



Еуропалық Одақтың
қаржыландыруы

ҰХДБИ



INSTITUTE FOR
WAR & PEACE REPORTING



ИНСТИТУТ РЕПОРТАЖЕЙ ВОЙНЫ И МИРА



white paper

ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫНЫҢ АУЫЛ ӘЙЕЛДЕРІ ҮШІН МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТЕРДІҢ ҚОЛЖЕТІМДІЛІГІ НӘТИЖЕЛЕРІ НЕГІЗІНДЕ

«Бұл жарияланымды Еуропалық Одақ қаржыландырды.
Оның мазмұнына тек IWPR жауапты және міндетті түрде
Еуропалық Одақтың көзқарасын білдірмейді»

«БАСТАМАНЫ ҚОЛДАУ» ҚОҒАМДЫҚ БІРЛЕСТІГІ ТУРАЛЫ

Ұйымның миссиясы: Қоғамдық бастамаларды қолдау, кәсіпкерлікті дамыту және әлеуметтік әріптестікті құру арқылы әлеуметтік-экономикалық және экологиялық мәселелерді шешуге жәрдемдесу.

«Бастаманы қолдау» қоғамдық бірлестігі 2001 жылдың 2 қыркүйегінде тіркелген. «Бастаманы қолдау» ҰЕҰ Арал маңы өңіріндегі қауымдастықтарды дамытуға бағытталған, атап айтқанда: үкіметтік емес ұйымдардың институционалдық дамуы арқылы азаматтық қоғамды нығайту, Арал маңы өңірі тұрғындарының құқықтары мен мүдделерін қорғау, гендерлік теңдік саясатын ілгерілету, әйелдердің, балалардың және басқа да осал топтардың құқықтарын нығайту үшін ағартушылық жұмыстарды жүргізу, адвокациялық жобаларды іске асыру, мемлекеттік органдармен, БАҚ-пен және бизнес құрылымдарымен әріптестікті дамыту арқылы жүзеге асырылады.

IWPR ТУРАЛЫ

IWPR (Соғыс пен бейбітшілікті баяндау институты) қақтығыс, дағдарыс немесе өтпелі кезеңдегі елдерде жергілікті халықтың дауысын күшейтіп, оң өзгерістерге жол ашады. Жеккөрушілік тіл мен үгіт-насихат белең алып, журналистер мен азаматтық белсенділер шабуылға ұшыраған кезде, IWPR сенімді ақпарат таратып, қоғам үшін маңызды қоғамдық пікірталастарды қолдайды. Жаңа жалған ақпарат түрлері әлеуметтік араздықты күшейтіп, цифрлық қауіпсіздікке қатер төндіріп, журналистерге шабуылдарды жиілетіп жатқан қазіргі заманда IWPR-дың жергілікті дауыстарды қолдау миссиясы бұрынғыдан да маңызды бола түсті. IWPR-дың негізгі қызметі – журналистер мен азаматтық қоғам өкілдерінің қауымдастықты ақпараттандыруына, ағартуына және жұмылдыруына мүмкіндік беру арқылы сенімді, бейтарап ақпарат ағынын күшейту. IWPR қоғамның өз шешімін өзі табуына көмектеседі, есептілік, сөз бостандығы және адам құқықтары үшін репортаж жасау мен адвокаттық қызмет жүргізу қабілетін арттыру арқылы жергілікті әлеуетті нығайтады.

ЕУРОПАЛЫҚ ОДАҚ ТУРАЛЫ

Еуропалық Одақ – Еуропаның 27 елінен тұратын экономикалық және саяси одақ. Ол – адамның қадір-қасиетін құрметтеу, бостандық, демократия, теңдік, заң үстемдігі және адам құқықтары, соның ішінде азшылық өкілдерінің құқықтарын құрметтеу құндылықтарына негізделген. Қоғам, қоршаған орта және экономиканың тұрақты дамуына жәрдемдесу үшін әркімнің пайдасына орай жаһандық деңгейде әрекет етеді.

МАЗМҰНЫ

«Бастаманы қолдау» қоғамдық бірлестігі туралы	02
IWPR туралы	02
Еуропалық Одақ туралы	02
Аббревиатуралар мен қысқартулар	04
Кіріспе	05
Зерттеудің мақсаты мен бағыты	07
Зерттеу тәсілдері	09
Зерттеу нәтижелері	10
Онлайн-сауалнама нәтижелері	12
Медицина ұйымдарындағы бақылау нәтижелері	18
Дөңгелек үстелдің нәтижесі	20
Зерттеу нәтижелерінің қорытындылары	21
Қысқаша ұсынымдар	23

АББРЕВИАТУРАЛАР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР

ЖАП – Жоғары аудиторлық палата;

ЖТД – жалпы тәжірибелік дәрігер;

АПВ – адам папиллома вирусы;

ККТМК – кепілді көлемдегі тегін медициналық көмек;

КМК – коммуналдық мемлекеттік кәсіпорын;

ММ – мемлекеттік мекеме;

ФЖЭ – фертильді жастағы әйелдер;

ПӘК – пайдалы әсер коэффициенті;

ЕДШ – емдік дене шынықтыру;

МАЖ – медициналық ақпараттық жүйе;

ҚР ДСМ – Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі;

ӨСҰ – туу кезіндегі өмір сүру ұзақтығы;

МӘМС – Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру ;

ЖАО – жергілікті атқарушы органдар;

ХПА – халықаралық патенттелмеген атауы;

ҚДСҰО – Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы;

ҰҒДСДО – Салидат Қайырбекова атындағы Ұлттық ғылыми денсаулық сақтауды дамыту орталығы;

ҚР ҰКП – «Атамекен» ҚР Кәсіпкерлерінің Ұлттық палатасы;

ҚР – Қазақстан Республикасы;

АДА – ауылдық дәрігерлік амбулатория;

СЭҚ – санитариялық-эпидемиологиялық қызмет;

ЖШС – жауапкершілігі шектеулі серіктестік;

ДСБ – Денсаулық сақтау басқармасы;

УДЗ – ультрадыбыстық зерттеу;

ӘМСҚ – Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры;

ОАА – орталық аудандық аурухана.

UNICEF – БҰҰ Балалар қоры;

UNFPA – БҰҰ Халықты орналастыру қоры.

КІРІСПЕ

Әр адам денсаулығын сақтауға және медициналық көмек алуға құқығы бар, бұл – халықаралық құқықтың жалпыға бірдей нормасы. Азаматтардың денсаулығын қорғау қоғам өмірінің ажырамас шарты болып табылады, ал мемлекет өз азаматтарының денсаулығын сақтау үшін жауапты. Статистикаға сәйкес, қазақстандықтардың өмір сүру ұзақтығы дамыған елдермен салыстырғанда әлдеқайда төмен: өмір сүру ұзақтығы бойынша Қазақстан әлем елдері арасында **104-орында**.¹ Қазақстандағы орташа күтілетін өмір сүру ұзақтығы – **75,09 жыл**², бұл әлеуметтік салада, соның ішінде денсаулық сақтау жүйесінде елеулі мәселелердің бар екенін көрседі.

Сонымен қатар, Қызылорда облысында туған кездегі күтілетін өмір сүру ұзақтығы (**КӨҰ**) **74,58 жылды** құрайды (**Қазақстан Республикасының (ҚР) өңірлері арасында 10-орын**), бұл республикалық орташа деңгейден төмен. Бұдан бөлек, облыстағы әйелдердің КӨҰ көрсеткіші – **78,1 жыл**, бұл көрсеткіш бойынша өңір ел бойынша **16-орында (аутсайдер аймақтардың қатарында)**. Ауылдық жерлердегі әйелдердің өмір сүру ұзақтығы қала тұрғындарынан төмен – орта есеппен **77,87 жыл (қаладағы 78,47 жылмен салыстырғанда 0,6 жылға аз)**.

2020 жылдан бастап Қазақстанда міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру енгізілді, және қазір қазақстандықтар медициналық қызметтерді екі пакет бойынша алады – бұл кепілдендірілген көлемдегі тегін медициналық көмек (**ККТМК**) және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру пакеті (**МӘМС**).

Қазір Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры (**ӘМСҚ**) тарапына айтылатын сын күшейіп келеді. Бұған негізгі медициналық қызметтер мен дәрі-дәрмектердің қолжетімсіздігі, жалған есеп жүргізу, сақтандырылған мәртебеге байланысты мәселелер және басқа да жағдайлар себеп болып отыр. Бұл сын қоғам мен халық тарапынан ғана емес, сонымен қатар уәкілетті мемлекеттік органдар тарапынан да айтылуда (**мысалы, 2024 жылғы Жоғары аудиторлық палатаның жазбасын қараңыз**). Мұндай жағдайдың туындауына денсаулық сақтау жүйесіндегі жинақталған кемшіліктер де әсер етті.

Сондықтан бүгінде ҚР денсаулық сақтау жүйесіне реформа қажет екені айқын, оның ішінде жедел медициналық жәрдем қызметін жетілдіру, емханалардағы учаскелерді ұсақтау жұмысын жеделдету, санитарлық-эпидемиологиялық қызметті (**СЭҚ**) қайта құру және барлық қатысушы құрылымдардың цифрлық үйлестіруін қамтамасыз ету қажет. Халықты тегін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету, аурудан кейінгі оңалту, бірыңғай диспетчерлік қызмет құру және басқа да мәселелер өзекті болып отыр. Әсіресе ауылдық жерлердегі әйелдер үшін медициналық қызметтердің қолжетімділігін қамтамасыз ету мәселесін қадағалау маңызды.

¹ <https://www.worldometers.info/demographics/life-expectancy/>

² По данным Статистического сборника Министерства здравоохранения Республики Казахстан «ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ в 2023 году», стр. 26, таблицы №4 и №5

Осылайша, қазір ауыл тұрғындарының тегін дәрі-дәрмектер мен медициналық қызметтерге қолжетімділігіне байланысты бірқатар мәселелері бар. Мемлекет кепілдік берген тегін медициналық қызметтер жүйесі болғанына қарамастан, көптеген адамдар олардың бар екенінен және оларды пайдалану құқығынан бейхабар. Сонымен қатар, тегін берілетін дәрілер тізіміне енген кейбір препараттар емделушілерге әрдайым тиімді бола бермейді, соның салдарынан науқастар өз қаражатын, зейнетақысын немесе жәрдемақысын нағыз қажет, әрі әсері бар дәрілерді сатып алуға жұмсауға мәжбүр. Нәтижесінде, тегін берілетін дәрі-дәрмектер (кейбір науқастар үшін тиімділігі төмен болғандықтан) пайдалану мақсатына жетпейді, ал халықты тегін дәрілермен қамтамасыз ету бағдарламасы қаржылық ресурстарды ұтымсыз жұмсау қаупіне әкеледі. Сонымен қатар, аталған дәрілер белгілі бір адамдар тобына тиімді болғанымен, оларды жыл бойы үзіліссіз алу дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету барысындағы кідірістерге байланысты әрдайым мүмкін бола бермейді. Сондай-ақ, тегін көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасын (жүкті әйелдер мен балаларға арналған стоматологиялық қызметтер, амбулаториялық және физиотерапиялық емдеу) жетілдіруді қажет етеді. Осыған байланысты бақылау, мониторинг және көрсетілетін қызметтердің сапасын бағалау жүйесінің жеткіліксіздігі де әсер етуі ықтимал. Барлық осы факторлардың жиынтығы ауылдық жерлерде медициналық қызметтердің қолжетімділігінің төмендеу қаупін арттырады.

Зерттеу көрсеткендей, ауылда тұратын әйелдердің басым бөлігі өз құқықтарын білмейді және кепілдендірілген медициналық қызметтер мен дәрі-дәрмектерді алу мүмкіндігін пайдаланбайды.

Денсаулық сақтау саласында туындаған мәселелер мемлекеттік медициналық қызметтердің тиімділігін арттыру қажеттілігін көрсетеді. Бұл ауылдық әйелдердің ККТМК мен МӘМС шеңберінде медициналық қызметтерге қолжетімділігін қамтамасыз етіп, медициналық қызметтердің сапасын жақсартуға мүмкіндік береді.

ЗЕРТТЕУДІҢ МАҚСАТЫ МЕН БАҒЫТЫ

Бұл зерттеудің мақсаты – Қызылорда облысының ауылдарында тұратын әйелдердің мемлекеттік медициналық қызметтерді тиімді, әрі сапалы қызмет алу мүмкіндігін арттыру, және осы медициналық қызметтерді тегін алу құқықтарын қорғау. Өз кезегінде, осы құжат жобаның далалық бөлігі іске асырылған кезде анықталған мәселелерді шешудің ықтимал жолдарын тұжырымдауға бағытталған.

Әйелдер контингентінің денсаулық сақтау саласындағы қажеттіліктер тұрғысынан ерекшелігі әртүрлі факторларға байланысты қалыптасады (**бұл жерде және бұдан әрі – тізім шектеулі емес және толық немесе өзара ерекшеленетін сипатта емес**). Олардың қатарына әйел организмнің объективті физиологиялық ерекшеліктері мен репродуктивтік қызметі, әлеуметтік-тұрмыстық мәртебесі мен әлеуетті осалдық деңгейі, отбасы мен үй шаруашылығындағы кеңейтілген жауапкершілік аймағы, сондай-ақ менталитет жатады.

Ауылда тұратын әйелдердің медициналық көмекке қолжетімділігіне қатысты өзекті тақырыптар шеңбері мыналарды қамтуы мүмкін:

- контрацепцияға, фертильді жастағы (**бала туу жасындағы**) және жүкті әйелдердің медициналық қызметтерге қолжетімділігі мәселелері;
- 5 жасқа дейінгі балалары бар және көпбалалы әйелдердің медициналық көмек алу ерекшеліктері;
- тұрмыстық зорлық-зомбылық жағдайларында мамандандырылған медициналық және психологиялық көмек көрсету;
- әйелдердің психикалық (**менталдық**) денсаулығы;
- бейінді аурулар (**бірқатар онкологиялық аурулар, жынысқа тән эндокринологиялық бұзылыстар, акушерлік-гинекологиялық мәселелер және т.б.**);
- балалардың иммундауы және адам папиллома вирусы (**АПВ**) туралы көзқарас пен ақпараттың қолжетімділігі мәселелері және т.б.

Аталған бағыттар бойынша, бірқатар зерттеулер жүргізуге болады, және көрсетілген салалардың көпшілігінде (**мысалы, UNICEF – БҰҰ Балалар қоры иммундау бағыты бойынша, UNFPA – гендерлік зорлық-зомбылық пен контрацепция мәселелері бойынша, Ұлттық қоғамдық денсаулық сақтау орталығы мен республикалық деңгейдегі клиникалық медициналық ұйымдар – өз контингентінің бейіндік топтары бойынша және т.б.**) тиісті институционалдық құрылымдар кең көлемде жұмыс жүргізіп келеді.

Сәйкесінше, тақырыпты тереңірек зерттеу үшін мәселені дұрыс қою, егжей-тегжейлі деректер

жинау және тиісті бейіндегі медициналық мамандармен кеңесу қажет. Осыған байланысты бұл құжат және оған қатысты зерттеу ККТМК мен МӘМС шеңберінде ауылда тұратын әйелдерге медициналық көмектің жалпы (бейспецификалық) қолжетімділігін талдаумен шектеледі. Бұдан бөлек, барлық халық топтарына әсер ететін, қандай да бір тар бағыттағы ерекшеліксіз, жалпы инфрақұрылымдық аспект қарастырылған.

ЗЕРТТЕУ ТӘСІЛДЕРІ

Қызылорда облысының ауылдық жерлеріндегі әйелдердің ККТМК мен МӘМС аясындағы медициналық қызметтердің қолжетімділігін зерделеу және талдау екі пилоттық ауылдық аумақта жүргізілді: Шіркейлі ауылы (ауылдық дәрігерлік амбулаториясы (АДА) – Сырдария аудандық орталық ауруханасы КМК-ға қарайды) және Қызылорда қаласының Қараөзек ауылдық округі (ауылдық дәрігерлік амбулаториясы (АДА) – Қызылорда қалалық №5 емханасы МКК-ға қарайды). Зерттеу мынадай әдістерді қолдану арқылы жүргізілді:

- Google Forms құралдары негізінде онлайн-сауалнама жүргізу (14 жабық мазмұндық сұрақ, 4 идентификациялық сұрақ және медициналық көмектің қолжетімділігі, шағымдар мен жетілдіру жөніндегі ұсыныстар туралы пікір білдіруге арналған 1 мәтіндік өріс);
- Әйелдермен сұхбат жүргізу (12 ашық сұрақ);
- Медициналық ұйымдарда бақылау жүргізу (21 бөлім-сұрақтан тұратын құрылымдалған бақылау парағы);
- Дөңгелек үстел өткізу.

Назар аударатын жайт: жобаның далалық бөлігі үшін таңдалған әдістер зерттеудің талдамалық әлеуетін ауылдық жерлерде тұратын, медициналық көмекті потенциалды алушы әйелдердің жеке бағалауымен шектейді; сыртқы бағалауды / заңнаманы талдауды / өзге өңірлермен, қалалармен, өзге әлеуметтік немесе гендерлік топтармен салыстырмалы талдауды (бенчмарк) / өзге де кеңейтілген талдауды көздейтін әдістер, медициналық ұйымдардағы бақылаудан басқа, зерттеу шеңберіне кірмейді. Сондықтан, бұдан әрі сөз тек ауыл әйелдерінің жағдайды қабылдауы туралы болады.

ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Зерттеудің далалық бөлігі нәтижелерін әдістер тұрғысынан баяндауға кіріспес бұрын, төменде (және жоғарыда) келтірілген ақпарат тек болжамды сипатта екенін, респонденттердің бастапқы субъективті жауаптары негізінде жинақталғанын және айыптау немесе әшкерелеу мәніне ие еместігін атап өткен жөн. Сондай-ақ, сұхбат алу барысында белгілі бір пікірлердің қалыптасу себептерін талдау немесе респонденттердің қандай да бір құқықтарының бұзылу фактілерін тіркеу жүргізілмеді.

Сұхбат нәтижелері

Сұхбатқа қатысқан әйелдер:

- Қызылорда қаласының Қараөзек ауылдық округінің 8 тұрғыны
- Сырдария ауданы Шіркейлі ауылының 7 тұрғыны
- Қызылорда қалалық №5 емханаға тіркелген 3 әйел

Сұхбат нәтижелері бойынша, респонденттер:

- оны тұтас жүйе ретінде де;
- ККТМК мен МӘМС пакеттері тұрғысынан да;
- пациенттерді дәрі-дәрмекпен және медициналық бұйымдармен (ДБ мен МБ) қамтамасыз ету бөлігінде де;
- сондай-ақ жекелеген қызметтер тұрғысынан (мысалы, ауылдарда дәріханалардың немесе қажетті дәрілердің жоқтығы, жедел жәрдем бригадаларының дәрі-дәрмек тапшылығы, тәулік бойғы стационарда ем алудың қиындығы, диагностика (УДЗ, рентген) мен зертханалық қызметтердің дәлдігі мен қолжетімділігіне қатысты шағымдар айтылған) денсаулық сақтау жүйесін орта деңгейде бағалайды:

Дәйексөз:

«Дәрілер мен медициналық қызметтердің қолжетімділігі өте төмен... МӘМС аясында жарияланған тегін кепілдіктері іс жүзінде орындалмайды. Халық нақты нәтижені көрмей отыр».

Дәйексөз:

«Дәрі-дәрмек пен медициналық қызметтердің қолжетімділігі өте төмен... Міндетті медициналық сақтандыру көрсетілгенімен, тегін қамту кепілдіктері орындалмай жатыр. Халық еш нәтиже көріп отырған жоқ».

Сондай-ақ, пациенттер тар шеңберлі мамандардың жетіспеушілігі туралы хабарлады (әсіресе әйелдер денсаулығына қатысты бағыттарда – гинеколог, гематолог, эндокринолог, невропатолог, педиатр сияқты мамандар). Зертханалық диагностика қызметтерінің қолжетімділігі де шектеулі: талдау нәтижелерін ұзақ күту, кейбір талдауларды тек ақылы негізде тапсыру қажеттілігі, ауыл жағдайында толық спектрлі зертханалық талдаулардың алынбауы сияқты мәселелер бар. Сонымен қатар, медициналық көмектің кейбір түрлері ақылы түрде (бұл шешімнің бастамашысы кім екені нақты белгісіз; пациенттің өз өтініші бойынша болуы мүмкін) көрсетілетіні анықталған.

Медициналық көмектің сапасына шағымдану мүмкіндіктері мен арналары туралы ақпарат деңгейі өте төмен.

Бұдан бөлек, медициналық ақпараттық жүйелердің (МАЖ) қосымшаларын пайдалану тәжірибесі де кең таралмаған.

Жоғарыда сипатталған денсаулық сақтау қызметтерін қабылдау ерекшеліктеріне қарамастан, респонденттер мемлекеттік және жеке меншік медицинаға бірдей деңгейде басымдық береді (жекеменшік медицинаны таңдаудың жалғыз аталған себебі – медициналық көмек алу кезегінің болмауы).

ОНЛАЙН-САУАЛНАМА НӘТИЖЕЛЕРІ

Сауалнамаға 193 респондент қатысты: олардың 117-сі – Қызылорда қаласының Қараөзек ауылдық округінен, 76-сы – Сырдария ауданының Шіркейлі ауылынан.

Дәйекті санаттар бойынша: «Емделушінің өз құқықтарын білуі», «Емделушінің таңдауы», «медициналық қызметтерді пайдалану», «денсаулық сақтау жүйесіндегі сыбайлас жемқорлық», «емделушінің қанағаттануы» – онлайн-сауалнама нәтижелері төмендегідей көрініс табады:

«Емделушінің өз құқықтарын білуі» категориясы

Тегін медициналық көмек пен дәрі-дәрмектер алу құқығы туралы хабардарлық деңгейін респонденттердің өздері былай бағалады: жеткілікті деңгейде хабардар – 25%; ішінара хабардар – 49%; мүлде хабарсыз – 27%.

Алайда егжей-тегжейлі деректер мұндай оптимистік (өзіндік) бағалауды растамайды:

- өз құқықтары туралы мүлде білмейтіндер – 19%;
- 30%-дан жоғары хабардарлық тек екі бағытта байқалады: медициналық ұйымды таңдау құқығы туралы (37%) және өз денсаулығының жай-күйі жөнінде толық ақпарат алу құқығы туралы (32%).
- Респонденттердің 20–30%-ы ғана келесі бағыттар бойынша хабардар екені анықталды: диспансерлік есепте тұрған адамдарға арналған тегін медициналық қызметтер мен дәрі-дәрмектер туралы (24%); ауруханаларда көрсетілетін тегін медициналық қызметтер мен дәрі-дәрмектер туралы (23%); жүкті әйелдерге арналған тегін медициналық қызметтер мен дәрі-дәрмектер туралы (22%); клиникада және үй жағдайында көрсетілетін тегін медициналық қызметтер туралы (27%); аурудан кейінгі оңалту және қалпына келтіру бойынша тегін көмек алу мүмкіндігі туралы (22%); 5 жасқа дейінгі
- балаларға арналған тегін медициналық қызметтер мен дәрі-дәрмектер туралы (20%) хабардар.
- Хабардарлықтың ең төменгі деңгейі (20%-дан аз) келесі бағыттарда: дәрігерді таңдау құқығы туралы (19%), денсаулық жағдайы мен медициналық көмекке жүгіну фактісі

жөніндегі мәліметтердің құпиялылығын сақтау құқығы туралы (14%), тегін медициналық қызметтер мен дәрі-дәрмектер алу кезінде пациент құқықтарының бұзылуы жағдайында оларды қорғау құқығы туралы (15%) және медициналық араласудан бас тарту құқығы туралы (5%) байқалды.

Осылайша, халықтың денсаулық сақтау саласындағы өз құқықтары туралы хабардарлық деңгейі өте төмен екені байқалады.

Дәйексөз
(сұхбаттан алынды):

«Емделушіге дәрігерді өзі таңдау құқығын беру қажет».

«Емделуші таңдауы» категориясы

Респонденттер белгілі бір дәрежеде мемлекеттік меншік формасындағы медициналық ұйымдарға жекеменшік ұйымдарға қарағанда көбірек (38% қарсы 34%; 28% жауап беруде қиналған) сенім білдіреді. Жалпы алғанда, бұл көрсеткіштер сұхбат нәтижелеріне сәйкес келеді. Дегенмен, жекеменшік клиникаларға қатысты нақты артықшылық беру байқалмайды: сұхбатта «Сіз мемлекеттік, әлде жекеменшік медицинаны қалайсыз ба?», онлайн-сауалнаманың «Қай медициналық ұйымдарға көбірек сенесіз?» деген сұрақтарға бірыңғай жауап жоқ, өйткені Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорымен (ӘМСҚ) келісім бойынша ККТМК / МӘМС аясында қызмет көрсететін жеке клиникалар мен сол клиникалардағы ақылы қызметтер немесе ӘМСҚ-мен келісімшарты жоқ жеке клиникалар арасындағы айырмашылық нақты айтылмайды. Тегін медицинаның жалпы теріс бағалануы және ең жиі айтылатын шағым – жоспарлы медициналық көмек алу кезегінің ұзақтығы (ақылы қызмет көрсететін жеке клиникалар үшін тән емес құбылыс) мынадай қорытынды жасауға мүмкіндік береді: клиникаларға меншік формасы бойынша сенімдегі айырмашылықтар келесі факторлардың үйлесімінен туындауы ықтимал: (а) халықтың төлем қабілетінің төмендігі (көпшілігінің ККТМК / МӘМС аясындағы қызметтерді пайдалануға мәжбүр болуы); (ә) өңірде жеке клиникалар желісінің жеткіліксіз дамуы; (б) жеке клиникалардың ӘМСҚ келісімдері шеңберінде көрсететін медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігі бойынша айырмашылықтардың шамалы болуы немесе олардың мүлде болмауы.

«Емделуші таңдауы» категориясына пациенттердің өз құқықтары туралы хабардарлығы жөніндегі бұрын келтірілген деректерді де жатқызуға болады: респонденттердің 37%-ы медициналық ұйымды таңдау құқығы бар екенін біледі, ал бар болғаны 19%-ы дәрігерді таңдау құқығы туралы хабардар. Бұл көрсеткіштер өте төмен, өйткені аталған тетіктер Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінде он жылдан астам уақыт бойы енгізіліп, жұмыс істеп келеді.

Бұдан бөлек, төменде көрсетілетіндей, медициналық көмек бағыттары бойынша жағдай келесідей:

- дәрігердің амбулаториялық қабылдауында емделушілердің **11%-ы** өздерінің тегін медициналық көмек алу құқығын пайдаланбай, тек ақылы форматты таңдайды;
- госпитализация кезінде (болжам бойынша, тәулік бойы жұмыс істейтін стационарда) емделушілердің **6%-ы** да тегін медициналық көмек алу құқығын пайдаланбай, ақылы емдеуді жөн көреді;
- **58%** емделушілер медициналық ақпараттық жүйе (МАЗ) қосымшаларын білмейді немесе пайдаланбайды.

Дәйексөз
(сұхбаттан алынды):

«Тегін медициналық көмекке жүгінгеннің өзінде, ақыр соңында бәрібір ақылы қызметке жүгінуге тура келеді».

«Медициналық қызметтерді пайдалану» категориясы

Респонденттердің бағалауы бойынша, медициналық көмек бағыттары тұрғысынан жағдай мынадай:

- дәрігердің амбулаториялық қабылдауына қатысты емделушілердің **11%-ы** өздерінің тегін медициналық көмек алу құқығын пайдаланбай, тек ақылы форматты қалайды; тегін қызметтерді пайдаланатындардың ішінде **27%-ы** амбулаториялық қабылдауға жүгінуде елеулі қиындықтарға тап болады, **36%-ы** аздаған қиындық сезінеді, ал **37%-ы** мүлде қиындық көрмейді.
- Тәулік бойы жұмыс істейтін стационарға госпитализация кезінде: емделушілердің **6%-ы** өздерінің тегін медициналық көмек алу құқығын пайдаланбай, тек ақылы форматты таңдайды; тегін қызметтерді пайдаланатындардың ішінде **39%-ы** айтарлықтай қиындықтарға тап болады (соның ішінде емделушіні Госпитализация бюросының порталына кезекке қою үшін құжаттарды жинаудың қиындығы), **32%-ы** аздаған қиындық сезінеді, ал **29%-ы** ешқандай қиындық көрмейді.
- Тегін дәрі-дәрмектерді алу кезінде: емделушілердің **48%-ы** айтарлықтай қиындықтарға тап болады, **35%-ы** ешқандай қиындық көрмейді, ал **17%-ы** бұл сұраққа жауап беруде қиналған;

- Сондай-ақ тегін дәрі-дәрмектерді алу кезінде: емделушілердің 30%-ы тегін дәрілер қолжетімсіз деп есептейді, тек 22%-ы олардың сапасына разы болған, 34%-ы сапасына көңілі толмауы себебінен тегін дәрілерді пайдаланбайды, ал 15%-ы дәрілерді қажеттіліксіз алады, сондықтан оларды мүлде қолданбайды, немесе өте сирек қолданады (осылайша, респонденттердің бағалауы бойынша, амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің шамамен 78%-ы тиімсіз жұмсалады, ал жиынтық тиімділік деңгейі шамамен 22%-ды құрайды).
- Емделушілердің 58%-ы медициналық ақпараттық жүйе (МАЖ) қосымшаларын білмейді немесе пайдаланбайды, 27%-ы оларды пайдаланады және ыңғайлы деп санайды, ал 16%-ы жеткілікті дәрежеде ыңғайлы емес деп есептейді.

Дәйексөз
(сұхбаттан алынды):

«Ауылда дәріхана жоқ, жедел жәрдем қала орталығынан келеді, жету уақыты – 30 минуттан 1 сағатқа дейін. Сағат 16:00-ден кейін ауылдағы медицина қызметкерлері көмек көрсетпейді»;

«Қажетті дәрілер берілмейді. Арзан әрі сапасыз баламалары ғана таратылады. Кейде мүлде қажетсіз препараттар беріледі»;

«Кей жағдайларда талдау нәтижелері жарамсыз күйде келгенде, дәрігердің өзі басқа жерге барып, ақылы түрде талдау тапсыруды сұрайды».

«Денсаулық сақтау жүйесіндегі сыбайлас жемқорлық» категориясы

Емделушілердің 63%-ы медицина қызметкерлеріне материалдық алғыс көрсетпеген, 17%-ы өз бастамасымен алғыс білдірсе, ал 20%-ы мұны медицина қызметкерлерінің талабымен жасаған.

Сонымен қатар, респонденттердің 42%-ы сыбайлас жемқорлықты айтарлықтай жоғары деп бағалайды, 27%-ы – орта деңгейде, ал 31%-ы – шамалы деп есептейді (жалпы алғанда, 69% теріс бағалау нәтижесі).

Екі өзара байланысты сұрақ бойынша алынған қайшылықты нәтижелер, мүмкін, «сіз медицина қызметкерлеріне алғыс білдірдіңіз бе?» деген тікелей сұраққа ашық жауап беруге құлықсыздықты көрсетеді.

«Емделушінің қанағаттануы» категориясы

Жалпы алғанда, респонденттердің 19%-ының денсаулық сақтау қызметтеріне көңілі толса, 52%-ының ішінара разы, ал 29%-ының мүлдем көңілі толмаған.

Медициналық көмектің түрлері мен нысандары, сондай-ақ жекелеген медициналық қызмет топтары тұрғысынан алғанда, қанағаттанушылық көрінісі келесідей сипатталады:

- жалпы тәжірибе дәрігерлерінің (ЖТД) қызмет сапасына емделушілердің 38%-ының көңілі толған, 40%-ының ішінара көңілі толған, ал 22%-ының мүлде көңілі толмаған;
- тар шеңберлі мамандың қызмет сапасына емделушілердің 28%-ының көңілі толған, 46%-ы ішінара көңілі толған, ал 26%-ы қанағаттанбаған;
- зертханалық қызметтердің сапасына 33%-ының көңілі толған, 46%-ы ішінара көңілі толған, 21%-ы көңілі толмаған;
- ультрадыбыстық зерттеу (УДЗ) мен рентгенография сапасына 33%-ының көңілі толған, 49%-ының ішінара көңілі толған, 18%-ының көңілі толмаған;
- радиологиялық қызметтердің (компьютерлік томография және магниттік-резонанстық томография) сапасына 34%-ының көңілі толған, 44%-ының ішінара көңілі толған, 22%-ының мүлдем көңілі толмаған;
- жедел медициналық жәрдем қызметін соңғы 12 ай ішінде пайдаланған емделушілердің арасында 37%-ының көрсетілген қызметке көңілі толған, 31%-ының ішінара көңілі толған, ал 32%-ының көңілі мүлдем толмаған.

Жалпы алғанда, көмек түрлері мен қызмет бағыттары бойынша орташа алғанда көңілі толған – 34%, ішінара көңілі толғандар – 43%, көңілі мүлдем толмағандар – 24%. Бұл көрсеткіштер Қазақстан Республикасы Жоғары аудиторлық палатасының (ЖАП) деректерімен сәйкес келеді: қазақстандықтардың денсаулық сақтау қызметтерінің сапасына қанағаттану деңгейі 50%-ға ³ да жетпейді.

Дәйексөз
(сұхбаттан алынды):

«Ауылдағы жедел жәрдем қызметінің жұмысын нашар деп бағалаймын. Барлығы таксимен жүреді, мысалы, жүкті әйелдерде толғақ басталған кезде, босану ұйымына өздері таксимен жетеді».

³ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВЫСШЕЙ АУДИТОРСКОЙ ПАЛАТЫ К ОТЧЕТУ ПРАВИТЕЛЬСТВА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ОБ ИСПОЛНЕНИИ РЕСПУБЛИКАНСКОГО БЮДЖЕТА за 2023 год, стр. 18
(утверждено постановлением Мажилиса Парламента от 21 июня 2024 года №17-VIII-ПРК)

Медициналық көмекке қатысты шағымдардың егжей-тегжейін талдау кезінде келесі көрсеткіштер байқалды:

- 9% респондент жауап беруде қиналған;
- 16% жалпы медициналық қызмет көрсетуге көңілі толған;
- кезек мәселесі бойынша: 42% респондент дәрігер қабылдауына жазылу кезінде ұзақ күтуге мәжбүр екенін айтқан, 37% – тегін медициналық тексерудегі ұзақ кезекке шағымданған, 19% – жедел жәрдем көлігін күту уақытының (15–30 минуттан астам) ұзақтығына наразылық білдірген;
- медицина қызметкерлерінің кәсіби және этикалық мінез-құлқы бойынша: 27% емделуші медицина қызметкерлерінің немқұрайлылығын атап өткен, ал 19%-ы дәрігерлердің біліктілігіне қатысты шағым айтқан;
- медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасы бойынша: 25% стационарға жату өте қиын екенін айтқан (бұл «медициналық қызметтерді пайдалану» санаты бойынша алынған нәтижелермен сәйкес келеді), 17% дәрігерлер тым қымбат дәрілер жазып беретінін, 15% клиникалық зертханалардағы талдаулар сапасына наразы екенін, 14% диспансерлік емделушілерге жеткілікті көңіл бөлінбейтінін, ал 10% ауыр науқастарға үй жағдайында медициналық көмек алу қиындығын атап өткен.

Онлайн-сауалнама нәтижелері бойынша «Емделушінің қанағаттануы» санатында денсаулық сақтау жүйесіне және көрсетілетін қызметтерге жалпы қанағаттану деңгейіне қатысты үш негізгі көрсеткіш алынған:

- көңілі толғандар – 19%, ішінара көңілі толғандар – 52%, көңілі толмағандар – 29%;
- көңілі толғандар – 34%, ішінара көңілі толғандар – 43%, көңілі толмағандар – 24% (орташа алғанда, бағыттар бойынша);
- жалпы алғанда, көңілі толғандар – 16%.

Өкінішке қарай, қанағаттану үлесінің 16%-дан 34%-ға дейінгі айырмашылығын ескере отырып, бұл деректерді мазмұнды түрде түсіндіру мүмкін емес.

МЕДИЦИНА ҰЙЫМДАРЫНДАҒЫ БАҚЫЛАУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Бақылау Сырдария ауданының Шіркейлі ауылы мен Қараөзек ауылындағы ауылдық дәрігерлік амбулаторияларда (АДА) жүргізілді.

Екі АДА да бір типтік жоба бойынша салынған. Дегенмен, нысандардың материалдық-техникалық жабдықталуы айтарлықтай ерекшеленеді. Қараөзек ауылдық дәрігерлік амбулаториясында (Шіркейлі АДА-да, егер бөлек көрсетілмесе, төменде аталған кемшіліктердің ешқайсысы байқалмаған):

- ғимаратқа кіру және оның ішінде қозғалу қиындау, соның ішінде мүмкіндігі шектеулі жандар үшін: кіреберіс / баспалдақ кафельдерінің беті сынған, тактильді жолша стандарттарға сәйкес келмейді, арбалар жоқ;
- ғимарат кіреберісінде күзетші немесе кезекші қызметкер көрінбейді (штат кестесінде күзетші бірлігі бар), кабинеттердің тізімі мен бағыттамалар көрсетілмеген;
- ғимаратта кондиционерлер жоқ, ал дәрігер кабинеттеріндегі терезелер ашылмайды, бұл аймақтың климаттық ерекшеліктерін ескерсек, жаз мезгілінде айтарлықтай мәселе туғызуы мүмкін;
- медициналық жабдықтар толық емес, биологиялық материал алу кабинеті мен акушерлік кабинет жоқ;
- дәрігер кабинеттерінде перделер мен ширмалар, ал процедура кабинетінде перде жоқ;
- әжетханаларда қалқалар, сабын, дәретхана қағазы, айна, қолжуғыш және ыстық су жоқ (Шіркейлі АДА-да да осындай жағдай байқалған);
- күту аймағында емделушілер бір ғана орындықта сегіз адамнан отырады (Шіркейлі АДА-да – төрт орындықты алты орындық бар);
- емделушілердің құқықтары, сондай-ақ ККТМК мен МӘМС аясында көрсетілетін ақылы және тегін медициналық қызметтер туралы ақпарат ілінбеген.

- Елде көрсетілмеген немесе шын мәнінде орындалмаған медициналық қызметтерді тіркеу (жалған есепке алу) тәжірибесі бар. Қазақстанның бұқаралық ақпарат құралдарында да DAMUMED жүйесіндегі мұндай жағдайлар туралы жарияланымдар кездеседі: мысалы, кейбір емделушілерге нашақорлық диагнозы жалған түрде қойылған, бір адамға 82 тіс емделген деп тіркелген және басқа да бұрмаланған мәліметтер болған. Билік бұл мәселенің маңыздылығын мойындап, 2024 жылдың тамыз айынан бастап емделушілерді цифрлық сәйкестендіру жобасын іске қосты. Ресми деректерге сәйкес, бұл бастама негізсіз тіркелген медициналық қызметтердің санын **6% немесе 4,7 миллиард** теңгеге қысқартуға мүмкіндік берді. Біздің ойымызша, мұндай жалған есепке алулармен күресті жүйелі деңгейге көтеріп, оған халық пен азаматтық қоғамды кеңінен тарту қажет.

ДӨҢГЕЛЕК ҮСТЕЛДІҢ НӘТИЖЕСІ

Дөңгелек үстел екі елді мекенде де жергілікті тұрғындардың (жынысына қарамастан) және жергілікті атқарушы органдар өкілдерінің қатысуымен ұйымдастырылды.

Екі елді мекенге ортақ шағымдар – тегін дәрі-дәрмектерді алудағы қиындықтар, ауылда талдама тапсыру мүмкіндігінің болмауы немесе талдама тапсыру үшін пациенттерді ақылы зертханаларға жолдау.

Қараөзек ауылы тұрғындарының (19 ер адам, 37 әйел, жалпы 56 адам) нақты шағымдары – қалада орналасқан поликлиникаға (өндірістік базаның бір бөлігі сонда) барудың қиындығы, кезекке тұру, ауылда дәріхананың болмауы, АДА-ны жылыту (немесе оқшаулау) мәселелері (қыс мезгілінде ғимарат ішінің температурасының төмен болуы).

Шіркейлі ауылының тұрғындарының (6 ер адам, 30 әйел, барлығы 36 адам) нақты шағымдары – орталық аудандық ауруханада тар шеңберлі мамандың жеткіліксіздігі мен біліктілігінің төмендігіне қатысты болды. Жалпы алғанда, ауданда шетелде, атап айтқанда Өзбекстан Республикасының Ташкент қаласында емделу тәжірибесі кең таралған. Бұдан бөлек, ауылдағы жұмыс маусымдық болғандықтан (мамырдан қазанға дейін), тұрғындар жыл сайын алты айға МӘМС жүйесіндегі сақтандырылу мәртебесінен айырылады.

Мұндай мәселелер өңірдегі басқа да ауылдық елді мекендерде орын алуы мүмкін деп болжауға болады.

ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІНІҢ ҚОРЫТЫНДЫЛАРЫ

Зерттеу нәтижелеріне сүйенсек, ауылда тұратын әйелдер үшін медициналық көмек алу қолжетімділігінде мәселелер бар, және оларға айтарлықтай назар аударуды қажет етеді, **(медициналық көмектің әртүрлі аспектілеріне қатысты көптеген қосымша немесе сирек кездесетін шағымдардан бөлек):**

- жоспарлы медициналық көмекті түрлі нысандарда алу кезегінің болуы **(амбулаториялық қабылдау, зертханалық зерттеулер, госпитализация);**
- медициналық көмектің сапасына шағым беру тетіктері мен арналары туралы және денсаулық сақтау саласындағы өз құқықтары туралы ақпараттардың өте төмендігі;
- тегін амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің тиімсіздігі;
- медициналық қызметкерлердің жетіспеушілігі, немқұрайлығы және біліктілігінің жеткіліксіздігі;
- сыбайлас жемқорлықтың таралуы;
- маусымдық жұмыстар мен осыған байланысты салаларда жұмыс істейтін тұрғындардың МӘМС жүйесіндегі сақтандырылу мәртебесін тұрақты түрде және ұзақ мерзімге жоғалтуы, – бөлек назар аударуды қажет ететін жасырын мәселе.

Анықталған проблематика толықтай заңды сипатқа ие. Медициналық ұйымдардың жеткіліксіз жабдықталуы, халықтың денсаулық сақтау саласындағы өз құқықтары туралы хабардарлығының төмендігі сияқты шектеулі бастапқы жағдайларда және емделушінің таңдау еркіндігінің шектелуі **(төмен төлем қабілеттілігі мен медициналық көмекті алудың баламалы нұсқаларының аздығына байланысты)** жағдайында пациент медициналық қызметтерді пайдалану барысында, соның ішінде сыбайлас жемқорлыққа қатысты, елеулі қиындықтарға тап болады. Нәтижесінде, медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігіне қанағаттану деңгейі төмен қалыптасады.

Әрбір мәселенің өз мүдделі тараптары, дәлірек айтқанда, басқару деңгейі, жауапкершілік дәрежесі және жағдайға ықпал ету әлеуеті әртүрлі бірнеше стейкхолдерлер тобы бар екенін ескере отырып, жоғарыда аталған проблемалар бойынша жауапкершілік аймақтарының шамамен мынадай бөлінісін байқауға болады:

Стейкхолдер	Аспектiлер	Анықталған мәселелерге сәйкес жауапкершілік аймақтары келесідей топтастырылады:
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі (ҚР ДСМ)	Реттеу аспектісі (кепілдіктер, қағидалар мен тәртіптер), ал комитеттер деңгейінде – бақылау функциясы.	Тегін амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің тиімділігі мәселесі ең алдымен ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің жауапкершілік аймағына жатады.
Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры (ӘМСҚ)	Қаржылық аспектісі (ең тиімді тетік)	Жоспарлы медициналық көмек алуға кезек күтуге қатысты жауапкершілік Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры (ӘМСҚ) мен Денсаулық сақтау басқармалары (ДБ) арасында бөлінеді; ал күріш шаруашылығымен айналысатын тұрғындардың МӘМС жүйесіндегі сақтандырылған мәртебесін жоғалтуы – осы құрылымдардың өзара үйлесімділігінің жеткіліксіздігін көрсетеді.
Қызылорда облысының Денсаулық сақтау басқармасы ММ	Күрделі құрылыс, материалдық-техникалық жабдықтау және кадрлық қамтамасыз ету бөлігінің ұйымдастырушылық және қаржылық аспектісі.	Кадрлық ресурстар (мамандар тапшылығы, немқұрайлылық және медициналық қызметкерлердің біліктілік деңгейі), халықтың хабардарлығы, сыбайлас жемқорлық мәселелері де ерекше назарды қажет етеді.
ҚР Денсаулық сақтау министрлігіне бағынысты және елдегі қалыптасқан жағдай үшін жанама немесе қосымша жауапкершілік атқаратын басқа да стейкхолдерлер бар (мысалы, «Самұқ-Казына Фармация», медициналық ұйымдар және т.б.).		

Көріп отырғанымыздай, қалыптасқан жағдай үшін жауапты және оны шешуге қажетті ресурстар әртүрлі деңгейде, және өзара байланысты ықпал ету нүктелерінің кең ауқымы бар.

ҚЫСҚАША ҰСЫНЫМДАР

Елді мекендер деңгейінде егжей-тегжейлі талдауды қамтитын нақты ұсынымдар Policy brief құжатында ұсынылатын болады. Төменде мемлекеттік органдар мен оларға бағынышты ұйымдар деңгейінде іске асырылуы мүмкін жалпыланған ұсынымдар берілген:

- халықтың негізгі наразылық факторы болып табылатын жоспарлы медициналық көмек алудағы кезек мәселесін басым бағыт ретінде айқындау; бұл үшін тиісті жұмыс тобын құру, жағдайды орталық деңгейде тұрақты мониторингтеу тетіктерін енгізу және нақты шараларды іске асыру;
- ҚР Денсаулық сақтау министрлігі және оған бағынысты талдамалық ұйымдар тарапынан тегін амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету саласындағы жағдайды терең зерттеу және оны тиімділігін арттыру бағытында қайта қарау;
- ӘМСҚ деңгейінде күріш өсірумен (сондай-ақ Қазақстан өңірлерінің экономикалық ерекшеліктеріне байланысты басқа маусымдық жұмыстармен) айналысатын тұрғындардың МӘМС жүйесіндегі сақтандырылған мәртебесін жоғалту мәселесін қарастыру және мұндай әлеуметтік топтар үшін үздіксіз сақтандыруды қамтамасыз ететін тетік енгізу;
- Халықтың денсаулық сақтау саласындағы өз құқықтары туралы хабардарлығын арттыру бойынша жергілікті деңгейде (сондай-ақ Ұлттық қоғамдық денсаулық сақтау орталығының қолдауымен) іс-шаралар өткізу.
- Қызылорда облысының Денсаулық сақтау басқармасы тарапынан медициналық қызметкерлердің тапшылығы мен біліктілігіне, сондай-ақ этика мен деонтология нормаларының бұзылуына қатысты мәселелерді шешу бойынша шаралар кешенін әзірлеу және іске асыру: ауылдық жерлерде жұмыс істеуге медициналық кадрларды тартудың неғұрлым тиімді тәсілдерін енгізу (көтерме жәрдемақы төлеу, тұрғын үймен қамтамасыз ету), біліктілікті жүйелі түрде арттыру, медициналық көмекті көрсетудің сервистік аспектілері бойынша тренингтер өткізу және басқа да шаралар.