдарламасы

Кезеңдер	Зерттеу кезеңнің міндеттері	Зерттеу әдістері	Ақпарат көздері	Зерттеу нәтижелері
1	2	3	4	5
1	Дайындық кезеңі: ғылыми жұмыстың өзектілігін негіздеу және жоспарлау; зерттеу тақырыбы бойынша нормативтік-құқықтық базаны және жарияланымдарды талдау; зерттеудің мақсаты мен міндеттерін тұжырымдау; жұмыстың орындалу жоспарын әзірлеу	Ақпаратты-аналитикалық әдіс	Денсаулық сақтау ұйымдарының есеп беру құжаттары	Мемлекеттік нормативтік-құқықтық құжаттарға талдау жасалынып және денсаулық сақтау ұйымдарының есеп беру құжаттарының мәліметтері зерттелді
2	Мемлекеттік есеп беру статистикалық құжаттар деректерін талдау: 2010-2018 жж. ҚР аймақтарында тұрғындарға амбулаториялық жағдайларда МСАК тұрғындардың штаттық дәрігерлермен қамтамасыз етілуіне зерттеу жүргізу	Статистикалық әдіс	ДСМ медициналық денсаулық сақтау ұйымдарының №30 формалары	ДСМ медициналық денсаулық сақтау ұйымдарының №30 формасы 2010-2018 жылдар аралығында амбулаториялық қызметте істейтін дәрігерлерінің штаттық лауазымдары мен дәрігерлерді қамтамасыз етуі талданды
3	Амбулаториялық емханаларда жұмыс жасайтын жалпы практикалық дәрігер қызметіне хронометраждық бақылау әдісін қолдана отырып, зерттеу жүргізу	Хронометраждық әдіс	Амбулаториялық-емханалық жүйеде істейтін ЖПД	Жалпы практикалық дәрігерлерінің жұмысын 5 кезеңге бөліп сол кезеңдердің уақыт шығыны есептелінді
4	Алынған хронометраждық мәліметтерді талдау: амбулаториялық жағдайда медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін жалпы практика дәрігерлер қызметін хронометраждық бақылау нәтижесінде алынған деректерді өңдеу	Статистикалық әдіс	Амбулаториялық-емханалық жүйеде істейтін жалпы практикалық дәрігерлер	Хронометраждық зерттеудің нәтижесіне сүйене отырып жалпы практикалық дәрігерге бір науқасты қабылдау үшін уақыт шығыны анықталды
5	Жалпы практика дәрігерлерінің/отбасылық дәрігерлер пікірін білу үшін SurveyMonkey платформасында on-line сауалнама жүргізіу, алынған деректерді өңдеу	Әлеуметтік сауалнама	Амбулаториялық-емханада жұмыс істейтін ЖПД	Сауалнама нәтижесінде ЖПД-дің пікірі бойынша бір науқасқа алғашқы қабылдау мен қайтадан қабылдаудың орташа шамасы көрсетілді



Кестенің жалғасы 5

1	2	3	4	5
6	<p>Алынған мәліметтерге сүйене отырып, қазіргі таңда МСАК ұйымдарында қолданыстағы НҚА және жалпы практика мамандығы бойынша кәсіптік стандартқа (жоба) өзгерістер мен толықтырулар ұсыну. Жалпы практика дәрігерінің жұмысын жетілдіру және дәрігер жүктемесін азайту үшін МСАК ұйымдарында мультидисциплинарлық командасын құру.</p>		<p>Нормативтік – құқықтық актілер, кәсіби стандарт</p>	<p>«Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін медициналық ұйымдардың қызметі туралы ережені бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2011 жылғы 05 қаңтардағы №7 бұйрығы мен «Жалпы практика дәрігері» мамандығы бойынша кәсіптік стандарты (жоба) өзгерістер мен толықтырулар енгізуге ұсынылды; Кәсіпті стандарт жобасы ҚР Ұлттық кәсіпкерлер палатасы «Атамекен» салалық комиссияда мақұлданған, қазір келісу сатысында. Жалпы практика дәрігерінің жұмысын жетілдіру және дәрігер жүктемесін азайту үшін МСАК ұйымдарда мультидисциплинарлық командасын құру моделі ұсынылады</p>

VI кезең - Алынған мәліметтерге сүйене отырып, қазіргі таңда МСАК ұйымдарында қолданыстағы НҚА және жалпы практика мамандығы бойынша кәсіптік стандартқа (жоба) өзгерістер мен толықтырулар ұсыну. Жалпы практика дәрігерінің жұмысын жетілдіру және дәрігер жүктемесін азайту үшін мультидисциплинарлық команда құру.

## 2.2 Зерттеулер негізі

Ақпараттық-аналитикалық әдіс.

Ақпараттық-аналитикалық әдісті қолдану негізінде отандық және шетелдік зерттеу нәтижелерге, сонымен қатар зерттеу бағытын одан әрі анықтай отырып, нормативтік-құқықтық базаларға талдау жүргізілді.

*Дәрігерлік кадрлармен қамтамасыз етуге ретроспективті талдау.*

ҚР аймақтарындағы тұрғындарды учаскелік терапевттер, учаскелік педиатрлар, жалпы практика дәрігерлері/отбасылық дәрігерлерін штаттық лауазымдарымен қамтамасыз етудің 2010 жылдан 2018 жылдар аралығындағы базалық кезеңдердің динамикасының статистикалық мәліметтерін (30 нысаны) талдап және де қоса атқару коэффициенті анықталды.

Жыл соңында медициналық кадрлармен қамтамасыз етуді Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің «Медициналық ұйымның қызметін статистикалық бағалау әдістемесі» әдістемелік нұсқаға сәйкес есептеледі (Әдістемелік нұсқа - Астана 2011 жыл) [157].

1. Медициналық кадрлармен халықты қамтамасыз ету көрсеткіші (штаттық лауазым), жалпы медициналық ұйымдарда көмек алатын тиісті халықтың 10 000 адамға шаққанда ( $\frac{0}{000}$ ) есептелінеді (1) формула. Учаскелік терапевт дәрігерлер үшін ересек тұрғындар саны, учаскелік педиатр үшін - балалар саны (0-17 жас), жалпы практика дәрігерлері/отбасылық дәрігерлер үшін - ересектер және балалар саны есептеледі. Зерттеу жұмыс штаттық лауазымдардың санына есептеу жүргізілген.

$$\text{Халықты дәрігерлермен қамтамасыз ету} = \frac{\text{Дәрігерлер саны (атқаратын лауазымдағы негізгі қызметкердің жеке тұлғалардың саны)}}{\text{Жыл соңындағы халық саны}} \times 10000 \quad (1)$$

2. Штаттық дәрігерлер лауазымдармен толықтырылуы (2) формула медициналық ұйымдардың штаттық персоналы және жұмыспен қамтылған лауазымдардың пайыздық мәндегі арақатынасымен сипатталады.

$$\text{Штаттық дәрігерлер лауазымдармен толықтырылуы} = \frac{\text{Жұмыс істейтін дәрігерлер лауазымдарының саны}}{\text{Штаттық дәрігерлер лауазымдар саны}} \times 100 \quad (2)$$

Көрсеткіш дәрігерлер бойынша, орта және кіші медициналық қызметкерлер бойынша, медицина қызметкерлерінің түрлі лауазымдары бойынша, сондай-ақ жалпы медициналық ұйым үшін, аймақ бойынша (қала, облыс, аудан және т.б.) бөлек есептеледі.

3. Қосымша қызмет коэффициенті (3) формула бір жеке тұлғаның атқаратын қызметтерінің көлемін сипаттайды. Қосымша қызмет коэффициентінің жоғары деңгейі медициналық персоналға үлкен жүктеме түсетінін дәлелдейді және белгілі бір дәрежеде медициналық қызмет көрсету сапасына әсер етеді. Көрсеткіш дәрігерлер бойынша, орта және кіші медициналық персонал бойынша, медицина қызметкерлерінің түрлі лауазымдары бойынша, сондай-ақ жалпы медициналық ұйым үшін, аймақ бойынша (қала, облыс, аудан және т.б.) бөлек есептеледі.

$$\text{Қосымша қызмет коэффициенті} = \frac{\text{Жұмыс істейтін дәрігер лауазымдарының саны}}{\text{Жұмыс істейтін дәрігерлердің жеке тұлға саны}} \quad (3)$$

4. Дәрігерлермен қамтамасыз етуде оның жалпы орташа деңгейден қаншалықты ауытқанын есептеу үшін мына (4) формула арқылы анықталды:

$$\text{Участкелік дәрігермен қамтамасыз етудің ауытқу коэффициенті} = \frac{\text{Участкелік дәрігермен қамтамасыз етудің аймақтық коэффициенті}}{\text{Участкелік дәрігермен қамтамасыз етудің республикалық коэффициенті}} \times 100 \quad (4)$$

Бұл формула арқылы еліміздің қай аймақтарында жалпы участкелік дәрігерлермен қамтамасыз етуде ауытқу көрсеткіші оң, яғни жалпы орташа республикалық көрсеткіштен көп және теріс көрсеткіш жалпы республикалық көрсеткіштен аз екенін анықтайды.

Статистикалық талдаудың R нұсқасы statistica 10.0 статистикалық өңдеу бағдарлама негізінде жасалып, деректер Excel файлында жасалды.

Болжам регрессиялық талдау: жалпы әр талдау қажеттілік деректер R бағдарламасына салынып және сызықтық регрессия моделіне сәйкес есептеледі. Уақыт айнымалысы ретінде алынған «жылдар» тәуелсіз айнымалы ретінде қолдана отырып, x шкаласы ретінде ұсынылады. Тәуелді айнымалы (нәтиже) y шкаласымен көрсетіледі.

Сызықтық регрессияға арналған классикалық (5) формула:

$$Y = a + BX \quad (5)$$

мұнда X – тәуелсіз айнымалы немесе предиктор;

Y – тәуелді немесе жауап айнымалы;

Ең үздік эмпирикалық қисық ең кіші квадраттық әдіспен саналып, ұсынылған суреттерле қызыл және көк үзік сызықтар түрінде ұсынылды. Қисықтың иілу бұрышы регрессиялық кестенің «баға» бағанындағы стандарттық қатесімен (Standard error) көрсетілді. Регрессиялық кестедегі В коэффициенттің стандартты қатесіне қатынасын көрсетеді және  $p$  есептеу кезінде қолданылатын  $t$  шамасын атайды. Әр суреттің шетінде  $R^2$  – детерминация коэффициенттер мәні көрсетілген. Осы мәліметтердің берілген регрессиялық сызыққа қаншалықты жақын екенін көрсететін статистикалық көрсеткіш болып табылады.  $R^2$  мәні әрқашан 0 мен 1 (немесе 0-ден 100% дейін) аралықта болады.

Келесі аналитикалық көріністі табу негізінде өсу темпі (%) (6) формула бойынша есептелді:

$$T_{\text{өсу/кему}} = (B - A) / A * 100(6)$$

мұнда А – бастапқы мәні;

В – қортынды мәні

Материалды статистикалық өңдеу сипаттама статистикасының әдістерін; салыстырмалы көрсеткіштерді; орташа және орташа өлшенген шамаларды есептеуді қамтиды; динамикалық қатарлардың аналитикалық көрсеткіштері есептелген; сандық деректердің вариабельділігі анықталған. Болжам регрессиялық талдау және жылжымалы ортаны есептеу көмегімен жүргізілді. Тұрақсыз мәндерде (алма кезек түрде өсті және кеміп отырды). Болжамның сенімділігі нақты деректерге тренд желісі мәндерінің жақындығын көрсететін 0-ден 1-ге дейінгі санды білдіретін ( $R^2$ ) анықтылық көрсеткішінің көмегімен бағаланды. Бұл көрсеткіштің шамасы неғұрлым көп болса, трендтің сенімді желісі соғұрлым жоғары. Трендтің ең сенімді сызығы  $R^2$  мәні 1-ге тең немесе жақын болған кезде болады.

*Хронометраждық зерттеу жүргізу әдістемесі.* Біздің зерттеу жұмысымызда амбулаторлық-емхана мекемелерінде жұмыс жасайтын жалпы практика дәрігердің бір пациенті қабылдауға кететін орташа уақыт шығынын нақты анықтау үшін хронометраждық зерттеу (бақылау) әдісі жүргізілді.

Хронометраждық зерттеу әдіс Ресейдің ғылым академигі м.ғ.д., профессор В.Стардубовтың жетекшілігімен авторлық ұжымның (м.ғ.д., профессор Сон И.М., м.ғ.д., профессор Леонов С.А., м.ғ.к., Гажева А.В., және Насветайло Н.Я., Шибалкова И.П.) әзірлеген РФ ДСМ «ДСҰАОҒЗИ» ФМБМ 2013 жылы ұсынған «Медициналық қызметкер уақыты және жүктеме нормаларын есептеу әдістемесі» жасалып [146, с.2], ал осы ұжым 2016 жылы «Медициналық қызметкердің уақыт және жүктеме нормаларын есептеу» ЭЕМ-ге арналған бағдарламаға арналған практикалық нұсқаулық әзірлеген [158].

Зерттеудің негізгі мақсаты медициналық ұйымдарда еңбек нормативтік стандарттарын жаңарту және салалық еңбек нормаларынан ауытқу жағдайында еңбек нормаларын негіздеу болып табылады.

Хронометраждық зерттеу жүргізу мерзімі барлық еңбек операцияларына кететін еңбек шығындары бойынша дәлелді деректерді алу үшін жеткілікті болуы тиіс.

Жалпы хронометраждық зерттеуді жүргізу алдында жалпы практика дәрігері мамандардың функционалдық міндетіне кіретін жұмыс түрлері мен еңбек операциясының тізімі (сөздік) анықталған. Жалпы практика дәрігерінің еңбек шығынының жіктелуі бойынша қызметтің 5 түрі анықталды: негізгі қызмет, құжаттармен жұмыс жасау, қосымша қызмет, ресми қызметтер, жеке қажетті уақыт:

1. *Негізгі қызмет түрлері:* жалпы тексеру, перкуссиялау, пальпациялау, аускультациялау, қан қысымын өлшеу, температура өлшеу, тыныс алу жиілігін есептеу, антропометриялық және басқа да емдеу-диагностикалық іс-шаралары.

2. *Құжаттармен жұмыс жасау:* медициналық құжаттармен танысу және жүргізу.

3. *Қосымша қызметке* дәрігердің жұмысқа дайындығы, егер қажет болған жағдайда бөлмені санитарлық тазартудың техникалық үзілістің (жұқпалы аурулы науқастар - қызылша, қызамық, туберкулез, педикулез және т.б.) күту уақыты кіреді.

4. *Ресми қызметі:* қызметтік сөйлесулер, жұмыс барысындағы жиналыстарға қатысу, кеңестер, конференциялар.

5. *Жеке қажетті уақыт.*

*Зерттеу материалдары:*

1. Хронометраждық бақылау жүргізу кезінде маманға жүгінген пациенттің диагнозын саралаусыз бақылаудағы медициналық персоналдың барлық еңбек операциялары бейімделген «Хронометраждық бақылау картасына» тіркелді (Қосымша А).

Жалпы практика дәрігері пациентті емханада қабылдауының уақыт шығынына хронометраждық зерттеу жүргізу үшін жеке хронокарта әзірленіп, оған құқықтарды мемлекеттік тіркеу туралы куәлік (2017 жылы 26 сәуір №834) алынды (Қосымша Ә). Өзіміздің жеке хронокартаны әзірлеу барысында ДСҰАОҒЗИ хронокартасын негізге ала отырып, оған өзгерістер мен толықтырулар енгізілді.

Бұл ретте деректердің ауысуын және жоғалтуды болдырмау үшін «Хронометраждық бақылау картасында» нөмірлеп белгіленеді. Бақылау картасында қызметкер туралы деректерден (Т.А.Ә.), мамандығы, медициналық ұйым (толық атауы), бақылау жүргізу жылы, айы, күні, бақылаудың басталу уақыты мен аяқталу уақыты жазылады. Және де тұрғындардың емханаға жалпы тіркелу саны және дәрігерге тіркелген тұрғындардың саны көрсетіледі.

2. Хронометраждық бақылауды жүргізу басталар алдында маманмен келісе отырып «Маманды бақылау картасы» толтырылды (Қосымша Б). Бақылау картасындағы барлық жолдар нақты және толық толтырылады. Бақылауға жататын бір маманға тек бір «Маманды бақылау картасы» ашылады.

3. Дәрігердің қабылдауына келген пациенттің жасы, категориясы (ДДСҰ жас ерекшелігіне сәйкес), келу мақсаты (алғашқы және қайталанып келуі) және т.б. мәліметтер «Пациент картасы» толтырылды (Қосымша В).

Хронометраждық зерттеу жұмыстың үрдісі бір лауазымдағы екі-үш маманға (мысалы, екі жалпы практикалық дәрігерге) дүйсенбіден жұмаға дейін

екі жұмыс апта ішінде жүргізіледі. Зерттеу барысында міндетті түрде сағат (секундомер) қолданылады.

Осылайша, хронометраждық бақылау жүргізу кезінде әрбір медицина қызметкерде екі дүйсенбіден, екі сейсенбіден, екі сәрсенбіден, екі бейсенбіден, екі жұмадан тұруы тиіс.

Бұл хронометраждық бақылауды жүргізу мерзімі барлық еңбек операцияларына кететін еңбек шығындары бойынша дәлелді деректерді алу үшін жеткілікті болуы қажет.

Хронометраждық зерттеу қажетті өлшеулер саны әдістемелік нұсқауға сәйкес төмендегі (7), (8) формулар бойынша есептелді [146, с.8].

$$n=2500 \times ((K^2 \times (K_y - 1)^2) / (C^2 \times (K_y + 1)^2))(7)$$

мұнда  $n$  – хронометраждық өлшеулер саны;

$K$  – берілген сенімділік ықтималдыққа сәйкес келетін коэффициент (ықтималдығы 0,95  $K = 2$ );

$K_y$  – максималды мәннің минималды мәнге қатынасы ретінде анықталатын хроноқатардағы тұрақтылығының нормативті коэффициенті;

$C$  – бақылаудың қажетті дәлдігі (%).

Нақты уақыт хроноқатарын бағалау (бақылау нәтижелері) тұрақтылық коэффициенті:

$$K_y = \frac{t_{\max}}{t_{\min}} \quad (8)$$

мұнда  $t_{\max}$ ,  $t_{\min}$  – жұмыс уақытының шығындары максималды шаманың минимумға қатынасы мәні.

Дәрігердің жұмыс уақытының орташа уақыт шығыны Вальд-Вольфовиц өлшемі бойынша есептеледі. Бұл салыстырмалы шағын көлемді сандық белгілер мәндерінің айырмашылықтарын статистикалық бағалау мақсатында қолданатын өлшем.

*Әлеуметтік зерттеу (сауалнама) әдісі.*

МСАК мемлекеттік реформалардың негізгі орындаушылары жалпы практика дәрігерлері болғандықтан, осы реформалардың тиімділігін бағалау және нақты өмірдегі мәселелерді анықтау үшін ЖПД пікірлерін зерттеу өзекті болып отыр. Осыған орай, зерттеу жұмыстың міндеттеріне сәйкес жалпы практика дәрігерлеріне арналған 11 сұрақтан құралған сауалнама әзірленді.

Сауалнаманың мақсаты мемлекеттік реформаларының тиімділігін бағалау және нақты қазіргі таңдағы мәселелерді анықтау үшін ЖПД пікірлерін білу еді. Сауалнама әдісі on-line негізінде мемлекеттік және орыс тілінде SurveyMonkey платформасында салып, сілтеме бойынша <https://ru.surveymonkey.com/r/TQG7FQB> жүргізілді (Авторлық куәлік 2019 жыл 13 қараша №6402) (Қосымша Г). Сауалнама Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығының ұйымдастыруы қолдауымен жүргізілді, арнайы хат дайындалып, ҚР МСАК

ұйымдарына жіберілді. Жабық түрдегі сауалнамаға Қазақстан Республикасының аймақтарының амбулаторлық-емханалық мекемелерінде жұмыс жасайтын жалпы практика дәрігерлері қатысты.

ҚР денсаулық сақтау ұйымының 2018 жылғы есебі бойынша (30 нысан) барлық штаттық лауазымдары бойынша жалпы практика дәрігерлерінің саны 6889 болса, сауалнамаға қатысатын барлық ЖПД негізгі жиынтығы 364 адам болу керек, ал біздің сауалнамаға қатысқан респонденттер саны 648 құрады.

Осылайша зерттеу барысындағы сенімділік ықтималдығы кездейсоқ жауаптың сенімділік интервалы болып саналатын статистикалық заңдылық бойынша алынған сұрақтардың жауабын яғни, егер үлгідегі 6889 зерттеу жүргізу кезінде (364 адам) 95% жағдайда, ал алынған жауаптар бастапқы  $\pm 5\%$  құрайды.

Статистикалық талдау кезінде бірнеше тәуелсіз таңдауларды салыстырудың параметрлік емес Крускал-Уоллис критериясы көмегімен жүргізілді. Сапалық белгілер үлестік 3 түрінде берілген (%).

Номиналды айнымалылар арасындағы қатынастардың беріктігін бағалау үшін V Крамердің (Cramer's V) критериясы қолданылды, ол  $\chi^2$  критерия негізделген қатынастардың беріктігін өлшейді. Статистикалық маңыздылық деңгейі қателіктің ықтималдығы  $p < 0,05$  деңгейінде белгіленді.

Статистикалық материалдарды есептеу және жинақтау SPSS Statistica 10 қолданбалы бағдарлама пакетін, сондай-ақ Microsoft Office 2010 бағдарламалық пакетінен алынған Excel кестелік процессорының қолдандық.

### **3 2010-2018 ж.ж. КЕЗЕҢІНДЕ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ТҰРҒЫНДАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРИЯЛЫҚ АЛҒАШҚЫ КӨМЕК КӨРСЕТЕТІН ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ ШТАТТЫҚ ЛАУАЗЫМДАРЫНЫҢ ТОЛЫҚТЫРЫЛУЫМЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТІЛУІН ТАЛДАУ**

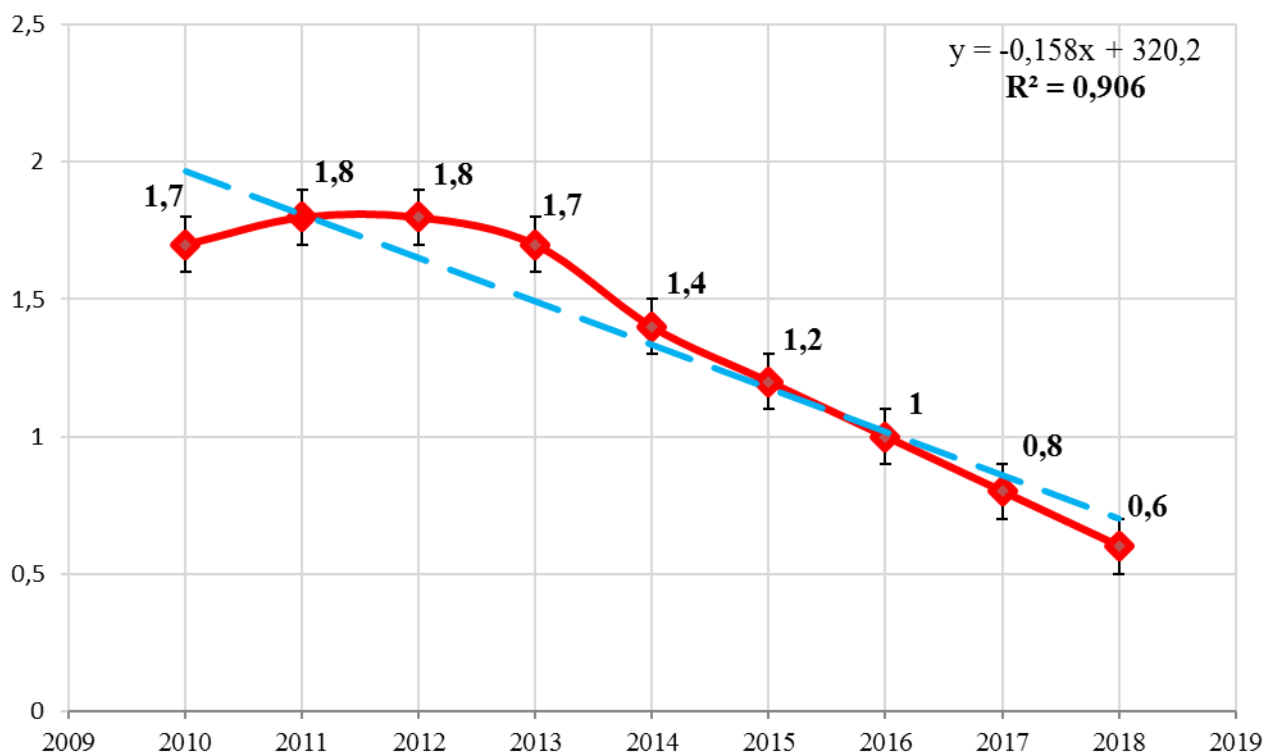
Тұрғындарға МСАК көрсету үшін дәрігерлік лауазымның жоспарлы (есептік) функциясын анықтау үшін барлық облыстар алынды. Медициналық көмектің қолжетімділігін сипаттайтын көрсеткіштердің бірі тұрғындардың тиісті дәрігерлік кадрлармен қамтамасыз етілуі болып табылады. Осы көрсеткішті есептеу осы медициналық ұйым (МҰ) қызмет көрсететін тиісті халықтың 10 000 ( $^0/_{000}$ ) адамына жүргізіледі (1) формула. Учаскелік терапевт-дәрігерлер үшін есеп ересек тұрғындардың санына, учаскелік педиатр-дәрігерлер үшін – балалар саны (0-17 жас), жалпы практика дәрігерлері үшін отбасылық дәрігерлер – ересек тұрғындар және балалар санына жүргізілді. Талдау мақсатына байланысты қамтамасыз етілу штаттық, жұмыспен қамтылған лауазымдар немесе жеке тұлғалардың санына байланысты есептелуі мүмкін. Осы зерттеуде есеп штаттық лауазымдар санына байланысты жүргізілді. МҰ-да штаттық дәрігерлік лауазымдардың қызметкерлермен толықтырылуы (2 формула) штаттағы және жұмыспен қамтылған лауазымдардың пайыздық ара-қатынасымен сипатталады. Аталған көрсеткіштер тұрғындарға медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін дәрігерлер (жалпы практика дәрігері, дәрігер терапевт және педиатр-дәрігерлер) үшін ғана есептелген.

#### **3.1 Тұрғындарға медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін учаскелік терапевт-дәрігерлерінің штаттық лауазымдарымен толықтырылуы және қамтамасыз етілуі**

Қазақстан Республикасының амбулаториялық-емханалық жағдайда тұрғындарға медициналық-санитариялық алғашқы дәрігерлік көмек көрсететін учаскелік медициналық ұйымдардың терапевт дәрігерлермен қамтамасыз етілуін талдау, 2010-2018жж. аралығындағы (10 000 халыққа) динамикасы (сурет 2), осы зерттелетін кезеңде жалпы қазақстандық көрсеткіш -64,7%-ға ( $1,7/_{000} - 0,6^0/_{000}$ ) дейін немесе 1,1 есе төмендегенін көрсетті, одан әрі болжамды төмендеумен ( $R^2 = 0,906$ ).

Қазақстан Республикасында 2010-2018 жыл тұрғындарға медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетуді ұйымдастырудағы терапевт-дәрігерлермен қамтамасыз етуді зерттеу кезінде жалпы республика бойынша көрсеткіштің төмендеу салдарын байқап отырмыз. Егер 2010 жылы 10000 тұрғынға шаққанда орташа есеппен 1,7-ні көрсетсе (сурет 2), 2018 жылы бұл зерттеп отырған көрсеткішіміз 10000 тұрғынға шаққанда  $0,6^0/_{00}$  құрды. Осындай республика бойынша терапевт-дәрігерлердің алғашқы медициналық-әлеуметтік көрсеткіште азаюына себеп болған, әрине сөзсіз жалпы практика дәрігерлердің ұдайы өсуі себеп болып отыр.





Сурет 2 – 2010-2018 жылдар аралығындағы Қазақстан Республикасының медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін учаскелік терапевт-дәрігерлермен қамтамасыз етілу көрсеткіші (‰-де, есеп атқаратын лауазымдардағы негізгі қызметкерлердің жеке тұлғалар санына жүргізілді)

Зерттелген кезеңде (2010-2018 жылдары) ҚР облыстар мен облыстық статусы бар қалалар арасында учаскелік терапевт дәрігерлермен халықты қамтамасыз етудің ең жоғары теріс көрсеткіш Қызылорда облысы (-92,9%) және Ақтөбе облысы (-85,0%), Атырау облысында (-84,6%) байқалады. Бұдан әрі Орталық аймақта Қарағанды облысы (-69,2%), Астана қаласы (-50,0%), Оңтүстік облысы (-53,8%), Алматы қаласы (-76,2%), Жамбыл облысы (-73,7%), ал ең төмен теріс көрсеткіш Солтүстік-Қазақстан облысында (-38,9%) және Алматы облысында (-44,0%) болды. Батыс Қазақстан облысында теріс қарқын 2010-2015жж. аралығында есептелініп, -76,2% құрады (кесте 6). Жалпы тұрғындарды учаскелік терапевт дәрігерлермен қамтамасыз етудің төмендеу үрдісі байқалады. Алынған мәліметтер барлық жалпы практикалық дәрігерлердің 4 сағаттық қабылдау кезінде артық сағат жұмыс жасайтынын көрсетті.

Кесте 6 – 2010-2018 жылдар аралығындағы Қазақстан Республикасының аймақтарында МСАК учаскелік терапевт-дәрігерлермен халықтың қамтамасыз етілуі (‰-де, есеп атқаратын лауазымдардағы негізгі қызметкерлердің жеке тұлғалар санына жүргізілді)

Аймақтар	Жылдар									Өсу (кему) қарқыны (+/-%) 2018/2010
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Қазақстан Республикасы	1,7	1,8	1,8	1,7	1,4	1,2	1	0,8	0,6	-64,7
Ақмола облысы	2	1,9	2,2	1,7	1,9	1,7	1,5	1,3	0,9	-55,0
Ақтөбе облысы	2	2,1	1,8	1,5	1,3	1,1	0,8	0,6	0,3	-85,0
Алматы облысы	2,5	2,5	2,5	3	2,4	2,5	2	1,5	1,4	-44,0
Атырау облысы	1,3	1,8	1,5	1	0,6	0,4	0,3	0,2	0,2	-84,6
Шығыс-Қазақстан облысы	1,5	1,4	1,3	1,2	1,1	1	0,8	0,7	0,6	-60,0
Жамбыл облысы	1,9	1,9	1,7	1,8	1,4	1,1	0,8	0,6	0,5	-73,7
Батыс Қазақстан облысы	1,6	1,5	1,4	1,2	0,6	0,3	0	0	0	-81,3
Қарағанды облысы	1,3	1,4	1,4	1,3	1,1	0,9	0,9	0,7	0,4	-69,2
Қызылорда облысы	1,4	1,4	1,3	1,5	1,4	0,1	0,2	0,2	0,1	-92,9
Қостанай облысы	1,6	2	1,8	1,4	1,4	1	0,8	0,7	0,7	-56,3
Маңғыстау облысы	1,6	1,7	2	1,7	1,5	0,8	0,4	0,4	0,5	-68,8
Павлодар облысы	2,3	2,2	1,9	1,6	1,3	1	0,9	0,7	0,5	-78,3
Солтүстік-Қазақстан облысы	1,8	1,9	1,6	1,5	1,5	1,6	1,5	1,1	1,1	-38,9
Оңтүстік-Қазақстан облысы	1,3	1,6	1,4	1,2	1,2	1	1,1	1,1	0,6	-53,8
Астана қаласы	1,8	1,9	1,8	1,4	1,6	1,5	1,2	1,1	0,9	-50,0
Алматы қаласы	2,1	2,2	2,4	2,3	1,7	1,1	0,8	0,8	0,5	-76,2

Ұсынылып отырған 6-кестеде көрсетілгендей, зерттелген кезең бойы Алматы облысы учаскелік терапевт дәрігерлермен халықтың қамтамасыз етілу көрсеткіші жалпы ел бойынша қарағанда анағұрлым жоғары болды, ал керісінше Қызылорда облысында - ең төменгі көрсеткіштерді құрды. 2010 жылғы тұрғындарды учаскелік терапевт дәрігерлермен қамтамасыз етудің ең жоғары көрсеткіші Алматы облысы ( $2,5^0/000$ ), ең азы Атырау, Қарағанды және Оңтүстік Қазақстан облыстарында ( $1,3^0/000$ ) және Шығыс-Қазақстан облысында ( $1,5^0/000$ ) құрады.

Ал 2018 жылға қарай жағдай біршама өзгерді, ең жоғары көрсеткіш тағыда Алматы облысында болғанымен жалпы көрсеткіш азайып ( $1,4^0/000$ ) көрсетті. Осындай азаюы қарқынын сонымен қатар: Солтүстік-Қазақстан облысында ( $1,1^0/000$ ), кейін Астана қаласы мен Ақмола облысында ( $0,9^0/000$ ) төмендеді, ал ең төменгі көрсеткішті Қызылорда облысы ( $0,1^0/000$ ) болса, Шығыс Қазақстан және Оңтүстік Қазақстан облыстарында аталған көрсеткіштер көтерілмей оларда ( $0,6^0/000$ ) төмендегенін байқаймыз, Павлодар облысының 2010 жылы ( $2,3^0/000$ ) болса, 2018 жылы ( $0,5^0/000$ ) құраса, Алматы қаласында жалпы терапевттердің саны 2010 жылы ( $2,1^0/000$ ) болса 2018 жылы ( $0,5^0/000$ ) дейін жетті.

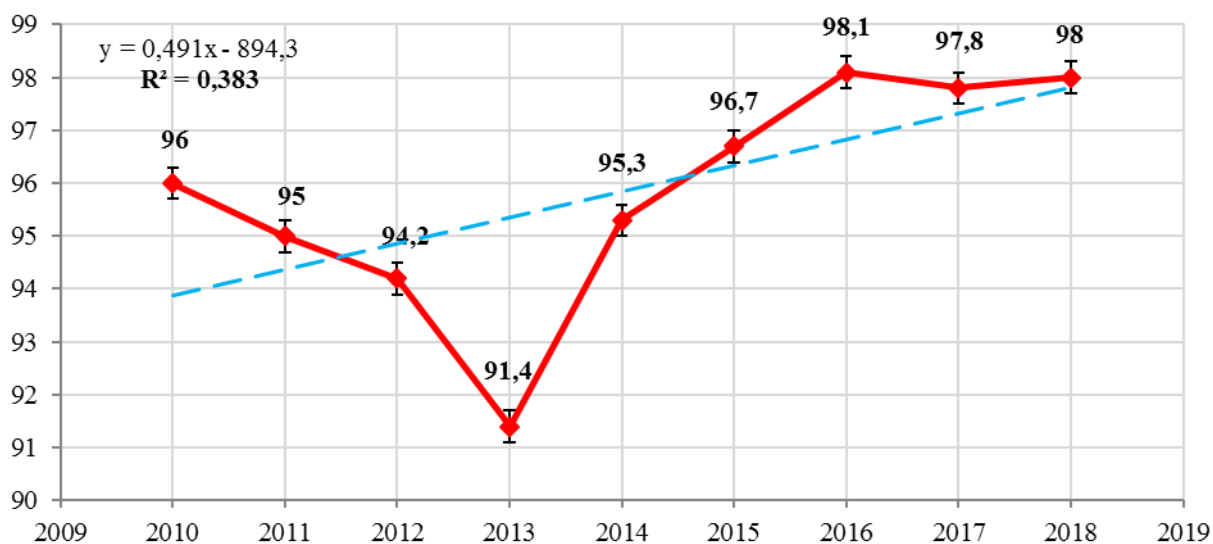
Зерттеудің келесі 7-ші кестесінде көрсетілгендей Қазақстан Республикасының аймақтарындағы жалпы 1998-2017жж. кезеңіндегі ұқсас көрсеткішке қатысты халықты учаскелік терапевт дәрігерлермен қамтамасыз етудің ауытқу коэффициенті ұсынылған. Осы кестеден көрініп тұрғандай, 1998 жылы тұрғындарды учаскелік терапевт дәрігерлермен қамтамасыз ету көрсеткіші Ақтөбе облысында ( $65,9\%$ -ға), Астана қаласында ( $+95,5\%$ -ға), Алматы қаласында ( $+86,8\%$ ), Маңғыстау облысында ( $+18,2\%$ ) және Батыс Қазақстан облыстарында ( $+9,1\%$ ) орташа қазақстандық деңгейден асып түсті. Орта қазақстандық көрсеткіштен төмен Алматы облысы ( $-38,6\%$ -ға), Солтүстік Қазақстан облысы ( $-31,8\%$ ), Оңтүстік Қазақстан облысы ( $-22,7\%$ ), Қызылорда облысы ( $-15,9\%$ ) және Қостанай облыстарында ( $9,1\%$ -ға) болды. 2017 жылға қарай Алматы  $+60,8\%$ -ға), Астана ( $+54,3\%$ -ға), Қарағанды ( $+23,9\%$ -ға), Шығыс Қазақстан ( $+21,7\%$ ), Павлодар ( $+8,6\%$ ), Оңтүстік Қазақстан ( $+6,5\%$ ) сияқты қалалары мен облыстарында

Қазақстан Республикасының халықты учаскелік терапевт-дәрігерлермен қамтамасыз етілуі жоғары болды. Ал Атырау ( $-47,8\%$ -ға), Батыс Қазақстан ( $-43,4\%$ -ға), Қостанай ( $-41,4\%$ -ға), Жамбыл ( $-41,3\%$ ), Маңғыстау ( $-39,1\%$ ), Қарағанды облысы ( $-23,9\%$ ) Солтүстік Қазақстан ( $-21,7\%$ ), Ақмола ( $-17,3\%$ ), Қызылорда ( $-13,0\%$ ) және Ақтөбе ( $-2,1\%$ -ға) облыстарында төмен болды. Жалпы динамикалық тренді 2010-2018 жылдар аралығында тұрақты түрде жоғарылып отырғанын байқап отырғанын аңғаруға болады.

Кесте 7 – 1998-2017 жылдар аралығындағы Қазақстан Республикасының облыстары мен қалаларында учаскелік терапевт-дәрігерлермен халықтың қамтамасыз етілуінің ауытқу коэффициенттері (%)

Аймақтар	1998	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Қазақстан Республикасы	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
10000 адамға шаққанда	4,4	4,4	4,5	4,6	6,1	5,4	5,8	5,6	5,1	4,6
Ақмола облысы	-13,6	+15,9	100,0	-8,7	-9,3	-18,5	-13,8	-19,6	-9,8	-17,3
Ақтөбе облысы	+65,9	+47,7	100,0	+63,1	+55,8	+42,6	+24,1	+7,4	-5,8	-2,1
Алматы облысы	-38,6	-18,2	-22,2	-26,1	-25,6	-37,0	-39,7	-37,9	-25,4	-23,9
Атырау облысы	+6,8	-9,1	-4,4	-15,2	-23,2	-31,5	-32,6	-35,5	-52,9	-47,8
Шығыс-Қазақстан облысы	-14,8	-11,4	100,0	+4,3	-4,6	+1,8	+3,5	+3,5	+9,8	+21,7
Жамбыл облысы	-15,9	-11,2	-13,6	-19,5	-16,3	-31,5	-31,0	-32,1	-37,2	-41,3
Батыс-Қазақстан облысы	+9,1	+9,1	+11,1	-6,5	-17,4	-12,9	-27,6	-35,5	-49,0	-43,4
Қарағанды облысы	-6,8	+4,5	100,0	+6,5	-2,6	+3,7	+1,7	-1,7	+11,7	23,9
Қызылорда облысы	-15,9	+2,3	-13,3	-4,3	-9,3	-3,7	-15,5	-7,1	-21,6	-13,0
Қостанай облысы	-9,1	-13,6	-20,0	-28,3	-27,9	-31,5	-32,8	-37,5	-45,0	-41,4
Маңғыстау облысы	+18,2	+22,7	-17,8	+19,6	+16,3	+7,4	-27,6	-16,1	-3,9	-39,1
Павлодар облысы	+11,4	-15,9	+2,2	100,0	+2,3	+11,1	+15,5	+1,7	+3,9	+8,6
Солтүстік –Қазақстан облысы	-31,8	-38,6	-33,3	-32,6	-27,9	-33,3	-27,5	-25,0	-17,6	-21,7
Оңтүстік-Қазақстан облысы	-22,7	-18,2	-20,0	-17,4	-6,9	-16,6	-8,6	+3,5	100,0	+6,5
Астана қаласы	+95,5	+43,2	+48,9	+67,4	+83,7	+77,7	+68,9	+69,6	+80,3	+54,3
Алматы қаласы	86,8	+54,5	+48,9	+21,7	+53,5	+83,3	+98,2	+19,4	68,2	+60,8

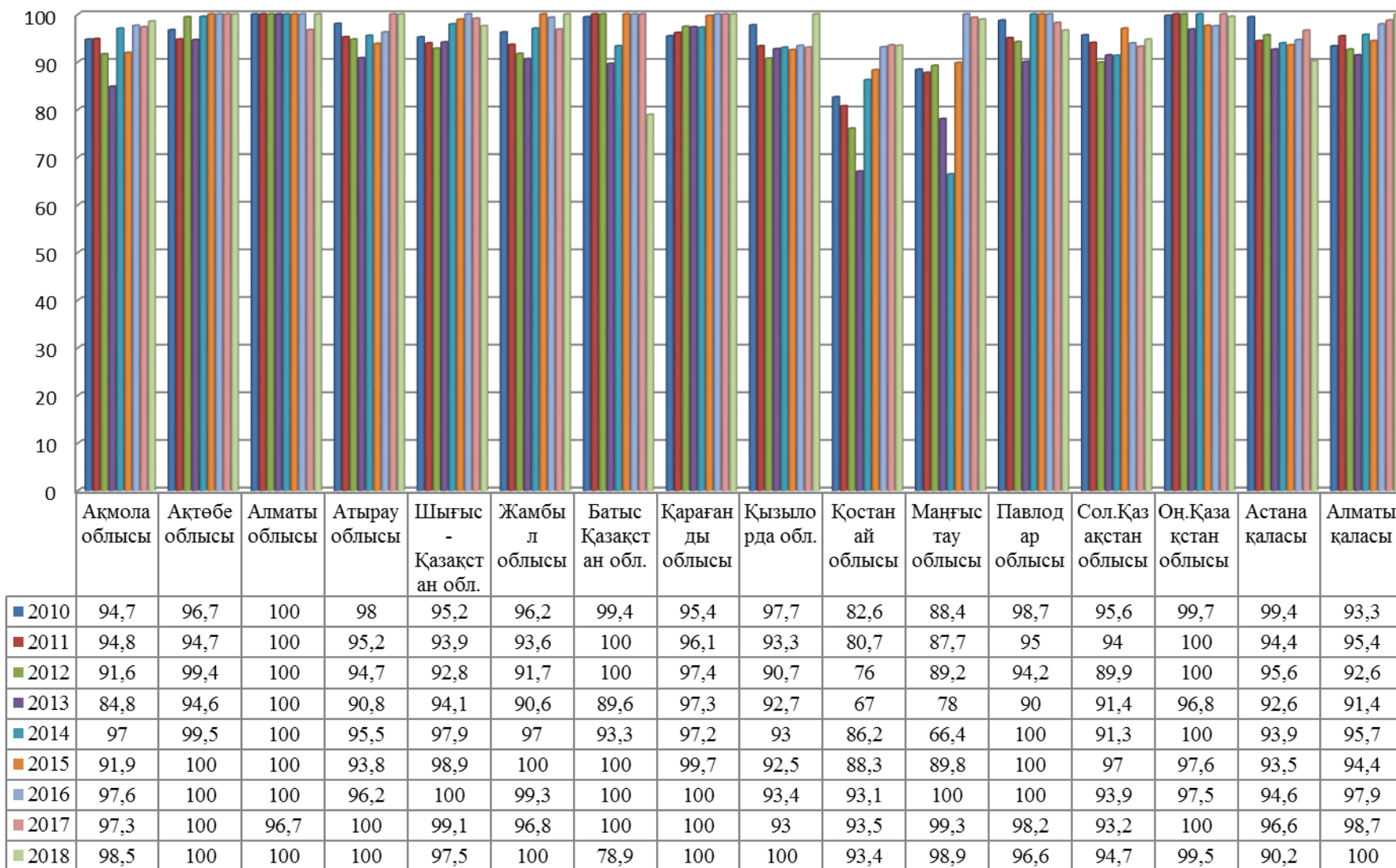
Төмендегі 3-суретінде ҚР-ның облыстары мен жеке мемлекеттік статусы бар қалалардың 2010-2018 жылдар аралығындағы штатты учаскелік терапевт дәрігерлермен толықтыруын қамтамасыз етілу көрсетілген. Осы суреттерден көрініп тұрғандай, ҚР облыстары мен қалаларында да бұл көрсеткіш 100% деңгейге жеткен жоқ. Тек 2016 жылдан бастап жалпы қазақстандық көрсеткіш 98,1% дейін көтеріліп, одан аспады. Ал 2011 жылдан бастап 2014 жыл аралығында аталған көрсеткіштер (95,3%-дан) 2013 жылы (91,4%) төмендегенін байқап отырмыз. Оның себептеріне көп факторлар әсер етеді, бірақ ең алдыңғы фактор болып сыртқы миграция болып табылады.



Сурет 3 – ҚР 2010-2018 жыл аралығында дәрігер- терапевт лауазымының толықтыруын қамтамасыз етудегі коэффициенті (есеп штаттық лауазымдарға жүргізілді %)

Сондай-ақ 3 сурет пен 4 суретте ҚР-да 2010-2018 жылдары аралығында тұрғындарға медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетіп жүрген дәрігер-терапевт лауазымын қамтамасыз ету динамикасы көрсетілген. Нақты болжам кезінде ( $R^2=0,383$ ) штаттық лауазымдардың учаскелік терапевт дәрігерлермен толықтырылу көрсеткіші жоғарлап келеді.

2010-2018 жж. кезеңінде штаттық лауазымдардың учаскелік терапевт дәрігерлермен толықтырылу көрсеткішінің төмендеу үрдісі ҚР бойынша (96%-дан 98%-ға дейін) көтерілгені байқалады. Бұл көрсеткіш Алматы облысында ең тұрақты болып белгіленді, онда тоғыз жыл бойы ауытқуы 100% шегінде болды, тек 2017 жылы сәл 96,7% төмендеп, келесі жылында 100% көтерілді. Осындай тұрақты көрсеткішті Ақтөбе облысы 2010 жылы 96,7% құраса, 2015-2018 жж аралығында 100% болды. Ал Атырау облысы 2010 жылы (98,00%) болса, 2018 жылы 100% жоғарлады. Қарағанды облысында тоғыз жыл бойы ауытқуы 95,4-100% шегінде болды, 2018 жылы Алматы қаласы, Қызылорда және Жамбыл облыстарында 100% болды. Қалған облыстар мен мемлекеттік жеке статусы бар қалаларда жалпы ел бойынша жиынтық көрсеткішінен жоғары болғанын төмендегі 4-суретте көрсетілген.



Сурет 4 – 2010-2018 жылдар аралығында Қазақстан Республикасының аймақтарында тұрғындарға медициналық-санитариялық көмек көрсететін уаіткелік терапевт-дәрігерлердің штаттық лауазымдық толықтырылуы (%)

Кесте 8 – Қазақстан Республикасында 2010-2018 жж. аралығында медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін учаскелік терапевт-дәрігерлердің қосымша жұмыс атқару коэффициенті (бірлік мөлшерінде)

Аймақтар	Жылдар								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Қазақстан Республикасы	1,2	1,2	1,2	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1	1,2
Ақмола обласы	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,4
Ақтөбе облысы	1	1	1	1	1	0,9	1	1	1
Алматы облысы	1,4	1,3	1,3	1	1,1	1	1	1,2	1,2
Атырау облысы	1,4	1,1	1,1	1,2	1,1	1,2	1,1	1,4	1,2
Шығыс-Қазақстан облысы	1,3	1,2	1,2	1,2	1,3	1,1	1,1	1,1	1,3
Жамбыл облысы	1,2	1,1	1,1	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2
Батыс-Қазақстан облысы	1,6	1,4	1,5	1,3	1,5	1,2	1,5	1	1,3
Қарағанды облысы	1,2	1,3	1,2	1,2	1,1	1,2	1	1,1	1,1
Қызылорда облысы	1,1	1,1	1,2	1	1,1	10,1	1,1	1	1
Қостанай облысы	1,3	1,2	1,2	1,2	1,4	1,4	1,4	1,4	1,3
Маңғыстау облысы	1,4	1,4	1,3	1,3	1	1,8	1	1,4	1,3
Павлодар облысы	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1	1,2
Солтүстік-Қазақстан облысы	1,3	1,3	1,3	1,2	1,1	1,1	1	1,1	1,2
Оңтүстік-Қазақстан облысы	1,1	0,8	1,1	1	1,2	1,1	1	1	1
Астана қаласы	1,2	1,1	1,1	1,4	1,1	1,1	1,1	1,1	1
Алматы қаласы	1,3	1,3	1,2	1,2	1,1	1,1	1,2	1,1	1,2

Қазақстан Республикасы және облыстық орталықтарымен жеке статусы бар қалаларда учаскелік терапевт-дәрігерлерінің 2010-2018 жж. қоса атқару коэффициенті көрсетілген. Осы кестеден көріп отырғанымыздай, Қазақстан Республикасының учаскелік терапевт-дәрігерлердің қоса атқару коэффициенті зерттеу кезеңінде 2010 жылы (1,20), 2013 жылы (1,1), 2016 жылы (1,1) және 2018 жылы (1,2) мөлшерінде тұрақталды (кесте 8).

Ұсынылған 8-кестеден байқап отырғандай республикамыздың аймақтарында учаскелік терапевт-дәрігерлердің қосымша жұмыс атқару коэффициенті әртүрлі деңгейде болды. Мәселен ең төменгі деңгей 2010 жылы Ақмола облысында (1,2) болса, ол 1,4-ге дейін (2018) жоғарылады, Ақтөбе облысы – 2010-2018жж. 1-ге тең болды, Алматы қаласы –1,3-нан (2010) 1,2-ге дейін төмендеді (2018), Павлодар облысы-1,10-ден (2010) 1,20-ге дейін жоғарылады (2018), Атырау облысында – 1,40-дан (2010) 1,2-ға (2018), Жамбыл облысында -1,20-дан (2010-2018) 1,20-ге тұрақты болғанын көреміз.

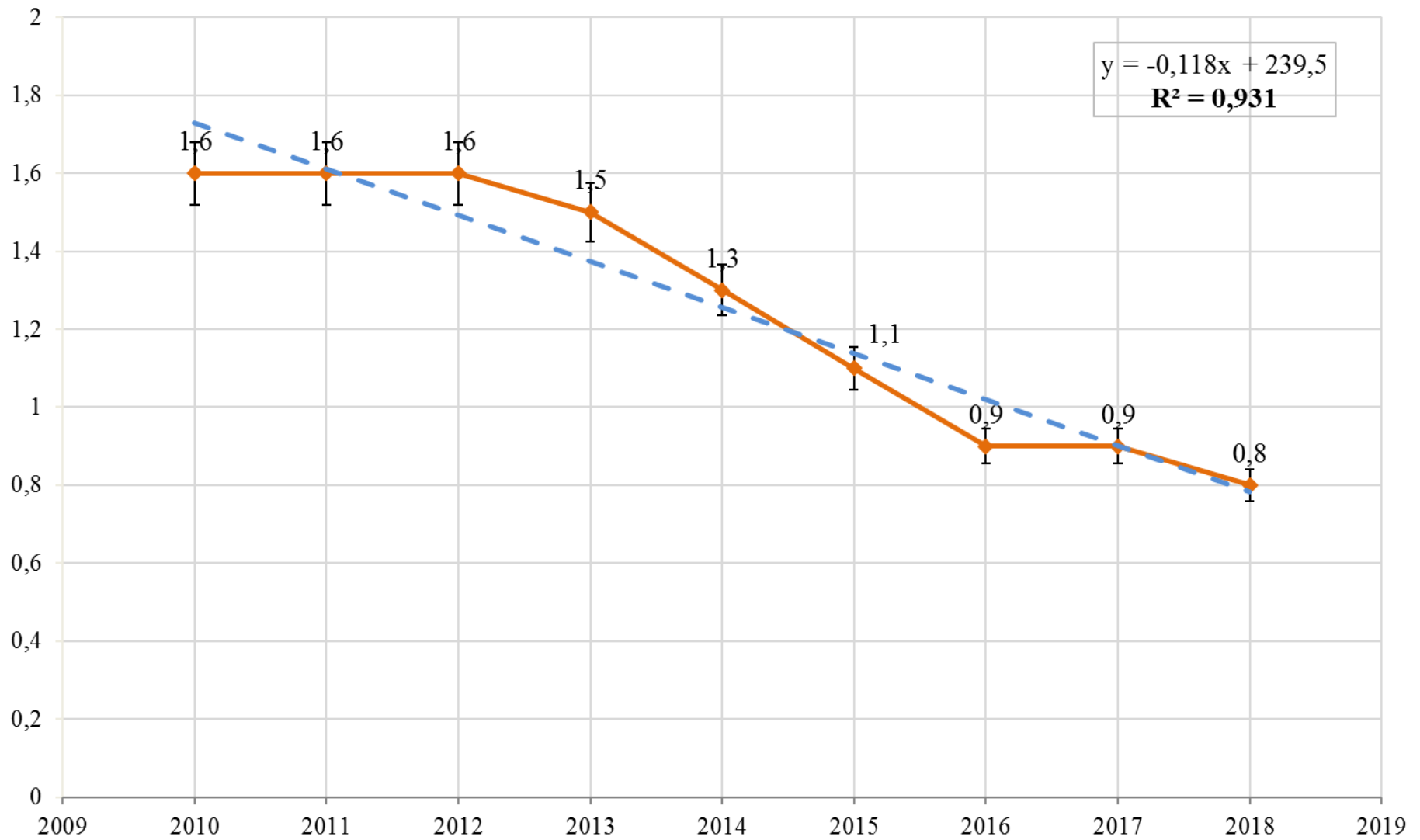
Қазақстанның басқа өңірлерінде бұл көрсеткіштердің, керісінше, кемігенін байқауға болады. Алматы облысы – 1,40-дан (2010) 1,2-ға (2018), Қарағанды облысы -1,20-дан (2010) 1,10-ге (2018) дейін төмендеген.

Республикалық өңірлерде дәрігерлердің қоса атқару коэффициенті учаскелік терапевттердің барлық зерттелген кезеңде тұрақсыз тербеліс орын алды. Көп жағдайда учаскелік терапевттердің қосымша жұмыс істеу коэффициенті 1,20 құрады.

### **3.2 Тұрғындарға медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін учаскелік педиатр дәрігерлерінің штаттық лауазымдарымен толықтырылуы және қамтамасыз етілуі**

2010-2018 жж аралығында Қазақстан Республикасының амбулаториялық жағдайда медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін учаскелік педиатр дәрігерлерімен тұрғындарды қамтамасыз ету көрсеткішін талдау кезінде жалпы республикалық көрсеткіштің -50%-ға (2010 ж.  $1,6^0/000$ -дан 2018 ж.  $0,8^0/000$ -ға дейін) немесе бір есе төмендегенін көрсетті. Нақты болжам кезінде ( $R^2 = 0,931$ ) бұл көрсеткіштің төмендеуін байқауға болады (сурет 7).





Сурет 7 – 2010-2018 жылдар аралығындағы ҚР участкелік педиатр-дәрігерілермен қамтамасыз етілу көрсеткіші (%<sub>000</sub>-де, есеп атқаратын лауазымдардағы негізгі қызметкерлердің жеке тұлғалар санына жүргізілді)

2010-2018 жж. аралығында республиканың облыстық және жеке қалалық статусы бар қалаларда (10 000 балаға шаққанда ‰) тұрғындарды амбулаториялық жағдайда МСАК учаскелік педиатр-дәрігерлермен қамтамасыз ету жөніндегі деректер берілген.

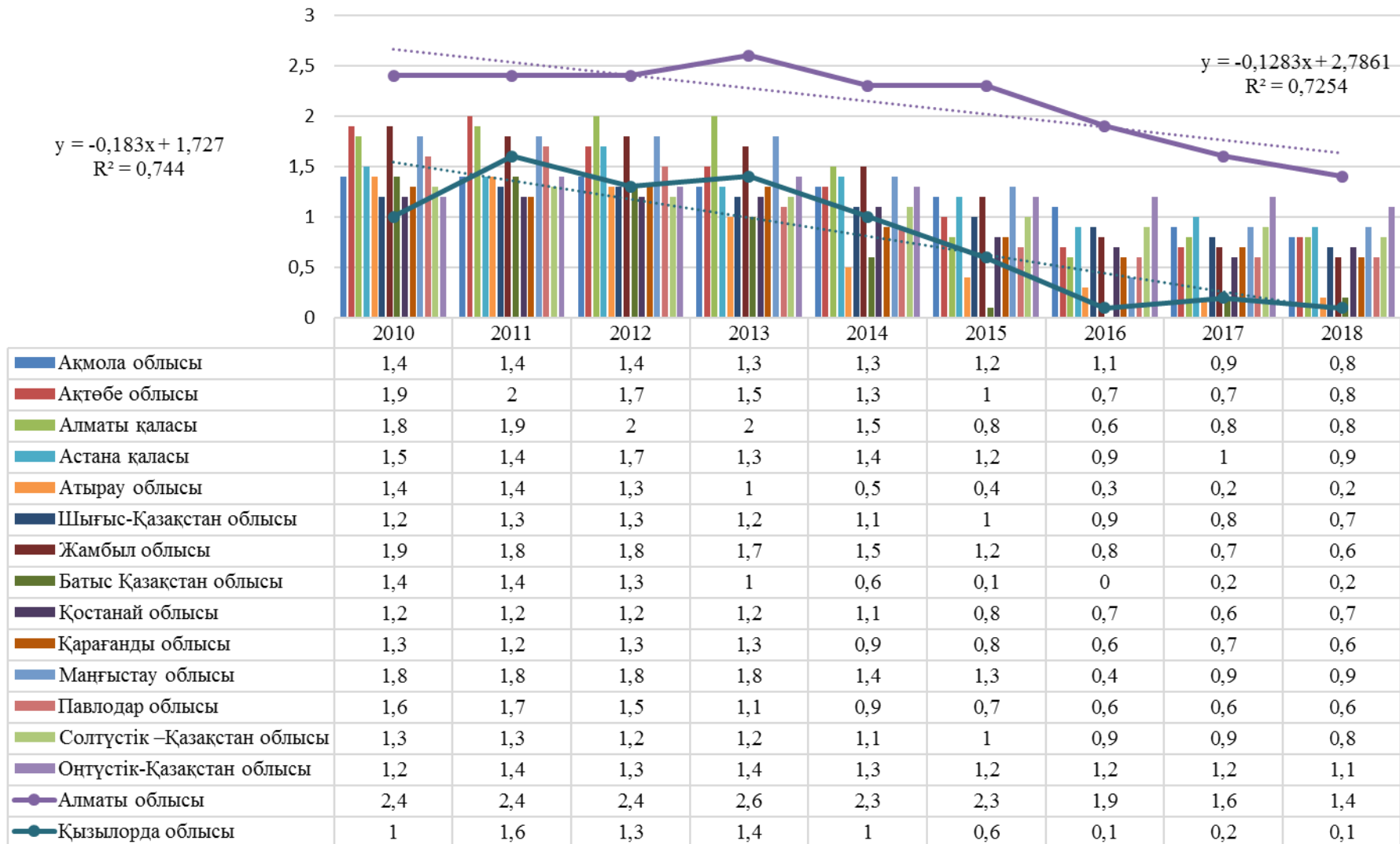
8-суретте көрсетілгендей, тұрғындарды учаскелік педиатр дәрігерлімен қамтамасыз етудің көрсеткішіне көңіл бөлсек, республикалық деңгейден жоғары көрсеткіш, барлық зерттеу кезеңінде Алматы облысында (2,4‰-2010 ж., 1,4‰-2018жыл), ал Ақтөбе облысында (1,9‰-2010 жыл), ал 2018 жылы (0,8‰), Маңғыстау облысында (1,8‰-2010 жыл), ал 2018 жылы (0,9‰), Алматы қаласында (1,8‰-2010 ж., 0,8‰- 2018ж.) өзгерістердің болып тұрғанын байқауға болады.

Зерттеп отырған кезең аралығында тұрақты орта республикалық деңгейден төмен көрсеткіштерді көрсеткен мына облыстар: Қызылорда облысы (2010 жылы – 1,0‰, 2018 жылы – 0,1‰), Атырау және Батыс Қазақстан облыстары (2010 жылы – 1,4‰ көрсетсе, 2018 жылы – 0,2‰), Астана қаласы (2010 жылы – 1,5‰, 2018 жылы – 0,9‰), Павлодар облысы (2010 жылы – 1,6‰, 2018 жылы – 0,6‰), Оңтүстік Қазақстан облысы (2010 жылы – 1,2‰, 2018 жылы – 1,1‰) көрсетті.

Зерттеу жұмысымыздың барысында, іс жүзінде барлық аймақтық орталықтарда тоғыз жылдық кезеңде учаскелік педиатр-дәрігерлермен халықты қамтамасыз ету көрсеткішінің өсуінің теріс қарқыны да есептелінді. Өсімнің ең үлкен теріс қарқыны Қызылорда облысында (-90%; 2010 ж. 1,0‰-дан 2018 ж. 0,10‰-ға дейін), Атырау және Батыс-Қазақстан облыстарында (-85,7%; 2010ж. 1,40‰-дан 2018 ж. 0,20‰-ға дейін), Жамбыл облысы (-68,4%; 2010 ж. 1,90‰-дан 2018 ж. 0,60‰-ға дейін), Павлодар облысында (-62,5%; 2010 ж. 1,60‰-дан 2018 ж. 0,60‰-ға дейін).

Ал осы көрсеткіш өсімінің ең аз теріс қарқыны Оңтүстік Қазақстан облысында (-8,30%; 2010 ж. 1,20‰ -дан 2018 ж. 1,10‰-ға дейін), Солтүстік-Қазақстан облысы (-38,5%; 2010 ж. 1,30‰-дан 2018 ж. 0,80‰-ға дейін) және Астана қаласы (-40,0%; 2010 ж. 1,50‰-дан, 2018 ж. 0,9‰ -ға дейін), сондай-ақ Алматы облысында (-41,7%; 2010 ж. 2,40‰ -дан 2018 ж. 1,40‰-ға дейін) болды. Жалпы осы көрсеткіштің оң өсу қарқыны бірде-бір облыстық немесе қалалық орталықта зерттеп отырған уақытта байқамадық.

Осы кестеден көрініп тұрғандай, іс жүзінде барлық аймақтық орталықтарда тоғыз жылдық кезеңде учаскелік педиатр-дәрігерлермен халықты қамтамасыз ету көрсеткішінің өсуінің теріс қарқыны байқалды.



Сурет 8 – 2010-2018 жылдар аралығындағы Қазақстан Республикасының облыстық және қалалық орталықтарындағы МСАК учаскелік педиатр-дәрігерлермен халықтың қамтамасыз етілу көрсеткіші ( $^0/_{000}$ -де, есеп атқаратын лауазымдардағы негізгі қызметкерлердің жеке тұлғалар санына 10000 балаға шаққанда есептелінді)

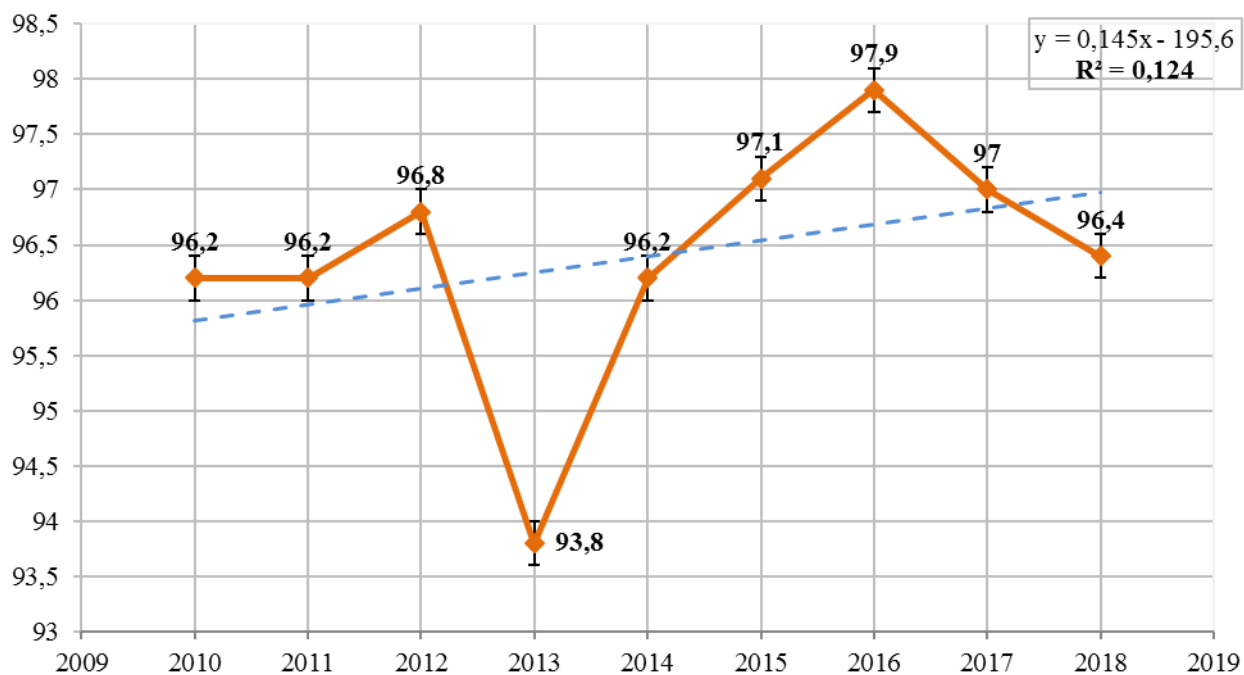
Қазақстан Республикасы және оған қатысты облыстар мен жеке қалалық статусы бар қалалардың 2010-2018 жылдар аралығындағы учаскелік педиатр-дәрігерлермен тұрғындарды қамтамасыз ету көрсеткішінің ауытқу коэффициенті 9-кестесінде көрсетілген, кестеден байқап отырғандай 2010 жылы учаскелік педиатр-дәрігерлердің штаттық лауазымдарымен қамтамасыз ету көрсеткіші Алматы облысы (50,0%-ға), Маңғыстау облысы (45,0%-ға), Шығыс-Қазақстан облысы мен Жамбыл облысы, (25,0%-ға), және Алматы қаласында (20,0%-ға) жалпы орта қазақстандық көрсеткіштен жоғары болғандығын байқасақ, ал 2018 жылы бұл көрсеткіштер шамалы өзгеріп бір облыстарда орташа қазақстандық деңгейден төмен түсіп қалғанын көрсек, кейбір облыстарда керісінше орташа республикалық деңгейден жоғары болғанын байқауға болады. Мысалы: Алматы және Маңғыстау облыстары жалпы республикалық орталық деңгейден жоғары екенін тұрақты көрсетіп тұрса, осы аталған облыстарға Ақмола, Ақтөбе, Астана және Солтүстік Қазақстан облыстары қосылды (33,3% және 11,1%).

2010 жылы орташа республикалық деңгейден төмен көрсеткіштер Оңтүстік Қазақстан облысында (-30,0%), Ақмола облысы (-25,0%), Солтүстік Қазақстан облысы (-25,0%), Қарағанды облысы (-25,0%), Қостанай облысы (-20,0%) және Қызылорда облыстарында (-20,0%) байқадық. Бұл көрсеткіштер зерттеу соңында, яғни 2018 жылы шамалы өзгеріске ұшырады. Қызылорда облысында 2018 жылы ауытқу коэффициенті шамамен (-77,8%)-ды, Батыс Қазақстан облысында (-77,8%), Атырау облысында (-66,7%), Қарағанды облысында (-22,3%), Алматы қаласында (-22,3%), Жамбыл облысында (-11,1%) және Қостанай облыстарында (-11,2%) көрсетіп орташа республикалық деңгейден төмен болды. Ал Шығыс Қазақстан және Оңтүстік Қазақстан сияқты облыстарда көрсеткіш жалпы республикалық деңгейге тең келді. Алайда осындай көрсеткіштерді 2010 жылы да байқауға болады. Мысалы: Ақтөбе облысы, Астана қаласы және Атырау облыстарында зерттеу кезінде аталған ауытқу коэффициенті орта республикалық шамаға тең келді. Ақтөбе облысында аталған көрсеткіш ауытқуы 0-ге тең болса, зерттеу жылының соңында 2018 жылы +33,3-ке дейін жоғарылады.

Кесте 9 – 2010-2018 жылдар аралығындағы Қазақстан Республикасындағы учаскелік педиатр-дәрігерлермен халықтың қамтамасыз етілуі көрсеткішінің ауытқу коэффициенттері (%)

Аймақтар	Жылдар								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Қазақстан Республикасы	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ақмола облысы	-25	-10	-11	-5,6	-6,25	-12,5	+50	+10	+33,3
Ақтөбе облысы	0	-15	-10,6	-11,2	-43,75	-56,25	-10	-10	+33,3
Алматы облысы	+50	+45	+52,5	+55,5	+43,75	+25	+120	+80	+111
Атырау облысы	0	+5	0	-27,8	-62,5	-81,25	-50	-60	-66,7
Шығыс-Қазақстан облысы	+25	-25	-21,1	-22,2	-31,25	-37,5	+20	-10	0
Жамбыл облысы	+25	+15	+21	+27,7	0	-37,5	+60	-30	-11,1
Батыс-Қазақстан облысы	-10	-20	-26,3	-27,8	-87,5	-99,34	-90	-70	-77,8
Қарағанды облысы	-25	-30	-26,32	-27,8	-43,75	-56,25	-20	-30	-22,3
Қостанай облысы	-20	-20	-21,1	-22,3	-25	-25	+20	-20	-11,2
Қызылорда облысы	-20	-30	-15,8	-16,6	-25	-81,25	-70	-94	-77,8
Маңғыстау облысы	+45	+40	+47,4	+61,1	+62,5	-68,75	+160	+40	+44,4
Павлодар облысы	-5	-5	0	-11,1	-43,75	-62,5	-10	-30	-22,2
Солтүстік-Қазақстан облысы	-25	-30	-26,32	-22,2	-25	-31,25	+40	0	+11,1
Оңтүстік-Қазақстан облысы	-30	-15	-26,32	-22,2	-18,75	-25	+20	-40	0
Астана	0	-10	-5,3	38,9	-6,25	-18,75	+40	+20	+33,3
Алматы	+20	+45	+31,5	+38,8	-50	-56,25	-20	-10	-22,3

Қазақстан Республикасы және облыстық орталықтарындағы 2010-2018 жж. учаскелік педиатр дәрігерлермен штаттық лауазымдардың толықтырылуы туралы деректер 9-суретте ұсынылып отыр. Осы суреттерден көрініп тұрғандай, Қазақстан Республикасында да және оның аймақтарында да педиатр-дәрігерлер лауазымын толықтыру көрсеткіші зерттеп отырған кезеңнің қай жылын алмасаңызда 100,0% толықтыру деңгейіне жеткен жоқ. Керісінше жыл өткен сайын аталған көрсеткіштің одан әрі төмендеуі болжанып отыр ( $R^2 = 0,124$ ).



Сурет 9 –2010-2018 жылдар аралығында Қазақстан Республикасындағы медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін учаскелік педиатр-дәрігерлердің штаттық лауазымдармен толықтырылу көрсеткіші (есеп штаттық лауазымдарға жүргізілді %)

Ал егер жеке аймақтарға тоқталсақ Атырау, Қостанай және Маңғыстау облыстарында аталған көрсеткіш бүкіл зерттелген кезеңде Қазақстан Республикасының басқа аймақтарынан және орта республикалық деңгейлермен салыстырғанда әрқашанда төмен болды.

Жалпы республикалық деңгейге көңіл аударсақ – дәрігер педиатрлармен толықтыру әртүрлі болғанымен зерттелген тоғыз жыл ішінде 93,8% мен 97,9% аралығында болды (сурет 9).

Ал егер аймақтық көрсеткіштерге тоқталатын болсақ, ең төменгі көрсеткіш жоғарыда атап өткендей: 40,7% 2015 жылы Қызылорда облысында, (81,8%) 2014 жылы, (84,4%) 2015 жылы, (88,6%) 2016 жылы, (83,7%) 2017 жылы Атырау облысында, (93,2%) 2014 жылы Ақмола облысында, (70,9 %) 2013 жылы, (85,6%) 2014 жылы Маңғыстау облысынды және (94,0%) Алматы қалаларында 92,3%-дан төмен көрсеткішті көрсетті.

Бірақ айта кететін тағы бір жайт, штаттық лауазымдардың учаскелік педиатр дәрігерлермен толықтырылу көрсеткіші Республика бойынша орта көрсеткіш барлық зерттелетін кезеңде 90,00%-дан жоғары болды.

Зерттеліп отырылған аймақтар 2010-2018 жж. аралығында учаскелік педиатр дәрігерлермен штаттық лауазымдардың толықтыру көрсеткіші көрсеткендей мынандай облыстар мен қалаларда: 2010-2016 жж. және 2018 жылы Алматы облысында, 2017-2018 жж. Ақтөбе облысында, 2018 жылы Ақмола облысында, 2015 пен 2018 жылдары Жамбыл облысында, 2010-2012 жж. және 2016-2018 жылдары Батыс Қазақстан облысында, 2015 жылдары Қарағанды облысында, 2013, 2014 және 2018 жылдары Қызылорда облысында және 2015 жылы Маңғыстау облыстарында педиатр-дәрігер лауазым штатын толықтыруда аталған аймақтарда 100% болды.

Қалған аймақтарда бұл көрсеткіш барлық зерттелетін кезеңде 100%-дан төмен болды. Ал тұрақтылық жағына келетін болсақ Алматы облысында тек 2017 жылы ғана дәрігер педиатр лауазымен облыстық толықтыру 94,2%-ға түсті, ал басқа зерттеліп отырған кезеңдерде республика бойынша тек бұл облыста 100% толықтырғанын және Батыс Қазақстан облысында зерттеп отырған жылдар ішінде тек 2013-2014 жылдары аралығында 100%-дан төмен түсіп, қалған жылдары толықтыру 100% болғанын көре аламыз (кесте 9).

Кесте 9 – 2010-2018 жылдар аралығында Қазақстан Республикасының аймақтарындағы медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін педиатр-дәрігер штаттық лауазымен толықтыру (%)

Аймақтар	Жылдар								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Қазақстан Республикасы	96,2	96,2	96,8	93,8	96,2	97,1	97,9	97	96,4
Ақмола облысы	92,1	94,2	93	88,1	93,2	93	97,2	96,2	100
Ақтөбе облысы	98,4	95,5	97	97,5	98,7	98,2	98,4	100	100
Алматы облысы	100	100	100	100	100	100	100	94,2	100
Атырау облысы	90,3	86,8	90,4	87,3	81,8	84,4	88,6	83,7	98
Шығыс-Қазақстан облысы	93,8	95,8	95,6	94	95,3	98,9	99	99,6	98,4
Жамбыл облысы	95,9	95,9	95,6	87,2	97,1	100	97,8	98,5	100
Батыс-Қазақстан облысы	100	100	100	95,7	87,3	100	100	100	100
Қарағанды облысы	95,9	97,2	96,2	98,9	96,9	100	99,2	99,8	99,2
Қостанай облысы	94,3	92,8	91	88,2	94,8	91,7	91,2	95,2	96,2
Қызылорда облысы	88,8	94,7	96,4	100	100	40,7	80	96,7	100
Маңғыстау облысы	90,3	93,8	93,4	70,9	85,6	100	94	97,5	98,1
Павлодар облысы	99,3	97,8	95,5	92,1	100	100	100	100	91,9
Солтүстік – Қазақстан облысы	96,9	100	95,3	98,5	96,6	88,9	94,6	90,6	94,4

## Кестенің жалғасы 9

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Оңтүстік-Қазақстан облысы	96,6	98,2	99	97,2	98,9	97,6	98,2	99,9	97,8
Астана	96,8	88,8	98,8	95,7	97,1	96	96,9	95,2	86,6
Алматы	96,5	94,3	97,5	94	92,3	97,9	99	96,8	85

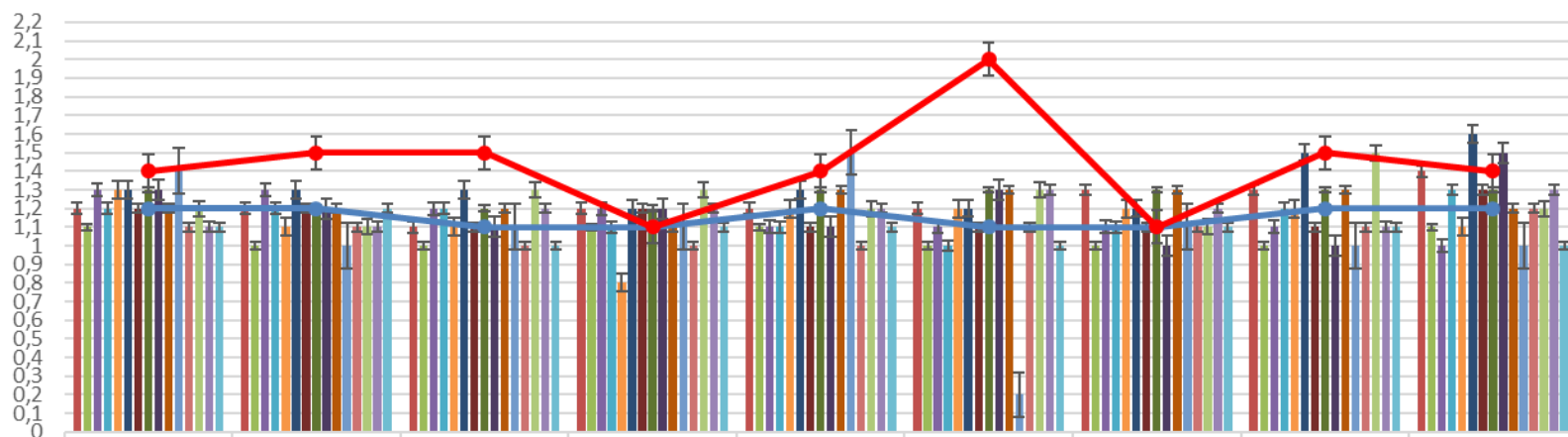
Келесі есептелген көрсеткіш болып педиатр дәрігерлердің қоса атқару коэффициенті 10 суретінен көріп отырғандай, Қазақстан Республикасында учаскелік педиатрлардың дәрігер-педиатрларының қоса атқару коэффициенті барлық зерттелген кезеңде іс жүзінде тұрақты болды (1,10) 2012-2013жж., 2015-2016 жж аралығында, ал қалған жылдары болса 2010-2011 жж. және 2017-2018 жж. (1,20) деңгейін көрсетті.

10-шы сурет бойынша 2010-2018 жж. аралығындағы Қазақстан Республикасында және оның облыстық орталықтарында, учаскелік педиатр-дәрігерлерді қоса атқару коэффициенті көрсетілгендей әр аймақта әртүрлілігін байқауға болады. Қоса атқару коэффициентінің ең жоғарғы көрсеткіштері: Маңғыстау облысында 2015 жылы (2,0), 2017 жылы Атырау облысында, Маңғыстау және Павлодар облыстарында көрсеткіш – 1,5 тең болды. Маңғыстау облысында 1,5 үлестік теңдестігі басқа орталықтармен салыстырғанда бірнеше рет қайталанды (2011, 2012, 2017). 2010 жылы Қызылорда облысында және Маңғыстау облысында қоса атқару коэффициенті 1,4 тең болды. Ал 2018 жылы жоғарғы көрсеткішті Атырау облысы 1,6 көрсетті.

Ал егер орташа республикалық деңгейден төмен көрсеткіштерді анықтайтын болсақ: ең төменгі көрсеткіш 2015 жылы Қызылорда облысында байқауға болады (0,2), Астана қаласында 2013 жылы 0,8 тең болды.

Жалпы орташа республикалық деңгейден тұрақты төмен коэффициентті көрсеткен облыстарға: Ақтөбе, Қарағанды, Қызылорда және Оңтүстік Қазақстан облыстары кірді. Аталған аймақтарда зерттеліп отырған кезеңдерде үнемі тұрақты түрде көрсеткіш орташа республикалық көрсеткіштен төмен болды. Алғашқы медициналық-санитарлық көмек пациентке бағдарланған және медициналық қызмет көрсетудің үздіксіздігін қамтамасыз етеді.



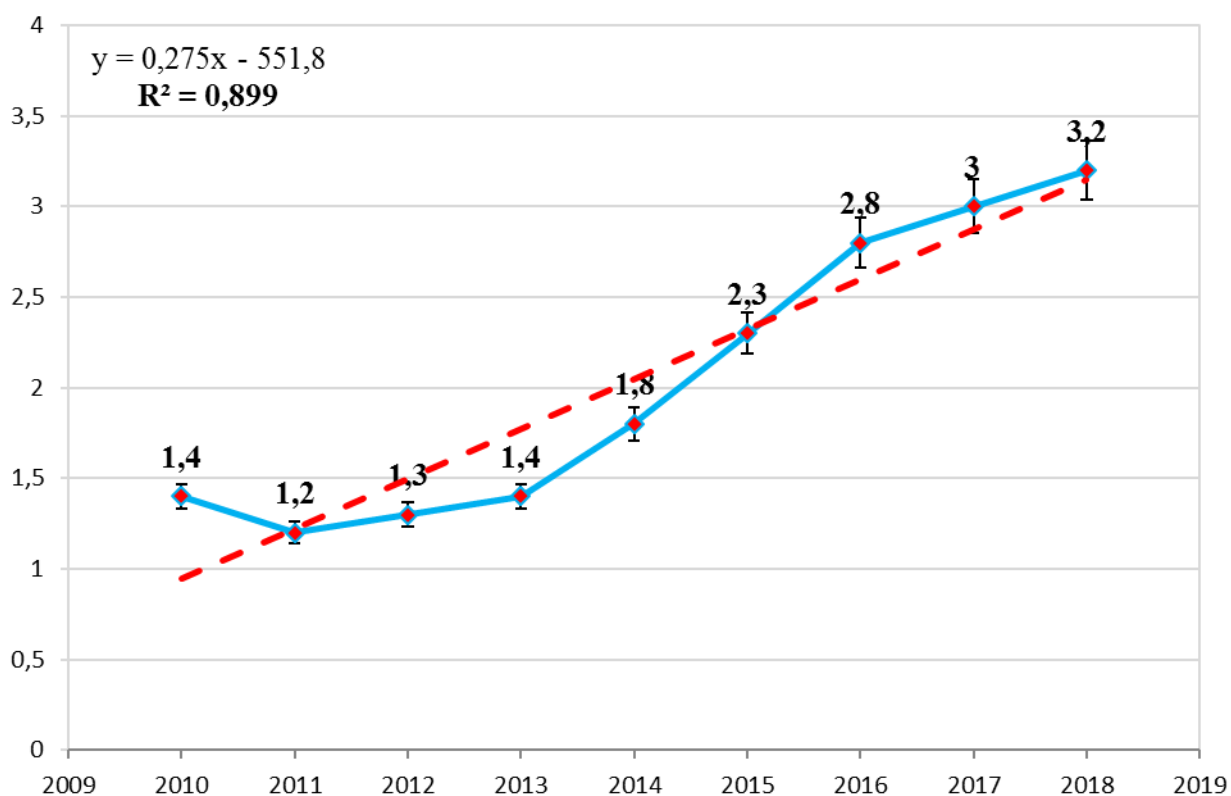


	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ақмола облысы	1,2	1,2	1,1	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,4
Ақтөбе облысы	1,1	1	1	1,1	1,1	1	1	1	1,1
Алматы қаласы	1,3	1,3	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1
Алматы облысы	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1	1,1	1,2	1,3
Астана қаласы	1,3	1,1	1,1	0,8	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1
Атырау облысы	1,3	1,3	1,3	1,2	1,3	1,2	1,2	1,5	1,6
Шығыс-Қазақстан облысы	1,2	1,2	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,3
Жамбыл облысы	1,3	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
Батыс-Қазақстан облысы	1,3	1,2	1,1	1,2	1,1	1,3	1	1	1,5
Қостанай облысы	1,2	1,2	1,2	1,1	1,3	1,3	1,3	1,3	1,2
Қызылорда облысы	1,4	1	1,1	1,1	1,5	0,2	1,1	1	1
Қарағанды облысы	1,1	1,1	1	1	1	1,1	1,1	1,1	1,2
Павлодар облысы	1,2	1,1	1,3	1,3	1,2	1,3	1,1	1,5	1,2
Солтүстік-Қазақстан облысы	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2	1,1	1,3
Оңтүстік-Қазақстан облысы	1,1	1,2	1	1,1	1,1	1	1,1	1,1	1
Қазақстан Республикасы	1,2	1,2	1,1	1,1	1,2	1,1	1,1	1,2	1,2
Манғыстау облысы	1,4	1,5	1,5	1,1	1,4	2	1,1	1,5	1,4

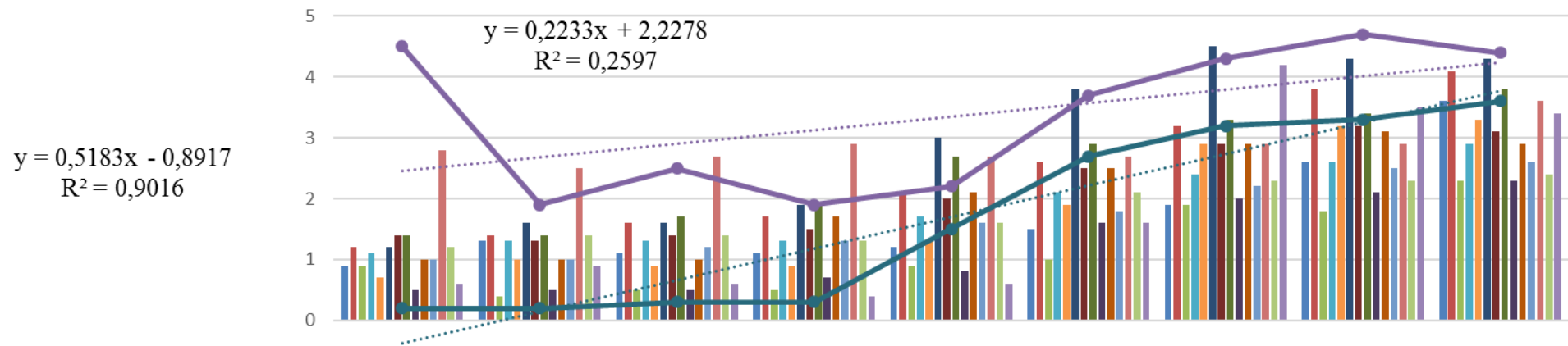
Сурет 10 – 2010-2018 жылдар аралығындағы Қазақстан Республикасының аймақтардағы медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін учаскелік педиатр-дәрігерлердің қосымша жұмыс атқару коэффициенті (үлестік бірліктер)

### 3.3 Тұрғындарға медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін жалпы практика дәрігерлері/отбасылық дәрігерлерінің штаттық лауазымдарымен толықтырылуы және қамтамасыз етілуі

Жалпы практика дәрігерлері / отбасылық дәрігерлер (бұдан әрі – ЖПД/ОД) учаскелік терапевт дәрігерлермен қатар тіркелген халықтың денсаулығы үшін үлкен жауапкершілік жүктелетін амбулаториялық жағдайда медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін мамандар болып табылады. Аурудың болжамы көп жағдайда пациенттерді уақытында және дұрыс жүргізу тактикасына байланысты. Біз халықтың Қазақстан Республикасының облыстарында ЖПД/ОД қамтамасыз етілу көрсеткішіне талдау жүргіздік. Тұрғындардың амбулаториялық жағдайда медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін ЖПД/ОД қамтамасыз етілу көрсеткішін талдау Қазақстан Республикасында (сурет 11), 2010-2018 жж. облыстар мен жеке мемлекеттік статусы бар қалаларда (10 000 тұрғынға) зерттелетін кезеңде жалпы қазақстандық көрсеткіш 128,6%-ға (1,4<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ден 3,2<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ға дейін) өскенін көрсетеді. Нақты болжам кезінде ( $R^2 = 0,899$ ) байқауға болады



Сурет 11 – 2010-2018 жылдар аралығындағы ҚР медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін жалпы практика дәрігерлерімен /отбасылық дәрігер қамтамасыз етілу көрсеткіші (<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-де, есеп атқаратын лауазымдардағы негізгі қызметкерлердің жеке тұлғалар санына жүргізілді)



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ақмола облысы	0,9	1,3	1,1	1,1	1,2	1,5	1,9	2,6	3,6
Ақтөбе облысы	1,2	1,4	1,6	1,7	2,1	2,6	3,2	3,8	4,1
Алматы облысы	0,9	0,4	0,5	0,5	0,9	1	1,9	1,8	2,3
Шығыс-Қазақстан облысы	1,1	1,3	1,3	1,3	1,7	2,1	2,4	2,6	2,9
Жамбыл облысы	0,7	1	0,9	0,9	1,3	1,9	2,9	3,2	3,3
Батыс Қазақстан облысы	1,2	1,6	1,6	1,9	3	3,8	4,5	4,3	4,3
Қарағанды облысы	1,4	1,3	1,4	1,5	2	2,5	2,9	3,2	3,1
Атырау облысы	1,4	1,4	1,7	1,9	2,7	2,9	3,3	3,4	3,8
Қостанай облысы	0,5	0,5	0,5	0,7	0,8	1,6	2	2,1	2,3
Павлодар облысы	1	1	1	1,7	2,1	2,5	2,9	3,1	2,9
Солтүстік-Қазақстан облысы	1	1	1,2	1,3	1,6	1,8	2,2	2,5	2,6
Оңтүстік-Қазақстан облысы	2,8	2,5	2,7	2,9	2,7	2,7	2,9	2,9	3,6
Астана қаласы	1,2	1,4	1,4	1,3	1,6	2,1	2,3	2,3	2,4
Маңғыстау облысы	0,6	0,9	0,6	0,4	0,6	1,6	4,2	3,5	3,4
Қызылорда облысы	4,5	1,9	2,5	1,9	2,2	3,7	4,3	4,7	4,4
Алматы қаласы	0,2	0,2	0,3	0,3	1,5	2,7	3,2	3,3	3,6

Сурет 12 – 2010-2017 жылдар аралығындағы Қазақстан Республикасының облыстарында медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін жалпы практика дәрігерлерімен /отбасылық дәрігер қамтамасыз етілу көрсеткіші (<sup>0</sup>/1000-де, есеп атқаратын лауазымдардағы негізгі қызметкерлердің жеке тұлғалар санына жүргізілді)

12 сурет бойынша 2010-2018 жж. кезеңде пилоттық аймақтарда халықты жалпы практика дәрігерлері /отбасылық дәрігерлермен қамтамасыз ету көрсеткіші ұсынылған. Іс жүзінде барлық аймақтарда осы көрсеткіштің оң өсу қарқыны байқалды. Осы көрсеткіштің ең жоғары оң өсу қарқыны, Алматы қаласында (1700%; 2010 ж. 0,20<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-дан 2018 ж. 3,60<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ға дейін), Маңғыстау облысында (466,7%; 2010 ж. 0,60<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-дан 2018 ж. 3,40<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ға дейін), Жамбыл облысында (371,4%; 2010 ж. 0,70<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-дан 2018 ж. 3,30<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ға дейін), Қостанай облысында (360,0%; 2010 ж. 0,5<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-дан 2018 ж. 2,30<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ға дейін), Батыс Қазақстан облысында (250,0%; 2010 ж. 1,60<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-дан 2018 ж. 5,60<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ға дейін), Ақмола облысы (300,0%; 2010 ж. 0,90<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-дан 2018 ж. 3,60<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ға дейін) болды. Ал ең төменгі оң өсу қарқыны Оңтүстік-Қазақстан облысында (28,6%; 2010 ж. 2,80<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-дан 2018 ж. 3,60<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ға дейін) құрады. Тұрғындарды ЖПД/ОД қамтамасыз етілу көрсеткішінің теріс өсу қарқыны 2010 жылдан 2018 жылға дейін Қызылорда облысында (-2,2%; 2010 ж. 4,50<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-дан 2018 ж. 4,40<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ға дейін) керісінше кемігенін байқауға болады, дегенмен тұтастай алғанда ел бойынша тоғыз жылдық кезеңде бұл көрсеткіш тұрақсыз болды.

Кесте 10 – 2010-2018 жылдар аралығында Қазақстан Республикасының облыстық аймақтарда жалпы практика дәрігерлері/отбасылық дәрігерімен халықты қамтамасыз етілу көрсеткішінің ауытқу коэффициенттері (%)

Аймақтар	Жылдар								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Қазақстан Республикасы	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ақмола облысы	15,31	-4,37	31	14,15	12,55	-21,46	-21,46	-26,73	12,23
Ақтөбе облысы	-2,86	-32,45	-8,84	6,82	12,16	20,93	20,93	24,09	25,84
Алматы облысы	-34,35	-32,3	23,25	-36,42	-42,53	-6,87	9,91	22,62	-0,7
Атырау облысы	11,72	26,75	26,08	21,83	22,93	6,24	-3,15	-16,7	-8,66
Шығыс-Қазақстан облысы	8,34	-8,15	5,35	-5,46	-0,1	-11,51	-16,9	-14,58	-7,98
Жамбыл облысы	38,2	-14,68	-9,14	-10,04	66,47	49,95	33,15	25,76	53,18
Батыс-Қазақстан облысы	-6,17	-3,68	-5,19	-12,3	3,52	-8,05	-1,85	4,98	8,36
Қарағанды облысы	22,33	26,75	28,21	20,96	10,43	1,57	2,76	-16,12	-10,18
Қызылорда облысы	-24,32	-30,34	-6,9	-16,47	-12,51	-45,75	-16,27	-15,28	-35,66
Қостанай облысы	-24,32	-30,34	-6,9	-16,47	-12,51	-45,75	-16,27	-15,28	-35,66
Маңғыстау облысы	-47,04	0,4	13,72	49,57	41,19	-38,15	37,69	63,74	40,43
Павлодар облысы	36,09	-22,12	-4,23	-14,1	-16,02	-19,67	-18,34	-11,36	-22,84
Солтүстік–Қазақстан облысы	-8,91	-8,59	-13,97	15,69	-11,31	-30,54	-14,49	-19,64	-9,98
Оңтүстік-Қазақстан облысы	25,37	15,48	-3,13	-15,73	4,52	16,45	-10,76	-10,52	-8,43
Астана қаласы	-38,12	-17,32	-10,74	-13,6	-12,67	-25,04	-18,96	-6,11	-38,96
Алматы қаласы	-47,7	-45,43	-31,23	25,04	-42,52	27,68	-0,62	9,37	15,82

10-кестеден көрініп тұрғандай, 2010 жылы көрсеткіш Жамбыл облысында (38,2%-ға), Павлодар облысында (36,09%-ға) және Оңтүстік-Қазақстан облысында (25,37%) деңгейден асып түсті. Ал Алматы қаласы (-47,70%-ға) мен Маңғыстау облысы (-47,04%-ға), сондай-ақ Астана қаласы (-38,12%-ға) және Алматы облысында (-34,35%-ға) орташа Республикалық деңгейден төмен болды.

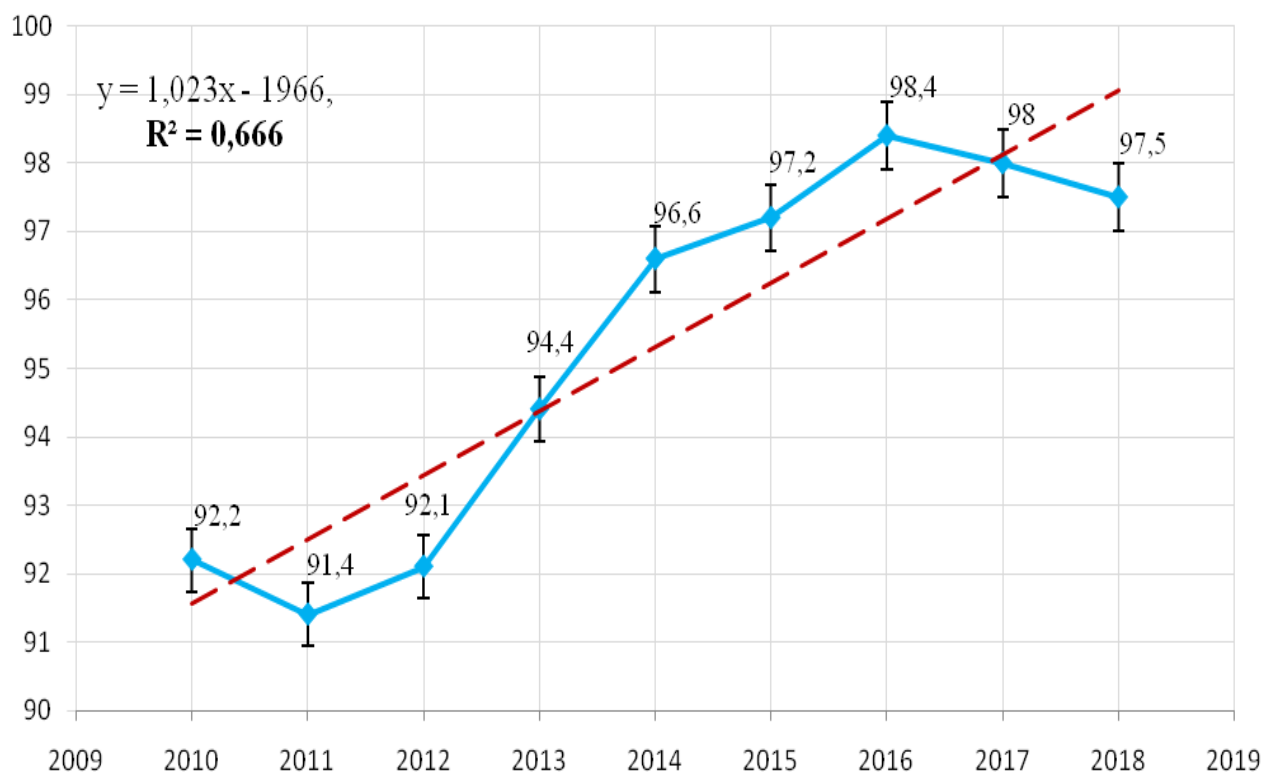
2018 жылға қарай Жамбыл облысында халықты ЖПД/ОД қамтамасыз ету көрсеткіші орта қазақстандық мәнінен (тиісінше 53,18%-ға) жоғары болды. Бұл көрсеткіш 2018 жылы Маңғыстау облыстарында (40,43%-ға), Ақтөбе облысы (25,84%-ға) құрады. Ал Ақмола облысында (12,23%-ға) және Батыс-Қазақстан облысы (8,36%-ға) төмен болды. Және де осы көрсеткіштер Астана қаласында (-38,96%-ға), Қостанай облысында (-35,66%-ға) орташа Республикалық деңгейден төмен болды. Барлық зерттеліп отырған кезеңдерде Жамбыл және Маңғыстау облыстарында ғана жалпы практика дәрігерлерімен қамтамасыз етілу көрсеткіші республикалық көрсеткіштерден жоғары болды (кесте 10).

Халықтың ЖПД/ОД қамтамасыз етілу көрсеткішінің ауытқу коэффициентін талдау 2010-2018 жж. динамикасын зерттеу аясында Ақмола облысында, Жамбыл облысында тұрғындарды ЖПД/ОД қамтамасыз ету көрсеткішінің ауытқу коэффициенті барлық зерттелетін кезеңде тиісті республикалық көрсеткіштерінен жоғары болды.

Ал Астана қаласы, Қостанай, Қызылорда облыстарында тұрғындарды ЖПД/ОД қамтамасыз ету көрсеткішінің ауытқу коэффициенті барлық зерттелетін кезеңде тиісті республикалық деңгей көрсеткіштен әрдайым төмен болды. Қалған облыс пен қалаларда бұл көрсеткіш зерттелетін тоғыз жыл ішінде тұрақсыз болды: көтерулер төмендеулер өзара ауысып тұрды.

2010-2018 жылдары аралығында жалпы практика дәрігерлерімен штаттық лауазымды толықтыру мәселесіне келсек, республикамызда зерттеліп отырған кезеңге көңіл бөлсек, үлкен өзгерістің болып жатқанын байқауға болады. 2010 жылы жалпы практика дәрігерлерінің штаттық лауазымдар саны 2740 құраса, 2018 жылы бұл көрсеткіш 6870 штаттық лауазымдарға толықтырылды (30 есеп беру нысан бойынша). Бұл дегеніміз 2,5 есе өскенін көрсетеді.

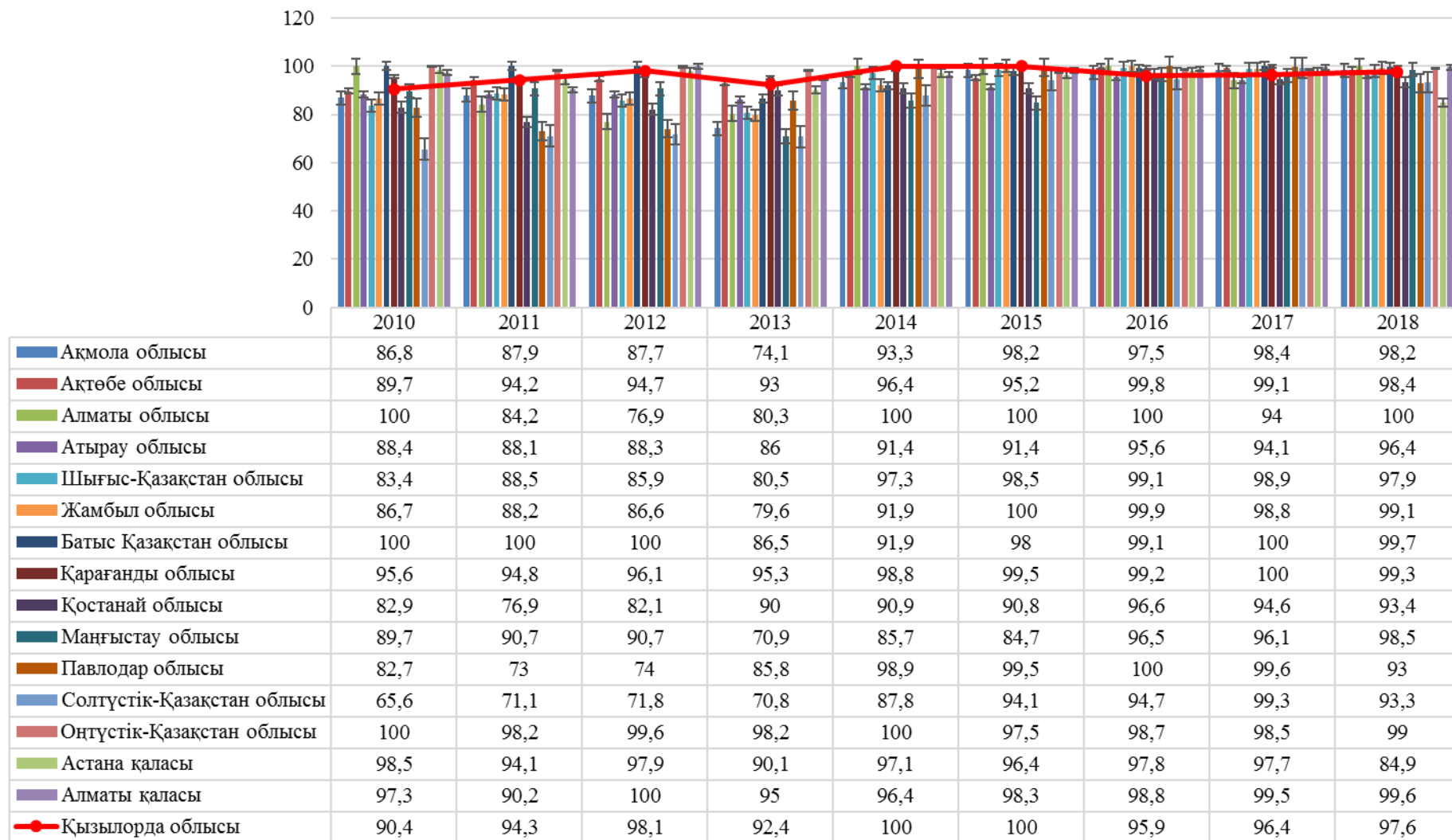
Егер 2010 жылы Қазақстанда медициналық-санитариялық алғашқы көмекті көрсететін дәрігерлер арасында (терапевт, педиатр, жалпы практика дәрігері) жалпы практика дәрігерінің ұдайы үлесі 92,2% құраса, бұл көрсеткіш зерттеліп отырған уақыт аралығында жыл сайын өсіп отырып 2018 жылы 97,5% құрады.  $R^2=0,666$  (сурет 13).



Сурет 13 – 2010-2018 жыл аралығында Қазақстан Республикасындағы медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін жалпы практика дәрігерлерінің /отбасылық дәрігер штаттық лауазымдармен толықтырылу көрсеткіші (есеп штаттық лауазымдарға жүргізілді %)

Жалпы Қазақстан Республикасының халық санының 2010 жылы 16441900-ден, 2018 жылы – 18395600 өсуі аясында ЖПД толықтыру жеткіліксіздігі сақталып отыр. Егер халық санының өсуін ескере отырсақ, 2018 жылдан бастап ЖПД нормативтік жүктемелері бойынша қызмет көрсетілетін тұрғындар саны 1700 болған кезде, жалпы практика дәрігерлерінің штаттық лауазымдар саны (2,5 есе) көбейіп, Республикада 2018 жылы жалпы практика дәрігерлердің қамтамасыз етудің штаттық лауазымдар тапшылығы 170-ті құрады. Осы себепке байланысты лауазымдар қызметін толықтыру қазіргі таңда ең маңызды мәселелердің бірі болып отырғанын атап өткен жөн.

14 суретте көрсетілгендей Қазақстан Республикасы және оның облыстары мен жеке қалалық статусы бар аймақтарда штаттық лауазымдардың жалпы практика дәрігерлері/отбасылық дәрігерімен толықтырылуы туралы деректер ұсынылған. Осы суреттерден көрініп тұрғандай, Қазақстан Республикасында да, өңірлердің бірінде де штаттық лауазымдардың жалпы практика дәрігерлерімен (отбасылық дәрігерлер) толықтырылуы 100% деңгейге жеткен жоқ. Республикамызда және барлық облыстар мен қалаларады зерттеген кезеңде бұл көрсеткіштің жоғарылау үрдісін байқауға болады. Осылайша, жалпы республикалық көрсеткіш 92,20%-дан (2010) 97,50%-ға дейін (2018) жоғарылады.



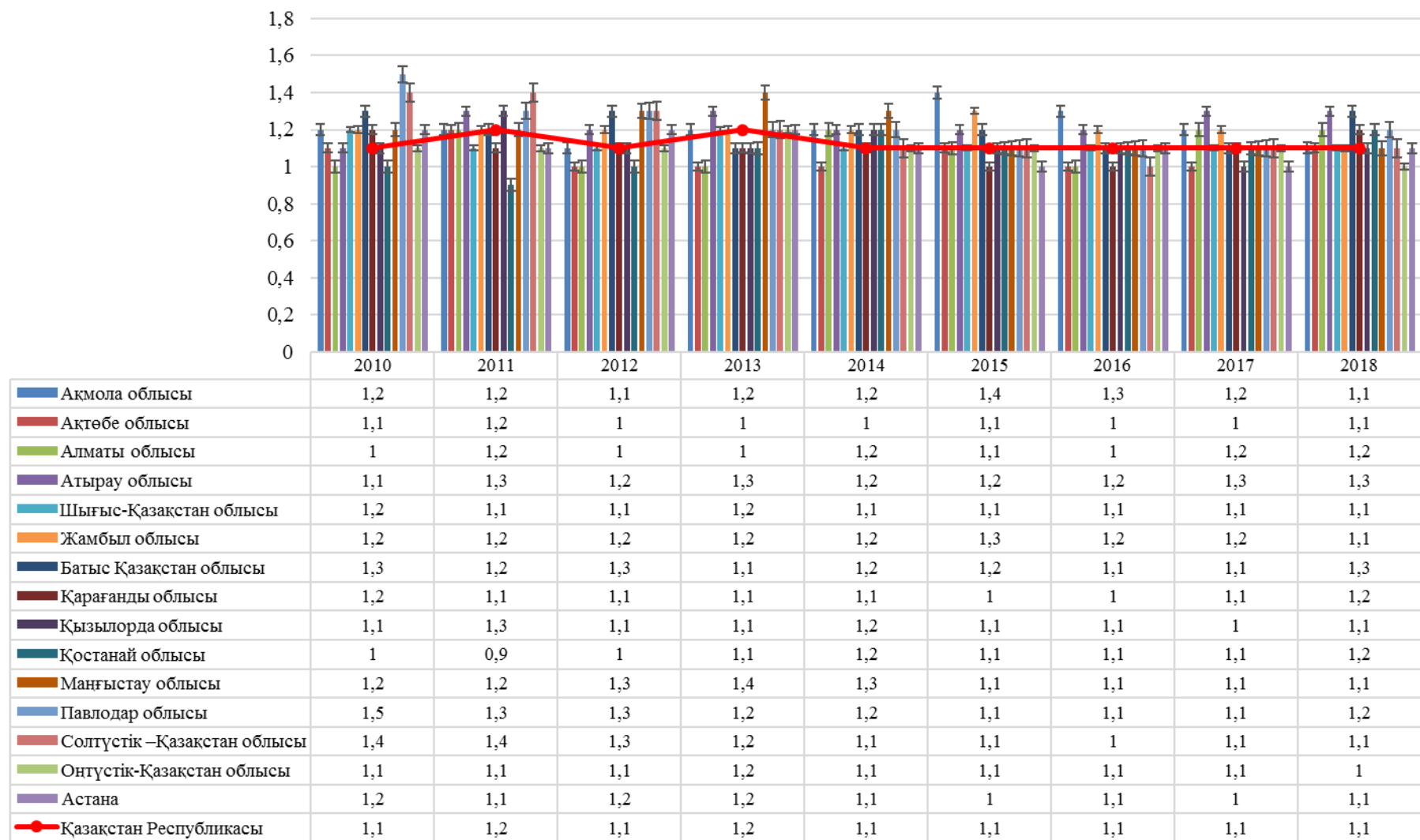
Сурет 14 – 2010-2018 жылдар аралығындағы Қазақстан Республикасында медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін жалпы практика дәрігерлерінің /отбасылық дәрігер штаттық лауазымдармен толықтырылуы (%)

Егер жеке өңірлерге тоқталатын болсақ, ең жоғарғы көрсеткіштер Алматы облысында (2010 жыл және 2018 жылы 100,0%-ға дейін), Батыс Қазақстан облысында (2010-2012жж. 100,0%-дан 2018 жылы 99,70%-ға дейін), Оңтүстік Қазақстан облысында (2010 жылы 100,0%-дан 2018 жылы 99,0%-ға дейін), Алматы қаласынды (2010 жылы 97,30%-дан 2018 жылы 99,60%-ға дейін) болды. Ал ең аз көрсеткіш Солтүстік-Қазақстан облысында (2010 жылы 65,60%-дан 2018 жылы 93,30%-ға дейін) орта қазақстандық деңгейден айтарлықтай төмендеу екені байқалды.

Зерттеуіміздің келесі кезеңінде Қазақстан Республикасының және облыстық орталықтардағы 2010-2018 жж. аралығындағы ЖПД қоса атқару коэффициенті көрсетілген. Жұмыс нәтижесінде көрініп тұрғандай, 2010-2018 жылдары Қазақстан Республикасында ЖПД қоса атқару коэффициенті орташа шамамен 1,10 тең болды, ал 2013 жылы 1,20 дейін өсті және одан әрі тұрақтылық 2018 жылға қарай бұл көрсеткіш республика бойынша (1,10) деңгейінде тұрақталынды. Павлодар облысында 2010 жылы ауытқу коэффициенті 1,5-ды көрсетсе, жыл соңында 1,2-ге тең болды.

Ұсынылған 15 суретке келсек, Республиканың аймақтарында бұл көрсеткіш тоғыз жылдық кезеңде 1,10-дан 1,20-ға дейінгі аралықтарында болды. Мәселен, Ақмола облысында ол 1,20 (2010 ж. және 2014 жж.) және 1,40-ге (2015), Алматы облысында – 1,00-1,20 және 1,20-1,00 (2010-2011 жж., 2014-2016жж.) дейін 1,20 (2018), Атырау облысында – 1,10 (2010) 1,30 дейін (2013 ж., 2018ж.), Шығыс Қазақстан облысы – 1,20 (2010ж., 2013ж.) және 1,10 (2018), Жамбыл облысы – 1,20 (2010-2014), 1,3 (2013), ал 1,10 (2018) болды. Солтүстік Қазақстан облысы – 1,40 (2010-2011), ал қалған жылдар 1,3-1,1 аралығында болды. Батыс Қазақстан облысы - 1,30 (2010ж, 2012ж., 2018ж.), 1,20 (2014-2015) 2015 және 2018жж. аралығында ауытқып отырды. Қызылорда, Оңтүстік Қазақстан облыстары және Астана қалаларында аталған көрсеткіш бүкіл зерттелетін кезең бойы шамалы тұрақты деңгейде болды (тиісінше 1,00 және 1,10).





Сурет 15 – 2010-2018 жылдар аралығындағы Қазақстан Республикасы және облыстық орталықтардағы медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін жалпы практика дәрігерлері /отбасылық дәрігерінің қосымша жұмыс атқару коэффициенті (үлес пен бірліктер)

### **3.4 Бөлім бойынша қорытынды**

Медициналық ұйымдардың қамтамасыз етілу мен толықтырылу көрсеткішін талдау тұрғындарға амбулаториялық жағдайда медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін учаскелік дәрігерлермен (терапевт дәрігер, педиатр, ЖПД), Қазақстан Республикасында, облыстық орталықтар және мемлекеттік жеке статусы бар қалаларда тоғыз жылдық базалық кезеңдегі (2010-2018) динамикада әртүрлі бағыттағы үрдістер бар екенін көрсетті: учаскелік терапевттер және учаскелік педиатр дәрігерлер (-64,7% және -50,0%-ға, тиісінше) азайса, ЖПД/ОД 128,6%-ға өсті. Бұл ретте барлық мамандармен толықтыру көрсеткіштері төмендегенін, ал қоса атқару коэффициенті - өсу үрдісі болғанын атап өткен жөн.

Бөлімді қорыта келе біздің зерттеуімізде терапевт дәрігер мен педиатр дәрігерлерлердің 2010 жылдан бастап азайып жатқанын, ал керісінше ЖПД-дің аймақтарда көбейіп отыру себебі ол кешегі республика көлемінде денсаулық сақтау саласындағы МСАК тұрғындарға сапалы түрде қызмет көрсету және денсаулық сақтау саласында ресурсты үнемдеу саясаты мен тұрғындардың денсаулығын нығайтуда үлкен жетістіктерге жетуге арналған реформалардың жемісі болып табылып отыр.

«Алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсету қағидаларын және Азаматтарды алғашқы медициналық-санитариялық көмек ұйымдарына қағидаларын бекіту туралы» ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 28 сәуірдегі №281 бұйрығына өзгеріс енгізу туралы» атты бұйрығына сәйкес және басқа бұйрықтар мен қаулыларға байланысты ЖПД қызметін елімізде маңызды рөл атқарып отыр. Сол себепті осы және мемлекеттік стратегиялық жоспарларды іске атқару жолында халыққа МСАК-ті ұйымдастыруда жалпы практика дәрігерінің атқаратын рөлі жоғары болғандықтан 1999 жылдан бастап осы салада істеп отырған, кеңес моделінен келе жатқан учаскелік терапевт пен педиатр дәрігерлер саны азайғаны көрінді.

## **4 ТҰРҒЫНДАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРИЯЛЫҚ АЛҒАШҚЫ КӨМЕК КӨРСЕТЕТІН ЖАЛПЫ ПРАКТИКА ДӘРІГЕРЛЕРІНІҢ ЖҰМЫС ПРОЦЕСІНДЕГІ ХРОНОМЕТРАЖДЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕРДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ**

### **4.1 Хронометраждық зерттеу нәтижелерін талдау**

Қазақстан Республикасының қазіргі уақытта денсаулық сақтау жүйесі демографиялық, саяси, әлеуметтік-экономикалық, технологиялық, эпидемиологиялық өзгерістердің әсерінен күшейіп келе жатқан тереңнен қалыптасып кеткен кадрлық ресурстардың үйлесімсіздік проблемасына тап болып отыр. Осыған байланысты, кадрлық әлеуетті кешенді бағалау персоналды басқарудың ең маңызды элементі болып қалатын және кадрлық әлеуетті құрайтын сандық және сапалық талдаудың бірыңғай әдістемелік тәсілі негізінде жүргізілуі тиіс [159].

Денсаулық сақтау саласындағы еңбекті мөлшерлеудің негізгі міндеттері мен еңбек шығындарын, персонал жүктемесі және санын анықтау, қандай да болмасын бір жұмысты орындағанда, денсаулық сақтау саласын дамытудың белгілі бір бағыттарын жоспарлаған кезде, оның әртүрлі топтары бойынша оңтайлы үйлесімін табуы қажет.

2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасын іске асыру мақсатында «Адами ресурстарды стратегиялық басқару» жобасы аясында бекітілген Жол картасының 3.1.3 тармағына сәйкес, амбулаторлық-емханалық көмек көрсететін медициналық ұйымдардағы дәрігерлердің жүктемесін негіздеуге арналған хронометраждық зерттеу жұмыстары алғаш рет ҚР ДСМ «Денсаулық сақтауды республикалық дамыту орталығы» ШЖҚ РМК бірлесе отырып ғылыми зерттеу жұмыстарын жүргізді.

Ал осыған ұқсас жұмыстар 2013 жылдан бастап Ресей Федерациясы Денсаулық сақтау министрлігінің «Денсаулық сақтауды ұйымдастырудың және ақпараттандыру орталық ғылыми-зерттеу институты» Федералды мемлекеттік бюджеттік мекемесі (РФ ДСМ «ДСҰАОҒЗИ» ФМБМ) денсаулық сақтау саласының мемлекеттік саясатын жетілдіру тапсырмаларға сәйкес амбулаториялық жағдайда медициналық көмек көрсететін медициналық кадрлардың жұмыс үрдісін зерттеуге арналған фотохронометраждық зерттеулер жүргізген болатын. Зерттеудің негізгі мақсаты медициналық ұйымдарда еңбек нормативтік стандарттарын жаңарту және салалық еңбек нормаларынан ауытқу жағдайында еңбек нормаларын негіздеу болып табылады.

Қазіргі жағдайда жалпы қоғамдағы және денсаулық сақтау саласындағы инновациялық өзгерістерді, атап айтқанда, тұрғындарға медициналық қызметтердің сапасы мен қол жетімділігін жақсарту үшін ресурстарды іздеу өзекті мәселе болып отыр. Сондықтан бұл мәселені шешудің тиімді құралдарының бірі амбулаторлық-емханалық ұйымдардағы мамандардың жұмыс уақытын зерттеу маңызды болды.

2017 жылы алғаш рет Қазақстан Республикасы бойынша жалпы практика дәрігерлерінің бір пациентті қабылдау уақытын ғылыми зерттеу жұмысы, медициналық университеттер орналасқан 6 пилоттық аймақтарда Астана

қаласы (АМУ АҚ), Алматы қаласы (ҰМУ), Ақтөбе қаласы (ШҚМУ), Семей қаласы (СМУ), Шымкент қаласы (ОҚМА), Қарағанды қаласында (ҚММУ) жүргізілді (сурет 16).



Сурет 16 – Зерттеу жұмысқа қатысқан пилоттық аймақтар

Жұмыс уақытын ұтымды бөлу және пайдалану – еңбек нәтижелерін қамтамасыз етудің негізгі сәттерінің бірі. Қазіргі уақытта тұрғындарға медициналық қызмет көрсетудің сапасы мен қолжетімділігі ерекше өзекті болып отыр. Осы зерттеу Денсаулық сақтау саласын реформалау және жаңа медициналық технологияларды енгізу жағдайында жалпы практика дәрігерлері жұмысының хронометражын талдауға арналды.

Жұмыс уақытының хронометражын зерттеу, оны бөлу және пайдалану қажеттілігі халықтың сапалы амбулаториялық-емханалық көмекпен қамтамасыз етілуін жақсарту үшін ресурстарды кеңейтудің негізгі мақсаты болып табылады.

Біздің зерттеу жұмысымыз бойынша пилоттық аймақтардың әртүрлі жерінде орналасқан екі емхана алынып, әрбір емханадан төрт ЖПД-ге зерттеу жүргізілді. Зерттеудің алдында хронометражды бақылау картасы «Жалпы практика дәрігері жұмыс уақытының шығынын есептеу хронокартасы» әзірленді. Тек Қарағанды қаласында дәрігер санын көбірек алдық (8 ЖПД). Себебі Қарағанды қаласы диссертациялық ғылыми зерттеу жүргізуге негізгі орталық болды. Хронометраждық зерттеу жұмысқа Қарағанды қаласы бойынша қаланың әр жерінде орналасқан 4 пилоттық амбулаторлық-емханалық мекемелер №1,3,4,5 емханаларға зерттеу жүргізіліп [160, 161] (сурет 17), енгізу актілері жасалынды (Қосымша Д).



а



ә



б



в

а - «Қарағанды қаласының №1 емханасы» КМК бекітілген тұрғындардың жалпы саны - 56104 адам; ә - «Қарағанды қаласының №3 емханасы» КМК бекітілген тұрғындардың жалпы саны - 76 866 адам; б - «Қарағанды қаласының №4 емханасы» КМК бекітілген тұрғындардың жалпы саны –65000 адам; в - «Қарағанды қаласының №5 емханасы» КМК бекітілген тұрғындардың жалпы саны - 59499 адам

**Сурет 17 – Қарағанды қаласы бойынша зерттеуге қатысқан пилоттық амбулаторлық емханалар**

Хронометраждық бақылауға қатысқан ЖПД/ОД арасында жұмыс өтілі 1 айдан 28 жасқа дейін құрады. Сондай-ақ пилоттық емханаларда бір жалпы практика дәрігерлеріне /отбасылық дәрігерлер тіркелген халық саны 2017 жылы 1704-тен 2436 дейін құрады. Ал 2019 жыл барлық емханаларда бұл көрсеткіш 1700 тұрғынан болды. Бұл дегеніміз мемлекеттік бағдарламалар аясында халықтың тұрғылықты орнына барынша жақындатылған дәрігерлік амбулаториялардың ашылуынан және шағын ұйым нысаны құрылуына байланыстылығын көрсетеді (кесте 11).

Кесте 11 – Қарағанды қаласындағы зерттеуге қатысқан емханаларда бір дәрігерге тіркелген тұрғындардың саны

Аймақ	Медициналық ұйым атауы	ЖПД тіркелген тұрғындардың саны	
		2017 жыл	2019 жыл
Қарағанды қаласы	«№1емхана» КМК	2132-2200	1700
	«№3емхана» КМК	1800-1927	
	«№4емхана» КМК	1704-1830	
	«№5емхана» КМК	1800-1900	

Зерттеу жұмысына Қарағанды мемлекеттік медициналық университетінің докторанты мен магистранттар құрамынан құрылған зерттеушілер тобы құрылып, 25.09.2017 – 13.10.2017 ж. аралығында жүргізілді. Басқа пилоттық аймақтарда күз және көктем айларында жүргізілді. Жалпы зерттеудің алғашқы 5 күні зерттеушілер тобына зерттеу жұмысын толық жүргізу әдістерімен таныстырып, хронометраждық жұмысын қалай дұрыс жүргізу туралы үйретілді (сурет 18).



Сурет 18 – Хронометраждық зерттеу жұмысымен танысу кезеңі

Хронометраждық бақылау дәрігері орташа есеппен 4 сағат пациенттерді қабылдау уақыты 10 күнтізбелік күн ішінде жүзеге асырылды. Зерттеуге 6 пилоттық аймақтардың 28 жалпы практика дәрігері қатысты.

Қажетті өлшеулер саны 6-шы формуласына сәйкес есептелді. Бұл зерттеу хронометраждық өлшеу санын есептеу үшін 6 формуласы қолданылды:

$K$  – берілген сенімділік ықтималдыққа сәйкес келетін коэффициент (ықтималдығы  $0,95$   $K = 2$ ).

$K_y$  – хроноқатардағы тұрақтылығының нормативті коэффициенті ( $K=2,5$ ).

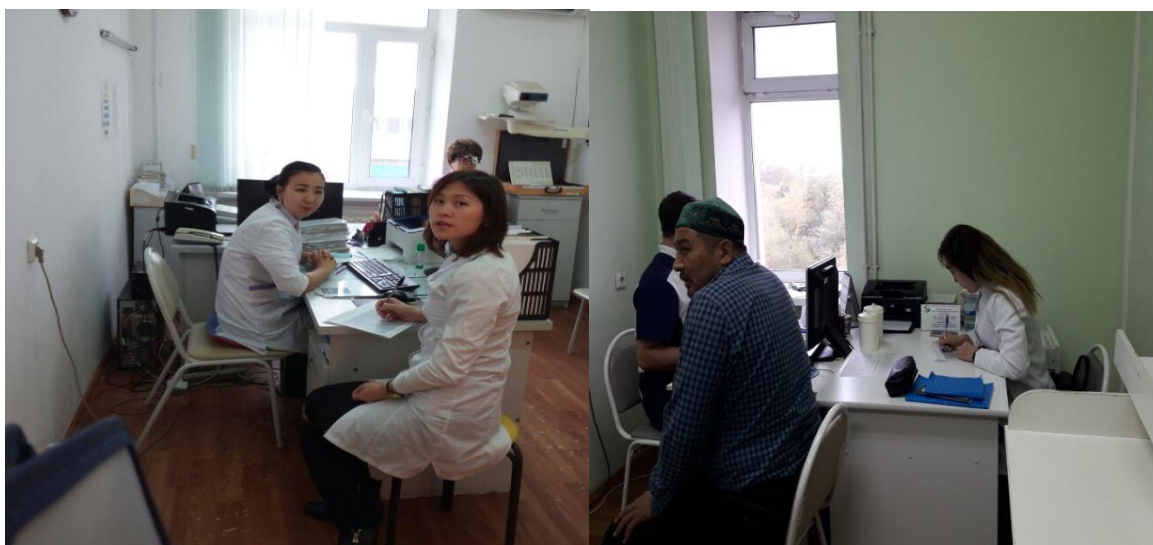
$C$  – бақылаудың қажетті дәлдігі ( $C=0,95$ ).

Есептеу:  $n=2500 \times ((2^2 \times (2,5-1)^2) / (0,95^2 \times (2,5+1)^2))=2035$ .

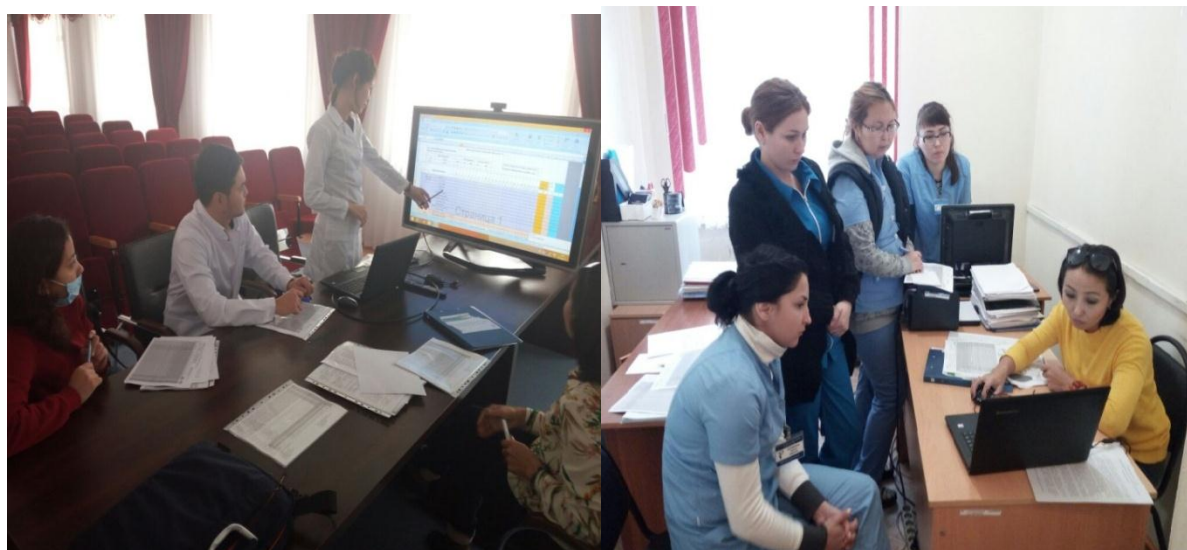
Сондықтан кем дегенде 2035 өлшеу жүргізу керек.

Ал біздің хронометраждық зерттеу кезінде 5925 өлшеулер жүргізілді. Бұл бұл қажетті саннан 2,9 есе жоғары. Оның ішінде 3183 алғаш рет келу және 2670 қайтадан келу сандарын құрады. Демек, жалпы практика дәрігерлерінің жұмыс процесіне хронометраждық зерттеу сенімді болып табылады.

Зерттеу барысында зерттеуші топпен күнде кездесіп, түсінбеген кейбір мәселелерді талқылап отырдық. Әрбір бақылау мамандарға «Хронометраждық бақылау картасы», «Маманның бақылау картасы», «Зерттеуге қатысуға келісу туралы ақпаратты дәлелдеу парағы» қағаз түрінде толтырылып, зерттеуші алынған материалдарды Excel форматқа жүктелді (сурет 19).



а



ә

а – зерттеуші топтың хронометраждық бақылау жүргізуі; ә – зерттеуші топпен кездесіп жұмысты талқылап түсіндіру кезі

Сурет 19 – Зерттеуші топтың хронометраждық зерттеуді жүргізу кезімен талқылау барысы

Зерттеудің 10 күн ішінде хронометраждық бақылауды жүргізу кезінде келген пациенттерді алғашқы қабылдау саны мен қайтадан қабылдау сандары бөлек есептелді (кесте 12).

Кесте 12 – Қазақстанның пилоттық аймақтарындағы жалпы практика дәрігерлерінің зерттеуге қатысуы

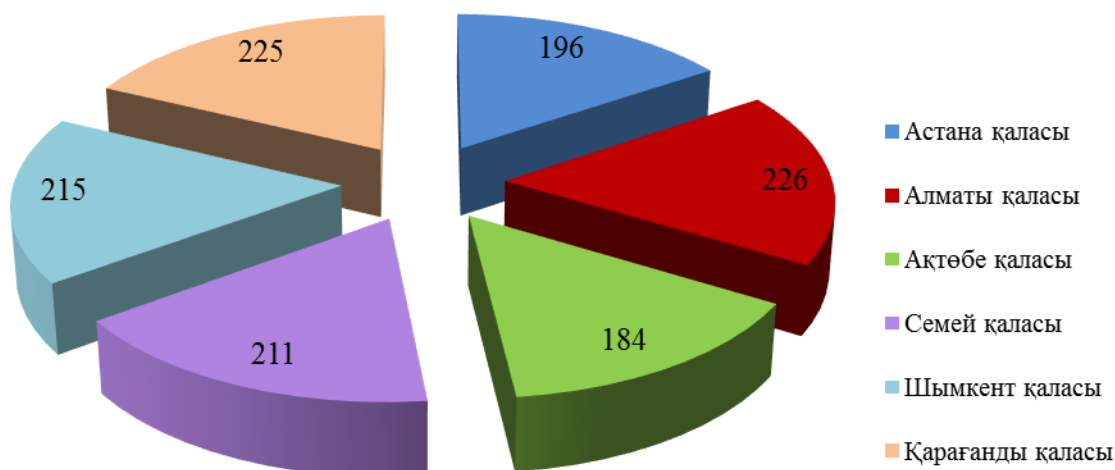
Қазақстан облыстары / қалалар	Хронометражға қатысқан дәрігерлер саны	10 күндегі алғаш келу саны	10 күндегі қайтадан қабылдау	10 күнде қабылдаған пациенттердің жалпы саны	1 күнде бір дәрігерге алғашқы келудің орташа саны	1 күнде бір дәрігерге қайта келудің орташа саны	1 күнде бір дәрігердің пациенттерді қабылдаудың орташа жалпы саны
Астана қаласы	4	329	384	785	8,2	9,6	17,8
Алматы қаласы	4	433	469	902	10,8	11,7	22,6
Ақтөбе қаласы	4	523	213	736	13,1	5,3	18,4
Семей қаласы	4	460	385	845	11,5	9,6	21,1
Шымкент қаласы	4	499	361	860	12,5	9,0	21,5
Қарағанды қаласы	8	939	858	1797	11,7	10,7	22,4
Барлығы:	28	3183	2670	5925	11,3	9,3	20,6

Біздің зерттеудің нәтижесін 12 кесте бойынша Алматы, Қарағанды қалалық емханаларында пациенттерді екінші рет қабылдау, алғашқы қабылдауға қарағанда жоғары болды, ал Астана және Алматы қаласында қайта қабылдау көрсеткіштері алғашқы қабылдаудан 1,2-1,1 есе жоғары. ЖПД мамандары амбулаторлық-емханалық қабылдау күнінде орта есеппен 21 адамға қызмет көрсетеді.

Ақтөбе, Семей және Шымкент емханаларында, керісінше, пациенттерді алғашқы қабылдау «қайта» қабылдаудан жоғары. Сонымен қатар, Ақтөбе қаласында алғашқы қабылдауға келген науқастардың саны екінші қабылдауға келген пациенттер санынан 1,4 пен 2,5 есе көп.

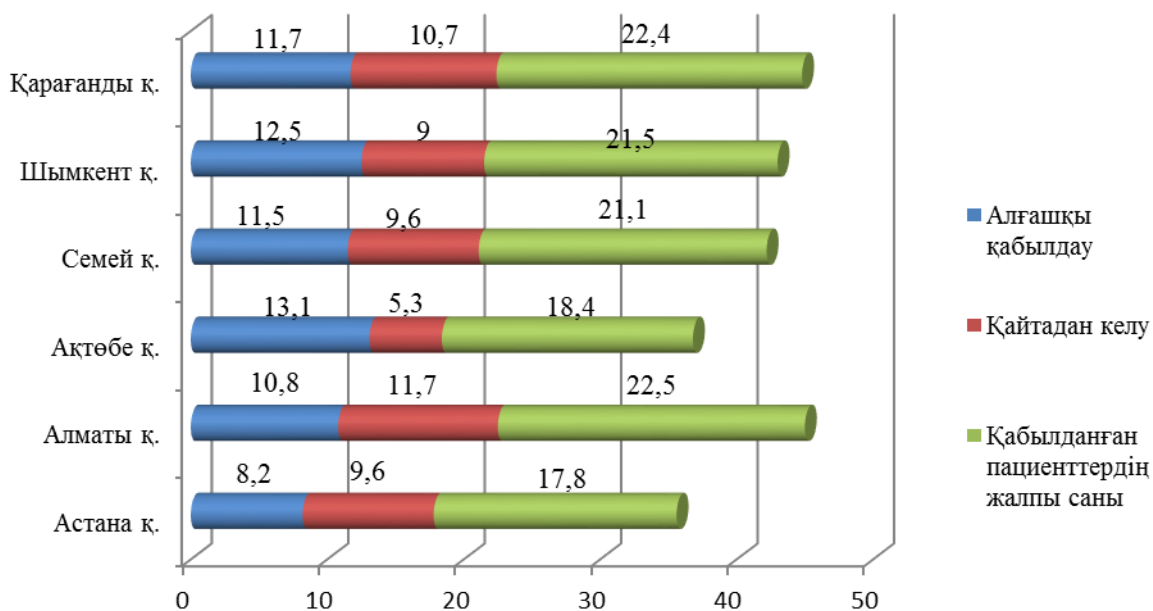
10 жұмыс күні ішінде емделушілердің ең көп санын 200-ден астам адамды Алматы, Семей, Шымкент, Қарағанды емханаларында бір дәрігерде байқалған. Ең азы – Ақтөбе және Астана емханаларында байқалады (сурет 20).





Сурет 20 – Бір жалпы практика дәрігердің 10 жұмыс күнінде қабылдаған пациенттердің жалпы саны

Хронометраждық бақылау деректерін ескере отырып, бір күнде бір дәрігерге пациенттердің алғашқы және қайтадан қабылдаудың орташа көрсеткіштері алынды (сурет 21).



Сурет 21 – Бір күнде 1 дәрігерге пациенттердің келуінің жалпы орташа көрсеткіштері

Бір пациентті қабылдаудың орташа уақыты 15 минутты құрайтынын ескере отырып (Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2010

жылғы 7 сәуірдегі №238 бұйрығына сәйкес) [154], сонымен қатар бір дәрігердің күніне бір пациентті қабылдаған орташа санын біле отырып, қабылдауға қажетті уақыты есептелген (кесте 13).

Кесте 13 – 1 пациентке кететін 15 минуттық уақыт шығындарымен барлық пациенттерді қабылдауға қажетті уақыттын есептеу

Уақыт шығындары	Астана	Алматы	Ақтөбе	Семей	Шымкент	Қарағанды
Алғашқы қабылдау шығындары (сағат)	8,2*15/60 = 2,1	10,8*15/60 = 2,7	13,1*15/60 = 3,3	11,5*15/60 = 2,9	12,5*15/60 = 3,1	11,7*15/60 = 2,9
Қайтадан келу шығындары (сағат)	9,6*15/60 = 2,4	11,7*15/60 = 2,9	5,3*15/60 = 1,3	9,6*15/60 = 2,4	9,0*15/60 = 2,3	10,7*15/60 = 2,7
Дәрігердің қабылдауына қажетті жалпы уақыт (сағат)	4,5	5,7	4,6	5,3	5,4	5,6
1 пациенті қабылдаудың орташа уақыты (мин)	15,2	15,2	15	15,1	15,1	15

Алынған мәліметтер барлық ЖПД 4-сағаттық қабылдау кезінде, әр пациентке 15 минут уақыт жұмсалса, барлық науқастарды қабылдауға кететін уақыт 4,5-4,6-дан (Астана, Ақтөбе) 5,3-5,7-ден дейін сағат (Семей, Қарағанды, Алматы) құрайды.

Сондықтан, барлық пилоттық ұйымдарда 1 пациентті қабылдаудың орташа уақыты 15-15,2 минутты құрады.

Пациенттерді алғашқы қабылдау және екінші рет қабылдау уақыты, олардың ішінде анықтама алуға, рецептке, кеңес алуға, диспанерлік бақылау, жүктілік, профилактика (медициналық бақылау) және тағы басқа әртүрі жағдайлармен келіп кететін адамдарды ескере отырып, алғашқы қабылдауға екі есе шығын кететіні байқалады, сондықтан біз пациенттерді алғашқы қабылдау 20 минут және қайта қабылдауға 7,5 минут уақытпен жалпы есептеу жасадық (кесте 14).

Кесте 14 – 1 пациентті алғашқы қабылдау 20 минуттық шығындар және қайта қабылдау 7,5 минут деп барлық пациенттердің қабылдау уақытын есептеу

Уақыт шығындары	Астана	Алматы	Ақтөбе	Семей	Шымкент	Қарағанды
1	2	3	4	5	6	7
20 мин. кезінде алғашқы қабылдау шығындары	8,2*20/60 = 2,7	10,8*20/60 0 = 3,6	13,1*20/60 0 = 4,4	11,5*20/60 = 3,8	12,5*20/60 0 = 4,2	11,7*20/60 0 = 3,9

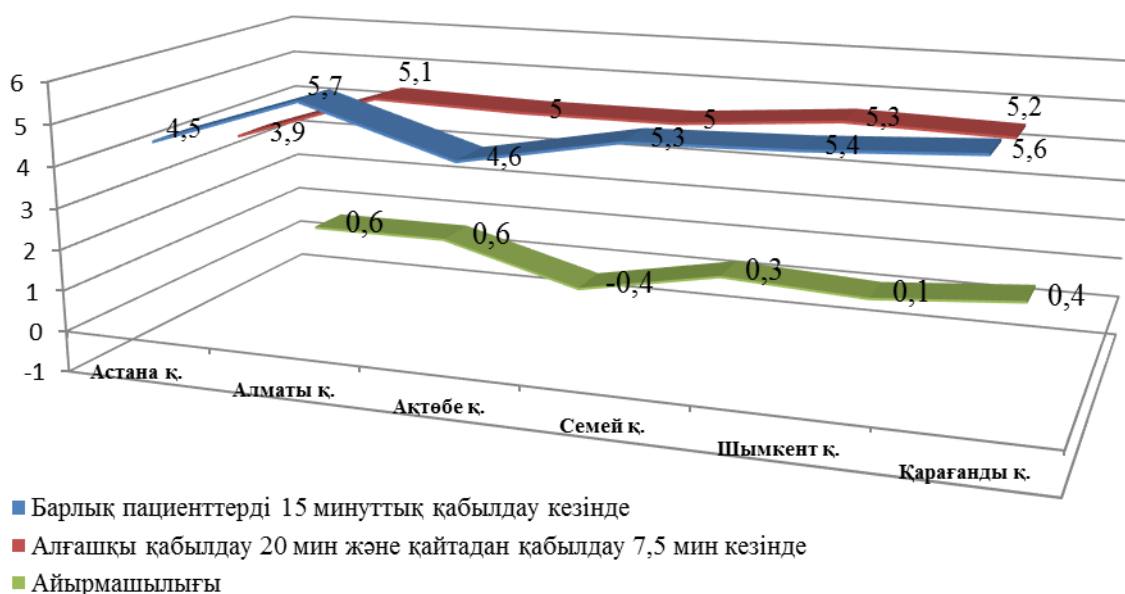
## Кестенің жалғасы 14

1	2	3	4	5	6	7
7,5 мин кезінде қайтадан қабылдау шығындары	$9,6 \cdot 7,5 / 60 = 1,2$	$11,7 \cdot 7,5 / 60 = 1,5$	$5,3 \cdot 7,5 / 60 = 0,7$	$9,6 \cdot 7,5 / 60 = 1,2$	$9,0 \cdot 7,5 / 60 = 1,1$	$10,7 \cdot 7,5 / 60 = 1,3$
Жалпы қабылдау уақыты	3,9	5,1	5,0	5,0	5,3	5,2

Жалпы салыстырмалы талдау бойынша, егер бірдей барлық пациенттерді қабылдау уақытын 15 минут деп алса да, және бір науқасты қабылдау кезінде әртүрлі уақыт шығындармен алғашқы қабылдау (20 минут), ал қайтадан қабылдау (7,5 минут) алса да, уақыт шығындарының аз өзгергенін көрсетеді. Ауытқу қателігі 0,1 ден 0,6 сағатқа дейін (кесте 15), (сурет 22).

Кесте 15 – Алғашқы емделушілерді қабылдау уақытын бөліп пациенттерді қабылдауға жұмсалатын уақыт және барлық емделушілерді екінші рет тағайындау және 15 минуттық бір реттік тағайындау

Уақыт шығындары	Астана	Алматы	Ақтөбе	Семей	Шымкент	Қарағанды
Барлық пациенттерді 15 минуттық қабылдау кезінде	4,5	5,7	4,6	5,3	5,4	5,6
Алғашқы қабылдау 20 минут және қайтадан қабылдау 7,5 минут кезінде	3,9	5,1	5	5	5,3	5,2
Айырмашылық	0,6	0,6	-0,4	0,3	0,1	0,4



Сурет 22 – Барлық пациенттерді бірдей 15 минутпен және басқа уақыттар көрсеткіштерімен қабылдау кезіндегі уақыт айырмашылықтары

Тек Алматы, Астана қаласы бойынша, әр пациенттің дәрігерге алғаш рет немесе қайтадан келу уақытына қарамастан бірдей 15 минутпен қабылдау уақыттың айырмашылығы 0,6 сағатқа ұлғайды.

Кесте 16 – Қарағанды қаласының пилоттық емханалары бойынша бір күнде 1 жалпы практика дәрігеріне келетін пациенттердің жалпы орташа көрсеткіштері

Емханалар	Дәрігердің жұмыс өтілі	Алғашқы қабылдау	Қайтадан қабылдау	Орташа саналған мәні
№1	1 дәрігер (20 жыл)	12,1	14,2	26,3
	2 дәрігер (0,8 ай)	9,2	10,2	19,4
№3	1 дәрігер (0,2 ай)	11,5	10,5	22
	2 дәрігер (1 жыл)	12,8	9,5	22,3
№4	1 дәрігер (27 жыл)	10,2	9,8	20
	2 дәрігер (28 жыл)	13	11,1	24,1
№5	1 дәрігер (20 жыл)	12,5	10,8	23,3
	2 дәрігер (17 жыл)	12,6	9,7	21,4
Барлығы:		11,7	10,7	21,4

Хронометраждық зерттеу барысында Қарағанды қаласының №1,3,4 және 5 қалалық емханаларында да жүргізілген (кесте 16) дәрігерлердің жұмыс өтілі бойынша пациентті алғашқы, қайта қабылдауына кеткен уақыт шығыны мен орташа уақыт шығындары есептелінді. Зерттеу нәтижесі көрсеткендей дәрігерлердің жұмыс өтілі 0,8 ай мен 28 жыл аралығын құрады. Пациентті алғашқы қабылдау кезінде ең жоғарғы уақыт шығыны №1 емхананың дәрігерлеріне тиеселі болды. Осындай шығынға ие болу себебінің бірі дәрігердің жұмыс өтілінің ұзақтығы өз әсерін тигізуі мүмкін. Науқасты қайта қабылдауда да осы көрсеткіштер аталған емханаларда байқалды 14,2 мин (№1 емхана) және 9,5 мин (№3 емхана). Орташа көрсеткіште аталған емханаларда, яғни №1-де жоғарғы көрсеткіш болса (26,3 мин), №4-де (24,1 мин) көрсетті.

Денсаулық сақтау министрлігінің 2010 жылғы 7 сәуірдегі №238 бұйрықта бір пациентті қабылдау уақыт 15 минут деп көрсетілсе, Қарағанды қаласының пилоттық емханаларына жүргізген хронометраждық зерттеу мәліметтері бойынша ЖПД бір пациентті қабылдаудың орташа уақыты 15 минутты құрағанын көрсетті.

Кесте 17 – Жалпы практика дәрігерге келген пациенттердің жасына қарай бір реттік қабылдаудың орташа саны

Пилоттық аймақтар	0 ден 15 жасқа дейінгі адамдар саны	16 жастан 59 жасқа дейінгі адамдар саны	60 жастан асқан адамдар саны
Астана қаласы	10,1	10,7	2,7
Алматы қаласы	10,3	10,8	5,6
Ақтөбе қаласы	10,9	10,2	3,0
Семей қаласы	7,2	14,2	1,6
Шымкент қаласы	10,7	11,5	3,5
Қарағанды қаласы	8,6	10,7	5,9
Барлығы:	9,6	11,3	3,7

17-ші кестеде көріп отырғанымыздай, пилоттық аймақтар бойынша ЖПД-дің пациенттің жасына қарай кеткен уақытын зерттеу кезіндегі жасы бойынша былай бөлінген: 0-15, 16-59 және 60 жас және одан жоғары (кесте 18). Зерттеп отырған өңірлердің тек екі қаласында 0-15 жастағы пациенттердің келуі көп болды, ол Ақтөбе - 10,9 адам және Шымкент қалалары 10,7 адамды көрсетті. Ал әр жас категорияларына жеке тоқталсақ: 16-59 жастағы пациентті қабылдауда ең көп келуі болып Семей қаласы (14,2) болды. 60 жастан асқан пациенттерді қабылдаудағы жоғарғы көрсеткішке Қарағанды (5,9) және Алматы қаласы (5,6) ие болса, елімізде төмен көрсеткішті Семей қаласында байқадық (кесте 18).

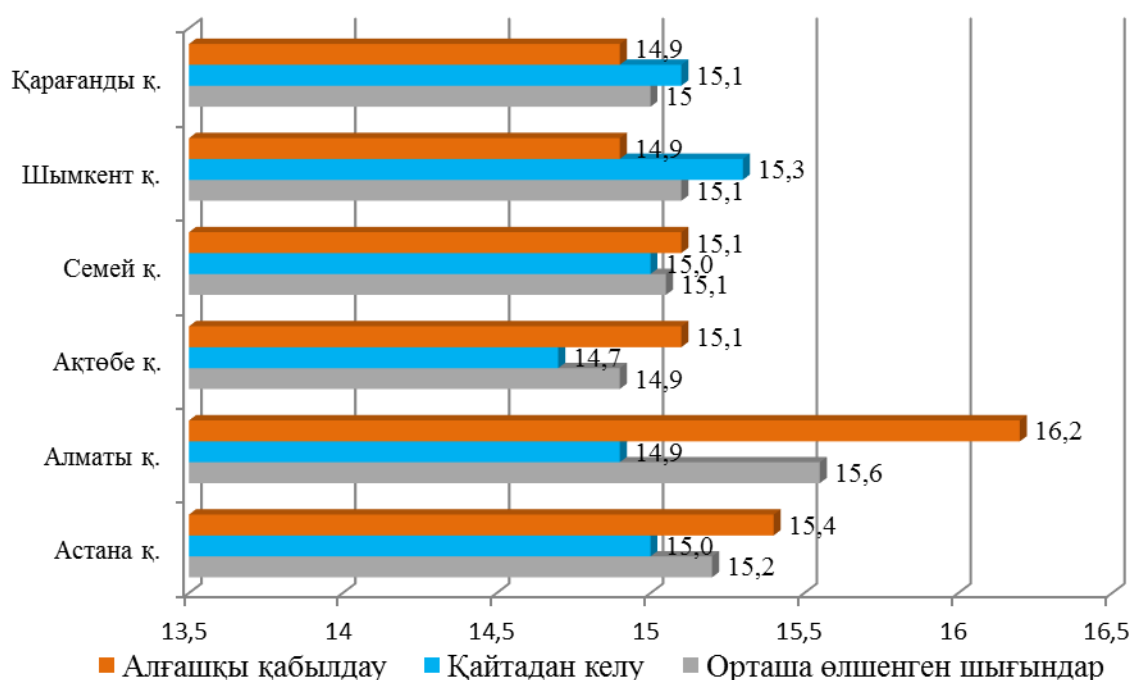
Кесте 18 – Қарағанды қаласы бойынша жалпы практика дәрігеріне келген пациенттердің жасына қарай бір реттік қабылдаудың орташа саны

Емханалар	Дәрігердің жұмыс өтілі	0 ден 15 жасқа дейінгі адамдар саны	16 жастан 59 жасқа дейінгі адамдар саны	60 жастан асқан адамдар саны
№1	А дәрігер (3 жыл)	9,6	14,4	5,3
	Б дәрігер (0,8 ай)	6,1	10,9	3,5
№3	А дәрігер (0,2 ай)	15,1	8,2	2,8
	Б дәрігер (1 жыл)	7,3	10,6	5,9
№4	А дәрігер (27жыл)	7,3	7,3	11,5
	Б дәрігер (28 жыл)	10,5	10,1	5,8
№5	А дәрігер (20 жыл)	5,8	9,2	5,9
	Б дәрігер (17 жыл)	6,8	15,1	6,5
Барлығы:		8,6	10,7	5,9

Егер Қарағанды қаласын жеке сипаттайтын болсақ, жоғарыда аталған (№1,3,4,5) емханаларда пациенттердің жасына қарай топқа бөліп оларға кеткен ең жоғарғы және ең төмен көрсеткіштерін анықтау кезінде мынандай нәтижелерге ие болдық: 0-15 жастағы пациенттер арасында ең көп келу (15,1 адам) №3 емханда тіркеліп отырса, керісінше төмен нәтижеге осы қаланың №5 емханасына тиеселі (5,8 адам) болды. Келесі жас тобы ол 16-59 жастағы пациенттер аралығы. Аталған пациенттер тобында жоғарғы өзгерісті 15,1 пациент №5 емханда және төмен уақыт шығыны 7,3 №4 емханасында анықталды. Ал соңғы топта, яғни 60 және одан жоғары жастағы пациенттер арасында жоғарғы сан №4 емханада (11,5 адам) тіркелсе, ал аз уақыт шығынын көрсеткен №3 емханада (2,8 адам) тіркелді.

Зерттеуіміздің келесі 23-суретінде көрініп отырғандай, бір дәрігердің алғашқы қабылдауы кезінде жалпы практика дәрігерінің/отбасылық дәрігерлердің жұмыс уақыты 14,9 минутты құрайды (Қарағанды және Шымкент қалалары) 16,2 минутқа дейін (Алматы), орта есеппен, басқа пилоттық территориялардың мәліметтерін ескере отырып –  $15,3 \pm 0,5$  минут. Бір пациенттің қайтадан келуі кезінде жалпы практика дәрігерінің жұмыс уақытының шығындары 14,7 минут аралығында болды. (Ақтөбе қаласы)  $15,3$  минутқа дейін (Шымкент), басқа аумақтарды ескере отырып, орташа -  $15,0 \pm 0,2$  минут. Жалпы практика дәрігерінің /отбасылық дәрігерге пациенттерді

алғашқы қабылдау мен және қайтадан қабылдауын ескере отырып, дәрігерлердің жұмыс уақытының орташа өлшенген шығындары есептелді, ол 14,9 (Ақтөбе) аралығында болса, ал 15,6 минутқа дейін (Алматы).



Сурет 23 – Пилоттық аймақтардағы бір пациентті қабылдау кездегі жалпы практика дәрігерлерінің жұмыс уақытының шығыны (мин.)

Төмендегі 19 кестеде жалпы практика дәрігерінің /отбасылық дәрігер бір пациентті қабылдау кезіндегі жұмыс уақытының шығындары (мин) ұсынылып отыр.

Кесте 19 – Жалпы практика дәрігері /отбасылық дәрігерінің бір пациентті қабылдау кезіне кеткен уақыт шығыны (мин)

Медициналық ұйымдарға бір науқасты қарау кезіндегі жұмыс уақытының шығындары (мин)		
алғашқы қаралуы	қайта келіп қаралуы	орташа уақыт
15,3±0,5	15,0±0,2	15,1±0,2

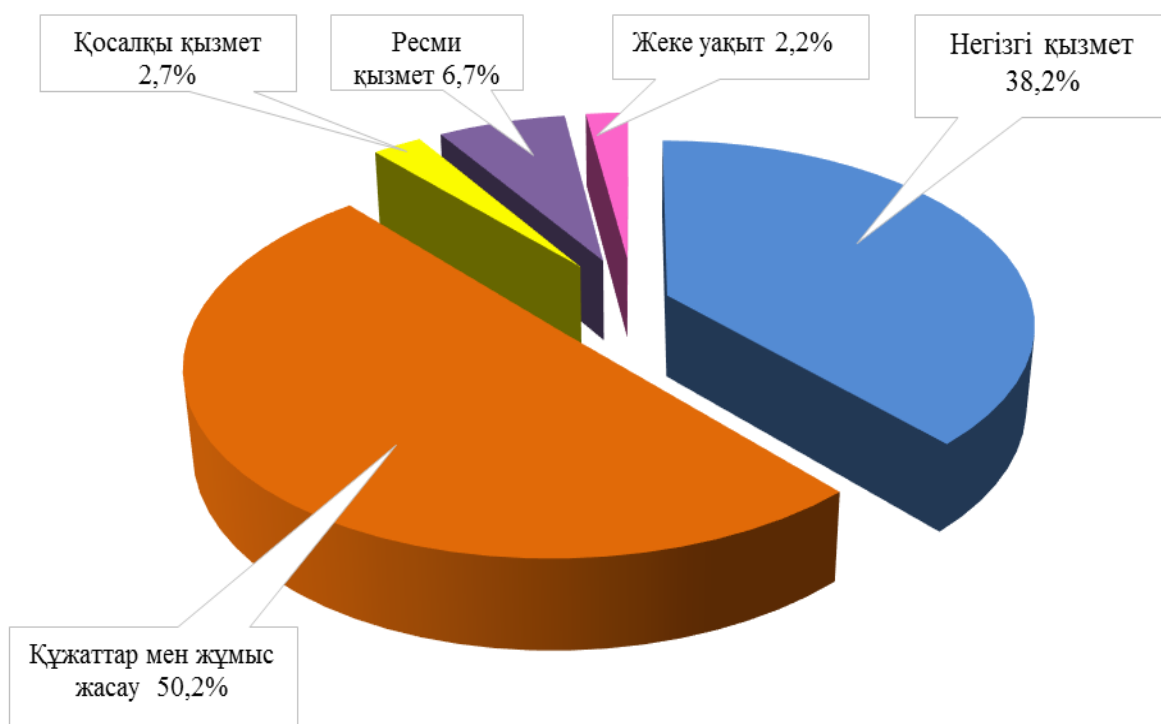
Ұсынылған 19-кесте бойынша республиканың 6 аймағында жүргізілген хронометраждық зерттеу мәліметтеріне сәйкес, медициналық емханалық ұйымдардағы ЖПД/ОД бір пациентті қабылдаған кездегі жұмыс уақытының орташа шығыны - 15,1±0,2 минутты құрады. Сондықтан 28 ЖПД-дің жұмыс барысын уақытты бақылау нәтижелері мынаны көрсетті: бекітілген жүктемеге нормаларына сәйкес ЖПД дәрігерінің бір науқасты қабылдау уақыты 15,1 минутты құрады. Әр түрлі категориядағы науқастарды қабылдау ұзақтығында айтарлықтай айырмашылықтар болған жоқ.

Сонымен қатар, пациенттер арасында «бір минутқа» деп қайтадан келетіндер, оның ішінде дәрігердің қабылдауына алдын-ала жазылмағандар

және дәрігердің уақытын негізсіз алатындар өте жиі кездеседі. Мұндай пациенттерге жалпы практика мейіргерінің кеңесі немесе назары жеткілікті.

Алғашқы қабылдауға келген пациенттер арасында жай жағдаймен немесе созылмалы аурулары бар науқастар, кезектегі профилактикалық қаралатындар, дәрілік рецептер алатындар, диспансерлік бақылау және т.б. жиі кездеседі. Осындай жағдайларда кеңейтілген практикалық мейіргерлерге қызметті бөлу қажет. Науқастарды қабылдау кезінде, дәрігер медициналық құжаттарды толтыруға көп уақыт жұмсайды, сондықтан мейіргерге (кеңейтілген практикалық мейіргер) осы қызмет өкілеттілігін беру керек.

Ал ұсынылып отырған 24-суретте амбулаториялық-емханадағы ЖПД/ОД қызмет түрі бойынша бір пациентті қабылдау кезіндегі жұмыс уақытының шығындар құрылымы көрсетілген. Аймақтардағы уақыт шығындары бөлігінде зерттеулердің мәліметтері бойынша қызметтің қандай да бір түрлерінде ЖПД арасындағы нәтиже мынадай болып шықты: 1 күн ішінде қабылдау уақытының жартысы құжаттармен жұмыс істеуге кетеді – 50,2%, ал негізгі қызметті – 38,2% жұмсайды. Ал қалған қызмет түрлерінің (қосалқы қызмет, ресми қызмет, жеке уақыт) жұмыс уақытына 11,6%-ы кетеді.



Сурет 24 – Жалпы практика дәрігері /отбасылық дәрігерінің қызмет түрлері бойынша бір пациентті қабылдау кезіндегі жұмыс уақытының шығындар құрылымы (%)

Ал төмендегі көрсетілген 20-шы кесте бойынша жалпы практика дәрігері /отбасылық дәрігерінің бір пациентті қабылдау кезінде жұмсалған еңбек процесінің элементтері есептеліп ұсынылып отыр. Еңбек процесінің элементтеріне - негізгі қызмет, құжаттармен жұмыс жасау, қосалқы қызмет, ресми қызмет және қажеті жеке уақыт кіреді.

Кесте 20 – Еңбек процесінің элементтері бойынша жалпы практика дәрігерінің бір пациентті қабылдау кезіндегі қызмет түрлеріне бөлу

Еңбек процесінің элементтері	сек.	%	%
Жұмыс уақыты	906	100,00	
<b>1. НЕГІЗГІ ҚЫЗМЕТ</b>	346	38,2	100,00
Пациентпен амандасу	9		2,6
Анамнез жинау / шағымдар	80		23,1
Кеңестер, ұсыныстар	62		17,9
Жалпы тексеру (тері қабаттарын қарау, тургор, ылғалдылық, щипка симптомы)	14		4,0
Тірек-қимыл жүйесін тексеру	10		2,9
Ауыз қуысын тексеру	9		2,6
Жыныс мүшелерін тексеру	12		3,5
Жүкті әйелді тексеру(сүт бездері, іш, ұрықтың жағдайы)	10		2,9
Кеуде перкуссиясы (жүрек, өкпе)	11		3,2
Іш қуысының перкуссиясы	18		5,2
Пальпациялау (лимфа түйіндер, қалқанша бездер)	12		3,5
Пальпациялау (жүрек, іш қуысы мүшелерін, сүт бездері)	18		5,2
Кеуде қуыс мүшелерінің аускультациясы(өкпе, жүрек)	33		9,5
Қан қысымын өлшеу, (АҚ, ЖЖД, ТЖС өлшеу)	30		8,7
Антропометрия (бойы, салмағы, бас шеңбері, кеуде қуысы, іш шеңбері)	18		5,2
<b>2. ҚҰЖАТТАРМЕН ЖҰМЫС ЖАСАУ</b>	455	50,2	100
Медициналық құжаттармен танысу /амбул.картаны қарау, зертханалық нәтижелерді қарау, аспаптық және т.б. зерттеулер, консультациялар	103		22,6
Медициналық құжаттарға жазу (амбул.картадан көшірмелер, анықтаманы дайындау, зерттеуге жолдама беру, енбекке жарамсыз парағынан көшірме, емдеуге жатқызу басқа кеңестерге жолдау, анықтаманы, рецепт ресімдеу, медициналық-әлеуметтік сараптама және т.б.)	150		33,0
Компьютерде жұмыс істеу	202		44,4
<b>3. ҚОСАЛҚЫ ҚЫЗМЕТ</b>	24	2,6	100
Халатты кию, киіну	6		25
Жұмыс үстелін дайындау	10		41,7
Қол жуу	8		33,3
Санитарлық тазартуға арналған техникалық үзіліс	0		0
<b>4. РЕСМИ ҚЫЗМЕТ</b>	61	6,7	100
Телефон арқылы медициналық қызметкерлермен сөйлесу	15		24,6
Медициналық қызметкерлермен сабақтар	10		16,4
Жұмыс кеңестеріне қатысу	13		21,3
Медициналық қызметкерлермен сөйлесу	23		37,7
<b>5. ЖЕКЕ ҚАЖЕТТІ УАҚЫТ</b>	20	2,2	100
Жеке уақыт (үзіліс және т.б.)	20		100



20-шы кестеде көріп отырғанымыздай, хронометраждық зерттеу кезінде еңбек процесінің элементтері бойынша жалпы практика дәрігерінің бір пациенті қабылдау кезінде 906 секунд жұмсайтынын, бұл дегеніміз 15,1 минутқа тең болып отыр.

Зерттеп отырған қалалық емханаларда дәрігердің негізгі қызметіне кететін жұмыс уақытының ең үлкен шығыны: науқаты сырқаттылық анамнезін жинауға шығындалады екен (23,1%), келесі негізгі қызметтің көп уақыт алатын процесі ол науқасқа кеңестер, ұсыныстар және кеуде қуыс мүшелерінің аускультациясы (өкпе, жүрек) кезінде жалпы практика дәрігерінің 17,9% және 9,5% уақыты жұмсалады. Пациенті жалпы байқауды жүргізген кезде шығындалатын уақыттарды жеке талдайтын болсақ: пациентпен амандау және ауыз қуысын тексеруге (2,6%), жалпы тексеру (4,0%), тірек-қимылды тексеруге (2,9%), жыныс мүшелерін тексеруге (3,5%), жүкті әйелдерді тексеруге (2,9%), кеуде қуысы мен іш қуысының мүшелеріне перкуссия жасауға (3,2% және 5,2%), пальпациялау (5,2%), қан қысымын өлшеу (АҚ, ЖЖД, ТЖС өлшеу) (8,7%), антропометрия (5,2%) жұмсалады екен.

Жалпы практика дәрігерінің медициналық құжаттамамен жұмыс істегенде шығындалатын уақыттарды талдаған кезде, уақыт шығыны келесідей жұмсалды: компьютермен жұмыс істеу (44,4%), медициналық құжаттарды толтыруға (33,0%), медициналық құжаттармен танысу /амбулаториялық картаны қарау, зертханалық нәтижелерді қарау, аспаптық және т.б. зерттеулер, консультациялар (22,6%) толтыруға жұмсалады.

Жалпы практика дәрігерінің жұмысына хронометраждық талдау кезінде жоғарғы аталып кеткен еңбек түрлерінен басқа: қосалқы қызмет, ресми қызмет және жеке уақытын да талдадық. Зерттеу аясында аталған қызмет түрлеріне сәйкесінше жұмсалған жұмыс уақыттары былай болды: ресми қызмет бабымен байланысты сұхбаттасу жалпы жұмыс уақытының 6,7% құраса, қосалқы қызметтерге 2,7%, ал жеке уақыт 2,2% ғана жұмсалған.

#### *Хронометраждық зерттеудің негізгі нәтижелері*

Біз жүргізген кең ауқымды хронометраждық зерттеу көрсеткендей, бір пациентті амбулаториялық емханада жалпы практика дәрігерінің/отбасылық дәрігерінің қабылдау кездегі жұмыс уақытының орташа өлшенген шығыны  $15,1 \pm 0,2$  минутты құрады, бұл бір дәрігердің пациентті қабылдау уақытын (15 минут) өзгертудің қажетсіздігін көрсетеді. Алайда бір пациентті қабылдау уақыттың нормасын жоғарлататын болсақ та, бұл жағдайды түзетуге алмайды, өйткені денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жж. арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасының көрсеткіштеріне қол жеткізу үшін, 1 ЖПД жүктемесін 1500 адамға қажет екені көрсетеді.

Ал қолданыстағы нормативтік қабылдау бойынша жалпы практика дәрігерлері 4 сағаттық ауысыммен (15 мин) күніне орта есеппен 16 пациенті қабылдауы керек. Бірақ нақты көрсеткіш нормадан 1,3 есе жоғары. Мұндай жүктеме көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасына тікелей әсер етеді:

1. Амбулаториялық-емханадағы мамандарының жүктемесін зерттеу барысында алынған мәліметтерге сүйенсек, барлық Қазақстан Республикасында дәрігер жұмыс уақытының жартысын құжаттармен жұмыс жасау 50,2%

кұрайды, алайда жұмыс күнінің 38,2%-ы негізгі қызметке пациентті тікелей қабылдауға жұмсаса, ал қалған қызмет түрлеріне жұмыс уақытының 11,6%-ы кетеді.

2. 2017 жылы республика бойынша жалпы практика дәрігеріне тіркелген тұрғындар саны бұйрыққа сәйкес келетін (1 ЖПД-ге 2000 адам), бірақ осыған қарамастан, тұрғындар саны нормадан асатын участкелер болды (1 ЖПД-ге 2132-ден 2200 адамға дейін) – бұл көбінесе халықтың көші-қон саны, аймақтарда тығыз орналасқан «өсіп келе жатқан» елді мекендер. Емханаларға тіркелген тұрғындар саны жылдан жылға арта түсті. Осыған орай, мемлекеттік реформалар барысында 2019 жылдан бастап, емхана учаскелерін ықшамдандыру жүргіздіре бастағандықтан, бұл көрсеткішті бір ЖПД тіркелген тұрғындар саны 1700 адамға жеткізді.

ЖПД дәрігерлерінің жүктемесінде аймақтарда әлеуметтік-экономикалық және демографиялық ерекшеліктеріне байланысты ерекшеліктері бар. Көбірек жүктемелер «өсіп келе жатқан» қалаларда, жас тұрғындардың үлесі 50%-дан жоғары, жалпы аяғы ауыр әйелдер мен балалар көп уақытты алады. Сондай-ақ, жүктеме көлемі халықтың тығыздығына, мамандандырылған медициналық көмек көрсететін медициналық ұйымдарға байланысты болады.

ЖПД-дің қабылдау уақытын және жүктемесін бөлу жалпы мекеменің жұмысты дұрыс ұйымдастыруға (менеджмент) тікелей байланысты болып отыр. АМУ енгізілген жеке электронды базада (Кешенді медициналық ақпараттық жүйе арқылы науқас туралы барлық ақпараттарды бір жерден және бөлімдерден тез табу мүмкіндігі) құжаттардың дайын электронды формада болуы, науқастардың алдын ала дәрігерге электронды порталда жазылуы, қолданыста дайын клиникалық хаттамалардың болуы және бірнеше мейіргерлердің қызмет атқару барысында, яғни жалпы практика дәрігерлерінің жұмысын жақсартуға және медициналық құжаттарды толтыруға кететін уақытын айтарлықтай қысқартып үнемдеуге көмектеседі.

## **5 ЖАЛПЫ ПРАКТИКА ДӘРІГЕРЛЕРІНІҢ ФУНКЦИОНАЛДЫҚ МІНДЕТТЕРІНІҢ ӨЗГЕРУІНЕ ҚАТЫСТЫ ПІКІРЛЕРДІ ЗЕРТТЕУ**

### **5.1 Жалпы практика дәрігерлері арасында сауалнама жүргізу**

МСАК барлық реформаларының негізгі орындаушылары жалпы практика дәрігерлері болып отыр. Осыған орай реформалардың тиімділігін бағалау және нақты өмірдегі мәселелерді анықтау үшін ЖПД пікірлерін зерттеу өзекті болды.

Жалпы практика дәрігерлеріне арналған сауалнама әзірленіп, ҚР ДСМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» Білім және ғылымды дамыту орталығының 2018 жылғы 12 қыркүйектегі отырысында №5 хаттамада бекітілді (Қосымша Е). Сауалнама бойынша авторлық құқық куәлік 2019 жылғы 13 қараша №6402 алынды (Қосымша Ә).

Әзірленген сауалнама мемлекеттік және орыс тілдерінде on-line *SurveyMonkey* платформасына салынды (сілтеме <https://ru.surveymonkey.com/r/TQG7FQB>). Жабық түрдегі сауалнамаға Қазақстан Республикасының МСАК емхана ұйымдарының 648 жалпы практика дәрігерлері қатысты.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының жас ерекшеліктер жіктелуіне сәйкес респонденттердің жас санаттары 18-ден 44 жас аралығындағы жастық топтар 79,26% құрады. Қалған респонденттер 17,18%, яғни 44 пен 59 орта жас аралығындағы адамдар.

Респонденттердің жартысына жуығы (299 адам – 46,43%) жалпы практика дәрігері ретінде 1-5 жыл жұмыс өтіліне ие болса, 1 жылдан аз жұмыс өтілі бар дәрігерлер – 120 (18,63%), ал 116 (18,01%) респонденттердің жұмыс өтілі 5-10 жылды құрады, және 109 (16,93%) дәрігердің жұмыс өтілі – 10 жылдан астам болды.

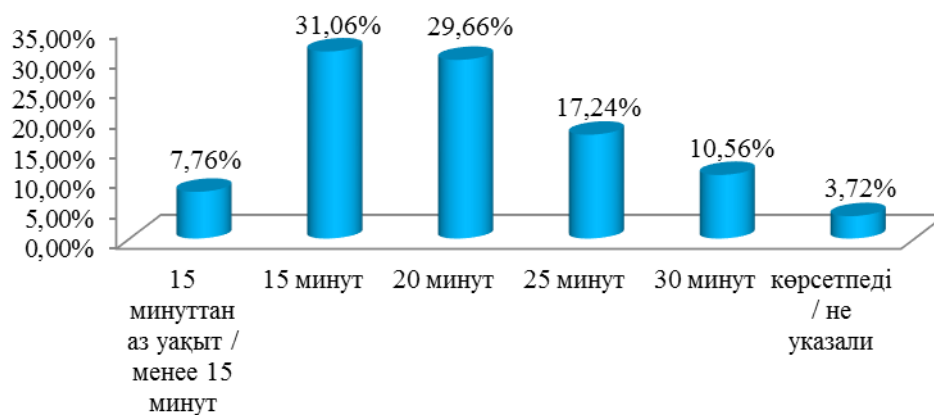
Сауалнамаға қатысқан ЖПД санаттылығы 36,65% (234 адам) құрады, олардың ішінде 108 (16,77%) респонденттер жоғары біліктілік санатағы дәрігерлер, бірінші санатта – 75(11,66%) респонденттер және екінші санатта 51 (7,92%) дәрігерлер, ал 410 (66,66%) респонденттерде біліктілік санаттары болмаған.

362 дәрігерде (56,21%) учаскеге тіркелген тұрғындар саны шамамен 1500-1700 адамды құрады, ал 37 дәрігерде (5,75%) 1500-ден аз адамнан, ал 245 дәрігерде (38,04%) 1700 жоғары тұрғындар тіркелген.

Сондай-ақ 381 дәрігерлер (56,16%) соңғы 3 жыл ішінде олардың учаскелерінде ықшамдау жүргізілді деп көрсетсе, 108 дәрігер (16,77%) ықшамдалу болмады деп көрсеткен, соның ішінде 151 дәрігер (23,45%) тіркелген халық санының өзгерісін байқамаған.

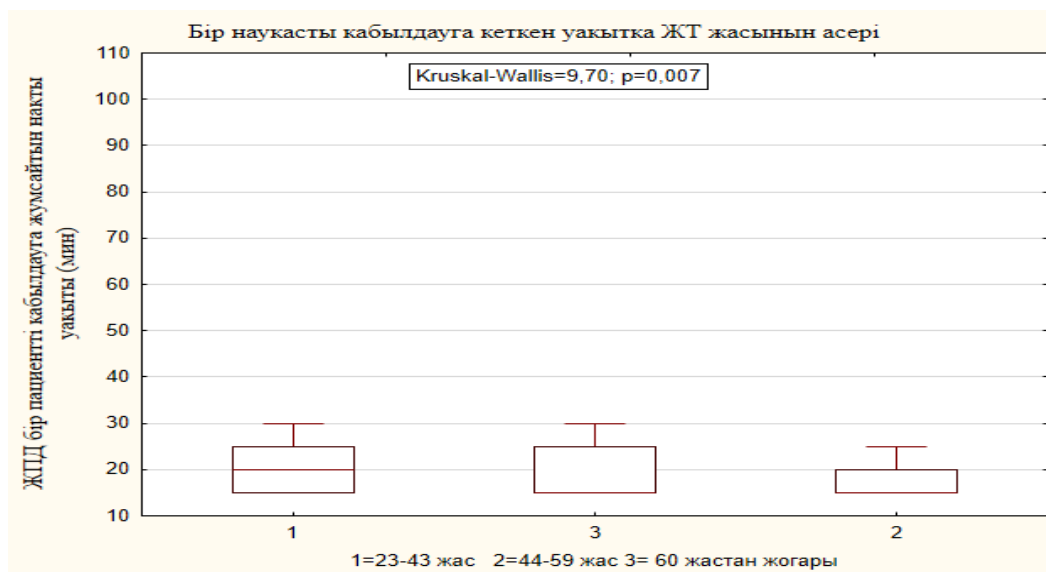
Сауалнамаға қатысқан дәрігерлердің жартысынан көбі (359 дәрігер – 55,66%) қаралуға келетін пациенттер санының өскенін айтса, 202 (31,32%) респондент бұл саны өзгермеді деп санайды, тек 50 (7,75%) респонденттер қабылдайтын пациенттер санының төмендегенін атап өтті. Ал қалған 34 (5,27%) ЖПД бұл сұраққа жауап беруге қиналған.

Респонденттердің бір науқасты қабылдауға кететін уақыты әртүрлі: 15-тен 20 минутқа дейін (сурет 25).



Сурет 25 – Жалпы практика дәрігерінің бір науқасты қабылдауға жұмсайтын нақты уақыты (алғашқы келу кезінде)

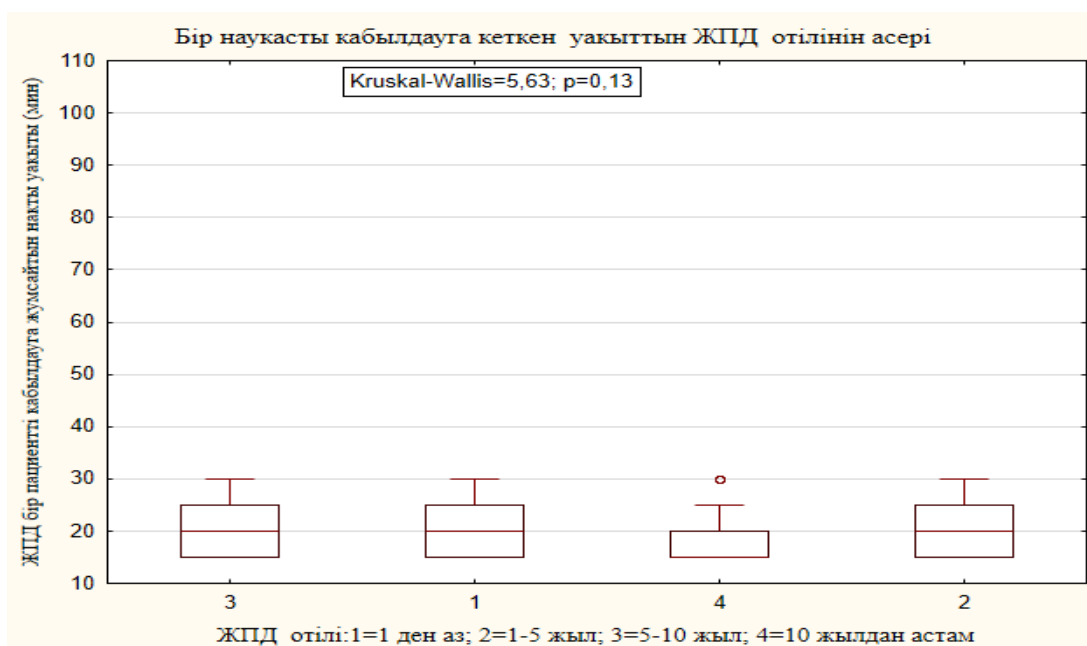
Ұсынылып отырған 25-сурет бойынша сауалнамаға қатысқан дәрігерлердің көпшілігі алғашқы рет науқасты қабылдауға 15 минуттан 200 дәрігер (31,06%), ал 20 минутқа дейін 191 дәрігер (29,66%) деп көрсетсе, кейбір дәрігерлер 25 минутқа (17,24%) дейін уақыт жұмсайтынын білдірді. 50 респонденттер (7,76%) алғашқы қабылдауға 15 минуттан аз уақыт жұмсайды. Тек 68 (10,56%) дәрігерлер алғашқы қабылдау кезінде бір науқасты қабылдауға 30 минут уақыт кететінін айтты.



Сурет 26 – Жалпы практика дәрігерлерінің жас ерекшеліктеріне байланысты пациентті алғаш рет қабылдауға кететін уақыт ұзақтығына салыстырмалы талдау

Зерттеу барысында 26-шы суретте көрсетілгендей, ЖПД-дің жас ерекшеліктерін талдау кезінде бір пациентті қабылдауға жұмсалған нақты уақыт шығындарының нәтижелер алынды: 23-43 жас аралығында бір науқасты қабылдауға жұмсалған медианалық уақыт 20 минутты құраса, 44 пен 59 жас

аралығындағы және 60 жастан асқан медиананың ұзақтығы 15 минутты құрады. Kruskal-Wallis=9,70 (Краскел Уоллис) бірнеше тәуелсіз айнымалы мәндерін  $p=0,007$ -ге салыстырғанда параметрлік емес критериялармен тексергенде алынған нәтижелер статистикалық маңызды болып шықты.



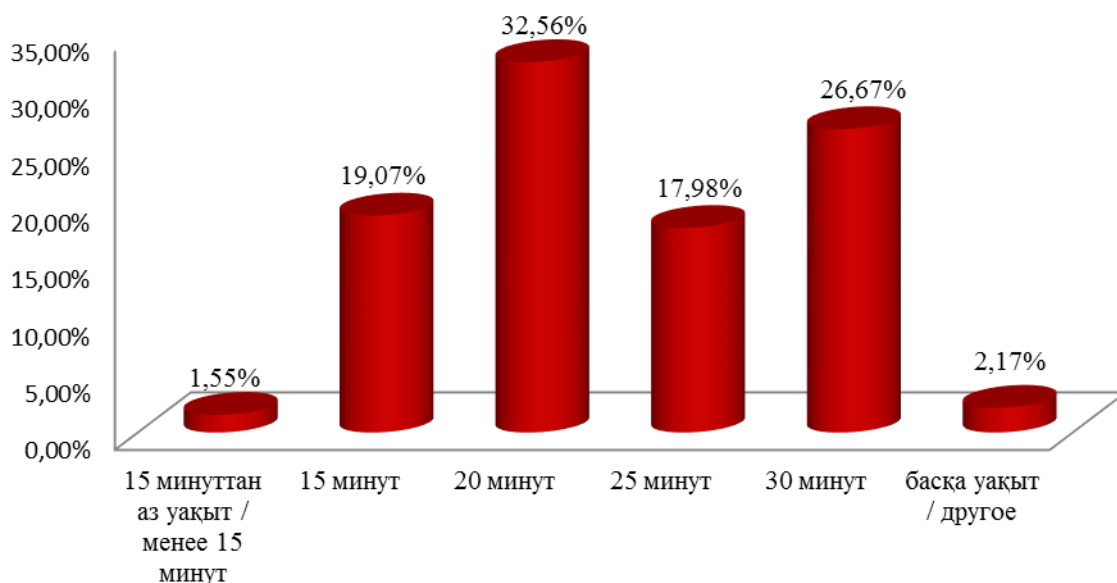
Сурет 27– Жалпы практика дәрігерлерінің жұмыс өтілі бойынша бір пациентті қабылдау кезіндегі уақыт ұзақтығына салыстырмалы талдау

Зерттеудің келесі кезеңінде ЖПД бір пациентті қабылдауға жұмсалған нақты уақыттың өтілге әсеріне талдау жүргізілді (сурет 27). Салыстырмалы талдау нәтижелері бойынша Kruskal-Wallis=5,63 (Краскел Уоллис)  $p=0,13$  болғанда әртүрлі санаттағы жалпы практика дәрігерлер арасында статистикалық маңызды айырмашылық табылған жоқ. Бір пациентті қабылдауға кететін орташа уақыт өтілі бір жылдан аз және бір жылдан бес жылға дейін, сондай-ақ бес жылдан он жылға дейінгі жас мамандар үшін 20 минутты құрады. Ал жұмыс өтілі 10 жылдан асқан мамандарда бір пациентті қабылдаудың орташа уақыт шығыны 15 минутты құрады.

Сондай-ақ, респонденттердің берген түсініктемелері бойынша қабылдау ұзақтығы көбінесе техникалық себептерге (компьютердің жұмысындағы ақауларға, интернет желісінің жылдамдығы мен әлсіздігіне байланысты), кешенді медициналық ақпараттық жүйесі арқылы құжаттарды толтыру, жолдаманы ақпараттық жүйеден алып шығу мен оны толтыруға, барлығы электрондырылған болғандықтан, пациентті қарау уақыттың аздығы мен тығыз, пациенттердің жасына - егде жастағы пациенттер мен жас балалар көп уақытты талап ететіні, сонымен бірге науқастың ауыр жағдайы және диагнозына байланысты екенін атап өтті.

«Алғаш рет бір науқасты қабылдауға қанша уақытты алады» деген сұраққа, респонденттердің көпшілігі – 210 адам – 32,56%, 20 минут қажет деп санайды, 116 адам (17,98%) бір пациентті қабылдауға 25 минуттай қажет деп

санаса, ал 172 адам (26,67%) 30 минуттай қажет десе, тек 123 дәрігерлер (19,07%) – 15 минут жеткілікті екенін көрсетеді (сурет 28).



Сурет 28 – Науқасты алғаш рет қабылдауға кететін уақыт ұзақтығы туралы жалпы практика дәрігерлерінің пікірі (%)

Дәрігерлерден берілген функционалдық міндеттерді мейіргерлердің орындауы туралы дәрігерлердің пікірімен бөліскен кезде респонденттердің 199 (30,95%) «жөк» деп көрсетсе, 175 (27,22%) – «иә» және 267 (41,52%) – мейіргерлер жаңа функцияларды орындауы туралы сұраққа «жартылай иә» деп жауап берді.

Дәрігерлердің көпшілігінің пікірі бойынша алғаш рет қабылдауға келген науқастың әртүрлі жағдайына байланысты, мейіргерлердің көпшілігінің құзыретіне күмәнданады. Дегенмен де мейіргерлерге көбірек дербестікті беру қажет деп санайды.

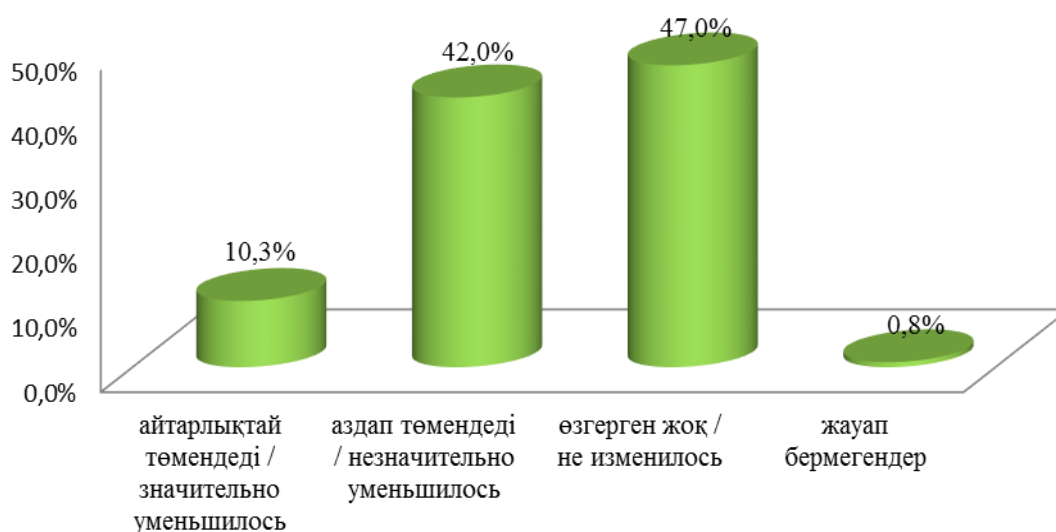
Соңғы жылдары дәрігер функционалының бір бөлігін мейіргерлерге беру бойынша жұмыстар жүргізіліп жатыр. Сіздің учаскеде дәрігердің кейбір функционалдық міндеттерін мейіргер орындай бастады ма және ЖПД азайдыма деген сұрақтарға келсек, жадпы практика дәрігер функционалының жартысын мейіргерлерге беру және ЖПД жұмыс жүктемесінің төмендеуі арқылы қарым-қатынастың беріктігін бағалау үшін V Крамердің (Cramer's V) критериясы қолданылды, ол  $\chi^2$  критерия негізінде қарым-қатынастың беріктігін өлшейді.

V Крамердің критериясы (Cramer's V) = 0,33 болғанда  $p=0,01$ , әлсіз статистикалық маңызды байланыс анықталды, Алынған мәліметтер ЖПД функционалының жарты бөлігін мейіргерлерге беру барысында жүктеменің төмендеуіне әсер етті (кесте 21).

Кесте 21 – Дәрігер функционалының жартысын мейіргерлерге беру және ЖПД жұмыс жүктемесінің төмендеуі арасындағы байланысты бағалау

ЖПД жүктемесінің төмендеуі	ЖПД функционалының жартысын мейіргерлерге беру		
	Пирсонның Хи квадраты, $\chi^2$	Краммердің корреляция коэффициенті (Cramer's V)	p
		143,41	0,33

Ал берілген пікірлерді ескере отырып, респонденттердің көпшілігі (301 адам – 47,0%) мейіргерге дәрігер функционал міндеттердің жарты бөлігі берілсе де, пациенттердің ЖПД қабылдауын күту уақыты өзгермегенін және тек 269 адам (42,0%) күту уақыты азайды деп санайды. Ал 66 дәрігер (10,3%) тіпті айтарлықтай төмендегенін айтты (сурет 29).



Сурет 29 – Мейіргерге дәрігер функционалының жарты бөлігі берілуіне байланысты пациенттердің күту уақытының өзгеруі туралы жалпы практика дәрігерлерінің пікірі

Зерттеуде 144 ЖПД (22,36%) жұмыс тәртібімен және функционалы толық қанағаттандыратынын, ал 257 (39,91%) жартылай қанағаттандыратынын көрсетті. Сауалнамаға қатысқан дәрігерлердің жартысынан жуығы жұмыс тәртібі мен функционалдық міндеттеріне қанағаттанбайтыны - 130 (20,19%), оның ішінде 66 (10,25%) жалпы практика дәрігеріне толығымен қанағаттанбайтынын көрсетсе, қалған 46 (7,14%) респондент бұл сұраққа жауап беруге қиыналған.

Дәрігерлердің берген пікірлерінде жұмысты қиындататын біраз мәселелер айтылды:

– дәрігерлердің жүктемесінің көптігі, дәрігерлердің жетіспеушілігінен 2 учаскені қатар жүргізу, үйге негізсіз шақыру жасау, көп пациенттер дәрігердің қабылдауына алдын-ала жазылмай келуі және де ересектер мен балаларды бірге қабылдау;

– мейіргерлердің жетіспеушілігі, көбінесе мейіргерлер өз қызметерін жете білмеуі;

– профилді (бейінді) мамандардың өте жетіспеушілігінен науқастар 2-3 айға дейін дәрігерге жазылу кезегін күтуі;

– ЖПД арқылы тар мамандарға жазу дәрігерлер ұнамайды, олардың пікірі бойынша Damumed арқылы профилді (бейінді) мамандарға және кейбір инструменталды зерттеулерге жазылуға болатынын;

– сонымен қатар дәрігерлердің уақытының көбін қағаз жұмысы алғандықтан пациенттерді қабылдау уақыты азаюын;

– компьютерлер және интернет желісімен жұмыс жасау мәселелері жиі болып тұратынын атап көретті.

Сауалнама нәтижесін қортындылай келе сауалнамаға қатысқан 648 респонденттердің ішінде 65,06% ЖПД ретіндегі жұмыс өтілі 5 жылдай екенін көрсетсе, оның ішінде бір жылдан кем жұмыс өтілімен 120 дәрігер (18,63%). 10 жылдан астам тәжірибесі бар жалпы практика дәрігерлері барлығы 109 адам (16,93%).

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2010 жылғы 7 сәуірдегі №238 бұйрығының, 2019 жылғы 6 мамырдағы өзгерістер мен толықтыруларына сәйкес, жалпы практика дәрігерлеріне тіркелген халық саны 1500 адамға қызмет көрсететінін, тек сауалнамаға қатысқан 37 дәрігер атап өтті, ол 5,75% құрады. Көптеген ЖПД (56,21%) 1500-ден 1700-ге дейін халыққа қызмет көрсетеді.

Сауалнама деректері көптеген жағдайда ЖПД қызмет көрсету аймағының бөлінбейтіндігін байқалды. Дәрігерлердің жартысынан көбі соңғы 3 жыл ішінде ЖПД жүктемесі арта түскенін айтады.

Зерттеу барысында 250 жалпы практика дәрігерлері (38,82%) алғашқы қабылдауға 15 минут немесе одан аз уақыт жұмсайды. Қалған респонденттердің мәліметтерінің нәтижелері бойынша: алғашқы қабылдау кезінде 20 минут (29,66%), 25-17,24%, 30-10,56% жұмсайды, бұл сауалнамаға қатысқан дәрігерлердің көпшілігінің жұмыс өтілі 5 жылдан кем болуына байланысты болуы мүмкін.

Ал жалпы практика дәрігерлерінің 30,44%-ы жұмыс тәртібінің және функционалы қанағаттандырмайды. Респонденттердің пікірі бойынша төмендегіні атап өтті:

– ЖПД жұмысын ұйымдастыруға өзгертулер енгізу – жалпы практика дәрігерінсіз профилді (бейінді) мамандарға, сондай-ақ кейбір аспаптық зерттеулерді «Damumed» арқылы жазылу, «біртұтас мультидисциплинарлық команда» енгізу, бұл профилді (бейінді) мамандардың кейбір мәселелерге жедел ден қоюға мүмкіндік беретін, және де қағаздық жұмыстарды азайту;

– мейіргерлерге көбірек дербестікті беру;

– жоғары білімді мейіргерлер үлесін арттыру.

## **5.2 Бөлім бойынша қорытынды**

Жалпы практика дәрігерлеріне жүргізілген сауалнама бойынша, жалпы практика дәрігерінің бір пациентті қабылдауға кететін уақыт шығыны



статистикалық тұрғыдан алғанда ЖПД-нің жасына (23-тен 43 жасқа дейін 20 минут және 44-тен 59 жас топтары 15 минут жұмсады) және оның жұмыс өтіліне (10 жылға дейінгі жұмыс өтілі бар ЖПД - 20 минут, 10 жылдан астам жұмыс өтілі жалпы практика дәрігерлер - 15 минут) байланысты екенін көрсетті.

Жалпы практика дәрігерлер функционалының жартысын мейіргерлерге беру барысында ЖПД жүктемесінің төмендеуінің статистикалық маңызды байланыс анықталды. Сонымен бірге, респонденттердің көпшілігі (46,96%) мейіргерлерге функционалдың жартысын берсе де ЖПД пациенттерді қабылдау уақыты өзгермеді деп санайды.

Сауалнама нәтижелері бойынша жалпы практика дәрігерлердің соңғы 3 жыл ішінде жұмыс жүктемесінің жоғарылауының негізгі себептері – бұл жалпы практика дәрігерінің қабылдайтын пациенттер санының өсуі, учаскелердің көбеюі және жалпы практика мейіргерлердің жетіспеушілігі, 1 ЖПД 3 жалпы практика мейіргері (отбасылық мейіргер) қатынасы (1:3) сақталмауы, мейіргер қызметкерлердің біліктілігінің төмендігі, сондай-ақ дәрігерлердің уақытының көбін қағаз жұмыстары алатындығы, ескірген компьютерлермен жұмыс жасау мәселелері мен медициналық ақпараттандырудың автоматтандырылған жүйе желісінің жиі кідіруінен, пациенттерді қабылдау уақытының азайуы.

Зерттеу жұмыстың нәтижелері бойынша ЖПД жүктемесін азайту үшін біз төмендегіні ұсынамыз:

Әрбір медициналық ұйымдардың басқаруын (менеджмент) жақсарту, атап айтқанда:

1. «Денсаулық сақтау ұйымдарының үлгілік штаттары мен штат нормативтерін бекіту туралы» ҚР ДСМ 2010 жылғы 7 сәуірдегі №238 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы 2019 жылғы 6 мамырдағы №ҚР ДСМ-65 бұйрығына сәйкес ЖПД тіркелген халық санын учаскелерге бөлу және сәйкестігін 1500 адамға жеткізу.

2. «Денсаулық сақтау ұйымдарының үлгілік штаттары мен штат нормативтерін бекіту туралы» ҚР ДСМ 2010 жылғы 7 сәуірдегі №238 бұйрығының өзгерістеріне сәйкес 1 ЖПД 3 жалпы практика мейіргері (отбасылық мейіргер) қатынасына (1:3) қол жеткізу, мейіргерлердің функционалдық міндеттерін нақты бөлу және оларға дәрігердің бірқатар өкілеттіктерін беру, жалпы практика мейіргер пациенттерді алғаш рет келгенде қабылдау (мейіргерлік қабылдау), пациенттер ағымын, оның ішінде дәрігердің қабылдауына алдын-ала жазылмағандарды реттеу. ЖПД бірге қабылдауда отырған мейіргер кейбір қайтадан қабылдауға келген пациенттерге кеңес беру және түсіндірме қызметтерін көрсету, дәрігерге бірқатар медициналық құжаттарды және төлқұжат деректерін толтыруға көмек көрсету.

3. Мейіргер бөлмелерді ұйымдастыру, онда рецепттер, пациенттердің өтініші бойынша зерттеулерге жолдамалар және т.б. жазылуы мүмкін. Медициналық ұйымдар деңгейінде жалпы практика мейіргерлерінің басымдылығы мен кәсіби білімділігін таңдай отырып, ЖПД учаскелерінің жұмысын ұйымдастыру қажет.

4. Емханаларға тіркеуші қызметінің функционалдық міндеттерін анықтап, қолданбалы немесе академиялық мейіргер ісінің бакалавры деңгейіндегі медициналық білімі бар тіркеуші – консультантқа алмастыру, оның ішінде ЖПД алдын-ала жазылмай бейінді мамандарға пациенттердің ағынын реттеу мүмкіндігін жасау.

5. Сонымен қатар, медициналық ұйымдардың басшыларына міндеттейтін шараларды 1:1(ЖПД: участке ) арақатынасын қамтамасыз ету.

6. Жалпы практика дәрігеріндегі 3 мейіргердің біреуін қолданбалы немесе академиялық бакалавриаттың 6-деңгейге сәйкес даярлау керек.

7. Жалпы практика дәрігерінсіз пациенттерге бейінді мамандарға бару бағытын анықтауға, сондай-ақ алдын ала жазылмай келген пациенттерге алғашқы дәрігерге дейінгі медициналық көмек көрсету және консультациялық қызмет көрсету үшін кеңейтілген мейіргер лауазымын жоғарлату.

## **6 ЖАЛПЫ ПРАКТИКА ДӘРІГЕРЛЕРІНІҢ НЕГІЗГІ ҚЫЗМЕТІН ҰЙЫМДАСТЫРУДЫ ЖЕТІЛДІРУ БОЙЫНША ҰСЫНЫСТАР**

### **6.1 МСАК ұйымдарында мультидисциплинарлық командасы**

XXI ғасырдағы МСАК басты мақсаты – денсаулық сақтаудың басқа секторларымен бірлесе отырып, алғашқы профилактикадан бастап емдеу тактикасын құруға дейінгі және ауыр созылмалы аурулары бар науқастарды қарау мәселелердің барлық спектрін басқару мүмкіндігіне ие болу. Осы міндетті орындау үшін Батыс Еуропада, Солтүстік Америкада және Австралияда пациенттерге көмек көрсету үшін көп бейінді (мультидисциплинарлы) командалар құрылды, олардың құрамына әртүрлі мамандар кірді.

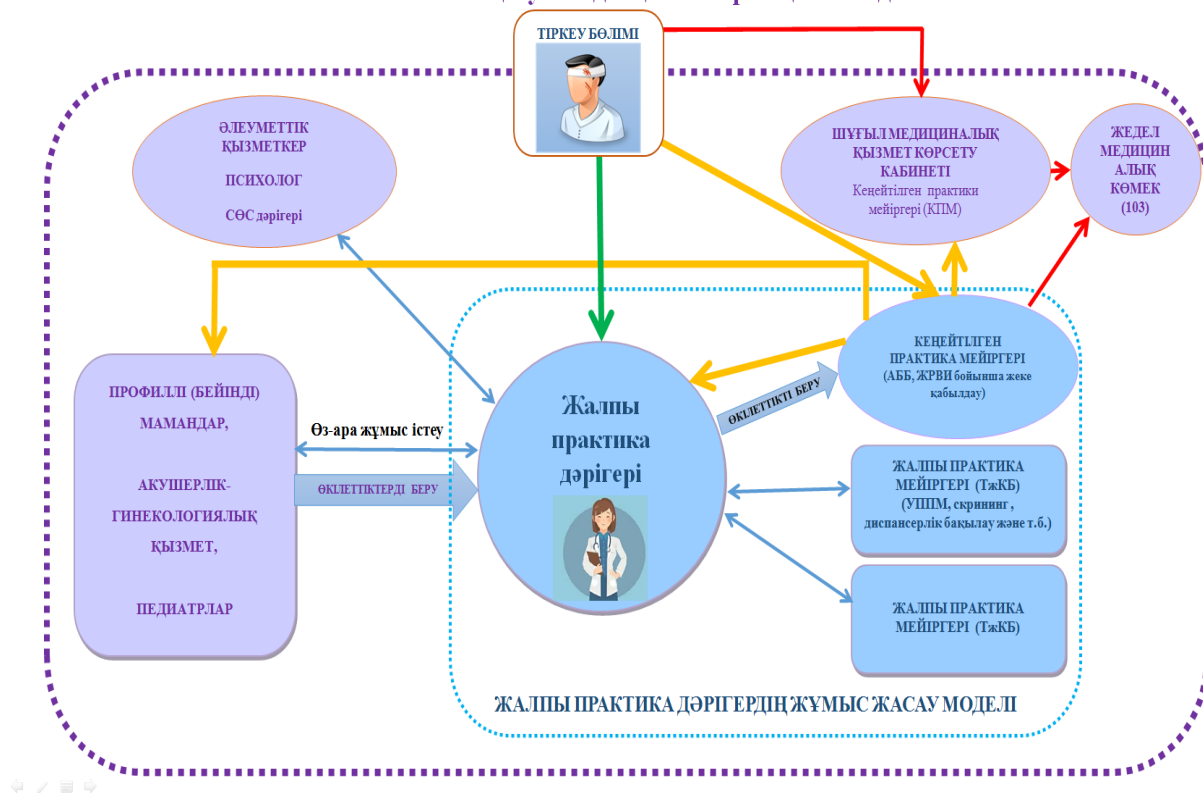
G.W. Saba және басқа авторлардың мәліметтері бойынша [162], медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін осындай модельдерді тәжірибеде өзгерістерді қажет етеді. Тарихи модельде МСАК жұмыс істеу командасы тек дәрігер ғана медициналық көмек көрсететін болған.

МСАК-тің басымдылығы Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасының ең басты міндеттерінің бірі МСАК-ты жаңғырту және басымдықпен дамыту негізінде барлық денсаулық сақтау қызметтерін халықтың мұқтаждықтар айналасына интеграциялауды, елдің тұрақты әлеуметтік-экономикалық дамуын қамтамасыз ету үшін халықтың денсаулығын нығайту және де медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетілетін ұйымдарында медициналық қызметтердің сапасын жақсарту болып табылады [1; 156].

Осы мемлекеттік бағдарламаның қазіргі бағыты жалпы практика дәрігерлері арқылы отбасылық медицина қағидаларын енгізу бойынша МСАК әрі қарай дамыту басымдылығы және модернизациялау негізінде, барлық денсаулық сақтау қызметтерінің интеграциясын болдыру. Болашақта жалпы практика дәрігерлері, кең саланың мамандары ретінде, заманауи білімі бар, емханадағы мамандандырылған мамандары ғана емес, барлық аурухана мамандарының емдеу процесін үйлестірушісі болады [1].

«Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасында «МСАК-ты жаңғырту және басым дамыту» 5.2.1. тармағына сәйкес отбасылық қызмет көрсету қағидасымен жалпы практика дәрігері (ЖПД) және қазір жұмыс жасап жатқан учаскелік дәрігерлер (акушер-гинеколог, педиатр), сондай-ақ профилді (бейінді) мамандардан тұратын мультидисциплинарлық командамен жұмыс жасау қажет деп көрсетілген [1] (сурет 30).

## МСАК-тың мультидисциплинарлық командасы



Сурет 30 – МСАК ұйымдарындағы мультидисциплинарлық команда

*Мультидисциплинарлық команда* – бір мәселені бірлесіп келісілген қағидаттар бойынша шешетін мамандар тобынан құралады.

Ұлыбританияда мульти-тәртіптік тәсіл өзінің қолданылуын тапты, онда әр пациентке осындай топтың арнайы маманы тағайындалады. Ол пациенттің физикалық және әлеуметтік белсенділігінің қалыптасуы мен сақталуына жауап береді, оның қажеттіліктерін кешенді бағалап, пациенттің қажеттіліктердің басымдылығын саралау, өз құзыреті шегінде емдеуді немесе сауықтыруды жүргізу және емдеудің немесе қалпына келтірудің әртүрлі мультидисциплинарлық команданың басқа мүшелеріне жібереді.

Мультидисциплинарлық команданың міндеттеріне аурудың ауыр, атиптік ағым жағдайларында емдеу тактика сұрақтарын анықтау, медициналық-әлеуметтік сараптамасына жолдау, пациенттерге әлеуметтік көмек көрсету кіреді. Команданың медициналық қызметтері амбулаторияда қабылдау сияқты, үйде де қызмет көрсете алады.

Мультидисциплинарлық команданың жұмысын, оның тиімділігі емхана әкімшілігі сияқты бақыланып, кері байланыс әдісімен кеңес беруге бағытталған пациенттерге анонимді сұрақ қою арқылы бақыланады.

Сондай-ақ мультидисциплинарлық команданың жұмысы медициналық қызметкерлердің, соның ішінде жалпы практика дәрігерлердің біліктілігін арттырады. МСАК науқастары үшін жеке қарым-қатынас факторы және дәрігерлер тарапынан көңіл бөлу, сонымен қатар тағайындалған зерттеулер мен емдік шаралардың қажеттілігі мен негізделгендігін түсіндіру үлкен маңызға ие;

бұл ақпараттандырылған келісім мен науқастар тарапынан жауапкершілік мәселесін шешеді.

Осыған байланысты, мультидисциплинарлық команда өзінің жауапкершілік бөлігін жақсы орындай отырып, учаскелік қызмет командасымен жұмыс істеуі тиіс.

Қазіргі уақытта жүргізіліп жатқан реформалар бойынша емханалардың ықшамдалуын ескере отырып, МСАК орталықтарында отбасылық дәрігерлік амбулаториялық-емханаларға біз ұсынып отырған мультидисциплинарлық команда құрамына жалпы практика дәрігері /отбасылық дәрігер, кеңейтілген практикалық мейіргер, жалпы учаскелік мейіргер/жалпы практика мейіргері, әлеуметтік қызметкер, психологтардан салауатты өмір салты мамандар, профилді (бейінді) мамандар және жедел медициналық көмек көрсету мамандары кіреді. Мұндай топтың жетекшісі көбінесе жалпы практика дәрігері болады. Ал осындай топтың жұмысын бөлім бастығы, бөлімнің аға мейіргері үйлестіреді.

*Жалпы практика дәрігері* – негізінде мультидисциплинарлық команданың барлық басқару процесін ұйымдастырушы болып табылады.

Жалпы практика дәрігердің біліктілігі пациенттің мәселелерін шешуге кешенді тәсілді тиімді қолдануға мүмкіндік береді.

ҚР ДСМ м.а. 2009 жылғы 26 қарашадағы №791 «Денсаулық сақтау қызметкерлері лауазымдарының біліктілік сипаттарын бекіту туралы» бұйрығының 2-параграфы бойынша жоғары және орта білімнен кейінгі білімі бар мамандардың лауазымдарының 10-кіші бөліміне сәйкес, жалпы практика дәрігерінің лауазымды міндеттері бойынша аурудың профилактикасын, диагностикасын, емделуін, науқастарды оңалтуды жүзеге асыра отырып, басқа мамандармен өзара жұмыс жасайды [163].

ЖПД білікті, жедел және басқа да медициналық көмек түрлерін, науқастың емдеу тактикасын тексере отырып, жоспарды дайындайды. Клиникалық қарау және тексеру, анамнезді жинау, клиникалық-зертханалық және аспаптық зерттеулердің нәтижесі бойынша диагноз қояды.

Денсаулық орталығымен бірлесе отырып, салауатты өмір салтын, дұрыс тамақтану бойынша насихаттау, балалардың тамақтануы, шынығуы, мектептік дайындақ, жанұяны жоспарлау, контрацепциялық иммунопрофилактикалық сұрақтар бойынша кеңес беру туралы іс-шараларды жүргізеді.

Және де сырқаттың қатерлі факторларын ертерек және жасырын нысанын анықтап, оның науқасқа әсер етуін төмендетуге ықпал жасайды. Жүктілік кезін диагностикалап, жүктілік ағымын қадағалап, жүктіктің экстрагениталдық патологиясын анықтап, сондай-ақ емдейді, тууға психопрофилактикалық дайындықты жасайды. Пациенттердің еңбекке қабілетсіздігін анықтап, оларды медициналық-әлеуметтік сараптамаға жолдама береді. Пациенттерді жұмысқа орналасу, жеңілдетілген еңбек жағдайына ауыстыру, санаториялық-курорттық емдік шаралар көрсеткіштерін анықтайды. Тәжірбиеге аурудың ем жолы мен профилактикалық жаңа әдістерді енгізеді [163].

2019 жылы «Денсаулық сақтау ұйымдарының үлгілік штаттары мен штат нормативтерін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау

министрінің 2010 жылғы 7 сәуірдегі №238 бұйрығына өзгерістер енгізу бойынша жалпы практика дәрігері мен мейіргерді 1:3 қатынасына жеткізудегі [154], бір мейіргер кеңейтілген практика мейіргер және ал қалған 2 мейіргер жалпы практика мейіргері техникалық және кәсіптік білім деңгейдегі (ТжКБ) болуы қажет. ЖПД жұмысының жүктемелерін азайту мақсатымен кеңейтілген практика мейіргеріне дәрігердің бірқатар өкілеттіктерін беру қажет болды.

Жалпы практика дәрігерінің жұмысын оңтайландыру мақсатында мультидисциплинарлық командамен бірілесе жұмыс жасау қажет екенін көрсетеді.

*Кеңейтілген практика мейіргері* – жалпы өз құзыреті шегінде пациентті карап-тексеріп, мейіргерлік диагноз қоя алады.

2013 жылы басталған ҚР ДСМ ауруларды басқару бағдарламасының (АББ) жобасын енгізу бойынша үш инфекциялық емес аурулар (қант диабеті, артериялық гипертензия және созылмалы жүрек жеткіліксіздігі) мен жедел респираторлы вирусты инфекциямен ауырған науқастарды кеңейтілген практика мейіргері жеке қабылдай алады.

Техникалық және кәсіптік білім (ТжКБ) деңгейдегі мейіргерлердің мейіргерлік іс-шараны іске асыруды бақылай отырып, жалпы практика, терапия, хирургия, акушер және гинекология, психиатрия, гериатрия, оңалту, паллиативті күтім мен медициналық-санитариялық алғашқы көмек пен стационар деңгейіндегі денсаулық сақтау жүйесіндегі өзге мамандандырылған салаларда тағайындалатын мейіргерлік әрекеттесу жоспарының тиімділігін бағалайды.

Пациентке/отбасына жалпы күтімдік процедуралар мен ауруларды басқаруды үйретіп, ұйымдастыру және оның тиімділігіне мониторинг жасайды.

Жүкті әйелдер босанғаннан кейінгі әйелдер мен бір жасқа дейінгі балаларды, диспансерлік науқастар мен қарттарды үйде бақылап қарауды (патронаж) жүзеге асырады.

Сонымен қатар кеңейтілген практика мейіргер денсаулықты нығайту және аурудың профилактикасы бойынша іс-шараларды ұйымдастырып, техникалық және кәсіптік білімі деңгейдегі мейіргердің профилактикалық іс-шаралардың орындалуын бақылай отырып, тиімділігі мен нәтижелігін бағалайды. Емдеу-профилактикалық мекемелерде мейіргерлік есеп беру құжаттарды жүргізуді қамтамасыз етеді [164].

Және де кеңейтілген практика мейіргері тұрғындарға алғашқы медициналық көмек, соның ішінде төтенше жағдай кезінде, дәрігерге дейінгі және паллиативтік медициналық көмек көрсетеді. Сондай-ақ дәлелді мейіргерлік нұсқаулықтар мен хаттамалар әзірлеуге, мейіргер ісінің сапасын жақсарту жөніндегі саясатты ұйымдастыруға қатысады. Электрондық денсаулық сақтау кезінде мейіргерлік құжаттардың ұйымдастырылуы бойынша қадағалайды [165].

*Жалпы практика мейіргері* (ТжКБ) – кеңейтілген практика мейіргерінің не болмаса ЖПД сырттай бақылауымен амбулаториялық қабылдауды жүргізіп, мейіргерлік күтім, науқастың мейіргер көмегіне (мейіргерлік диагноз) мұқтаждықты бағалайды, тексеру, емдеу, науқастың күту жоспарын жасайды.

Емдеудің тиімділігі туралы динамикалық деректерді аурудың тарихына тіркейді, науқастарды күнде қарайды, науқастар жағдайын бақылай отырып, ақпаратты кеңейтілген практика мейіргерге немесе дәрігерге тапсырады [164, с.27].

Сондай-ақ жалпы практика дәрігерге және кеңейтілген практика мейіргерге науқасты диспансерлеу мен үйде бақылау жұмыстарын ұйымдастыру шараларына көмектеседі, өз құзыреті шегінде науқасты күту, емдік-профилактикалық мекемелерде және үйде (патронаж) жүзеге асырады.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2017 жылғы 29 желтоқсандағы №1027 «Қазақстан Республикасындағы балалар көмегін ұйымдастыру стандартын бекіту туралы» бұйрығына сәйкес барлық республика бойынша Универсиалды прогрессивті патронаж моделі (УППМ) жұмыс жасай бастады. 2018 жылы UNICEF, ДСДРО және Қазақстанның медициналық колледждер Одағымен бірлесе отырып, МСАК ұйымдарында жүкті және жас балаларға патронаждың универсиалды прогрессивті моделін енгізу бойынша әдістемелік ұсыныстар әзірленді [165].

Жалпы практика мейіргертұрғындарға алғашқы медициналық көмек көрсете отырып, соның ішінде төтенше жағдай болғанда, дәрігерге дейінгі және паллиативтік медициналық көмек көрсете алады. Зертханалық зерттеулерге арналған материалдар жинауды, бөлімшедегі дәрілік заттардың жұмсалуын бақылайды, дәрілік заттарды есепке алып, сақтау мен пайдалану уақытын қадағалайды.

Дәрігердің тағайындаған диагностикалық және емдік манипуляцияларын іске асыруға көмектеседі. Пациенттерге күтім жасау, организмге дәрілік заттарды енгізу, науқастарды диагностикалық зерттеулерге дайындау, электрокардиографияға түсіре алады.

Жалпы практика дәрігері мен кеңейтілген практика мейіргеріне аурулардың профилактикасы және салауатты өмір салтын қалыптастыру маманы қауіп факторларымен күресу бойынша жұмысты ұйымдастырып және қадағалайды, қауіп факторларымен күресудің жеке жоспарын жасайды, сонымен қатар денсаулық мектебінің жұмысына қатысады.

Жалпы практика дәрігерінен берілген динамикалық бақылауды, ауруларды басқару бағдарламасына (АББ) қатысатын пациенттерге қоңыраулар шалу, үнемі байланыста орнатады, науқасты бақылау картасын толтырады, пациенттің өзін-өзі бақылау күнделігінің болуын және сақталуын бақылайды, қауіпті факторларымен күресудің жеке жоспарын іске асыру жетістіктері, Реестрді толтыру, пациенттерді денсаулық мектептерге шақыру, содан кейін мектепте сабақ өткізуді жүргізеді [165].

2011 жылдары Қазақстан Республикасында алғаш рет МСАК жүйесінің амбулаторлық-емханалық ұйымдарына әлеуметтік қызметкер және психолог мамандарын енгізу жүргізіле бастады. Отандық зерттеуші ғалым В.В. Койковтың жетекшілігімен Б.А. Азанова және т.б. зерттеушілер ұжымы 2011-2013 жж. «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінде алғашқы медициналық-санитариялық көмектің әлеуметтік бағдарланған үлгісін әзірлеу және ғылыми негіздеу» атты ғылыми зерттеу жобасын Денсаулық сақтауды

дамыту республикалық орталығында жүзеге асырылды (мемлекеттік тіркеу №0111РК00227) [166].

Жобаның негізгі мақсаты медициналық-санитариялық алғашқы көмек ұйымдар қызметінің профилактикалық бағыттарын жетілдіру жолымен Қазақстан Республикасы халқының денсаулығын жан-жақты дамытуды және сақтауды қамтамасыз ету болды.

Ғылыми зерттеу жоба аясында профилактикалық іс-шаралардағы қажеттілік, сонымен қоса медициналық-әлеуметтік және психологиялық көмек зерттелді. Өмірдің ауыр жағдайында болған әртүрлі жағдай бойынша ҚР-ң МСАК жүйесі әлеуметтік қызметкер жұмысына алгоритмдер және стандарт шаралары өңделіп [167], ҚР қолданыстағы НҚА өзгерістер енгізу туралы ұсыныстар жасалды: халық саны есебінде психолог және әлеуметтік қызметкерлерге жаңа штаттық нормативтер ұсынылды; әлеуметтік қызметкерлердің құзыреті және лауазымдық нұсқаулары бойынша ұсыныстар жасалды [154].

*Осылайша әлеуметтік қызметкер* - өзінің жұмысын денсаулық сақтау саласының әлеуметтік қызметтер бойынша жүзеге асырады. Пациентті емдеу-профилактикалық ұйымдар мен үй жайындағы күтімді, жәнде пациенттердің қал- жағдайын бақылап отырады. Әлеуметтік қызмет бойынша есепке алу және есеп беру құжаттарын толтырады. Науқасты медициналық және психологиялық емдеу ықпалын жасайды. Науқасқа әлеуметтік қолдау (сұрақтарды, заңды құжаттарды рәсімдеу, медициналық-әлеуметтік сараптамаларға, қарттар үйіне және мүгедектікке жолдаманы толтыруға қатысу немесе көмектесу), егер пациенттің өтініші жөнінде діни мұқтаждықтарды жіберуді ұйымдастыру, туыстардың өтінішімен жерлеу рәсімдерін шешеді [165].

*Психолог* - пациенттер тобын ұйымдастырады, оларды проблемалары бойынша бөледі, мінез-құлықтың өзгеру кедергілерін жеңуге көмектесіп, сабақтар өткізеді, сол арқылы пациенттерге ауруды жеңе алатындықтарына сенімділік ұялатады.

*СӨС маманы* - қауіп факторларына қарсы күрес жұмыстарын ЖПД бірлесе отырып ұйымдастырады және қадағалайды. Пациенттің қауіп факторларымен күресудің жеке жоспарын жасайды, сонымен қатар денсаулық мектебінің жұмысына қатысады, ауруды басқару бағдарламасының алғашқы белгілерінің қауіпті факторлар туралы көрнекі құралдар, буклеттер құрастырады немесе таратады.

Жедел медициналық көмектің екі түрі бар - жедел және шұғыл.

*Шұғыл медициналық көмек көрсету кабинеті* – «Қазақстан Республикасында жедел медициналық көмек көрсету қағидаларын бекіту туралы» ҚР ДСМ 2017 жылғы 3 шілдедегі №450 бұйрығына сәйкес кенетболған жағдайдағы қатты аурулар мен жарақаттар, денсаулықтың күрт төмендеуі, созылмалы аурулардың асқынуы кезіндегі денсаулыққа зиян келтірмеу немесе өміріне төнген қауіпті болдырмау үшін кезек күттірмейтін кеңейтілген медициналық мейіргердің көмек көрсету кабинеті [168, 169].

*Жедел медициналық көмек (103)* – «Қазақстан Республикасында жедел медициналық көмек көрсету қағидаларын бекіту туралы» ҚР ДСМ 2017 жылғы



3 шілдедегі №450 бұйрығына сәйкес кезекті күттірмей медициналық жәрдем пациенттің өміріне төнген қауіп бойынша анық белгілері болмаған кезде, кенеттен болған қатты аурулар, жарақаттар болса, денсаулық жағдайы күрт нашарласа, созылмалы аурулары асқынған кезде медициналық көмекті фельдшерлер көрсетеді [169].

Жедел медициналық көмек бөлімі – МСАК ұйымына тіркелген халыққа жедел медициналық көмек көрсететін құрылымдық бөлімшесі болып табылады.

Жедел медициналық көмекті шақырудың категориялары бойынша барлық қоңыраулар 4 (төрт) шұғылдық санатқа бөлінеді. Соның ішінде 4-ші (төртінші) санаттағы жедел шақырулар жатады. Онда науқастың өмірі мен денсаулығына төтенше және ықтимал қауіп төндірмеген жағдайда, ағзалар мен жүйелердің кенеттен және айқын бұзылуынсыз, жедел ауру немесе созылмалы аурудың өршуіне байланысты науқастың жағдайы айтылады.

Денсаулық сақтау саласының даму үрдісі барысында МСАК ұйымдардағы бейінді мамандардың кейбір қызметтерін жалпы практика дәрігеріне беру барысында, ЖПД жұмыс жүктемесінің ұлғая бастаған болатын. Осыған орай, ұсынылып отырған мультидисциплинарлық команда 1 жалпы практика дәрігеріне бір қолданбалы мейіргер, ал 2 жалпы практика мейіргері (отбасылық мейіргер) (ТжКБ) жұмыс жасауы көрсетіледі. Жалпы практика дәрігерінің кейбір өкілеттілін қолданбалы мейіргерге беру ұсынылады. Қолданбалы мейіргер өз күзірет шегінде дербес қабылдауды жүргізіп, жалпы практика мейіргері (отбасылық мейіргер) (ТжКБ) жұмыстарын қадағалап отыруды, жалпы практика дәрігері әлеуметтік қызметкер, психолог, СӨС дәрігерімен, бейінді мамандармен өзара қатынаста тығыз жұмыс жасауы көрсетіледі.

Осылайша МСАК ұйымдарында мультидисциплинарлық команданың нақты бірілескен жұмысын амбулаторлық-емханалық бас дәрігердің медициналық қызмет сапасын бақылап қадағалайды.

## **6.2 «Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін медициналық ұйымдардың қызметі туралы ережені бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2011 жылғы 5 қаңтардағы №7 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы ұсыныстар**

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласында жасалып жатқан реформалардың нәтижелері мен медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін ұйымдардың даму үрдістеріне сәйкес қолданыстағы НҚА-ге соның ішінде «Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі туралы ережені бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2011 жылғы 5 қаңтардағы №7 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу қажет екенін көрсетеді.

Бұйрықтың «Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін қызметкерлердің функционалдық міндеттерінің 1-қосымшаның 1-тармаққа мынадай редакциялар ұсынылды:

1. Мейіргер дәрігерлік жұмысты емес, мейіргерлік қабылдауды жасайды, сондықтан біз «мейіргерлік қабылдау және қарау» деген сөздерді қосуды ұсынамыз.

2. Техникалық және кәсіптік білімі бар мейіргер басшысыз және бақылаусыз өздігімен науқасты қабылдай алмайды, себебі білім беру деңгейі мүмкіндік бермейді, сондықтан «дәрігердің басшылығымен, мейіргерісінің бакалавры» деген фразаны қосуды ұсынамыз.

Болашақта бұл дәрігерден қолданбалы бакалаврға дейінгі құзіретін беру функционалы болып табылады – олар өз құзіреті шегінде өздігімен науқасты қабылдай алады.

Қазақстан Республикасында 2019 жылға дейін мейіргер ісін дамуының кешенді жоспарына сәйкес [168] мейіргер ісі бойынша функционалдық жұмыстехникалық және кәсіптік білім берудің оқу бағдарламасына еңбек функциялары мен құзіреттілік негізінде ұсынылады.

Ал 1-қосымшаның 3-тармағы бойынша жалпы практика дәрігерінің (учаскелік терапевт, учаскелік педиатр) функциялық міндеттерінен қолданыстағы редакциядағы 6, 14, 19 тармақтар (салыстырмалы кестеде) ЖПД қызметінен алып, қолданбалы бакалаврлар мейіргеріне құзіретті беруге болатыны ұсынылады.

Қазақстан Республикасында 2019 жылға дейін мейіргер ісін дамуының кешенді жоспарына сәйкес [168] мейіргер ісі бойынша техникалық және кәсіптік білім берудің (ТЖКБ) оқу бағдарламасындағы еңбек функциялары мен құзіреттеріне байланысты қолданбалы бакалавриат деңгейіндегі мейіргерлерге жалпы практика дәрігерінің функционалдық жұмыс өкілеттілігін беру туралы «Дәрігердің өкілдеріне сәйкес» қосылып отыр, өйткені мұнда белгілі бір нақты жағдайлар түрі қарастырылған (жедел респираторлы вирустық инфекциялар, гипертониялық науқастарға диспансерлік қабылдау және т.б.).

Бірақ «Мейіргердің науқастарды қабылдау және қарау» сөзі қосылғанымен, қолданбалы бакалаврлар толығымен дәрігерлік қабылдауды жүргізе алмайтынын ескереміз.

Сондықтан Қазақстан Республикасында 2019 жылға дейін мейіргер ісін дамуының кешенді жоспарына сәйкес қолданбалы және академиялық бакалавриат оқу бағдарламасындағы еңбек функциялары мен құзіреттеріне байланысты қолданбалы бакалавриат деңгейіндегі мейіргерлерге жалпы практика дәрігерінің функционалдық жұмыс өкілеттілігін беруі ұсынылады (Қосымша Ж).

### **6.3 Жалпы дәрігерлік практика/отбасылық медицина мамандығы бойынша кәсіби стандарттарына толықтырулар мен ұсыныстар енгізу (жобасы)**

Кәсіптік стандарт Қазақстан Республикасының Ұлттық біліктілік шеңберінің Денсаулық сақтау жүйесі салалық біліктілік шеңбер талаптарына сәйкес әзірленеді. Кәсіби стандартты әзірлеудің негізгі мақсаты – қызмет саласы бойынша қызметкерлердің біліміне, дағдыларына, құзіреттеріне тиісті талаптарды іске асыру міндеттермен еңбек функцияларын жүйелі және

құрылымы сипатталады. Мамандықтар бойынша жаңа құзыреттерге медициналық қызметтер нарығының қажеттіліктерін, медициналық қызметтердің қауіпсіздігі мен сапасын жетілдіруді, жаңа медициналық технологиялардың пайда болуын ескере отырып, толықтырулар мен өзгертулер жасалынып отыруы қажет.

Сондықтан зерттеу жұмыстың міндеттерін орындау кезінде «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасының 5.6. бөлімдегі «Денсаулық сақтау саласында адами ресурстарды басқарудың тиімділігін арттыру» 5.6.2. тармағының «Медициналық білім беруді жаңғырту» 3-ші тармақшасына сәйкес жалпы практика дәрігерінің біліктілік деңгейіне арналған кәсіптік стандарты қайта қаралды.

Осыған орай жалпы практика дәрігері жұмысына жүргізілген хронометраждық зерттеу және әлеуметтік сауалнама нәтижелер барысында, қолданыстағы НҚА «Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі туралы ережені бекіту туралы» ҚР ДСМм.а. 2011 жылғы 5 қаңтардағы №7 бұйрықтың ұсынылған өзгерістері бойынша ЖПД еңбек функциясының міндеттері нақты анықталып, «Жалпы практика дәрігері» мамандығының кәсіби стандартының 6,7.1, 7.2.С, 7.3.С, 8 салалық біліктілік шеңбері бойынша біліктілік деңгейлеріне өзгерістер мен толықтырулар ұсынылып отыр (Қосымша И).

Осы ұсынылған «Жалпы дәрігерлік практика (отбасылық медицина)» мамандығы бойынша кәсіптік стандарт жобасы ҚР Ұлттық кәсіпкерлер палатасы «Атамекен» салалық комиссиясына қаралып, қазіргі уақытта келісу сатысында. Ал ғылыми диссертациялық жұмыс барысында өзгертілген осы кәсіби стандарт жобасы ҚР ДСМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ресми сайтының «медициналық қызметкерлер үшін» деген бөліміне жүктелген <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/2017-03-12-10-51-13/metodicheskie-rekomendatsii> .

## ҚОРЫТЫНДЫ

Еліміздің мемлекеттік саясатының негізгі басты бағыттарының бірі - денсаулық сақтау жүйесі мен медициналық қызметтердің сапасын жақсарту еді. Дүниежүзілік тәжірибеде денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігі және медициналық қызметтердің сапасы бұл медицина қызметкерлерінің дайындық деңгейіне байланысты. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласының реформалары 2011-2015 жылғы «Саламатты Қазақстан» және 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасының басты бағыттарының бірі адами ресурстарды стратегиялық басқару және медициналық-санитариялық алғашқы көмекті жаңғырту және басымдықпен дамыту болып табылады. Осы бағыттарды іске асыру үшін денсаулық сақтау саласындағы ескі штаттық нормативтер мен адами ресурстарды зерттеу және дамыту маңызды болып табылады.

Қазақстан Республикасының мемлекеттік саясаттың негізгі бағыттарының бірі халықтың өмір сүру сапасын жақсарту болып табылғандықтан, осы бағытқа жетудің басты жолы – медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсету (МСАК) деңгейінде денсаулық сақтау жүйесін жаңғырту және медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігін арттыру.

Осыған орай, денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасындағы «Адами ресурстарды стратегиялық басқару» (5.6.1-бөлім) анықталып, онда «ескі штаттық нормативтер мен стандарттарды қолдану қажеттілігінен адами ресурстар мен еңбек шығындарын қолданыстағы технологиялар, стандарттық операциялық рәсімдер және пациенттердің қажеттіліктеріне сәйкес бейімдеп, икемді жоспарлау мүмкіндігіне қарай» ауысатыны көрсетілді.

Отандығы әлеуметтік саяси басым бағыттары – халықтың денсаулығы. Елбасының «Бес институционалдық реформаны іске асыру бойынша 100 нақты қадам» атты Ұлттық жоспарындағы медициналық қызмет көрсетудегі кадрларды әзірлеу, халықтың медициналық көмекке деген қолжетімділігін қамтамасыз ету қажеттілігі айтылған.

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.

Халықтың денсаулығын қорғау барлық жерде алдын алуды дамытуға, ауруларды ерте анықтауға, сапалы емдеу-профилактикалық көмектің қолжетімділігін арттыруға, денсаулық сақтау ресурстарын неғұрлым ұтымды пайдалануға бағытталған. МСАК денсаулық сақтаудың барлық жүйесінің прогрессивті бағыты мен бағдарын көрсетеді.

Бүгінгі күні денсаулық сақтаудағы мемлекеттік шаралар МСАК қалаулы басымдығын қамтамасыз етуге және бастапқы буын дәрігерлерінің арасында бекітілген халықтың денсаулығын сақтау үшін жауапкершілікті арттыру үшін

жеткілікті ынталандырулар жасауға тиіс. Ресейлік ғалымдардың зерттеуінше медициналық ұйымдар номенклатурасының өзгеруімен бір мезгілде медицина қызметкерлері лауазымдарының номенклатурасы нақтыланды, бұл сондай-ақ штаттық нормативтерді қайта қарау және түзету қажеттілігіне әкеледі. Қазіргі уақытта медициналық көмек көрсетудің үш деңгейлі жүйесіне штаттық нормативтерді бейімдеу қажеттілігі айқын (атап айтқанда, соңғы жылдары медициналық көмектің жекелеген түрлерін көрсетудің ауданаралық орталықтары белсенді түрде ұйымдастырылып, жұмыс істейді).

Нормативтік құжаттамалардың жетілмегендігі және оларды енгізудің регламенттеуші қағидаты мамандардың жұмысында қиындықтарды тудырады, оларды айла-шарғы жасай отырып, медициналық ұйымдар басшыларының сапалы медициналық, оның ішінде халыққа профилактикалық көмекті қамтамасыз ету үшін өз нормативтерін әзірлеуіне мүмкіндік береді.

Жоғарыда айтылғандарға байланысты, диагностикалық, емдеу және басқа да қызметтер көрсетуге жұмсалатын барлық қажетті уақытты ескеруге мүмкіндік беретін хронометраждық зерттеулер жүргізу өзекті және орынды болып табылады – бұл медициналық көмек көрсету сапасын және тиісінше пациенттердің өмір сүру сапасын арттыруға мүмкіндік береді.

Амбулаториялық жағдайда халыққа медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетуді ұйымдастыру процесі, дәрігер-мамандардың бақылау бірліктері, 2010-2018 жж. кезеңінде зерттелген мамандарға науқастардың бару саны, ақпарат көзі нормативтік-құқықтық ақпарат базасы, мемлекеттік статистикалық бақылаудың №30 нысаны, хронометраждық бақылау және әлеуметтік сауалнама нәтижелері болды.

2010-2018 жж. динамикадағы Қазақстан Республикасында амбулаториялық жағдайда халыққа медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін учаскелік медициналық ұйымдардың терапевт-дәрігерлерінің атқаратын лауазымдардағы негізгі қызметкерлердің жеке тұлғалармен қамтамасыз етілуін талдау, зерттелген кезеңде жалпы республикалық көрсеткіш -64,7%-ға ( $1,7/_{000}$  –  $0,6^0/_{000}$ ) төмендегені көрсетті. Барлық республикалық өңірлерде тоғыз жылдық кезеңде, тек зерттелетін кезең аралығында теріс өсу қарқыны Қызылорда облысында (-92,9%) және Ақтөбе облысы (-85,0%) байқалады. Республика бойынша терапевт-дәрігерлермен қамтамасыз етуді жалпы тоғыз жылдық қорытындысына тоқталсақ (2010-2018) осы лауазымдықты қамтасыз ету әртүрлі толқулармен өтті. Зерттеп отырған жыл басында 10000 тұрғынға шаққанда 1,8 көрсетіп 2012 жылға дейін осы көрсеткіш республика көлемінде болды, Алайда 2013 жылдан бастап дәрігер-терапевт лауазымын толықтыру тұрақты түрде кеми бастады. Ең жылдам азаюы коэффициенті Атырау облысында 2010 жылы 10000 тұрғынға шаққанда 1,3 болса жыл соңында 0,2-ға дейін төмендеді. Сондай-ақ Алматы қаласында да байқалды, егер 2010 жылы 2,1-10000 тұрғынға шаққанда, 2018 жылы 0,5-ке дейін төмендегенін көруге болады.

ҚР-ның облыстары мен жеке мемлекеттік статусы бар қалалардың 2010-2018 жылдар аралығындағы штатты учаскелік терапевт дәрігерлермен толықтыруын қамтамасыз етілу көрсеткіші 100% деңгейге жетпеді. Штаттық

лауазымдардың учаскелік терапевт дәрігерлермен толықтырылу көрсеткішінің төмендеу үрдісі ҚР бойынша 2010-2018 жж. (96%-дан 98%-ға дейін) көтерілгені байқалды.

2010-2018 жж. аралығында Қазақстан Республикасында, республикалық орталықтарда амбулаториялық жағдайда медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін учаскелік педиатр дәрігерлерімен халықты қамтамасыз ету көрсеткішін талдау кезінде жалпы республикалық көрсеткіштің -50%-ға (2010ж. 1,6<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-дан 2018ж. 0,8<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ға дейін) төмендегенін көрсетті. Нақты болжам кезінде ( $R^2 = 0,931$ ) бұл көрсеткіштің төмендеуін байқауға болады.

2010-2018 жж. аралығында республиканың облыстық және жеке қалалық статусы бар қалаларда (10 000 балаға шаққанда <sup>0</sup>/<sub>000</sub>) тұрғындарды амбулаториялық жағдайда медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін учаскелік педиатр-дәрігерлермен қамтамасыз ету жөніндегі деректер берілген.

Зерттеу жұмысымыздың барысында, іс жүзінде барлық аймақтық орталықтарда тоғыз жылдық кезеңде учаскелік педиатр-дәрігерлермен халықты қамтамасыз ету көрсеткішінің өсуінің теріс қарқыны да есептелінді. Өсімнің ең үлкен теріс қарқыны Қызылорда облысында (-90%; 2010 ж. 1,0<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-дан 2018 ж. 0,10<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ға дейін), Атырау және Батыс-Қазақстан облыстарында (-85,7%; 2010ж. 1,40<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-дан 2018 ж. 0,20<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ға дейін), Жамбыл облысы (-68,4%; 2010 ж. 1,90<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-дан 2018 ж. 0,60<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ға дейін), Павлодар облысында (-62,5%; 2010 ж. 1,60<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-дан 2018 ж. 0,60<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ға дейін) төмендеген. Осы көрсеткіштің оң өсу қарқыны бірде-бір облыстық немесе қалалық орталықта зерттеп отырған уақытта байқамадық.

2010 жылы республикалық облыстар арасында учаскелік педиатр дәрігерлермен тұрғындарды қамтамасыз етудің ең жоғары көрсеткіші Алматы облысында (2,4<sup>0</sup>/<sub>000</sub>), ал ең төменгі көрсеткіші Қызылорда облысында (1,0<sup>0</sup>/<sub>000</sub>) болған. 2018 жылға қарай аймақтар арасында бұл көрсеткіш тағы да Алматы облысында ең жоғарғы болғанын (1,4<sup>0</sup>/<sub>000</sub>), ал ең төменгі көрсеткіш Қызылорда облысында (0,1<sup>0</sup>/<sub>000</sub>) байқалды.

Зерттеп отырған кезең аралығында тұрақты орта республикалық деңгейден төмен көрсеткіштерді көрсеткен мына облыстар: Атырау және Батыс Қазақстан облыстары (2010 жылы – 1,4<sup>0</sup>/<sub>000</sub> көрсетсе, 2018 жыды – 0,2<sup>0</sup>/<sub>000</sub>), Астана қаласы (2010 жылы – 1,5<sup>0</sup>/<sub>000</sub>, 2018 жылы – 0,9<sup>0</sup>/<sub>000</sub>), Павлодар облысы (2010 жылы – 1,6<sup>0</sup>/<sub>000</sub>, 2018 жылы – 0,6<sup>0</sup>/<sub>000</sub>), Оңтүстік Қазақстан облысы (2010 жылы – 1,2<sup>0</sup>/<sub>000</sub>, 2018 жылы – 1,1<sup>0</sup>/<sub>000</sub>).

Жалпы республикалық деңгейге көңіл аударсақ – дәрігер педиатрлармен толықтыру әртүрлі болғанымен зерттелген тоғыз жыл ішінде 93,8% мен 96,4% аралығында болды.

Жалпы практика дәрігерлері/отбасылық дәрігер учаскелік терапевт дәрігерлермен қатар тіркелген халықтың денсаулығы үшін үлкен жауапкершілік жүктелетін амбулаториялық жағдайда медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін мамандар болып табылады. Тұрғындардың амбулаториялық жағдайда медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін ЖПД/ОД қамтамасыз етілу көрсеткішін талдау Қазақстан

Республикасында, 2010-2018 жж. облыстар мен жеке мемлекеттік статусы бар қалаларда (10 000 тұрғынға) зерттелетін кезеңде жалпы қазақстандық көрсеткіш 128,6%-ға (1,4<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ден 3,2<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ға дейін) өскенін көрсетеді. Іс жүзінде барлық аймақтарда осы көрсеткіштің оң өсу қарқыны байқалды. Осы көрсеткіштің ең жоғары оң өсу қарқыны, Алматы қаласында (1700%) барлық облыстық және қалалық өңірлерге қарағанда тоғыз жыл ішінде халықты жалпы практика дәрігерлерімен (отбасылық дәрігері) қамтамасыз ету көрсеткішінің өсу үрдісі байқалды.

2010-2018 жж. кезеңде пилоттық аймақтарда халықты жалпы практика дәрігерлерімен (отбасылық дәрігерлер) қамтамасыз ету көрсеткіші ұсынылған. Іс жүзінде барлық аймақтарда осы көрсеткіштің оң өсу қарқыны байқалды. Осы көрсеткіштің ең жоғары оң өсу қарқыны, Алматы қаласында (1700%; 2010 ж. 0,20<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-дан 2018 ж. 3,60<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ға дейін), Маңғыстау облысында (466,7%; 2010 ж. 0,60<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-дан 2018 ж. 3,40<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ға дейін), Жамбыл облысында (371,4%; 2010 ж. 0,70<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-дан 2018 ж. 3,30<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ға дейін), Қостанай облысында (360,0%; 2010 ж. 0,5<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-дан 2018 ж. 2,30<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ға дейін), Батыс Қазақстан облысында (250,0%; 2010 ж. 1,60<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-дан 2018 ж. 5,60<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ға дейін), Ақмола облысы (300,0%; 2010 ж. 0,90<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-дан 2018 ж. 3,60<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ға дейін) болды. Ал ең төменгі оң өсу қарқыны Оңтүстік-Қазақстан облысында (28,6%; 2010 ж. 2,80<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-дан 2018 ж. 3,60<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ға дейін) құрады. Тұрғындарды ЖПД/ОД қамтамасыз етілу көрсеткішінің теріс өсу қарқыны 2010 жылдан 2018 жылға дейін Қызылорда облысында (-2,2%; 2010 ж. 4,50<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-дан 2018 ж. 4,40<sup>0</sup>/<sub>000</sub>-ға дейін) керісінше кемігенін байқауға болады, дегенмен тұтастай алғанда ел бойынша тоғыз жылдық кезеңде бұл көрсеткіш тұрақсыз болды.

Көрсетілгендей Қазақстан Республикасы және оның облыстары мен жеке қалалық статусы бар аймақтарда штаттық лауазымдардың жалпы практика дәрігерлерімен /отбасылық дәрігерлер штаттық лауазымдарымен толықтырылуы туралы деректер ұсынылған. Қазақстан Республикасында да, өңірлердердің бірінде де штаттық лауазымдардың жалпы практика дәрігерлерімен /отбасылық дәрігерлер толықтырылуы 100% деңгейге жеткен жоқ. Дегенмен де республикамызда және барлық облыстар мен қалаларды зерттеген кезеңде бұл көрсеткіштің жоғарылау үрдісін байқауға болады. Осылайша, жалпы республикалық көрсеткіш 92,20%-дан (2010 жылы) 97,50%-ға дейін (2018) жоғарылады. Егер жеке өңірлерге тоқталатын болсақ, ең үлкен жоғарғы көрсеткіштері Алматы облысында (2010 жыл және 2018 жылы 100,0%-ға дейін), Батыс Қазақстан облысында (2010-2012жж. 100,0%-дан 2018 жылы 99,70%-ға дейін), Оңтүстік Қазақстан облысында (2010 жылы 100,0%-дан 2018 жылы 99,0%-ға дейін), Алматы қаласында (2010 жылы 97,30%-дан 2018 жылы 99,60%-ға дейін) болды. Ал ең аз көрсеткіш Солтүстік-Қазақстан облысында (2010 жылы 65,60%-дан 2018 жылы 93,30%-ға дейін) орта қазақстандық деңгейден айтарлықтай төмендеу екені байқалды. 2010 жылы жалпы практика дәрігерлерінің штаттық лауазымдар саны 2740 құраса, 2018 жылы бұл көрсеткіш 6870 штаттық лауазымдарға толықтырылды (30 есеп беру нысан бойынша). Бұл дегеніміз 2,5 есе өскенін көрсетеді.

Қазақстан Республикасының және облыстық орталықтардағы 2010-2018 жж. аралығындағы ЖПД қоса атқару коэффициенті көрсетілген. Жұмыс нәтижесінде көрініп тұрғандай, 2010-2018 жылдары Қазақстан Республикасында ЖПД қоса атқару коэффициенті орташа шамамен 1,10 тең болды, ал 2013 жылы 1,20 дейін өсті және одан әрі тұрақтылық 2018 жылға қарай бұл көрсеткіш республика бойынша (1,10) деңгейінде тұрақталынды.

Медициналық ұйымдардың қамтамасыз етілуі мен толықтырылу көрсеткішін талдау тұрғындарға амбулаториялық жағдайда медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін дәрігерлермен (учаскелік терапевт дәрігер, учаскелік педиатр дәрігер, жалпы практика дәрігері (отбасылық дәрігер), Қазақстан Республикасында, облыстық орталықтар және Мемлекеттік жеке статусы бар қалаларда тоғыз жылдық кезеңдегі (2010-2018) динамикада әртүрлі бағыттағы үрдістер бар екенін көрсетті: учаскелік терапевттер және учаскелік педиатр дәрігерлер (-64,7% және -50%-ға, тиісінше) азайса, жалпы практика дәрігерлері (отбасылық дәрігерлер) 128,6%- өсті. Бұл ретте барлық мамандармен толықтыру көрсеткіштері төмендегенін, ал қоса атқару коэффициенті 1,1 деңгейінде сақталып отырды.

Бөлімді қорыта келе біздің зерттеуімізде терапевт дәрігер мен педиатр дәрігерлерлердің 2010 жылдан бастап азайып жатқанын, ал керісінше жалпы практика дәрігерлерінің аймақтарда көбейіп отыру себебі ол кешегі республика көлемінде денсаулық сақтау саласындағы медициналық-санитариялық алғашқы көмекті халыққа сапалы түрде көрсету және денсаулық сақтау саласында ресурсты үнемдеу саясаты мен тұрғындардың денсаулығын нығайтуда үлкен жетістіктерге жетуге арналған реформалардың жемісі болып табылып отыр.

«Алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсету қағидаларын және Азаматтарды алғашқы медициналық-санитариялық көмек ұйымдарына қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 28 сәуірдегі №281 бұйрығына өзгеріс енгізу туралы» атты бұйрығына сәйкес және басқа бұйрықтар мен қаулыларға байланысты жалпы практика дәрігерінің қызметі елімізде маңызды рөл атқарып отыр.

Сол себепті осы және мемлекеттік стратегиялық жоспарларды іске асыру жолында тұрғындарға МСАК-ті ұйымдастыруда жалпы практика дәрігерінің атқаратын рөлі жоғары болғандықтан 1999 жылдан бастап осы салада істеп отырған дәрігерлердің саны көбейіп, ал кеңес моделінен келе жатқан учаскелік терапевт пен педиатр дәрігерлер саны азайып жатыр.

Біз жүргізген кең ауқымды хронометраждық зерттеу көрсеткендей, бір пациентті амбулаториялық емхана жағдайында жалпы практика дәрігердің (отбасылық дәрігер) қабылдау кезіндегі жұмыс уақытының орташа өлшенген шығыны науқасқа  $15,1 \pm 0,2$  минутты құрады. Ал қолданыстағы нормативтік қабылдау бойынша жалпы практика дәрігерлері 4 сағаттық ауысыммен (15мин) күніне орта есеппен 16 пациентті қабылдауы керек. Бірақ нақты көрсеткіш нормадан 1,3 есе жоғары. Мұндай жүктеме көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасына тікелей әсер етеді.



Амбулаториялық-емханадағы мамандарының жүктемесін зерттеу барысында алынған мәліметтерге сүйенсек, барлық Қазақстан Республикасында дәрігер жұмыс уақытының жартысын құжаттармен жұмыс жасау 50,2%-ды құрайды, алайда жұмыс күнінің 38,2%-ы негізгі қызметке пациентті тікелей қабылдауға жұмсаса, ал қалған қызмет түрлеріне жұмыс уақытының 11,6%-ы кетеді.

2017 жылы республика бойынша жалпы пратика дәрігеріне тіркелген тұрғындар саны бұйрыққа сәйкес келетін (1 ЖПД-ге 2000 адам), бірақ осыған қарамастан, тұрғындар саны нормадан асатын учаскелер болды (1 ЖПД-ге 2132-ден 2200 адамға дейін) – бұл көбінесе халықтың көші-кон саны, аймақтарда тығыс орналасқан «өсіп келе жатқан» елді мекендер. Емханаларға тіркелген тұрғындар саны жылдан жылға арта түсті. Осыған орай, мемлекеттік реформалар барысында 2019 жылдан бастап, емхана учаскелерін ықшамдандыру жүргіздіре бастағандықтан, бұл көрсеткішті бір ЖПД тіркелген тұрғындар санын 1700 адамға жеткізді.

ЖПД дәрігерлерінің жүктемесінде аймақтарда әлеуметтік-экономикалық және демографиялық ерекшеліктеріне байланысты ерекшеліктері бар. Көбірек жүктемелер «өсіп келе жатқан» қалаларда, жас тұрғындардың үлесі 50%-дан жоғары, жалпы аяғы ауыр әйелдер мен балалар көп уақытты алады. Сондай-ақ, жүктеме көлемі халықтың тығыздығына, мамандандырылған медициналық көмек көрсететін медициналық ұйымдарға байланысты болады.

ЖПД-дің қабылдау уақытын және жүктемесін бөлу жалпы мекеменің жұмысты дұрыс ұйымдастыруға (менеджмент) тікелей байланысты болып отыр. АМУ енгізілген жеке электронды базада (Кешенді медициналық ақпараттық жүйе арқылы науқас туралы барлық ақпараттарды бір жерден және бөлімдерден тез табу мүмкіндігі) құжаттардың дайын электронды формада болуы, науқастардың алдын ала дәрігерге электронды порталда жазылуы, қолданыста дайын клиникалық хаттамалардың болуы және бірнеше мейіргерлердің қызмет атқару барысында, яғни жалпы практика дәрігерлерінің жұмысын жақсартуға және медициналық құжаттарды толтыруға кететін уақытын айтарлықтай қысқартып үнемдеуге көмектеседі.

Зерттеу барысында нәтижесін қортындылай келе сауалнамаға қатысқан 648 респонденттердің ішінде 65,06% ЖПД ретіндегі жұмыс өтілі 5 жылдай екенін көрсетсе, оның ішінде бір жылдан кем жұмыс өтілімен 120 дәрігер (18,63%). 10 жылдан астам тәжірибесі бар жалпы практика дәрігерлерінің барлығы 109 адам (16,93%).

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2010 жылғы 7 сәуірдегі №238 бұйрығының, 2019 жылғы 6 мамырдағы өзгерістер мен толықтыруларына сәйкес, жалпы практика дәрігерлеріне тіркелген халық саны 1500 адамға қызмет көрсететінін, тек сауалнамаға қатысқан 37 дәрігер атап өтті, ол 5,75% құрады. Көптеген ЖПД (56,21%) 1500-ден 1700-ге дейін халыққа қызмет көрсетеді.

Сауалнама деректері көптеген жағдайда ЖПД қызмет көрсету аймағының бөлінбейтіндігін көрсетеді. Дәрігерлердің жартысынан көбі соңғы 3 жыл ішінде ЖПД жүктемесі арта түскенін айтады.

Зерттеу барысында 250 жалпы практика дәрігерлер (38,82%) алғашқы қабылдауға 15 минут немесе одан аз уақыт жұмсайды. Қалған респонденттердің мәліметтерінің нәтижелері бойынша: алғашқы қабылдау кезінде 20 минут (29,66%), 25 – 17,24%, 30 – 10,56% жұмсайды, бұл сауалнамаға қатысқан дәрігерлердің көпшілігінің жұмыс өтілі 5 жылдан кем болуына байланысты болуы мүмкін.

Ал жалпы практика дәрігерлерінің 30,44%-ы жұмыс тәртібінің және функционалы қанағаттандырмайды. Респонденттердің пікірлері бойынша төмендегіні атап өтті:

– ЖПД жұмысын ұйымдастыруға өзгертулер енгізу – жалпы практика дәрігерінсіз профилді (бейінді) мамандарға, сондай-ақ кейбір аспаптық зерттеулерді «Datumed» арқылы жазылу, «біртұтас мультидисциплинарлық команда» енгізу, бұл профилді (бейінді) мамандардың кейбір мәселелерге жедел ден қоюға мүмкіндік беретін, және де қағаздық жұмыстарды азайту;

– мейіргерлерге көбірек дербестікті беру;

– жоғары білімді мейіргерлер үлесін арттыру.

Денсаулық сақтау саласының даму қарқынды барысында МСАК ұйымдардағы бейінді мамандардың кейбір қызметтерін жалпы практика дәрігеріне беру барысында, ЖПД жұмыс жүктемесінің ұлғая бастаған болатын. Осыған орай, ұсынылып отырған мультидисциплинарлық команда 1 жалпы практика дәрігеріне 1 қолданбалы мейіргер, ал 2 жалпы практика мейіргері (отбасылық мейіргер) (ТЖКБ) жұмыс жасауы көрсетіледі. Жалпы практика дәрігерінің кейбір өкілеттілін қолданбалы мейіргерге беру ұсынылады. Қолданбалы мейіргер өз күзірет шегінде дербес қабылдауды жүргізіп, жалпы практика мейіргері (отбасылық мейіргер) (ТЖКБ) жұмыстарын қадағалап отыруды, жалпы практика дәрігері әлеуметтік қызметкер, психолог, СӨС дәрігерімен, бейінді мамандармен өзара қатынаста тығыз жұмыс жасауы көрсетіледі

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласында жасалып жатқан реформалардың нәтижелері мен МСАК ұйымдардың даму үрдістеріне сәйкес қолданыстағы НҚА «Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі туралы ережені бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2011 жылғы 5 қаңтардағы №7 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу қажет екенін көрсетеді.

2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасының 5.6. бөлімдегі «Денсаулық сақтау саласында адами ресурстарды басқарудың тиімділігін арттыру» 5.6.2. тармағының «Медициналық білім беруді жаңғырту» 3-ші тармақшасына сәйкес практикалық денсаулық сақтау ұйымдарының дәрігерлермен түлектердің біліктілік деңгейіне арналған кәсіптік стандарттарды әзірлеуі туралы көрсетілген. Осыған орай «Жалпы практика дәрігері» мамандығы бойынша бұрын жасалған кәсіби стандарт (КС) қайдадан қаралып толықтырулар мен өзгерістер ұсынылады.

*Зерттеу нәтижесінде келесі түйіндер жасалды:*

1. Тұрғындарға медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсету сұрақтары бойынша нормативтік-құқықтық базасына жүргізілген талдауда,

дәрігерлердің жүктеме нормативтерінің жетілмегендігін, сондай-ақ жалпы практика дәрігерлерінің еңбек жағдайларын және жұмысын ұйымдастырудың жаңа жолдарын енгізу қажеттілігін көрсетеді.

2. Қазақстан Республикасының 16 аймағында учаскелік дәрігерлердің қамтамасыз етілуіне жүргізілген талдау бойынша жалпы практика дәрігерлерінің үлесі 128,6%-ға жоғарлағанын көрсетсе, Республика бойынша учаскелік терапевттер мен педиатрлардың үлес салмағы тиісінше -64,7% және -50%-ға төмендегенін көрсетті. Қазақстан Республикасының 10000 тұрғынға шаққанда учаскелік қызметтегі дәрігерлермен жалпы қамтамасыз етілу үлесінің төмендегенін көрсетіп, ал қоса атқару коэффициент 1,1 деңгейінде сақталып отыр.

3. Жалпы практика дәрігерінің жұмыс уақытының шығындары бір пациентті қабылдау кезінде орта есеппен  $15,1 \pm 0,2$  минут жұмсалатындығын көрсетті. Сонымен қатар, ЖПД жалпы жұмыс уақытының 38,2%-ын негізгі қызмет атқаруға, 50,2%-ын медициналық құжаттармен жұмыс істеуге және жұмыс уақытының 11,6% дейін басқа қызметтік жұмысқа (конференциялар, медицина қызметкерлерімен сабақ, жұмыс телефонмен сөйлесу) жұмсайды. Хронометраж барысында дәрігердің негізгі қызметіне кедергі жасайтын элементтер анықталды (әріптестерімен және басқа адамдармен сөйлесу), бұл ресми қызмет уақытының орташа 6,7%-ын құрады. Жалпы практика дәрігерінің 4 сағаттық жұмыс кезегінде қабылдаған пациенттердің саны нормадан (16 пациент) 1,3 есе жоғары болды. Хронометраж нәтижелері бір пациентті қабылдау уақытын көбейту қажеттілігінің жоқтығын көрсетеді.

4. Жалпы практика дәрігерлеріне жүргізілген сауалнама бойынша, жалпы практика дәрігерінің бір пациентті қабылдауға кететін уақыт шығыны дәрігердің жасына (23-тен 43 жасқа дейін 20 минут және 44-тен 59 жас топтары 15 минут) және жұмыс өтіліне (10 жылға дейінгі жұмыс өтілі бар ЖПД - 20 минут, 10 жылдан астам - 15 минут) байланысты екенін көрсетті. Мейіргерлерге функционалдың жартысын беру барысында ЖПД жүктемесінің төмендеуінің статистикалық маңызды байланыс анықталды. Сонымен бірге, респонденттердің (47,0%) мейіргерлерге функционалдың жартысын берсе де ЖПД пациенттерді қабылдау уақыты өзгермеді деп санайды. Мұның себептерін дәрігерлер мейіргерлердің жетіспеушілігі мен төмен біліктілігі, қағаз жұмысының көп болуынан ЖПД қосымша уақыт кететінін атап көрсетті. Осы мәселелерді шешу жолдары ретінде, мейіргерлердің дербестігі мен құзыреттілігін арттыру, процестерді цифрландыру (бейінді мамандарға, инструменталды зерттеулерге жазылу).

5. Алынған мәліметтер негізінде ЖПД қызметін және олардың құзыреттерін реттейтін қолданыстағы және әзірленетін нормативтік құжаттарға өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы ұсыныстар берілді.

## ТӘЖІРИБЕЛІК ҰСЫНЫСТАР

*Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігіне:*

1. «Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін медициналық ұйымдардың қызметі туралы ережені бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2011 жылғы 5 қаңтардағы №7 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу ұсынылады. Жалпы практика дәрігерлерінің жұмыс жүктемесін азайту үшін мейіргерлерге бірқатар өкілеттіктерді беру, оның ішінде кеңейтілген практика мейіргеріне беру (мысалы, пациенттерді дербес қабылдау) ұсынылады.

2. Жалпы практика дәрігері/отбасылық дәрігер мамандығы бойынша бұрын жасалған кәсіби стандартқа (КС) толықтырулар мен өзгерістер ұсынылады.

*Медициналық ұйымдарға:*

1. Жалпы практика дәрігерінен бірқатар өкілеттіктерді беру үшін жағдай жасау, оның ішінде пациенттерді мейіргерлік қабылдау және медициналық құжаттарды жүргізу және т.б. ұсынылады.

2. МСАК дәрігерлер жұмысының тиімділігін қамтамасыз ету үшін штаттық кестені және дәрігерлерге жүктемені қайта қарау бойынша уақытында іс-шараларды қабылдау қажеттілігі (ауру деңгейінің өзгеруін, тұрғындар құрылымы, тұру тығыздығы, дәрігердің тәжірибесі және т.б. ескере отырып), тиісті жұмыс жағдайларын жасау (жаңа медициналық жабдықтар мен кеңсе жабдықтарын сатып алу, амбулаториялық жағдайда медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін дәрігерлер мен мейіргерлердің үздіксіз кәсіби дамуын қамтамасыз ету).

3. МСАК ұйымдардағы жалпы практика дәрігері жүктемесін азайту жұмысын жақсарту мақсатында әрбір команда мүшесінің функционалдық міндеттерін нақты көрсете отырып, мультидисциплинарлық команда моделін енгізу ұсынылады.

Жалпы практика дәрігерлерінен бастап бейінді мамандардан, әлеуметтік қызметкерлер, психологтар, СӨС дәрігерлер, кеңейтілген практикалық мейіргер мен жалпы практика мейіргерінен тұратын «МСАК-тің мультидисциплинарлық командасы» моделі ұсынылады. Мультидисциплинарлық команданың қызметі әлеуметтік қорғау органдарымен бірлесіп қажетті медициналық көмекті, сондай-ақ әлеуметтік және психологиялық қолдау мен мультибейінді патронажбен қамтамасыз ету.

Қызметтердің барлық қол жетімділігін қамтамасыз ету үшін МСАК ұйымдарының желісі аймақтарда демографиялық, географиялық және инфрақұрылымдық жағдайларды ескере отырып дамуы тиіс. Мемлекеттік-жекеменшік серіктестікті дамытуды жалғастыру және қызмет көрсетілетін тұрғындардың бір бөлігін аккредитациядан өткен жеке тұлғаларға беру қажет; тұрғындардың тұрғылықты жерлеріне мүмкіндігінше жақын орналасуына байланысты ЖПД участкелерін кезеңмен бөлу және МСАК ұйымдарға берілуі тиіс. Бұдан басқа, созылмалы ауруы бар пациенттерді бақылау және

пациенттерге үйде қызмет көрсетуді кеңейтілген практикалық мейіргер құзырына ары қарай беруді қамтамасыз ету қажет.

## ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Қазақстан Республикасы Үкіметінің Қаулысы. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған "Денсаулық" мемлекеттік бағдарламасын бекіту туралы: 2016 жылдың 15 қаңтары, №634 бекітілген // <http://adilet.zan.kz/kaz/docs>. 10.12.2019.
- 2 Қазақстан Республикасы Халық Денсаулығы мен Денсаулық сақтау жүйесі туралы кодексі: 2009 жылдың 18 қыркүйегі, №193-IV қабылданған // [http://adilet.zan.kz/kaz/docs/K090000193\\_.27.06.2019](http://adilet.zan.kz/kaz/docs/K090000193_.27.06.2019).
- 3 Мергентай А., Болатова Ж.Е., Кулов Д.Б., Койков В.В., Мусина Г.А. Анализ численности врачей общей практики в Республике Казахстан // Перспективы развития современной науки: матер. междунар. науч.-практ. конф. – Пусан, 2017. – Т.1. – С. 262.
- 4 Денисов И.Н., Черниенко Е.И, Совершенствование организации первичного звена здравоохранения: метод. реком. // Справочник врача общей практики. – 2008. – №1. – С.13-46.
- 5 Гаджиева Л.А. Совершенствование организационных форм работы общих врачебных практик в условиях города: автореф....канд.мед.наук: 14.02.03. – М., 2017. – 25 с.
- 6 Астанинская декларация по первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) // <https://www.who.int/primary-health/conference-phc>. 20.12.2018.
- 7 Обзоры систем здравоохранения: Казахстан 2018 // <http://dx.doi.org/10.1787/9789264292895-ru>. 20.05.2019.
- 8 Абзалова Р.А., Макенбаева А.К., Тажикенова Ж.Ш. Современные организационные аспекты совершенствования ПМСП в Казахстане // Менеджер здравоохранения Республики Казахстан. – 2013. – №2(7). – С.50-54.
- 9 Мухамеджанова Г.Б., Мусирепова С.К. Стратегии в управлении здравоохранения ПМСП // Менеджер здравоохранения Республики Казахстан. – 2014. – №4(13). – С.19-22.
- 10 Айдарханова К.К., Отыншиев Б.Н., Есенгельдинова Ж.А. и др. Компетентностный подход к подготовке врачей общей практики в Казахстане // Вестник АГИУВ. – 2012. – №2. – С.32-35.
- 11 Кузнецова О.Ю. Организационные основы первичной санитарной помощи: учебное пособие. – СПб.: Издательство СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2013. – 44с.
- 12 Каримсакова Б.К. Инновационные методы обучения в подготовке врача общей практики // Вестник Западно-Казахстанский. – 2014. – №3(44). – С. 64-65.
- 13 Хальбаева Е.Л. Офтальмология в практике семейного врача // Вестник КазНМУ. – 2010. – №4. – С. 48-49.
- 14 Дербисалина Г.А. Основные принципы эффективных коммуникаций врача общей практики // Вестник КазНМУ. – 2010. – №4. – С.87-89.
- 15 Мухамеджанова Г.Б., Мусирепова С.К., Изекенова А.К. Инновационные преобразования на уровне ПМСП // Менеджер здравоохранения Республики Казахстан. – 2012. – №3(7). – С. 14-16.

16 Саурбаев Т.К. Внедрение рациональных форм первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), трансферты, социальная ориентированность, работа регистратуры // Менеджер здравоохранения Республики Казахстан. – 2013. – №2(7). – С. 63-65.

17 Джайнакбаев Н.Т., Рыскулова А.Р., Абдраимова Э.Т. и др. Современные тенденции (подходы) по усовершенствованию ПМСП населению Республики Казахстан // Вестник КазНМУ. – 2013. – №2. – С.29-31.

18 Нельга О.Н., Организация работы амбулаторного центра, оказывающего первичную медико-санитарную помощь (на примере г.Москвы) // Актуальные вопросы развития социально-экономических систем в современном обществе: матер.5-й междунар. науч.-практ. конф. – Саратов: ООО «Центр профессионального менеджмента «Академия бизнеса», 2014. – С. 112-113.

19 Руководство по мониторингу и оценке кадровых ресурсов здравоохранения (специально для стран с низким и средним уровнем дохода) / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2010. – 184 с.

20 Руководство по мониторингу и оценке кадровых ресурсов здравоохранения (специально для стран с низким и средним уровнем дохода) / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2012. – 188 с.

21 A Universal Truth: No health without a workforce / Global Health Workforce Alliance World Health Organization.– Geneva, 2013. – 104 p.

22 Voerma W.G.W., Fleming D.M. The role of general practice in primary health care. – Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 2001. – 182 p.

23 Back M. Risks and Opportunities of Reforms Putting Primary Care in the Driver's Seat Comment on "Governance, Government, and the Search for New Provider Models // International Journal of Health Policy and Management. – 2016. – Vol. 5, Issue 8. – P. 511-513.

24 Здоровье народа зависит от воли и честности политиков // <http://www.baiterek.kz/node/1513>. 15.02.2018.

25 Roland M., Guthrie B., Thome D.C. Primary Medical Care in the United Kingdom // JABFM. – 2012. – Vol. 25. – P.6-11.

26 The History of Family Medicine and Its Impact in US Health Care Delivery // <https://www.aafpfoundation.org/content/>. 12.03.2017.

27 Первичная медико-санитарная помощь: Сегодня актуальнее, чем когда-либо // [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_ru.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf). 19.01.2017.

28 Gill P., Foskett-Tharby R., Cluzeau F. et al. Improving quality of primary care through financial incentives: the case of Thailand // Journal of the royal society of Medicine. – Vol. 109, Issue 8. – P. 292-293.

29 Voerma W.G.W., Dubois C.-A. Mapping primary care across Europe // In book: Primary care in the driver's seat?/ ed. R.B. Saltman et al. – Berkshire, 2006. – P. 22-49.

30 Сагеев С.С. Актуальные аспекты первичной медико-санитарной помощи // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2012. – №2. – С.404-406.

31 Садибекова Ж.У., Токкулиева Б.Б., Есеева Г.М., Туганбаева А.Т. Актуальность первичной медико-санитарной помощи // Вестник Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии. – 2014. – №4(68). – С. 62-65.

32 Линденбратен А.Л., Гришина Н.К., Ковалева В.В. и др. К вопросу повышения качества организации первичной медико-санитарной помощи в Москве // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – №4-5. – С. 159-167.

33 Самарова У.С., Мусина Д.С. Совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи // Наука и здравоохранение. – 2013. – №1. – С.6-7.

34 Доклад о состоянии здравоохранения в мире Финансирование систем здравоохранения // [https://www.who.int/whr/2010/whr10\\_ru.pdf](https://www.who.int/whr/2010/whr10_ru.pdf). 20.01.2017.

35 Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий /пер. с англ. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. – 431 с.

36 Stefanie E.S., Nolte E., Mays N., Thomson S., McKee M. Policy brief. Health care outside hospital. Accessing generalist and specialist care in eight countries. – Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies, 2006. – 93р.

37 Вечорко В.И. Распределение рабочего времени на амбулаторном приеме врача-терапевта участкового с медицинской сестрой в поликлинике города Москвы (фотохронометражное наблюдение) // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – Т. 52, №6. – С.4.

38 Жилиева Е.П., Заика Н.М., Маркун Е.Р. Первичная медико-санитарная помощь в здравоохранении Индии. Российская академия медицинских наук // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2010. – №1. – С.154-159.

39 Қазақстан Республикасы Үкіметінің Қаулысы. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ұйымдарының желісінің мемлекеттік нормативін бекіту туралы: 2014 жылдың 19 ақпан, №114 бекітілген // [http://adilet.zan.kz/kaz/docs/P090002131\\_16.06.2018](http://adilet.zan.kz/kaz/docs/P090002131_16.06.2018) г.

40 Руководство по профессиональным и административным аспектам развития общей практики/семейной медицины в странах Европы / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 1998. – 13с.

41 Стратегическое руководство для обеспечения справедливости в отношении здоровья / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2014. – 83с.

42 The health care workforce in Europe. Learning from experience / Европейское региональное бюро ВОЗ; Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения. – Трубридж, 2006. – 147 с.

43 Лалабекова М.В., Черкасов С.Н., Берсенева Е.А., Мешков Д.О. Факторы, влияющие на потребность в первичной медико-санитарной помощи на территориях с преимущественным проживанием городского населения // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2017. – №1. – С. 67-70.



- 44 Dubois C.-A., McKee M., Nolte E. Human resources for health in Europe. – Copenhagen: Open University Press, 2006. – 249p.
- 45 WHO country assessment tool on the uses and sources for human resources for health (HRH) data / World Health Organization. – Geneva, 2012. – 25p.
- 46 Workload Indicators of Staffing Need (WISN): User's manual / World Health Organization. – Geneva, 2010. – 56 p.
- 47 Сквирская Г.П., Сон И.М., Сененко А.Ш. др. Отделение медико-социальной помощи взрослому населению и отделение по уходу: концепция и принципы организации // Менеджер здравоохранения. – 2018. – №1. – С. 27-34.
- 48 Сквирская Г.П. Актуальные проблемы модернизации системы первичной медицинской помощи и повышения эффективности управления медицинскими организациями // Главный врач. – 2014. – №11. – С. 4-8.
- 49 Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Леонов С.А. Кадровые ресурсы здравоохранения Российской Федерации: состояние, проблемы и основные тенденции развития // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – Т.13, №1. – С. 2.
- 50 Безродная Л.В., Финченко Е.А., Бондарева Е.И. и др. Современные подходы к организации профессиональной подготовки врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь // Сибирский Консилиум. – 2006. – №2. – С. 66-68.
- 51 Карайланов М.Г., Русев И.Т., Борисов Д.Н. и др. Реформирование первичной медико-санитарной помощи в России // Известия Российской Военно-медицинской академии. – 2017. – Т. 36, №1. – С. 32-36.
- 52 Левадня М.О. Повышение доступности первичной медико-санитарной помощи для населения // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2018. – №1. – С. 26-35.
- 53 Сертакова О.В., Иванова Т.А., Умалатова Г.А. Социально-экономический подход к повышению качества государственного управления в системе первичной медико-санитарной помощи населению // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2017. – №4. – С. 22-29.
- 54 Kringos D.S., Voerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B. Building primary care in a changing Europe. – Copenhagen: European Observatory for Health Systems and Policies, 2015. – 304 p.
- 55 Курдюмов Д.А., Черняев А.В., Ходырева И.Н., Картошкина И.С. Применение методов бережливого производства при оказании первичной медико-санитарной помощи // Повышение производительности труда как стратегический фактор конкурентоспособности: матер. науч.-практ. конф. – Краснодар, 2017. – С. 184-193.
- 56 Сибурина Т.А., Михайлова Ю.В., Вялкова Г.М. Стратегические направления кадровой политики в здравоохранении // Проблемы управления здравоохранением. – 2001. – №1. – С. 44.
- 57 Косенко А.А. Бюджет рабочего времени лечащего врача типовой городской поликлиники и нормообразующие факторы // [www.science-education.ru/118-13960](http://www.science-education.ru/118-13960). 17.07.2016.

58 Постановление Госкомтруда и Президиума ВЦСПС. Положение об организации нормирования труда в народном хозяйстве (в части не противоречащей действующему законодательству): утв. 19 июня 1986 года, №226/П-6 // <http://docs.cntd.ru/document/9043490.04.02.2018>.

59 Постановление Государственного комитета совета министров СССР по вопросам труда и заработной платы. Об утверждении списка производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день: утв. 25 октября 1974 года, №298/п-22 (в редакции Постановления Минтруда СССР от 29.05.1991г. №11, пункт 169 раздела XL) // <http://docs.cntd.ru/document/9014747.04.02.2018>.

60 Логунов Д.Л., Лучкевич В.С. Анализ потребности в медицинских кадрах и эффективность первичной медико-санитарной помощи // Здоровье населения и качество жизни: матер. 4-й все рос. с междунар. участием заоч. науч.-практ. конф. – СПб., 2017. – С. 104-116.

61 Михайлова Ю.В. Научные основы стратегического планирования в здравоохранении // Экономика здравоохранения. – 2002. – №3. – С. 48.

62 Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению: утв. 15 мая 2012 года, №543н // [https://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=31225531](https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31225531). 10.6.2018.

63 Михайлова Ю.В., Нечаева О.Б., Скачкова Е.И., Назаров В.И. Эффективность работы здравоохранения Российской Федерации // Здравоохранение РФ. – 2011. – №6. – С. 3-7.

64 Комаров Ю.М. Первичная медико-санитарная помощь: какой она должна быть? // Здравоохранение. – 2008. – №5. – С. 19-28.

65 Карайланов М.Г., Русев И.Т., Федоткина С.А. и др. Первичная медико-санитарная помощь в основе современной системы здравоохранения // Экономика, менеджмент и маркетинг в военном и гражданском здравоохранении: тез. докл. – СПб.: Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, 2014. – С. 119-121.

66 Каспрук Л.И., Снасапова Д.М., Копылов Ю.Н., Жакупова Г.Т. Актуальные аспекты прогнозирования кадрового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в Оренбургской области // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №5. – С. 114.

67 Армашевская О.В., Жмеренецкий К.В., Иванова М.А. и др. Фотохронометражное исследование затрат рабочего времени при амбулаторном // Дальневосточный медицинский журнал. – 2016. – №4. – С. 81-84.

68 Максименко Л.Л. Руководство к практическим занятиям по общественному здоровью и здравоохранению: учеб.-метод. пособие. – Ставрополь: СтГМА, 2007. – 273с.

69 Мальсагова И.Я., Купеева И.А. Планирование численности и структуры врачебных кадров для выполнения гарантированного государством

объёма бесплатной медицинской помощи населению Республики Ингушетия// Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – Т. 17, №3. –С. 211-212.

70 Мягмарчулуун С., Цолмон Ч., Шурэнцэцэг Х.и др. Результаты исследования “Обоснование установления нормативов нагрузки и норм труда медицинских специалистов” // Международный научно-исследовательский журнал. – 2014. – №62(25). – С.57-61.

71 Вялков А.И., Шипова В.М., Житников Ю.М., Леонова С.М. Штаты рабочих и служащих учреждений здравоохранения:межотраслевые и отраслевые нормативно-методические материалы /под ред. О.П.Щепина. – М.:Грантъ, 2000. – 101с.

72 Гайдаров Г.М., Макаров С.В., Алексеева Н.Ю., Маевская И.В. Нормирование труда врачей на основе штатных нормативов (на примере врачей-патологоанатомов)/ // Acta Biomedica Scientifica. – 2017. – Т. 2,№4. – С. 80-84.

73 Калининская А.А., Кузнецова С.И., Стукалов А.Ф. Первичная медицинская помощь – механизмы совершенствования// Ремедиум. – 2008. – №1. – С.11-14.

74 Потуданская В.Ф., Горскина Л.С. Еще раз о принципах нормирования труда // Экономика труда. – 2017. – Т. 4, №3. – С. 197-208.

75 Русев И.Т., Карайланов М.Г., Прокин И.Г., Кузьмин С.Г. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях на примере мегаполиса // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2016. – №3(55). – С. 144-147.

76 Сквирская Г.П., Исаева Ж.С., Пушкова С.И. Опыт становления рыночных моделей здравоохранения в некоторых странах постсоветского пространства //Главный врач. – 2015. –№5. – С. 48-51.

77 Сон И.М., Шипова В.М., Иванова М.А. и др.Нормирование труда врачей амбулаторного приема при оказании первичной медицинской помощи // Здравоохранение. – 2014. – №7. – С. 76-85.

78 Приказ Министерства здравоохранения СССР. Штатные нормативы медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь городских и областных (краевых, республиканских) кожно-венерологических диспансеров, отделений и кабинетов: утв. 14 сентября 1973 года, №730 (редакция от 25.06.1981) // <http://base.garant.ru/>. 04.02.2018.

79 Боев В.С. Кадровые проблемы в системе здравоохранения промышленно-развитого городского округа// Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. – Т. 58, №3. – С. 44-46.

80 Сквирская Г.П. Актуальные проблемы модернизации амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации// Заместитель главного врача. – 2012. – №8. – С. 16-26.

81 Стародубов В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития.– М.: Медицина, 2007. – 264 с.

82 Стародубов В.И., Сон И.М., Иванова М.А. др. Затраты рабочего времени врачей-специалистов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях // Менеджер здравоохранения. – 2016. – №2. – С. 6-12.

83 Финченко Е.А., Яковлев Р.В., Бондарева Е.И. и др. Проблемы базового и последипломного образования врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь // Сибирский Консилиум. – 2006. – №7. – С. 75-80.

84 Постановление Правительства Российской Федерации. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов: утв. 28 ноября 2014 года, №1273 (редакция от 17.11.2015 г.) // <http://base.garant.ru.25.03.2019>.

85 Кабакова Т.И., Калинин И.В., Кабакова Т.И., Калинин И.В. Проблемы кадрового обеспечения медицинских и фармацевтических служб в пенитенциарных учреждениях краснодарского края Республики Адыгея // Актуальные проблемы экономики, социологии и права. – 2015. – №4. – С. 56-58.

86 Карайланов М.Г., Русев И.Т., Борисов Д.Н. и др. Развитие общеврачебной практики в оказании первичной медико-санитарной помощи населению крупных городов на современном этапе // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2017. – №1(57). – С. 166-168.

87 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің Бұйрығы. Денсаулық сақтау ұйымдарында медициналық құжаттаманы қағазсыз жүргізуге көшу жөніндегі пилоттық жобаны енгізу туралы: 2018 жылдың 5 сәуіріндегі, №152//[https://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=33289755](https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=33289755). 04.09.2019.

88 Мергентай А., Кулов Д.Б., Койков В.В. и др. Қазақстан Республикасында медициналық-санитариялық алғашқы көмектің және жалпы дәрігерлік практиканың даму кезеңдері // Астана медицина журналы. – 2017. – №2(92). – Б.7-15.

89 Мергентай А., Сергалиев Т.С., Ерназарқызы С.Н., Болатова Ж.Е. Қазіргі таңдағы жалпы практикалық дәрігерлердің мәселелері // «Наука и здоровье» жас ғалымдар халық. ғыл.-практ. конф. – Семей, 2016. – №6. – Б.152.

90 Баттақова Ж.Е., Мұқашева С.Б., Тоқмурзиева Г.Ж. ж.б. Медициналық-санитарлық алғашқы көмек деңгейінде халықпен жұмыс істеуге арналған салауатты өмір салты, дене белсенділігі, дұрыс тамақтану жөніндегі әдістемелік ұсынымдар: әдістемелік ұсыным. – Алматы: Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығы, 2014. –72 б.

91 Алма-Атинская декларация по первичной медико-санитарной помощи (12 сентября 1978) // <http://www.euro.who.int/ru/countries/kazakhstan>. 13.09.2018.

92 Нугманова С.Д. Здоровье нации – основа нашего успешного будущего // <http://ogni.kz/rubrika/zdravookhranenie/zdorove>. 20.01.2017.

93 Нугманова С.Д. 20 лет Семейной медицине в Казахстане // Наука и здравоохранение: спец. выпуск. – 2015. – №4. – С. 4-11.

94 Алиханова К.А., Омаркулов Б.К., Серикова М.С. Инновационные технологии активного обучения врачей общей практики по приоритетным направлениям ПМСП // Матер. 3-й центр.-азиат.междунар. науч.-практ. конф. по

медицинскому образованию «Медицинское образование – Новые горизонты». – Караганда, 2015. – С.61.

95 Алиханова К.А., Абугалиева Т.О., Асенова Л.Х. и др. Вопросы подготовки врачей общей практики по приоритетным направлениям первичной медико-санитарной помощи//Научное обозрение. Педагогические науки. – 2017. – №2. – С. 7-10.

96 Мергентай А. 2005-2015 жылдар аралығында денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік бағдарламалардың орындалған негізгі нәтижелері //Медицина и экология. – 2017. – №3. – Б.105-108.

97 Қазақстан Республикасының Президентінің Жарлығы. «Халық денсаулығы» мемлекеттік бағдарламасы: 1998 жылдың 16 қарашадағы, №4153 бекітілген // [http://adilet.zan.kz/kaz/docs/U980004153\\_](http://adilet.zan.kz/kaz/docs/U980004153_). 24.11.2019.

98 Приказ Председателя Комитета здравоохранения Министерства здравоохранения, образования и спорта Республики Казахстан. Об утверждении Положения о враче общей практики/семейном враче и Положения о семейной врачебной амбулатории: утв. 12 октября 1999 года, №500 (утративший силу) // [http://adilet.zan.kz/rus/docs/V990000989\\_/info](http://adilet.zan.kz/rus/docs/V990000989_/info). 20.09.2017.

99 Зонов В.Ф., Терехова Т.И., Дюсупова А.А. Вклад кафедры интернатуры по общей врачебной практике в становление семейной медицины в Республике Казахстан // Наука и здравоохранение: спец. выпуск. – 2015. – №4. – С. 43.

100 Учебно-практический центр Семейной медицины «Демеу» <http://demeu-om.kz/rus>. 20.01.2017.

101 Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» Мемлекеттік бағдарламасы // <http://adilet.zan.kz/kaz/docs/U1000001113>. 05.09.2019.

102 Скрининговые исследования в РК за 8 лет благодаря скрининговым исследованиям выявлено более 1,7 млн. человек с различными заболеваниями на ранних стадиях. – 2015 // <https://www.zakon.kz/4765249-mediki-kazakhstan-ocenili-jeffekt-ot.html>. 13.05.2018.

103 Рахыпбеков Т.К., Базарбек Ж.Б., Горемыкина М.В., Кырыкбаева С.С. Эффективность скрининговых обследований населения Восточно-Казахстанской области рамках реформирования здравоохранения Республики Казахстан по программе «Саламаты Қазақстан»// Наука и здравоохранение. – 2012. – №5. – С. 6-8.

104 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің Бұйрығы. «Халықтың нысаналы топтарын профилактикалық медициналық тексеріп-қарауды жүргізу ережесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2009 жылғы 10 қарашадағы №685 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы: 2014 жылдың 29 желтоқсаны, №361 бекітілген // <http://adilet.zan.kz/>. 27.06.2019.

105 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил организации скрининга: утв. 9 сентября 2010 года, №704 <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006490>. 27.06.2019.

106 ВОЗ признала Казахстан лидером по развитию первичной медико-санитарной помощи // <https://mk-kz.kz/articles/2014/09/22>. 30.06.2018.

107 64-я сессия Европейского регионального комитета ВОЗ // <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee>.30.06.2018.

108 ҚР Парламенті Алматы қаласындағы ДДСҰ-ның МСАК бойынша географиялық жағынан қашық орналасқан офисін ашу туралы келісімді ратификациялады // <http://www.enbek.gov.kz/ru/node/331175>. 20.01.2017.

109 ҚР Президенті Н.Ә. Назарбаевтың «Бес институционалдық реформаны іске асыру бойынша 100 нақты қадам» атты Ұлт жоспары III тарау 82-қадам // <http://adilet.zan.kz/kaz/docs/K1500000100.05.09.2019>.

110 Байгожина З.А., Кабдуллина Г.Б., Абдрахманова А.О. Прогнозирование потребности практического здравоохранения в прикладных бакалаврах сестринского дела // Информационный Вестник по вопросам сестринского дела. –2019. – №2. – С. 2.

111 Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2019 года: утв. Министром здравоохранения Республики Казахстан от 6 декабря 2016 года // <http://www.rcrz.kz/files/nauka>. 08.2018.

112 Дорожная карта по реализации проекта «Модернизация медицинского образования и науки»: утв. Вице-министром здравоохранения Республики Казахстан от 3 марта 2017 года // <http://www.rcrz.kz/images>.05.09.2017.

113 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің Бұйрығы.Денсаулық сақтау ұйымдарына мейіргер қызметінің жаңа үлгісін енгізу бойынша пилоттық жобаны іске асыру туралы: 2018 жылдың 4 шілдесі, №419 бекітілген // <https://online.zakon.kz/>. 17.07.2019.

114 Койков В.В., Турумбетова Т.Б., Жашкенова Н.С. и др. Методы планирования и прогнозирования кадровых ресурсов здравоохранения в условиях обязательного социального медицинского страхования: метод. реком. – Астана, 2016. – 41с.

115 Аканов А.А. Политика охраны здоровья населения в Казахстане: Опыт разработки, реализации национальных программ здравоохранения и перспективы на 2010-2015 годы. – Астана, 2006. – 243с.

116 Турумбетова Т.Б., Мусниа Г.А., Кабдуллина М.М. и др. Методы планирования, прогнозирования кадровых ресурсов здравоохранения: метод.рек. – Астана: Республиканский центр развития здравоохранения, 2015. – 42с.

117 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің бұйрығы Денсаулық сақтау субъектілерінің әкімшілік деректерін жинауға арналған нысандарын бекіту туралы: 2013 жылдың 6 наурызда, №128 бекітілген // <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1900018666>. 03.09.2019.

118 Аксенова Е.И., Александрова О.А., Ярашева А.В. Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения.– М.: НИИ ОЗММ ДЗМ, 2019. – 247 с.

119 Мергентай А., Кулов Д.Б., Койков В.В. и др. Аймақтар бойынша денсаулық сақтау саласының кадрлық ресурстармен қамтамасыз ету жағдайына талдау // Астана медицина журналы. – 2019. – №1. – С.197-201.

120 Katsaga A, Kulzhanov M, Karanikolos M, Rechel B. Kazakhstan: Health system review // Health Systems in Transition.–2012.– №14(4). – P. 1-154.

121 Турумбетова Т.Б., Абдрахманова А.О., Калиева М.А. и др. Расчет штатных нормативов медицинских кадров стационара в условиях сокращения

основного фонда и оплаты по пролеченным больным //Астана медициналық журналы. – 2014. – №4(82). – С.85-89.

122 Шипова В.М., Минин О.Г. Организация нормирования труда в здравоохранении: основные термины и их применение (тема 1) // Главная медицинская сестра. – 2011. – №3. – С. 50-61.

123 Шипова В.М., Гаенко О.Н., Плутницкий А.Н. Совершенствование штатного обеспечения диспансеризации населения//Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2012. –№1. – С. 141-146.

124 Шрага М.Х., Кудря Л.И. Здоровье для всех (первичная медико-санитарная помощь) в бассейне реки Северной Двины //Труды Архангельского центра Русского географического общества: сб. науч. ст. – Архангельск,2013. – С. 269-275.

125 Шипова В.М., Планирование численности персонала амбулаторно-поликлинических учреждений / под ред. О.П.Щепина. – М.: ГРАНТЪ, 2003. – 448 с.

126 Шипова, В.М. Научно-методические основы нормирования труда медицинского персонала в современных экономических условиях:автореф....док.мед.наук: 14.02.03. – М., 1997. – 24 с.

127 Иванова М.А. Нормирование труда – один из путей оптимизации качества оказания медицинской помощи больным// Социальные аспекты здоровья населения. – 2007. – №4. – С.1-16.

128 Сон И.М., Иванова М.А., Армашевская О.В. и др. Результаты фотохронометражных исследований рабочего процесса врачей амбулаторно-поликлинической помощи с учетом возрастных характеристик специалистов //Здравоохранение.– 2014. – №(11). – С.56-61.

129 Сон И.М., Купеева И.А., Несветайло Н.Я. и др. Подходы к расчету потребности системы здравоохранения Российской Федерации во врачебных кадрах//Здравоохранение. – 2015. – №1. – С. 4451.

130 Стародубов В.И., Иванова М.А., Армашевская О.В., Бантьева М.Н. Российские и региональные показатели деятельности участковых терапевтов //Терапевтический архив. – 2015. – Т.87, №1. – С. 10-13.

131 Стародубов В.И., Калининская А.А., Сон И.М. и др. Первичная медико-санитарная помощь: механизмы совершенствования. – Вена: “East West” Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH, 2016. – 118с.

132 Dussault G., Buchan J., Sermeus W., Padaiga Z. Assessing future health workforce needs. – La Hulpe: European Observatory for Health Systems and Policies, 2010. – 46 p.

133 Сон И.М., Гаджиева Л.М., Калининская А.А. Объемы работы врача общей практики в условиях совершенствования трудового процесса в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях //Справочник врача общей практики. – 2016. – №3. – С. 60-71.

134 Кадыров Ф.Н. Появились первые типовые нормы труда в сфере здравоохранения: какова сфера их применения? // Менеджер здравоохранения. – 2015. – №8. – С. 73-80.

135 Постановлением Правительства Российской Федерации. О правилах разработки и утверждения типовых норм труда: утв. 11 ноября 2002 года, №804 // <http://base.garant.ru/185218/.04.05.2018>.

136 Шипова В.М. Штатное расписание медицинской организации/под ред. Р.У. Хабриева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 192 с.

137 Шипова В.М. Нормирование труда в здравоохранении: лекции. – М.: РИО ФГБУ "ЦНИИОИЗ" Минздрава России, 2014. – №3. – 68 с.

138 Шипова В.М. Современные подходы к нормированию труда в медицинских организациях // Заместитель главного врача. – 2014. – №12(103). – С. 16-23.

139 Шипова В.М., Берсенева Е.А. Нормирование труда в здравоохранении: проблемы и перспективы // Управление качеством в здравоохранении. – 2015. – №2. – С. 10-19.

140 Шипова В.М. Современные подходы к планированию и развитию сети медицинских организаций / под ред. Р.У. Хабриева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 136 с.

141 Горностаева Т.С., Лесков Д.В. Социальная удовлетворенность населения доступностью первичной медико-санитарной помощи детям на региональном уровне // Медицина завтрашнего дня: матер. 17-й межрегион. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых, посв. 65-летию Читинской государственной медицинской академии. – Чита: Читинская государственная медицинская академия, 2018. – С. 283-284.

142 Вялков А.И., Сквирская Г.П., Сон И.М. и др. Современные подходы к преобразованию медицинских организаций, оказывающих помощь населению в амбулаторных условиях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – Т. 25, №4. – С. 216-220.

143 Витковская И. Роль врача-педиатра в оказании первичной медико-санитарной помощи // Московская медицина. – 2015. – №4(7). – С. 26-29.

144 Курманбаева А.О. Первичная медико-санитарная помощь как базовый элемент охраны здоровья населения // Синергия Наук. – 2017. – №11. – С. 753-765.

145 Приказ Министерства здравоохранения СССР. Об утверждении Положения о лечебно-профилактическом учреждении, работающем в условиях нового хозяйственного механизма, и инструкции по составлению устава лечебно-профилактического учреждения (объединения): утв. 4 мая 1990 года, №188 // <http://base.garant.ru/4177058/>. 03.06.2018.

146 Стардубов В.И., Сон И.М., Леонов С.А. и др. Методика разработки норм времени и нагрузки медицинского персонала: метод. реком. – М., 2013. – 28 с.

147 Шипова В.М. Организация нормирования труда в здравоохранении. – М., 2002. – 624 с.



148 Шипова В.М. Современное состояние планирования объема деятельности и нормирования труда медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях// Заместитель главного врача. – 2014. – №7(98). – С. 25-35.

149 Horizon scanning future health and care demand for workforce skills in England, United Kingdom / WHO Regional Office for Europe. –Copenhagen, 2017. – бр.

150 WHO European Centre for Primary Health Care: Annual report of activities 2016 / WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2016. – 50p.

151 Приказ Минздрава СССР. О штатных нормативах медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь центральных районных и районных больниц сельских районов, центральных районных поликлиник сельских районов, городских больниц и поликлиник (амбулаторий) городов и поселков городского типа с населением до 25 тыс. человек, участковых больниц, амбулаторий в сельской местности и фельдшерско-акушерских пунктов: утв. 26 сентября 1978 года, №900 (ред. от 23.12.1986) // <http://base.garant.ru/5293489/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/>. 06.05.2018.

152 Приказ Министерства здравоохранения СССР. О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений: утв. 23 сентября 1981 года, №1000 // <http://base.garant.ru/4171980/#friends>. 15.04.2019.

153 Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации. Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра, участкового врача-терапевта, участкового врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-офтальмолога и врача акушера-гинеколога: утв. 2 июня 2015 года, №290н // <http://base.garant.ru/71169514/>. 15.04.2019.

154 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің Бұйрығы.«Денсаулық сақтау ұйымдарының үлгілік штаттары мен штат нормативтерін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы 7 сәуірдегі №238 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы: 2019 жылдың 6 мамырда, №ҚР ДСМ-65 бекітілген // <http://adilet.zan.kz/>. 03.01.2019.

155 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің Бұйрығы. Денсаулық сақтау ұйымдары желісінің мемлекеттік нормативін бекіту туралы: 2015 жылдың 28 сәуірісі, №284 бекітілген // <http://adilet.zan.kz/kaz/docs/V1500011231>. 28.10.2019.

156 Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрінің Бұйрығы.Қазақстан Республикасында медициналық-санитариялық алғашқы көмекті дамытудың 2018-2022 жылдарға арналған негізгі бағыттары: 2018 жылдың 27 шілдесі, №461 бекітілген // <https://online.zakon.kz/>. 15.04.2019.

157 Ибраев С.Е., Макашев Д.М., Тумарбаева А.К. и др. Методика статистической оценки деятельности медицинской организации:метод.реком.– Астана, 2011. – 29с.

158 Стародубов В.И., Сон И.М., Иванова М.А. и др. Программа для ЭВМ «Расчет норм времени и нагрузки медицинского персонала»: практич. руководство. – М.: РИО «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2016. – 74с.

159 Мергентай А., Сон И.М., Кулов Д.Б. и др. Изучение нагрузки и затрат рабочего времени врачей общей практики в организациях здравоохранения в Казахстане // Менеджер здравоохранения.– 2017. – №5. – С. 48-54.

160 Мергентай А., Кулов Д.Б., Сергалиев Т.С. Оценка трудовой деятельности врача общей практики с помощью хронометражного метода на примере поликлиник города Караганды // Матер. междунар. конф. «Научная дискуссия: актуальные вопросы достижения инновации в медицине».– Душанбе, 2019.– №2. – С.549.

161 Mergentay A., Kulov D.B., Bekembayeva G.S. et al. The Analysis of Working Load of General Practitioners in the Republic of Kazakhstan // Research Journal of Pharmacy and Technology. –2019. – Vol. 12, №5.– P. 2283-2288.

162 Saba G.W., Villela T.J., Chen E., Hammer H., Bodenheimer T. The myth of the lone physician: toward a collaborative alternative // Ann Fam Med. – 2012. – Vol. 10(2). – P.169-173.

163 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. Бұйрығы. Денсаулық сақтау қызметкерлері лауазымдарының біліктілік сипаттарын бекіту туралы: 2009 жылдың 26 қарашадағы, №791 бекітілген// [http://adilet.zan.kz/kaz/docs/V090005945\\_](http://adilet.zan.kz/kaz/docs/V090005945_). 06.12.2019.

164 Куланчиева Ж.А., Смаилова Д.С., Байгожина З.А., Абенова К.Т. Единые рекомендации организациям практического здравоохранения по внедрению модели организации сестринских услуг: метод.реком. – Нур-Султан. – 2019. – 35с.

165 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің Бұйрығы. Қазақстан Республикасында педиатриялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы: 2017 жылдың 29 желтоқсаны, №1027 бекітілген // <http://adilet.zan.kz/kaz/docs/V1700016279>. 30.01.2020.

166 Разработка и научное обоснование социально ориентированной модели первичной медико-санитарной помощи в системе здравоохранения Республики Казахстан: паспорт науч.-техн. программы (2011-2013)// [http://medscience.kz/2015/10/24/2011-2013\\_rchd\\_social/](http://medscience.kz/2015/10/24/2011-2013_rchd_social/). 15.01.2020.

167 Койков В.В., Азанова Б.А., Мергентай А. и др. Алгоритмы взаимодействия между медицинскими и социальными работниками: метод. реком.– Астана, 2013. – 43с.

168 Қазақстан Республикасында мейіргер ісін 2020 жылға дейінгі дамытудың Кешенді жоспары // <https://online.zakon.kz/>. 20.01.2020.

169 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің Бұйрығы. Қазақстан Республикасында жедел медициналық көмек көрсету қағидаларын бекіту туралы: 2017 жылдың 3 шілдесі, №450 бекітілген // <http://adilet.zan.kz/kaz/docs/V1700015473>. 17.01.2020.



# ҚОСЫМША Ә

## Авторлық куәлік

**СВИДЕТЕЛЬСТВО**  
о государственной регистрации прав  
на объект авторского права

№ 834 \_\_\_\_\_ г. 26 апреля 2017

Настоящим удостоверяется, что в Министерстве юстиции Республики Казахстан зарегистрированы исключительные имущественные права на объект авторского права под названием «Хронокарта учета затрат времени врача общей практики на приеме и на дому», «Карта наблюдаемого специалиста и обслуживаемого участка» (произведение науки), авторами которого по заявлению авторов являются Омаркулов Бауыржан Каденович, Кулов Дюсентай Баркенович, Мергентай Айгуль, Алиханова Карлыгаш Ангельбаевна, Рысбекова Айжан Мухаметжановна, Мулдаева Гульмира Мендигиреевна, Мершенова Гульжан Жумагалиевна.

По заявлению авторов исключительные имущественные права на объект авторского права, созданный 25 мая 2016 года, принадлежат Омаркулову Б.К., Кулову Д.Б., Мергентай А., Алихановой К.А., Рысбековой А.М., Мулдаевой Г.М., Мершеновой Г.Ж. и авторы гарантируют, что при создании вышеуказанного объекта не были нарушены права интеллектуальной собственности других лиц.

Запись в реестре № 834 от 26 апреля 2017 года имеется.

  
Заместитель министра Э. Әзімова

**СВИДЕТЕЛЬСТВО**  
ИС 008170

**ҚУӘЛІК**  
Авторлық құқық объектісіне құқықтарлы  
мемлекеттік тіркеу туралы

№ 834 \_\_\_\_\_ ж. 26 сәуір 2017

Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде авторлардың өтініші бойынша авторлары Бауыржан Каденович Омаркулов, Дюсентай Баркенович Кулов, Айгуль Мергентай, Карлыгаш Ангельбаевна Алиханова, Айжан Мухаметжановна Рысбекова, Гульмира Мендигиреевна Мулдаева, Гульжан Жумагалиевна Мершенова болып табылатын авторлық құқықпен қорғалатын объектіге айрықша мүлдік құқықтар «Хронокарта учета затрат времени врача общей практики на приеме и на дому», «Карта наблюдаемого специалиста и обслуживаемого участка» (ғылыми туынды) атауымен тіркелгені куәландырылады.

Авторлардың өтініші бойынша авторлық құқықпен қорғалатын объектіге айрықша мүлдік құқықтар және 2016 жылғы 25 мамырда жасалған объекті Б.К. Омаркуловқа, Д.Б. Куловқа, А. Мергентайға, К.А. Алихановаға, А.М. Рысбековаға, Г.М. Мулдаеваға, Г.Ж. Мершеноваға тиесілі және авторлар жоғарыда көрсетілген объектіні жасаған кезде басқа адамдардың зияткерлік меншік құқығы бұзылмағандығына кепілдік береді.

Тізімде 2017 жылғы 26 сәуірде жасалған № 834 жазба бар.

  
Министрдің орынбасары Э. Әзімова

**ҚУӘЛІК**

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ



РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

**АВТОРЛЫҚ ҚҰҚЫҚПЕН ҚОРҒАЛАТЫН ОБЪЕКТІЛЕРГЕ ҚҰҚЫҚТАРДЫҢ  
МЕМЛЕКЕТТІК ТІЗІЛІМГЕ МӘЛІМЕТТЕРДІ ЕНГІЗУ ТУРАЛЫ**

**КУӘЛІК**

2019 жылғы «13» қараша № 6402

Автордың (лардың) жөні, аты, әкесінің аты (егер ол жеке басын куәландыратын құжатта көрсетілсе):

**МЕРГЕНТАЙ АЙГУЛЬ, ҚУЛОВ ДЮСЕНТАЙ БАРКЕНОВИЧ, КОЙКОВ ВИТАЛИЙ ВИКТОРОВИЧ,  
ОМАРҚУЛОВ БАУЫРЖАН ҚАДЕНОВИЧ, СЕРГАЛИЕВ ТАЛҒАТ СОВЕТОВИЧ**

Авторлық құқық объектісі: **әдеби туынды**

Объектінің атауы: **Жалпы практика дәрігерлеріне арналған сауалнама**

Объектіні жасаған күні: **07.10.2019**



Құжат түпнұсқаныңың <http://www.kazpatent.kz/ru> сайтының  
"Авторлық құқық" бөлімінде тексеруге болады <https://copyright.kazpatent.kz>  
Подлинность документа возможно проверить на сайте [kazpatent.kz](http://www.kazpatent.kz)  
в разделе «Авторское право» <https://copyright.kazpatent.kz>

Подписано ЭЦП

Осламов Е. К.

## ҚОСЫМША Б

### Маманды бақылау картасы

1. Т.А.Ә. \_\_\_\_\_
2. Осы маман толтырған бақылау парақтардың саны \_\_\_\_\_
3. Медициналық ұйымның орналасқан аймағы \_\_\_\_\_
4. Медициналық ұйым (толық аты-жөні, нөмірі) \_\_\_\_\_ 

--	--
5. Бөлім \_\_\_\_\_ 

--	--	--
6. Лауазымы \_\_\_\_\_ 

--	--	--
7. Мамандығы \_\_\_\_\_ 

--	--	--
8. Білімі: жоғары – 1, орта білім – 2, басқа – 3 

--
9. Біліктілік санаты: жоғары – 1, бірінші – 2, екінші – 3, санат жоқ – 0 

--
10. Жалпы жұмыс өтілі (жыл) 

--	--
11. Мамандық бойынша жұмыс өтілі (жыл) 

--	--

Бақылаушы № \_\_\_\_\_ :

Т.А.Ә. \_\_\_\_\_

Жұмыс орыны \_\_\_\_\_

Қызметі \_\_\_\_\_

Күні (күні, айы, жылы)

--	--	--	--	--	--	--

## ҚОСЫМША В

### Науқастың картасы

1. Пациенттің картасының нөмірі \_\_\_\_\_
2. Дәрігердің лауазымы \_\_\_\_\_
3. Пациенттің келген күні (күні, айы, жылы)
4. Жынысы: ер – 1, әйел – 2
5. Жасы
6. Келуі: алғашқы – 1, қайтадан келу – 2
7. Келу орны:  
Емхана – 1,  
үйге – 2,  
денсаулық орталы – 3,  
дәрігерлік – 4,  
басқа ұйымдар -5 \_\_\_\_\_
8. Көрсетілетін медициналық көмек түрі:  
Медициналық-санитариялық алғашқы көмек - 1;  
мамандандырылған, оның ішінде жоғары технологиялық, медициналық көмек - 2;  
жедел жәрдем, оның ішінде мамандандырылған жедел жәрдем,  
медициналық көмек - 3;  
паллиативті көмек – 4;  
жедел медициналық көмек– 5  
басқасы -6 \_\_\_\_\_
9. Келу мақсаты:  
сырқаты бойынша (A00-T98 кодтары):  
жоспарланған– 1.1;  
шұғыл түрде - 1.2;  
диспансерлік бақылау -1.3;  
паллиативті көмек - 1.4;  
ауруханаға жатқызу -1.5;  
рецепт үшін – 1.6  
басқасы-1.7 \_\_\_\_\_  
профилактикалық мақсаттар үшін (кодтар Z00-Z99), оның ішінде:  
медициналық қарау - 2.1;  
халықтың белгілі бір топтарын диспансерлеу - 2.2;  
патронаж - 2.3;  
басқа жағдайлар - 2.4 \_\_\_\_\_  
Диагноз кодты жазу \_\_\_\_\_
10. Толтырған күні (күні, айы, жылы)

## ҚОСЫМША Г

Жалпы практика дәрігерлеріне арналған сауалнама/Анкета для врачей общей практики

1. Сіздің жасыңыз/Укажите Ваш возраст
  - 1) 16-44
  - 2) 45-64
  - 3) 65 жастан жоғары/старше 60 лет
2. Жалпы практика дәрігері ретінде жұмыс өтіліңіз/Укажите Ваш стаж работы в качестве врача общей практики?
  - 1) 1 жылдан кем емес/менее 1 года
  - 2) 1-5 жыл/лет
  - 3) 5-10 жыл/лет
  - 4) 10 жылдан астам/более 10 лет
3. Біліктілік санатыңызды көрсетіңіз/Укажите Вашу квалификационную категорию
  - 1) жоғары/высшая
  - 2) бірінші/первая
  - 3) екінші/вторая
  - 4) санаты жоқ/не имею категорию
4. Сізді жалпы практика дәрігерінің функционалы және жұмыс тәртібі қанағаттандырады ма/Вас устраивает порядок и функционал работы ВОП?
  - 1) толығымен қанағаттандырылды/устраивает полностью
  - 2) ішінара қанағаттандырылған/устраивает частично
  - 3) қанағаттандырмайды/не устраивает
  - 4) мүлдем қанағаттандырмайды/абсолютно не устраивает
  - 5) жауап беруге қиналамын/затрудняюсь ответить

Сіз қандай мәселелерді көрсете аласыз/Какие проблемы Вы можете отметить
5. Халық санағының мәліметтері бойынша сіздің учаскеде тіркелген тұрғындарың саны Укажите количество прикрепленного населения к Вашему участку по данным подворовой переписи населения:
  - 1) 2200-ден астам/более 2200
  - 2) 1500-2000
  - 3) 1500-ден аз/менее 1500
6. Сіздің аумақ учаскесінде ықшамдау жүргізілдіме? (соңғы үш жылда)/Произошло ли разукрупнение Вашего территориального участка?(за последние три года)
  - 1) иә/да
  - 2) жоқ/нет
  - 3) байқамадым/не заметил

Егер жоқ болса, себебі/Если нет, то почему \_\_\_\_\_
7. Жалпы практика дәрігерінің қабылдайтын пациенттер саны өзгерді ме / Количество пациентов, обслуживаемых на приеме, изменилось?



- 1) өсті/увеличилось
- 2) төмендеді/уменьшилось
- 3) өзгерген жоқ/не изменилось
- 4) жауап беруге қиналамын/затрудняюсь ответить

8. Сіз бір науқасты қабылдау кезінде орташа есеппен қанша уақыт жұмсайсыз қанша (алғашқы келу кезінде)/Сколько времени Вы тратите в среднем на прием одного пациента (при первичном посещении)?

- 1) 15 минуттан аз уақыт/менее 15 минут
- 2) 15 минут
- 3) 20 минут
- 4) 25 минут
- 5) 30 минут

Басқа / другое \_\_\_\_\_

9. Сіздің ойыңызша бір науқасты қабылдауға кететін орташа уақыт қанша (алғашқы келу кезінде)/Сколько времени в среднем, на Ваш взгляд, надо на прием одного пациента (при первичном посещении)?

- 1) 15 минуттан аз уақыт / менее 15 минут
- 2) 15 минут
- 3) 20 минут
- 4) 25 минут
- 5) 30 минут

Сіздің жауабыңыз / Ваш вариант ответа \_\_\_\_\_

10. Соңғы жылдары дәрігер функционалының бір бөлігін мейіргерлерге беру бойынша жұмыстар жүргізілді. Сіздің учаскеде дәрігердің кейбір функционалдық міндеттерін мейіргер орындай бастады ма/В последние годы проводится работа по передаче части функционала врача медицинским сестрам. На вашем территориальном участке медицинские сестры стали выполнять некоторые функции врача?

- 1) иә/да
- 2) иа жартылай/частично да
- 3) жоқ/нет

Егер иа, онда қандай функциялар / Если да, то какие функции \_\_\_\_\_

11. Мейіргерге дәрігер функционалының жарты бөлігі берілуіне байланысты науқастың жалпы практика дәрігеріне қаралу уақыты азайды ма / С передачей части функционала медицинской сестре время ожидания пациентами приема к ВОП уменьшилось?

- 1) айтарлықтай төмендеді / значительно уменьшилось
- 2) аздап төмендеді / незначительно уменьшилось
- 3) өзгерген жоқ / не изменилось

Сіздің ойыңызша, ЖПД жұмыс жүктемесі және оның функционалына, сондай-ақ мейіргерлердің функционалына басқа да өзгерістер қажет па \_\_\_\_\_

Требуются ли, на Ваш взгляд ещё какие то изменения в нагрузке Врача ВОП и его функционале, а также функционале медсестер \_\_\_\_\_

## ҚОСЫМША Д

### Енгізу акт



«БЕКІТЕМІН»

ҚР ДСМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК

бас директоры

Айыпханова А.Т.  
«13» 10 2017 ж.

### Диссертациялық жұмыс нәтижелерін Қарағанды қаласының пилоттық емханаларына енгізу АКТЫ

**Ұсыныстың атауы:** Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін медициналық ұйымдардағы жалпы практика дәрігерлердің жүктемесін негіздеу үшін хронометраждық зерттеу әдісі

**Жұмыс ерікті түрдегі:** «Жалпы практика дәрігерлерінің нормативтік жүктемелерін жетілдіру жолдарының ғылыми негіздемесі» атты диссертациядан алынған

(ерікті түрдегі енгізу, әдістемелік нұсқаулардан алынған, мақалалары мен диссертациялық жұмыс нәтижелерін - көрсету)

**Енгізу түрі:** Хронометраждық әдісті қолдану келесі шараларды қарастырады: емхана ұйымдарындағы жалпы практика дәрігерлердің қолданыстағы нормативтік жүктемелер арасында ерекшеліктердің бар болуына байланысты МСАК ұйымдарда өз қызметтерін орындауда мамандардың жұмыс уақытына кеткен шығын нормасын зерттеу жолы мен қолданыстағы нормативтік жүктемені жетілдіру.

(аппартты емдеу-профилактикалық мекемелерге, жұмыс орындарға енгізу әдістер мен тәсілді көрсету)

**Енгізуге жауаптылар мен орындаушылар:** Койков В.В., Мусина Г.А., Мергентай А., Жумагулова К.М.

**Енгізу тиімділігі:**

**Енгізу жасалатын мекеменің ұсыныстары мен ескертулері:** ескерту жоқ

**Енгізу мерзімі:** 13.10 2017 жыл

**Мүшелері (енгізуге жауаптылар):**

Орындаушылар:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

В.В. Койков  
Г.А. Мусина  
А. Мергентай  
К.М. Жумагулова

«БЕКІТЕМІН»  
Қарағанды қ. №1 емхана  
директоры  
Разиева Р.С.  
« 13.10 / 2017 ж.



Диссертациялық жұмыс нәтижелерін Қарағанды қаласының пилоттық  
емханаларына енгізу  
**АКТЫ**

**Ұсыныстың атауы:** Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін медициналық ұйымдардағы жалпы практика дәрігерлердің жүктемесін негіздеу үшін хронометраждық зерттеу әдісі

**Жұмыс ерікті түрдегі:** «Жалпы практика дәрігерлерінің нормативтік жүктемелерін жетілдіру жолдарының ғылыми негіздемесі» атты диссертациядан алынған

(ерікті түрдегі енгізу, әдістемелік нұсқаулардан алынған, мақалалары мен диссертациялық жұмыс нәтижелерін - көрсету)

**Енгізу түрі:** Хронометраждық әдісті қолдану келесі шараларды қарастырады: емхана ұйымдарындағы жалпы практика дәрігерлердің қолданыстағы нормативтік жүктемелер арасында ерекшеліктердің бар болуын және МСАК ұйымдарда өз қызметтерін орындауда мамандардың жұмыс уақытына кеткен шығын нормасын зерттеу жолы мен қолданыстағы нормативтік жүктемені жетілдіру.

(аппартты емдеу-профилактикалық мекемелерге, жұмыс орындарға енгізу әдістер мен тәсілді көрсету)

**Енгізу жауаптылар мен орындаушылар:** м.ғ.д., профессор Кулов Д.Б., м.ғ.д., Койков В.В., м.ғ.к., доцент Омаркулов Б.К., PhD докторанты Мергентай А.

**Енгізу тиімділігі:**

**Енгізу жасалатын мекеменің ұсыныстары мен ескертулері:** ескерту жоқ

**Енгізу мерзімі:** 13.10 2017 жыл

**Мүшелері (енгізуге жауаптылар):**

\_\_\_\_\_

Емхана директорының емдеу және алдын алу жөніндегі орынбасары Рысбекова А.М.

**Орындаушылар:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

м.ғ.д., профессор Кулов Д.Б.  
м.ғ.к., доцент Омаркулов Б.К.  
PhD докторанты Мергентай А.



«БЕКІТЕМІН»

Қарағанды қ, №3 емхана  
директоры

Боранқұлова С.Н.

« 13 » 10 2017 ж.

Диссертациялық жұмыс нәтижелерін Қарағанды қаласының пилоттық  
емханаларына енгізу  
**АКТЫ**

**Ұсыныстың атауы:** Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін медициналық ұйымдардағы жалпы практика дәрігерлердің жүктемесін негіздеу үшін хронометраждық зерттеу әдісі

**Жұмыс ерікті түрдегі:** «Жалпы практика дәрігерлерінің нормативтік жүктемелерін жетілдіру жолдарының ғылыми негіздемесі» атты диссертациядан алынған

(ерікті түрдегі енгізу, әдістемелік нұсқаулардан алынған, мақалалары мен диссертациялық жұмыс нәтижелерін - көрсету)

**Енгізу түрі:** Хронометраждық әдісті қолдану келесі шараларды қарастырады: емхана ұйымдарындағы жалпы практика дәрігерлердің қолданыстағы нормативтік жүктемелер арасында ерекшеліктердің бар болуын және МСАК ұйымдарда өз қызметтерін орындауда мамандардың жұмыс уақытына кеткен шығын нормасын зерттеу жолы мен қолданыстағы нормативтік жүктемені жетілдіру.

(акпаратты емдеу-профилактикалық мекемелерге, жұмыс орындарға енгізу әдістер мен тәсілді көрсету)

**Енгізу жауаптылар мен орындаушылар:** м.ғ.д., профессор Кулов Д.Б., м.ғ.д., Койков В.В., м.ғ.к., доцент Омаркулов Б.К., PhD докторанты Мергентай А.

**Енгізу тиімділігі:**

**Енгізу жасалатын мекеменің ұсыныстары мен ескертулері:** ескерту жоқ

**Енгізу мерзімі:** 13.10 2017 жыл

**Мүшелері (енгізуге жауаптылар):**

\_\_\_\_\_

Емхана директорының СБ және МҚС  
жөніндегі орынбасары Исататева Ш.К.

**Орындаушылар:**

\_\_\_\_\_

м.ғ.д., профессор Кулов Д.Б.  
м.ғ.к., доцент Омаркулов Б.К.  
PhD докторанты Мергентай А.



«БЕКІТЕМІН»  
Қарағанды қ, №5 емхана  
директоры  
Баязитова М.Қ.  
«13» 10 2017 ж.

Диссертациялық жұмыс нәтижелерін Қарағанды қаласының пилоттық  
емханаларына енгізу  
**АКТЫ**

**Ұсыныстың атауы:** Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін медициналық ұйымдардағы жалпы практика дәрігерлердің жүктемесін негіздеу үшін хронометраждық зерттеу әдісі

**Жұмыс ерікті түрдегі:** «Жалпы практика дәрігерлерінің нормативтік жүктемелерін жетілдіру жолдарының ғылыми негіздемесі» атты диссертациядан алынған

(ерікті түрдегі енгізу, әдістемелік нұсқаулардан алынған, мақалалары мен диссертациялық жұмыс нәтижелерін - көрсету)

**Енгізу түрі:** Хронометраждық әдісті қолдану келесі шараларды қарастырады: емхана ұйымдарындағы жалпы практика дәрігерлердің қолданыстағы нормативтік жүктемелер арасында ерекшеліктердің бар болуын және МСАК ұйымдарда өз қызметтерін орындауда мамандардың жұмыс уақытына кеткен шығын нормасын зерттеу жолы мен қолданыстағы нормативтік жүктемені жетілдіру.

(аппартты емдеу-профилактикалық мекемелерге, жұмыс орындарға енгізу әдістер мен тәсілді көрсету)

**Енгізу жауаптылар мен орындаушылар:** м.ғ.д., профессор Кулов Д.Б., м.ғ.д., Койков В.В., м.ғ.к., доцент Омаркулов Б.К., PhD докторанты Мергентай А.

**Енгізу тиімділігі:**

**Енгізу жасалатын мекеменің ұсыныстары мен ескертулері:** ескерту жоқ

**Енгізу мерзімі:** 13.10 2017 жыл

**Мүшелері (енгізуге жауаптылар):**

\_\_\_\_\_

Емхана директордың емдеу және алдын алу жөніндегі орынбасары Жүнісова К.Б.

**Орындаушылар:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

м.ғ.д., профессор Кулов Д.Б.  
м.ғ.к., доцент Омаркулов Б.К.  
PhD докторанты Мергентай А.

# ҚОСЫМША Е

## Протокол

РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК

### ПРОТОКОЛ №5

заседания Центра развития образования и науки

«12» сентября 2018 г.

15.00 часов

г.Астана, ул. Иманова 13,

#### Председатель:

Койков В.В., Руководитель центра

**Присутствовали:** Байгожина З.А., Аканов А.Б., Абдрахманова А.О., Кабдуллина Г.Б., Абдуажитова А.М., Отаргалиева Д.Д., Бекбергенова Ж.Б., Умбетжанова А.Т., Мергентай А.

#### Повестка дня

- 1.Ход исполнения Государственного задания по договору №82 от 16.03.2018 г.
- 2.Утверждение анкеты для врачей общей практики с целью изучения практической нагрузки и удовлетворенности условиями работы.

#### Принятые решения:

№	Действия	Срок	Исполнители
1	Обеспечить своевременное внесение отчета в МЗ РК по пунктам государственного задания со сроком исполнения в 3 квартале 2019 года	до 4 октября 2018 года	Байгожина З.А., Аканов А.Б.
2	Обеспечить информационное сопровождение мероприятий, по которым предоставляется отчет, на сайте РЦРЗ и в средствах массовой информации	до 4 октября 2018 года	Байгожина З.А., Аканов А.Б.
3	Утвердить анкету для врачей общей практики и провести анкетирование	19 октября 2018 года	Мергентай А.

Председатель



Койков В.В.



## ҚОСЫМША Ж

Кесте Ж.1 – «Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2019 жылғы «\_\_»\_\_\_\_\_ «Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін медициналық ұйымдардың қызметі туралы ережені бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2011 жылғы 5 қаңтардағы №7 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы» бұйрығына сәйкес салыстырмалы кесте

Құрылымдық элементі	Қолданыстағы редакция	Ұсынылып отырған редакция	Негіздеме (нұсқауларға сілтеме жасай отырып, көрсету қажет)
1	2	3	4
1-қосымша 1-тармақ	<p>1. Медициналық пунктен фельдшерлік-акушерлік пункттің, дәрігерлік амбулаторияның (отбасы денсаулығы орталығының) орта медицина қызметкерінің (мейіргердің, фельдшердің) функционалдық міндеттері:</p> <p>1) өз құзыретінің шегінде науқастарды амбулаториялық картаға жаза отырып өз бетінше қабылдауды және тексеріп-қарауды;</p> <p>2) үйден келіп түскен шақыртуларға, оның ішінде МСАК ұйымының жұмыс істеген уақытында жедел медициналық жәрдем стансасынан берілген кезек күттірмейтін жәрдем шақыртуларына қызмет көрсетуді;</p> <p>3) пациенттерге жіті және созылмалы аурулар, жарақаттар, уланулар және басқа кезек күттірмейтін жағдайларда дәрігерге дейінгі және кезек күттірмейтін медициналық көмек көрсетуді;</p>	<p>«1. Медициналық пункт пен фельдшерлік-акушерлік пункттің, дәрігерлік амбулаторияның (отбасы денсаулығы орталығының) орта медицина қызметкерінің (мейіргердің, фельдшердің) функционалдық міндеттері:</p> <p>1) өз құзыретінің шегінде мейіргерлік қабылдау және науқастарды амбулаториялық картаға жаза отырып дәрігер/мейіргер ісі бакалавр жетекшілігімен өз бетінше қабылдауды және тексеріп-қарауды;</p> <p>6) дәрігердің/мейіргер ісі бакалаврдың жетекшілігімен үйдегі аурудың созылмалы нысандары бар науқастарды үйдегі белсенді патронажын;</p> <p>7) дәрігердің/мейіргер ісі бакалаврдың жетекшілігімен пациенттерді стационардан шыққан кейінгі белсенді патронажын;</p>	<p>1) Мейіргер дәрігерлік жұмысты емес, мейіргерлік қабылдауды жасайды, сондықтан біз «мейіргерлік қабылдау және қарау» деген сөздерді қосуды ұсынамыз.</p> <p>2) Техникалық және кәсіптік білімі бар мейіргер басшысыз және бақылаусыз өздігімен науқасты қабылдай алмайды, себебі білім беру деңгейі мүмкіндік бермейді, сондықтан «дәрігердің басшылығымен, мейіргер ісінің бакалавры» деген фразаны қосуды ұсынамыз. Болашақта бұл дәрігерден қолданбалы бакалаврға дейінгі күзіретін беру функционалы болып табылады – олар өз құзыреті шегінде өздігімен</p>

Кестенің жалғасы Ж.1

1	2	3	4
	<p>4) өз құзыреті шегінде аурудың созылмалы нысандары бар науқастарды динамикалық бақылауға қатысуды;</p> <p>5) науқастарды, оның ішінде диспансерлік науқастарды жалпы практика дәрігерінің / учаскелік дәрігердің консультациясына жіберуді;</p> <p>6) аурудың созылмалы нысандары бар науқастарды үйдегі белсенді потраанаждын;</p> <p>7) пациенттерді стационардан шыққан кейінгі белсенді патронажын;</p> <p>8) жаңа туған нәрестелерді және 1 жасқа дейінгі дені сау балаларды үйдегі патронажын;</p> <p>9) босанғанға дейінгі және босанғаннан кейінгі потраанажды;</p> <p>10) әлеуметтік-психологиялық консультация жүргізуді;</p> <p>11) созылмалы аурулары бар адамдарға телефон арқылы консультация беру;</p> <p>12) халыққа салауатты өмір салтын насихаттау мен қалыптастыру мәселелері бойынша ақпараттық білім беру жұмыстарын жүргізуді;</p> <p>13) оқығаны туралы сертификаты болған кезде балалық шақтағы ауруларды ықпалдастыра емдеу бағдарламасын іске асыруды;</p> <p>14) санитариялық-ағартушылық жұмысты;</p>	<p>8) дәрігердің / мейіргер ісі бакалаврдың жетекшілігімен жаңа туған нәрестелерді және 1 жасқа дейінгі дені сау балаларды үйдегі патронажын;</p> <p>9) дәрігердің / мейіргер ісі бакалавр жетекшілігімен босанғанға дейінгі және босанғаннан кейінгі потраанажды;</p> <p>10) дәрігердің / мейіргер ісі бакалавр жетекшілігімен әлеуметтік-психологиялық консультация жүргізуді;</p> <p>11) дәрігердің / мейіргер ісі бакалавр жетекшілігімен созылмалы аурулары бар адамдарға телефон арқылы консультация беру;</p> <p>17) дәрігердің/мейіргер ісі бакалавр жетекшілігімен жылжымалы медициналық кешендерде, консультациялық – диагностикалық пойыздарда медициналық тексеруді қоса алғанда, ЖПД/учаскелік дәрігерге тексеріп-қарауға іріктеу және жіберу;</p>	<p>науқасты қабылдай алады. Қазақстан Республикасында 2019 жылға дейін мейіргер ісін дамуының кешенді жоспарына сәйкес мейіргер ісі бойынша функционалдық жұмыстехникалық және кәсіптік білім берудің оқу бағдарламасына еңбек функциялары мен құзыреттілік негізінде ұсынылады.</p>



Кестенің жалғасы Ж.1

1	2	3	4
	<p>15) декреттелген контингенттерге және тіркелген аумақтағы қауіп топтарының адамдарын флюорографиялық тексеріп-қарауларды жоспарлауды, ұйымдастыруды, бақылауды;</p> <p>16) инфекциялық аурулар ошағында санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шаралар жүргізуді;</p> <p>17) ЖПД/учаскелік дәрігердің тексеріп-қарауына, оның ішінде жылжымалы медициналық кешендерде, консультациялық – диагностикалық пойыздарда медициналық тексеріп-қарауға іріктеуді және жіберуді;</p> <p>18) халықтың нысаналы тобын профилактикалық (скринингілік) зерттеулерге қалыптастыру, шақыртуды және жіберуді;</p> <p>19) халықты, оның ішінде жүргізілген профилактикалық (скринингілік) тексеріп-қараулардың нәтижелері бойынша аурудың қауіп факторлары бар халықтың нысаналы тобын ауруды профилактикалау мәселелеріне оқыту;</p> <p>20) балаларды тісті және ауыз қуысының шырышты қабығын күтіп-қарау бойынша санитариялық-гигиеналық дағдыларға үйретуді;</p> <p>21) тіркелген халық тіркелімін қалыптастыруға қатысуды;</p>		

Кестенің жалғасы Ж.1

1	2	3	4
	<p>22) дәрігердің тағайындамасын, оның ішінде туберкулезбен ауыратын науқастарды емдеудің тікелей бақылауды орындауды;</p> <p>23) дәрігердің тағайындамасы бойынша емді жалғастыру үшін аурудың созылмалы нысандары бар науқастарға ТМҚКК шеңберінде тегін дәрілік заттарға рецептер жазып беруді;</p> <p>24) пациенттерді шұғыл және кезек күттірмейтін жағдайларда дәрігерлік көмек көрсету үшін жақын жердегі стационарларға жеткізуді қамтамасыз етуді;</p> <p>25) ауылдық елді мекеннің фельдшерінің дәрігер болмаған кезде уақытша еңбекке жарамсыздыққа сараптама жүргізу қағидасына сәйкес еңбекке уақытша жарамсыздық парағын және еңбекке уақытша жарамсыздық анықтамасын беруін, ҚР Үкіметінің қаулысымен бекітілген уақытша еңбекке жарамсыздық парағын және анықтамасын беруін;</p> <p>26) екпелерді жоспарлауды, рұқсат беруді және вакцинадан кейінгі патронажды (иммундық профилактика бойынша сертификаты болған кезде);</p> <p>27) Ұлттық екпе күнтізбесінің шеңберінде және эпидемиологиялық айғақтар бойынша иммундық профилактиканы ұйымдастыруды және өткізуді;</p>		

Кестенің жалғасы Ж.1

1	2	3	4
	<p>28) тіркелген халықты дәрі-дәрмектермен қамтамасыз етуді;                  29) статистикалық есептілікті және есеп беруді, оның ішінде электрондық форматта жүргізуді;                  30) статистикалық деректерді талдауды;                  31) вена ішілік, бұлшық етке, тері астына инъекциялар жасауды;                  32) артериялық қысымды айқындауды;                  33) көз іші қысымын, оның ішінде контактісіз көз танометрлерін пайдалана отырып айқындауды;                  34) құлақтың шалғыштығы мен көздің жітілігін профилактикалық мақсатта өлшеуді;                  35) имобилдеуді (дәкелік қатып қалатын таңуларды, шиналарды салу);                  36) зертханалық, оның ішінде экспресс-әдістерді пайдалана отырып жүргізуді;                  37) туберкулезді айқындау үшін қақырық жинауды;                  38) зертханалық зерттеулерге иологиялық материалды жинауды;                  39) микробиологиялы зерттеулерге материалдарды жинауды;                  40) АИТВ инфекциясына және Вассерман реакциясына (RW) қанжинауды;                  41) тазартушы және сифондыклиз маларды;                  42) сүңгілеуді және асқазанды жууды қамтиды</p>		

Кестенің жалғасы Ж.1

1	2	3	4
<p>1-қосымша 3-тармақ</p>	<p>3. ЖПД-нің (учаскелік терапевт, учаскелік педиатр) функциялық міндеттеріне: 1) ересектерді және балаларды қабылдау және тексеріп-қарау; 2) дәрігерлік көмек көрсету үшін айғақтар болған кезде үйде қызмет көрсету; 3) МСАК ұйымының жұмыс істеген уақытында жедел медициналық жәрдем станциясынан берілген кезек күттірмейтін жәрдем шақыртуларына қызмет көрсету; 4) жіті және созылмалы аурулар, жарақаттар, уланулар немесе басқа кезек күттірмейтін жай-күйлер кезінде кезек күттірмейтін медициналық көмек көрсету; 5) аурудың анағұрлым көп таралған нысандарын (кардиология, ревамотология, пульманология, эндокринология, гастрэнетерология, неврология, нефрология, оториноларингология, офтальмология, дерматовенерология) диагностикалау және емдеу; 6) жас ерекшеліктеріне сәйкес профилактикалық екпелердің кестесін әзірлеу; 7) екпелер алдында балаларды тексеріп-қарау; 8) уәкілетті орган айқындаған тәртіппен халықтың нысаналы тобына профилактикалық тексеріп-қараулар (скринингілік зерттеу) өткізуді ұйымдастыру;</p>	<p>3. Жалпы практика дәрігерінің (учаскелік терапевт, учаскелік педиатр) функциялық міндеттеріне кіреді:  Қоданыстағы редакциядағы 6, 14, 19 тармақтар (белгіленген) ЖПД қызметінен алып қолданбалы бакалаврлар мейіргерін күзіретіне беуге болады.</p>	<p>Қазақстан Республикасында 2019 жылға дейін мейіргер ісін дамуының кешенді жоспарына сәйкес мейіргер ісі бойыншатехникалық және кәсіптік білім берудің оқу бағдарламасындағыеңбек функциялары мен құзыреттеріне байланысты қолданбалы бакалавриат деңгейіндегі мейіргерлерге жалпы практика дәрігерінің функционалдық жұмыс өкілеттілігін беру ұсынылады.</p>

Кестенің жалғасы Ж.1

1	2	3	4
	<p>9) аурудың созылмалы нысандары бар науқастарды динамикалық бақылауды жүзеге асыру;</p> <p>10) пациенттерді, оның ішінде диспансерлік пациенттерді айғақтары бойынша бейінді мамандардың консультациясына жіберуді жүзеге асыру;</p> <p>11) пациенттерді жоспарлы емдеуге жатқызуға жіберу;</p> <p>12) стационарды алмастыратын көмекті, оның ішінде үйде көрсету;</p> <p>13) уақытша еңбекке жарамсыздыққа сараптама жүргізу және еңбекке уақытша жарамсыздық парақтарын беру;</p> <p>14) <i>бейінді денсаулық мектептерін ұйымдастыру;</i></p> <p>15) тиісті құжаттаманы ресімдеу мен медициналық-әлеуметтік сараптамаға жолдау;</p> <p>16) дәрілік заттарды тағайындау, дәрілік препараттардың дозасын және ішу ұзақтығын есептеу;</p> <p>17) барлық алғашқы тағайындалған дәрілік заттарға, оның ішінде аурудың созылмалы нысандары бар науқастарға ТМҚКК шеңберінде берілетін тегін дәрілік заттарға рецептерді жазып беру;</p> <p>18) науқастың орта медицина персоналының дәрігерлік тағайындауларды уақтылы және сапалы орындауын бақылау;</p>		

Кестенің жалғасы Ж.1

1	2	3	4
	<p>19) тіркелген халықты тексеріп-қарау мен емдеу сабақтастығын қамтамасыз ету;</p> <p>20) үйдегі өлім туралы куәлікті белгіленген тәртіппен беру;</p> <p>21) халыққа салауатты өмір салтын насихаттау мен қалыптастыру мәселелері бойынша ақпараттық білім беру жұмыстарын жүргізуді;</p> <p>22) созылмалы аурулары бар адамдарға телефон арқылы консультация беру;</p> <p>23) статистикалық есептілікті және есеп беруді жүргізу;</p> <p>24) статистикалық деректерді талдау;</p> <p>25) ЭКГ жүргізу және нәтижелерін түсіндіру;</p> <p>26) пикфлоуметрия жүргізу және нәтижелерін түсіндіру;</p> <p>27) спирометрияны түсіндіру;</p> <p>28) барлық зертханалық және диагностикалық зерттеулерді түсіндіру;</p> <p>29) жараларды алғашқы хирургиялық тазарту;</p> <p>30) жұмсақ таңышты салу;</p> <p>31) сүйектердің, аяқ-қолдың, омыртқаның сынығы кезінде көліктік иммобилизация;</p> <p>32) бетінде орналасқан бөгде денелерді алыптастау;</p> <p>33) инъекциялардың барлық түрлері;</p> <p>34) құлақтың шалғыштығын және көздің жітілігін айқындау кіреді.</p>		

Кестенің жалғасы Ж.1

1	2	3	4
	<p>35) осы тармақтың 5) тармақшасында көрсетілген бейіндер бойынша медициналық көмек көрсету кезінде қиын емес хирургиялық манипуляцияларды, аспаптық және функционалдық зерттеулерді жүргізу</p>		
<p>1-қосымша 3.1-тармақ</p>	<p>3.1 Жоқ</p>	<p>«3.1 Жалпы практика дәрігерінің (ЖПД функцияларын сақтай отырып) кейбір функцияларын беруді есепке ала отырып, қолданбалы бакалавриат деңгейде мейіргердің функционалдық міндеттері: 1) дәрігерден жеке белгілі жағдайларғамен өзіне берілген өкілеттіктерге сәйкес иелену бойынша ересектер мен балалардың қарауына қабылдау және қарау (ЖРВИ, артериялық гипертензиямен ауыратын науқастарды диспансерлік қабылдау, қант диабетімен ауыратын); 2) өз құзыреті шегінде науқастарды амбулаториялық картаға жаза отырып дербес мейіргерлік қабылдау және қарау; 3) дәрігердің көмек көрсетуге арналған нұсқаулар болмаған кезде үйге шақырулар бойынша қызмет көрсету, соның ішінде МСАК ұйымының жұмыс істеген уақытында жедел медициналық жәрдем станциясынан берілген кезек күттірмейтін жәрдем шақыртуларына қызмет көрсету; 4) жіті және созылмалы аурулар, жарақаттар, уланулар немесе басқа кезек</p>	<p>«Дәрігердің өкілдеріне сәйкес» қосылып отыр, өйткені мұнда белгілі бір нақты жағдайлар түрі қарастырылған (өткір респираторлы вирустық инфекциялар, гипертониялық науқастарға диспансерлік қабылдау және т.б.) «Мейіргердің науқастарды қабылдау және қарау» сөзі қосылды, өйткені тіпті қолданбалы бакалаврлар толығымен дәрігерлік қабылдауды жүргізе алмайды. ҚР-да 2019 жылға дейін мейіргер ісін дамуының КЖ сәйкес қолданбалы және академиялық бакалавриат оқубағдарламасындағы еңбек функциялары мен құзыреттерімен байланысты қолданбалы бакалавриат деңгейіндегі мейіргерлерге</p>

Кестенің жалғасы Ж.1

1	2	3	4
		<p>күттірмейтін жай-күйлер кезінде кезек күттірмейтін медициналық көмек көрсету;</p> <p>5) аурудың анағұрлым көп таралған нысандарын (кардиология, ревматология, пульманология, эндокринология, гастрэнетерология, неврология, нефрология, оториноларингология, офтальмология, дерматовенерология) диагностикалау;</p> <p>6) науқастарды, оның ішінде диспансерлік науқастарды жалпы практика дәрігерінің / учаскелік дәрігердің консультациясына жіберуді;</p> <p>7) аурудың созылмалы нысандары бар науқастарды үйдегі белсенді потранажды;</p> <p>8) <i>жас ерекшеліктеріне сәйкес профилактикалық екпелердің кестесін әзірлеу;</i></p> <p>9) екпелер алдында балаларды тексеріп-қарау;</p> <p>10) уәкілетті орган айқындаған тәртіппен халықтың нысаналы тобына профилактикалық тексеріп-қараулар (скринингілікзерттеулер) өткізуді ұйымдастыру;</p> <p>11) пациенттерді жоспарлы емдеуге жатқызуға жіберу;</p> <p>12) <i>бейінді денсаулық мектептерін ұйымдастыру;</i></p> <p>13) <i>тіркелген халықты тексеріп-қарау мен</i></p>	<p>жалпы практика дәрігерінің функционалдықжұмыс өкілеттілігін беру ұсынылады.</p>



Кестенің жалғасы Ж.1

1	2	3	4
		<p><i>емдеу сабақтастығын қамтамасыз ету;</i>                      14 халыққа салауатты өмір салтыннасихаттау мен қалыптастыру мәселелері бойынша ақпараттық білім беру жұмыстарын жүргізуді;                      15) созылмалы аурулары бар адамдарға телефон арқылы консультация беру;                      16) статистикалық есептілікті және есепберуді жүргізу;                      17) статистикалық деректерді талдау;                      18) спирометрияны түсіндіру;                      19) жұмсақ таңышты салу;                      20) бетінде ораналасқан бөгде денелерді алып тастау;                      21) құлақтың шалғыштығын және көздің жітілігін айқындау кіреді</p>	

## ҚОСЫМША И

### Жоба

		Қазақстан Республикасы Ұлттық кәсіпкерлер палатасы Басқармасының «Атамекен» АҚ Басқарма Төрағасының бұйрығымен бекітілген № _____
«Жалпы дәрігерлік практика/отбасылық медицина» кәсіби стандарты		
1. Кәсіби стандарттың паспорты		
Кәсіби стандарттың атауы:	Жалпы дәрігерлік практика (отбасылық дәрігер)	
Кәсіби стандарттың нөмері:	1.2.3.4.5.	
Экономикалық қызметтің жалпы жіктеушісіне сәйкес бөлімнің, топтың, сыныптың және сынып тармағының атаулары:	Q Бөлімі. Денсаулық сақтау және әлеуметтік қызметтер 86 Денсаулық сақтау саласындағы қызметі 86.2 Дәрігерлік және стоматологиялық практика 86.21 Жалпы дәрігерлік практика 86.21.0 Жалпы дәрігерлік практика	
Кәсіби стандарттың қысқаша сипаттамасы:	науқастарды диагностикалау, емдеу, профилактикасы және оңалту, медициналық қызметтердің көлемі мен сапасын сараптау, мамандарды даярлау және «Жалпы дәрігерлік практика/отбасылық медицина» мамандығы бойынша ғылыми зерттеулер жүргізу. Мамандар біліктілігінің деңгейі арттыру кезінде, әрбір кейінгі деңгей алдыңғы деңгейдегі функциялардың орындалуын және жаңа құзыреттерге сәйкес оларды кеңейтуді білдіреді.	
2. Кәсіп карточкалары		
Кәсіптер карточкаларының тізімі:	Жалпы практика дәрігері	СБШ бойынша біліктілік деңгейі - 6, 7.1, 7.2, 7.3, 8
	Клиникалық медицина бойынша оқытушы, доцент, профессор («Жалпы дәрігерлік практика/отбасылық медицина» мамандығы)	СБШ бойынша деңгейі – 7.2, 8.1
	Ғылыми қызметкер (медицина саласында) («Жалпы дәрігерлік практика/отбасылық медицина» мамандығы)	СБШ бойынша деңгейі – 7.2, 7.3, 8.1
<b>"Жалпы практика дәрігері" КӘСІБІНІҢ КАРТОЧКАСЫ</b>		
Коды:	2211-2-001	
Топтық код:	2211-2	
Кәсіп:	Жалпы практика дәрігері	

Басқа да ықтимал кәсіптік атаулары:	2211-2-002 Отбасылық дәрігер	
Секторлық біліктілік шеңбері бойынша біліктілік деңгейі:	6	
Еңбек функциялары:	Міндетті еңбек функциялары:	1. Балаларды және ересек жастағы пациенттерді амбулаториялық қабылдау, қарау және динамикалық бақылау
1-еңбек функциясы:  Балаларды және ересек жастағы пациенттерді амбулаториялық қабылдау, қарау және динамикалық бақылау	1-міндет	Іскерліктер мен дағдылар:
	Пациенттерді қарау және ересектер мен балалар ауруларын емдеу және диагностикалау	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Науқасты тексеружоспарын әзірлеу, балаларды және ересек жастағы пациенттерді алғашқы қарау дағдылары.</li> <li>2. Ересектер мен балалардың ең кең тараған ауруларын диагностикалау және сараланған диагностикалау дағдылары, оның ішінде диагностикалық зерттеулерді тағайындау және оның нәтижелерін түсіндіру, ауруды анықтау кезінде АХЖ10 сәйкес диагнозды тұжырымдау.</li> <li>3. Органда патологиялық процесті анықтау кезінде органның функционалдық жеткіліксіздік деңгейін бағалау дағдылары.</li> <li>4. Жүктілікке диагностика жүргізу.</li> <li>5. Жүктілік пен босануға қарсы көрсетімдерді анықтау іскерлігі.</li> <li>6. Балаларды және ересек пациенттерді жоспарлы және шұғыл емдеуге жатқызуға көрсетімдерді анықтау іскерлігі.</li> <li>7. Балаларды және ересек пациенттерді жоспарлы емдеуге жатқызуға арналған құжаттарды толтыру дағдылары.</li> <li>8. Мүгедектіктің белгілерін анықтау және медико-әлеуметтік сараптамаға жолдама толтыру дағдалары, педагогика-медико-психологиялық кеңес беру (МӘС және ПМПК).</li> </ol>
		Білімдер:
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. НҚА, стандарттар, клиникалық хаттамалар және клиникалық нұсқаулықтардың талаптары.</li> <li>2. Клиникалық жалпы дәрігерлік практикадағы дәлелдеу медицинасы</li> <li>3. Қалыпты, топографиялық және патологиялық анатомия, қалыпты және патологиялық физиология, балалар мен ересектердің биохимиясы.</li> <li>4. Балалар мен ересектердегі негізгі клиникалық-зертханалық симптомдар мен синдромдар.</li> <li>5. Ересектер мен балалардың ең кең тараған ішкі органдар ауруларының этиологиясы,</li> </ol>

		<p>патогенезі, жіктелуі, клиникалық белгілері, диагностикасы, емдеу және оңалту қағидаттары.</p> <p>6. Ересек науқасты және баланы сұрау және физикалық тексерудің стандартты схемасы.</p> <p>7. Диагноз қою үшін балалар мен ересек пациенттерді тексеру әдістері.</p> <p>8. Ағзадағы қалыпты және ересектер мен балаларда ең кең тараған патологиялар кезіндегі биологиялық сұйықтықтардың зертханалық деректері.</p> <p>9. Адам ағзасының және оның функционалдық жүйелерінің жас ерекшеліктері.</p> <p>10. Жоспарлы және шұғыл емдеуге жатқызу көрсетімдері</p>
<p>2-міндет: Балаларды және ересек жастағы пациенттерді қарау және динамикалық бақылау</p>		<p>Іскерліктер мендағдылар:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Балалар мен ересек науқастарды қарау тактикасын айқындау дағдылары.</li> <li>2. Диспансерлік учетта тұрған науқастардың дағдыларын енгіздіру.</li> <li>3. Балалар жасындағы ауруларды ықпалдастыра дағдыларды енгізу.</li> <li>4. Балаларға және ересек жастағы пациенттерге динамикалық бақылау дағдылары.</li> <li>5. Жүктіліктің барысын қадағалауға, босануға психологиялық алдын-алу дайындығына, босанғаннан кейінгі және аборт жасағаннан кейін әйелдерді оңалтуға арналған дағдылар.</li> <li>6. Мүдделі тараптарға ауыр, диагностикалық түсініксіз пациенттерді, сирек патологиялық жай-күйді анықтау жағдайлары туралы уақтылы хабардар ету іскерлігі.</li> <li>7. Пациентке немесе оның заңды өкіліне аурудың ықтимал балама өршуі бойынша кеңес беру іскерлігі.</li> <li>8. Пациентті немесе оның заңды өкілін алдын алу, тексеру, емдеу әдістері мен тәсілдерін таңдау мүмкіндігі туралы хабардар ету іскерлігі.</li> <li>9. Пациентке немесе оның заңды өкіліне ауруды сәтті диагностикалау, емдеу және алдын алу үшін сақталуы қажет ережелерді үйрету іскерлігі.</li> <li>10. Балаларды тамақтандыру, шынықтыру, мектепке дейінгі балалар мекемелеріне, мектепке дайындау, отбасын жоспарлау, контрацепция, иммунопрофилактика мәселелері бойынша кеңес беру іскерлігі.</li> </ol>

		<p>11. Пациенттермен нәтижелі қатынастар орнату іскерлігі және осы кеңес беру кезінде қолдану.</p> <p>12. МСАК жағдайында скрининг бағдарламаларын жүргізу және нәтижелерін талдау іскерлігі.</p> <p>13. Автоматтандырылған ақпараттық жүйесін толтыру іскерлігі, дәрімен қамтамасыз етудің ақпараттық жүйесі мен Қазақстан ұлттық формуляр жұмыстардың іскерлігі.</p> <p>14. Есептілік-есепке алу құжаттамасын, еңбекке жарамсыздық парақшаларын толтыру, рецептре жазу және т.б. іскерлігі.</p> <p>15. Амбулаториялық қабылдау бойынша жылдық есептілік жасау іскерлігі.</p> <p>16. Басқа мамандардың қызметін, оның ішінде алғашқы медициналық көмек жүйесі жағдайында үйлестіру іскерлігі.</p> <p>Білімдер:</p> <p>1. НҚА, стандарттар, клиникалық хаттамалар және клиникалық нұсқаулықтардың талаптары.</p> <p>2. Клиникалық жалпы дәрігерлік практикадағы дәлелдеу медицинасы</p> <p>3. Балалар мен ересек науқастардың психологиясы.</p> <p>4. Тиімді қарым-қатынас ережелері.</p> <p>5. Медициналық этика және деонтология ерекшеліктері.</p> <p>6. Физиологиялық жүктілікті жүргізу.</p> <p>7. МСАК деңгейінде қолданылатын автоматтандырылған ақпараттық жүйелермен жұмыс істеу ережелері</p>
	<p>3-міндет: Балаларды және ересек жастағы пациенттерді амбулаториялық емдеу</p>	<p>Іскерліктер мен дағдылар:</p> <p>1. Балаларға және ересек жастағы пациенттерге амбулаториялық емдеу тағайындау дағдылары.</p> <p>2. Ересектер мен балаларды иммунопрофилактика жүргіздіруге рұқсат алуды анықтау дағдылары.</p> <p>3. Балалар мен ересек жастағы пациенттерге жүргізілген емдік-диагностикалық ықпалдың тиімділігін бағалау іскерлігі.</p> <p>4. Жүкті әйелдердің экстрагениталды патологиясын анықтау және емдеу дағдылары.</p> <p>5. Балалар мен жасөспірімдерге паллиативтік көмек көрсетудегі дағдылар.</p> <p>6. Басқа мамандармен және емдеу, оңалту, сақтандыру мәселелері бойынша өзара әрекеттесу дағдылары.</p>

		<p>Білімдер:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. НҚА, стандарттар, клиникалық хаттамалар және клиникалық нұсқаулықтардың талаптары.</li> <li>2. Клиникалық жалпы дәрігерлік практикадағы дәлелдеу медицинасы</li> <li>3. Ересектер мен балалардағы ішкі ағзалардың жиі кездесетін ауруларын емдеу және оңалту қағидаттары.</li> <li>4. Вакциналық профилактика.</li> <li>5. Шұғыл медициналық көмекті талап ететін патологиялық жай-күй.</li> <li>6. Алғашқы медициналық көмек көрсету ережелері.</li> <li>7. Кезек күттірмейтін білікті көмек көрсету ережелері.</li> <li>8. Адамда таралған ауруларын алдын алу және емдеудің дәрілік және дәрілік емес әдістерінің теориялық негіздері.</li> </ol>	
Жеке құзыреттілікке қойылатын талаптар	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Этика, деонтология және субординация ережелерін сақтау дағдылары.</li> <li>2. Денсаулық сақтауды ұйымдастырудың санитарлық-гигиеналық режимнің және қоршаған ортаның эпидемиологиялық қауіпсіздігінің нормаларын сақтау дағдылары.</li> <li>3. Медициналық қызметтер көрсету процестерін құжаттауды (оның ішінде электронды) жүзеге асыру іскерлігі.</li> <li>4. Ұйымдастыру, өзін-өзі басқару және өз қызметін үздіксіз жетілдіру дағдылары.</li> <li>5. Кәсіби қызмет міндеттерін орындаудағы дербестік пен жауапкершілік</li> </ol>		
СБШ шеңберінде басқа мамандықтармен байланысы	6, 7	Учаскелік дәрігер	
Бірыңғай тарифтік-біліктілік анықтамалығын немесе біліктілік анықтамалығымен байланысты			
Білім беру жүйесімен және біліктілігіне байланысы	Білім деңгейі	Мамандығы	Біліктілігі
	Жоғары медициналық білім + интернатура (Халықаралық білім берудің стандарты жіктеудің 6 деңгейі)	Жалпы дәрігерлік практика	Жалпы практика дәрігері (Жұмыс тәжірибесі талап етілмейді)
	немесе		
	Жоғары медициналық білім + интернатура (Халықаралық білім берудің стандарты жіктеудің 6 деңгейі)	Терапия, Педиатрия, Акушерлік және гинекология, Хирургия	Жалпы практика дәрігері (Жұмыс тәжірибесі талап етілмейді)

	+ Қосымша білім беру (алғашқы мамандандыру кемінде 864 сағат көлемінде)	Жалпы дәрігерлік практика (отбасылық медицина)	
<b>"Жалпы практика дәрігері" КӘСІБІНІҢ КАРТОЧКАСЫ</b>			
Коды:	2211-2-001		
Топтық код:	2211-2		
Кәсіп:	Жалпы практика дәрігері		
Басқа да ықтимал кәсіптік атаулары:	2211-2-002 Отбасылық дәрігер		
Секторлық біліктілік шеңбері бойынша біліктілік деңгейі:	7.1		
Еңбек функциялары:	Міндетті еңбек функциялары:	1. Сирек патологиялық жай-күйді диагностикалау, ересектер мен балаларда алдын алу және оңалту іс-шараларын ұйымдастыру.	
1-еңбек функциясы: Сирек патологиялық жай-күйді диагностикалау, ересектер мен балаларда алдын алу және оңалту іс-шараларын ұйымдастыру	1-міндет: Ересектер мен балаларда сирек патологиялық жай-күйді диагностикалау	Іскерліктер мендағдылар:	
		1. Ересектер мен балаларда сирек ауруларды диагностикалау дағдылары. 2. Ересектер мен балаларда сирек патологиялық жай-күйді диагностикалау кезінде тексеру мен зертханалық-диагностикалық зерттеудің инструменталды әдістердің нәтижелерін талдау дағдылары. 3. Дәрігерлік консилиумдар ұйымдастыру дағдылары.	
		Білімдер:	
		1. НҚА, стандарттар, клиникалық хаттамалар және клиникалық нұсқаулықтардың талаптары. 2. Клиникалық жалпы дәрігерлік практикадағы дәлелдеу медицинасы. 3. Ересектер мен балалардағы сирек патологиялық жай-күйдің эпидемиологиясы, этиологиясы, патогенезі, патоморфологиясы, клиникалық суреттемесі, диагностикасы 4. Ересектер мен балаларда сирек патологиялық жай-күйді диагностикалау кезінде тексеру мен зертханалық-диагностикалық зерттеудің инструменталды әдістерді тағайындауға көрсетімдер. 5. Стандарттар, НҚА және мәжіліс	

		<p>топтары мен дәрігерлік консилиумдарды ұйымдастыруды реттейтін басқа да құжаттар.</p> <p>6. Сирек патологиялық жай-күйді диагностикалауға, ересектер мен балаларда алдын алуға және оңалтуға қатысты заманауи зерттеулердің нәтижелері.</p>
	<p>2-міндет:</p> <p>Ересектер мен балаларда аурудың алдын алуын ұйымдастыру</p>	<p>Іскерліктер мендағдылар:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ересектер мен балаларда аурулардың алдын алуды ұйымдастыру дағдылары, оның ішінде денсаулық, салауатты өмір салтын насихаттау, дұрыс тамақтану орталықтарымен бірге өткізу.</li> <li>2. Ересектер мен балаларда сырқаттанушылықты азайтуға бағытталған жалпы санитарлық-гигиеналық іс-шараларды өткізу бойынша нұсқамалық жүргізу дағдылары.</li> <li>3. Аурудың жеке алдын алу бойынша нұсқамалық жүргізу дағдылары.</li> <li>4. Пациенттермен нәтижелі қатынастар орнату іскерлігі және осы іскерлігі кеңес беру кезінде қолдану.</li> <li>5. МСАК жағдайында скрининг бағдарламаларын жүргізу және нәтижелерін талдау іскерлігі.</li> </ol> <p>Білімдер:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. НҚА, стандарттар, клиникалық хаттамалар және клиникалық нұсқаулықтардың талаптары.</li> <li>2. Клиникалық жалпы дәрігерлік практикадағы</li> <li>3. Ересектер мен балаларда аурулардың бастапқы және қайталама алдын алу.</li> <li>4. Сирек патологиялық жай-күйді диагностикалауға, ересектер мен балаларда алдын алуға және оңалтуға қатысты заманауи зерттеулердің нәтижелері.</li> </ol>
	<p>3-міндет:</p> <p>Ересектер мен балаларда оңалту іс-шараларын ұйымдастыру</p>	<p>Іскерліктер мендағдылар:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Балалар мен егде жастағы пациенттерге психологиялық және физикалық оңалту ұйымдастыру дағдылары.</li> <li>2. Балалар мен ересек жастағы пациенттерді кәсіптік, әлеуметтік-экономикалық оңалтуды ұйымдастыру бойынша кеңес беру дағдылары.</li> <li>3. Балаларға және ересек пациенттерге паллиативтік көмек көрсету іскерлігі.</li> <li>4. Ересектер мен балаларда оңалтуға қатысты заманауи зерттеулердің нәтижелері.</li> </ol>



		<p>Білімдер:</p> <p>1. НҚА, стандарттар, клиникалық хаттамалар және клиникалық нұсқаулықтардың талаптары.</p> <p>2. Клиникалық жалпы дәрігерлік практикадағы дәлелдеу медицинасы.</p> <p>3. МСАК жағдайында пациенттерді кәсіби оналту жөніндегі іс-шаралар.</p> <p>4. Қоршаған ортада және балалар мен ересек жастағы пациенттердің ортасында бейімделу.</p>	
Жеке кұзыреттілікке қойылатын талаптар	<p>1. Этика, деонтология және субординация ережелерін сақтау дағдылары.</p> <p>2. Денсаулық сақтауды ұйымдастырудың санитарлық-гигиеналық режимнің және қоршаған ортаның эпидемиологиялық қауіпсіздігінің нормаларын сақтау дағдылары.</p> <p>3. Медициналық қызметтер көрсету процестерін құжаттауды (оның ішінде электронды) жүзеге асыру іскерлігі.</p> <p>4. Ұйымдастыру, өзін-өзі басқару және өз қызметін үздіксіз жетілдіру дағдылары.</p> <p>5. Кәсіби қызмет міндеттерін орындаудағы дербестік пен жауапкершілік</p>		
СБШ шеңберінде басқа мамандықтармен байланысы	6, 7	Учаскелік дәрігер	
Бірыңғай тарифтік-біліктілік анықтамалығын немесе біліктілік анықтамалығымен байланысты			
Білім беру жүйесімен және біліктілігіне байланысы	Білім деңгейі:	Мамандығы:	Біліктілігі:
	Жоғары медициналық білім + интернатура (Халықаралық білім берудің стандарты жіктеудің 6-деңгейі) + Резидентура(Халықаралық білім берудің стандарты жіктеудің 7 деңгейі)	Жалпы дәрігерлік практика, Терапия, Педиатрия, Акушерлікжәне гинекология, Хирургия	Жалпы практика дәрігері (Жұмыс тәжірибесі талап етілмейді.)
		Жалпы дәрігерлік практика (отбасылық медицина)	
		немесе	
Жоғары медициналық білім + интернатура (Халықаралық білім берудің стандарты	Жалпы дәрігерлік практика	Жалпы практика дәрігері (6-деңгейде біліктілігімен жұмыс	

	жіктеудің 6-деңгейі)		тәжірибесі кемінде 3 жыл)
	немесе		
	Жоғары медициналық білім + интернаттура (Халықаралық білім берудің стандарты жіктеудің 6-деңгейі) + Қосымша білім беру (бастапқы мамандандыру кемінде 864 сағат көлемінде)	Терапия, Педиатрия, Акушерлікжәне гинекология, Хирургия Жалпы дәрігерлік практика (отбасылық медицина)	Жалпы практика дәрігері (6-деңгейде біліктілігімен жұмыс тәжірибесі кемінде 3 жыл)
<b>"Жалпы практика дәрігері" КӘСІБІНІҢ КАРТОЧКАСЫ</b>			
Коды:	2211-2-001		
Топтық код:	2211-2		
Кәсіп:	Жалпы практика дәрігері		
Басқа да ықтимал кәсіптік атаулары:	2211-2-002 Жалпы дәрігерлік практика		
Секторлық біліктілік шеңбері бойынша біліктілік деңгейі:	7.2		
Еңбек функциялары:	Міндетті еңбек функциялары:	<p>1. Балалар мен ересектерде ауруларды қиын диагностикалау және емдеу жағдайларында жалпы дәрігерлік практика дәрігерлеріне (отбасылық дәрігеріне) консультациялық қызметтер көрсету.</p> <p>2. Жалпы практика дәрігерлерінің /отбасылық дәрігерінің қызметін ұйымдастыру және бақылау.</p> <p>3. Жалпы практика дәрігерлері /отбасылық дәрігері көрсететін медициналық қызметтердің көлемі мен сапасына сараптама жүргізу.</p>	
1-еңбек функциясы: Балалар мен ересектерде ауруларды қиын диагностикалау және емдеу жағдайларында жалпы дәрігерлік практика дәрігерлеріне /отбасылық	1- міндет: Жалпы дәрігерлік практикада консультациялық қызметтер көрсету	<p>Искерліктер мендағдылар:</p> <p>1. Біліктілігі аз жалпы практика дәрігерлеріне/отбасылық дәрігеріне ұйымдастырушылық-әдістемелік басшылық ету дағдылары, оларға консультациялық-диагностикалық көмек көрсету.</p> <p>2. Балалар мен ересектерде ауруларды қиын диагностикалау және емдеу жағдайларында жалпы дәрігерлік практика дәрігерлеріне консультациялық қызметтер көрсету дағдылары.</p>	

<p>дәрігерлерге консультациялық қызметтер көрсету</p>		<p>3. "Жалпы дәрігерлік практика/отбасылық медицина" мамандығы бойынша медициналық қызметтер шеңберінде арнайы зерттеу және емдеу әдістерін талап ететін адамдарды қалалық, облыстық және республикалық маңызы бар бейіндік бөлімшелерге жіберудің даулы мәселелері бойынша шешім қабылдау іскерлігі.</p> <p>Білімдер:</p> <p>1. Стандарттар, НҚА және МСАК ұйымдастыруға және жалпы практика дәрігерлеріне/отбасылық дәрігеріне арналған, басқа да реттейтін құжаттар.</p> <p>2. Жалпы практика дәрігерлері/отбасылық дәрігері қоғамдастығында танылған заманауи зерттеулердің негізгі нәтижелері.</p>
<p>2-еңбек функциясы: Жалпы практика дәрігерлерінің /отбасылық дәрігерлердің қызметін ұйымдастыру және бақылау</p>	<p>1- міндет: Жалпы практика дәрігерлерінің қызметін ұйымдастыру</p>	<p>Іскерліктер мендағдылар:</p> <p>1. Халыққа амбулаториялық-емханалық, стационарды алмастыратын деңгейлерде медициналық көмек көрсететін құрылымдық бөлімшелердің жұмысын ұйымдастыру дағдылары.</p> <p>2. Пациенттің қозғалыс маршрутын үйлестіру дағдылары және жалпы практика дәрігерлерінің/отбасылық дәрігерінің медициналық көмек көрсету кезіндегі сабақтастығын қамтамасыз ету.</p> <p>3. Ауруларға шалдыққан пациенттердің өмірі мен денсаулығына қауіп төндіретін жағдайлар туындаған кезде жоспарлы және шұғыл сипаттағы шараларды қабылдау іскерлігі.</p> <p>4. Халыққа амбулаториялық-емханалық, стационарды алмастыратын деңгейлерде медициналық көмек көрсететін құрылымдық бөлімшелердің жұмысын жоспарлау және болжау дағдылары.</p> <p>Білімдер:</p> <p>1. Стандарттар, НҚА және МСАК ұйымдастыруға және жалпы практика дәрігерлеріне/отбасылық дәрігеріне арналған, басқа да реттейтін құжаттар.</p> <p>2. Жалпы практика дәрігерлері /отбасылық дәрігері қоғамдастығында танылған заманауи зерттеулердің негізгі нәтижелері.</p>
	<p>2- міндет: Жалпы практика дәрігерлерінің /отбасылық дәрігерлер қызметін бақылау</p>	<p>Іскерліктер мендағдылар:</p> <p>1. Пациенттерге арналған дәрілік заттарды және медициналық мақсаттағы бұйымдарды, шығыс материалдарын бақылауды ұйымдастыру дағдылары.</p> <p>2. Тіркегі және жылдық есептілік</p>

		<p>бойынша ақпаратты толтыру және жинақтау сапасын бақылау дағдылары. 3. Денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті органға есептік нысандар бойынша уақтылы есеп беру дағдылары.</p>
<p>3-еңбек функциясы: Жалпы практика дәрігерлері /отбасылық дәрігерлер көрсететін медициналық қызметтердің көлемі мен сапасына сараптама жүргізу</p>	<p>1- міндет: Жалпы практика дәрігерлері /отбасылық дәрігерлер көрсететін медициналық қызметтердің көлемі мен сапасына сараптау</p>	<p>Білімдер:</p> <p>1. Стандарттар, НҚА және МСАК ұйымдастыруға және жалпы практика дәрігерлеріне /отбасылық дәрігеріне арналған, басқа да реттейтін құжаттар. 2. Жалпы практика дәрігерлері /отбасылық дәрігері қоғамдастығында танылған заманауи зерттеулердің негізгі нәтижелері.</p> <p>Іскерліктер мен дағдылар:</p> <p>1. Жалпы практика дәрігерлері /отбасылық дәрігерлер көрсететін медициналық қызметтердің көлемі мен сапасын бақылау дағдылары. 2. "Жалпы дәрігерлік практика /отбасылық медицина" мамандығы шеңберінде медициналық көмектің түйінді көрсеткіштеріне мониторинг жүргізу дағдылары. 3. Ішкі істер органдарының, прокуратура мен соттың, сондай-ақ басқа мемлекеттік органдардың қызметкерлеріне медициналық көмек көрсету сапасы және "Жалпы дәрігерлік практика/отбасылық медицина" мамандығы бойынша медициналық құжаттаманы жүргізу мәселелері жөніндегі консультативтік көмек ұсыну дағдылары. 4. Жалпы практика дәрігерлері /отбасылық дәрігерлер көрсететін медициналық қызметтерді ұқсынатын денсаулық сақтау субъектісінің есепке алу және есептік құжаттамасына талдау жүргізу іскерлігі. 5. Қауіп факторларын айқындау және ұйымның басшылығын жалпы практика дәрігерлері /отбасылық дәрігерлері көрсететін медициналық қызметтердің сапасы саласында туындаған жүйелі проблемалар туралы уақтылы хабардар ету.</p> <p>Білімдер:</p> <p>1. ҚР-ның денсаулық сақтау саласындағы халықтың денсаулығын қорғау, медициналық қызметтердің көлемдері мен сапасын сараптау саласындағы қоғамдық қатынастарды реттейтін заңнамасы. 2. Халық денсаулығының көрсеткіштері. 3. Халықтың сырқаттанушылығы, зерттеу</p>

		<p>әдістері, талдау.</p> <p>4. Медициналық статистика.</p> <p>5. Денсаулық сақтау саласындағы лицензиялау, аттестаттау, сертификаттау.</p> <p>6. Денсаулық сақтау саласындағы сараптамалардың түрлері.</p> <p>7. Медициналық қызметтердің сапасын сараптамалық бағалау және мемлекеттік бақылау.</p> <p>8. Медициналық қызметтердің сапасын сараптамалық бағалау және ішкі аудит қызметі.</p> <p>9. Денсаулық сақтау саласындағы стандарттау.</p> <p>10. Медициналық ұйымдарды аккредиттеу.</p> <p>11. Аккредиттеу стандарттары.</p> <p>12. Дәлелдеу медицинасы.</p> <p>13. Медициналық қателіктер</p> <p>14. Басқа органдармен және ұйымдармен сараптама мәселелері бойынша өзара әрекеттесу.</p> <p>15. Медициналық көмек сапасына сараптама жүргізу әдістемесі (әдістер, технология, талдау, бағалау, мониторинг).</p> <p>16. Денсаулық сақтауды ұйымдастыру жұмысының сапасын бағдарламалық кешендердің деректері негізінде сараптамалық бағалау.</p> <p>17. Тәуелсіз сарапшының жұмысын ақпараттық қамтамасыз ету.</p>
Жеке құзыреттілікке қойылатын талаптар	<p>1. Этика, деонтология және субординация ережелерін сақтау дағдылары.</p> <p>2. Денсаулық сақтауды ұйымдастырудың санитарлық-гигиеналық режимнің және қоршаған ортаның эпидемиологиялық қауіпсіздінің нормаларын сақтау дағдылары.</p> <p>3. Медициналық қызметтер көрсету процестерін құжаттауды (оның ішінде электронды) жүзеге асыру іскерлігі.</p> <p>4. Ұйымдастыру, өзін-өзі басқару және өз қызметін үздіксіз жетілдіру дағдылары.</p> <p>5. Кәсіби қызмет міндеттерін орындаудағы дербестік пен жауапкершілік.</p> <p>6. Республикалық кәсіптік қауымдастығына мүшелік.</p> <p>7. ЖДП/ОМ және сабақтас мамандықтар бойынша семинарларда, шеберлік кластарында, оқу модульдерінде, конференцияларға қатысу (соңғы 3 жылда сертификатпен дәлелденген кемінде 30 сағат көлемде оқу).</p>	
СБШ шеңберінде басқа мамандықтармен байланысы	6, 7	Учаскелік дәрігер
Бірыңғай тарифтік-		

біліктілік анықтамалығын немесе біліктілік анықтамалығымен байланысты			
Білім беру жүйесімен және біліктілігіне байланысы	Білім деңгейі:	Мамандығы:	Біліктілігі:
	Жоғары медициналық білім + интернатура (Халықаралық білім берудің стандарты жіктеудің 6-деңгейі) + Резидентура (Халықаралық білім берудің стандарты жіктеудің 7 деңгейі) + Біліктілік арттыру (соңғы 5 жылда мамандығы бойынша кемінде 216 сағат көлемінде)	Жалпы дәрігерлік практика, Терапия, Педиатрия, Акушерлік және гинекология, Хирургия	Жалпы практика дәрігері (7.1. деңгейінде біліктілігімен жұмыс тәжірибесі кемінде 10 жыл)
		Жалпы дәрігерлік практика (отбасылық медицина)	
		Жалпы дәрігерлік практика (отбасылық медицина)	
	немесе		
	Жоғары медициналық білім + интернатура (Халықаралық білім берудің стандарты жіктеудің 6-деңгейі) + Біліктілік арттыру (соңғы 5 жылда мамандығы бойынша кемінде 216 сағат көлемінде)	Жалпы дәрігерлік практика	Жалпы практика дәрігері (7.1. деңгейінде біліктілігімен жұмыс тәжірибесі кемінде 10 жыл)
		Жалпы дәрігерлік практика (отбасылық медицина)	
	немесе		
	Жоғары медициналық білім + интернатура (Халықаралық білім берудің стандарты жіктеудің 6-деңгейі) + Қосымша білім (бастапқы мамандандыру кемінде 864 сағат көлемінде) + Біліктілігін арттыру (соңғы 5 жылда мамандығы бойынша кемінде 216 сағат көлемінде)	Терапия, Педиатрия, Акушерлік және гинекология, Хирургия	Жалпы практика дәрігері (7.1. деңгейінде біліктілігімен жұмыс тәжірибесі кемінде 10 жыл)
		Жалпы дәрігерлік практика (отбасылық медицина)	
Жалпы дәрігерлік практика (отбасылық медицина)			

"Жалпы практика дәрігері" КӘСІБІНІҢ КАРТОЧКАСЫ		
Коды:	2211-2-001	
Топтық код:	2211-2	
Кәсіп:	Жалпы практика дәрігері	
Басқа да ықтимал кәсіптік атаулары:	2211-2-002 Жалпы дәрігерлік практика	
Секторлық біліктілік шеңбері бойынша біліктілік деңгейі:	7.3	
Еңбек функциялары:	Міндетті еңбек функциялары:	1. «Жалпы дәрігерлік практика /отбасылық медицина» мамандығы бойынша көмектің тиімділігі мен сапасы проблемаларының шешілуін әдістемелік қамтамасыз ету (стандарттарды, диагностика және емдеу хаттамаларын, алгоритмдер мен нұсқаулықтарды әзірлеу).
1-еңбек функциясы: «Жалпы дәрігерлік практика /отбасылық медицина» мамандығы бойынша көмектің тиімділігі мен сапасы проблемаларының шешілуін әдістемелік қамтамасыз ету (стандарттарды, диагностика және емдеу хаттамаларын, алгоритмдер мен нұсқаулықтарды әзірлеу)	1- міндет: Стандарттарды, диагностика және емдеу хаттамаларын, алгоритмдер мен нұсқаулықтарды әзірлеу	Іскерліктер мендағдылар:
		1. Дәлелдемелерді үнемі іздестіру және алынған ақпаратты сыни талдау дағдылары. 2. Халықаралық клиникалық хаттамалар мен нұсқаулықтарды жергілікті жағдайларға бейімдеу дағдылары. 3. «Жалпы дәрігерлік практика (отбасылық медицина)» мамандығы шеңберінде мамандандырылған медициналық көмек жөніндегі стандарттарды, диагностика және емдеу хаттамаларын, алгоритмдер мен нұсқаулықтарды әзірлеуге қатысу.
	Білімдер:	
		1. Зерттеу қызметінің негіздері. 2. Қолдандалы зерттеулер әдіснамасы. 3. Статистикалық талдау және болжаудың сандық әдістері. 4. Жаңа технологияларды енгізу мәселелері жөніндегі НҚА. 5. «Жалпы дәрігерлік практика/отбасылық медицина» мамандығы бойынша стандарттарды, диагностика және емдеу хаттамаларын, алгоритмдер мен нұсқаулықтарды әзірлеу жөніндегі нұсқаулықтар мен әдіснамалық ұсынымдар.
	2- міндет: Стандарттарды, диагностика және	Іскерліктер мендағдылар: 1. Қызметкерлердің пікірлерін зерттеу және персоналды «Жалпы дәрігерлік практика

	<p>емдеу хаттамаларын, алгоритмдер мен нұсқаулықтарды енгізуді қамтамасыз ету</p>	<p>/отбасылық медицина» мамандығы шеңберінде мамандандырылған медициналық көмекті жүзеге асыру кезінде сапаны жақсарту және пациенттердің қауіпсіздігін қамтамасыз ету шаралары туралы хабардар ету.</p> <p>2. «Жалпы дәрігерлік практика /отбасылық медицина» мамандығы шеңберінде мамандандырылған медициналық көмекті жүзеге асыратын ұйымның медициналық көмектің сапасын қамтамасыз ету мәселелері бойынша әлеуетін арттыру.</p> <p>3. Денсаулық сақтау ұйымының медициналық персоналын «Жалпы дәрігерлік практика /отбасылық медицина» мамандығы шеңберінде мамандандырылған медициналық көмек қызметтерінің сапасы мәселелерін бойынша оқыту.</p>
		<p>Білімдер:</p> <p>1. Жалпы дәрігерлік практиканы /отбасылық медицина дамытудың өзекті мәселелері.</p> <p>2. Тәлімгерлік пен нұсқамалықты жүзеге асыру әдіснамасы.</p> <p>3. Шеберлік кластарын, тренингтер өткізу әдіснамасы.</p>
<p>Жеке құзыреттілікке қойылатын талаптар</p>	<p>1. Этика, деонтология және субординация ережелерін сақтау дағдылары.</p> <p>2. Денсаулық сақтауды ұйымдастырудың санитарлық-гигиеналық режимнің және қоршаған ортаның эпидемиологиялық қауіпсіздігінің нормаларын сақтау дағдылары.</p> <p>3. Медициналық қызметтер көрсету процестерін құжаттауды (оның ішінде электронды) жүзеге асыру іскерлігі.</p> <p>4. Ұйымдастыру, өзін-өзі басқару және өз қызметін үздіксіз жетілдіру дағдылары.</p> <p>5. Кәсіби қызмет міндеттерін орындаудағы дербестік пен жауапкершілік.</p> <p>6. Халықаралық практикалық дәрігерлердің/отбасылық дәрігерлердің халықаралық кәсіби медициналық ұйымдарына немесе халықаралық мамандандырылған медициналық ұйымдарға байланысты мамандықтар бойынша мүшелігі.</p> <p>7. ЖДП/ОМ және сабақтас мамандықтар бойынша семинарларда, шеберлік кластарында, оқу модульдерінде, конференцияларға қатысу (соңғы 3 жылда сертификатпен дәлелденген кемінде 30 сағат көлемде оқу).</p>	
<p>СБШ шеңберінде басқа мамандықтармен байланысы</p>	<p>6, 7</p>	<p>Учаскелік дәрігер</p>
<p>Бірыңғай тарифтік-</p>		



біліктілік анықтамалығын немесе біліктілік анықтамалығымен байланысты			
Білім беру жүйесімен және біліктілігіне байланысы	Білім деңгейі:	Мамандығы:	Біліктілігі:
	<p>Жоғары медициналық білім + интернаттура (Халықаралық білім берудің стандарты жіктеудің 6-деңгейі) + Жоғары оқу орнынан кейінгі білім (Магистратура) (Халықаралық білім берудің стандарты жіктеудің 7-деңгейі) / ғылым кандидаты ғылыми дәрежесі + Біліктілігін арттыру (соңғы 5 жылда кемінде 216 сағат көлемінде)</p>	<p>Жалпы дәрігерлік практика</p> <p>Медициналық мамандықтар</p> <p>Жалпы дәрігерлік практика /отбасылық медицина</p>	<p>Жалпы практика дәрігері (7.2. деңгейінде біліктілігімен жұмыс тәжірибесі кемінде 3 жыл)</p>
	немесе		
	<p>Жоғары медициналық білім + интернаттура (Халықаралық білім берудің стандарты жіктеудің 6-деңгейі) + Резиденттура(Халықаралық білім берудің стандарты жіктеудің 7 деңгейі)/Алғашқы мамандандыру кемінде 864сағат көлемде + Жоғары оқу орнынан кейінгі білім (Магистратура) (Халықаралық білім берудің стандарты жіктеудің 7-деңгейі) / ғылым кандидаты ғылыми дәрежесі + Біліктілігін арттыру (соңғы 5 жылда кемінде 216 сағат көлемінде)</p>	<p>Жалпы дәрігерлік практика, Терапия, Педиатрия, Акушерлік және гинекология, Хирургия</p> <p>Жалпы дәрігерлік практика (отбасылық медицина)</p> <p>Медициналық мамандықтар</p> <p>Жалпы дәрігерлік практика (отбасылық медицина)</p>	<p>Жалпы практика дәрігері (7.2. деңгейінде біліктілігімен жұмыс тәжірибесі кемінде 3 жыл)</p>
<b>"Жалпы практика дәрігері" КӘСІБІНІҢ КАРТОЧКАСЫ</b>			
Коды:	2211-2-001		

Топтық код:	2211-2	
Кәсіп:	Жалпы практика дәрігері	
Басқа да ықтимал кәсіптік атаулары:	2211-2-002 Жалпы дәрігерлік практика	
Секторлық біліктілік шеңбері бойынша біліктілік деңгейі:	8.1	
Еңбек функциялары:	Міндетті еңбек функциялары:	1. «Жалпы дәрігерлік практика /отбасылық медицина» мамандығы бойынша стандарттардың, диагностика және емдеу хаттамалардың, алгоритмдер мен нұсқаулықтардың сараптамасы.
1-еңбек функциясы: «Жалпы дәрігерлік практика /отбасылық медицина» мамандығы бойынша стандарттардың, диагностика және емдеу хаттамалардың, алгоритмдер мен нұсқаулықтардың сараптамасы	1- міндет: Сараптама қызметін іске асыру	Іскерліктер мендағдылар:
		1. «Жалпы дәрігерлік практика /отбасылық медицина» мамандығы бойынша стандарттардың, диагностика және емдеу хаттамаларының, алгоритмдер мен нұсқаулықтардың сараптамасын жүргізу дағдылары. 2. «Жалпы дәрігерлік практика /отбасылық медицина» мамандығы бойынша стандарттарды, диагностика және емдеу хаттамаларын, алгоритмдер мен нұсқаулықтарын рецензиялау дағдылары. 3. «Жалпы дәрігерлік практика /отбасылық медицина» мамандығы бойынша стандарттарды, диагностика және емдеу хаттамаларын, алгоритмдер мен нұсқаулықтарды әзірлеу сапасы жөнінде сараптамалық қорытындылар жасау дағдылары.
		Білімдер:
		1. Стандарттарға, диагностика және емдеу хаттамаларына, алгоритмдер мен нұсқаулықтарға сараптама жүргізу әдістері. 2. Стандарттарды, диагностика және емдеу хаттамаларын, алгоритмдерді және нұсқаулықтарды рецензиялау ережелері. 3. Стандарттарды, диагностика және емдеу хаттамаларын, алгоритмдер мен нұсқаулықтарды әзірлеу сапасы жөнінде сараптамалық қорытындылар жасау ережелері.
Жеке құзыреттілікке қойылатын талаптар	1. Этика, деонтология және субординация ережелерін сақтау дағдылары. 2. Денсаулық сақтауды ұйымдастырудың санитарлық-гигиеналық режимнің және қоршаған ортаның эпидемиологиялық қауіпсіздінің нормаларын сақтау дағдылары.	

	<p>3. Медициналық қызметтер көрсету процестерін құжаттауды (оның ішінде электронды) жүзеге асыру іскерлігі.</p> <p>4. Ұйымдастыру, өзін-өзі басқару және өз қызметін үздіксіз жетілдіру дағдылары.</p> <p>5. Кәсіби қызмет міндеттерін орындаудағы дербестік пен жауапкершілік.</p> <p>6. Халықаралық мамандандырылған медициналық ұйымдарға жалпы практика дәрігерлерінің/отбасылық дәрігерлердің немесе халықаралық мамандандырылған медициналық ұйымдардағы мамандықтар бойынша мүшелігі.</p> <p>7. ЖДП/ОМ және сабақтас мамандықтар бойынша семинарларда, шеберлік кластарында, оқу модульдерінде, конференцияларға қатысу (соңғы 3 жылда сертификатпен дәлелденген кемінде 30 сағат көлемде оқу).</p>			
СБШ шеңберінде басқа мамандықтармен байланысы	6, 7	Учаскелік дәрігер		
Бірыңғай тарифтік-біліктілік анықтамалығын немесе біліктілік анықтамалығымен байланысты				
Білім беру жүйесімен және біліктілігіне байланысы	Білім деңгейі:	Мамандығы:	Біліктілігі:	
	<p>Жоғары медициналық білім + интернатура (Халықаралық білім берудің стандарты жіктеудің 6-деңгейі)</p> <p>+ Жоғары оқу орнынан кейінгі білім (Докторантура) (Халықаралық білім берудің стандарты жіктеудің 8-деңгейі) / ғылым кандидаты ғылыми дәрежесі</p> <p>+ Біліктілігін арттыру (соңғы 5 жылда кемінде 216 сағат көлемінде)</p>	Жалпы дәрігерлік практика	Жалпы практика дәрігері (7.3. деңгейінде біліктілігімен жұмыс тәжірибесі кемінде 3 жыл)	
		Медициналық мамандықтар		Жалпы дәрігерлік практика (отбасылық медицина)
		немесе		
Жоғары медициналық білім + интернатура (Халықаралық білім берудің стандарты жіктеудің 6-деңгейі) + Резидентура(Халықаралы	Жалпы дәрігерлік практика, Терапия, Педиатрия, Акушерлік және гинекология,	Жалпы практика дәрігері (7.2. деңгейінде біліктілігімен жұмыс тәжірибесі кемінде 3 жыл)		

	<p>қ білім берудің стандарты жіктеудің 7 деңгейі)/Алғашқы мамандандыру кемінде 864сағат көлемде + Жоғары оқу орнынан кейінгі білім (Докторантура) (Халықаралық білім берудің стандарты жіктеудің 8-деңгейі) / ғылым кандидаты ғылыми дәрежесі + Біліктілігін арттыру (соңғы 5 жылда кемінде 216 сағат көлемінде)</p>	<p>Хирургия Жалпы дәрігерлік практика (отбасылық медицина) Медициналық мамандықтар Жалпы дәрігерлік практика (отбасылық медицина)</p>	
Кәсіби стандарттың техникалық деректері			
Өзірленген	<p>ҚР ДСМ «Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы» ШЖҚ РМК Жоба жетекшілері: 1. Койков Виталий Викторович. Байланыс тел.: 700-950 (ішкі. 1050). e-mail: koikov_v@rcrz.kz 2. Байгожина Зауре Алпановна Байланыс тел.: 700-950 (ішкі. 1097). e-mail: olai_02@inbox.ru 3. Рахимова ЛяззатЖанбатовна Байланыс мәліметтері: тел.: 87078450928, e-mail: 4. Тапенова Айгерим Ерсеновна – секретарь группы Байланыс тел.: 87014905922. E-mail: <a href="mailto:tapenova_a@rcrz.kz">tapenova_a@rcrz.kz</a>. 5. Нугманова Дамиля Сакеновна Байланыс мәліметтері: 8727291-70-47, email: <a href="mailto:damilya.nugmanova@asvk.kz">damilya.nugmanova@asvk.kz</a>; <a href="mailto:damilya@gmail.com">damilya@gmail.com</a> 6. Дербисалина Гульмира Аждадиновна Байланыс мәліметтері: 87013469331, email: <a href="mailto:derbyg@yandex.ru">derbyg@yandex.ru</a> 7. Омаркулов Бауыржан Кадесович Байланыс мәліметтері: 87017824988, email: <a href="mailto:bau-omarkulov@yandex.ru">bau-omarkulov@yandex.ru</a> 8. Бабаева Баян Намановна Байланыс тел: 87053264140, Email: <a href="mailto:bbabaeva@mail.ru">bbabaeva@mail.ru</a> 9. Смаилова Алтынай Нагьсхановна Байланыс мәліметтері: 87172743228 10. Кауышева Алмагуль Амангельдиновна Байланыс мәліметтері: тел.:87018857877, email: <a href="mailto:almagul-mpzdrav@mail.ru">almagul-mpzdrav@mail.ru</a> 10. Азербаета Айжан Жанускановна Байланыс мәліметтері: тел.87017074442, email: <a href="mailto:aizhan_az@mail.ru">aizhan_az@mail.ru</a> 11. Мергентай Айгуль Байланыс мәліметтері: тел.87011806735, email: <a href="mailto:merci_merci@mail.ru">merci_merci@mail.ru</a></p>		

Нұсқаның нөмірі мен шығарылған жылы	2018 жыл, 1-нұсқа
Қайта қараудың болжамды күні	2020 жыл