

**"Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2026 жылға дейінгі тұжырымдамасын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2022 жылғы 24 қарашадағы № 945 қаулысына өзгерістер енгізу туралы**

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2026 жылғы 11 наурыздағы № 162 қаулысы

Қазақстан Республикасының Үкіметі **ҚАУЛЫ ЕТЕДІ:**

1. "Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2026 жылға дейінгі тұжырымдамасын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2022 жылғы 24 қарашадағы № 945 қаулысына мынадай өзгерістер енгізілсін:

тақырып мынадай редакцияда жазылсын:

"Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2022 – 2029 жылдарға арналған тұжырымдамасын бекіту туралы";

1, 2 және 3-тармақтар мынадай редакцияда жазылсын:

"1. Қоса беріліп отырған Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2022 – 2029 жылдарға арналған тұжырымдамасы (бұдан әрі – Тұжырымдама) бекітілсін.

2. Тұжырымдаманың іске асырылуына жауапты орталық мемлекеттік және жергілікті атқарушы органдар, мүдделі ұйымдар (келісу бойынша):

1) Тұжырымдаманы іске асыру бойынша қажетті шаралар қабылдасын;

2) Тұжырымдаманы іске асыру жөніндегі іс-қимыл жоспарының уақтылы орындалуын қамтамасыз етсін;

3) есепті жылдан кейінгі жылдың 1 сәуірінен кешіктірмей Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігіне Тұжырымдаманың іске асырылу барысы туралы ақпарат беріп тұрсын.

3. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі есепті жылдан кейінгі жылдың 1 мамырынан кешіктірмей мемлекеттік жоспарлау жөніндегі уәкілетті органға Тұжырымдаманың іске асырылу барысы туралы ақпарат беріп тұрсын, сондай-ақ оны өзінің интернет-ресурсына (таратылуы шектелген ақпаратты қоспағанда) орналастырсын.";

көрсетілген қаулымен бекітілген Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2026 жылға дейінгі тұжырымдамасы осы қаулыға қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын.

2. Осы қаулының орындалуын бақылау Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігіне жүктелсін.

3. Осы қаулы қол қойылған күнінен бастап қолданысқа енгізіледі.

Қазақстан Республикасы  
Үкіметінің  
2026 жылғы 11 наурыздағы  
№ 162 қаулысына  
қосымша  
Қазақстан Республикасы  
Үкіметінің  
2022 жылғы 24 қарашадағы  
№ 945 қаулысымен  
бекітілген

## Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2022 – 2029 жылдарға арналған тұжырымдамасы

### 1-бөлім. Паспорт

Атауы

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2022 – 2029 жылдарға арналған тұжырымдамасы

Әзірлеу үшін негіздеме (іске асыру үшін Тұжырымдаманы әзірлеу қамтамасыз етілетін МЖЖ-нің жоғары тұрған құжаттары көрсетіледі)

- 1) "Қазақстан Республикасының 2029 жылға дейінгі ұлттық даму жоспарын бекіту және Қазақстан Республикасы Президентінің кейбір жарлықтарының күші жойылды деп тану туралы" (Қазақстан Республикасы Президентінің 2024 жылғы 30 шілдедегі № 611 Жарлығы);
- 2) Мемлекет басшысының 2024 жылғы 2 қыркүйектегі "Әділетті Қазақстан: заң мен тәртіп, экономикалық өсім, қоғамдық оптимизм" атты Қазақстан халқына Жолдауы;
- 3) Қазақстан Республикасы Президентінің "Әділетті Қазақстан: бәріміз және әрқайсымыз үшін. Қазір және әрдайым" сайлауалды бағдарламасын іске асыру жөніндегі жол картасы;
- 4) Қазақстан Республикасының Премьер-Министрі О.А. Бектеновтің 2025 жылғы 9 сәуірдегі № 16-12/1703 тапсырмасы.

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі,  
Қазақстан Республикасының Жасанды интеллект және цифрлық даму министрлігі,  
Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі,  
Қазақстан Республикасының Ғылым және жоғары білім министрлігі,  
Қазақстан Республикасының Оқу-ағарту министрлігі,  
Қазақстан Республикасының Туризм және спорт министрлігі,  
Қазақстан Республикасының Ішкі істер министрлігі,  
Қазақстан Республикасының Ұлттық экономика министрлігі,

Бағдарламалық құжатты әзірлеуге, сондай-ақ іске асыруға жауапты мемлекеттік органдар

Қазақстан Республикасының Қаржы министрлігі,  
Қазақстан Республикасының Ауыл шаруашылығы министрлігі,  
Қазақстан Республикасының Мәдениет және ақпарат министрлігі,  
Қазақстан Республикасының Төтенше жағдайлар министрлігі,  
Қазақстан Республикасының Сауда және интеграция министрлігі,  
Қазақстан Республикасының Сыртқы істер министрлігі,  
Қазақстан Республикасының Көлік министрлігі,  
облыстардың, Астана, Алматы және Шымкент қалаларының әкімдіктері

Іске асыру мерзімдері

2022 – 2029 жылдар

## **2-бөлім. Ағымдағы жағдайды талдау**

Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесі медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын қамтамасыз ететін бірыңғай әлеуметтік бағдарланған құрылым болып табылады. "Қазақстан – 2050" стратегиясында ұлт денсаулығын нығайту басым міндеттердің бірі ретінде айқындалған, ал денсаулық сақтау әлеуметтік саясаттың маңызды элементі және азаматтар алдындағы мемлекеттік міндеттемелердің кепілі ретінде қарастырылады.

Қазақстан Республикасының 2029 жылға дейінгі ұлттық даму жоспары шеңберінде халық денсаулығын сақтау саласындағы орта мерзімді мақсаттарды іске асыру сырқаттанушылық профилактикасын басым дамытуды және өлімді төмендетуді, қаржыландыру жүйесін жетілдіруді, сондай-ақ медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігін арттыруды көздейді.

Қазақстан 2023 жылы Біріккен Ұлттар Ұйымының (бұдан әрі – БҰҰ) орнықты даму мақсаттары (бұдан әрі – ОДМ) индексінде позициясын 66-орынға дейін жақсартып, өзінің ОДМ-ға бейілділігін растайды. 2025 жылы еліміз World Happiness Report рейтингінде 43-орынға ие болып, Тәуелсіз Мемлекеттер Достастығы елдері арасында үздік нәтижеге қол жеткізді.

### *Денсаулықтың медициналық-демографиялық көрсеткіштері*

Қазақстанда 5 жыл ішінде күтілетін өмір сүру ұзақтығы (бұдан әрі – КӨҰ) бойынша Экономикалық ынтымақтастық және даму ұйымының (бұдан әрі – ЭЫДҰ) орташа деңгейімен алшақтық 2020 жылғы 8,9 жастан (ЭЫДҰ – 80,3; Қазақстан Республикасы – 71,37) 2024 жылы 5,76 жасқа дейін (ЭЫДҰ – 81,2; Қазақстан Республикасы – 75,44) қысқарды. 2021 жылы коронавирус инфекциясы (бұдан әрі – КВИ) пандемиясынан КӨҰ қанайналым жүйесі мен нерв жүйесі ауруларынан өлім көрсеткіштерінің өсуі аясында 70,23 жасқа дейін төмендеді. Ерлердің өмір сүру ұзақтығының төмендеуі 2,49 жасты (2019 жылғы 68,82-ден 2021 жылы 66,33-ке дейін), әйелдерде – 3,27 жасты (77,3-

тен 74,03-ке дейін) құрады. 2024 жылы Қазақстандағы КӨҰ-ні (75,44) ЭЫДҰ елдерінің ең төмен көрсеткіштері бар Латвия, Литва, Мажарстан және Словакия (74 – 75 жас) деңгейімен салыстыруға болады.

2024 жылдың қорытындысы бойынша өлімнің негізгі себептері: қанайналым жүйесінің аурулары (бұдан әрі – ҚЖА) – 22,3 %, нерв жүйесі аурулары – 19,1 %, ісіктер – 10,2 %, тыныс алу ағзаларының аурулары – 10,0 %, асқорыту жүйесінің аурулары – 8,3 %, жарақаттар мен уланулар – 7,8 %:

ҚЖА-дан болатын өлім: 2020 жылы 18,8 %-ға (100 мың тұрғынға шаққанда 193,8), 2021 жылы – 17,1 %-ға (226,9) өсті, кейін 2024 жылы 138,1-ге дейін төмендеді, нерв жүйесінің аурулары – қартаю аясындағы өсумен 2024 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 126,9;

тыныс алу ағзалары ауруларынан болатын өлімнің ең көбі: 2020 жылы – КВИ-ға байланысты 100 мың тұрғынға шаққанда 122,9, 2024 жылы 66,0-ге дейін (46,3 %-ға) төмендеді, тыныс алу ағзалары ауруларынан болатын өлім құрылымында өкпенің созылмалы инфекциялық емес аурулары басым, 50 %-дан астамы өкпенің обструктивті созылмалы ауруы (бұдан әрі – ӨСОА) құрайды;

көтерілі ісіктерден (бұдан әрі – ҚІ): 100 мың тұрғынға шаққанда 74,2-ден (2020 жыл) , 65,3-ке (2024 жыл) дейін, асқорыту ауруларынан – 68,5-тен 55,2-ге дейін, жарақаттардан болатын өлім – 60,1-ден 51,8-ға дейін төмендеді.

ҚІ-мен сырқаттанушылық 5 жыл ішінде 100 мың тұрғынға шаққанда 166,0-ден 207,7-ге дейін өсті; 2024 жылы 41318 жаңа жағдай тіркелді, олардың 55 %-дан астамы – еңбекке жарамды жастағы адамдар. Өлім себептері бойынша: өкпе обыры (16,2 %), асқазан обыры (11,2 %), колоректалды обыр (10,6 %) және сүт безі обыры (8,1 %). Есепте 234 мыңнан астам адам тұр.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (бұдан әрі – ДДҰ) бағалауы бойынша онкологиялық аурулардың жаһандық ауыртпалығы қызметтер көрсетуге қажеттіліктің ұлғаюымен қатар өсуде және 2050 жылға қарай 35 млн-ға жетеді, 2022 жылғы деңгеймен салыстырғанда 77 %-ға өседі.

2020 – 2023 жылдар аралағында жол-көлік оқиғаларынан қаза болғандар санының өскені байқалды: егер 2020 жылы 1997 адам қаза тапса, 2021 жылы олардың саны 2270-ке дейін, 2022 жылы – 2425-ке дейін өсті, 2023 жылы – 2544 адам. 2024 жылы айтарлықтай төмендеу байқалып, қаза болғандар саны 1950 адамды құрады.

Қант диабетімен (бұдан әрі – ҚД) сырқаттанушылық 5 жыл ішінде 100 мың тұрғынға шаққанда 185,7-ден (2020 жыл) 337,0-ге дейін (2024 жыл) шамамен 1,8 есе өсті. 40 – 45 жастан асқан адамдар арасында 2-типті ҚД-ның таралуының өсуі байқалады. 2-типті ҚД асқынуларының ішінде жүрек-тамыр асқынулары өсуде, ампутациялар төмендеуде (2024 жылы үлес салмағы – 0,26 %).

2024 жылы ҚД-дан болатын өлім 100 мың тұрғынға шаққанда 22,5-ді құрады. Халықаралық диабет федерациясының бағалауы бойынша атеросклерозды генезі бар

жүрек-тамыр ауруларын (65-80 %), онкологияны, инфекцияларды, бүйрек ауруларын, диабеттік қоманы қоса алғанда, диабет Қазақстандағы өлімнің 8-10 % жағдайларының себебі болып табылады.

Туберкулез бойынша жағдай тұрақты: 2020 – 2024 жылдар аралығында таралу 10 %-ға (100 мың тұрғынға шаққанда 49,2-ден 44,4-ке дейін), сырқаттанушылық – 7 %-ға (100 мың тұрғынға шаққанда 35,7-ден 33,3-ке дейін), өлім – 47 %-ға (1,9-дан 1,0-ге дейін) төмендеді.

Негізгі инфекциялық емес аурулардан болатын (бұдан әрі – ИЕА) мерзімнен бұрын өлім жағдайларының (жүрек-тамыр аурулары, қант диабеті, обыр немесе созылмалы респираторлық аурулардан 30 – 70 жас аралығында қайтыс болу ықтималдығы болып анықталатын) 2020 жылғы 20,5 %-дан 2024 жылы 15,9 %-ға дейін төмендегені атап өтіледі. Ерлер арасында өлім деңгейі жоғары болып қалуда (22,53 %) және әрбір дерлік үшінші ер адам 70 жасқа дейінгі жаста кенеттен қайтыс болу тәуекеліне бейім.

ЭЫДҰ елдерімен салыстырғанда КӨҰ-дағы 5,76 жасқа алшақтық сырқаттанушылықтың бірегей құрылымымен емес, алдын алуға болатын себептерден болатын, әсіресе еңбекке қабілетті жастағы ер адамдар арасында жоғары өлімнің болуына байланысты болып отыр. Бұл профилактика, ерте диагностика және емдеу мүмкіндіктерінің іске асырылмай отырғанын көрсетеді, бұл аталған аурулар жүктемесінің артуы жағдайында ерекше өзекті.

Қант диабетімен сырқаттанушылықтың өсу үрдісі ерекше алаңдаушылық туындатады, бұл қауіп факторларын басқару шараларының тиімділігі жеткіліксіз екенін көрсетеді.

#### *Мінез-құлықтық қауіп факторларының таралуы*

2024 жылы Қазақстанда темекі тұтынудың таралу деңгейі 20,7 %-ға дейін өсті (2023 жылы – 19,4 %): ерлер арасында – 36,0 %-дан 39,8 %-ға дейін, әйелдер арасында – 7,6 %-дан 8,5 %-ға дейін.

Балалар семіздігін эпидемиологиялық қадағалау (бұдан әрі – COSI) деректері бойынша (2020 жыл), 6-9 жас аралығындағы әрбір бесінші балада (20,6 %) артық салмақ бар, олардың 6,6 %-ы – семіздік.

2020 – 2024 жылдар аралығында семіздікке шалдығу тұрақты – 100 мың тұрғынға шаққанда тиісінше 45,5 және 45,3. 15 – 17 жастағы жасөспірімдер арасында 2020 жылғы 122,9-дан 2024 жылы 95,5-ке дейін төмендеу байқалады.

Саламатты өмір салтын ұстанатын азаматтардың үлесі 2023 жылы 34,2 %-ды құрады, оның ішінде жоғары деңгейдегі бейілділік – 7,2 % және қанағаттанарлық – 27,0 %. 2022 жылы бұл көрсеткіш 31,4 %-ды, 2021 жылы 23,2 %-ды құрады.

Тұзды тұтыну деңгейі 2024 жылдың қорытындысы бойынша орташа есеппен күніне 17 граммды құрады, бұл ДДҰ ұсынған нормадан шамамен 4 есе артық.

Психикаға белсенді әсер ететін заттардың (бұдан әрі – ПБЗ) салдарынан психикалық мінез-құлықтық бұзылушылықтармен (бұдан әрі – ПМБ)

сырқаттанушылық 2024 жылы 6,8 %-ға төмендеп, 12768 адамды немесе 100 мың тұрғынға шаққанда 62,9-ды құрады (2023 жыл – 67,5, 2022 жыл – 66,1). 2024 жылғы 31 желтоқсандағы жағдай бойынша ПБЗ тұтыну салдарынан ПМБ бар динамикалық байқауда тұрған адамдардың саны 109748 адамды немесе 100 мың тұрғынға шаққанда 540,7-ді құрады (2023 жыл – 546,3, 2022 жыл – 569,2). Бұл ретте бауыр циррозынан болатын өлім көрсеткіші 100 мың тұрғынға шаққанда 28,2-ні құрайды (асқорыту ағзалары ауруларының құрылымында 64 %). Қазақстанда 5 жыл ішінде циррозбен ауыратын пациенттер саны 1,2 есе, бауыр обырымен – 1,3 есе, В және С созылмалы вирустық гепатиттермен – 2,5 есе өсті.

Ауыр бұзылушылықтар мен жоғары тәуелділікке алып келетін синтетикалық жаңа есірткілердің (тұздар, коспалар, тамшы дәрілер, таблеткалар) қауіп-қатері артып келеді. Зертханалық мүмкіндіктердің жаңа қосылыстардың пайда болу қарқынынан артқа қалушылығы байқалады.

ПБЗ қолданылмайтын ПМБ-мен бастапқы сырқаттанушылық 5 жыл ішінде 1,4 есе өсті: 2020 жылғы 8516 жағдайдан (100 мың тұрғынға шаққанда 45,1) 2024 жылы 13231 жағдайға дейін (100 мың тұрғынға шаққанда 65,2).

Суицид жастар арасында өткір проблема болып қалып отыр: 2020 – 2024 жылдар аралығында деңгейі жылына шамамен 3,5 мың жағдайды, суицидтік әрекеттер саны шамамен 4,5 мың жағдайды құрайды. Негізгі үлесі – 18-64 жас аралығында (83 %), 65 жастан асқан адамдар – 11 %. Себептері: материалдық қиындықтар, тұрғын үй жағдайы, отбасындағы жанжалдар, ажырасулар, қаламаған жүктілік.

Жасөспірім қыздардың репродуктивтік денсаулығы жыныстық өмірдің ерте басталуымен сипатталады (медиандық мәні – 16,5 жас). 5 жылда 15-18 жастағы жасөспірімдер арасындағы туу көрсеткіші 23 %-ға төмендеді: 1000 қыз балаға шаққанда 5,0-тен 2,9-ға дейін, ал аборттар 30 %-ға азайды (1000 қыз балаға шаққанда 1,0-ден 0,7-ге дейін).

Темекі тұтынудың өсуі және тұзды тұтынудың сақталып отырған аса жоғары деңгейі (әлемдегі ең жоғарылардың бірі) қоғамдық денсаулық сақтау саласында қосымша шаралардың қажет екенін дәлелдейді.

Жастар арасындағы суицидтің тұрақты жоғары деңгейі әлеуметтік және экономикалық аспектілермен байланысты ведомствоаралық шешімдердің жеткіліксіздігін көрсетеді.

#### *Қоғамдық денсаулықты қалыптастыру*

Қолданыстағы шектеу шаралары: қоғамдық орындарда темекі шегуге тыйым салу, темекі және алкоголь өнімдерін 21 жасқа дейінгі адамдарға сатуға тыйым салу, жарнама, жайма сауда, даналап сату, ескертулермен таңбалау, алкоголь өнімдерін сату уақытын шектеу, вейптерге толық тыйым салу, темекі бұйымдары мен алкоголь өнімдеріне акциз мөлшерлемелерін көтеру, 21 жасқа дейінгі адамдарға энергетикалық сусындарды сатуға тыйым салу.

Темекіге қарсы 30 орталық және 4489 денсаулық мектебі жұмыс істейді: Медициналық-санитариялық алғашқы көмек (бұдан әрі – МСАК) жанында – 4215, стационарларда – 274, олар 339 мыңнан астам адамды қамтиды.

Медициналық-әлеуметтік көмекті көрсететін 103 жастар денсаулық орталығы (бұдан әрі – ЖДО) жұмыс істейді. Жыл сайын шамамен 700 мың адам жүгінеді, олардың 41,1 %-ы – 15-18 жастағы жастар. Негізгі мамандарға жүгіну: психологқа – 36,3 %, терапевтке – 18,7 %, гинекологқа – 14,4 %.

20 психикалық денсаулық орталығы, қалаларда 83 бастапқы орталық және аудандарда 207 кабинет жұмыс істейді. Суицидтік мінез-құлық белгілері бар кәмелетке толмағандарды анықтау және олармен одан әрі жұмыс жүргізу бойынша ведомствоаралық бірыңғай алгоритм, сондай-ақ суицид жасауға әрекет еткен балаға көмек көрсету жөніндегі мемлекеттік органдардың іс-қимыл алгоритмі бекітілген.

19 өңірде 375 төсекке арналған медициналық-әлеуметтік оңалту бөлімшелері жұмыс істейді, психикалық денсаулық орталықтары (бұдан әрі – ПДО) жанында уақытша бейімдеу мен детоксикацияның 38 орталығы жұмыс істейді.

Кейбір қауіп факторлары бойынша көрсеткіштердің нашарлауы аясында саламатты мінез-құлық нысандарын қалыптастыруға бағдарланған құрылымдардың кең желісінің болуы олардың жекелеген бағыттар бойынша жеткіліксіз тиімділігін көрсетеді.

#### *Жедел медициналық жәрдем*

Жедел медициналық жәрдем қызметі 20 станцияны, 96 қалалық қосалқы станцияны және 195 аудандық бөлімшені қамтиды. 2024 жылы шақырту орнына жетудің орташа уақыты: 1-санат бойынша – 8,7 минут, 2-санат – 12,4 минут, 3-санат – 18,6 минут, 4-санат – 25,0 минут.

4-санаттағы шақыртулар жалпы шақырту санының 39 %-ын құрады. Оларға қызмет көрсету үшін МСАК ұйымдары жанынан 647 мобильді бригада құрылды (25 мың тұрғынға 1 бригада).

2024 жылы санитариялық авиацияның 2184 рет ұшуы орындалды (2023 жылы – 2317).

4-санаттағы шақыртулардың жоғары үлесі (39 %) МСАК-пен қамтудың осал тұстарын – қолжетімділіктің жеткіліксіз болуын, профилактикамен және ауруларды басқарумен қамтудағы олқылықтарды көрсетуі мүмкін.

#### *Медициналық-санитариялық алғашқы көмек*

МСАК-пен қамтудың тұрақты өсуі байқалады: 2023 жылы – 19,8 млн адам, 2024 жылы – 20,0 млн, 2025 жылы – 20,3 млн адам. Бөлінісі: 62 % – қала, 38 % – ауыл.

2025 жылдың басындағы жағдай бойынша 677 МСАК ұйымы жұмыс істейді, оның ішінде қалада – 426 (62,92 %), ауылда – 251 (37,08 %). Жекеше ұйымдардың үлесі – 46,8 %. МСАК-тың учаскелік желісі: жалпы практика дәрігерлері (бұдан әрі – ЖПД) –

10992 (80,6 %), терапия – 868 (6,4 %), педиатрия – 1770 (13,0 %). Жасақталуы 90 %-дан асады. ЖПД учаскелеріндегі арақатынас 1 дәрігерге 2,67 орта медицина қызметкері (бұдан әрі – ОМК), ал терапия және педиатрия учаскелерінде нормадан төмен.

Созылмалы ауруларды басқару бағдарламаларымен (бұдан әрі – АББ) қамту 2024 жылы енгізілген үш нозология бойынша динамикалық байқауда тұрғандардың 4,7 %-ын құрады. Қамтудың төмен болу себептері: МСАК кадрларының тапшылығы, кадрлардың тұрақтамауы, АББ тіркелімінің медициналық ақпараттық жүйелермен (бұдан әрі – МАЖ) интеграциясының болмауы, амбулаториялық дәрілік қамтамасыз етуде (бұдан әрі – АДҚ) пациенттермен кері байланыстың әлсіздігі, пациенттер тартылуының төмен деңгейі. ӨСОА-мен пациенттердің саны шамамен 80 мыңды құрайды, емдеуге жатқызулар – жыл сайын тұрақты түрде 27 мың. Негізгі себеп – ауыр асқынулар және тыныс алу жеткіліксіздігі, жағдайлардың басым көпшілігінде өкпені жасанды желдетуге қажеттілік шұғыл емдеуге жатқызудың негізгі себебі болып табылады.

2024 жылдан бастап МСАК-та онкологиялық немесе гематологиялық ауруға күдік туындаған жағдайда 18 жұмыс күні ішінде консультация мен зерттеп-қарауды қамтамасыз ететін "жасыл дәліз" бағдары жұмыс істейді. 2025 жылдағы жағдай бойынша пациенттерді қабылдауды, диагностикалауды, емдеу мен байқауды қамтамасыз ететін 2362 қарап-тексеру кабинеті (ерлер кабинеті – 850, әйелдер кабинеті – 1512) және 525 онкологиялық кабинет жұмыс істейді.

2024 жылы диагностикалық емшаралар оңтайландырылып, арнайы жолдама беру тәртібі қайта қаралды, ЖПД-ға қайта жүгіну қажеттігі жойылды. ЖПД-ның өз бетінше жазылуға қолжетімді графиктерінің үлесі 20 %-дан 90 %-ға дейін өсті. Емдеуге жатқызуға арналған талдаулар тізбесі қысқартылып, олардың жарамдылық мерзімі ұзартылды: 10 күннен 12 күнге, 1 айдан 3 айға дейін. ЖПД мен бейінді мамандардың бірлескен жұмысының жаңа алгоритмі әзірленді.

2024 жылы диспансерлік науқастарды динамикалық байқаумен қамту 12,7 %-ға – 2 млн адамға дейін, оларға көрсетілген қызметтер саны 10 %-ға – 12 млн-ға дейін артты. Тұрғылықты жеріне қарамастан ИЕА-ға скринингтен жыл сайын 3,4 млн ересек адам өтеді. Онкоскрининг шеңберінде 2,5 млн адам зерттеп-қараудан өтіп, 2,7 мыңнан астам науқас анықталды. Жатыр мойны обырын ерте анықтау (0 – 1-саты) үлесі 72 %-ға, сүт безі обыры бойынша – 56 %-ға жетті.

2025 жылдан бастап 50-76 жас аралығындағы ер адамдар үшін қосымша скрининг: амбулаториялық коронарография және брахиоцефалдық тамырларды ультрадыбыстық зерттеу (бұдан әрі – УДЗ) енгізілді. Анықталған аурулар емдеуге, байқауға жатады және тегін дәрілермен қамтамасыз етіледі.

Кадрлар тұрақтамауының жоғары болуы, дәрігерлердің шамадан тыс жүктемесі (2024 жылы – 21 %, жұмысты қоса атқару коэффициенті – 1,5) және мамандар

тапшылығы МСАК жұмысының нәтижелеріне, әсіресе шалғай елді мекендерде қолжетімді болуына әсер етеді.

АББ-мен қамтудың төмен болуы халықтың денсаулығын басқару және профилактика бойынша МСАК-тың негізгі функциясын іске асырудағы елеулі алшақтық бар екенін көрсетеді.

МСАК көрсетудің негізгі проблемалары: қолжетімділіктің және профилактика мен ауруларды басқарумен қамтудың жеткіліксіздігі, ИЕА өсуі, әлеуметтік және экономикалық аспектілермен байланысты ведомствоаралық шешімдердің қажеттігі, мінез-құлықтық қауіп факторларының профилактикасы бойынша ағымдағы шаралар тиімділігінің жеткіліксіздігі, кадрлармен, әсіресе шалғай елді мекендерде кадрлармен жете жасақталмау болып табылады.

*Мамандандырылған, оның ішінде жоғары технологиялық, медициналық көмек*

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруды (бұдан әрі – МӘМС) енгізу есебінен қосымша қаржыландыру мамандандырылған және жоғары технологиялық медициналық көмектің қолжетімділігін едәуір арттыруға, көрсетілетін қызметтер тізбесін кеңейтуге мүмкіндік берді.

2019 – 2024 жылдар аралығында консультациялық-диагностикалық қызметтер саны шамамен 7 есе, оның ішінде: позитрондық-эмиссиялық томография – 136 %-ға, компьютерлік томография / магнитті-резонанстық томография – 600 %-ға, стоматологиялық көрсетілетін қызметтер – 184 %-ға, жоғары технологиялық медициналық көрсетілетін қызметтер – 188 %-ға ұлғайды.

Қазақстан Республикасында онкологиялық ауруларға қарсы күрес жөніндегі 2023 – 2027 жылдарға арналған кешенді жоспар іске асырылуда.

2024 жылы бесжылдық өмір сүру көрсеткіші 57,1 %-ды құрады. Томотерапияны, стереотаксисті, қарқынды модульді сәулелік терапияны, бейнеге бағытталған радиотерапияны қоса алғанда, алғаш рет анықталған онкологиялық аурулары бар пациенттерді сәулелік терапиямен қамту 41 %-ды (12 мың пациент) құрады.

2024 жылы жіті ми қанайналымының бұзылушылығы бар 49075 пациентке және инфаркт алған 55327 пациентке көмек көрсетілді (2023 жылы – тиісінше 45919 және 53832). ҚЖА ауруларынан болатын өлімді төмендету үшін 83 инсульт орталығы және тері арқылы коронарлық араласудың 48 орталығы жұмыс істейді.

Қазақстан Республикасының халқына наркологиялық және токсикологиялық көмекті жетілдіру шараларын іске асыру жөніндегі 2024 – 2026 жылдарға арналған жол картасы іске асырылуда. Амбулаториялық көмек кеңейтілуде, ПДО саны ұлғаюда және ПБЗ тұтыну кезіндегі ПМБ бар адамдарға арналған медициналық-әлеуметтік оңалту бөлімшелері ашылуда.

2024 жылы күту парағында 4117 адам болды (2020 жылы – 3408). 7 транспланттау орталығы, 40 донорлық ұйым және 5 типтеу зертханасы жұмыс істейді. 5 жыл ішінде 1005 операция жасалды, оның 92,1 %-ы – тірі кезіндегі донорлардан, 7,9 %-ы –

кадаврдан алынған. Қайтыс болғаннан кейінгі донорлыққа бейілділік деңгейі төмен болып қалуда.

Жалпы алғанда, қаржыландырудың өсуі мамандандырылған көмектің қолжетімділігін арттырды, бірақ географиялық кедергілерді қоса алғанда, қажетті көрсетілетін қызметтермен уақтылы қамтуда олқылықтар сақталуда, бұл ретте қамтамасыз етілмеген қажеттіліктерді бағалау жүйелі түрде жүргізілмейді.

Медициналық көмектің деңгейлері арасындағы әлсіз интеграция, әсіресе созылмалы аурулар мен халықтың әлеуметтік осал топтары тұрғысында сабақтастықты шектейді және ресурстарды пайдаланудың тиімділігіне әсер етеді. Мамандандырылған көмек туындаған аурулар мен асқынуларды емдеуге бағдарланған.

#### *Отбасын жоспарлау*

Отбасын жоспарлаудағы қанағаттанарлықсыз қажеттілік көрсеткіші 10 %-дан (2015 жыл) 18 %-ға (2024 жыл) дейін өсті.

2020 – 2024 жылдар аралығында 15-49 жастағы әйелдер арасында анемия 27,0-ден 23,7-ге дейін төмендеді (13,9 %-ға). Экстрагениталды аурулардың (бұдан әрі – ЭГА) ішінде басым болып табылатындары: анемия – 32 %, гипертензия – 29,2 %, вирустық инфекциялар – 21,6 %, несеп-жыныс инфекциясы – 16,03 %, қант диабеті – 7,23 %.

Заманауи контрацептивтік құралдардың таралу көрсеткіші 2015 жылғы 53,6 %-дан 2024 жылдың қорытындысы бойынша 43,7 %-ға дейін төмендеді. Инъекциялық контрацептивтер мен импланттар қолжетімсіз.

Контрацепциямен қамту және жүктілік алдындағы дайындық бойынша "Аналар саулығы" арнайы бағдарламасы бекітілді.

Жүктілік алдындағы дайындықпен қамту деңгейі 40 %-ды құрайды.

2025 жылдан бастап жүктілікті жоспарлайтын фертильді жастағы әйелдер МӘМС шеңберінде базалық 12 зерттеп-қараудан өтеді.

Заманауи контрацепция әдістерімен қамтудың төмендеуі, қанағаттанарлықсыз қажеттіліктің өсуі және жүктілік алдындағы дайындықпен қамтудың төмен болуы қолданыстағы шаралар нәтижелілігінің жеткіліксіздігін көрсетеді. Салдарлар жоспарланбаған жүктіліктер, ана өлімі мен сырқаттанушылық тәуекелдерінің артуы есебінен денсаулық сақтау жүйесіне түсетін қосымша ауыртпалықпен айқындалады.

#### *Ана денсаулығын сақтау*

2020 және 2021 жылдары ана өлімі 100 мың тірі туған балаға шаққанда 36,5-ке және 44,7-ге дейін өсті, жағдайлардың 56,4 %-ы COVID-19 және пневмониямен байланысты болды.

2024 жылы көрсеткіш 10,1-ге дейін, соның ішінде басқарылатын себептерден болатын өлім үлесі 44 %-дан 35 %-ға дейін төмендеді. Ана өлімі құрылымында 65 %-ын ЭГА, 35 %-ын жүктілік пен босану асқынулары құрайды. Жүктілікке дейінгі байқаумен қамту деңгейі 99,2 %-ды құрады. Жыл сайын орташа есеппен 600 мың жүкті әйел байқауда болады, оның ішінде 40 %-ында жоғары тәуекелі бар.

2024 жылы босандыру ұйымдарында акушер-гинекологтармен, неонатологтармен және анестезиолог-реаниматологтармен қамтамасыз етілу деңгейі 92 %-ды құрады. Босандыру ұйымдарының жарактандырылу деңгейі – 87 %.

2024 жылдың соңындағы жағдай бойынша 20 өңірде шарананы сақтаудың 23 орталығы ашылды, 300 УДЗ маманы "FMF" (Шарана медицинасы қоры) халықаралық сертификатын алды.

13 өңірде бір күндік 15 клиника ашылды, 27 УДЗ және биохимиялық 10 талдауыш сатып алынды.

50 мың жүкті әйел 250 мың диагностикалық қызмет алды, туа біткен даму кемістіктерін (бұдан әрі – ТДК) анықтау 10 %-ға артты, 1000-нан астам жүктілік үзілді, ТДК-дан болатын нәресте өлімі 15 %-ға, мүгедектік 3 %-ға төмендеді.

2024 жылы фетальды медицина енгізілді, шаранаға аз инвазиялық 37 операция жасалды.

Ана өлімі құрылымында ЭГА-ның басым болуы (65 %) жүктілікке дейінгі профилактиканы жүргізудегі олқылықтарды және әйелдер денсаулығын жүктілікке дейін басқару қызметтерін МСАК-та интеграциялаудың жеткіліксіз екенін көрсетеді.

Босандыру қызметтері қолжетімділігінің біркелкі болмауы және сапасының вариативтілігі медициналық жабдықтармен толық қамтамасыз етілмеуімен (87 %), жекелеген ұйымдардың материалдық-техникалық базасының тозуымен, сондай-ақ бейінді мамандардың – акушер-гинекологтардың, неонатологтардың және анестезиолог-реаниматологтардың тапшылығымен байланысты.

#### *Неонаталдық көмек*

Неонаталдық өлім көрсеткіші 1000 тірі туған балаға шаққанда 2020 жылғы 4,8-ден 2024 жылы 3,4-ге дейін төмендеді. Неонаталдық хирургияда төсек қорының 20 %-ға артуының арқасында жыл сайын ТБК бар 1500 жаңа туған нәрестеге операция жасалады, 40 %-ына эндовидеохирургиялық операция жасалады. Өміршеңдік көрсеткіші 88 %-дан 93 %-ға дейін артты. Туа біткен кемістіктері бар балаларға арналған ерте араласудың 17 орталығы ашылды. Молекулалық-генетикалық диагностикалау, ағзаны сақтау операциялары енгізілуде.

Тұқым қуалайтын және туа біткен кемістіктерді ерте анықтау үшін 5 түрлі скрининг өткізіледі: пренаталдық, неонаталдық (өмірінің алғашқы күндерінде гипотиреоз бен фенилкетонурияға), офтальмологиялық скрининг, шала туған нәрестелердегі ретинопатия, аудиологиялық және жаңа туған нәрестелер мен сәбилердің психофизикалық дамуының скринингі.

Жалпы алғанда, іске асырылған шаралар неонаталдық өлімді 20 %-ға төмендетуді және өңір бойынша үздік көрсеткіштерге қол жеткізуді қамтамасыз етті.

#### *Балалар денсаулығы*

Нәресте өлімі 1000 тірі туған балаға шаққанда 7,77-ден (2020 жыл) 6,80-ге дейін (2024 жыл) төмендеді.

Балалар өлімі шамалы төмендеді: 1000 тірі туған балаға шаққанда 9,41-ден (2020 жыл) 9,30-ға дейін (2024 жыл).

Перинаталдық көмекті өңірлендіру іске асырылды. Неонаталдық хирургия бойынша төсек қоры перинаталдық орталықтар базасында 20 %-ға ұлғайтылды, материалдық-техникалық база күшейтіліп, эндобейнехирургияны қолдануды қоса алғанда, тиімді перинаталдық технологиялар енгізілді, бұл операциядан кейін сәбилердің өміршеңдігін арттыруға және нәресте өлімін 15 %-ға төмендетуге мүмкіндік берді.

Халықтың өмір сүру сапасы бойынша 2024 жылғы сауалнаманың деректері бойынша: отбасылардың 0,6 %-ы баласына қажетті емдеуді немесе дәрілік заттарды төлеу мүмкіндігінің болмауы, 0,2 %-ы баласына қажет емнің немесе дәрілік заттардың тұрғылықты жері бойынша қолжетімсіз болу жағдайларын атап өтті.

2025 жылдың басындағы жағдай бойынша таргеттік терапия, интраартериялық химиотерапия және 3D-протездеу арқасында балалардағы қатерлі ісік кезінде жалпы өміршеңдік 75 %-дан асты. "Гамма-пышақ" технологиясын қолдана отырып, 26 радиохирургиялық операция жасалды.

10 жылдың ішінде шетелдік донорлардан туыстық еместерін қоса алғанда, 500-ден астам гемопозддік дің жасушаларын транспланттау жасалды.

Осы бағыт бойынша оң серпін нәресте мен балалар өлімінің төмендеуімен, жоғары технологиялық және қымбат тұратын терапия қолжетімділігінің кеңеюімен сипатталады. Перинаталдық және балалар қызметінің тиімділігіне елде байқалып отырған босандыру ұйымдарында кадрлық қамтамасыз етілудің жеткіліксіздігі (2024 жылы акушер-гинекологтармен, неонатологтармен, анестезиолог-реаниматологтармен қамтамасыз етілу деңгейі – 92 %), педиатрлар мен балаларға арналған бейінді мамандардың бастапқы буындағы, сол сияқты көп бейінді балалар стационарларындағы тапшылығы әсер етеді. Босандыру және балалар мекемелерінің материалдық-техникалық жағдайының төмен деңгейі, олардың заманауи талаптарға сай келмеуі, медициналық жабдықтармен жеткіліксіз жарактандыру, кадрлармен жете жасақталмау сақталуда.

### *Мектеп медицинасы*

2025 жылдың басындағы жағдай бойынша елде 7 мыңнан астам мектеп жұмыс істейді, олар емханаларға бекітілген және медицина қызметкерлерімен 95 %-ға жасақталған.

Мектепке дейінгі және орта білім беру ұйымдарына түсу алдындағы бағдарды оңайлатқан баланың электрондық денсаулық паспорты енгізілді.

2024 жылы мектеп оқушыларының 90 %-ы профилактикалық қарап-тексеруден өтті, олардың ішінде 377 мың балада аурулар анықталды, оның 40 %-ы динамикалық байқауға алынды. Ас қорыту, көру, тыныс алу ағзаларының патологиялық, сондай-ақ стоматологиялық аурулар неғұрлым жиі анықталады.

Мектептерде 146 стоматологиялық кабинет ашылды.

Ауылдық мектептердің 17,2 %-ында медициналық пункттерде интернет қолжетімсіз. Мектептердің автоматты дефибриляторлармен жарактандырылуының төмен екендігі атап өтіледі.

2023 жылдан бастап орта білім беру ұйымдарында медициналық көмекті көрсету стандарты қолданысқа енгізілді: 700 оқушыға 1 мектеп мейіргері ставкасы нормативі, материалдық-техникалық жарактандыру нормативі және медициналық пункттің жұмыс графигі айқындалған. Әрбір емханада мектеп жасындағы 2000 балаға шаққанда 1 дәрігер есебінен мектеп медицинасын үйлестіретін жаңа дәрігер лауазымы енгізілді.

Осылайша, мектеп медицинасын дамыту үшін МСАК-пен, цифрлық шешімдермен және профилактикалық бағдарланумен интеграцияланған жүйелі негіз қалыптасты. Алайда мектеп жасындағы балаларды динамикалық байқау мен сауықтыруды ұйымдастырудың, медициналық құжаттаманы жүргізудің цифрлық жүйелерін енгізудің жеткіліксіз болуы және қашықтан консультация беру мүмкіндігінің шектеулі болуы сақталуда.

#### *Медициналық оңалту*

Медициналық оңалтуды 838 ұйым көрсетеді (482 мемлекеттік, 316 жекеменшік, 40 ведомстволық), барлығы 12434 төсек. Оңалту 7 бейін бойынша жүргізіледі: кардиология, кардиохирургия, неврология, нейрохирургия, травматология, ортопедия және 2024 жылдан бастап – онкология.

2024 жылы алғаш рет жарақат алу салдарынан 3498 адам мүгедек деп танылған, оның ішінде жол-көлік оқиғалары (бұдан әрі – ЖКО) салдарынан – 354 адам (38 бала) және өндірістік жарақаттар салдарынан – 221 адам. Барлық жарақаттардан мүгедек деп танылғандардың саны азайғанымен, ЖКО салдарынан мүгедек болғандар саны 14,6 %-ға артты (354 адам).

2022 жылдан бастап ғылыми үйлестіруші орталық болып табылатын Курортология және медициналық оңалту ғылыми-зерттеу институты жұмыс істейді.

Соңғы 5 жылда медициналық оңалту серпінді дамуды көрсетуде, алайда ол әлі де бөлшектенген болып қалуда: жүйелі тәсілдің болмауы және көрсетілетін қызметтердің қолжетімділігіндегі олқылықтар оңалту нәтижелерінің сабақтастығы мен тұрақтылығын бұзады.

#### *Адамның иммун тапшылығы вирусы (бұдан әрі – АИТВ)*

АИТВ-ның таралуы шоғырланған сатыда. 2024 жылдың қорытындысы бойынша АИТВ-мен өмір сүретін адамдардың (бұдан әрі – АӨА) жалпы бағаланған саны 42000 адамды құрады, АӨА 83 %-ы өздерінің АИТВ оң мәртебесін біледі (2025 жылғы бірінші жартыжылдықта 84 %). АИТВ-ны емдеуде вирусқа қарсы терапиямен (бұдан әрі – ВҚТ) қамту деңгейі 90 %-ды құрады (2025 жылғы бірінші жартыжылдықта 91 %).

"Тестілеуден өтіп, емдел" қағидаты енгізілген, емделу иммундық мәртебеге қарамастан, диагноз қойылғаннан кейін бірден басталады. ВҚТ алатын пациенттердің 92 %-ы вирусологиялық супрессияға қол жеткізді.

АИТВ-ның анадан балаға берілу деңгейі 2 %-дан төмен.

АИТВ-ның қатынасуға дейінгі профилактикасы бағдарламасы іске асырылуда (2024 жылдың соңында 11781 пайдаланушы). Қатынарудан кейінгі профилактика 72 сағат ішінде жүгінген жағдайда қолжетімді.

Жыныстық жолмен берілетін инфекциялардың (бұдан әрі – ЖЖБИ) симптомдары бар пациенттер үшін АИТВ-ға міндетті тестілеу қолданылады. 32 достық кабинеті арқылы ЖЖБИ-ны емдеуге қолжетімділік қамтамасыз етіледі.

Жалпы Қазақстанда АИТВ инфекциясы негізінен жекелеген халық топтары арасында таралған. АӨА-ге, сол сияқты ЕЖЕ-ге қатысты стигматизация медициналық көмекке жүгінуге, мәртебені ашуға және емделуге бейілділікке елеулі кедергі болуы мүмкін.

### *Туберкулез*

Соңғы 5 жылда туберкулезбен сырқаттанушылық 30 %-ға төмендеп, 2024 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 33,5-ті құрады, өлім 100 мың тұрғынға шаққанда 1 жағдайды құрады (58 %-ға төмендеді).

Туберкулезді диагностикалаудың заманауи әдістері, оның ішінде көптеген және ауқымды дәріге көнбейтін туберкулезді анықтау үшін жеделдетілген тестілер енгізілді. Жана препараттарды және қысқа мерзімді режимдерді қоса алғанда, емдеудің тиімді әдістері қолданылады. Емдеудің тиімділігі 80 %-ға жетті.

Жалпы туберкулезге қарсы бойынша, оның ішінде заманауи диагностикалау әдістерінің қолжетімділігі мен тиімді емдеудің есебінен оң серпін байқалады.

### *Паллиативтік көмек*

Паллиативтік көмекті 9 хоспис көрсетеді, олардың көпшілігі жөндеу жүргізілмеген және қажетті жабдықтары жоқ тозған ғимараттарда орналасқан. Дербес мекемелері жоқ өңірлерде паллиативтік көмек онкодиспансерлер мен көп бейінді ауруханалар жанындағы бөлімшелерде көрсетіледі. 2024 жылы паллиативтік көмекті үй жағдайында 197 мобильді бригада көрсетті. 2024 жылы 13979 пациентте қажеттілік болғанымен 5937 адам қамтылды (4-топтағы онкологиялық аурулары бар пациенттердің 42,5 %-ы).

Бағалау бойынша жыл сайын паллиативтік көмек 83,5-128,0 мың адамға, оның ішінде 2,5 мыңнан астам балаға қажет. Ересектер арасындағы қажеттіліктің құрылымында онкологиялық аурулар (40 %), жүрек (27 %), тыныс алу жүйесі аурулары (12 %), жарақаттар (11 %), туберкулез, АИТВ, деменция және диабет басым. Балаларда туа біткен кемістіктер мен генетикалық аурулар (42 %), жүрек патологиясы (23 %) және онкологиялық аурулар (7 %) басым.

Халықтың қартаюы мен онкологиялық аурулардың өсуі аясында паллиативтік көмекке қажеттілік сақталып отыр: көмекке мұқтаждардың тек 42,5 %-ы үй жағдайында көмек алады, ал хоспистердің инфрақұрылымы жаңғыртуды талап етеді.

#### *Қылмыстық-атқару жүйесіндегі медициналық көмек*

2023 жылы қылмыстық-атқару жүйесінің 79 мекемесінде ұсталатын адамдарды медициналық қамтамасыз ету денсаулық сақтау жүйесіне берілді. Медициналық көмекті 45 дәрігерлік амбулатория, 32 медициналық пункт, 240 төсекке арналған фтизиопульмонология бөлімшесі (Қарағанды облысы), 45 төсекке арналған психикалық денсаулық бөлімшесі және 50 төсекке арналған Балалар үйі (Алматы облысы) көрсетеді.

Келіп түскен/шығарылған кезде медициналық қарап-тексерумен, скринингтермен, байқаумен, дәрі-дәрмектермен қамтамасыз етіледі. Телеконсультациялар, телемедицина енгізілді. Стационарлық көмек проблемалары сақталуда.

#### *Медициналық көмектің қауіпсіздігі мен сапасын қамтамасыз ету*

Медициналық көмектің қауіпсіздігі мен сапасын қамтамасыз ету ішкі сараптамамен, мемлекеттік бақылаумен, Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының (бұдан әрі – ӘлМСҚ) сараптамасымен, тәуелсіз сараптамамен, лицензиялаумен және аккредиттеумен жүзеге асырылады.

2024 жылы халықтың медициналық көмектің сапасына жолданымдар саны 31 %-ға өсті (2023 жыл – 104175, 2024 жыл – 136571), оның ішінде жыл сайын шамамен 7000-ға жуық жолданым тіркеледі, олардың 48 %-ы сапасыз медициналық көрсетілетін қызметтерге шағымдарды құрайды.

2024 жылы халыққа сауал салу нәтижелері медициналық көмекке қажеттілігі бар халықтың 41 %-ы түрлі себептермен медициналық қызметтердің қолжетімсізділігіне тап болғанын көрсетті.

Мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарында медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасына қанағаттанған халықтың үлесі 41,9 %-ды, көрсетілетін қызметтердің қолжетімділігі бойынша 47,6 %-ды құрады.

Медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарттарының өрескел бұзылуы бойынша әкімшілік құқық бұзушылықтар саны 2,3 есеге өсті және лицензиялау нормаларының бұзылу жағдайларының өсу үрдісі байқалуда.

Бұл ретте 500-ге жуық клиникалық хаттама мен 20-дан астам стандарт өзектілендіруді талап етеді.

Ұлттық аккредиттеумен медициналық ұйымдардың 45 %-ы қамтылған.

Медициналық көмек көрсету сапасын басқару бойынша жүйенің жеткіліксіз тиімділігінің себептері медициналық көмектің сапасын басқару жүйесінің фрагментациялануы, медициналық көмектің сапасын арттыру бойынша жүйелі пайымның жоқтығы болып табылады.

#### *Санитариялық-эпидемиологиялық қызмет (бұдан әрі – СЭҚ)*

Соңғы 20 жылда Қазақстан елеулі эпидемияларға тап болды: А (H1N1) тұмауының (2009 – 2010 жылдар), COVID-19 (2020 – 2023 жылдар), Қырым-Конго геморрагиялық қызбасының, қызылшаның және сібір жарасының өршуі. Талдау 4 орнықты тәуекел трендін анықтады:

пандемия толқындарының үнемі қайталану ықтималдығы: жинақталған ден қою тетіктеріне қарамастан, инфрақұрылымның бөлшектенген және орнықтылығының жеткіліксіз болуы сақталуда – ол ауырғандар саны күрт өскен кезде шамадан тыс жүктемеге ұшырайды;

патогендердің трансшекаралық әкелінуінің өсуі: "Батыс – Шығыс" дәлізі бойынша жолаушылар легі мен жүк тасымалдарының артуы инфекциялардың айналымын жеделдетеді және санитариялық-карантиндік пункттердегі бақылауды қиындатады;

климаттық өзгерістер (жылыну және ауа райының экстремалды құбылыстары) тасымалдаушылардың (кенелер, масалар) айналымы ареалын кеңейтіп, жаңа өршулердің пайда болу ықтималдығын күшейтуде, бұл патогендердің таралуын жылдамдатады;

вакцинацияға сенімсіздік: 2023 – 2024 жылдары қамту деңгейі 95,3 % болса да (5 млн адам, оның ішінде 1,3 млн бала), бас тарту саны 6,5 есеге артты (8383-тен 51726-ға дейін), бұл қызылшаның 57878 жағдайына және көкжөтелдің 3110 жағдайына алып келді.

2025 жылдың басындағы жағдай бойынша СЭҚ тиімділігі инфрақұрылымның жай-күйімен шектелген: ғимараттардың 40 %-ы талаптарға сәйкес келмейді, 98 %-ы моральдық және техникалық тұрғыда ескірген, ерекше қажеттіліктері бар адамдар үшін қолжетімділікті қоса алғанда, мемлекеттік қызметтер көрсетуге бейімделмеген.

Зертханалардың жарақтандырылуы 52,8 %-ды құрады, жабдықтардың тозу деңгейі – 80 %-дан жоғары, бұл зерттеулердің сапасы мен жылдамдығын төмендетіп, персоналдың ауру жұқтыру қаупін арттырады.

Әсіресе, обаға қарсы станциялар осал болып келеді: 583 ғимараттың 385-і (66 %) бұзуды немесе күрделі жөндеуді қажет етеді, орташа пайдалану мерзімі 60 жылдан асады. Зертханалар физикалық қауіпсіздік талаптарына сәйкес келмейді.

Мамандандырылған автокөлікпен жете жасақталмау инфекция ошағына жедел баруды және оны қамту толықтығын мониторингпен қамтуды, ошақты, инфекцияның берілу факторлары мен жолдарын уақтылы анықтауды шектейді.

Реформалар кадр саясатының орнықсыздығына алып келді: мемлекеттік және жекеменшік медициналық ұйымдардың дәрігерлерімен салыстырғанда СЭҚ мамандарының жалақысындағы алшақтық 2-4 есені құрайды (СЭҚ дәрігері – 300 мың теңгеге дейін, жетекші маманы – 195,5 мың теңге, жекеменшік сектордағы СЭҚ маманы – 350-800 мың теңге), әлеуметтік пакет жоқ, кадрлардың орташа жасы 41 жасты құрайды.

Бейінді мамандардың жыл сайынғы тапшылығы 700-ден астам адамды немесе жалпы санының 16,7 %-ын құрайды, кәсіби құрамы бойынша 80 %-дан асады.

### *Микробқа қарсы резистенттілік (бұдан әрі – МКР)*

МКР мен медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекциялар (бұдан әрі – МКБИ) жаһандық қауіп-қатер ретінде танылды: 2021 жылы олардан 1,14 млн адам қайтыс болды, сондай-ақ тағы 4,71 млн өлімге себепші болды. МКР жаһандық топ-10 тәуекелдің қатарына кіреді, таралуы үдеп барады.

Соңғы 3 жылда *E.coli* және *Klebsiella pneumoniae* бактерияларының III буынды цефалоспориндерге төзімділігі 20 %-ға өсті. Антибиотиктерді тағайындау жағдайларының 67 %-ында негіздеме жоқ, 85 % жағдайда периоперациялық антибиотикпен профилактика жүргізу бір тәуліктен артық созылады.

2024 жылы 794 стационарда МКБИ-дің 346 жағдайы тіркелді (1000 пациентке шаққанда 0,12). МКБИ таралуы 3 %-ды, ал тәуекел бөлімшелерінде 9,1 %-ды құрады.

### *Денсаулыққа әсер ететін өмір сүру ортасының факторлары*

2024 жылы атмосфералық ауаның 685427 зерттеуі жүргізілді, олардың 1,6 %-ы (11061) шекті рұқсат етілген концентрациядан жоғары болды (2020 жылы – 3,7 %). Жұмыс аймағы ауасының 1-2 қауіптілік сыныбына жататын бу мен газдармен ластану 1,9 есеге (2020 жылғы 1,0 %-дан, 2024 жылы 1,9 %), шаң мен аэрозольдермен – 1,3 есеге өсті (3,8 %-дан 4,8 %-ға дейін).

Вибрацияның шекті рұқсат етілген деңгейі 2,5 есеге артты (1,1 %-дан 2,8 %-ға дейін).

Кәсіптік аурулар жағдайларының саны 2 есеге (393-тен 748-ге дейін), кәсіптік уланулар – 8 есеге (6-дан 51-ге дейін) өсті.

Ауызсудың сапасы жақсаруда: 2024 жылы микробиологиялық ауытқулар – 1,75 % (2020 жылы – 3,8 %), санитариялық-химиялық ауытқулар – 4,3 % (2020 жылы – 5,8 %).

Білім беру және тәрбиелеу мекемелерінде тамақтан уланудың топтық жағдайларының өсуі байқалды (2024 жылы – 5 жағдай, 2020 жылы – 3 жағдай), бұл балалар болатын объектілерде (тамақтану, білім беру, тәрбие, сауықтыру) мемлекеттік бақылау тиімділігінің жеткіліксіз екенін көрсетеді.

2024 жылы қадағалау объектілері бойынша тамақтан уланудың 18 топтық жағдайы тіркелді (2020 жылы – 11 жағдай), зардап шеккендер саны – 731 адам (2020 жылы – 242), олардың ішінде балалар – 582 (2020 жылы – 123). Жалпы уланулар санының 61 %-ы қоғамдық тамақтану орындарына, 28 %-ы білім беру объектілеріне және 11 %-ы сауда объектілеріне тиесілі.

2024 жылы халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы бақылауды күшейту жөніндегі шаралар қабылданды:

- жедел ден қою шаралары енгізілді (қызметті тоқтата тұру, жұмыстан шеттету);
- субъектіге бармай кәсіптік бақылаудың түрлері кеңейтілді;
- шұғыл жағдайлар бойынша тергеп-тексеру енгізілді;

жосықсыз субъектілерге баса назар аудара отырып, тәуекелдерді бағалау жүйесі қайта қаралды.

### *Денсаулық сақтау саласының кадрлық ресурстары*

Елімізде жоғары және (немесе) жоғары оқу орнынан кейінгі білім беретін (бұдан әрі – ЖЖОКБҰ) 8 медициналық ұйым, 7 медицина факультеті, 17 ғылыми-зерттеу институты мен ғылыми орталық, техникалық және кәсіптік, орта білімнен кейінгі білім беретін 94 ұйым жұмыс істейді.

Дәрігерлермен қамтамасыз етілу 40,9-дан (2020 жыл) 41,1-ге дейін (2024 жыл) өсті, ОМҚ тиісінше 98,4-тен 94,5-ке дейін төмендеді.

2024 жылы ауылдық жерлерде қамтамасыз етілу дәрігерлермен 19,3 (2020 жылы – 17,3), ОМҚ – 74,7 (2020 жылы – 70) құрады. Қала мен ауыл арасындағы теңгерімсіздік сақталуда.

2024 жылы мемлекеттік сектордағы дәрігерлердің бос лауазымдар бойынша тапшылығы 3986 штаттық бірлікті құрады, бұл 2020 жылмен (6415 бірлік) салыстырғанда 38 %-ға аз. Қалаларда тапшылық 42 %-ға (5258,75-тен 3 054 дана бірлікке дейін), ауылдық жерлерде – 19 %-ға (1155,25-тен 932 дана бірлікке дейін) азайды.

Орта медицина персоналының тапшылығы да 44 %-ға: 2020 жылғы 7605,5 штаттық бірліктен 2024 жылы 4230,75-ке дейін төмендеді.

Қазіргі кадр тапшылығы бірнеше факторларға байланысты: мемлекеттік секторда жалақының төмен болуы (дәрігерлер – 592,3 мың теңге, ОМҚ – 292,8 мың теңге), персоналдың қартаюы (орташа жасы – 43 жас), тұрақтамаудың жоғары болуы (жалпы – 8 %-дан астам, МСАК – 21 %), жүктеменің шамадан тыс көп болуы (қоса атқару коэффициенті: дәрігерлер – 1,5, ОМҚ – 1,1), көші-қон (жыл сайын 420-дан астам медицина қызметкері), орнығудағы қиындықтар (50 %-дан астамы жұмыспен өтеуден босатылады, 20 %-ы жекеменшік секторға өтеді), ауылда жұмыспен өтеуден бас тарту (жылына бітірушілердің шамамен 10 %-ы).

2024 жылғы сәуірде медицина қызметкерінің мәртебесін арттыруды, әлеуметтік пакетті кеңейтуді және кәсіптік жауапкершілікті сақтандыруды көздейтін "Қазақстан Республикасының кейбір заңнамалық актілеріне денсаулық сақтау мәселелері бойынша өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы" Қазақстан Республикасының Заңы қабылданды. Ауылдық жерде аса тапшы мамандар үшін 8,5 млн теңгеден (ең төменгі 100 жалақы мөлшерінде) асатын төлемдер енгізілді.

2023 жылы "Медициналық-профилактикалық іс" бағдарламасы бойынша гигиенист-эпидемиолог дәрігерлерді даярлау қайта басталды. 2024 жылы ұзақ үзілістен кейін алғаш рет педиатр-дәрігерлер оқуын аяқтап шықты.

Резидентурада оқытуда денсаулық сақтаудың практикалық талаптарына бағдарланған құзыреттілік тәсілге көшу іске асырылды.

2 ЖЖОКБҰ-да студенттердің практикалық дайындығына арналған университеттік ауруханалар мен клиникалар бар.

2019 – 2022 жылдар аралығында бакалавриатқа, магистратураға, докторантураға және резидентураға гранттар саны артты. Стипендия мөлшері басқа бағыттарға карағанда 62 %-ға жоғары. Медициналық және фармацевтикалық ЖЖОКБҰ-ға түсу үшін Ұлттық бірыңғай тестілеудің шекті балы 70-ке дейін арттырылды. Мемлекеттік білім беру тапсырысы бойынша – кемінде 100 балл.

Оқытушылар құрамының тапшылығы, медициналық кадрларды клиникалық даярлауға арналған инфрақұрылым мен жағдайлардың ("білім беру ортасының") жеткіліксіздігі, оның ішінде клиникалық базалардың тапшылығы және (немесе) оқытушылар мен білім алушылардың клиникалық практикаға қолжетімділігінің жеткіліксіздігі, цифрландыруға, ғылыми-зерттеу, және тәжірибелік-конструкторлық жұмыстарға (бұдан әрі – ҒЗТКЖ) және фармацевтикалық индустрияға қажетті медицина, АТ және биотехнологиялар тоғысындағы мамандардың өткір тапшылығы сақталуда, сондай-ақ пациенттер мен олардың айналасындағы адамдар тарапынан медицина қызметкерлеріне қатысты физикалық және психологиялық агрессия жағдайларының артуы байқалады, бұл қауіпсіздікке, ынталандыруға және денсаулық сақтау жүйесінің орнықтылығына кері әсерін тигізуде.

#### *Мейіргерлік қызметтің жаңа моделі*

Мейіргердің дәрігермен тең құқылы серіктес ретіндегі рөлі күшейтілді: ол мейіргерлік процесті жоспарлайды және құзыреті шеңберінде шешімдер қабылдайды. Дәрігерлік функциялардың бір бөлігін беру есебінен мейіргер функцияларын кеңейту жоспарлануда.

Мейіргерлерді даярлаудың жаңа жүйесі және мейіргерлік қызметті басқару моделі әзірленді. Кіші мейіргерден бастап PhD-ге дейін көп деңгейлі даярлау енгізілді. Қолданбалы және академиялық бакалавриат, магистратура (соның ішінде қос дипломды қазақ-фин магистратурасы) және PhD бойынша интеграцияланған бағдарламалар, жұмыс істейтін мамандарға арналған жеделдетілген бағдарламалар іске асырылуда.

Сертификаттық курстар, біліктілікті арттыру және формальды емес білім беру бағдарламалары (жаңа кәсіптік стандарттар мен салалық біліктілік шеңберін ескере отырып) енгізілді. Барлығы 90 біліктілікті арттыру бағдарламасы әзірленді.

2022 жылы оқытудың кредиттік-модульдік технологиясы бойынша мемлекеттік жалпыға міндетті білім беру стандарты бекітілді. "Кеңейтілген практика мейіргері", "директордың мейіргер ісі жөніндегі орынбасары" лауазымдары, сондай-ақ "мейіргерлік диагноз", "мейіргерлік араласу", "мейіргерлік күтім нәтижесі" және "мейіргерлік құжаттама" ұғымдары заңнамалық деңгейде енгізілді. Ұйымдастырушылық құрылым жаңартылды, штат кестесіне өзгерістер енгізіліп, клиникалық нұсқаулықтар, операциялық емшаралар стандарттары және құжаттама нысандары әзірленді. 2024

жылы "Мейіргерлік іс" мамандығы бойынша қолданбалы бакалаврларды бітірушілер саны 13705 адамды құрады.

Мейіргерлік іс қызметінің негізгі проблемалары – мейіргерлердің өткір тапшылығы (мейіргер кадрларын көптеп даярлауға қарамастан), жұмыс берушілердің кадрларды даярлау сапасына қанағаттанушылығының төмен болуы, тәлімгерлік институтын енгізу мен дамытуды бақылау жүйесінің болмауы, оқытуды қаржыландырудың жеткіліксіздігі, медициналық колледж бітірушілерінің практикалық даярлығының жеткіліксіздігі, жеке клиникалық базалардың жоқтығы, дербес мейіргерлік практика деңгейінің төмендігі (қолданбалы бакалаврларды көптеп даярлауға қарамастан, мейіргерлер негізінен ассистент ретінде жұмыс істейді), үздіксіз кәсіби дамудың және мейіргерлердің ғылыми белсенділігінің жеткіліксіз тиімділігі, мейіргерлердің кәсіпаралық командалардағы рөлінің әлсіздігі.

#### *Медицина және фармацевтика ғылымы*

Денсаулық сақтау жүйесіндегі ғылыми қызметтің инфрақұрылымы 8 медициналық ЖЖОКБҰ-дан, 21 ғылыми ұйымнан және 3 ұжымдық пайдаланудағы зертханадан тұрады.

2021 жылдан бастап С. Қайырбекова атындағы Ұлттық денсаулық сақтауды дамыту ғылыми орталығы (бұдан әрі – ҰДСДҒО) "Денсаулық сақтау 4.0" технологиялық құзыреттерінің салалық орталығының озық медициналық технологияларын енгізуге және жергілікті орналастыруға бағытталған функцияларын орындайды. 2022 жылы ҰДСДҒО базасында халықаралық және жергілікті клиникалық зерттеулерге қолдау көрсету және дәлелдер іздеу әдіснамаларын дамыту үшін клиникалық зерттеулерді дамыту орталығы құрылды.

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті базасында зерттеулер нәтижелерін қолдау мен ілгерілетуге арналған ғылыми-технологиялық парк жұмыс істейді.

Денсаулық сақтау саласындағы ғылыми қызметтің кадрлық әлеуеті 12080 бірлік штаттық ғылыми қызметкерді, профессорлар-оқытушылар құрамын, ғылыми ұйымдар мен университеттік клиникалардың клиникалық персоналын құрайды. Ғылыми дәрежесі бар кадрлардың үлесі 25 %-ды, оның ішінде медициналық ЖЖОКБҰ-да – 48,3 %-ды, ғылыми ұйымдарда – 20 %-ды құрайды.

2024 жылы медициналық ғылымды қаржыландыру 14,4 млрд теңгеден асты, оның ішінде республикалық бюджеттен – 11 млрд теңге, шетелдік грант берушілерден – 575,5 млн теңге.

2024 жылы 49 нысаналы-бағдарламалық, 173 гранттық жоба, жергілікті ұйымдар тарапынан 88 жоба және шетелдік грант берушілерден 36 жоба іске асырылды. Бұл ретте денсаулық сақтау саласындағы ғылыми зерттеулерге жұмсалатын шығыстар 2024

жылы жалпы ішкі өнімнің (бұдан әрі – ЖІӨ) 0,008 %-ын құрады (АҚШ-та мемлекеттік шығыстар – ЖІӨ-нің 0,2 %-ы, жеке сектор – 0,3 %-ға дейін; Еуропа елдерінде – тиісінше 0,05 % және 0,1 %).

2024 жылы медициналық білім беру және ғылыми ұйымдардың жалпы бюджетінде ғылым және инновациялық қызметтен түскен кірістердің үлесі 11,89 %-ды құрады.

2024 жылы клиникалық зерттеулердің саны халықтың әрбір 1 млн тұрғынына шаққанда 0,3-ті құрады (АҚШ – 10,9, Франция – 8,3, Қытай – 1,8, Ресей – 0,34).

Scopus-та халықаралық рецензияланатын басылымдарда қазақстандық ғалымдардың медицина бойынша жарияланымдары 2020 жылғы 616-дан (әлемде 85-орын) 2024 жылы 1189-ға дейін (75-орын), ал олардан дәйексөз алу саны 2020 жылғы 616-дан (84-орын) 2024 жылы 1189-ға дейін (72-орын) өсті.

2024 жылы ғылыми ақпараттық алаң қалыптастыру үшін биомедициналық зерттеулер бойынша ұлттық ақпараттық жүйені әзірлеу басталды.

17 этикалық комиссияны сертификаттау және қайта сертификаттау жұмыстары жүргізілуде.

Медициналық және фармацевтикалық ғылымның дамуын тежейтін негізгі проблемаларға ғылыми зерттеулерді қаржыландыру деңгейінің төмендігі, жоғары сапалы ғылыми зерттеулер жүргізуге арналған инфрақұрылымның жеткіліксіздігі, жарияланымдық белсенділіктің және жарияланымдарға сұраныстың төмен болуы, жекелеген ғылыми бағыттар (стоматология, мейіргер ісі және т.б.) бойынша зерттеулердің төмен деңгейі және (немесе) болмауы, халықаралық клиникалық зерттеулердің демеушілері үшін елдің тартымсыздығы, оның ішінде салықтық және әкімшілік ынталандырудың болмауы, медициналық ЖЖОКБҰ оқытушы-профессорлар құрамының және ғылыми ұйымдар персоналының зерттеу жобаларына төмен деңгейде тартылуы, "білімдарлардың кетуі", медициналық ғылым саласының жас мамандармен жеткіліксіз толықтырылуы, ғылымдағы орнықты кадрлық траекториялардың болмауы, ғылыми жобаларға халықаралық деңгейде қатысудың әлсіздігі, зерттеу нәтижелерін патенттеудің және технологиялар трансферті жүйесінің төмен деңгейі, ғылыми зерттеу нәтижелерін коммерцияландырудың төмен болуы, инфрақұрылымды және кадрларды қоса алғанда, трансляциялық зерттеулерді жүйелі қолдаудың болмауы, клиникалық хаттамаларды, стандарттарды және денсаулық сақтау саласындағы саясатты әзірлеу кезінде ғылыми деректерді пайдалану мәдениетінің төмендігі болып табылады.

### *Дәрілік қамтамасыз ету*

Дәрілік қамтамасыз ету стационарлық емдеуге арналған және амбулаториялық дәрілік қамтамасыз ету шеңберінде негізінен дәрілік заттарды бірыңғай дистрибьютордың орталықтандырылған сатып алуы арқылы жүзеге асырылады.

2024 жылы сатып алынған барлық дәрілік заттар (бұдан әрі – ДЗ) мен медициналық бұйымдар (бұдан әрі – МБ) көлеміндегі отандық өнімнің үлесі 30 %-ды құрады.

2024 жылы 34 қазақстандық өндірушімен 2487 атауға (509 ДЗ және 1978 МБ) арналған 90 ұзақмерзімді шарт қолданыста болды.

ДЗ және МБ-ның 84,9 %-ы шетелден – негізінен Германиядан, Қытайдан, Бельгиядан, Швейцариядан, Франциядан, Ирландиядан, Италиядан, АҚШ пен Үндістаннан жеткізіледі.

Барлық ДЗ бағасын реттеу және тегін препараттарды беруді электрондық есепке алу енгізілген.

АДҚ дәріханалық ұйымдар арқылы, ал шалғай аудандарда – МСАК арқылы, 974 дәріханалық және 11 жылжымалы дәріханалық пункт арқылы жүзеге асырылады.

Нақты уақытта рецептілердің жазып берілуі мен мемлекет кепілдік берген препараттарды алуды қадағалауға мүмкіндік беретін автоматтандырылған ақпараттық жүйе енгізіле бастады.

Стационарлық деңгейде кезең-кезеңімен клиникалық фармакология және госпитальдық фармация бөлімшелері енгізілуде. 2024 жылы 78 госпитальдық фармация бөлімшелері ашылды.

#### *Фармацевтикалық өнімдердің өндірісі*

Соңғы 4 жылда негізгі фармацевтикалық өнімдер өндірісіне тікелей инвестициялар 1,3 есе ұлғайды: 69,7 млн АҚШ долларынан (2020 жыл) 91,3 млн АҚШ долларына дейін (2024 жыл).

Фармацевтикалық өнім өндірісінің көлемі 141,9 млрд теңгеден (2020 жыл) 171,6 млрд теңгеге дейін (2024 жыл) ұлғайып, 20,9 %-ды құрады.

2024 жылы нарықтағы отандық өндірістің үлесі 15,1 %-ды құрады және негізінен генериктермен ұсынылған.

Елде 6991 ДЗ атауы тіркелген, оның ішінде отандық – 15,3 % (1068), шетелдік – 84,7 % (5923); 13274 МБ атауы тіркелген, оның ішінде отандық – 15,4 % (2051), шетелдік – 84,6 % (11223).

Фармацевтикалық өнеркәсіпті қолдау және дамыту жөніндегі негізгі шаралар: заңнаманы ырықтандыру, ДЗ мен МБ-ның ЕАЭО шеңберіндегі айналысы, мемлекеттік қолдау, ҒЗТКЖ-ны ынталандыру, инвестициялар тарту, кадрмен қамтамасыз ету, таңбалау, қадағалау және отандық өндірушілердің қуаттарын кеңейту.

2021 жылы құрылған "QazBioPharm" ұлттық холдингі биофармацевтикалық нарық инфрақұрылымын дамыту және жетілдіру саласында жұмыс істейтін 8 ұйымды біріктіреді.

Инвестицияларды тарту, технологиялар трансферті, ДЗ мен МБ келісімшарттық өндіру бойынша жергілікті орналастыру мен бірегей препараттар шығаруға басымдық бере отырып, Big Pharma компаниясын қоса алғанда, шетелдік фармацевтикалық компаниялармен ынтымақтастық дамып келеді.

"Жалған өндірушілер" қызметінің жолын кесу мақсатында қазақстандық тауар өндірушілердің тізілімін толықтыру бойынша жұмыс жүргізілуде.

Халықты дәрілік қамтамасыз етудің негізгі проблемалары: жоспарлау мен сатып алуды автоматтандырудың, сондай-ақ ДЗ мен МБ цифрлық есепке алудың төмен деңгейі, қазақстандық фармацевтикалық өнеркәсіптің инвестициялық тартымдылығының төмендігі, өндірісті жергілікті орналастырудың жеткіліксіздігі, клиникалық және клиникаға дейінгі зерттеулерді жүргізу үшін зертханалардың жеткіліксіздігі, экономиканың аралас салаларын дамытуға байланысты ведомствоаралық өзара іс-қимылдың жеткіліксіздігі.

### *Денсаулық сақтау жүйесін цифрландыру*

Бірыңғай цифрлық инфрақұрылымды құру жұмыстары жалғасуда.

Денсаулық сақтау министрлігінің 18 мемлекеттік ақпараттық жүйесі, сондай-ақ нарықта 20-дан астам медициналық ақпараттық жүйе жұмыс істейді.

Электрондық жүйемен 422 мың медицина қызметкері мен 20 миллионнан астам азамат қамтылған. Жыл сайын бұл жүйелер 2 мыңға жуық ұйымнан түсетін 400 миллионнан астам медициналық көрсетілетін қызмет бойынша деректерді өңдейді.

2024 жылы елдегі медициналық ұйымдар қашықтан 3,2 миллион медициналық қызмет, оның ішінде ауыл тұрғындарына 1,5 миллион қызмет көрсетті.

"Әлеуметтік әмиян" сервисі арқылы пациенттер QR-кодты пайдалана отырып, 7,1 миллион дәрілік зат алды. Қазіргі уақытта бұл жоба барлық мемлекеттік медициналық ұйымдарға кеңінен таратылған.

Медициналық анықтамалардың 8 түрі қағаз тасығыштан электрондық форматқа ауыстырылуда, оның ішінде медициналық кітапшалар мен еңбекке уақытша жарамсыздық парақтары бар.

Шалғай ауылдық жерлердегі медициналық ұйымдарда цифрлық сервистер қолжетімділігінің жеткіліксіз болуы, ақпараттық жүйелерді интеграциялау деңгейінің төмендігі, медицина персоналы цифрлық сауаттылығының жеткіліксіздігі, телемедицина мен қашықтан медициналық көрсетілетін қызмет көрсетудің баяу дамуы, жасанды интеллект пен болжамды талдамалы қолданудың жеткіліксіздігі, сондай-ақ пациенттердің цифрлық тұрғыда тартылуының төмен деңгейде болуы сақталып отыр.

### *Медициналық көмекті қаржыландыру жүйесі*

2024 жылдың қорытындысы бойынша денсаулық сақтауға жұмсалған шығыстардың үлесі ЖІӨ-нің 4,7 %-ын құрады. "Қалта шығыстарының" үлесі ағымдағы шығыстардың 26,8 %-ын (2019 жылы – 33,8 %) құрады. Ел халқының барлығы тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемімен (бұдан әрі – ТМККК) қамтылған, ал 86,7 %-ы (2025 жылғы 1 қаңтардағы жағдай бойынша 17,5 млн адам) МӘМС жүйесімен қамтылған, 3,7 млн-нан астам адам қамтылмаған. Екі схема шеңберіндегі медициналық көрсетілетін қызметтердің негізгі әкімшісі – 20 өңірлік филиалы бар Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры.

2024 жылы қаржыландыру көлемі: ТМККК – 1620 млрд теңгені, МӘМС – 1228 млрд теңгені құрады. 5 жыл ішінде қаржыландыру көлемі номиналды мәнде 2,9 есе артты.

МСАК көрсетуге 578,5 млрд теңге бағытталды. Стационарды алмастыратын жағдайларда 774 мың жағдай бойынша мамандандырылған медициналық көмек көрсетіліп, оған 81,7 млрд теңге жұмсалды. Жоғары технологиялық медициналық көмек 21,6 мыңнан астам пациентке 90,2 млрд теңге сомасында ұсынылды.

Медициналық оңалту көлемі 76,5 млрд теңге сомасына шамамен 9,4 млн көрсетілген қызметті құрады. Тәулік бойғы стационарда 422,6 мыңнан астам пациент емделді (240 млрд теңге), күндізгі стационарда – 861,9 мың жағдай (87,5 млрд теңге).

Азаматтар мен жұмыс берушілердің МӘМС жарналары "Е-Сақтандыру" жүйесінде есепке алынады. 2024 жылы МӘМС жүйесіне 1253,2 млрд теңге түсті: 23,1 % (289,3 млрд теңге) – жеңілдіктер алатындар үшін мемлекет жарналары, 42,3 % (529,9 млрд теңге) – жұмыс берушілердің аударымдары, 27,7 % (346,7 млрд теңге) – жұмыскерлердің жарналары, 6,7 % (84,0 млрд теңге) – жеке кәсіпкерлер, азаматтық-құқықтық сипаттағы шарт және басқалар.

Медициналық көмекті қаржыландыру жүйесінің негізгі проблемалары денсаулық сақтау жүйесінің жеткіліксіз қаржыландырылуы, денсаулық сақтауға арналған жеке шығыстардың жоғары деңгейі, бизнес-процестерді цифрландырудың жеткіліксіз деңгейі, халықтың МӘМС жүйесімен толық қамтылмауы және халықтың сақтандырылмаған бөлігі үшін медициналық көрсетілетін қызметтердің қолжетімсіздігі болып табылады.

ӘлМСҚ қаржыландыру жүйесінде жымқыру мен қосып жазулар және медициналық көрсетілетін қызметтер туралы деректерді бұрмалау сияқты бұзушылықтар анықталды.

### **3-бөлім. Халықаралық тәжірибеге шолу**

Дүние жүзінде денсаулық сақтау жүйелері ДДҰ, ЭЫДҰ, Дүниежүзілік банк және басқа беделді халықаралық ұйымдардың ұсынымдарын басшылыққа алып, халық денсаулығын жақсартуға ұмтылады.

Бүгінгі таңда инфекциялық емес аурулар (бұдан әрі – ИЕА) денсаулық сақтау жүйелеріне және мемлекеттердің әлеуметтік-экономикалық дамуына елеулі ауыртпалық түсіріп, бүкіл әлем бойынша өлім мен мүгедектіктің негізгі себебі болып табылады.

ДДҰ-ның ИЕА-ның профилактикасы және олармен күрес жөніндегі жаһандық іс-қимыл жоспары (бұдан әрі – ИЕА жөніндегі жаһандық жоспар) және ЭЫДҰ-ның қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы озық практикалар жөніндегі нұсқауы сияқты жаһандық стратегиялық құжаттар негізгі ИЕА топтары (жүрек-тамыр аурулары, обыр,

диабет және созылмалы респираторлық аурулар) мен негізгі тәуекел факторлары ( темекі тұтыну, алкогольді шамадан тыс тұтыну, жеткіліксіз дене белсенділігі және ұтымсыз тамақтану) бойынша халықаралық консенсустың бар екенін көрсетеді.

Озық елдердің тәжірибесі ИЕА-мен нәтижелі күрес мультисекторалды тәсілді, халықты белсенді тартуды және профилактиканың, диагностикалау мен емдеудің инновациялық әдістерін енгізуді талап ететінін көрсетеді. Халықаралық практика фрагменттелген ақпарат беруден күнделікті өмір мен қоғамдық ортаның ажырамас бөлігі ретінде денсаулық мәдениетін қалыптастыруға бағытталған кешенді бағдарламаларға көшіп жатыр. Ұлыбританияда "Change4Life" бастамасы және оның " Be Food Smart" науқаны балалар мен олардың отбасылары арасында саламатты өмір салтын ілгерілетуге бағытталған. Бұл бастама қантты тұтынуды азайтуға, тағам өнімдерінің құрамы туралы хабардар болуды арттыруға, тұрақты тамақтану әдеттерін қалыптастыруға және дене белсенділігін қолдауға бағытталған. Финляндияның " Neuvokas perhe" (даналы отбасы) бағдарламасы өмір салты, ата-аналар мен балаларды тамақтану, дене белсенділігі, ұйқы, демалыс, эмоциялық әл-ауқат және отбасылық қарым-қатынас салаларында саламатты әдеттерді қалыптастыруда қолдау мәселелерін қамтиды. Сингапурда сусындарға арналған "Nutri-Grade" тағамдық құндылығын міндетті таңбалау, трансмайларға тыйым салу, балаларға арналған қантты сусындардың жарнамасын шектеу және "Мектептерде саламатты тамақтану" бағдарламасы енгізілді. Гонконгтың "2025 жылға қарай жол" стратегиясы денсаулық мәселелері бойынша сауаттылықты арттыруды, салауатты таңдау мүмкіндігін кеңейтуді және денсаулыққа қолайлы ортаны құруды қамтиды. Бастамалар беделді және қабылдауға ыңғайлы ақпаратты, практикалық кеңестерді, материалдарды, онлайн ресурстар мен құралдарды қамтиды.

ИЕА профилактикасын жыныстық және репродуктивтік денсаулық (бұдан әрі – ЖРД), АИТВ/ЖИТС және ана мен баланы қорғау, әсіресе жастарға арналған бағдарламаларға интеграциялау практикасының кеңеюі байқалады. Үндістанда жасөспірімдерге арналған "Rashtriya Kishor Swasthya Karyakram" бағдарламасы ЖРД қызметтерімен қатар тамақтану және психикалық денсаулық бойынша скринингтер мен ақпаратты қамтиды. Молдованың ЖДО ЖРД қызметтерін психикаға белсенді әсер ететін заттарды қолдану, тамақтану және психикалық денсаулық мәселелері бойынша консультациялармен қатар көрсетеді. Әйелдердің денсаулығын сақтау жөніндегі жаһандық және ұлттық стратегиялар (Канада, Аустралия, Ұлыбритания, Жаңа Зеландия , Солтүстік Еуропа елдері, Нидерланды) репродуктивтік денсаулық, ИЕА және өмір салты мәселелері бойынша ағартудың өзара байланысын ескереді. Заманауи практика арнайы мамандандырылған бағдарламалардан холистикалық тәсілге көшуді көрсетеді. Бұл қолданыстағы қызмет көрсету бағдарларының шеңберінде халықтың нысаналы топтарын (мысалы, жасөспірімдер, әйелдер) тиімді қамтуға мүмкіндік береді.

Жалпы алғанда, денсаулық мәдениетін қалыптастыру тұжырымдамасы қарапайым ақпарат беруден денсаулық мәдениетін кешенді қалыптастыруға және практикалық дағдылар мен құралдарды ұсыну арқылы, сондай-ақ денсаулық сақтау жүйесінің өзін түсінікті әрі қолжетімді ететін жүйелік өзгерістер енгізу арқылы адамның салауатты мүмкіндіктерін кеңейтуге қарай эволюцияланды.

Халықаралық практикада қолданылатын заманауи перинаталдық технологиялар ана мен бала үшін қолайлы нәтижелерге қол жеткізуге бағытталған инновациялардың кең спектрін қамтиды. Олардың қатарына фетальды мониторингтің озық әдістері (мысалы, компьютерлік талдауы бар кардиотокография, доплерометрия), шарананың хромосомалық ауытқуларын инвазиялық емес пренаталдық диагностикалау, босану кезіндегі ауырсынуды басудың заманауи әдістері, шала туған нәрестелерді күтіп-бағу технологиялары (заманауи сервобақылауы бар инкубаторлар, өкпені жасанды желдетудің жұмсақ режимдері, сурфактантты терапияны ерте енгізу), сондай-ақ шұғыл акушерлік жағдайларда медицина қызметкерлерін үйретуге арналған симуляциялық технологияларды пайдалану жатады. Тиісінше босандыру ұйымдарының инфрақұрылымын жақсарту тек ғимараттарды салу мен жөндеуді ғана емес, оларды заманауи диагностикалық және емдеу жабдықтарымен жарақтандыруды, ана мен баланың ауруханада болуына қолайлы және қауіпсіз жағдайларды (мысалы жеке босану залдары, бірге болу палаталары), сондай-ақ инфекциялық бақылау мен медициналық көмектің сапасын басқарудың қатаң жүйелерін енгізуді де көздейді.

Санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылықты қамтамасыз ету, әсіресе инфекциялық аурулардың өршуінің алдын алу және оған ден қою жағдайында қоғамдық денсаулықтың негізі болып табылады. Цифрландыру эпидемиологиялық қадағалауды түбегейлі трансформациялайды, деректерді нақты уақыт режимінде жинауға, неғұрлым дәл талдау жүргізуге және қауіп-қатерлерге жылдам ден қоюды қамтамасыз етуге мүмкіндік береді. Бұл процесте бірыңғай тәсілдерді айқындайтын жаһандық бастамалар негізгі рөл атқарады. ДДҰ-ның "Ауруларды интеграцияланған эпидемиологиялық қадағалау және оған ден қою" (бұдан әрі – IDSR) негіздемелік бағдарламасы эпидемиологиялық қадағалау стратегиясы мен мақсаттарын айқындайды, ал ДДҰ-ның SMART Guidelines нұсқаулық қағидаттары оны дұрыс цифрлық іске асыруға арналған техникалық стандартты ұсынады. Өз кезегінде Америка Құрама Штаттарының ауруларды бақылау және профилактика орталығының деректерді жаңғырту бастамасы стандарттауға, интероперабельділікке және нақты уақыттағы деректер легіне басымдық бере отырып, ұлттық деңгейде осы қағидаттарды практикалық іске асырудың үлгісі болып табылады. Сонымен қатар IDSR шеңберінде ауру жағдайларына электрондық эпидемиологиялық қадағалау жүйесі өрістетілген Сьерра-Леоне де үлгі болып табылады.

Фармацевтикалық өндірісті дамыту және дәрілік заттардың қолжетімділігі – орнықты денсаулық сақтау жүйесінің негізгі міндеттері. Үндістан мен Бразилия

тәжірибесі жергілікті фармацевтикалық өндірісті ынталандырудың алуан түрлі, бірақ тиімді тәсілдерін көрсетеді. Үндістанда жаңа ("greenfield") фармацевтикалық жобалар үшін автоматты бағдар бойынша 100 % тікелей шетелдік инвестицияларға (бұдан әрі – ТШИ), ал қолданыстағы ("brownfield") жобалар үшін автоматты түрде 74 %-ға дейін ТШИ-ге рұқсат етіледі. Бразилия өнімділікті дамыту үшін әріптестікке негізделген модельді қолданады. Ұлттық денсаулық сақтау жүйесі үшін жекеше (соның ішінде халықаралық) компанияларға стратегиялық маңызды дәрілік заттарды жеткізуге арналған ұзақмерзімді келісімшарттарға кепілдік бере отырып, ең ірі сатып алушы болып табылатын мемлекет негізгі құрал ретінде әрекет етеді. Басты шарттар – өндіріс технологиясын жергілікті мемлекеттік зертханаларға беру, яғни жергілікті орналастыру мен технологиялар трансфертін ынталандыру.

Жаһандық фармацевтикалық корпорациялармен ынтымақтастық түрлі нысанда жүзеге асырылуы мүмкін, оған препараттарды өндіруге арналған лицензиялық келісімдер, бірлескен кәсіпорындар құру, жаһандық компаниялар үшін жергілікті қуаттарда өнімдерді шарттық негізде өндіру, отандық ғылыми-зерттеу орталықтары мен клиникалардың халықаралық клиникалық зерттеулерге қатысуы, сондай-ақ технологиялар трансферті мен персоналды оқыту кіреді. Халықаралық практикадағы ортақ тәсілдер ұлттық стратегияға ұзақмерзімді адалдықты, айқын мақсаттар мен қолдау тетіктерін, өндірісті жергілікті орналастыруға, технологиялар трансфертіне және ғылыми-зерттеу жұмыстарын жүргізуге қаржылық және қаржылық емес ынталандырулар беруді қамтиды.

Денсаулық сақтауды қаржыландыру жүйелерінің денсаулық сақтау қызметтерімен жалпыға ортақ қамтуға қол жеткізудегі жетістіктер басым қаржыландыру көзімен емес, қаржы легін басқарудың пәрменді әрі тиімді тетіктерінің, көрсетілетін қызметтерді сатып алудың стратегиялық тәсілдерінің және медициналық көмектің нақты айқындалған пакеттерінің болуымен айқындалады. Тиісінше Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының стратегиялық сатып алушы ретіндегі рөлін және әлеуметтік жауапкершілігін күшейтуге және қаражатты тиімді басқаруды қамтамасыз етуге басымдық бере отырып, күш-жігер әртүрлі жүйелердің ең тиімді элементтерін бейімдеуге бағытталуы тиіс.

Халықаралық тәжірибе медициналық көмектің жоғары сапасына қол жеткізу үшін медициналық кадрларды даярлау мен оларды үздіксіз дамыту, мәртебесін арттыру, сондай-ақ процестерді оңтайландыру және емдеу нәтижелерін жақсарту үшін цифрлық технологияларды белсенді енгізу бойынша кешенді күш-жігер талап етілетінін дәлелдейді. Медициналық көмектің сапасы қауіпсіздікті, тиімділікті, уақтылылықты, пациентке бағдарлануды, әділеттікті және медициналық көмектің нәтижелілігін қамтитын көпқырлы ұғым.

ДДҰ-ның "Денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстары: 2030 жылға дейінгі кезеңге арналған стратегия" жаһандық стратегиясы орынды инвестициялар мен тиімді саясатты

іске асыру арқылы денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстарының қолжетімділігін, қабылдануын, қамтылуын және сапасын жақсартуға бағытталған. Мұндағы ең маңызды құрал медицина қызметкерлерінің тізілімдерін (бұдан әрі – МКТ) және денсаулық сақтау кадрлық ресурстарының ұлттық шоттарын қоса алғанда, денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстарының ұлттық ақпараттық жүйелері болып табылады, олар нақты есепке алуды қамтамасыз етеді және басқарушылық шешімдер қабылдау үшін дәлелді базаны қалыптастырады. ДДҰ денсаулық сақтау жүйелерін нығайту үшін МКТ құруды ұсынады.

ЭЫДҰ-ның көптеген мемлекеттері, соның ішінде Канада, Швеция, Ұлыбритания, Аустралия және Нидерланды орнықтылыққа, цифрлық трансформацияға және кәсіпаралық өзара іс-қимылға бағдарланған көпденгейлі кадрлық басқару модельдерін енгізді. Цифрлық құралдар мен болжамдық талдауды (мысалы, Канададағы Workforce Projection Models және ДДҰ-ның Health Workforce Estimator) пайдалану мамандар тапшылығын уақтылы болжауға және білім беру квоталарын бейімдеуге мүмкіндік береді.

Халықаралық практикада медицинадағы дәстүрлі, пәндік бағдарланған оқу бағдарламаларынан интеграцияланған модельдер мен құзыреттілікке бағдарланған медициналық білім беруге айтарлықтай ілгерілеу байқалады. Мақсаты білімді сақтауды жақсарту, клиникалық дағдыларды және нақты жағдайларда білімді қолдану қабілетін дамыту болып табылады. Реформаларды құрылымдауға Харденнің "Интеграциялық баспалдағы" моделі, Фогартидің интеграция модельдері, CanMEDS құзыреттіліктер шеңбері және WONCA/WFME үздіксіз кәсіби даму (бұдан әрі – ҮКД) бойынша жаһандық стандарттар сияқты әртүрлі тұжырымдамалық негіздер қолданылады. Канадада МакМастер университеті проблемаға бағдарланған оқытудың және интеграцияланған бағдарламалардың бастаушысы болды. Канаданың Корольдік дәрігерлер мен хирургтар колледжі "Клиницист-педагог дипломын" енгізді. Нидерландыда Лейден медицина мектебі ғылыми дайындықты және "нақты пациенттермен" практикалық сабақтарды интеграциялады. Аустралия да құзыреттілік модельдеріне белсенді көшуде. Кадрлар тапшылығы мен теңгерімсіздігі проблемаларын, әсіресе ауылдық және шалғай аудандарда шешу үшін мемлекеттер әртүрлі қаржылық (жоғарылатылған жалақы, үстемеақылар, тұрғын үй, кредиттерді өтеу, жұмыспен өтелетін стипендиялар) және қаржылық емес (мансаптық өсу, ҮКД, еңбек жағдайларын жақсарту, көтермелеу) ынталандыру шараларын қолданады.

Ұлыбританияда (Health Education England арқылы), Аустралияда және Ирландияда цифрлық форматта қолжетімді және жеке даму траекторияларына байланыстырылған үздіксіз білім берудің ұлттық платформалары енгізілген. Медицина қызметкерлерінің қауіпсіздігін қамтамасыз ету мақсатында көптеген мемлекеттер денсаулық сақтау саласындағы зорлық-зомбылықтың алдын алу бойынша жүйелі тәсілдерді енгізуде. АҚШ-та, Канадада, Аустралияда, Ұлыбританияда және Еуропалық одақ елдерінде

персоналды физикалық және психологиялық зорлық-зомбылықтан қорғауға бағытталған ұлттық стратегиялар мен заңдар бар. Мысалы, Ұлыбританияда оқыс оқиғаларды мониторингтеуді, персоналды қақтығыстарды бәсеңдету әдістеріне міндетті оқытуды, сондай-ақ құқық қорғау органдарымен ынтымақтастықты қамтитын Ұлттық денсаулық сақтау қызметінің зорлық-зомбылықтың алдын алу және азайту стандарты (NHS Violence Prevention and Reduction Standard) жұмыс істейді. Канадада және Аустралияда ауруханалардағы тәуекелдерді басқарудың мультипәндік тәсілдері іске асырылуда, оған дабыл түймелерін, бейнебақылау камераларын, күзетті пайдалану және қызметкерлерге құқықтық қолдау көрсету кіреді. ДДҰ өз ұсынымдарында қауіпсіз еңбек ортасын құрудың, зорлық-зомбылыққа мүлдем төзбеушілік саясатын енгізудің, ден қою стандарттарын әзірлеудің және зардап шеккен қызметкерлерді қолдау мәдениетін енгізудің маңыздылығын атап көрсетеді.

Таиланд қаржылық ынталандыруларды (ауылдық дәрігерлер үшін едәуір жоғары табыс), сол сияқты қаржылық емес ынталандыруларды (туған провинциясында жұмыс істеу мүмкіндігі, тұрғын үй беру), сондай-ақ ауылдық дәрігерлерді даярлаудың нысаналы бағдарламаларын жоғары ұстап қалу көрсеткіштерімен бірге табысты қолдануда. Аустралияда "қызмет үшін қайтарым" бағдарламаларының (жұмыспен өтеу міндеттемесі бар стипендиялар) және дәрігерлерге арналған арнайы "ауылдық оқыту жолдарының" тәжірибесі бар. Канада дәрігер-иммигранттарға қатысты қызмет үшін қайтарым саясатын және ауылдық дәрігерлердің біліктілігін арттыру бағдарламаларын қолданды. Руанда мен Индонезияда еңбек жағдайларын жақсарту және мансаптық өсу сияқты қаржылық емес ынталандыру өз тиімділігін көрсетті. Жапонияда ауылдық жерлерді қоса алғанда, туған префектурасында ұзақмерзімді қызмет үшін оқытуды толық қаржыландыру ұсынылады, бұл бітірушілерді ұстап қалудың жоғары көрсеткіштерін қамтамасыз етеді. АҚШ-та жеткіліксіз қамтылған аудандарда жұмыс істейтін медицина қызметкерлері үшін білім беру кредиттерін өтеу бағдарламалары қолданылады.

Халықаралық тәжірибені талдау ауылдық жерлердегі кадрлық қамтамасыз етуді тұрақты жақсарту бірнеше ынталандыру факторына бір мезгілде әсер ететін кешенді "пакеттік" шаралар есебінен қол жеткізуге болатынын көрсетеді. Оқшауланған шаралардың, тек қаржылық ынталандыру болсын немесе тек жұмыспен өтеу болсын, шектелген ұзақмерзімді жетістігі бар.

Алдыңғы қатарлы елдер медициналық және фармацевтикалық ғылымды орнықты және инновациялық денсаулық сақтаудың негізгі тетігі ретінде қарастырады. Трансляциялық зерттеулерді нығайту, академиялық медициналық орталықтар құру, халықаралық коллаборацияны қолдау және ғылыми деректердің цифрлық платформалары (EOSC, NIH Commons, NFDI) арқылы ғылыми деректер, клиникалық практика және цифрлық технологиялар халық денсаулығының игілігі үшін жұмыс істейтін тұтас ғылыми зерттеулер мен әзірлемелердің экожүйелері қалыптасуда.

Сингапур, АҚШ, Германия, Ұлыбритания үлгілері ғылымға салынған инвестициялардың медициналық көмектің сапасы, кадрлардың дамуы және халықаралық бәсекеге қабілеттіліктің артуы арқылы қайтарылатынын көрсетеді. Халықаралық практикалар кадрлық шешімдерді қалыптастыруда дәлелді базаны, оның ішінде тұрақты шолуларды, сценарийлік болжамдарды пайдалануға (evidence-informed HRH policy) және кәсіптік қауымдастықтардың қатысуын қамтамасыз етуге баса назар аударады.

Академиялық медицина орталықтары дүние жүзінде биомедициналық зерттеулердің және ғылыми жаңалықтарды клиникалық практикаға трансляциялаудың негізгі желілері ретінде қарастырылады. АҚШ (патенттеуді ынталандыратын Бэй-Доул заңы), Германия (гендік және жасушалық терапия саласындағы ұлттық стратегия, инфрақұрылым мен зерттеулерді нақты қаржыландыру, ұлттық зерттеу деректерінің инфрақұрылымы) және Сингапур (ұлттық медициналық зерттеулер кеңесі арқылы биомедициналық ғылымдарға бағытталған стратегиялық мемлекеттік инвестициялар) тәжірибесі көрсеткендей, бұл процесте мемлекеттік саясат пен нысаналы қаржыландыру шешуші рөл атқарады. Ұлыбританияда Академиялық денсаулық сақтау желілері ұлттық денсаулық сақтау қызметінің ұйымдарын, ғылыми ортаны және өнеркәсіпті инновацияларды тарату үшін байланыстырылады. Оңтүстік Кореяда Денсаулық сақтау және әлеуметтік қамсыздандыру министрлігі трансляциялық зерттеулерді қолдайды.

Озық елдердің тәжірибесі университеттерді инновациялық орталықтарға айналдыру тұтас экожүйе құруды талап ететінін көрсетеді. Бұл тек зерттеулерді тікелей қаржыландыруды ғана емес, сонымен бірге ғылыми әзірлемелерді практикаға трансляциялау үшін инфрақұрылымды дамытуды, қолдаушы мемлекеттік саясатты қалыптастыруды (мысалы, зияткерлік меншік пен лицензиялау саласында) және өнеркәсіппен тиімді ынтымақтастық тетіктерін құруды қамтиды. Медицина ғылымын дамытуды және медициналық ЖЖОКБҰ-дың инновациялық әлеуетін арттыруды жоспарлап отырған Қазақстан Республикасы үшін ғылыми әзірлемелерді клиникалық практикаға енгізуден бастап оларды кейіннен коммерцияландыруға дейінгі бүкіл инновациялық циклді қолдайтын біртұтас жүйе құру маңызды.

Эстонияда (деректер алмасудың X-Road орталықсыздандырылған деңгейі, ұлттық ЭМК, блокчейн пайдаланылатын деректер қауіпсіздігі), Финляндияда (Kanta қызметтері, азаматтарға арналған MyKanta порталы, ашық API) және Сингапурда ("Бір пациент – бір медкарта" қағидаты бойынша орталықтандырылған сақтау орны ретіндегі ұлттық электрондық медициналық карта (NEHR)) сияқты табысты ұлттық электрондық денсаулық сақтау жүйелері нақты ұлттық стратегиялармен және стандарттармен басқарылатын сенімді, қауіпсіз және интероперабельді базалық инфрақұрылымға негізделген. Швеция мен Канада да медициналық деректер алмасу мен интероперабельділікті қамтамасыз етудің ұлттық тәсілдерін дамытып отыр.

Жасанды интеллект (бұдан әрі – ЖИ) диагностикаға қолдау көрсету, емдеу бойынша ұсынымдар беру және әкімшілік тиімділікті арттыру үшін МСАК-та барған сайын белсенді түрде зерттелуде. Данияның ЖПД қарапайым міндеттерден бастап, дәрігердің бақылауын қамтамасыз етіп, ЖИ-ді енгізу шарттарын айқындады. ЭЫДҰ ЖИ-ді қолданудағы этикалық қағидаттарды ұсына отырып, оның профилактика мен емдеудегі әлеуетін атап өтеді. Негізгі проблемалар ЖИ-ді оқытуға арналған деректердің сапасы мен репрезентативтілігі, деректердегі бұрмалану салдарынан теңсіздіктің ушығу тәуекелі, сондай-ақ ашықтық пен есептілікке қатысты этикалық мәселелер болып табылады.

Алдыңғы қатарлы елдердің цифрлық денсаулық сақтау саласындағы тәжірибесі жүйелердің техникалық интероперабельділігі күшті мемлекеттік басқарумен, нақты құқықтық шеңбермен (әсіресе деректерді қорғау бөлігінде) және пайдаланушылардың – азаматтардың, сол сияқты медицина қызметкерлерінің сенімін қалыптастыруға бағытталған мақсатты шаралармен қатар жүруі тиіс екенін көрсетеді. Қазақстан Республикасы үшін ұлттық электрондық денсаулық паспорттарын құру және ақпараттық жүйелерді интеграциялау кезінде жетістіктің негізгі факторлары деректермен алмасудың үздіксіздігі мен қауіпсіздігін қамтамасыз ету, жеке медициналық ақпараттың құпиялылығын кепілдендірілген қорғау және халық пен медициналық қоғамдастықты тарту мен хабардар ету бойынша белсенді жұмыс жүргізу болады.

ЖИ-ді МСАК-қа енгізуге қатысты халықаралық тәжірибе байыпты, эволюциялық тәсілді нұсқайды. Анық пайдасы бар, ал тәуекелі барынша төмен нақты, айқындалған міндеттерді шешуге бағытталған пилоттық жобалардан бастаған жөн (мысалы, стандартты хаттамалар бойынша дәрігерлік шешімдер қабылдауды қолдау жүйелері, тәуекел тобын анықтау үшін көлемді деректерге талдау жасау).

Денсаулық сақтау инфрақұрылымын табысты жаңғырту сенімді басқару және қаржыландыру жүйелерін талап етеді. ЭЫДҰ-ның тиімді мемлекеттік инвестициялар жөніндегі қағидаттары инвестицияларды даму стратегиясымен байланыстырудың, жергілікті білімді жұмылдырудың, үйлестіруді және баламаларды бағалауды қамтамасыз етудің маңыздылығын атап көрсетеді. ЭЫДҰ-ның алты бағалау өлшемшарты (өзектілік, үйлесімділік, нәтижелілік, тиімділік, әсер ету, орнықтылық) жобаларды іріктеу мен бағалау үшін кешенді негіздеме ұсынады. Дүниежүзілік банктің ұсынымдарына стратегиялық жоспарлау, мүдделі тараптарды тарту және кезең-кезеңімен инвестициялау кіреді. Ұлыбританияның, Канаданың, Сингапурдың және Солтүстік Еуропа елдерінің жобаларды басқару саласындағы практикалық мысалдары мерзімді сақтау, шығындарды басқару және сапаны бақылау проблемаларын шешуді қарастырады.

Қазақстан Республикасының медициналық объектілерді салуға және жаңғыртуға бағытталған инвестициялары осы жобаларды жоспарлауға, сатып алуға, басқаруға және

бағалауға жауапты институттар мен кадрлық әлеуетті нығайтуға мөлшерлес инвестициялар салумен қатар жүруі тиіс.

Мемлекеттік-жекешелік әріптестік (бұдан әрі – МЖӘ) медициналық инфрақұрылым саласындағы жобаларды қаржыландыру мен іске асырудың әлеуетті тетігі ретінде қарастырылады. Денсаулық сақтау саласындағы МЖӘ нәтижелігінің негізгі факторлары – сенімді әріптестердің болуы, құндылықтардың үйлесімділігі, тәуекелдерді нақты бөлу, мықты нормативтік құқықтық база, мемлекеттік органдардың келіссөздер жүргізу мен шарттарды басқару жөніндегі күшті әлеуеті, сондай-ақ ашық мониторинг пен бағалау. МЖӘ-нің халықаралық үлгілері ауруханалар секторы бойынша МЖӘ тәжірибесін, Испанияның Альсира моделін, Үндістан мен Аустралияның инфрақұрылым және көрсетілетін қызметтер саласындағы МЖӘ модельдерін қамтиды.

ЭЫДҰ мен ДДҰ белсенді түрде ілгерілетіп жатқан денсаулық сақтау жүйесінің орнықтылығы тұжырымдамасы жүйенің күйзелістерді (пандемия, климаттың өзгеруі, жанжалдар) алдын ала болжау, сіңіру, олардан кейін қалпына келу және оларға, сондай-ақ күнделікті стрестік факторларға (халық қажеттіліктерінің өзгеруі, ресурстар тапшылығы) бейімделу қабілеті ретінде айқындалады.

COVID-19 пандемиясы көптеген денсаулық сақтау жүйелерінің жеткілікті деңгейде дайын болмағанын айқын көрсетіп, оның орнықтылығын нығайтуды негізгі басымдыққа айналдырды. Халықаралық ұсынымдар проактивті инвестицияларды және жеткілікті қаржыландыруды қамтамасыз етуді (ЭЫДҰ қажетті инвестициялар көлемін ЖІӨ-нің 1,4 %-ы деңгейінде бағалайды), кадрлық әлеуетті нығайтуды, денсаулық сақтау институттарына деген сенімді арттыруды, сектораралық ынтымақтастықты, жүйелерді нығайтуға кешенді тәсілді енгізуді және өткен дағдарыстардың тәжірибесінен сабақ алуды қамтиды. Басқарудың бытыраңқылығы мен мемлекеттік және жеке секторлар арасындағы үйлестірудің жеткіліксіздігі елеулі кедергілер болып табылады.

Германияның (проактивті стратегия, ерте диагностикалау), Оңтүстік Кореяның (жаппай тестілеу және қадағалау), Швейцарияның (мықты мемлекеттік басқару және икемділік) тәжірибесі COVID-19 дағдарысына ден қоюдың табысты тәсілдерін көрсетеді. Сонымен қатар Италияның (халықтың картаюы мен жүйеге шамадан тыс жүктеме түсуі салдарынан жоғары өлім) және АҚШ-тың (ресурстарды кең ауқымда қолдану мен үйлестірудегі проблемалар) тәжірибесі бар әлсіз тұстарды көрсетеді. Қазақстандағы COVID-19 пандемиясының тәжірибесі орнықтылық орын алған дағдарысқа ден қоя білу қабілетін ғана емес, сонымен қатар алдын алу шараларына проактивті инвестицияларды, МСАК-ты, кадрлық әлеуетті және қоғамдық денсаулық сақтау инфрақұрылымын нығайтуды талап ететінін көрсетеді. Бұл ресурстарды икемді түрде қайта бөлуді және белгісіздік жағдайында түрлі секторлардың іс-қимылдарын үйлестіруді қамтамасыз ететін бейімделген басқару тетіктерін құруды да білдіреді.

Таиланд, Малайзия, Сингапур және Үндістан сияқты медициналық туризм саласындағы көшбасшы елдер мемлекеттік қолдауды, инфрақұрылымды дамытуды, халықаралық аккредиттеуді, маркетингті және визалық режимді оңайлатуды қамтитын кешенді стратегияларды әзірледі. Медициналық туризмнің оң аспектілері инвестиция легін, жұмыс орындарын құруды, технологиялар трансфертін қамтиды. Алайда белгілі бір тәуекелдер де бар: ресурстардың бөлінуіне байланысты жергілікті халық үшін қолжетімділіктегі теңсіздік, "білімдарлардың кетуі", жергілікті тұрғындар үшін медициналық көрсетілетін қызметтер құнының өсуі, жүйенің шамадан тыс мамандануы және этикалық сипаттағы мәселелер.

Қазақстан Республикасы үшін медициналық туризмді дамытудың перспективаларын қарастырған кезде әуел бастан стратегияға осындай даму жекелеген коммерциялық бағдарланған сегменттерді ғана емес, елдегі бүкіл денсаулық сақтау жүйесін нығайтуға ықпал етуді қамтамасыз ететін және Қазақстан Республикасының азаматтары үшін медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасының төмендеуіне алып келмейтін тетіктерді енгізу аса маңызды болып табылады.

Денсаулық сақтау жүйесі дамыған бірқатар елдерде сапаны басқару стратегиялық деңгейге шығарылып, институционалдық, құқықтық және клиникалық-ұйымдастырушылық құрамдастарды қамтиды. Денсаулық сақтау саласында үздік нәтижелерге қол жеткізген елдер клиникалық нәтижелер бойынша тұрақты кері байланысты, бағалаудың цифрлық құралдарын, сапа үшін қаржылық ынталандыруларды енгізді, сондай-ақ ұлттық сапа институттарын (мысалы, Ұлыбританиядағы NICE, Германиядағы IQWiG) құрды.

Денсаулық сақтауды дамытудың негізгі басымдықтары бойынша халықаралық тәжірибені талдау Қазақстан Республикасының жағдайына бейімдеуге болатын сынамаланған стратегиялар мен модельдердің кең ауқымын көрсетеді. Табысты денсаулық сақтау жүйелері профилактикалық бағдарлануды, тиімді қаржыландыруды, білікті кадрлар мен заманауи технологиялар арқылы қамтамасыз етілетін медициналық көрсетілетін қызметтердің жоғары сапасын, сондай-ақ халықтың барлық топтары үшін тең қолжетімділікті ұштастыратын кешенді тәсілмен сипатталады. Негізгі тұжырымдар деректерге негізделген стратегиялық жоспарлаудың маңыздылығы, орнықты инвестициялар, күшті мемлекеттік басқару, сектораралық өзара іс-қимыл және қоғамның өзгеріп жатқан сын-қатерлері мен қажеттіліктеріне тұрақты бейімделу қажеттігі болып табылады.

#### **4-бөлім. Денсаулық сақтау саласын дамытудың пайымы**

Денсаулық сақтау жүйесінің ағымдағы жағдайын және халықаралық тәжірибені талдау кезінде анықталған проблемалық мәселелер негізінде мыналар айқындалды: осы Тұжырымдаманы іске асыру нәтижелері қол жеткізуге ықпал ететін елдің денсаулық сақтау саласын дамытудың пайымы.

Қолжетімділік, сапа және ресурстарды ұтымды пайдалану арасындағы оңтайлы теңгерімді қамтамасыз ететін орнықты және тиімді денсаулық сақтау жүйесі, оның шеңберінде денсаулықты интеграцияланған басқару, жүйелік орнықтылық пен сын-қатерлерге бейімделу, жалпыға бірдей қамтуды, барлық азаматтар үшін сапалы медициналық көрсетілетін қызметтерге әділ қолжетімділікті қамтамасыз ететін, адамға бағдарланған интеграцияланған денсаулық сақтау қызметтері, интероперабельді жүйелер мен құрылғыларды, көлемді деректерді пайдалануға негізделген жаңа буындағы цифрлық денсаулық сақтау, нәтижелі және әділ қаржыландыру, денсаулық сақтаудың адами капиталын дамыту, инновациялық және трансляциялауға бағдарланған медицина ғылымы, инфрақұрылымды жаңарту және отандық өндірісті дамыту арқылы технологиялық жаңғырту және тұрақты өндіру қамтамасыз етіледі.

Пайымды іске асыру мынадай бағыттар бойынша жүзеге асырылады:

1) денсаулық мәдениетін қалыптастырудың бірыңғай интеграцияланған жүйесіне көшу;

2) жаңа буындағы медициналық-санитариялық алғашқы көмек;

3) адамға бағдарланған және қолжетімді медициналық көмек;

4) отбасылық әл-ауқат – жаңа стратегиялық бағдар;

5) денсаулық сақтау жүйесінің орнықтылығы мен қауіпсіздігі;

6) дербестендірілген және жоғары технологиялық медицинаны дамыту;

7) фармацевтика және медицина өнеркәсібінің технологиялық дамуы, дәрі-дәрмекпен орнықты қамтамасыз ету;

8) орнықты және тиімді денсаулық сақтаудың негізі ретінде кадрлық қамтамасыз ету жүйесін трансформациялау және ғылымды дамыту;

9) денсаулық сақтауды орнықты қаржыландырудың прогрессивті моделі.

## **5-бөлім. Бағыттар бойынша дамудың негізгі қағидаттары мен тәсілдері**

Саланы дамытудың негізгі қағидаттары:

1) өмір бойы денсаулықты сақтау және нығайту;

2) тиімді және сапалы медициналық көмекке тең және уақтылы қолжетімділікті қамтамасыз ету;

3) медициналық көмек көрсету процесіне пациенттің белсенді қатысуы және оның қажеттіліктерін ескеру;

4) денсаулық сақтау жүйесінің негізгі ресурсы ретінде адами капиталды дамыту;

5) технологиялық жаңғыртуды, медициналық және фармацевтикалық ғылымды дамытуды, жаңа білімді генерациялау мен клиникалық және ұйымдастырушылық инновацияларды енгізуді ынталандыру;

6) денсаулық сақтау жүйесінің ресурстары мен капиталын ұтымды және тиімді басқару;

7) денсаулық сақтау жүйесін басқару және қаржыландыру процестерінің ашықтығы, сондай-ақ барлық қатысушылардың есептілігі;

8) қоғамдық денсаулық сақтау және климаттың өзгеруі саласындағы дағдарыстарға дайындықты және тиімді ден қоюды қамтамасыз ету;

9) клиникалық, басқарушылық және қаржылық шешімдерді нақты деректерге сүйене отырып қабылдау.

**1-бағыт. Денсаулық мәдениетін қалыптастырудың бірыңғай интеграцияланған жүйесіне көшу:**

өмірдің барлық кезеңдерін қамти отырып, денсаулық мәдениетін қалыптастыру мен профилактиканың бірыңғай, ғылыми негізделген жүйесі шеңберінде СӨС бытыраңқы бастамаларын шоғырландыру;

денсаулық мәдениетін білім беруді, еңбекті, медианы және адамның қоршаған ортасын қоса алғанда, адамның денсаулығымен байланысты барлық сектордың саясатына интеграциялау;

халық денсаулығына мінез-құлықтық қауіп факторларының әсерін шектеу жөніндегі ғылыми негізделген бастамаларды іске асыру.

Осы бағыт бойынша дамыту адамдардың денсаулыққа және саламатты өмір салтына деген қатынасын қалыптастыратын, оны сақтау мен нығайту бойынша күнделікті іс-әрекеттерін айқындайтын, сондай-ақ денсаулықты жеке әрі қоғамдық игілік ретінде бағалау деңгейін көрсететін қоғамдағы ортақ құндылықтардың, білімнің, сенімдер мен мінез-құлық нысандарының жиынтығын – "денсаулық мәдениетін" қалыптастыруға бағытталған.

*Өмірдің барлық кезеңдерін қамти отырып, денсаулық мәдениетін қалыптастыру мен профилактиканың бірыңғай, ғылыми негізделген жүйесі шеңберінде СӨС бытыраңқы бастамаларын шоғырландыру*

Денсаулық мәдениетін қалыптастыру жөніндегі ұлттық үйлестіруші құрылады.

Денсаулық мәдениетін қалыптастырудың бірыңғай жүйесі "Саламатты шаңырақ" ұлттық ақпараттық науқанын жаппай өткізу, ИЕА-ға баса назар аудара отырып, денсаулық үшін қауіп факторларын қамту (дұрыс тамақтану мен дене белсенділігі, қантты, тұзды, зиянды өнімдерді шамадан тыс тұтыну мен белсенді емес өмір салтының зияны, суды таңдауды ынталандыру), саламатты мінез-құлықты ілгерілету үшін цифрлық платформаларды, әлеуметтік желілер мен мобильді қосымшаларды пайдалану арқылы іске асырылатын болады.

Халықпен МСАК, ЖДО, денсаулық сақтау ұйымдары, жұмыс берушілер, жергілікті және сектораралық бастамалар, блогерлер мен медиа тұлғалар арқылы атаулы коммуникация ұйымдастырылатын болады.

*Халық денсаулығы, қауіп факторлары және денсаулық сақтау қызметтерінің қолжетімділігі туралы "Ұлт денсаулығы" кешенді бірыңғай есептілік жүйесін енгізу*

Жыл сайынғы "Ұлт денсаулығы" ақпараттық-талдамалық есебі дайындалады, ол инфекциялық емес аурулар бойынша эпидемиологиялық қадағалауды; халықтың денсаулық жағдайы, сырқаттанушылық, аурулардың таралуы және аурулар жүктемесін бағалау бойынша өзекті деректерді; ИЕА негізгі қауіп факторларын қамти отырып, халықаралық танылған әдіснама (STEPS, MICS, COSI, HBSC, GATS, GYTS және т.б. сияқты) бойынша тереңдетілген зерттеулерді қамтиды.

*Денсаулық мәдениетін білім беруді, еңбекті, қоршаған ортаны қоса алғанда, адамның денсаулығымен байланысты барлық сектордың саясатына интеграциялау*

Мемлекеттік саясаттың барлық секторларында шешімдер қабылдау кезінде ДДҰ-ның "Денсаулық барлық саясатта" қағидаттарына бейілділік қамтамасыз етіледі.

Саламатты өмір салты қағидаттарын білім беру жүйесіне интеграциялау жалғастырылатын болады.

Оқу бағдарламаларына, тәрбиелік жұмыс бағдарламаларына психоэмоциялық тұрақтылықты, эмпатияны дамыту мен позитивті ойлауды қалыптастыруға бағытталған тақырыптар енгізіледі.

Нашақорлықты мониторингтеу, зерттеу және оның профилактикасы жөніндегі ахуалдық орталықты құру бойынша ұсыныстар әзірленеді.

Саламатты өмір салты қағидаттарын еңбек жүйесіне жұмыскерлердің ИЕА қауіп факторлары, дұрыс тамақтану және дене белсенділігі мәселелері, қантты, тұзды, зиянды өнімдерді шамадан тыс тұтынудың және белсенді емес өмір салтының зияны туралы ақпараттық сауатты болуын арттыру арқылы интеграциялау.

Еңбек медицинасы, гигиенасы және кәсіптік патологиялар саласындағы мақсаттарды әзірлеу және оларға қол жеткізу бойынша негізгі үйлестіруші ретінде айқындау арқылы Еңбек гигиенасы және кәсіптік аурулар ұлттық орталығының рөлі мен жауапкершілігін күшейту.

Жарақаттар профилактикасы жөніндегі шаралар іске асырылатын болады.

Азаматтардың күнделікті өмірінің алуан түрлі салаларында тұрғылықты жерін, оқу орнын, жұмыс орнын және медициналық қызмет көрсету орындарын қамтитын кешенді бастамаларды екі деңгейлі модель шеңберінде іске асыру арқылы кезең-кезеңімен енгізу қамтамасыз етіледі.

Бірінші деңгейде жергілікті деңгейде қолжетімділікке, қатысушылыққа және орнықты дамуға баса назар аудара отырып, денсаулықты нығайтуға ықпал ететін ортаны құру бойынша ерікті бастамаларды біріктіретін "Саламатты орта" ұлттық желісін құру көзделеді.

"Саламатты орта" ұлттық желісін құру бастамасын іске асыру үшін мыналар көзделген: бастаманы іске асыру үшін нормативтік құқықтық негізді қалыптастыру, бастаманың ұлттық үйлестірушісін айқындау, қызметтің алуан түрлі салаларының ерекшелігін ескере отырып, негіздемелік әдіснамалық тәсілдерді әзірлеу; құралдар мен тәсілдерді сынамау үшін ұйымдардың шектеулі санында пилоттық кезеңді өткізу;

пилот нәтижелері бойынша қатысушылар үшін өзін-өзі бағалау функционалы, үлгілік жоспарлардың, есептіліктің үлгілері және енгізуге ұсынылатын іс-шаралар тізбесі бар цифрлық құралдарды құру; ақпараттық науқан жүргізу, жобаны танымал ету және кең ауқымда қолдану.

Екінші деңгейде ДДҰ-ның "Саламатты қалалар", "Саламатты жұмыс орындары", "Денсаулықты нығайтуға ықпал ететін мектептер", "Саламатты университеттер", "Денсаулықты нығайтуға ықпал ететін ауруханалар" бастамаларына қатысу көзделген. Екінші деңгейге көшу дайындық деңгейі, қол жеткізілген нәтижелер және халықаралық стандарттарға сәйкестік негізінде жүзеге асырылады.

*Халық денсаулығына мінез-құлықтық қауіп факторларының әсерін шектеу жөніндегі ғылыми негізделген бастамаларды іске асыру*

Қоғамдық орындарда темекі бұйымдарын тұтынуды шектеу, темекі бұйымдарын тұтынудың жаңа түрлері мен құрылғыларына, ұзақ уақыт тұтынған кезде әсері жеткіліксіз зерттелген өнімдерге қатысты; тамақ өнімдеріндегі тұз мөлшері бойынша; бұқаралық ақпарат құралдарында (бұдан әрі – БАҚ), әлеуметтік желілерде тұз, қант, қаныққан майлар мөлшері жоғары, құрамында трансмайлар бар өнімдердің жарнамасын шектеу бөлігінде шараларды күшейту мақсатында ұсыныстар әзірлеу және нормативтік құқықтық базаны жетілдіру.

Қоректік заттардың ұлттық бейінін, "Пайдалы таңдау" ерікті таңбаланымын енгізу үшін әдістемелік ұсынымдарды бекіту арқылы дұрыс тамақтанудың қолжетімділігін арттыру жөніндегі сектораралық және заңнамалық бастамаларды іске асыру.

Құрамында қант бар сусындарға акцизді кезең-кезеңімен енгізу.

Энергетикалық сусындарды сатуға қатысты шектеулерді сақтамағаны үшін әкімшілік жауапкершілік енгізу бойынша шараларды әзірлеу.

Халықтың, әсіресе балалар мен жастардың психикалық денсаулығына цифрлық ортаның теріс әсерін анықтау, профилактикасы және төмендету жөніндегі шараларды тұжырымдау.

## **2-бағыт. Жаңа буындағы медициналық-санитариялық алғашқы көмек**

МСАК-тың профилактикалық бағытталуын және диагностикалық әлеуетін күшейту ;

үйлестіру жүйесі және үздік практикалар орталықтары арқылы тиімді модельдерді кеңінен енгізу;

пациенттерді бағдарлауда және қызметтер көрсетуде МСАК-тың үйлестіруші рөлін күшейту;

МСАК-тың сапасын, қолжетімділігін және құндылыққа бағдарлануын арттыру.

*МСАК-тың профилактикалық бағытталуын және диагностикалық әлеуетін күшейту*

Аурулардың профилактикасы мен ерте диагностикасы мәселелерінде МСАК-ты нығайту: МСАК мамандарын денсаулық мәдениетін қалыптастыру, профилактика, мінез-құлықты тұрақты өзгерту және иммундау мәселелері бойынша ынталандырушы

консультация беру әдістеріне оқыту; МСАК дәрігерлерін онкологиялық ауруларды, қант диабетін ерте анықтау алгоритмдеріне оқыту және дағдыларын дамыту; профилактика шараларын, өзін-өзі бақылау дағдыларына оқытуды қамтитын, диабеталды жағдайдағы пациенттерді қадағалап-қарау; МСАК деңгейінде және стационарларда денсаулық мектептерінің жұмысын әдістемелік сүйемелдеу және медицина қызметкерлерінің біліктілігін арттыру арқылы күшейту көзделеді.

МСАК деңгейінде "жоспарланған профилактикалық қабылдау" көрсетілетін қызметін іске асыру.

Халықты скринингтерді есепке алу және мониторингтеу бойынша цифрлық құралдарды әзірлеу арқылы нысаналы топтар арасында профилактикалық медициналық қарап-тексерулермен және скринингтік зерттеулермен қамтуды кеңейту, скринингтік зерттеулерді жергілікті жерлерде жүргізуге арналған жабдықталған жылжымалы медициналық кешендер қызметтерімен халықты қамтуды ұлғайту арқылы жалғастырылатын болады.

Скринингтердің клиникалық-экономикалық тиімділігін қарастыру.

*Үйлестіру жүйесі және үздік практикалар орталықтары арқылы тиімді модельдерді кең ауқымда қолдану*

Қазақстанның МСАК жөніндегі коалиция хатшылығындағы көшбасшылығы кезінде тиімді модельдер мен үздік практикаларды тарату мақсатында коалиция алаңындағы ДДҰ елдерін біріктіру.

*Пациенттерді бағдарлауда және қызметтер көрсетуде МСАК-тың үйлестіруші рөлін күшейту*

МСАК тарапынан медициналық көмекті үйлестіру және бағдарлау үшін цифрлық құралдарды дамыту, оның ішінде:

созылмалы аурулары бар пациенттерді қоса алғанда, емдеуді және оңалтуды бірыңғай медициналық деректерді сақтау орны арқылы қадағалау;

егде жастағы адамдарға, мүмкіндігі шектеулі адамдарға және басқа да осал топтарға арналған бейімделген бағдарларды әзірлеу.

*МСАК-тың сапасын, қолжетімділігін және құндылықтық бағдарлануын арттыру*

Барлық халық топтары үшін адамға бағдарланған алғашқы көмекті дамыту үшін дәрігердің білікті еңбек өнімділігін арттыруға ықпал ететін жалпы практика дәрігерінің ассистенті сияқты жаңа ұстанымдарды енгізудің орындылығы қаралатын болады.

АББ-да пациенттерді қамтуды және АББ-дағы аурулар тізбесін ұлғайту көзделеді.

Әрбір өңірдегі үздік практикалар орталықтарын дамыту және медициналық көмек көрсетудің тиімді, орнықты және адамға бағдарланған модельдерін кеңейту негізінде МСАК-ты трансформациялау.

**3-бағыт. Адамға бағдарланған және қолжетімді медициналық көмек**

қолжетімділіктің географиялық және әлеуметтік кедергілерін жою;

адамның мұқтажына негізделген интеграцияланған күтімге көшу;

денсаулық сақтау жүйесінде сенім мен құрметке негізделген қарым-қатынас мәдениетін дамыту.

### *Қолжетімділіктің географиялық және әлеуметтік кедергілерін жою*

Медициналық ұйымдарда референс-орталықтардың және мамандандырылған медициналық көмек бөлімшелерінің желісін ұлғайту арқылы мультипәндік тәсілді кең ауқымда қолдану.

Қатерлі ісіктер кезінде "жасыл дәліз" мерзімдерінің бұзылуына автоматтандырылған бақылауды енгізу және пациентті қолдау қызметтері мен сапа мониторингі органдарын хабардар ету.

Жедел медициналық жәрдем қызметін уақыттың автоматтандырылған өтпелі индикаторларын енгізу және жекелеген аурулар, жай-күйлер мен жарақаттар кезінде пациенттерді бейінді бөлімшелерге тікелей бағдарлау практикасын кеңейту жолымен жетілдіру.

Егде адамдардың функционалдық қабілеттерін сақтауды қамтамасыз етуге бағытталған көмектің қолжетімділігін арттыру бойынша шараларды тұжырымдау.

### *Адамның мұқтажына негізделген интеграцияланған күтімге көшу*

АИТВ инфекциясының шоғырланған сатысында таралуын тежеуге бағытталған профилактикалық іс-шаралар жалғасатын болады.

2030 жылға дейінгі Жаһандық стратегияның 95-95-95 мақсатына қол жеткізу.

АИТВ кезінде медициналық көмек ретровирусқа қарсы терапияны (бұдан әрі – РҚТ) тағайындау кезінде генотиптік резистенттілік пен HLA В\*5701 аллелінің болуын ескере отырып, дербестендірілген тәсілді енгізуге, АИТВ жағдайларын электрондық қадағалау негізінде РҚТ-ға қажеттілікті автоматты түрде жоспарлауға, ана мен баланың денсаулығын сақтау құрылымына АИТВ сервистерін интеграциялау арқылы АИТВ-ның анадан балаға берілуінің тиімді профилактикасын қамтамасыз етуге, жүкті әйелдерді АИТВ-ға 100 % тестілеумен қамтуға, терапияны дереу бастауға және жаңа туған нәрестелерге молекулалық диагностика жүргізуге, балаларға арналған қоспалар беруге және вирустық супрессия болмаған жағдайда емшек сүтімен қоректендіруді болдырмауға бағытталатын болады.

Қылмыстық-атқару жүйесі мекемелерінде (бұдан әрі – ҚАЖМ) ұсталатын адамдарға қылмыстық-атқару жүйесі мекемелерінің жанынан тәулік бойы стационарлар/төсек-орындар ашу, ҚАЖМ-да ұсталатын адамдарды сотталғандармен жұмыс істеудің ең төменгі стандарттары мен қағидаларына сәйкес психологиялық және шұғыл стоматологиялық көмекпен қамтамасыз ету, ҚАЖМ-да ұсталатын адамдар бойынша медициналық деректерді цифрландыру арқылы медициналық көмекті жетілдіру мәселесін пысықтау.

Азаматтарға арналған оңалту қызметтері медициналық көмек көрсетудің барлық деңгейінде оңалту әлеуетін іске асыруға бағдарланады және медициналық оңалту қызметін цифрландыру бойынша құралдарды енгізу мәселелері пысықталады.

Орфандық аурулары бар пациенттерге медициналық көмекті қамтамасыз етуге арналған іс-шаралар жалғасатын болады.

Елімізде медициналық туризмді дамыту үшін ғылыми-зерттеу институттарында (бұдан әрі – ҒЗИ), ғылыми орталықтарда (бұдан әрі – ҒО) медициналық туризм бөлімшелерін ашу және Қазақстанның денсаулық сақтау саласының брендін халықаралық алаңдарда ілгерілету көзделуде.

Санаторийлік-курорттық саланы дамыту.

Шалғай және жетуі қиын өңірлерде медициналық көмектің қолжетімділігін арттыру үшін жылжымалы стационарларды пайдалану мүмкіндігін пысықтау.

*Денсаулық сақтау жүйесіне деген сенімді арттыру – ашықтық, есептілік және пациенттердің құқықтарын қорғау*

Медициналық көмек сапасын қалыптастыру, мониторингтеу және бағалау жөніндегі әдіснамалық тәсілдерді жетілдіруді қамтамасыз ету, "сапа сарапшылары" кәсіби қоғамдастығын, медициналық көмекті сараптаудың, процестер аудитінің білім базасын үйлестіру мен дамыту, және тәжірибе алмасу мақсатында медициналық көмек сапасы жөніндегі ұлттық институтты құру мәселесі қаралатын болады.

Тәуекелдер мен оқыс оқиғаларды ішкі басқаруды енгізуді, қауіп-қатерлерді анықтауды, бола жаздаған дағдарыстың, оқиғалардың алдын алуға және жекелеген адамдарды жазалауға емес, жүйелік себептерді анықтауға негізделген оқыту ортасын қалыптастыруды қоса алғанда, барлық денсаулық сақтау ұйымдарында бақылау-қадағалау моделінен ("ауытқулар үшін жазалау") жүйелік жақсарту моделіне кезең-кезеңімен көшу, процестерді түзетуге, пациенттерді және өнім берушілерді тартуға, ішкі сараптама қызметтерінің тиімді жұмыс істеуіне және сапаны үздіксіз арттыру мәдениетіне көшу, "жазаламау" мәдениетін дамыту құралы ретінде қолдаушы жетекшілік тетіктерін күшейту болжануда.

Сапа мен әкімшілік рәсімдер мәселелерін нормативтік реттеуді дамытуға баса назар аударылады: медицина қызметкерлері үшін қауіпсіз еңбек жағдайларын жасау, медициналық қателіктердің, немқұрайлылықтың және қасақана бұзушылықтардың аражігін құқықтық жағынан ажырату, қателіктердің жүйелік себептерін талқылау және жою бойынша сенімді ортаның құқықтық негіздерін құру.

Пациенттер мен олардың өкілдерін көмектің сапасы мен қауіпсіздігін бағалау процесіне тарту тетігі: тұрақты сауалнамалар жүргізу, оның ішінде кері байланыс құралдары арқылы, пациенттердің консультациялық кеңестер жұмысына қатысуы, пациенттер мен олардың отбасы мүшелерінің медициналық көрсетілетін қызметтердің қауіпсіздігі мәселелері бойынша хабардар болуын арттыру және оқыту, сервисті жақсарту жұмысына тарту арқылы қалыптастырылатын болады.

Сапаны басқару жүйесін дамыту медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігі индикаторларын мониторингтеудің ұлттық жүйесін құру, деректерді пайдалану және стратегиялық шешімдерді денсаулық сақтау ұйымдары, өңірлер және ел деңгейінде

қабылдау, сапа жөніндегі сарапшылардың талдамалық әлеуетін арттыру, өңірлерде сапа бойынша сарапшы-аналитиктерді оқыту және даярлау арқылы жүйелік ауытқуларды ерте анықтау және жүйелік тәуекелдерді бағалау тетіктерін күшейтуге бағдарланатын болады.

Пациенттерді қолдау қызметінің (бұдан әрі – ПҚҚ) пациентке бағдарлануын қамтамасыз ету және медициналық ұйымдарда ішкі сапаны сараптау функцияларымен қоса атқару кезінде мүдделер қақтығысын болдырмау үшін медициналық ұйымдарда екі дербес құрылымдық бөлімшеге бөлу көзделуде: жеке штаты мен функционалы бар пациенттерді қолдау бөлімшесі (қызметі) және ішкі сараптама бөлімшесі (қызметі) (бұдан әрі – ІСК), екі бөлімшені (ПҚҚ және ІСК) атқарушы басшылыққа бағынудан шығарып, медициналық ұйымның басқару органының қарамағына беру, ақы төлеу және сыйлықақы төлеу шарттарында көрсете отырып, ПҚҚ мен ІСК бөлімшелерінің басшылары мен қызметкерлерінің өкілеттіктері мен жауапкершіліктерін кеңейту, жұмыс істеп тұрған 1414 бірыңғай байланыс орталығына қосымша ретінде медициналық ұйымдардың ПҚҚ бірыңғай сенім телефондарының желісін құру, бұл азаматтарға медициналық ұйым деңгейінде шешілетін мәселелер бойынша ПҚҚ өкілдеріне нақты қолжетімділікті қамтамасыз етеді.

Денсаулық сақтаудың мамандандырылған бағыттарын аккредиттеумен қамтуды кеңейту және пациент тұрғысынан сапаны қабылдауды ескере отырып, медициналық ұйымдарды аккредиттеу әдіснамасын жетілдіру арқылы аккредиттеу стандарттарын өзектілендіру, ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде өнім берушілер үшін міндетті аккредиттеуді енгізу, медициналық ұйымдарды аккредиттейтін ұйымдардың қызметіне мониторинг жүргізу.

Пациенттердің қауіпсіздігін арттырудың негізгі элементі ретінде медицина қызметкерлерінің кәсіптік жауапкершілігін сақтандыру институтын орнықты енгізуді қамтамасыз ету жоспарлануда.

Денсаулық сақтау субъектілерінің міндетті жарналары есебінен қалыптастырылатын сақтандыру пулы қаражаты есебінен өздері көрсеткен қызметтерге ақы төлей отырып, сарапшылар мен мамандарды тарту тәсілдерін қоса алғанда, нормативтік құқықтық базаны өзектілендіруге бастама жасалады, бұл институттың толыққанды жұмыс істеуін қамтамасыз етуге бағытталған.

Медициналық ұйымдарда госпитальдық сервисті жетілдіру.

#### **4-бағыт. Отбасылық саламаттылық – жаңа стратегиялық бағдар:**

дені сау отбасын қалыптастыру мен дамытуға кешенді қолдау көрсету;

әрбір баланың дені сау және саламатты балалық шаққа құқығын қамтамасыз ету;

балалар мен жасөспірімдердің үйлесімді, дені сау және қорғалған дамуына ықпал ететін қолдаушы ортаны құру.

*Дені сау отбасын қалыптастыру мен дамытуға кешенді қолдау көрсету*

Отбасы денсаулығы мен репродуктивтік саламаттылықты қорғауда үздік халықаралық тәсілдерді енгізу үшін Біріккен Ұлттар Ұйымының Халықты қоныстандыру қорымен (UNPFA), Біріккен Ұлттар Ұйымының Балалар қорымен (UNICEF), ДДҰ-мен және басқа да ұйымдармен әріптестік жалғасатын болады.

Дені сау баланың дүниеге келуіне отбасының жауапкершілігін арттыру мақсатында отбасын жоспарлау, анық ақпаратқа қолжетімділікті және контрацепцияға қауіпсіз қолжетімділікті арттыру бойынша жұмыс жетілдірілетін болады.

Медициналық көрсетілетін қызметтерді цифрландыру бойынша жұмыстың шеңберінде жүкті әйелдердің алмасу картасын электрондық форматқа көшіру бойынша "Жүкті әйелдің денсаулық паспорты" жобасы іске асырылады.

Жүкті және босанған әйелдерге медициналық көмектің қолжетімділігін жақсарту, МСАК деңгейінде қауіпсіздікті қамтамасыз ету мақсатында жеке тіркеу орны, емшаралар кабинеті және бейінді қабылдау бөлмелері бар әйелдер консультациялары ұйымдастырылады, онда жүкті әйелдер үшін жеке терапевттер мен психологтар айқындалады.

Босанғаннан кейінгі кезеңде әйелдердің ментальді денсаулығын сақтау және депрессияның профилактикасы мақсатында босандыру ұйымдарындағы психологтардың жұмысын психоэмоциялық саламаттылықты қамтамасыз ету бойынша проактивті шараларға баса назар аудара отырып күшейту қажет.

Босандыру ұйымдарында әлеуметтік тәуекелдерді уақтылы бағалау, жаңа туған нәрестелерден бас тартудың профилактикасы, оның ішінде ауруы бар немесе мүмкіндіктері шектеулі бала дүниеге келген жағдайда, мемлекеттік қолдау шаралары мен қолжетімді әлеуметтік көрсетілетін қызметтерді түсіндіре отырып, әлеуметтік қызметкерлердің консультациялары ұйымдастырылатын болады.

Болашақ ата-аналардың денсаулығын нығайту және дені сау баланың дүниеге келуін қамтамасыз ету мақсатында жүктілік алдындағы дайындықпен және байқаумен қамтуды кеңейту бойынша кең ауқымды шаралар іске асырылады.

Жеке тәуекелдерді және медициналық инфрақұрылымның қолжетімділігін ескере отырып, жүкті әйелдің бағдарын проактивті айқындау.

Географиялық жағынан қашық орналасқан шалғай аудандардағы жүкті әйелдердің медициналық көмекке қол жеткізуіндегі кедергілерді жою үшін логистикалық тосқауылдарға талдау жүргізіледі.

Шалғай ауылдық жерлерден келген, жоғары қауіп тобына жататын жүкті әйелдерге босануға дейін мамандандырылған медициналық көмек көрсетуді және уақытша болу жағдайларын қамтамасыз ету мақсатында облыстық перинаталдық орталықтардың аумағында жергілікті бюджет есебінен "Дені сау ана" уақытша болу орындарын салу мәселесі пысықталатын болады.

Акушерлік тәуекелдерді төмендету шараларын іске асыру арқылы босану қауіпсіздігін арттыру және акушерлік тәуекелдерді азайту.

Облыстық перинаталдық орталықтарды реновациялау шеңберінде босандыру бойынша озық тәжірибенің өңірлік орталықтарын дамыту жалғасады, оның құрамына практикаға бағдарланған оқыту және мамандарға арналған тренингтік алаңдар кіреді.

Пренаталдық скринингтің заманауи, қауіпсіз және экономикалық тұрғыдан тиімді технологияларын қолдану аясын кеңейту.

"Босандыру ұйымдарында инфекцияға жол жоқ" бағдарламасын одан әрі іске асыру

Босандыру қызметінің ағымдағы жай-күйі мен оның негізгі көрсеткіштерін аумақтық бірлік деңгейінде нақты уақыт режимінде жедел мониторингтеу мақсатында босандыру ұйымдарында ахуалдық орталықтарды ұйымдастыру мәселесі пысықталатын болады.

Ахуалдық орталық әзірлеген индикаторларды пайдаланумен жүктілік, босану және босанудан кейінгі кезеңде әйелдерге көмек көрсетуді жақсартуға, сондай-ақ перинаталдық нәтижелерді жақсартуға бағытталған басқарушылық шешімдерді уақтылы қабылдау мүмкіндігі жақсарады.

Сондай-ақ Ахуалдық орталықта инфекциялық бақылау индикаторларын мониторингтеудің цифрлық құралдарын пайдалана отырып, босандыру ұйымдарында ауруханаішілік инфекциялардың туындау қаупін уақтылы анықтау мүмкіндігі қамтамасыз етіледі.

Медициналық көмек көрсетуге байланысты инфекциялардың алдын алу шараларын мультимодальды тәсіл негізінде іске асыру.

Ерлердің денсаулығын нығайту жөніндегі шараларды әзірлеу.

*Әрбір баланың дені сау және саламатты балалық шаққа құқығын қамтамасыз ету*

Босандыру ұйымдарының жаңа туған балаларға арналған қарқынды терапиясы бөлімшелерін 1 мейіргер – 1 пациент арақатынасына дейін кезең-кезеңімен жеткізе отырып, орта медицина қызметкерлерімен жасақтау.

Өңірлік босандыру ұйымдарында жаңа туған балаларға операциялық араласу жүргізу үшін неонаталдық хирургия төсек-орындарын ашу.

Қауіптерді ерте анықтауға, отбасыларды қолдауға және ведомствоаралық өзара іс-қимылға баса назар аудару отырып, баланы туғанынан бастап үздіксіз алып жүруді жетілдіру.

Балаларға амбулаториялық, стационарлық және стационарды алмастыратын жағдайларда, оның ішінде медициналық оңалтудың жаңа әдістерін енгізу және олардың ұлттық ғылыми орталықтардан өңірлерге трансферті арқылы медициналық оңалтудың қолжетімділігін арттыру.

*Балалар мен жасөспірімдердің үйлесімді, дені сау және қорғалған дамуына ықпал ететін қолдаушы ортаны құру.*

Мектепке дейінгі білім беру ұйымдарындағы балаларға медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту.

"Саламатты мектеп" республикалық акциясын (2026 – 2028 жылдарға арналған) өткізу.

Жасөспірімдердің бойында тұрақты саламатты мінез-құлық нысандарын қалыптастыру және психологиялық және әлеуметтік көмектің қолжетімділігін қамтамасыз ету.

### **5-бағыт. Денсаулық сақтау жүйесінің орнықтылығы мен қауіпсіздігі**

санитариялық-эпидемиологиялық бақылау мен қадағалаудың заманауи деңгейдегі проактивті, цифрлық және тәуекелге бағдарланған жүйесіне көшу;

эпидемиялар, төтенше жағдайлар мен климаттың өзгеруі жағдайында медициналық көмектің үздіксіз болуын және халық денсаулығын сақтауды қамтамасыз ететін орнықты ден қою архитектурасын құру.

*Санитариялық-эпидемиологиялық бақылау мен қадағалаудың заманауи деңгейдегі проактивті, цифрлық және тәуекелге бағдарланған жүйесіне көшу*

Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы бақылау қызметі шеңберінде тәуекелге бағдарланған бақылау тетіктерін жетілдіру.

Тәуекелдерді басқарудың тиімділігін арттыру, қауіп-қатерді жедел анықтау және оқшаулау, деректерді өңдеу мен шешімдер қабылдауға жұмсалатын уақытты қысқарту үшін мыналарға ерекше назар аударылады:

Микробқа қарсы терапияны бақылау стратегиясына сәйкес (бұдан әрі – МТБС) медициналық ұйымдарда микробқа қарсы препараттардың пайдаланылуын бақылауды енгізуді қоса алғанда, антибиотиктерге резистенттілікке жүйелі қарсы күрес;

ҚДСҰО референс-зертханасы базасында инфекциялық аурулар қоздырғыштары (қызылша, тұмау, SARS-CoV-2, энтеровирустық инфекция, Конго-қырым геморрагиялық қызбасы, метапневмовирустар, көкжөтел, сальмонеллездік инфекциялар, бруцеллез, МҚТ шеңберінде және т.б.) бойынша геномдық зерттеулерді жетілдіру;

эпидемияларды ерте алдын алу үшін патогендер мен төзімділік гендерінің клиникалық жағдайлар пайда болғанға дейін айналымын бақылауға мүмкіндік беретін сарқынды суларды эпидемиологиялық зерттеулер жүргізу үшін нормативтік құқықтық база мен цифрлық платформаны жасау;

шекара маңындағы аумақтарды қоса алғанда, клиникалық, эпидемиологиялық және зертханалық деректерді біріктіру үшін зертханалық инфрақұрылымды және цифрлық платформаларды жаңғырта отырып, инфекциялық ауруларды эпидемиологиялық қадағалаудың интеграцияланған жүйелерін дамыту;

денсаулық үшін тәуекелдерді бағалау әдістері мен ден қою жүйесін жетілдіру үшін халықаралық ұйымдармен ынтымақтастық орнату.

Санитариялық-эпидемиологиялық қызметті цифрлық трансформациялау медициналық ұйымдардың медициналық ақпараттық жүйелерге енгізген деректерге сәйкес жүргізілген профилактикалық екпелер мен вакциналардың қозғалысы туралы электрондық есептілік деректерін қалыптастыруға; Қазақстан Республикасында

вакциналарды, иммунобиологиялық препараттар мен дәрілік заттарды сақтау және тасымалдау бойынша суық тізбекті мониторингтеу жүйесін автоматтандыруға; қауіп-қатерлерді ерте анықтау үшін ЖИ және талдамалық платформаларды қолдануға; қауіп факторларын мониторингтеу үшін географиялық ақпараттық жүйелер технологияларын және мобильді шешімдерді пайдалануға; бақылау субъектілері жүзеге асыратын өндірістік бақылау нәтижелерін есепке алуға, бақылаудағы өнімдер жарнамасын мониторингтеу үшін цифрлық шешімдерді қолдануға бағытталатын болады.

Иммундық профилактикаға эпидемиологиялық қадағалауды күшейту. Қазақстан Республикасының ұлттық профилактикалық екепелер күнтізбесін жетілдіру: 11 жастағы ұл балаларға АПВ-ға қарсы вакцинация жасауды енгізу; 16 жастағы жасөспірімдерді және жүкті әйелдерді қоса отырып, көкжөтелге қарсы вакцинация жасауға жататын халықтың нысаналы тобын кеңейту.

Кепілдік берілген сападағы вакциналармен қамтамасыз ету үшін вакциналарды сатып алуды болжау, жоспарлау және бюджеттеу әлеуетін арттыру. Вакциналардың тапшылығы туралы барлық хабарламаларды қадағалап отыру және тіркеу, тәуекелдерді азайту бойынша уақтылы шаралар қабылдау. Вакциналарды сақтау қоймалары бойынша тұрақты түгендеу бағалауын және алшақтықтарға талдау жүргізу.

Биологиялық қауіпсіздікті қамтамасыз ету саласындағы ақпараттық жүйені енгізу.

Цифрлық және тәуекелге бағдарланған мониторингті қамтамасыз ету үшін нормативтік база қамтамасыз етіледі, оның ішінде:

трансшекаралық өзара іс-қимылда санитариялық бақылау шараларының құқықтық үйлесімділігі мен өзара танылуын қамтамасыз ету мақсатында ДДҰ-ның, ECDC-тің және басқа да беделді ұйымдардың ұсынымдарымен үйлестіру;

жаңа және үдеп бара жатқан санитариялық-эпидемиологиялық тәуекелдерді – дәрілік заттар мен биологиялық белсенді қоспалардың, электрондық және уытты қалдықтары, нано- және биоматериалдары бар технологиялардың электрондық саудасын қамту.

Қазақстан Республикасында микробқа қарсы препараттарға тұрақтылықты тежеу жөніндегі жол картасын іске асыру мақсатында эпидемиологиялық ақпаратты жинау және бактерия өсірінділерінің антибиотиктерге сезімталдығын тестілеу нәтижелері арқылы эпидемиологиялық шолып қадағалауды енгізу жалғасады.

Басым бағыттар бойынша қолданбалы зерттеулер жүргізу жөнінде ұсыныстар дайындау және енгізу: ұйымдасқан ұжымдардағы (мектептер, балабақшалар, егде адамдарға арналған мекемелер) гигиена; қоршаған орта мен ауызсу сапасының жай-күйін бағалау; қоршаған орта факторларының балалар мен жасөспірімдердің денсаулығына әсері; радиациялық қауіпсіздік және иондаушы сәулелену әсерінің

профилактикасы; БҰҰ-ның Азық-түлік және ауыл шаруашылығы ұйымының (Food and Agriculture Organization) ұсынымдарына сәйкес тамақ өнімдеріндегі пестицидтердің балаларда аутизмнің дамуына әсері.

Техникалық регламенттердің көрсеткіштері санының ұлғаюы ЕАЭО техникалық регламенттері талаптарының сақталуына бақылауды кеңейтуді қамтамасыз етеді.

*Эпидемиялар, төтенше жағдайлар мен климаттың өзгеруі жағдайында медициналық көмектің үздіксіз болуын және халық денсаулығын сақтауды қамтамасыз ететін орнықты ден қою архитектурасын құру*

Денсаулық сақтау саласындағы төтенше жағдайлар мен пандемияларға дайындық пен орнықтылық деңгейін арттыру мақсатында:

дайындықты бағалауды және ведомствоаралық симуляциялық оқу-жаттығуларды тұрақты өткізу, кейіннен іс-қимылдарды талдау мен дайындықтың сценарийлік жоспарларын, орнықтылықты арттыру жоспарларын, ден қою жоспарларын және қалпына келтіру жоспарларын өзектілендіру;

қайталанатын тәуекелдерді төмендету тетіктерін іске асыру;

тәуекел-коммуникациялар мәселелері бойынша тиімді жүйе құру;

төтенше жағдайларды (бұдан әрі – ТЖ) жою жөніндегі іс-қимыл жоспарларын " Біртұтас денсаулық" қағидаты бойынша сектораралық өзара іс-қимылды және жауапкершілік аймақтарын бөлуді енгізе отырып кеңейту, оның ішінде ТЖ кезінде ветеринария, ауыл шаруашылығы, экология және денсаулық мәселелеріне қатысы бар өзге де секторлармен өзара іс-қимыл жасау.

Қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы төтенше жағдайларға дайындық және ден қоюды қамтамасыз ету жөніндегі 2026 – 2029 жылдарға арналған жоспарды әзірлеу және бекіту.

Қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы төтенше жағдайларға дайындық және ден қоюды қамтамасыз ету жөніндегі 2026 – 2029 жылдарға арналған облыстық жоспарларды әзірлеу және бекіту.

Оның ішінде мынадай мәселелер пысықталатын болады:

ТЖ кезінде зардап шеккендерге медициналық көмек көрсету және халықтың қазіргі қажеттіліктерін, оның ішінде ерекше және кезек күттірмейтін медициналық қажеттіліктері бар халық топтарын үздіксіз қамтамасыз ету үшін ДЗ мен ММБ резервтерін нормалау стандарттарын, репродуктивтік денсаулықты сақтау бойынша бастапқы көрсетілетін қызметтердің ең төменгі кешенін ескере отырып жетілдіру;

ТЖ салдарынан зардап шеккендерге медициналық көмек көрсету үшін зақымдану аймағындағы медициналық және қосалқы персоналды жұмылдырудың икемді тәртібін бекіту;

ахуалдық орталықтар мен кадрлық құрамның дайындық деңгейін далалық жағдайда тренингтер мен оқу-жаттығулар өткізу, ерте құлақтандырудың, мониторингтеудің және

ден қоюдың цифрлық шешімдерімен жұмыс істеу дағдыларын қалыптастыру арқылы арттыру.

Биологиялық қауіпсіздік пен биологиялық қорғануды қамтамасыз ету мақсатында:  
патогендерді қауіпсіз сақтау, тасымалдау және кәдеге жарату стандарттарын жетілдіру;

биологиялық материалдармен жұмыс істеуді бақылауды күшейту және персоналды даярлау;

халықаралық серіктестермен трансшекаралық ақпарат алмасу арналарын қолдау бойынша жұмыс жалғасады.

### **6-бағыт. Дербестендірілген және жоғары технологиялық медицинаны дамыту**

дербестендірілген және жоғары технологиялық медицинаның цифрлық инфрақұрылымын қалыптастыру;

пациенттердің цифрлық қатысушылығын және өзіндік менеджментін арттыру;

медициналық көмектің дәлдігін, тиімділігін және қауіпсіздігін арттыру мақсатында ЖИ мен предиктивті талдауды қолдануды кеңейту;

*Дербестендірілген және жоғары технологиялық медицинаның цифрлық инфрақұрылымын қалыптастыру*

Цифрлық медициналық деректерді пайдалануға негізделген дербестендірілген медицинаны онкологиялық, кардиологиялық және сирек кездесетін ауруларға жеке бейімділікті анықтау үшін генетикалық тестілеуді қолдануды кеңейту, жанама әсерлердің ең төмен тәуекелдері бар терапияны таңдау; геномдық медицинаны одан әрі дамыту үшін ұлттық геномдық деректер банкіні қалыптастыру мәселесін пысықтау; емдеудің тиімділігін модельдеуге және тестілеуге мүмкіндік беретін пациенттің цифрлық сыңары функционалын кезең-кезеңімен іске асыру арқылы енгізу.

Роботтандырылған ассистенттелген хирургияны дамыту және медициналық практикада робототехниканы қолдану.

Жаңа цифрлық технологиялармен үйлесімді болу, деректердің сәйкес болуы, денсаулықтың генетикалық және цифрлық аспектілерін есепке алу үшін Аурулардың халықаралық жіктемесінің 11-ші қайта қаралымына (бұдан әрі – АХЖ-11) көшу.

ДДҰ ұсынымдарына сәйкес нақты АХЖ-11 кодын және өлімге алып келген барлық факторларды көрсете отырып, өлім себептерін статистикалық есепке алуға көшу.

*Медициналық көмектің дәлдігін, тиімділігін және қауіпсіздігін арттыру мақсатында ЖИ мен предиктивті талдауды қолдануды кеңейту*

Мониторинг пен талдаудың цифрлық экожүйесін дамыту мына жүйелерді әзірлеуге, енгізуге және олармен қамтуды кеңейтуге бағдарланатын болады:

клиникалық хаттамалар ұсынымдарынан ауытқуларды автоматты түрде анықтауға арналған цифрлық аудит және бақылау;

қорғалған өзгермейтін тізілімде көмек көрсетудің барлық кезеңі бойында медициналық қателіктер мен оқыс оқиғаларды тіркеу (блокчейн технологиясы);

клиникалық нәтижелер көрсеткіштерінің сапасын және пациенттердің қанағаттанушылығын болжаудың предиктивті талдамасы;

күту уақыты, асқыну жиілігі, қанағаттанушылық және басқа да параметрлер бойынша медициналық ұйымдарды автоматты түрде саралау;

басқарушылық шешімдерді барлық деңгейде қолдау үшін орталықтандырылған есептілікті жасау.

Клиникалық шешімдерді, оның ішінде клиникалық кеңес беру жүйелерін (ЖИ-ассистент) және МАЖ-ға кіріктірілген тәуекел индикаторларын қолдауға бағытталған, МАЖ-ға арналған орталықтандырылған сервистер арқылы сапаның интеграцияланған құралдарын енгізу, электрондық медициналық жазбаларды электрондық аудит және бақылау жүйесімен интеграциялау; қорытындылардың дәлдігін тексеру үшін медициналық бейнелер мен зертханалық-аспаптық деректер нәтижелерін қайта интеграциялау үшін ЖИ қолдану (екінші оқылым); цифрландырылған клиникалық хаттамаларды МАЖ-ға интеграциялау; ЖИ-ге негізделген құралдарды қоса алғанда, цифрлық технологиялар мен шешімдердің қауіпсіздігін, клиникалық және экономикалық тиімділігін бағалау және қамтамасыз ету тетіктерін іске асыру.

*Пациенттің цифрлық қатысушылығын және өзіндік менеджментін арттыру*

eGov платформасындағы eDensaulыq модулінің, МАЖ мобильдік қосымшаларының функционалын кеңейту арқылы халықтың нақты нозологияларға бейімделген өз зерттеулерінің нәтижелеріне, тағайындауларына ыңғайлы қолжетімділігін қамтамасыз ету және шешімдер қабылдауға (өзіндік менеджмент) қатысуы.

Созылмалы аурулардың өзіндік менеджментіне арналған портативті медициналық құрылғыларды және қосымшаларды қамтитын медициналық ақпараттық жүйелердің үйлесімділігін дамыту мәселесін пысықтау.

**7-бағыт. Фармацевтика және медицина өнеркәсібінің технологиялық дамуы, дәрі-дәрмекпен орнықты қамтамасыз ету**

Қазақстанның фармацевтика және медицина өнеркәсібінің әлеуетін арттыру, өндірісті жергілікті орналастыруды ынталандыру, біртұтас фармацевтикалық саясатты әзірлеу;

денсаулық сақтау саласында ресурстарды үнемдейтін технологияларды дамыту және енгізу;

дәрілік қамтамасыз етуді жетілдіру және дәрілік заттарды ұтымды пайдалану.

*Қазақстанның фармацевтика және медицина өнеркәсібінің әлеуетін арттыру, өндірісті жергілікті орналастыруды ынталандыру*

Қазақстандық өндірушілердің өнімі үлесінің орнықты өсуі үшін:

Астана, Ақтөбе және Шымкент қалаларындағы фармацевтика және медицина өнеркәсібінің өңірлік кластерлерінің қызметін жетілдіру;

өнеркәсіптік кәсіпорындар үшін зерттеулер жүргізу және кадрларды даярлау мақсатында денсаулық сақтау саласындағы ғылыми ұйымдармен өзара іс-қимылды күшейту;

қазақстандық өндірушілер шығаратын, оның ішінде жүрек-тамыр, онкологиялық, аутоиммундық және диабет ауруларын емдеуге арналған инновациялық фармацевтикалық өнімдер тізбесін кеңейту;

фармацевтика өнеркәсібіне, оның ішінде қазақстандық өндірушілер өнімдері үлесінің орнықты өсуі үшін инвестициялар және инвестициялық келісімшарттар туралы келісімдер тетіктерін пайдалана отырып, инвестициялар тарту арқылы жағдайлар жасау.

Технологиялар трансфертін және өндірісті жергілікті орналастыруды қамтамасыз ету мақсатында Big Pharma – Top 50 әлемдік жетекші фармацевтикалық өндірушілермен әріптестікті дамыту.

*Денсаулық сақтау саласында ресурстарды үнемдейтін технологияларды дамыту және енгізу*

Бағалау әдіснамасы мен рәсімдерін, оның ішінде есеп сапасына қойылатын талаптарды, әдіснамалық талаптарды және нәтижелерді валидациялауды жетілдіру есебінен денсаулық сақтау технологияларын бағалау әлеуетін арттыру.

Денсаулық сақтау ресурстарын пайдалану тиімділігін арттыру мақсатында әдіснамада "денсаулықпен байланысты өмір сапасына түзетілген өмір сүру жылы" (бұдан әрі – QALY) көрсеткішін инвестицияның бір бірлігіне есептеуді енгізу мәселесі қарастырылады. Бұл құрал нақты бағдарламалар мен жобаларды іске асыру кезінде халықтың өмір сүру ұзақтығы мен сапасының күтілетін өсуін бағалауға, салымдардың баламалы бағыттарын салыстырып тексеруге және олардың әлеуметтік және медициналық құндылығын объективті бағалау негізінде қаржыландырудың басымдығын қамтамасыз етуге мүмкіндік береді.

Тиімділік әлеуеті жоғары технологияларға басымдықпен қарау.

*Дәрілік қамтамасыз етуді жетілдіру және дәрілік заттарды ұтымды пайдалану*

Дәрілік қамтамасыз ету:

жеке тағайындаулар мен пациенттердің нақты қажеттілігі негізінде дербестендірілген қажеттілік бойынша АДҚ жоспарлауды жетілдіру;

тұтыну, қалдықтар, логистика және жарамдылық мерзімдері бойынша ақпараттық ағындарды жедел талдау, қайта бөлу және жоспарлауды жетілдіру үшін біріктіру;

клиникалық фармакология бөлімшелерінің қатысуымен экономикалық орындылығын ескере отырып, дәрілік заттарды орталықтандырылған босату мен қолданылуын бақылау практикасын кеңейту;

бірыңғай дистрибьютордың өндірушілермен тікелей келісімшарттар жасасу практикасын кеңейту жолымен дәрілік заттарды тиімді, қауіпсіз және ұтымды пайдалануға бағдарланатын болады.

## **8-бағыт. Орнықты және тиімді денсаулық сақтаудың негізі ретінде кадрлық қамтамасыз ету жүйесін трансформациялау және ғылымды дамыту**

денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстарын басқарудың бірыңғай цифрлық жүйесін құру;

үздіксіз кәсіби даму жүйесін нығайту және денсаулық сақтау қызметкерлерінің мәртебесін арттыру, ынталандыру, оларды ұстап қалу және құқықтық қорғау;

орнықты денсаулық сақтау жүйесінің негізгі ресурсы ретінде мейіргердің әлеуетін дамыту;

медициналық білім беруді жаңғырту;

ғылыми әлеуетті дамыту және биомедициналық зерттеулерді қолдау.

*Денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстарын басқарудың бірыңғай цифрлық жүйесін құру*

Денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстарын есепке алудың ұлттық жүйесі түрленетін болады, ол білім беру ұйымына (колледж, ЖЖОКБҰ) түскен кезден бастап еңбек қызметі аяқталғанға дейін өңірлер, ұйымдар және мамандықтар бөлінісінде дербестендірілген денсаулық сақтау жұмыскерлерінің тіркелімін; құзыреттерді, оқыту нәтижелерін және жетістіктерін көрсете отырып, ашық кадрлық есепке алу үшін біліктілікті блокчейн-тексеруді және жеке кәсіптік рейтингтің көрсеткіштерін қамтитын дерекқорды; кадрлық ресурстармен қамтамасыз етілуді болжауға арналған мониторинг функционалын қамтиды.

Денсаулық сақтаудың кадр ресурстарын жоспарлау және болжау жөніндегі әдістемелік ұсынымдар бекітілетін болады.

*Денсаулық сақтау қызметкерлерін үздіксіз кәсіптік дамыту және мәртебесін арттыру, оларды ынталандыру, ұстап қалу және құқықтық қорғау*

Болашақ мамандық пен жұмыс орнын таңдау мақсатында әрбір студентпен жұмыс істеу үшін ЖЖОКБҰ жанынан мансаптық өсу орталықтарын құру; медицина ұйымдарында бейімделу және тәлімгерлік орталықтарын құру арқылы кәсіптік дамудың, мансаптық өсудің тұрақты жағдайларын жетілдіру; ЖЖОКБҰ-лар, колледждер, ғылыми және медициналық ұйымдар арасындағы орнықты әріптестікті дамытуға негізделген денсаулық сақтау мамандарын дамытудың практикаға бағдарланған үздіксіз заманауи жүйесін қалыптастыру, симуляциялық технологияларды пайдалануды кеңейту, сондай-ақ білім беру бағдарламаларына медициналық оқыс оқиғаларды, сақтандыру жағдайларын және жүйелі қателерді талдауды интеграциялау; ел ішінде және шетелде тағылымдамадан өту, ағылшын тілін білу және ғылыми жарияланымдармен жұмыс істеу деңгейін арттыру; кәсіптік даму және денсаулық сақтау ұйымдарында мамандарды ілгерілету жалғасатын болады.

Медицина кадрларының тұрақтамауын орнықты қысқарту үшін ауылдық жерлердегі бастапқы буын және педиатриялық бейіндегі мамандарға қосымша ақы төлеу жүйесін дамыту; өңірлерді дамыту жоспарларында ауылдық жерлерге жұмысқа

орналасқан медицина қызметкерлерін ынталандыру бойынша көрсеткіштерді әзірлеу және мониторингтеу, оның ішінде тұрғын үймен қамтамасыз ету; үздік ауыл дәрігерлерінің жеке кәсіби дамуын қолдау үшін (тағылымдамалар, халықаралық конференциялар) гранттар бөлу шараларын пысықтау көзделеді.

Халықаралық тәжірибе негізінде дәрігерлер мен орта медицина қызметкерлерін лицензиялауға кезең-кезеңімен көшу мүмкіндігі қарастырылатын болады.

Медициналық ұйымдарда зорлық-зомбылық профилактикасы бойынша бағдарламаларды әзірлеу және енгізу: медицина персоналының дағдарысты жағдайларда жанжалдарды деэскаляциялау және қауіпсіз мінез-құлық әдістеріне оқыту жоспарлануда.

Денсаулық сақтауда кәсіптік өзін-өзі реттеудің орнықты жүйесін қалыптастыру үшін медициналық қауымдастықтар мен қоғамдық бірлестіктердің рөлін біртіндеп кеңейту болжануда. Кәсіптік медициналық қауымдастықтарды дамыту жөніндегі пилоттық жобаны іске қосу және кейіннен оны кең ауқымда қолдану жоспарлануда.

*Орнықты денсаулық сақтау жүйесінің негізгі ресурсы ретінде мейіргер әлеуетін дамыту*

Кеңейтілген мейіргерлік практиканың жаңа моделін институттандыруды жұмысты ұйымдастырудың тиімді модельдерін тарату, дағдыларды дамыту, тәлімгерлік және білім алмасу бөлігінде жұмыс істеп тұрған ұйымдар базасында үздік мейіргерлік практикалар орталықтарын дамыту арқылы аяқтау.

Мейіргерлік күтім ауруханаларын (бөлімшелерін), хоспистерді медициналық колледждердің клиникалық базалары етіп беру мәселесі қарастырылады.

*Медициналық білім беруді жаңғырту*

Болашақтағы денсаулық сақтау мамандарын даярлауға бағдарды ескере отырып, халықаралық стандарттарға сәйкес білім беру бағдарламаларының құрылымы мен мазмұнын одан әрі жаңғырту:

Денсаулық сақтау қызметтерімен жалпыға бірдей қамту үшін құзыреттер мен нәтижелердің жаһандық құрылымы шеңберінде ДДҰ ұсынымдарымен үйлестіруді;

денсаулық сақтау жүйесінің заманауи қажеттіліктеріне және кәсіптік стандарттарға сәйкес келетін құзыреттерді дамытуға баса назар аудара отырып, білім беру бағдарламаларының мазмұнын қайта қарауды;

медициналық білім беру ұйымдарының клиникалық базалармен байланысын күшейту, өңірлік медициналық ұйымдарды тарту есебінен клиникалық базалар тізбесін кеңейту, симуляциялық оқыту технологияларын дамыту арқылы клиникалық тұрғыдан ой-өрісін дамытуға ықпал ететін білім беру процесінің практикалық құрамдас бөлігін кеңейтуді;

білім алушылардың жеке қажеттіліктерін, кәсіптік стандарттарды және денсаулық сақтау жүйесінің басымдықтарын ескере отырып, медициналық білім берудегі білім беру траекторияларының икемділігін қамтамасыз етуді;

медициналық білім берудің барлық деңгейлерін медициналық көмектің сапасы мен тиімділігіне, пациенттердің қауіпсіздігіне және адамға бағдарланған тәсілге, соның ішінде білім беру бағдарламаларына медициналық оқыс оқиғаларды, сақтандыру жағдайларын және жүйелі қателіктерді интеграциялау арқылы бағдарлауды;

телемедицинаны, қашықтан қызмет көрсетуді, жасанды интеллект пен көлемді деректерді талдауды қоса алғанда, денсаулық сақтау саласының мамандарын, әсіресе ауылдық елді мекендерде цифрландыру мәселелері бойынша даярлауды күшейтуді;

трансляциялық медицина, биотехнологиялар, цифрлық денсаулық сақтау, клиникалық зерттеулер, фармацевтикалық инженерия мен фармацевтикалық логистика, нақты деректер мен инновацияларды басқару негізінде денсаулық сақтау салаларында, соның ішінде медицина және фармацевтика өнеркәсібі, биотехнологиялық және цифрлық салалардағы жетекші компаниялармен бірлесіп мамандарды даярлаудың жаңа бағыттарын құруды қоса алғанда, жүзеге асырылатын болады.

Медициналық білім беру жүйесін дамыту халықаралық ынтымақтастықты нығайтуға, цифрландыруға, ашықтық пен бәсекеге қабілеттілікті арттыруға, сондай-ақ білім беруді, ғылым мен практиканы интеграциялауға, оның ішінде:

Қазақстандағы жетекші шетелдік университеттермен бірлескен бағдарламаларды іске асыруға және қазақстандық бағдарламаларды шетелге экспорттауға бағытталған жаһандық білім беру кеңістігіне интеграциялау;

жоғары және жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру ұйымдарына қабылдау рәсімдерін бірыңғай бағалау өлшемшарттарын енгізу, құжаттарды тапсыру мен тексеру процестерін цифрландыру арқылы жетілдіру;

білім берудің, ғылымның және клиникалық практиканың үштұғырлығы аясында интеграцияланған академиялық медициналық орталықтарды құру және дамыту мәселесін пысықтау арқылы бағытталатын болады.

Жоғары және (немесе) жоғары оқу орнынан кейінгі білім беруді қаржыландырудың жаңа моделін кезең-кезеңімен енгізу мәселесін, оның ішінде тиісті білім беру ұйымында жолға қойылған оқу процесінің сапасын ескере отырып, білім беру гранттарының мөлшерін саралауды және оларды бөлуді енгізу арқылы қарау.

*Ғылыми әлеуетті дамыту және биомедициналық зерттеулерді қолдау*

Биомедициналық зерттеулерді дамыту тәсілдерін жетілдіру:

биомедициналық зерттеулерді нормативтік құқықтық реттеудің үздік халықаралық тәсілдерін іске асыру;

биомедициналық зерттеулер бойынша зерттеулер тіркелімдерін, зерттеу орталықтарын (клиникалық базаларды), зерттеушілерді, волонтерлерді және басқа да деректерді қамтитын ұлттық ғылыми ақпараттық жүйені ілгерілету;

биологиялық материалдарды сақтау және биомедицина саласындағы зерттеулерді жүргізуді қолдау үшін бірыңғай республикалық биобанк құру мәселелерін пысықтау;

биомедициналық зерттеулерді қаржыландыру көлемін, оның ішінде ғылыми зерттеулерді бағдарламалық-нысаналы қаржыландыруды ұлғайту мәселесін пысықтау, денсаулық сақтау саласындағы отандық журналдарды дамыту және ілгерілету үшін жағдай жасау;

халықаралық ғылыми ынтымақтастықты, оның ішінде жаһандық консорциумдарға, екіжақты және көпжақты гранттарға, алмасу бағдарламаларына қатысуды қолдау арқылы дамыту;

технологиялар трансферті жүйесін, зияткерлік меншікті қорғау мен коммерцияландырудың институционалдық тетіктерін дамыту, медициналық білім беру және ғылым ұйымдарында трансферт офистерін құру;

биомедициналық және клиникалық зерттеулерді жоспарлау, мониторингтеу, визуализациялау және олар бойынша есептілікті жүргізу үшін цифрлық платформаларды дамыту.

Ішкі гранттарды іске асыруды, орнықты ғылыми траекториялар қалыптастыруды, PhD және постдокторантура бағдарламаларын, мансаптық консультация беру мен тәлімгерлікті дамытуды, жарияланымдық белсенділікті ынталандыруды, ғылыми іс-шаралар жүргізуді қоса алғанда, медициналық білім беру және ғылым ұйымдарының жас ғалымдарына (35 жасқа дейін) меншікті және бюджеттен тыс қаражат есебінен қолдау көрсету.

Денсаулық сақтаудағы ғылыми негізделген мемлекеттік басқарудың орнықты экожүйесін дәлелдерге негізделген мемлекеттік саясат (Evidence-Informed Policy Making) тетіктерін институттандыру және "ғылым – саясат" тоғысындағы кадрлық әлеуетті дамыту арқылы қалыптастыру.

**9-бағыт. Денсаулық сақтауды орнықты қаржыландырудың прогрессивті моделі, ол мыналарды қамтиды:**

халықты денсаулық сақтау қызметтеріне жұмсалатын аса көп шығыстардан қаржылық қорғау;

бюджеттеу мен салық салудың жаңа тәсілдері жағдайында орнықты қаржыландыруды қамтамасыз ету үшін қаржыландырудың, ақы төлеудің және тарифтік саясаттың тетіктерін жаңғырту;

денсаулық сақтау ұйымдарының бәсекеге қабілеттілігін және оларды тиімді басқаруды дамыту.

ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде қызмет көрсету көлемдерін және (немесе) қаражат көлемдерін орналастыру бөлігінде денсаулық сақтау ұйымдарын қаржыландыру тетіктерін өзгерту.

Тұруға ықтиярхаты бар адамдардың қымбат тұратын ем алу мақсатында МӘМС жүйесіне бір реттік кіруін шектеу үшін тұрақты емес дербес өнім берушілердің МӘМС-ке алдын ала 12 айға жарналар төлеу мүмкіндігін алып тастау.

Қазақстан Республикасының аумағында тұрақты тұратын шетелдіктерге және азаматтығы жоқ адамдарға, сондай-ақ олардың отбасы мүшелеріне МӘМС жүйесінде медициналық көмек көрсету үшін 5 жылдық тұрақты жарналар төлеу мерзімі (немесе біржолғы жарна бойынша баламасы) бойынша норманы белгілеу.

Медициналық ұйымдарда ішкі бақылауды қамтитын көпдеңгейлі аудитті күшейту, жасанды интеллект құралдарын енгізе отырып, эксаумақтылық қағидаты бойынша ӘлМСҚ тарапынан мониторингті жүргізу.

Ерікті медициналық сақтандырудың рөлін заңнамада айқындау бойынша ұсыныстар әзірлеу: жекелеген топтар үшін ТМККК-ден және МӘМС-тен асыра денсаулық сақтау қызметтерімен қамтуды кеңейтуге ықпал ете отырып, Қазақстанда ерікті медициналық сақтандыру қосалқы рөлді атқарады.

Кепілдіктерді қалыптастыру шеңберінде медициналық технологияларды бағалау тетіктерін жетілдіру.

Медициналық ұйымдардағы ішкі бақылауды, эксаумақтылық және РБЖ қағидаты бойынша МӘМС тарапынан мониторингтеуді қамтитын көп деңгейлі аудитті күшейту жалғастырылады.

*Бюджеттеу мен салық салудың жаңа тәсілдері жағдайында орнықты қаржыландыруды қамтамасыз ету үшін қаржыландырудың, ақы төлеудің және тарифтік саясаттың тетіктерін жаңғырту*

Демографиялық болжам негізінде ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде медициналық көрсетілетін қызметтерді жоспарлаудың әдіснамалық негізін жетілдіру.

Халықтың МӘМС жүйесіне тартылуын және сенім деңгейін:

МӘМС-те сақтандырылған адамдардың құқықтары мен кепілдіктері туралы ақпараттық науқандар өткізу;

ӘлМСҚ-ның кері байланыс және жедел желі құралдарын құру және ілгерілету;  
коммуникацияны профилактика бағдарламаларымен (вакцина алу, скрининг, СӨС) интеграциялау;

мобильді топтар, телемедицина және жергілікті БАҚ арқылы шалғай өңірлердегі жұмысты күшейту;

пациенттердің, медицина қызметкерлерінің, ҮЕҰ мен мемлекеттік органдардың қатысуымен диалог алаңдарын қалыптастыру арқылы арттыру.

Медициналық ұйымдардың іс жүзінде шығындарын, макроэкономикалық көрсеткіштерді, өңірлік ерекшеліктерді және аурулардың басымдылығын ескере отырып, медициналық көрсетілетін қызметтер тарифтерін қалыптастыру бойынша ұсыныстар енгізу.

*Денсаулық сақтау ұйымдарының бәсекеге қабілеттілігін және оларды тиімді басқаруды дамыту*

ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде міндетті дербестендірілген есепке алу және шығыстар бойынша ақпаратқа қолжетімділікті ұсыну бойынша медициналық көмек көрсетушілерге қойылатын талаптарды әзірлеу.

Ұйымдарды трансформациялауға (жалпыға бірдей сапаны басқару, үнемді өндіріс тәсілдері) баса назар аудара отырып, басқарушылық тәсілдерді жетілдіру:

денсаулық сақтау ұйымдары даму құжаттарының пайымы мен құрамына тиімді басқарушылық тәсілдерді енгізу арқылы ұйымдық бейілділікті қалыптастыру;

заманауи басқарушылық тәсілдерді енгізу жобаларын, оның ішінде денсаулық сақтау инфрақұрылымын жаңғырту шеңберінде қолдау;

сенім мен танымалдылықты арттыру мақсатында брендпен қатар орналастырылатын айырым таңбаланымын бере отырып, жалпыға бірдей сапа менеджменті мәдениетін және үнемді өндіріс тәсілдерін енгізген ұйымдарды тану өлшемшарттары мен тетіктерін қалыптастыру.

Денсаулық сақтау ұйымдарындағы корпоративтік басқаруды, оның ішінде басқару органының бенефициарлар алдындағы жауапкершілігін күшейту арқылы жетілдіру.

### **Денсаулық сақтау жүйесін кешенді бағалау**

Қорытынды кешенді бағалау (Public Health System Assessment) Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2022 – 2029 жылдарға арналған тұжырымдамасын іске асырудың соңғы жылында қол жеткізілген нәтижелерді айқындау және денсаулық сақтау жүйесін одан әрі дамытуды жоспарлау, оның ішінде:

басқару, кадрлық әлеует, қаржыландыру, медициналық қызметтер көрсету, цифрлық технологиялар, халықтың қатысуы, деректер блоктары бойынша бағалау әдіснамасын айқындау;

бағалау нәтижелері негізінде әрбір блок үшін жақсартудың нысаналы жоспарларын әзірлеу;

бағалау нәтижелерін стратегиялық жоспарлауға интеграциялау мақсатында жүргізіледі.

### **6-бөлім. Нысаналы индикаторлар және күтілетін нәтижелер**

#### **Күтілетін нәтижелер**

2029 жылы:

- 1) халықтың туған кездегі күтілетін өмір сүру ұзақтығын 77 жасқа дейін ұлғайту;
- 2) жүрек-қантамыр ауруларынан, обырдан, диабеттен, созылмалы респираторлық аурулардан болатын 30-70 жас аралығындағы адамдардың мезгілсіз өлімін төмендету жоспарлануда.

## Нысаналы индикаторлар

Р/с №	Атауы	2022 жыл	2023 жыл	2024 жыл	2025 жыл	2026 жыл	2027 жыл	2028 жыл	2029 жыл
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1-бағыт. Денсаулық мәдениетін қалыптастырудың бірыңғай интеграцияланған жүйесіне көшу									
1.	15 жастаң асқан адамдардың темекі бұйымдарын тұтынуының жас бойынша стандартталған таралуы, %				19,0	-	-	-	19,5
2.	Жан басына шаққанда алкогольді тұтыну (15 жастаң бастап және одан жоғары), күнтізбелік бір жылда таза спирт литрімен (таза алкоголь литрімен)				-	-	-	-	4,5
3.	Саламатты өмір салтын ұстанатын Қазақстан азаматтарының үлесін арттыру, %	31,4	34,2	31,0	32,0	33,0	35,0	36,0	37,0

4.	Ересек халық арасында тұзды орташа тәуліктік тұтыну, тәулігіне грамм					=	=	=	15,0
5.	Балалар (0-14 жас) арасындағы семіздікке шалдығуды ұстап тұру, 100 мың тұрғынға шаққанда	44,6	42,1	43,7	37,8	37,8	37,8	37,8	37,8
2-бағыт. Жаңа буындағы медициналық-санитариялық алғашқы көмек									
6.	Профилактикалық қарап-тексеру бойынша медициналық-санитариялық алғашқы көмекке бару үлесін ұлғайту, %					27	29	31	33
7.	Жылжымалы медициналық кешендер көрсететін қызметтермен қамтылған халық саны, млн	1,7	1,7	1,7	2,0				
	0 – I сатыларда анықталғ								

8.	ан қатерлі ісіктердің үлес салмағын ұлғайту, %					33,8	35,0	35,1	35,2
9.	Жатыр мойны обырына қарсы скрининг тік қарап-тек серуге жататын халықты қамтуды ұлғайту, %					80,0	83,0	87,0	90,0
10.	Сүт безі обырына қарсы скрининг тік қарап-тек серуге жататын халықты қамтуды ұлғайту, %					70,0	77,0	84,0	90,0
11.	Колорект алды обырға қарсы скрининг тік қарап- тексеруге жататын халықты қамтуды ұлғайту, %					70,0	77,0	84,0	90,0
12.	Скринингтің 2- кезеңі ретінде скрининг тік колоноск опияның үлес					60,0	67,0		80,0

	салмағын ұлғайту, %						74,0	
13.	Анықталған қант диабеті бар пациенттердің жалпы санынан анықталған қант диабеті бойынша динамикалық байқауға алынған пациенттердің үлесі, %				90	92	93	95
14.	Динамикалық байқауға жататын, созылмалы аурулары бар адамдардың динамикалық байқаумен қамту, %				30	35	40	45
15.	Ауруларды басқару бағдарламасының нозологи ялары бойынша динамикалық байқауда тұрған адамдарды ауруларды				8	12		20

	басқару бағдарла- масымен камту, %						17	
16.	Созылма л ы аурулары б а р пациентт ерді динамика л ы қ байқау бойынша қабылдау лардың жалпы санынан мейіргер д і ң дербес қабылдау ының үлесі, %				3	7	15	20
17.	Динамик алық байқауда тұрған пациентт ердің санынан артериял ы қ гипертен зия, жүректің ишемиял ық ауруы , созылмал ы жүрек функцияс ының жеткілікс іздігі, қант диабеті, өкпенің созылмал ы обструкт ивті аурулары диагнозд				10	9		7

	арымен тәулік бойғы стационарға жатқызылған пациенттердің үлесі (жоспарлы операциялық емдеуді қоспағанда), %						8	
18.	Созылмалы аурулардың асқынуы бойынша 4 - санаттағы шұғыл шақыртулардың жалпы санынан жедел медициналық жәрдемнің 4 - санаттағы шақыртуларының үлесі, %				70	60	50	40
3-бағыт. Адамға бағдарланған және қолжетімді медициналық көмек								
19.	Өлімнің стандартталған коэффициентінің төмендеуі, 1000 тұрғынға шаққанда				8,01	8,00	7,85	7,5
	Қанайналы м жүйесі							

20.	ауруынан болатын өлімнің стандартталған коэффициентінің төмендеуі, 100 мың тұрғынға шаққанда	130,22	177,17	175,5	170,8	165,2	160,8	158,0	156,0
21.	Қатерлі ісіктерден болатын өлімнің стандартталған коэффициентінің төмендеуі, 100 мың тұрғынға шаққанда	59,45	83,01	81,2	80,2	78,1	76,0	74,0	72,0
22.	Өз-өзіне қол жұмсаудан болатын өлім, 100 мың тұрғынға шаққанда					7,3	7,23	7,1	7,0
23.	Аудандық деңгейден төмен медициналық ұйымдардың телемедициналық кешендермен қамтылу үлесі, %					10	20	30	50
	Жедел жәрдем шақыруларының								

24.	нормативтерде белгіленген уақыт ішінде қызмет көрсетілген үлесі, %					79	82	86	90
25.	Алдын ала диагноз қойған кезден бастап қатерлі ісіктерді емдеуді бастаудың орташа мерзімі (күн)					24	20	18	14
26.	АИТВ-ның жаңа жұқтыру жағдайларының саны, инфекция жұқтырмаған 1000 адамға шаққанда					0,24	0,25	0,26	0,26
27.	Парентералды берілу жолы арқылы анықталу кұрылымындағы АИТВ-ның жаңа жұқтырғандардың үлесі, %					19,0	18,7	18,4	18,0
	Халықтың медициналық мекемелер ұсынаты								

28.	н медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасы мен қолжетімділігіне қанағаттанушылық деңгейі, %	69,6	73,0	76,5	80,0				
29.	Халықтың мемлекеттік медициналық мекемелер көрсететін қызметтердің сапасына қанағаттанушылығы, %					41,5	42,0	42,5	43,0
30.	ТМККК және МӘМС шеңберінде аккредиттеуге жататын медициналық қызметтерді көрсетушілердің аккредиттелген үлесі, %					60	62	64	66
	Денсаулық сақтау субъектілерінде меншік								

31.	нысандар ы на қарамаст а н пациентт ерді қолдау және ішкі сараптам а қызметіні ң болуы, %					20	40	65	95
32.	Қатерлі ісіктерде н жалпы 5 жылдық аман қалуды арттыру, %					55,4	55,7	56,1	56,5
33.	Психикағ а белсенді әсер ететін заттарды тұтынуд ы ң салдарын а н туындайт ы н психикал ы қ мінез-құл ықтық бұзылуш ылықтар м е н сырқатта нушылық тың ( аурулард ы ң ) төмендеу і, 100 м ы ң халыққа шаққанда					67,32	67,12	66,92	66,72
	100 мың халыққа								

34.	шаққанда туберкул ездің таралуы					43,9	43,8	43,7	43,5
35.	Жоспарл ы емдеуге жатқызуд ы 10 күннен астам күткен пациентт ердің үлесі, %					15,0	13,0	11,0	10,0
36.	Жол-көлі к оқиғалар ы салдарын а н болатын өлім, 100 мың халыққа шаққанда					11,6	11,5	11,4	11,3
37.	Медицин алық көмек көрсетуді ң әлемдік стандартт арына сәйкес келетін жаңа және жаңғырт ылған денсаулы қ сақтау объектіле рінің жыл сайынғы саны, бірлік саны	3	5	32	24				
4-бағыт. Отбасылық әл-ауқат – жаңа стратегиялық бағдар									
	Нәресте өлімінің төмендеу і,								

38.	тірі туған 1000 балаға шаққанда	7,68	7,67	7,50	7,40	7,3	7,2	7,1	7,0
39.	Неонатал дық өлім коэффици иенті, тірі туған 1000 балаға шаққанда					4,1	4,0	3,9	3,8
40.	5 жасқа дейінгі балалар өлім коэффици иенті, тірі туған 1000 балаға шаққанда					9,7	9,65	9,60	9,55
41.	А н а өлімін төмендет у, тірі туған 100 м ы ң балаға шаққанда	17,0	11,4	11,4	11,3	11,2	11,1	11,0	10,9
42.	Жасөспі р і м қыздар арасында ғы туу коэффици иенті, 15- 17 жас аралығын дағы 1000 қызға шаққанда					2,9	2,8	2,7	2,6
43.	Жасөспі р і м қыздар арасында ғы аборт коэффици иенті, 15- 17 жас аралығын дағы					0,70	0,65		0,50

	1000 қызға шаққанда							0,60	
44.	15-49 жас аралығын дағы жүкті әйелдер арасында ғы анемияме н сырқатта нушылық ты төмендет у, %					25,0	24,5	24,0	23,5
45.	Жүктілік бойынша есепке алынған әйелдерді ң арасында жүктілік алдындағ ы даярлықп е н қамтылға ндардың үлесі, %					50	55	60	65
5-бағыт. Денсаулық сақтау жүйесінің орнықтылығы мен қауіпсіздігі									
46.	СЭҚ зертхана лық зерттеуле рінің анықтығ ы көрсеткі ші, %	92	95	100	95				
47.	Халықар алық медицина лық-сани тариялық қағидала рды (SPAR) сақтауға дайынды қтың					77	82		90

	орташа интегралдық балы						86	
48.	Ұлттық профилактикалық екпелер күнтізбесіне сәйкес 16 жасқа дейінгі халықтың нысаналы тобының кемінде 95 %-ын иммундаумен қамту үлесі, %				95	95	95	95
49.	Халықаралық стандарттарға сәйкестік тұрғысынан аккредиттелген зертханалардың үлесі, %				68	70	72	73
50.	Медициналық ұйымдардың, санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органдары мен ұйымдарының табиғи-техногендік сипаттағы жағдайла				83,55	87,45		95,5

	р ды жоюға дайынды қ дәрежесі, %						91,25	
6-бағыт. Дербестендірілген және жоғары технологиялық медицинаны дамыту								
51.	Күнделік т і практика д а жасанды интеллек т құралдар ы н пайдалан атын медицина л ы қ ұйымдар дың үлесі , %				30	35	40	45
52.	Дәрігерл е р интерпре тация жасамас бұрын жасанды интеллек т құралдар ының көмегіме н өңделген радиолог иялық зерттеуле рдің үлесі, %				5	10	15	20
53.	e-Densaul у қ ядросыме н деректер алмасуды қамтамас ыз ететін медицина л ы қ ұйымдар	50	65		100			

	дың үлесі, %			80					
54.	Меншік нысанына қарамастан, деректер алмасуды қамтамасыз ету бөлігінде Бірыңғай медициналық деректерді сақтау орнымен интеграцияланған денсаулық сақтау субъектілерінің үлесі, %					20	40	65	95
7-бағыт. Фармацевтика және медицина өнеркәсібінің технологиялық дамуы, дәрі-дәрмекпен орнықты қамтамасыз ету									
55.	Дәрілік заттармен медициналық бұйымдар шығаратын жаңа өндірістер саны, бірлік	5	8	14	6				
56.	Жергілікті фармацевтикалық нарықтағы қазақстандық өндірістің дәрілік заттарымен медициналық					30	40		50

	бұйымдарының үлесі, %							45	
57.	Дәрілік заттар (оның ішінде вакциналар) логистикалық тізбектерінің цифрлық мониторингпен (суық тізбек) қамтылуы, %					50	80	90	100
58.	Бірыңғай дистрибьютордың қазақстандық дәрілік заттар мен медициналық бұйымдарды сатып алуының жалпы сатып алу көлеміне шаққандағы ақшалай мәндегі үлесі, %	33	35	29,75	31	32	34	35	37
59.	Денсаулық сақтау саласындағы негізгі капиталға инвестициялар, 2019	225,57	302,1		372,2				

	жылғы деңгейге қатысты нақты өсу %			325,8					
60.	Халықаралық стандарттарға сәйкестік тұрғысында аккредиттелген зертханалардың/ орталықтардың үлесі, % (GLP және ISO-17025) (2 жылда 1 рет өткізіледі)	-	60	-	100				
61.	Негізгі фармацевтикалық өнімдер мен препараттарды өндіруге шетелдік тікелей инвесторлардан түскен тікелей инвестициялардың жалпы легі, млн АҚШ доллары					110,5	121,5	133,7	147,0
62.	Нақты уақыт режимінде қозғалысы қадағала					75	80		90

	натын дәрілік заттардың үлесі, %						85	
63.	Амбулаториялық дәрілік қамтамасыз ету шеңберінде медициналық-санитариялық алғашқы көмек ұйымдарының жылдық қажеттілігінен дәрілік заттар тапшылығының үлесі, %				14	13	11	10
64.	Амбулаториялық дәрілік қамтамасыз ету тізбесі шеңберінде пациенттердің қамтамасыз етілуінің орташа үлесі, %				35	40	45	50
65.	Дәрілік заттар мен медициналық бұйымдардың азайтылмайтын қорын қамтамасыз ету				25	25		25

	ыз етудің жиынтық үлесі, %							25	
8-бағыт. Орнықты және тиімді денсаулық сақтаудың негізі ретінде кадрлық қамтамасыз ету жүйесін трансформациялау және ғылымды дамыту									
66.	Өңірлердің медицина қызметкерлерімен қамтамасыз етілуінің ең төмен нормативтеріне сәйкес ауыл тұрғындарының медицина қызметкерлерімен қамтамасыз етілу деңгейін арттыру, 10 мың тұрғынға шаққанда	91,2	90,6	90,6	90,7	90,8	90,9	91,0	92,0
67.	Медициналық білім және ғылым ұйымдары персоналдың орташа Хирш индексі, индекс	0,27	0,47	0,45	0,45				
68.	Денсаулық сақтау ұйымдарындағы мейіргерлер санының дәрігерлерге					1,9:1	2:1		2,2:1



72.	Тәуелсіз емтихан нәтижелері бойынша жоғары деңгейдегі білім көрсеткен интернатура және резидентура бітірушілерінің үлесі (ең жоғары балдан ( $\geq 80\%$ ))				87,5	88,25	89,0	90,5
73.	Қазақстан Республикасында жүргізілетін клиникалық зерттеулер саны, млн тұрғынға есептегенде				0,85	1,0	1,15	1,3
74.	Ғылыми және инновациялық қызметтен түскен кірістердің ЖЖОКБ Ұ жалпы бюджетіндегі үлесі, %				2,9	3,1	3,3	3,5
	Ғылыми және инновациялық қызметтен түскен							

75.	кірістерді ң клиникал ы қ бейіндегі ҒЗИ/ҒО жалпы бюджетін дегі үлесі , %				0,8	0,9	1	1,5
76.	Ғылыми және инноваци ялық қызметте н түскен кірістерді ң клиникал ық емес бейіндегі ҒЗИ/ҒО жалпы бюджетін дегі үлесі , %				6	6,5	7	7,5
77.	Медицин алық білім беру және ғылым ұйымдар ының соңғы 5 жылда ( <i>гранттық немесе бағдарла малық-н ысаналы қаржыла ндыру шеңберін де</i> ) алынғ ан және өндіріс / клиникал ы қ қолдану сатысына дейін жеткізілг ен (				5	7		13

	дәрілік затты/ медициналық бұйымды тіркеуді, денсаулық сақтау технологиясын бекітуді, клиникалық хаттамаларға енгізуді қоса алғанда) патенттерінің үлесі, %							10	
78.	Ендірілген жаңа технологиялардың жалпы санынан бейімделген шетелдік технологиялардың үлесі, %	16,6	16,8	17	19				
9-бағыт. Денсаулық сақтауды орнықты қаржыландырудың прогрессивті моделі									
79.	Халықтың МӘМС жүйесінде қамтылу деңгейі, %	82,4	82,6	83	83,5	84	84,5	85	85,5
80.	Денсаулық сақтауға арналған мемлекеттік шығыстардың үлесі, %					14,1	13,3	13,5	13,7
	Денсаулық сақтауға								

81.	арналған жалпы шығыстардың ЖІӨ-ден үлесі, %				4,7	4,8	4,9	5,0
82.	Денсаулық сақтауға арналған жалпы шығыстар құрылымында "қалта" шығыстарының үлесі, %				24,7	23,8	22,9	22,0

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2022 – 2029 жылдарға арналған тұжырымдамасына қосымша

## 7-бөлім. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2022 – 2029 жылдарға арналған тұжырымдамасын іске асыру жөніндегі іс-қимыл жоспары

Р/с №	Атауы	Аяқталу нысаны	Аяқтау мерзімі	Жауапты орындаушылар	Қаржыландыру көлемі	Қаржыландыру көздері
-------	-------	----------------	----------------	----------------------	---------------------	----------------------

1	2	3	4	5	6	7
1-бағыт. Денсаулық мәдениетін қалыптастырудың бірыңғай интеграцияланған жүйесіне көшу						
Нысаналы 1-индикатор. 15 жастан асқан адамдардың темекі бұйымдарын тұтынуының жас бойынша стандартталған таралуы, % (2025 жыл – 19,0, 2029 жыл – 19,5)						
Нысаналы 2-индикатор. Жан басына шаққанда алкогольді тұтыну (15 жастан бастап және одан жоғары), күнгізбелік бір жылда таза спирт литрімен (таза алкоголь литрімен) (2029 жыл – 4,5)						
Нысаналы 3-индикатор. Саламатты өмір салтын ұстанатын Қазақстан азаматтарының үлесін арттыру, % (2022 жыл – 31,4, 2023 жыл – 34,2, 2024 жыл – 31,0, 2025 жыл – 32,0, 2026 жыл – 33,0, 2027 жыл – 35,0, 2028 жыл – 36,0, 2029 жыл – 37,0)						
Нысаналы 4-индикатор. Ересек халық арасында тұзды орташа тәуліктік тұтыну, тәулігіне грамм (2029 жыл – 15,0)						
Нысаналы 5-индикатор. Балалар (0-14 жас) арасындағы семіздікке шалдығуды ұстап тұру, 100 мың тұрғынға шаққанда (2022 жыл – 44,6, 2023 жыл – 42,1, 2024 жыл – 43,7, 2025 жыл – 37,8, 2026 жыл – 37,8, 2027 жыл – 37,8, 2028 жыл – 37,8, 2029 жыл – 37,8)						
1.	Денсаулық мәдениетін қалыптастыру жөніндегі ұлттық үйлестірушіні, оның ішінде	<b>ДСМ бұйрығы</b>	2026 жылғы наурыз	ДСМ		

	бюджетті шоғырландыру арқылы құру				талап етілмейді	
2.	"Саламатты шаңырақ" ұлттық ақпараттық науқанын жүргізу	есеп	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ, МАМ, ОМ, ҒЖБМ, ЖАО	көзделген қаражат шеңберінде	РБ
3.	"Ұлт денсаулығы" жыл сайынғы ақпараттық-тағалымдық жобаның дайындау	есеп	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ, ЖАО	талап етілмейді	
4.	Орта білім беру ұйымдарының білім алушыларын тәрбиелеу жұмысы бағдарламаларына дұрыс тамақтану, дене белсенділігі, психикалық денсаулық, оның ішінде психоэмоциялық тұрақтылықты қалыптастыру, эмпатия мен позитивті ойлауды дамыту дағдыларын, жыныстық тәрбие мәселелерін, әлеуметтік-этикалық нормаларды енгізу	<b>ОМ бұйрығы</b>	2026 жылғы желтоқсан	ОМ, ДСМ	талап етілмейді	
	Белсенді өмір салтына орнықты мотивацияны					

5.	калыптастыру ғ а бағытталған, балаларға, оқушылар м е н студенттерге арналған спорттық іс-шаралар, конкурстар, о й ы н бағдарламала рын әзірлеу және өткізу	<b>ДСМ-ге ақпарат</b>	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ОМ, ҒЖБМ, ДСМ, МАМ, ТСМ, ЖАО	т а л а п етілмейді	
6.	Нашақорлықт ы мониторингте у, зерттеу ж ә н е профилактика сы бойынша ахуалдық орталық құру бойынша ұсыныстарды тұжырымдау	<b>Қазақстан Республикасы н ы ң Үкіметіне ұсыныстар</b>	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ, ҚДСҰО ( к елісу бойынша), ПМ	т а л а п етілмейді	
7.	Қызметкерлер дің ИЕА қауіп факторлары, саламатты тамақтану және дене белсенділігі, қантты, тұзды , зиянды өнімдерді шамадан тыс тұтынудың және енжар ө м і р салтының зияны туралы ақпараттық сауаттылығын арттыру жолымен еңбек жүйесіне саламатты өмір салты	әдістемелік құрал	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, Еңбекмині, ЖАО		

	қағидаттарын интеграциялау				талап етілмейді	
8.	Еңбек медицинасы, гигиенасы және кәсіптік патологиялар саласындағы мақсаттарды әзірлеу және оларға қол жеткізу бойынша Еңбек гигиенасы және кәсіптік аурулар ұлттық орталығын негізгі үйлестіруші ретінде айқындау	<b>ДСМ бұйрығы</b>	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ, Еңбекмині, ЕГҚАҰО (келісу бойынша), ЖАО	талап етілмейді	
9.	Авариялық қауіпті учаскелер бойында орналасқан өңірлік травматология орталықтарын кезең-кезеңімен ашу бөлігінде жарақаттанудың профилактикасы бойынша шараларды іске асыру	<b>Қазақстан Республикасының Үкіметіне ақпарат</b>	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ПМ, ТЖМ, ОМ, МАМ, ЖАО	талап етілмейді	
	Денсаулықты нығайтуға ықпал ететін органы құруды қолдау бойынша "Саламатты орта" республикалық жобасын					

10.	<p>әзірлеу және іске асыру: жобаның ұлттық үйлестірушісінің айқындау; әртүрлі қызмет салаларының ерекшелігін ескере отырып, шеңберлік әдіснамалық тәсілдерді әзірлеу; құралдар мен тәсілдерді сынамалау үшін пилот өткізу; пилоттың нәтижелері бойынша қатысушыларға арналған, өзін-өзі бағалау функциясы, үлгілік жоспарлар, есептілік шаблондары және енгізуге ұсынылған шарттар тізбесі бар цифрлық құралдар құру ; ақпараттық наққан өткізу, жобаны танымал ету және кең ауқымда қолдану</p>	<p><b>Қазақстан Республикасының Үкіметіне ақпарат</b></p>	<p>2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан</p>	<p>ДСМ, ЖАО</p>	<p>талап етілмейді</p>	
	<p>ДДҰ-ның "Саламатты қалалар", "Денсаулықты нығайтуға ықпал ететін мектептер", "</p>					

11.	Жұмыс орнындағы денсаулық", "Саламатты университеттер" бастамаларына тартылған қалалардың, ұйымдардың санын ұлғайту	<b>тартылған қалалар мен объектілер саны</b>	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ЖАО, ДСМ, ОМ, ҒЖБМ, Еңбекмині	талап етілмейді	
12.	Қазақстан Республикасының ДДҰ Темекіге қарсы күрес жөніндегі негіздемелік конвенциясы шеңберіндегі міндеттемелерін ескеріп отырып, қоғамдық орындарда темекі бұйымдарын тұтынуды, сондай-ақ ұзақ мерзім қолданған кезде денсаулыққа әсері жеткілікті зерттелмеген темекі бұйымдарын тұтынуды шектеу шараларын күшейту жөніндегі заңнамалық тәсілдерді тұжырымдау	<b>Қазақстан Республикасының Үкіметіне ұсыныстар</b>	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ, ПМ, Қаржымині	талап етілмейді	
13.	Азық-түлік өнімдеріндегі тұз мөлшері бойынша нормативтік	<b>Қазақстан Республикасы</b>	2027 жылғы желтоқсан	ДСМ, СИМ	талап етілмейді	

	құқықтық базаны қалыптастыру	н ы ң стандарты				
14.	"Жарнама туралы" Қазақстан Республикасының Заңына тұз, қант, қаныққан майлар, трансмайлар мөлшері жоғары өнімдердің масс-медиадағы жарнамасын шектеу бөлігінде өзгерістер енгізу бойынша Қазақстан Республикасы Заңының жобасын әзірлеу	<b>Қазақстан Республикасы Заңының жобасы</b>	2027 жыл	ДСМ, МАМ	талап етілмейді	
15.	Құрамында тұздың, қанттың, қаныққан майлардың және басқа да негізгі құрамдастардың болуы өлшемшарттарына негізделген ұлттық қоректік заттар бейінін бекіту	<b>ДСМ бұйрығы</b>	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ	талап етілмейді	
16.	"Пайдалы таңдау" таңбаланымын енгізу үшін әдістемелік ұсынымдарды әзірлеу және бекіту	<b>әдістемелік ұсынымдар</b>	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ, СИМ, АШМ, ҰЭМ	талап етілмейді	

17.	Құрамында қант бар сусындарға акцизді кезең-кезеңімен енгізу	<b>Қазақстан Республикасы Заңының жобасы</b>	2027 жыл	ҰЭМ, Қаржымині, ДСМ	талап етілмейді	
18.	Энергетикалық сусындарды сату жөніндегі шектеулерді сақтамағаны үшін әкімшілік жауапкершілік енгізу бойынша Қазақстан Республикасы Заңының жобасын әзірлеу	<b>Қазақстан Республикасы Заңының жобасы</b>	2026 жылғы желтоқсан	ІІМ, ДСМ, ҰЭМ	талап етілмейді	
19.	Халықтың, әсіресе балалар мен жастардың психикалық денсаулығына цифрлық ортаның теріс әсерін анықтау, профилактикасы және төмендету жөніндегі шараларды тұжырымдау	<b>Қазақстан Республикасының Үкіметіне ақпарат</b>	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, МАМ, ОМ, ҒЖБМ	талап етілмейді	
20.	Саламатты өмір салты мен саламатты мінез-құлық нысандарына бейілділік үшін ынталандыру шараларын енгізу бойынша халықаралық тәжірибені зерделеу	<b>Қазақстан Республикасының Үкіметіне ұсыныстар</b>	2026 жылғы маусым	ДСМ, ОМ, ҒЖБМ, МАМ, ЖАО	талап етілмейді	

2-бағыт. Жаңа буындағы медициналық-санитариялық алғашқы көмек

Нысаналы 6-индикатор. Профилактикалық қарап-тексеру бойынша медициналық-санитариялық алғашқы көмекке бару үлесін ұлғайту, % (2026 жыл – 27, 2027 жыл – 29, 2028 жыл – 31, 2029 жыл – 33)

Нысаналы 7-индикатор. Жылжымалы медициналық кешендер көрсететін қызметтермен қамтылған халық саны, млн

(2022 жыл – 1,7, 2023 жыл – 1,7, 2024 жыл – 1,7, 2025 жыл – 2,0)

Нысаналы 8-индикатор. 0 – I сатыларда анықталған қатерлі ісіктердің үлес салмағын ұлғайту, % (2026 жыл – 33,8,

2027 жыл – 35,0, 2028 жыл – 35,1, 2029 жыл – 35,2)

Нысаналы 9-индикатор. Жатыр мойны обырына қарсы скринингтік қарап-тексеруге жататын халықты қамтуды ұлғайту, % (2026 жыл – 80,0, 2027 жыл – 83,0, 2028 жыл – 87,0, 2029 жыл – 90,0)

Нысаналы 10-индикатор. Сүт безі обырына қарсы скринингтік қарап-тексеруге жататын халықты қамтуды ұлғайту, %

(2026 жыл – 70,0, 2027 жыл – 77,0, 2028 жыл – 84,0, 2029 жыл – 90,0)

Нысаналы 11-индикатор. Колоректалды обырға қарсы скринингтік қарап-тексеруге жататын халықты қамтуды ұлғайту, % (2026 жыл – 70,0, 2027 жыл – 77,0, 2028 жыл – 84,0, 2029 жыл – 90,0)

Нысаналы 12-индикатор. Скринингтің 2-кезеңі ретінде скринингтік колоноскопияның үлес салмағын ұлғайту, % (2026 жыл – 60,0, 2027 жыл – 67,0, 2028 жыл – 74,0, 2029 жыл – 80,0)

Нысаналы 13-индикатор. Анықталған қант диабеті бар пациенттердің жалпы санынан анықталған қант диабеті бойынша динамикалық байқауға алынған пациенттердің үлесі, % (2026 жыл – 90, 2027 жыл – 92, 2028 жыл – 93, 2029 жыл – 95)

Нысаналы 14-индикатор. Динамикалық байқауға жататын, созылмалы аурулары бар адамдарды динамикалық байқаумен қамту, % (2026 жыл – 30, 2027 жыл – 35, 2028 жыл – 40, 2029 жыл – 45)

Нысаналы 15-индикатор. Ауруларды басқару бағдарламасының нозологиялары бойынша динамикалық байқауда тұрған адамдарды ауруларды басқару бағдарламасымен қамту, % (2026 жыл – 8, 2027 жыл – 12, 2028 жыл – 17, 2029 жыл – 20)

Нысаналы 16-индикатор. Созылмалы аурулары бар пациенттерді динамикалық байқау бойынша қабылдаулардың жалпы санынан мейіргердің дербес қабылдауының үлесі, % (2026 жыл – 3, 2027 жыл – 7, 2028 жыл – 15, 2029 жыл – 20)

Нысаналы 17-индикатор. Динамикалық байқауда тұрған пациенттердің санынан артериялық гипертензия, жүректің ишемиялық ауруы, созылмалы жүрек функциясының жеткіліксіздігі, қант диабеті, өкпенің созылмалы обструктивті аурулары диагноздарымен тәулік бойғы стационарға жатқызылған пациенттердің үлесі (жоспарлы операциялық емдеуді қоспағанда), % (2026 жыл – 10, 2027 жыл – 9, 2028 жыл – 8, 2029 жыл – 7)

Нысаналы 18-индикатор. Созылмалы аурулардың асқынуы бойынша 4-санаттағы шұғыл шақыртулардың жалпы санынан жедел медициналық жәрдемнің 4-санаттағы шақыртуларының үлесі, % (2026 жыл – 70, 2027 жыл – 60, 2028 жыл – 50,

2029 жыл – 40)

21.	МСАК төлем жүйесінің ынталандырушы құрамдасы шеңберінде созылмалы аурулары бар адамдарды динамикалық байқаумен қамтуды да ескеретін профилактика	ДСМ бұйрығы	2027 жылғы желтоқсан	ДСМ		
-----	--	-------------	----------------------	-----	--	--

	л ы қ көрсетілетін қызметтер индикаторлар ын қайта қарау				т а л а п етілмейді	
22.	<p>Аурулардың профилактикасы және ерте диагностикалау мәселелерінде МСАК мамандарының дағдыларын:</p> <p>МСАК мамандарын денсаулық мәдениетін қалыптастыру , профилактика , мінез-құлықты тұрақты өзгерту және иммундау мәселелері бойынша ынталандырушы консультация беру әдістеріне оқыту;</p> <p>МСАК дәрігерлерін онкологиялық ауруларды, қант диабетін ерте анықтау бойынша дағдыларын дамыту және алгоритмдеріне оқыту;</p> <p>профилактика , өзін-өзі бақылау дағдыларына оқыту шараларын қамти отырып</p>	ДСМ-ге есеп	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ЖАО, ДСМ	көзделген қаражат шеңберінде	басқа көздер (денсаулық сақтау

	, диабеталды жағдайдағы пациенттерді қадағалап-қарау; МСАК деңгейінде және стационарлардағы денсаулық мектептерінің қызметін әдістемелік сүйемелдеу және медицина қызметкерлерінің біліктілігін жоғарылату арқылы арттыру					ұйымдарының қаражаты)
23.	МСАК " жоспарланған профилактикалық қабылдау " көрсетілетін қызметін іске асыру	<b>ДСМ бұйрығы</b>	2027 жылғы желтоқсан	ДСМ, ЖИЦДМ, ЖАО	талап етілмейді	
24.	Скринингтерді есепке алу және мониторингтеу, профилактикалық қабылдауға проактивті жазылулар бойынша цифрлық құралдарды енгізу	<b>тестілеу хаттамасы</b>	2026 – 2027 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖИЦДМ	талап етілмейді	
25.	Медициналық көмек сапасының ұлттық институтын құру бойынша ұсыныстар әзірлеу	<b>Қазақстан Республикасының Үкіметіне ұсыныстар</b>	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ	талап етілмейді	

26.	<p>Медициналық ұйымдарға аккредиттеу жүргізу рәсімін бәсекелестік ортадан мемлекеттік жүйеге не бірыңғай өзін-өзі реттейтін ұйымға беру мәселесін карау</p>	<p><b>Қазақстан Республикасының Үкіметіне</b> ұсыныстар</p>	<p>2026 жылғы желтоқсан</p>	<p>ДСМ, ҰЭМ, "Атамекен" ҮКП (келісу бойынша)</p>	<p>талап етілмейді</p>	
27.	<p>Жергілікті жерлерде скринингтік зерттеп-қараулар жүргізу үшін жабдықталған жылжымалы медициналық кешендер көрсететін медициналық қызметтерді кеңейту</p>	<p><b>Қазақстан Республикасының Үкіметіне</b> ақпарат</p>	<p>2026 – 2029 жылдар</p>	<p>ДСМ, ЖАО</p>	<p>көзделген қаражат шеңберінде</p>	<p>МӘМС</p>
28.	<p>Клиникалық-экономикалық тиімділікті қарастырғаннан кейін жаңа скринингтерді енгізу</p>	<p>ДСМ бұйрығы, СБК шешімдері</p>	<p>2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан</p>	<p>ДСМ</p>	<p>талап етілмейді</p>	
29.	<p>Қазақстанның МСАК жөніндегі коалиция хатшылығындағы көшбасшылығы арқылы тиімді модельдер мен озық практикаларды тарату үшін ДДҰ елдерін Коалиция алаңында біріктіру</p>	<p><b>Коалиция жұмысының қорытындылары</b></p>	<p>2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан</p>	<p>ДСМ</p>	<p>талап етілмейді</p>	

30.	<p>М С А К  тарапынан  медициналық  көмекті  үйлестіру  ж ә н е  бағыттау  бойынша  цифрлық  құралдарды  дамыту, оның  ішінде:  емдеуге  бейілділікті  ж ә н е  қабылдаулард  ың уақтылы  болуын  арттыру үшін  (оның ішінде  egov.kz  порталында  тіркелген  нөмірге СМС  арқылы)  хабарламалар  м е н  ескертпелер  жүйелерін  пайдалану;  бейінді  мамандардың  консультация  беруін  тағайындау  ж ә н е  манипуляция  ларды  тағайындау  кезінде  пациенттің  ж е к е  ерекшеліктері  н ескеру;  егде жастағы  адамдарға,  мүмкіндігі  шектеулі  адамдарға  және басқа да  осал топтарға  арналған</p>	<b>Д С М бұйрығы</b>	2026 жылғы желтоқсан	Д С М, ЖИЦДМ, ЖАО		
-----	---	--------------------------	-------------------------	-------------------------	--	--

	бейімделген бағдарларды әзірлеу				талап етілмейді	
31.	Дәрігердің білікті еңбек өнімділігін арттыруға ықпал ететін жалпы практика дәрігерінің ассистенті сияқты жаңа позицияларды енгізудің қажеттігін айқындау үшін халықаралық тәжірибені зерделеу	<b>талдамалық есеп</b>	2027 жылғы желтоқсан	ДСМ	талап етілмейді	
32.	Ауруларды басқару бағдарламасында, оның ішінде созылмалы инфекциялық емес аурулардың қауіп факторлары бар пациенттер есебінен қамтуды арттыру (5 %-дан 20 %-ға дейін)	<b>Қазақстан Республикасының Үкіметіне ақпарат</b>	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖАО	көзделген қаражат шеңберінде	МӘМС
	Озық практикалар орталықтарын дамыту және тиімді, орнықты және адамға бағдарланған медициналық көмек көрсетудің модельдерін кеңейту негізінде					

33.

МСАК-ты трансформациялау, оның ішінде: инновациялық жобалар мен шешімдерді іске асыру, сынамалау және кең ауқымда қолдану; дәрігерлер, мейіргерлер, әлеуметтік қызметкерлер мен психологтар арасында функцияларды бөлетіріп, өңірлердің МСАК мультитипндік топтарының рөлін күшейту; құзыреттер орталықтары базасында тәлімгерлік, оқыту және тәжірибе алмасу арқылы медициналық кадрлардың кәсіби дамуын ұйымдастыру; медициналық ұйымдарға өңірлік ерекшеліктерді ескеріп, үздік практикаларды бейімдеу мен енгізуде әдістемелік қолдау көрсету;

**республикалық үйлестіру орталығының есебі**

2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан

ДСМ, ЖАО

	МСАК-ты дамытудың ұлттық мақсаттарына қол жеткізу үшін өңірдің денсаулық сақтау ұйымдарын үйлестіру және бағалау арқылы трансформациялау				талап етілмейді	
--	--	--	--	--	-----------------	--

3-бағыт. Адамға бағдарланған және қолжетімді медициналық көмек

Нысаналы 19-индикатор. Өлімнің стандартталған коэффициентінің төмендеуі, 1000 тұрғынға шаққанда (2026 жыл – 8,01, 2027 жыл – 8,00, 2028 жыл – 7,85, 2029 жыл – 7,5)

Нысаналы 20-индикатор. Қанайналым жүйесі ауруынан болатын өлімнің стандартталған коэффициентінің төмендеуі, 100 мың тұрғынға шаққанда (2022 жыл – 130,22, 2023 жыл – 177,17, 2024 жыл – 175,5, 2025 жыл – 170,8, 2026 жыл – 165,2, 2027 жыл – 160,8, 2028 жыл – 158,0, 2029 жыл – 156,0)

Нысаналы 21-индикатор. Қатерлі ісіктерден болатын өлімнің стандартталған коэффициентінің төмендеуі, 100 мың тұрғынға шаққанда (2022 жыл – 59,45, 2023 жыл – 83,01, 2024 жыл – 81,2, 2025 жыл – 80,2, 2026 жыл – 78,1, 2027 жыл – 76,0, 2028 жыл – 74,0, 2029 жыл – 72,0)

Нысаналы 22-индикатор. Өз-өзіне қол жұмсаудан болатын өлім, 100 мың тұрғынға шаққанда (2026 жыл – 7,3, 2027 жыл – 7,23, 2028 жыл – 7,1, 2029 жыл – 7,0)

Нысаналы 23-индикатор. Аудандық деңгейден төмен медициналық ұйымдардың телемедициналық кешендермен қамтылу үлесі, % (2026 жыл – 10, 2027 жыл – 20, 2028 жыл – 30, 2029 жыл – 50)

Нысаналы 24-индикатор. Жедел жәрдем шақыруларының нормативтерде белгіленген уақыт ішінде қызмет көрсетілген үлесі, % (2026 – 79, 2027 – 82, 2028 – 86, 2029 – 90)

Нысаналы 25-индикатор. Алдын ала диагноз қойған кезден бастап қатерлі ісіктерді емдеуді бастаудың орташа мерзімі (күн) (2026 жыл – 24, 2027 жыл – 20, 2028 жыл – 18, 2029 жыл – 14)

Нысаналы 26-индикатор. АИТВ-ның жаңа жұқтыру жағдайларының саны, инфекция жұқтырмаған 1000 адамға шаққанда (2026 жыл – 0,24, 2027 жыл – 0,25, 2028 жыл – 0,26, 2029 жыл – 0,26)

Нысаналы 27-индикатор. Парентералды берілу жолы арқылы анықталу құрылымындағы АИТВ-ны жаңа жұқтырғандардың үлесі, % (2026 жыл – 19,0, 2027 жыл – 18,7, 2028 жыл – 18,4, 2029 жыл – 18,0)

Нысаналы 28-индикатор. Халықтың медициналық мекемелер ұсынатын медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасы мен қолжетімділігіне қанағаттанушылық деңгейі, % (2022 жыл – 69,6, 2023 жыл – 73,0, 2024 жыл – 76,5, 2025 жыл – 80,0)

Нысаналы 29-индикатор. Халықтың мемлекеттік медициналық мекемелер көрсететін қызметтердің сапасына қанағаттанушылығы, % (2026 ж. – 41,5, 2027 ж. – 42,0, 2028 ж. – 42,5, 2029 ж. – 43,0)

Нысаналы 30-индикатор. ТМККК және МӘМС шеңберінде аккредиттеуге жататын медициналық қызметтерді көрсетушілердің аккредиттелген үлесі, % (2026 жыл – 60, 2027 жыл – 62, 2028 жыл – 64, 2029 жыл – 66)

Нысаналы 31-индикатор. Денсаулық сақтау субъектілерінде меншік нысандарына қарамастан пациенттерді қолдау және ішкі сараптама қызметінің болуы, % (2026 жыл – 20, 2027 жыл – 40, 2028 жыл – 65, 2029 жыл – 95)

Нысаналы 32-индикатор. Қатерлі ісіктерден жалпы 5 жылдық аман қалуды арттыру, % (2026 жыл – 55,4, 2027 жыл – 55,7, 2028 жыл – 56,1, 2029 жыл – 56,5)

Нысаналы 33-индикатор. Психикаға белсенді әсер ететін заттарды тұтынудың салдарынан туындайтын психикалық мінез-құлықтық бұзылушылықтармен сырқаттанушылықтың (аурулардың) төмендеуі, 100 мың халыққа шаққанда (2026 жыл – 67,32, 2027 жыл – 67,12, 2028 жыл – 66,92, 2029 жыл – 66,72)

Нысаналы 34-индикатор. 100 мың халыққа шаққанда туберкулездің таралуы (2026 жыл – 43,9, 2027 жыл – 43,8, 2028 жыл – 43,7, 2029 жыл – 43,5)

Нысаналы 35-индикатор. Жоспарлы емдеуге жатқызуды 10 күннен астам күткен пациенттердің үлесі, % (2026 жыл – 15,0, 2027 жыл – 13,0, 2028 жыл – 11,0, 2029 жыл – 10,0)

Нысаналы 36-индикатор. Жол-көлік оқиғалары салдарынан болатын өлім, 100 мың халыққа шаққанда (2026 жыл – 11,6,

2027 жыл – 11,5, 2028 жыл – 11,4, 2029 жыл – 11,3)

Нысаналы 37-индикатор. Медициналық көмек көрсетудің әлемдік стандарттарына сәйкес келетін жана және жаңғыртылған денсаулық сақтау объектілерінің жыл сайынғы саны, бірлік саны (2022 жыл – 3, 2023 жыл – 5, 2024 жыл – 32, 2025 жыл – 24)

	Мыналар: үйлестіру кеңестерінің жұмысында жобалық басқаруды енгізу; негізгі бейіндер бойынша республикалы қ және өңірлік құзыреттер орталықтары желісін дамыту және интеграцияла у; денсаулық сақтау ақпараттық жүйесімен интеграцияла н ғ а н телемедицина мүмкіндіктері н, оның ішінде созылмалы ИЕА-мен ауыратын пациенттерді қашықтан байқауға және консультация беруге арналған сервистерді дамыту; қашықтан көрсетуге болатын медициналық					
--	---	--	--	--	--	--

34.	<p>көрсетілетін қызметтер тізбесін өзектілендіру; тәлімгерлік тетіктерін: тағылымдаларды, клиникалық жағдайларды талқылауды, мамандар мен басқарушы персоналды ротациялауды енгізу; деректер мониторингін, медицина қызметкерлерінің, пациенттер мен пациенттік ұйымдардың пікірлерін ескере отырып, маршруттар мен клиникалық хаттамаларды үнемі бейімдеу; кері байланыс пен пациенттерді қолдаудың цифрлық интерфейстерін енгізу жолымен референс-орталықтар мен мамандандырылған медициналық көмек бөлімшелері желісін кеңейту арқылы мультипәндік тәсілді кең</p>	<p><b>Үйлестіру кеңестерінің есептері</b></p>	<p>2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан</p>	<p>ДСМ, ЖАО, ЖИЦДМ</p>	<p>талап етілмейді</p>	
-----	---	---	---	------------------------	------------------------	--

	ауқымда қолдану				
35.	Қатерлі ісіктер кезінде "жасыл дәліз" мерзімдерін автоматтандырылған бақылауды және кейіннен айналадағылар үшін қауіп тудыратын ауруларға тарата отырып, пациентті қолдау қызметтері мен сапаны мониторингтеу органдарына хабарлау жүйесін енгізу	<b>мониторингтің іске асырылған функционалы</b>	2027 жылғы желтоқсан	ДСМ, ЖИЦДМ, ЖАО	талап етілмейді
36.	Егде адамдардың функционалды қабілеттерін сақтауға бағытталған көмектің қолжетімділігін арттыру бойынша шараларды тұжырымдау, оның ішінде: егде адамдардың, әсіресе ауылдық жер жағдайларын да қажеттіліктерінің орнықты өтеу үшін медицина қызметкерлер	<b>Қазақстан Республикасы</b>	2027 жылғы желтоқсан	ДСМ, ЖАО	

	ін кәсіптік қайта даярлау ; ұзақмерзімді, соның ішінде үй жағдайында күтім жасаудың қолжетімділігін арттыру; егде адамдарға психологиялық қолдау көрсету бойынша белсенді ұзақ өмір сүру орталықтарының оң тәжірибесін тарату	<b>н ы ң</b> <b>Үкіметіне</b> ұсыныстар			талап етілмейді	
37.	Өңірлерде мейіргерлік күтім бойынша мамандандырылған бөлімшелер құру үшін бос төсек-орындарды қайта бейіндеу	есеп	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ, ЖАО	талап етілмейді	
38.	Ретровирусқа қарсы терапияны тағайындау кезінде генотиптік резистенттілік пен HLA В* 5701 аллелінің болуын ескеріп, дербестендірілген тәсілді енгізу	ДСМ-ге есеп	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ҚДИАҒО (келісу бойынша), ДСМ, ЖАО	талап етілмейді	
	2030 жылға дейінгі Жаһандық					

39.	<p>стратегияның 95-95-95 мақсатына қол жеткізу шеңберінде медициналық көмекпен қамтылуды қамтамасыз ету;</p> <p>АИТВ-мен өмір сүретін барлық адамдардың 95 %-ы өздерінің АИТВ-мәртебесін білуі тиіс ;</p> <p>А И Т В инфекциясы диагностикаланған адамдардың 95 %-ы ретровирусқа қарсы терапияны тұрақты түрде алуы тиіс;</p> <p>терапия алатын адамдардың 95 %-ында вирустық жүктеме төмендетілген болуға тиіс</p>	ДСМ-ге есеп	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ҚДИАҒО (келісу бойынша) ДСМ, ЖАО	талап етілмейді	
40.	<p>Қылмыстық атқару жүйесі мекемелерінің жанынан тәулік бойы жұмыс істейтін стационардың қажеттігін талдау</p>	<p><b>Қазақстан Республикасының Үкіметіне</b> ұсыныстар</p>	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ, ПМ, ЖАО	талап етілмейді	
	<p>Қылмыстық атқару жүйесі мекемелерінде ұсталатын адамдарды</p>					

41.	сотталғандар мен қарым-қатынас жасаудың ең төмен стандарттары мен қағидаларына сәйкес психологиялық көмекпен және шұғыл стоматологиялық көмекпен қамтамасыз ету тетіктерін әзірлеу	<b>Қазақстан Республикасының Үкіметіне</b> ұсыныстар	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ, ПМ, ЖАО	талап етілмейді	
42.	Қылмыстық атқару жүйесі мекемелерінде ұсталатын адамдардың медициналық деректерін цифрлық форматқа көшіру	<b>Қазақстан Республикасының Үкіметіне</b> ақпарат	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ПМ, ЖИЦДМ, ЖАО	талап етілмейді	
43.	Тыныс-тіршіліктің шектелуін есепке алуды қоса алғанда, медициналық оңалту қызметтерінің жұмысына цифрлық құралдарды енгізу	<b>Қазақстан Республикасының Үкіметіне</b> ақпарат	2027 жылғы маусым	ДСМ, ЖИЦДМ	талап етілмейді	
44.	Орфандық аурулары бар пациенттерді медициналық көмекпен қамтамасыз ету сапасын мониторингтеу	Республикалық орфандық аурулар орталығының есебі	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖАО, Республикалық орфандық аурулар орталығы (келісу бойынша)	талап етілмейді	
	ҰҒЗИ-де, ҰО-да медициналық туризм бойынша					

45.	<p>бөлімдерді ашу және Қазақстанның денсаулық сақтау брендінің халықаралық алаңдарда ілгерілету арқылы Қазақстан Республикасында медициналық туризмді дамыту</p>	<p><b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ақпарат</p>	<p>2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан</p>	<p>ДСМ, СИМ</p>	<p>көзделген қаражат шеңберінде</p>	<p>басқа көздер (денсаулық сақтау ұйымдарының қаражаты)</p>
46.	<p>Қазақстан Республикасында санаторийлік-курорттық саланы: Қазақстанның табиғи емдік-климаттық және бальнеологиялық ресурстарымен озық денсаулық сақтау ұйымдарының атласын құру; медициналық туризм мен курорттық желіні ілгерілетуге ықпал ететін жоғары табиғи рекреациялық әлеуеті бар аумақтарды дамыту бойынша сектораралық өзара іс-қимыл жасау; EuroSPA стандарттары</p>	<p>ДСМ-ге есеп</p>	<p>2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан</p>	<p>КМОҒЗИ (келісу бойынша), ДСМ, ЖАО</p>		

	на бағдарлана отырып, халықаралық деңгейге жақындату мақсатында санаторийлік-курорттық қызметке қойылатын нормативтік талаптарды арттыру арқылы дамыту				талап етілмейді	
47.	Медициналық көмектің шалғай және жетуі қиын өңірлерде қолжетімділігін арттыру үшін жылжымалы стационарларды пайдалану мүмкіндігін пысықтау	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ақпарат	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ, ЖАО	талап етілмейді	
48.	"Әділетті мәдениет" қағидаттарын негізделген медициналық көмек көрсету кезіндегі қошталмайтын оқыс оқиғалар мен қателіктерді тіркеу және талдау үшін бірыңғай тіркелімді құру	бірыңғай тіркелім	2027 жылғы желтоқсан	ДСМ	талап етілмейді	
49.	Медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігін бағалауға пациенттер мен олардың өкілдерін тарту	ДСМ бұйрығы	2027 жылғы желтоқсан	ДСМ		

	тетіктерін қалыптастыру				т а л а п етілмейді	
50.	Медициналық көмектің сапасы мен қауіпсіздігі индикаторлары н мониторингте удің ұлттық жүйесін құру	Д С М бұйрығы	2027 жылғы желтоқсан	ДСМ	т а л а п етілмейді	
51.	Пациенттерді қолдау қызметінің пациентке бағдарлануын қамтамасыз ету және медициналық ұйымдардағы ішкі сапа сараптамасы функциялары мен қатар атқарған кезде оларды ажырату және функциялары н кеңейту арқылы мүдделер қақтығысын болдырмау	Д С М бұйрығы	2027 жылғы желтоқсан	ДСМ	т а л а п етілмейді	
52.	Мамандандырылған медициналық көмек көрсетуді жүзеге асыратын медициналық ұйымдарды мынадай бағыттар бойынша аккредиттеумен қамтуды кеңейту: гемодиализ, фтизиатрия, қосалқы репродуктивтік	Д С М бұйрығы	2026 – 2029 жылдар	ДСМ		

	технологиялар, онкогематология, стоматология, АИТВ емдеу, психикалық денсаулық және аккредиттеу стандарттарының өзектілендіру				талап етілмейді	
53.	ТМККК және МӘМС өнім берушілері үшін міндетті аккредиттеуді енгізу	ДСМ бұйрығы	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ	талап етілмейді	
54.	Медициналық ұйымдарды аккредиттейтін ұйымдардың қызметін мониторингтеу	ДСМ бұйрығы	2027 жылғы желтоқсан	ДСМ	талап етілмейді	
55.	Аккредиттеуден өткен кезден бастап 6 айдан кешіктірмей медициналық қызметтер (көмек) көрсету саласындағы мемлекеттік органның ұйымдарды кездейсоқ іріктеуін енгізуді қосалғанда, аккредиттеуден кейінгі мониторингті жетілдіру	ДСМ бұйрығы	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ	талап етілмейді	
	Медициналық ұйымдарда пациенттердің болуына, оның ішінде					

56.	тамақтану сапасы, төсек-орынның, пациентті қоршаған ортаның жайлылығы, персоналдың мейірімділігі бойынша қолайлы жағдайлар жасау	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ақпарат	2026 – 2028 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖАО	талап етілмейді	
-----	--	---	----------------------------------	----------	-----------------	--

4-бағыт. Отбасылық саламаттылық – жаңа стратегиялық бағдар

Нысаналы 38-индикатор. Нәресте өлімінің төмендеуі, тірі туған 1000 балаға шаққанда (2022 жыл – 7,68, 2023 жыл – 7,67,

2024 жыл – 7,50, 2025 жыл – 7,40, 2026 жыл – 7,3, 2027 жыл – 7,2, 2028 жыл – 7,1, 2029 жыл – 7,0)

Нысаналы 39-индикатор. Неонаталдық өлім коэффициенті, тірі туған 1000 балаға шаққанда (2026 жыл – 4,1, 2027 жыл – 4,0, 2028 жыл – 3,9, 2029 жыл – 3,8)

Нысаналы 40-индикатор. 5 жасқа дейінгі балалар өлім коэффициенті, тірі туған 1000 балаға шаққанда (2026 жыл – 9,7,

2027 жыл – 9,65, 2028 жыл – 9,6, 2029 жыл – 9,55)

Нысаналы 41-индикатор. Ана өлімін төмендету, тірі туған 100 мың балаға шаққанда (2022 жыл – 17,0, 2023 жыл – 11,4,

2024 жыл – 11,4, 2025 жыл – 11,3, 2026 жыл – 11,2, 2027 жыл – 11,1, 2028 жыл – 11,0, 2029 жыл – 10,9)

Нысаналы 42-индикатор. Жасөспірім қыздар арасындағы туу коэффициенті, 15–17 жас аралығындағы 1000 қызға шаққанда (2026 жыл – 2,9, 2027 жыл – 2,8, 2028 жыл – 2,7, 2029 жыл – 2,6)

Нысаналы 43-индикатор. Жасөспірім қыздар арасындағы аборт коэффициенті, 15–17 жас аралығындағы 1000 қызға шаққанда (2026 жыл – 0,70, 2027 жыл – 0,65, 2028 жыл – 0,60, 2029 жыл – 0,50)

Нысаналы 44-индикатор. 15–49 жас аралығындағы жүкті әйелдер арасындағы анемиямен сырқаттанушылықты төмендету, % (2026 жыл – 25,0, 2027 жыл – 24,5, 2028 жыл – 24,0, 2029 жыл – 23,5)

Нысаналы 45-индикатор. Жүктілік бойынша есепке алынған әйелдердің арасында жүктілік алдындағы даярлықпен қамтылғандардың үлесі, % (2026 жыл – 50, 2027 жыл – 55, 2028 жыл – 60, 2029 жыл – 65)

57.	Босандыру ұйымдарының жаңа туған балалардың қарқынды терапиясы бөлімшелерін 1 мейіргер – 1 пациент арақатынасында дейін жеткізетіріп, кезең-кезеңімен жасақтау	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ақпарат	2027 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖАО, ҰДСДҒО (келісу бойынша)	талап етілмейді	
	Өңірлік босандыру ұйымдарында жаңа туған					

58.	балаларға операциялық араласу жүргізу үшін неонаталдық хирургия төсек-орындарын ашу	ДСМ-ге есеп	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ЖАО, ПБХҒО (келісу бойынша) ДСМ	талап етілмейді	
	<p>Баланың туғанынан бастап дамуын алып жүру бойынша қосымша шараларды енгізу:</p> <p>МСАК аумақтық учаскелерінде патронажды кадрлармен жасақталуды мониторингтеу;</p> <p>МСАК мамандарын осал отбасылармен жұмыс істеу және әлеуметтік қорғау қызметтерімен өзара іс-қимыл алгоритмдері бойынша коммуникативтік дағдыларға оқыту;</p> <p>МСАК мамандарының баланың денсаулығы мен саламаттылығына қатысты, оның ішінде білім беру және әлеуметтік қорғау</p>					

59.	<p>ақпараттық жүйелерінен алынған деректерге қолжетімділігін қамтамасыз ету;</p> <p>патронаждың уақыттық нормативтерінің және жаңа туған нәрестелерді бағыттау кезеңдерінің сақталуын автоматтандырылған мониторингтеу;</p> <p>баланың тамақтануына, дамуына және органың қауіпсіздігіне байланысты медициналық және элеуметтік-педиатриялық қауіптерді анықтау және тіркеу;</p> <p>даму бұзылыстарын ерте анықтау және балаларды МСАК ұйымдарына қажетгі көмек алуға уақтылы жіберу;</p> <p>МСАК ұйымдарында даму және ерте араласу орталықтарын ашу;</p> <p>МСАК кадрларын дәлелді базаға және</p>	ДСМ-ге есеп	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ПБХҒО (келісу бойынша), ДСМ, Енбекмині, ОМ, МАМ, ЖАО	талап етілмейді
-----	--	-------------	----------------------------------	--	-----------------

	ДДҰ-ның халықаралық нұсқаулықтарына негізделген заманауи тәсілдерге оқыту, оның ішінде ДДҰ-ның балалар мен жасөспірімдерге арналған МСАК қалта анықтамалығын қолдану					
60.	Медициналық оңалтудың жаңа әдістерін енгізу және олардың ұлттық ғылыми орталықтардан өңірлерге трансферті	ДСМ-ге есеп	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ЖАО, ДСМ	талап етілмейді	
61.	Мектепке дейінгі ұйымдарда балаларға медициналық көмек көрсету стандартын бекіту	ДСМ бұйрығы	2027 жылғы желтоқсан	ДСМ, ОМ	талап етілмейді	
62.	"Саламатты мектеп" (2026 – 2028 жылдарға арналған) республикалық акциясын өткізу	Жол картасы	2026 жылғы наурыз	ДСМ, ОМ	талап етілмейді	
63.	МСАК/жастар денсаулық орталықтары арқылы контрацептивтердің, оның ішінде тосқауылдық контрацептивтердің	ДСМ-ге есеп	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ЖАО, ДСМ		

	үздіксіз жеткізілімдерінің қамтамасыз ету				талап етілмейді	
64.	Жүктілікті жоспарлап жүрген әйелдерді жүктілік алдындағы даярлықпен қамтуды арттыру, сонымен қатар жоспарланған жүктілікке дейін сауықтыру үшін ауруларды анықтауды, оның ішінде: некеге тұруды жоспарлап жүрген бозбалалар мен қыздарды профилактикалық зерттеп-қараудан өткізу; ұрықтануға дейін инфекциялық және созылмалы ауруларды анықтау және емдеу; тұқым қуалайтын хромосомалық және генетикалық аутосомды-рецессивті аурулары бар балалардың дүниеге келу қаупін анықтау және алдын алу;	<b>Қазақстан Республикасы</b>	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖАО	талап етілмейді	

	<p>репродуктивтік к бұзылушылы қтарды диагностикал ау мен емдеудің жаңа, клиникалық-э кономикалық тұрғыдан негізделген тәсілдерін енгізу; жүктіліктің 10 аптасына дейін жүкті әйелдерді есепке алумен және байқаумен қамтуды ұлғайту; ЭГА-ды қоса алғанда, қауіп факторлары бар әйелдерді қадағалап-қар аудың мультипәндік тәсілі; жүктілікті қауіпсіз үзудің қолжетімділіг ін кеңейту; цифрлық құралдар арқылы антианемиял ық препараттарм ен қамтуды мониторингте у арқылы жақсарту</p>	<p>ның Үкіметін е ақпарат</p>				
65.	<p>Жүкті әйелдердің алмасу картасын электрондық форматқа көшіру бойынша</p>	<p>ДСМ "бұйрығы</p>	<p>2026 жылғы шілде</p>		<p>талап етілмейді</p>	

	Жүкті әйелдің денсаулық паспорты" жобасын іске асыру			ДСМ, ЖИЦДМ, ЖАО		
66.	Пренаталдық скринингтің заманауи, қауіпсіз және экономикалық тұрғыдан тиімді технологияларының балалардың туа біткен ақаулармен және хромосомалық ауытқуларымен тууының алдын алу үшін қолдану аясын кеңейту	ДСМ бұйрығы	2027 – 2029 жылдар	ДСМ, ЖАО	көзделген қаражат шеңберінде	МӘМС
67.	Жеке қауіптерді және медициналық инфрақұрылымның қолжетімділігін есепке ала отырып, жүкті әйелдің маршрутын проактивті айқындау	ДСМ бұйрығы	2023 – 2026 жылдардағы сәуір	ДСМ, ЖАО	талап етілмейді	
68.	Облыстық перинаталдық орталықтар жанынан шалғайдағы ауылдық жерлерден келген, жоғары қауіп тобындағы жүкті әйелдердің алдын ала болуы үшін	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ақпарат	2027 жылғы желтоқсан	ДСМ, ЖАО		

	уақытша болу орындарын ашу (жергілікті бюджет есебінен) бойынша "Саламатты ана" жобасын пысықтау				талап етілмейді	
69.	Босандыру ұйымдарында әлеуметтік тәуекелдерді уақтылы бағалау, жаңа туған нәрестелерден бас тартудың алдын алу үшін мемлекеттік қолдау шаралары мен қолжетімді әлеуметтік көрсетілетін қызметтерді түсіндіре отырып, әлеуметтік қызметкерлер қызметтерінің қолжетімділігін қамтамасыз ету тетіктерін енгізу	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ақпарат	2028 жылғы желтоқсан	ДСМ	талап етілмейді	
70.	Географиялық тұрғыдан шалғай аудандардағы жүкті әйелдердің медициналық көмекке қол жеткізуіндегі кедергілерді талдау	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ақпарат	2028 жылғы желтоқсан	ДСМ, ЖАО	талап етілмейді	
	Акушерлік тәуекелдерді төмендету шараларын іске асыру					

71.	<p>есебінен босанудың қауіпсіздігін арттыру және анаға келтірілетін қауіптерді, оның ішінде: жаңа клиникалық практикаларды, технологиялар мен емдеу әдістерін, оның ішінде интервенциялық радиологиямен бірлесіп кеңейту; персонал мен медициналық ұйымдардың күрделі жағдайларға дайындығын арттыру; "екі жүкті әйел – бір акушер" қағидаты бойынша акушерлік сүйемелдеуді, серіктестік босануды, ауыр босанудан кейінгі оңалтуды қамтамасыз ету; ана өліміне құпия аудит жүргізу; жаңа технологиялар мен емдеу әдістерін енгізу есебінен төмендету</p>	<p><b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметін е ақпарат</p>	<p>2027 – 2029 жылдардағы желтоқсан</p>	<p>ДСМ, ЖАО</p>	<p>көзделген қаражат шеңберінде</p>	<p>МӘМС</p>
-----	--	--	---	-----------------	-------------------------------------	-------------

72.	Жұмыс істеп тұрған ұйымдар базасында практикаға бағдарланған оқыту мен мамандарға арналған тренингтік алаңдарды қамтитын босандырудың озық тәжірибесі өңірлік орталықтары желісін дамыту	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ақпарат	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖАО	талап етілмейді	
73.	"Перинаталды референс-орталықтар арасындағы тәжірибе алмасу" жобасын іске асыру: жетекші мамандардың көрші өңірлерге үздік практикалар мен қызметті дамыту әдістерін меңгеру мақсатында ұйымдастырушылық-әдістемелік көмек көрсету және тәжірибе алмасу үшін өзара сапарлары	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ақпарат	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖАО	талап етілмейді	
	"Босандыру ұйымдарында инфекцияға жол жоқ" бағдарламасын іске асыру, оның ішінде:					

74.	босандыру қызметінің аурухана эпидемиологтары арасынан үйлестірушілерді айқындау; инфекциялық бақылауды бағалау үшін облыстық перинаталдық орталықтарда оқыту және оларға мониторингтік баруды ұйымдастыру	ДСМ-ге ақпарат	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ЖАО, ДСМ	талап етілмейді
75.	Босандыру ұйымдарында босандыру қызметін мониторингтеу жөніндегі ахуалдық орталықтар ашу мәселесін пысықтау	ДСМ-ге ақпарат	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ЖАО, ДСМ	талап етілмейді
76.	Ерлер денсаулығын нығайту жөніндегі кешенді шараларды әзірлеу (скринингтер, денсаулыққа қатысты сауаттылық, психологиялық, оның ішінде ҚАЖМ-де ұсталатын адамдарға көмек)	ДСМ бұйрығы	2027 жылғы желтоқсан	ДСМ	талап етілмейді
	Жасөспірімдерде саламатты мінез-құлықтың орнықты дағдыларын қалыптастыру				

психологиялы  
қ және  
әлеуметтік  
көмектің  
қолжетімділіг  
ін:  
жасөспірімде  
рмен жұмыс  
істейтін  
мамандардың  
ментальді  
және  
репродуктивті  
к денсаулық,  
коммуникаци  
я, тәуекелдер  
профилактика  
сы мен  
сенімділікті  
қалыптастыру  
мәселелерінде  
гі құзыретін  
нығайту;  
дене  
белсенділігі  
мен  
мінез-құлық  
тәуекелдері  
профилактика  
сын қоса  
алғанда,  
жасөспірімде  
рдің  
денсаулығын  
нығайту  
бойынша  
біріздендірілг  
ен, ғылыми  
негізделген  
тәсілдерді  
әзірлеу;  
әрбір  
жасөспірім,  
әсіресе осал  
топтар үшін  
достық  
ниеттегі,  
қауіпсіз және  
құпия  
қызметтерге  
тең  
қолжетімділік  
ті қамтамасыз  
ету;

77.	<p>эмоционалды қ және мінез-құлықты қиындықтарды, үйлестіруді және ашық ақпаратпен қамтамасыз етуді қоса алғанда, жасөспірімдердің нақты сұраныстарына жауап беретін бейімделген көмек моделін іске асыру; жасөспірімдерге бағдарланған ақпарат пен қолдаудың сенімді көзін ретінде ЖДО-лардың медиада болуын күшейту; жасөспірімдердің пікірі, ашықтық, цифрлық шешімдер мен құрметтеу және құпиялылық қағидаттарын сақтау негізінде көрсетілетін қызметтердің сапасын бағалау жүйесін енгізу; сенімді, ғылыми негізделген және қолжетімді</p>	ДСМ-ге ақпарат	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ЖАО, ДСМ, ОМ	көзделген қаражат шеңберінде	МӘМС
-----	---	----------------	----------------------------------	--------------	------------------------------	------

<p> мединалық  көмек пен  оқу-ағарту  арқылы  жасөспірімдік  кезеңнен  бастап  репродуктивті  к  денсаулықты  нығайту;  мазасыздық,  депрессия  және  күйзелістік  бұзылушылы  қтар кезінде  консультация  беру мен  көмектің  қолжетімділігі;  қашықтан  консультация  беруді және  психологиялы  қ қолдаудың  онлайн  құралдарын  қоса алғанда,  көмек  көрсетудің  цифрлық  форматтарын  дамыту  арқылы  қамтамасыз  ету </p>					
--	--	--	--	--	--

5-бағыт. Денсаулық сақтау жүйесінің орнықтылығы мен қауіпсіздігі

Нысаналы 46-индикатор. СЭҚ зертханалық зерттеулерінің анықтығы көрсеткіші, % (2022 жыл – 92; 2023 жыл – 95;

2024 жыл – 95; 2025 жыл – 95)

Нысаналы 47-индикатор. Халықаралық медициналық-санитариялық қағидаларды (SPAR) сақтауға дайындықтың орташа интегралдық балы (2026 жыл – 77; 2027 жыл – 82; 2028 жыл – 86; 2029 жыл – 90)

Нысаналы 48-индикатор. Ұлттық профилактикалық екпелер күнтізбесіне сәйкес 16 жасқа дейінгі халықтың нысаналы тобының кемінде 95 %-ын иммундаумен қамту үлесі, % (2026 жыл – 95; 2027 жыл – 95; 2028 жыл – 95; 2029 жыл – 95)

Нысаналы 49-индикатор. Халықаралық стандарттарға сәйкестік тұрғысынан аккредиттелген зертханалардың үлесі, %

(2026 жыл – 68; 2027 жыл – 70; 2028 жыл – 72; 2029 жыл – 73)

Нысаналы 50-индикатор. Медициналық ұйымдардың, санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органдары мен ұйымдарының табиғи-техногендік сипаттағы жағдайларды жоюға дайындық дәрежесі, % (2026 жыл – 83,55; 2027 жыл – 87,45; 2028 жыл – 91,25; 2029 жыл – 95,5)

78.	Тәуекелге бағдарланған мемлекеттік санитариялық - эпидемиологиялық бақылау тетіктерін: сектораралық ақпарат алмасу, тәуекелдерді мониторингтеу, бағалау және бірлескен деңгей тетіктерін дамыту; іске асқан тәуекелдермен салдарлар негізінде нәтижелерді үнемі бағалау және тәсілдермен нормаларды жетілдіру арқылы жетілдіру	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің есеп	2027 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ҚДСҰО келісу бойынша), ЖАО	( талап етілмейді	
79.	Елді мекендерде, әсіресе Қазақстан Республикасының солтүстік өңірлерінде радондық картаға түсіруді жүргізу арқылы радиологиялық қадағалауды жетілдіру	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің есеп	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ	талап етілмейді	
80.	Эпидемиологиялық қадағалаудың тиімділігін қамтамасыз ету үшін "Эпидемиолог"	түрлендіруді пайдалануға енгізу	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ, ЖИЦДМ	көзделген қаражат шеңберінде	ПҚ

	ақпараттық жүйесін түрлендіру және енгізу					
81.	Биологиялық қауіпсіздікті қамтамасыз ету саласындағы ақпараттық жүйені енгізу	пайдалануға енгізу	2029 жылғы желтоқсан	ДСМ, ЖИЦДМ	көзделген қаражат шеңберінде	РБ
82.	Қазақстан Республикасының ұлттық профилактикалық екпелер күнтізбесін: 11 жастағы ұл балаларға адам папилломасы вирусына қарсы вакцинация жасауды енгізу; 16 жастағы жасөспірімдерді және жүкті әйелдерді қоса отырып, көкжөтелге қарсы вакцинация жасауға жататын нысаналы халық тобын кеңейту арқылы жетілдіру	<b>Қазақстан Республикасының Үкіметі қаулысының жобасы</b>	2028 – 2029 жылдар	ДСМ	31401152 мың теңге, оның ішінде: 2028 жыл – 15700576 мың теңге, 2029 жыл – 15700576 мың теңге	РБ
	ҚДСҰО референс-зертханасы базасында инфекциялық аурулар қоздырғыштары (қызылша, тұмау, SARS-CoV-2, энтеровируст					

83.	ық инфекция, Конго-қырым геморрагиялық қызбасы, метапневмониялар, рустар, көкжөтел, сальмонеллездік инфекциялар, бруцеллез, МҚТ шеңберінде және т.б.) бойынша геномдық зерттеулерді жетілдіру	ҚДСҰО есебі	2027 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ҚДСҰО келісу бойынша)	( талап етілмейді	
84.	Сарқынды суларға эпидемиологиялық зерттеулер жүргізу (энтеровирус, SARS-CoV-2, МҚТ және т.с.с.)	есеп	2027 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ	талап етілмейді	
85.	Өңірлер бөлінісінде инфекциялардың профилактикасы және инфекциялық бақылау бойынша озық практикалар мектептерін енгізген медициналық ұйымдардың үлесі	есеп	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖАО	талап етілмейді	
	WASH қызметтерін басқару бөлігінде ИПИБ практикасын қамтамасыз ету үшін медициналық					

86.	ұйымдарда қауіпсіз жағдайлардың (сумен жабдықтау, санитария және гигиена, медициналық қалдықтарды кәдеге жарату және жинап тазалау) болуына зерттеу жүргізу	зерттеудің жүргізілуі туралы есеп	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖАО	талап етілмейді
87.	Микробқа қарсы терапияны бақылау стратегиясына (МТБС) сәйкес медициналық ұйымдарда микробқа қарсы препараттардың пайдаланылуын бақылауды енгізу	есеп	2027 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖАО	талап етілмейді
88.	МСАК деңгейінде микробқа қарсы терапияны бақылауды, микробқа қарсы препараттардың тұтыну бойынша мониторингті енгізу	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің есеп	2026 – 2027 жылдар	ДСМ, ҚДСҰО келісу бойынша), ЖАО	( талап етілмейді
	Бактериологиялық зерттеулер жүргізетін зертханалардың жалпы санынан микробқа				

89.	<p>карсы препараттарға төзімділікті эпидемиологиялық қадағалауға тартылған денсаулық сақтау саласындағы зертханалар санын арттыру</p>	ДСМ-ге есеп	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ҚДСҰО (келісу бойынша), ДСМ, ЖАО	талап етілмейді	
90.	<p>Мынадай бағыттар бойынша қолданбалы ғылыми зерттеулер жүргізу жөнінде ұсыныстар дайындау және енгізу: ұйымдасқан ұжымдардағы гигиена (мектептер, балабақшалар, қарттарға арналған мекемелер); қоршаған орта мен ауызсу сапасының жай-күйін бағалау; қоршаған орта факторларының балалар мен жасөспірімдердің денсаулығына әсері; радиациялық қауіпсіздік және иондаушы сәулелену</p>	ҒЖБМ-ге ұсыныстар	2027 жылғы желтоқсан	ДСМ, ҒЖБМ, ЖАО		

	<p>әсерінің профилактикасы;  БҰҰ-ның Азық-түлік және ауыл шаруашылығы ұйымының (Food and Agriculture Organization) ұсынымдарына сәйкес тамақ өнімдеріндегі пестицидтердің балаларда аутизмнің дамуына әсері</p>				талап етілмейді	
91.	<p>5-буын (5G) байланыс желілері базалық станцияларының халық денсаулығына әсері бөлігінде электромагниттік сәулеленудің әсері бойынша зерттеу жүргізу жөнінде ұсыныстар енгізу</p>	<p>ҒЖБМ-ге ұсыныстар</p>	<p>2028 жылғы желтоқсан</p>	<p>ДСМ, ҒЖБМ, ЖИЦДМ</p>	<p>талап етілмейді</p>	
	<p>Мемлекеттік органдардың ақпараттық жүйелерімен ("е-Лицензиялау" АЖ, ТСОБТ және ӘІБТ АЖ, ҰБДҚ АЖ) интеграциялау арқылы тәуекелдерді бағалау ("Санитариялық-эпидемиоло</p>				<p>253584 мың теңге, оның ішінде: 2027 жыл – 108086 мың теңге,</p>	

92.	гиялық қадағалау") жүйесін автоматтандыру, эпидемиологиялық және зертханалық деректерді жинауды, өңдеуді және визуализациялауды автоматтандыру	пайдалануға беру актісі	2027 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖИЦДМ, ҰЭМ, ОМ	2028 жыл – 72749 мың теңге, 2029 жыл – 72749 мың теңге	РБ
93.	Санитариялық-эпидемиологиялық қызмет объектілерін жаңғырту, оның ішінде: обаға қарсы станциялардың 7 зертханасын салуға ЖСҚ әзірлеу; обаға қарсы станциялардың 7 зертханасын салу; Талдықорған ОҚС күрделі жөндеуге ЖСҚ әзірлеу; Орал ОҚС күрделі жөндеу; зертханалық жабдықты сатып алу; автокөлік сатып алу	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ақпарат	2027 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ	13932617 мың теңге, оның ішінде: 2027 жыл – 1540819 мың теңге, 2028 жыл – 6193056 мың теңге, 2029 жыл – 6198742 мың теңге	РБ
94.	Санитариялық-эпидемиологиялық сараптама зертханаларын аккредиттеу саласында көзделген	аккредиттеу аттестаты	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ		

	көрсеткіштердің санын ұлғайту				талап етілмейді	
95.	Е А Э О техникалық регламенттері мен регламенттелген зертханалық зерттеулер көрсеткіштерінің санын ұлғайту	енгізу актілері	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ	талап етілмейді	
96.	Қазақстан Республикасы Қауіпсіздік кеңесінің құрамына Қазақстан Республикасының бас санитариялық дәрігерін енгізу мәселесін қарау	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ұсыныстар	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ	талап етілмейді	
97.	2026 – 2029 жылдарға арналған қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы төтенше жағдайларға дайындықты және ден қоюды қамтамасыз ету	бірлескен бұйрық	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ, Қаржымині, АШМ, КМ, ТЖМ	талап етілмейді	
98.	2026 – 2029 жылдарға арналған қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы төтенше жағдайларға дайындықты және ден қоюды	бекітілген жоспарлар	2026 жылғы наурыз	ЖАО		

	камтамасыз ету жөніндегі өңірлік жоспарларды бекіту				талап етілмейді	
99.	Д Д Ұ сарапшыларының қатысуымен С Э Б К аумақтық департаменттері мен медициналық ұйымдардың төтенше жағдайларға ден қоюға дайындығы бойынша базалық бағалау жүргізу	бағалау туралы есеп	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ	көзделген қаражат шеңберінде	ПҚ
100.	К і р у пункттеріне бағалау жүргізу арқылы Мемлекеттік шекарадағы санитариялық-карантиндік бақылауды күшейту, қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы қауіп-қатерлерді, оқиғаларды, инфекциялық аурулардың өршуін, аса қауіпті инфекциялар мен басқа да төтенше жағдайларды анықтау және оларға ден қою бойынша жоспарды қайта қарау,	Д С М бұйрығы	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ, ЖАО, АШМ, КМ	көзделген қаражат шеңберінде	ПҚ

	инфрақұрылымды жаңарту және стандартты операциялық рәсімдерді (COP) әзірлеу					
6-бағыт. Дербестендірілген және жоғары технологиялық медицинаны дамыту						
<p>Нысаналы 51-индикатор. Күнделікті практикада жасанды интеллект құралдарын пайдаланатын медициналық ұйымдардың үлесі, % (2026 жыл – 30; 2027 жыл – 35; 2028 жыл – 40; 2029 жыл – 45)</p> <p>Нысаналы 52-индикатор. Дәрігерлер интерпретация жасамас бұрын жасанды интеллект құралдарының көмегімен өңделген радиологиялық зерттеулердің үлесі, % (2026 жыл – 5; 2027 жыл – 10; 2028 жыл – 15; 2029 жыл – 20)</p> <p>Нысаналы 53-индикатор. e-Densauluq ядросымен деректер алмасуды қамтамасыз ететін медициналық ұйымдардың үлесі, % (2022 жыл – 50; 2023 жыл – 65; 2024 жыл – 80; 2025 жыл – 100)</p> <p>Нысаналы 54-индикатор. Меншік нысанына қарамастан, деректерді алмасуды қамтамасыз ету бөлігінде Бірыңғай медициналық деректер сақтау орнымен интеграцияланған денсаулық сақтау субъектілерінің үлесі, % (2026 жыл – 20; 2027 жыл – 40; 2028 жыл – 65; 2029 жыл – 95)</p>						
101.	Дербестендірілген медицинаны дамыту	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ақпарат	2027 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖИЦДМ, РЭДСО (келісу бойынша)	денсаулық сақтау ұйымдарының меншікті қаражаты шеңберінде	басқа көздер (денсаулық сақтау ұйымдарының қаражаты)
102.	Роботтандырылған ассистенттелген хирургияны дамыту және көрсетілетін қызметтер спектрін кеңейту бөлігінде медициналық практикада робототехниканы қолдану	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ақпарат	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖАО	талап етілмейді	
103.	Жаңа цифрлық технологиялармен үйлесімділігі, деректердің үйлесімділігі, денсаулықтың генетикалық және цифрлық аспектілерін	ДСМ бұйрығы	2028 жылғы желтоқсан	ДСМ, ҰДСДҒО (келісу бойынша)		

	есепке алу үшін АХЖ-11 жіктмесіне көшу				талап етілмейді	
104.	Д Д Ү ұсынымдарын а сәйкес нақты АХЖ-11 кодын және өлімге алып келген барлық факторларды көрсете отырып, өлім себептерін статистикалық есепке алуға көшіру	ДСМ бұйрығы	2029 жылғы желтоқсан	ДСМ	талап етілмейді	
105.	Медицина қызметкерлерін және пациенттерді қолдау қызметтері мамандарын цифрлық құзыреттерге оқыту	оқыту туралы ақпарат	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖЖОКБҰ, ОМ, ЖАО, РЭДСО (келісу бойынша)	денсаулық сақтау ұйымдарының меншікті қаражаты шеңберінде	басқа көздер (денсаулық сақтау ұйымдарының қаражаты)
106.	МАЖ үшін клиникалық шешімдерді қолдауға бағытталған орталықтандырылған сервистер арқылы интеграцияланған сапа құралдарын енгізу (ЖИ-ассистенттердің интерпретациялау, медициналық жазбалар мен клиникалық хаттамаларды интеграциялау)	Қазақстан Республикасының Үкіметінің ақпарат	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖИЦДМ, ЖАО, РЭДСО (келісу бойынша)	денсаулық сақтау ұйымдарының меншікті қаражаты шеңберінде	басқа көздер (денсаулық сақтау ұйымдарының қаражаты)

107.	eGov платформасында eDensaulыq модулінің медициналық деректеріне ыңғайлы қолжетімділік ті және созылмалы аурулардың өзіндік менеджментіне арналған портативті медициналық құрылғылармен және қосымшалармен үйлесімділікті іске асыру	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметіне ақпарат	2027 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖИЦДМ, ЖАО, РЭДСО (келісу бойынша)	талап етілмейді	
------	--	--	----------------------------------	---	-----------------	--

7-бағыт. Фармацевтика және медицина өнеркәсібінің технологиялық дамуы, дәрі-дәрмекпен орнықты қамтамасыз ету

Нысаналы 55-индикатор. Дәрілік заттар мен медициналық бұйымдар шығаратын жаңа өндірістер саны, бірлік (2022 жыл – 5; 2023 жыл – 8; 2024 жыл – 14; 2025 жыл – 6)

Нысаналы 56-индикатор. Жергілікті фармацевтикалық нарықтағы қазақстандық өндірістің дәрілік заттары мен медициналық бұйымдарының үлесі, % (2026 жыл – 30; 2027 жыл – 40; 2028 жыл – 45; 2029 жыл – 50)

Нысаналы 57-индикатор. Дәрілік заттар (оның ішінде вакциналар) логистикалық тізбектерінің цифрлық мониторингпен (суық тізбек) қамтылуы, % (2026 жыл – 50; 2027 жыл – 80; 2028 жыл – 90; 2029 жыл – 100)

Нысаналы 58-индикатор. Бірыңғай дистрибьютордың қазақстандық дәрілік заттар мен медициналық бұйымдарды сатып алуының жалпы сатып алу көлеміне шаққандағы ақшалай мәндегі үлесі, % (2022 жыл – 33; 2023 жыл – 35; 2024 жыл – 29,75; 2025 жыл – 31; 2026 жыл – 32; 2027 жыл – 34; 2028 жыл – 35; 2029 жыл – 37)

Нысаналы 59-индикатор. Денсаулық сақтау саласындағы негізгі капиталға инвестициялар, 2019 жылғы деңгейге қатысты нақты өсу % (2022 жыл – 225,57; 2023 жыл – 302,1; 2024 жыл – 325,8; 2025 жыл – 372,2)

Нысаналы 60-индикатор. Халықаралық стандарттарға сәйкестік тұрғысында аккредиттелген зертханалардың/орталықтардың үлесі, % (GLP және ISO-17025) (2 жылда 1 рет өткізіледі), % (2023 жыл – 60; 2025 жыл – 100)

Нысаналы 61-индикатор. Негізгі фармацевтикалық өнімдер мен препараттарды өндіруге шетелдік тікелей инвесторлардан түскен тікелей инвестициялардың жалпы легі, млн АҚШ доллары (2026 жыл – 110,5; 2027 жыл – 121,5; 2028 жыл – 133,7; 2029 жыл – 147,0)

Нысаналы 62-индикатор. Нақты уақыт режимінде қозғалысы қадағаланатын дәрілік заттардың үлесі, % (2026 жыл – 75; 2027 жыл – 80; 2028 жыл – 85; 2029 жыл – 90)

Нысаналы 63-индикатор. Амбулаториялық дәрілік қамтамасыз ету шеңберінде медициналық-санитариялық алғашқы көмек ұйымдарының жылдық қажеттілігінен дәрілік заттар тапшылығының үлесі, % (2026 жыл – 14, 2027 жыл – 13, 2028 жыл – 11, 2029 жыл – 10)

Нысаналы 64-индикатор. Амбулаториялық дәрілік қамтамасыз ету тізбесі шеңберінде пациенттердің қамтамасыз етілуінің орташа үлесі, % (2026 жыл – 35, 2027 жыл – 40, 2028 жыл – 45, 2029 жыл – 50)

Нысаналы 65-индикатор. Дәрілік заттар мен медициналық бұйымдардың азайтылмайтын қорын қамтамасыз етудің жиынтық үлесі, % (2026 жыл – 25, 2027 жыл – 25, 2028 жыл – 25, 2029 жыл – 25)

108.	Білім беру және ғылыми инфрақұрылымды жетілдіру, клиникалық практика мен зерттеулерді ұлғайту, өндірісті дамыту, өткізу және дистрибуциялау арқылы Астана, Ақтөбе және Шымкент қалаларындағы фармацевтикалық және медициналық өнеркәсіп кластерлерінің қызметін түрлендіру	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ақпарат	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ҰЭМ, Астана, Шымкент қалаларының және Ақтөбе облысының әкімдіктері	талап етілмейді	
109.	Фармацевтикалық және медициналық өнеркәсіп кәсіпорындары үшін зерттеулер жүргізу және кадрлар даярлау мақсатында денсаулық сақтау саласындағы ғылыми ұйымдармен өзара іс-қимылды күшейту	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ақпарат	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ҒЖБМ, ЖЖОКБҰ, ҒЗИ, ҒО	талап етілмейді	
	Қазақстандық өндірушілер шығаратын, оның ішінде жүрек-тамыр, онкологиялық					

110.	аутоиммундық және диабет ауруларын емдеуге арналған инновациялық фармацевтикалық өнімдер тізбесін кеңейту	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ақпарат	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ҰЭМ, ЖАО	талап етілмейді	
111.	Фармацевтикалық өнеркәсіпке, оның ішінде қазақстандық өндірушілер өнімдері үлесінің орнықты өсуі үшін инвестициялар және инвестициялық келісімшарттар туралы келісімдер тетіктерін пайдалана отырып инвестициялар тарту	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ақпарат	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, СІМ, ҰЭМ, ЖАО	талап етілмейді	
112.	Біртұтас фармацевтикалық саясатты әзірлеу, оның ішінде технологиялар трансфертін қамтамасыз ету және өндірісті жергілікті орналастыру мақсатында Big Pharma – Top 50 жетекші әлемдік фармацевтикалық өндірушілер	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ақпарат	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, СІМ, ҰЭМ		

	е н әріптестікті дамыту				т а л а п етілмейді	
113.	Денсаулық сақтау технологияларын бағалау әдіснамасы м е н рәсімдерін, оның ішінде есеп сапасына қойылатын талаптарды, әдіснамалық талаптарды ж ә н е нәтижелерді валидациялауды жетілдіру	әдістемелік ұсынымдар	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ	т а л а п етілмейді	
114.	Дәрілік заттарды медициналық қолдану жөніндегі нұсқаулықта бекітілмеген көрсетілімдер бойынша қолдануды қоса алғанда, дәрілік нысандар, көрсетілімдер , дозалау режимдері, емдеу курстары мен ұзақтығы, жас шектеулері, жанама әсерлері мен қарсы көрсетілімдер туралы ақпаратты қамтитын Қазақстандық ұлттық дәрілік формулярға енгізілген дәрілік заттарды	формулярлық нұсқаулық	2026 – 2028 жылдар	ДСМ		

	ұтымды қолдану бойынша формулярлық нұсқаулықты әзірлеу				талап етілмейді	
115.	<p>Денсаулық сақтау технологияларының құндылығын сандық бағалау үшін пайдаланылатын, пациенттің өмір сүру ұзақтығы мен сапасының бір мезгілде өзгеруін көрсететін және денсаулық сақтау жүйесінің ресурстарын ескере отырып, амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету бойынша шешімдер қабылдауға мүмкіндік беретін стандартталған өлшем бірлігін – "Сапаға қарай түзетілген өмір сүру жылы (Quality-Adjusted Life Year, QALY)" көрсеткішін есептеуді енгізу</p>	<p>А Д Қ шеңберінде QALY қолданылған есеп</p>	<p>2027 – 2029 жылдар</p>	<p>ДСМ, ҰДСДҒО келісу бойынша)</p>	<p>( талап етілмейді</p>	
	ТМҚҚК шеңберінде және МӘМС					

116.	жүйесінде дәрілік заттарды ұтымды пайдалану үшін деңгейді қоспағанда, медициналық ұйымдарда клиникалық фармакология бөлімшесінің болуы	1 - ДСМ-ге есеп	2027 жыл	ДСМ, ЖАО	талап етілмейді	
117.	Мемлекеттік қызмет көрсетуге көшу арқылы мемлекет өтейтін дәрілік заттардың тізбесін цифрландыру (ҚҰФ-АДҚ-БД-орфандық)	АДҚ, БД, орфандық мәртебесі бар электрондық қазақстандық ұлттық дәрілік формуляр	2027 жыл	ДСМ, ЖЦДИМ, РЭДСО келісу бойынша)	( талап етілмейді	
118.	Пациенттердің әлеуметтік мәні бар ауруларды, оның ішінде орфандық ауруларды емдеуге арналған дәрілік заттарға тең қолжетімділігін қамтамасыз ету	ДСМ бұйрығы	2026 жыл	ДСМ, ЖАО	талап етілмейді	
119.	Өндірушілердің қатысуымен қаржылық жүктемені бөлуді көздейтін дәрілік заттар құнының шығындарын	өндірушілермен келісімдер	2027 жыл	ДСМ, ҰДСДҒО келісу бойынша), "СҚ-Фармация" ЖШС (келісу бойынша)	( "	

	б о л у тетіктерін іске асыру				т а л а п етілмейді	
120.	Қоса төлеуді пайдалана отырып, амбулаториялық дәрілік қамтамасыз етуді орталықсыздандыру, оның ішінде артериялық гипертензия кезінде базалық терапияның тіркелген құнын өтеу	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ақпарат	2027 жыл	ДСМ, ҰДСДҒО келісу бойынша)	( т а л а п етілмейді	
121.	ORPHANET дерекқорында көрсетілімдер болған кезде орфандық ауруларды емдеуге арналған дәрілік заттарды жеделдетіп тіркеуді қоса алғанда, ТМҚКК шеңберінде және МӘМС жүйесінде дәрілік заттарды әкелуге рұқсат беру құжаттарын беруден уақытша тіркеуге көшу	Д С М бұйрығы	2027 жыл	ДСМ	т а л а п етілмейді	
	Есірткі және психотроптық заттарды қоса алғанда, дәрілік қамтамасыз етудің толық циклін –					

122.	жоспарлаудан бастап пациенттерге дәрілік заттарды босатуға дейін цифрландыру	орындалған жұмыстар актісі	2027 жыл	ДСМ, ЖИЦДМ, ИМ	талап етілмейді	
123.	Қаржы және Денсаулық сақтау министрліктің ақпараттық жүйелерін интеграциялау арқылы бағаларды сыртқы және ішкі рефераттауды қолдана отырып, ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде дәрілік заттарға шекті бағаларды бекітуден автоматты түрде қалыптастыруға көшу	орындалған жұмыстар актісі	2026 – 2027 жылдар	ДСМ, Қаржымині, ЖИЦДМ	талап етілмейді	
124.	Қанның плазмалық препараттары (альбумин, иммуноглобулин, VIII және IX факторлар) өндіру бойынша келісімшарттық фракциялауды іске асыру, сондай-ақ елдің ұлттық қауіпсіздігін қамтамасыз ету мақсатында	өндірушілермен келісімдер	2026 – 2028 жылдар	ДСМ		

	шұғыл және кезек күттірмейтін көмек көрсетуге арналған дәрілік заттарды (эпинефрин, пипекуроний бромиді, окситоцин және т.б.) өндіру				талап етілмейді	
125.	Медициналық ұйымдардан бастап ТМҚКК шеңберіндегі және МӘМС жүйесіндегі дәрілік заттар мен медициналық бұйымдарды сатып алуды мемлекеттік сатып алу порталына кезең-кезеңімен көшіру	орындалған жұмыстар актісі	2029 жыл	ДСМ, Қаржымині, ЖИЦДМ	талап етілмейді	
126.	Өндірушілермен ұзақмерзімді негіздемелік келісімдер жасасу арқылы бірыңғай дистрибьютордың жақын шет елдер (Қырғызстан, Өзбекстан, Әзербайжан) үшін дәрілік заттарды топтық сатып алуын іске асыру	жақын шет елдермен келісімдер	2026 – 2028 жылдар	ДСМ, "СҚ-Фармация" ЖШС (келісу бойынша)	талап етілмейді	
	QALY негізінде денсаулық					

127.	<p>сақтау технологияларын бағалау шеңберінде "шығын тиімділігі шегін" енгізу бойынша ұсыныстар әзірлеу, оның ішінде: Қазақстанда QALY мен "QALY үшін құн" қолдану бойынша әдістемелік ұсынымдарды әзірлеу; QALY бір бірлігі үшін "төлеуге дайындық шегін" айқындау; бағдарламаларды бағалау үшін талдаушылар мен жоспарлаушыларды көрсеткішті пайдалануға оқыту; саламатты өмір сүру ұзақтығына барынша әсер ететін бағдарламаларға басымдық беру</p>	<p><b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ұсыныстар</p>	<p>2027 жылғы желтоқсан</p>	<p>ДСМ, ҰДСДҒО (келісу бойынша)</p>	<p>( талап етілмейді</p>	
128.	<p>Экономикалық орындылығын ескеріп, клиникалық фармакология бөлімшелерінің қатысуымен дәрілік заттарды</p>	<p>ДСМ-ге ақпарат</p>	<p>2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан</p>	<p>ЖАО, ДСМ</p>		

	орталықтандырылған босату және олардың қолданылуын бақылау практикасын кеңейту				талап етілмейді	
129.	Қаржы және Денсаулық сақтау министрліктерінің ақпараттық жүйелерін интеграциялау арқылы фармацевтикалық нарықта бағаларға сыртқы және ішкі рефераттау жүргізуді қоса алғанда, дәрілік заттарға шекті бағаларды бекітуден автоматты түрде қалыптастыруға көшу	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ақпарат	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, Қаржымині, ЖИЦДМ, ДЗМБСҰО (келісу бойынша), РЭДСО (келісу бойынша)	талап етілмейді	
130.	Жоспарлау кезінен бастап түпкі тұтынушыға дейін иммундау бағдарламасын автоматтандыру мәселесін пысықтау (жоспарлау, вакциналар қозғалысы, қамту, суық тізбек, вакциналар қоры)	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ақпарат	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ, ЖИЦДМ	талап етілмейді	

8-бағыт. Орнықты және тиімді денсаулық сақтаудың негізі ретінде кадрлық қамтамасыз ету жүйесін трансформациялау және ғылымды дамыту

Нысаналы 66-индикатор. Өңірлердің медицина қызметкерлерімен қамтамасыз етілуінің ең төмен нормативтеріне сәйкес ауыл тұрғындарының медицина қызметкерлерімен қамтамасыз етілу деңгейін арттыру, 10 мың тұрғынға шаққанда

(2022 жыл – 91,2; 2023 жыл – 90,6; 2024 жыл – 90,6; 2025 жыл – 90,7; 2026 жыл – 90,8; 2027 жыл – 90,9; 2028 жыл – 91,0; 2029 жыл – 92,0)

Нысаналы 67-индикатор. Медициналық білім және ғылым ұйымдары персоналының орташа Хирш индексі, индекс

(2022 жыл – 0,27; 2023 жыл – 0,47; 2024 жыл – 0,45; 2025 жыл – 0,45)

Нысаналы 68-индикатор. Денсаулық сақтау ұйымдарындағы мейіргерлер санының дәрігерлер санына арақатынасы

(2026 жыл – 1,9:1; 2027 жыл – 2:1; 2028 жыл – 2,1:1; 2029 жыл – 2,2:1)

Нысаналы 69-индикатор. Кеңейтілген клиникалық функцияларды орындайтын медициналық-санитариялық алғашқы көмек мейіргерлерінің үлесі, % (2026 жыл – 8,2; 2027 жыл – 8,7; 2028 жыл – 9,1; 2029 жыл – 9,8)

Нысаналы 70-индикатор. Жетекші әлемдік орталықтарда, оның ішінде қарқынды терапия бойынша оқып шыққан дәрігерлердің санын ұлғайту, адам саны (2023 жыл – 52; 2024 жыл – 47; 2025 жыл – 52)

Нысаналы 71-индикатор. Аса тапшы мамандықтар бойынша резидентураның білім беру гранттарының санын ұлғайту, саны (2022 жыл – 1500; 2023 жыл – 2600; 2024 жыл – 3439; 2025 жыл – 3800)

Нысаналы 72-индикатор. Тәуелсіз емтихан нәтижелері бойынша жоғары деңгейдегі білім көрсеткен интернатура және резидентура бітірушілерінің үлесі (ең жоғары балдан  $\geq 80$  %): (2026 жыл – 87,5; 2027 жыл – 88,25; 2028 жыл – 89,0;

2029 жыл – 90,5)

Нысаналы 73-индикатор. Қазақстан Республикасында жүргізілетін клиникалық зерттеулер саны, млн тұрғынға есептегенде (2026 жыл – 0,85; 2027 жыл – 1,0; 2028 жыл – 1,15; 2029 жыл – 1,3)

Нысаналы 74-индикатор. Ғылыми және инновациялық қызметтен түскен кірістердің ЖЖОКБҰ жалпы бюджетіндегі үлесі, %: (2026 жыл – 2,9; 2027 жыл – 3,1; 2028 жыл – 3,3; 2029 жыл – 3,5)

Нысаналы 75-индикатор. Ғылыми және инновациялық қызметтен түскен кірістердің клиникалық бейіндегі ҒЗИ/ҒО жалпы бюджетіндегі үлесі, %, (2026 жыл – 0,8; 2027 жыл – 0,9; 2028 жыл – 1; 2029 жыл – 1,5)

Нысаналы 76-индикатор. Ғылыми және инновациялық қызметтен түскен кірістердің клиникалық емес бейіндегі ҒЗИ/ҒО жалпы бюджетіндегі үлесі, % (2026 жыл – 6; 2027 жыл – 6,5; 2028 жыл – 7; 2029 жыл – 7,5)

Нысаналы 77-индикатор. Медициналық білім беру және ғылым ұйымдарының соңғы 5 жылда (гранттық немесе бағдарламалық-нысаналы қаржыландыру шеңберінде) алынған және өндіріс / клиникалық қолдану сатысына дейін жеткізілген (дәрілік затты/медициналық бұйымды тіркеуді, денсаулық сақтау технологиясын бекітуді, клиникалық хаттамаларға енгізуді қоса алғанда) патенттерінің үлесі, % (2026 жыл – 5; 2027 жыл – 7; 2028 жыл – 10; 2029 жыл – 13)

Нысаналы 78-индикатор. Ендірілген жаңа технологиялардың жалпы санынан бейімделген шетелдік технологиялардың үлесі, % (2022 жыл – 16,6; 2023 жыл – 16,8; 2024 жыл – 17; 2025 жыл – 19)

131.	Медицина қызметкерлерінің тіркелімін, біліктілік базасын, жеке көрсеткіштерді және мониторингтеу функционалын түрлендіру бөлігінде	тестілеу актісі	2027 жылғы маусым	ДСМ, ЖИЦДМ		РБ, басқа көздер (
------	--	-----------------	-------------------	------------	--	--------------------

	денсаулық сақтау жүйесінің кадр ресурстарын есепке алудың ұлттық жүйесін жетілдіру				көзделген қаражат шеңберінде	тартылған бюджеттен тыс қаражат)
132.	Денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстарын жоспарлау және болжау бойынша әдістемелік ұсынымдарды бекіту	әдістемелік ұсынымдар және модельдеу құралы	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ, ҰДСДҒО келісу бойынша)	( талап етілмейді	
133.	Денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстары бойынша ұлттық шоттарды енгізу	ұлттық шоттар	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ	талап етілмейді	
134.	Ауылдық жерлердегі бастапқы буын және педиатриялық бейін мамандарына арналған қосымша ақы жүйесін дамыту мүмкіндігін пысықтау	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ұсыныстар	2028 жылғы желтоқсан	ДСМ, Еңбекмині, ЖАО	талап етілмейді	
135.	Өңірлерді дамыту жоспарларында ауылдық жерлерде жұмысқа орналасқан медицина қызметкерлерін ынталандыру, оның ішінде	өңірлерді дамыту жоспарларының есептері	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖАО		

	тұрғын үймен қамтамасыз ету бойынша көрсеткіштерді әзірлеу және мониторингтеу				талап етілмейді	
136.	Үздік ауыл дәрігерлеріне жеке кәсіби дамуға арналған гранттар бөлу (тағылымдамалар, халықаралық конференциялар)	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметіне есеп	2027 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖАО	денсаулық сақтау ұйымдарының меншікті қаражаты шеңберінде	басқа көздер (денсаулық сақтау ұйымдарының қаражаты)
137.	Халықаралық тәжірибе негізінде дәрігерлер мен орта медицина қызметкерлерінің лицензиялауға кезең-кезеңімен көшу мүмкіндігін қарау	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметіне ұсыныстар	2027 жылғы шілде	ДСМ	талап етілмейді	
138.	Медицина персоналын дағдарысты жағдайларда деэскалациялау және қауіпсіз мінез-құлық әдістеріне оқыту	ДСМ-ге есеп	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ЖАО, ДСМ, ПМ, ОМ	денсаулық сақтау ұйымдарының меншікті қаражаты шеңберінде	басқа көздер (денсаулық сақтау ұйымдарының қаражаты)
139.	Денсаулық сақтауда кәсіби өзін-өзі реттеу жүйесін қалыптастыру үшін медициналық			ДСМ		

	кәсіби қауымдастықтарды дамыту жөніндегі пилоттық жобаны іске қосу	ДСМ бұйрығы	2026 – 2027 жылдар		талап етілмейді	
140.	Жұмыс істеп тұрған ұйымдар базасында жұмысты ұйымдастырудың тиімді модельдерін тарату, дағдыларды дамыту, тәлімгерлік және білім алмасу бөлігінде үздік мейіргерлік практикалар орталықтарын дамыту	ДСМ-ге есеп	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖАО	талап етілмейді	
141.	Мейіргерлік күтім ауруханаларының (бөлімшелерін), хоспистерді медициналық колледждердің клиникалық базалары етіп беру	ЖАО шешімі	2026 – 2027 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖАО	талап етілмейді	
142.	Жетекші шетелдік медициналық білім беру ұйымдарымен бағдарламаларды іске асыру арқылы халықаралықынтымақтастықты дамыту және қазақстандық	қос дипломды білім беру бағдарламалары	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ҒЖБМ	ЖЖОКБҰ меншікті қаражаты шеңберінде	

	бағдарламаларды шетелге экспорттау					басқа көздер (ЖЖОКБҰ)
143.	Бағалаудың бірыңғай өлшемшарттарын енгізу, құжаттарды тапсыру және тексеру процестерін цифрландыру бөлігінде жоғары және жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру ұйымдарында қабылдау қағидаларын жетілдіру	қабылдаудың үлгілік қағидалары	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ, ҒЖБМ, ЖИЦДМ	талап етілмейді	
144.	Білім берудің, ғылымның және клиникалық практиканың үштұғырлығы аясында интеграцияланған академиялық медициналық орталықтарды құру және дамыту жөніндегі ұсыныстарды енгізу	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ұсыныстар	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ, ЖАО	талап етілмейді	
145.	Жоғары және (немесе) жоғары оқу орнынан кейінгі білім беруді қаржыландырудың жаңа моделін кезең-кезеңімен енгізу мәселесін, оның ішінде оқу	<b>Қазақстан Республикасы</b>	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ	талап етілмейді	

	процесінің сапасын ескере отырып, білім беру гранттарының мөлшерін саралауды және оларды бөлуді енгізу арқылы қарау	<b>ның</b> Үкіметін е ұсыныстар				
146.	Дипломға дейінгі және дипломнан кейінгі деңгейде ЖЖОКБҰ/ АООО-да МҚТ, ИПИБ, иммундау мәселелері бойынша оқыту модульдерін жаңарту	оқыту модульдері	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ	талап етілмейді	
147.	Биомедициналық зерттеулерді нормативтік құқықтық реттеудің үздік халықаралық тәсілдерін іске асыру	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметін е есеп	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ	талап етілмейді	
148.	Зерттеу тіркелімдерін, зерттеу орталықтарын, зерттеушілерді, волонтерлерді және т.б. қамтитын биомедициналық зерттеулер бойынша ұлттық ғылыми	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметін е ақпарат	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖИЖЦДМ, ҰДСДҒО (келісу бойынша)		РБ

	ақпараттық жүйені ілгерілету				көзделген қаражат шеңберінде	
149.	Биологиялық материалдарды сақтау және биомедицина саласында зерттеулерді жүргізуді қолдау үшін " Ұлттық биотехнология орталығы" жауапкершілігі шектеулі серіктестігі базасында бірыңғай республикалық биобанк құру мәселелерін пысықтау	<b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің талдамалық есеп	2027 жылғы желтоқсан	ДСМ, ЖЖОКБҰ, ҒЗИ, ҒО	талап етілмейді	
150.	Биомедициналық зерттеулерді ғылыми зерттеулерді бағдарламалық-нысаналы қаржыландырудың басым бағыттарына енгізу	ҒЖБМ-ге ұсыныстар	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ҒЖБМ, ЖАО, ҒЗИ, ҒО	талап етілмейді	
151.	Денсаулық сақтау саласындағы отандық ғылыми журналдарды халықаралық және ұлттық деңгейлерде дамыту және ілгерілету үшін жағдай жасау	шығарылатын журналдар	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ҒЖБМ, ЖЖОКБҰ, ҒЗИ, ҒО	бюджеттен тыс қаражат есебінен	басқа көздер (ЖЖОКБҰ, ҒЗИ, ҒО, тартылған бюджеттен тыс қаражат)
	Ішкі гранттарды іске асыруды, орнықты ғылыми					

152.	<p>траекториялар қалыптастыруды, PhD және постдокторантуралар бағдарламаларын, мансаптық консультация беру мен тәлімгерлікті дамытуды, жарияланымды қабелсенділікті ынталандыруды, ғылыми іс-шаралар жүргізуді қоса алғанда, медициналық білім беру және ғылым ұйымдарының жас ғалымдарына (35 жасқа дейін) меншікті және бюджеттен тыс қаражат есебінен қолдау көрсету</p>	<p><b>Қазақстан Республикасының</b> Үкіметінің ақпарат</p>	<p>2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан</p>	<p>ДСМ, медЖЖОКБҰ, ҒЗИ, ҒО</p>	<p>бюджеттен тыс қаражат есебінен</p>	<p>басқа көздер (ЖЖОКБҰ, тартылған бюджеттен тыс қаражат)</p>
153.	<p>Клиникалық практикаға және денсаулық сақтауды ұйымдастыруға ғылыми жетістіктерді енгізуге бағытталған трансляциялық зерттеулерді дамыту</p>	<p>өңірлердегі пилоттық трансляциялық жобалар</p>	<p>2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан</p>	<p>ДСМ, медЖЖОКБҰ, ҒЗИ, ҒО</p>	<p>бюджеттен тыс қаражат есебінен</p>	<p>басқа көздер (ЖЖОКБҰ, тартылған бюджеттен тыс қаражат)</p>
	<p>Ғылыми ұйымдардың жаһандық консорциумдарға және</p>	<p>халықаралық гранттар мен консорциумдар</p>				<p>басқа көздер (ЖЖОКБҰ,</p>

154.	халықаралық зерттеу гранттарына қатысуын кеңейту	рда қолдау көрсетілген өтінімдер саны	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖЖОКБҰ, ҒЗИ, ҒО	бюджеттен тыс қаражат есебінен	тартылған бюджеттен тыс қаражат)
155.	Медициналық білім және ғылым ұйымдарында технологияларды коммерцияландыру мен трансфертінің 5 офисін құру	ДСМ-ге есеп	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ҒЖБМ, медЖЖОКБҰ, ҒЗИ, ҒО	бюджеттен тыс қаражат есебінен	басқа көздер (ЖЖОКБҰ, ҒЗИ, ҒО, тартылған бюджеттен тыс қаражат)
156.	Денсаулық сақтау саясатының өзекті мәселелері бойынша қабылданатын шешімдерді ғылыми-талдамалық қолдау функцияларын қамтитын денсаулық сақтаудағы ЕІРМ ұлттық қызметін құру және дамыту. ЕІРМ бойынша кадрлық әлеуетті арттыру	талдамалық есептер (Policy Briefs)	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, медЖЖОКБҰ, ҒЗИ, ҒО, ЖАО	талап етілмейді	

9-бағыт. Денсаулық сақтауды орнықты қаржыландырудың прогрессивті моделі

Нысаналы 79-индикатор. Халықтың МӘМС жүйесінде қамтылу деңгейі, % (2022 жыл – 82,4; 2023 жыл – 82,6; 2024 жыл – 83; 2025 жыл – 83,5; 2026 жыл – 84,0; 2027 жыл – 84,5; 2028 жыл – 85,0; 2029 жыл – 85,5)

Нысаналы 80-индикатор. Денсаулық сақтауға арналған мемлекеттік шығыстардың үлесі, % (2026 жыл – 14,1; 2027 жыл – 13,3; 2028 жыл – 13,5; 2029 жыл – 13,7)

Нысаналы 81-индикатор. Денсаулық сақтауға арналған жалпы шығыстардың ЖІӨ-ден үлесі, % (2026 жыл – 4,7;

2027 жыл – 4,8; 2028 жыл – 4,9; 2029 жыл – 5,0)

Нысаналы 82-индикатор. Денсаулық сақтауға арналған жалпы шығыстар құрылымында "қалта" шығыстарының үлесі, % (2026 жыл – 24,7; 2027 жыл – 23,8; 2028 жыл – 22,9; 2029 жыл – 22,0)

	ТМҚКК шеңберінде және (немесе) МӘМС					
--	-------------------------------------	--	--	--	--	--

157.	жүйесінде қызмет көрсету көлемдерін және (немесе) қаражат көлемдерін орналастыру бөлігінде денсаулық сақтау ұйымдарын қаржыландыру тетіктерін өзгерту	Қазақстан Республикасы Заңының жобасы	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ, ӘлМСҚ келісу бойынша)	( талап етілмейді	
158.	Тұруға ықтиярхаты бар адамдар үшін қымбат тұратын ем алу мақсатында МӘМС жүйесіне біріктіріліп кіруін шектеу үшін тұрақты емес дербес өнім берушілердің МӘМС-ке алдын ала 12 айға жарналар төлеу мүмкіндігін алып тастау	Қазақстан Республикасы Заңының жобасы	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ, ӘлМСҚ келісу бойынша)	( талап етілмейді	
159.	Қазақстан Республикасының аумағында тұрақты тұратын шетелдіктерге және азаматтығы жоқ адамдарға, сондай-ақ олардың отбасы мүшелеріне МӘМС жүйесінде медициналық көмек көрсету	Қазақстан Республикасы Заңының жобасы	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ, ӘлМСҚ келісу бойынша)	(	

	үшін 5 жылдық тұрақты жарналар төлеу мерзімі (немесе біржолғы жарна бойынша баламасы) бойынша норманы белгілеу				талап етілмейді	
160.	<p>Медициналық ұйымдарда жасанды интеллект құралдарын енгізе отырып, ішкі бақылауды, эксаумақтылық қағидаты бойынша ӘлМСҚ тарапынан мониторингті қамтитын көпдеңгейлі аудитті күшейту</p>	ӘлМСҚ есебі	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ӘлМСҚ келісу бойынша)	( талап етілмейді	
161.	<p>ТМККК-ден және МӘМС-тен асыра жекелеген топтар үшін денсаулық сақтау қызметтеріне қамтуды кеңейтуге ықпал ететін құрал ретінде ерікті медициналық сақтандыруды заңнамалық түрде бекіту бойынша ұсыныстар әзірлеу</p>	Қазақстан Республикасының Үкіметіне ұсыныстар	2027 жылғы шілде	ДСМ	талап етілмейді	

162.	ТМККК және МӘМС шеңберінде ӘлМСҚ ақпараттық жүйелерін медициналық қызмет көрсетушілердің есепке алу жүйелерімен толық интеграциялауды қамтамасыз ету	Қазақстан Республикасының Үкіметіне ақпарат	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ, ЖИЦДМ, ЖАО, ӘлМСҚ келісу бойынша)	талап (етілмейді)	
163.	Кепілдіктерді қалыптастыру шеңберінде медициналық технологияларды бағалау тетіктерін жетілдіру	ДСМ бұйрығы	2028 жылғы шілде	ДСМ	талап етілмейді	
164.	Халықтың МӘМС жүйесіне тартылуын және сенім деңгейін: МӘМС-те сақтандырылған адамдардың құқықтары мен кепілдіктері туралы ақпараттық науқандар өткізу; ӘлМСҚ кері байланыс құралдарын және жедел желісін құру және ілгерілету; коммуникацияны профилактика бағдарламаларымен	ӘлМСҚ есебі	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, ЖАО, ӘлМСҚ (	талап етілмейді	

	интеграциялау (вакцина алу, скрининг, СӨС); мобильді топтар, телемедицина және жергілікті БАҚ арқылы шалғай өңірлерде жұмысты күшейту; пациенттердің, медицина қызметкерлерінің, ҮЕҰ мен мемлекеттік органдардың қатысуымен диалог алаңдарын қалыптастыру арқылы арттыру			келісу бойынша)		
165.	Медициналық көмектің негізгі бағыттары бойынша тарифтерді қалыптастыру әдістемесін жетілдіру	ДСМ бұйрығы	2027 жылғы желтоқсан	ДСМ	талап етілмейді	
166.	ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде міндетті дербестендірілген есепке алу және шығыстар бойынша ақпаратқа қолжетімділікті ұсыну бойынша медициналық көмек көрсетушілерге қойылатын	ДСМ бұйрығы	2026 жылғы шілде	ДСМ, ӘлМСҚ (келісу бойынша)		

	талаптарды әзірлеу				талап етілмейді	
167.	Ұйымдарды трансформаци ялауға баса назар аудара отырып, басқарушылы қ тәсілдерді, оның ішінде сапаны жалпыға бірдей басқару жүйесін, үнемді өндіріс тәсілдерін енгізу арқылы жетілдіру	Қазақстан Республикасы ның Үкіметіне ақпарат	2026 – 2029 жылдардағы желтоқсан	ДСМ, Еңбекмині	талап етілмейді	
168.	Басқару органының бенефициарла р алдындағы жауапкершілі гін күшейту арқылы денсаулық сақтау ұйымдарында ғы корпоративтік басқаруды жетілдіру	Қазақстан Республикасы ның Үкіметіне ақпарат	2026 жылғы желтоқсан	ДСМ, Еңбекмині	талап етілмейді	

Ескертпе: аббревиатуралардың толық жазылуы:

АҚШ	-	Америка Құрама Штаттары
АООО	—	арнайы орта оқу орны
АТ	—	ақпараттық технологиялар
АШМ	—	Қазақстан Республикасының Ауыл шаруашылығы министрлігі
ӘБТ	—	әкімшілік іс жүргізулердің бірыңғай тізілімі
ҒЖБМ	—	Қазақстан Республикасының Ғылым және білім министрлігі
ДЗМБСҰО	—	"Дәрілік заттар мен медициналық бұйымдарды сараптау ұлттық орталығы" шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорны
ДСМ	—	Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі

ЕАЭО	—	Еуразиялық экономикалық одақ
ЕГКАҰО	—	"Еңбек гигиенасы және кәсіптік аурулар ұлттық орталығы" коммерциялық емес акционерлік қоғамы
Еңбекмині	—	Қазақстан Республикасының Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі
ЖАО	—	жергілікті атқарушы орган
ЖИЦДМ	—	Қазақстан Республикасының Жасанды интеллект және цифрлық даму министрлігі
ИПИБ	—	инфекциялардың профилактикасы және инфекциялық бақылау бағдарламасы
КМ	—	Қазақстан Республикасының Көлік министрлігі
КМОҒЗИ	—	"Курортология және медициналық оңалту ғылыми-зерттеу институты" шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорны
Қаржымині	—	Қазақстан Республикасының Қаржы министрлігі
ҚДИАҒО	—	"Қазақ дерматология және инфекциялық аурулар ғылыми орталығы" шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорны
ҚДСҰО	—	"Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы" шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорны
МАМ	—	Қазақстан Республикасының Мәдениет және ақпарат министрлігі
медЖЖОКБҰ	—	медициналық жоғары және (немесе) жоғары оқу орнынан кейінгі білім беретін ұйымдар
ММБ	—	медициналық мақсаттағы бұйымдар
ОМ	—	Қазақстан Республикасының Оқу-ағарту министрлігі
ПБХҒО	—	"Педиатрия және балалар хирургиясы ғылыми орталығы" акционерлік қоғамы
ПҚ	—	пандемиялық қор
РБ	—	республикалық бюджет

РЭДСО	—	"Республикалық электрондық денсаулық сақтау орталығы" шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорны
СБК	—	медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасы жөніндегі біріккен комиссия
СИМ	—	Қазақстан Республикасының Сауда және интеграция министрлігі
СІМ	—	Қазақстан Республикасының Сыртқы істер министрлігі
ТЖМ	—	Қазақстан Республикасының Төтенше жағдайлар министрлігі
ТСМ	—	Қазақстан Республикасының Туризм және спорт министрлігі
ТСОБТ	—	тексеру субъектілері мен объектілерінің бірыңғай тізілімі
ҰБДҚ	—	ұлттық білім беру дерекқоры
ҰДСДҒО	—	"Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық денсаулық сақтауды дамыту ғылыми орталығы" шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорны
ҰЭМ	—	Қазақстан Республикасының Ұлттық экономика министрлігі
ҰЕҰ	—	үкіметтік емес ұйымдар
ІІМ	—	Қазақстан Республикасының Ішкі істер министрлігі
ЕІРМ	—	Еуропалық сатып алуды басқару институты (European Institute of Purchasing Management)
SARS-CoV-2	—	коронавирустық инфекция (Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus 2)