

DAMU RG
Зерттеу тобы ЖШС

**Қазақстан Республикасында дәрігерлік
амбулаторияларды қайта құру және пайдалану
маркетингтік зерттеу нәтижелері бойынша
Е С Е П**

"Бизнестің жол картасы 2020" бизнесті қолдау мен дамытудың мемлекеттік бағдарламасының басым секторларында маркетингтік зерттеулер жүргізу шеңберінде дайындалды»

***Сала:* Денсаулық сақтау және әлеуметтік қызметтер
(ЭҚЖЖ коды – 86)**

***Тапсырыс беруші:* "Атамекен" ҚР Ұлттық кәсіпкерлер палатасы**

**Алматы қ.
Қазан 2018 ж.**

МАЗМҰНЫ

1 ЗЕРТТЕУДІҢ МАҚСАТТАРЫ МЕН МІНДЕТТЕРІ -----	3
2 ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕМЕСІ -----	5
3 САЛАНЫҢ ҚЫСҚАША СИПАТТАМАСЫ -----	6
3.1 НЕГІЗГІ ҰҒЫМДАР МЕН АНЫҚТАМАЛАР	9
3.2 ДӘРІГЕРЛІК АМБУЛАТОРИЯЛАРДЫҢ ҚЫЗМЕТІН РЕТТЕЙТІН НОРМАТИВТІК- ҚҰҚЫҚТЫҚ БАЗА	11
3.3 ӘЛЕМДІК ТӘЖІРИБЕ	12
4 САЛАНЫ КӨРСЕТІЛЕТІН ҚОЛДАУЫ -----	19
4.1 ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ "МЕМЛЕКЕТТІК-ЖЕКЕШЕЛІК ӘРІПТЕСТІК ТУРАЛЫ" ЗАҢЫ	19
4.2 "БИЗНЕСТІҢ ЖОЛ КАРТАСЫ 2020" БИЗНЕСТІ ҚОЛДАУ МЕН ДАМУДЫҢ БІРЫҢҒАЙ БАҒДАРЛАМАСЫ»	23
4.3 ӨНІМДІ ЖҰМЫСПЕН ҚАМТУ ЖӘНЕ ЖАПШАЙ КӘСІПКЕРЛІК БАҒДАРЛАМАСЫ	34
5 ДӘРІГЕРЛІК АМБУЛАТОРИЯЛАРДЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ МЕН ДАМУ БОЛАШАҒЫ	39
6 ЗЕРТТЕУ КӨРСЕТКІШТЕРІНЕ СТАТИСТИКАЛЫҚ ШОЛУ -----	46
6.1 ЖІКТЕЛУ	46
6.2 ХАЛЫҚҚА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТЕТІН ҰЙЫМДАРДЫҢ САНЫ	47
6.3 ДӘРІГЕРЛЕР САНЫ	49
7 МЕМЛЕКЕТТІК-ЖЕКЕ ӘРІПТЕСТІК -----	50
7.1 МЕМЛЕКЕТТІК-ЖЕКЕ ӘРІПТЕСТІКТІҢ НЕГІЗГІ ЕРЕЖЕЛЕРІ	50
7.2 ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДА МЖӘ ТЕТІГІН ҚОЛДАНУ	56
7.3 ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ МЖӘ-НІҢ ІСКЕ АСЫРЫЛАТЫН ЖОБАЛАРЫ	59
ЗЕРТТЕУДІҢ НЕГІЗГІ ҚОРЫТЫНДЫЛАРЫ -----	62
СУРЕТТЕР ТІЗІМІ -----	66
КЕСТЕЛЕР ТІЗІМІ -----	67

1 ЗЕРТТЕУДІҢ МАҚСАТТАРЫ МЕН МІНДЕТТЕРІ

Осы есепті "Атамекен" ҚР Ұлттық Кәсіпкерлер Палатасы үшін "DAMURG зерттеу тобы" ЖШС дайындады.

Осы зерттеудің мақсаты келесілер болып табылады:

- Осы бағыттағы заңды және жеке тұлғалардың кәсіпкерлік белсенділігін ынталандыру мақсатында Қазақстан Республикасының (ҚР) қайта құру мен пайдалануды жүйелендірілген және құрылымдалған талдау;
- Бар проблемаларды және оларды шешудің мүмкін жолдарын анықтау;
- Қалыптасқан жағдайда саланың даму үрдістері мен перспективаларын анықтау.

Зерттеудің негізгі міндеттері мен бағыттары:

- Саланың сипаттамасы:
 - даму мәселелері мен үрдістері;
 - мемлекеттік-жеке меншік әріптестік (МЖӘ) тетігі бойынша жобаларды іске асыру шеңберіндегі саланың перспективалары);
 - МЖӘ тетігі бойынша жобаны іске асырудың мүмкіндігі мен мақсаттылығын айқындау.
- Саланың көрсетілетін қолдауы;
- Қазақстан Республикасының зерттелетін нарығын дамытудың негізгі көрсеткіштері:
 - ішкі нарық көлемі;
 - сыртқы сауда айналымының көлемі (импорт, экспорт);
 - нарық сыйымдылығы;
 - бағаларды шолу;
- МЖӘ жобасының өнімі/қызметі бойынша қалыптасқан нарық жағдаятының сипаттамасы;
- Мемлекеттік-жеке меншік әріптестік жобасын іске асыру нәтижесінде пайда болатын өнімге (тауарларға/көрсетілетін қызметтерге) сұраныстың қолданыстағы және болжанатын (МЖӘ жобасын іске асыру кезеңінде) жағдаятын талдау - МЖӘ саласында іске асырылатын жобалардың проблемалары, шешімдері, мәртебесі;
- МЖӘ саласында іске асырылған жобалардың сипаттамасы;
- SWOT- талдау-МЖӘ жобасын іске асыру шеңберінде болжанатын тауарлардың, жұмыстардың, көрсетілетін

Зерттеудің мақсаттары мен міндеттері

- қызметтердің әлеуетті күшті және әлсіз жақтарын,
мүмкіндіктері мен қауіптерін айқындау және бағалау;
- Негізгі қорытындылар мен ұсыныстар.

2 ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕМЕСІ

DESKRESEARCH

Ақпарат көздері ретінде аналитикалық жарияланымдар және басқа да ашық ақпарат көздері пайдаланылды. "Damurg зерттеу тобы" ЖШС-нің арнайы сұраулары бойынша ведомстволық органдарда Қазақстан Республикасында қайта құру және пайдалану бойынша негізгі деректер, сондай-ақ саланың одан әрі дамуын талдау және бағалау үшін қосымша ақпарат алынды.

Ақпарат көздері:

- ҚР Ұлттық экономика министрлігі Статистика комитетінің жарияланымдары;
- ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің статистикалық деректері;
- арнайы сұраныстар бойынша алынған статистикалық деректер;
- мамандандырылған басылымдарда, БАҚ және Интернетте орналастырылған ақпараттық, аналитикалық және сараптамалық материалдар;
- салалық қауымдастықтардың және т. б. ресми баспасөз хабарламалары мен талдау материалдары;
- басқа дереккөздер.

3 САЛАНЫҢ ҚЫСҚАША СИПАТТАМАСЫ

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) деректері Қазақстан Республикасындағы Халық денсаулығы жай-күйінің мынадай ерекшеліктерін бөліп көрсетуге мүмкіндік береді:

- Қазақстанда алдын алуға болатын аналар өлімін қадағалау жағдайы жақсы жаққа өзгеріп келеді. 2014 жылы алдын алуға болатын ана өлімінің жоғары деңгейін анықтау үшін құпия сауалнамаларды қамтитын жаңа бақылау жүйесі енгізілді.
- * Жоғары алаңдаушылық пен депрессия кең таралған диагноздар болып табылады. Бұл мәселеде тікелей байланысты өзіне-өзі қол жұмсаудың жиілеп кеткен жағдайларымен жүргізуге болады. 2015 жылы олар өлім себептерінің арасында әлемде екінші орын алды. Ең жоғары көрсеткіш – ДДҰ Еуропалық аймағында, оның бір бөлігі Қазақстан болып табылады, алайда Қазақстанда ол орташадан әлдеқайда жоғары және 100 мың тұрғынға шаққанда 27,5 жағдайға тең. Литвадағы жағдай нашар - 32,7.
- Қазақстанға кіретін өңір, сондай-ақ туберкулезді жұқтырудың жаңа жағдайларының көрсеткіші бойынша көш бастап тұр. Бұл ауру әлі күнге дейін әлемдік қоғамдастық үшін елеулі қауіп төндіреді, бірақ емделеді. Қазақстанда 100 мың тұрғынға шаққанда 89 адам туберкулезбен ауырады, бұл елді Еуропа өңірінде сырқаттанушылық деңгейі бойынша бесінші орынға және Орталық Азия елдері арасында екінші орынға шығарады (Қырғызстаннан кейін – 144 жағдай). Дегенмен, елімізде осы мәселені шешуде оң серпін байқалады, көрсеткіш жыл сайын төмендеуде. ҚР ҰЭМ Статистика комитетінің мәліметтері бойынша, туберкулездің белсенді түрімен сырқаттанушылық деңгейі 18-ден 34 жасқа дейінгі топтар арасында-45% - дан жоғары.
- Жол-көлік оқиғаларынан туындаған жазатайым оқиғалар жылдан жылға өлімнің басты себебі болып отыр. Өткен жылы Қазстатқа сәйкес, елімізде 17974 жол – көлік оқиғасы орын алды (Алматы облысында-2086). Нәтижесінде 2,5 мың адам қаза тауып, 23 мыңнан астам адам жараланды.

	ӘЛЕМДЕ	ҚАЗАҚСТАНДА
Ана өлімінің коэффициенті	216	12
15-тен 49 жасқа дейінгі адамдар арасында АИТВ жұқтырудың жаңа жағдайлары (жұқтырмаған 1 мың тұрғынға шаққанда)	0,50	0,36
Туберкулезбен жұқтырудың жаңа жағдайлары (100 мың тұрғынға шаққанда)	142	89
Суицидтен болатын өлім-жітім деңгейі (100 мың тұрғынға шаққанда)	10,7	27,5
Қатерлі ісіктен, диабеттен, жүрек-қантамыр және созылмалы респираторлық аурулардан қайтыс болу ықтималдығы (%)	19,9	28,6
ЖКО-дағы өлім коэффициенті (100 мың тұрғынға шаққанда)	174	24,2
5 жасқа дейінгі балаларда артық салмақтың таралуы (%)	6	9,3
Адам өлтіруден болатын өлім-жітім деңгейі (100 мың тұрғынға шаққанда)	6,4	9
Білікті медперсоналдың тығыздығы (10 мың тұрғынға шаққанда)	45,6	111,4
Жалпы бюджеттен денсаулық сақтауға арналған үкіметтің шығыстары (%)	11,7	10,9

1-сурет Денсаулық сақтаудың әлемдік рейтингіндегі Қазақстанның көрсеткіштері

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің деректері бойынша 2018 жылы жалпы өлім-жітім 2017 жылмен салыстырғанда өзгерген жоқ және 7,46 құрады (өлім-жітімнің ең жоғары көрсеткіштері Солтүстік Қазақстан,

Қостанай, Шығыс Қазақстан, Ақмола, Қарағанды, Павлодар және Батыс Қазақстан облыстарында байқалады). Туберкулезден өлім-жітім айтарлықтай төмендеді.

<p>Халықтың жалпы өлім-жітімі (1 мың тұрғынға)</p> <p>2017 ж. 5 ай 7,46</p> <p>2018 ж. 5 ай 7,46</p>	<p>Сәби өлімі (1 мың тірі туғанға)</p> <p>2017 ж. 5 ай 8,65</p> <p>2018 ж. 5 ай 8,54</p> <p>↓ 1%</p>	<p>Туберкулезден өлім-жітім (100 мың тұрғынға шаққанда)</p> <p>2017 ж. 5 ай 3,0</p> <p>2018 ж. 5 ай 2,6</p> <p>↓ 13,3%</p>
<p>ҚЖА-дан өлім (100 мың халыққа шаққанда)</p> <p>2017 ж. 5 ай 187,78</p> <p>2018 ж. 5 ай 181,67</p> <p>↓ 3,25%</p>	<p>ҚІА өлім-жітім (100 мың халыққа шаққанда)</p> <p>2017 ж. 5 ай 85,01</p> <p>2018 ж. 5 ай 84,17</p>	<p>Жарақаттан болатын өлім (100 мың халыққа шаққанда)</p> <p>2017 ж. 5 ай 66,51</p> <p>2018 ж. 5 ай 65,32</p> <p>↓ 1,8%</p>

Жоғары көрсеткіштері бар өңірлер

<p>ҚЖА-дан өлім</p> <p>ҚР 100 мың халыққа 181,67</p> <ul style="list-style-type: none"> - Қарағанды обл. 365,34 ↑ - ШҚО 284,03 ↑ - СҚО 257,03 ↑ - Ақмола обл. 233,39 ↓ - Павлодар обл. 228,13 ↓ 	<p>Тыныс алу органдары ауруларынан өлім-жітім</p> <p>ҚР 10 мың халыққа 95,57</p> <ul style="list-style-type: none"> - СҚО 200,15 ↓ - Қостанай обл. 191,39 ↓ - БҚО 141,42 ↑ - ШҚО 133,27 ↓ - Алматы обл. 122,63 ↓
<p>ҚІА өлім-жітім</p> <p>ҚР 84,47 га 100 мың халық</p> <ul style="list-style-type: none"> - СҚО 134,59 ↑ - ШҚО 132,57 ↑ - Павлодар обл. 131,05 ↑ - Ақмола обл. 102,48 ↓ - Қостанай обл. 96,80 ↓ 	<p>Туберкулезден өлім-жітім</p> <p>ҚР 100 мың тұрғынға 2,6</p> <ul style="list-style-type: none"> - Қарағанды обл. 5,6 - Ақтөбе обл. 4,0 ↑ - Қызылорда обл. 3,6 ↑ - СҚО 3,6 ↓ - ШҚО 3,4 ↓

2-сурет Медициналық-демографиялық көрсеткіштер

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің деректері елдің ішінде:

1. Инфекциялық және паразиттік аурулармен сырқаттанушылықтың жағымсыз динамикасы бар өңірлер қатарына Ақтөбе, Атырау, Қарағанды, ШҚО кіреді;
2. Халықты ересек халықты скринингпен қамту ең алдымен Қарағанды облысында, Астана қаласында, Павлодар облысында; ең алдымен Қарағанды облысында балаларды скринингпен қамту төмендеді;
3. СҚО, Қостанай, Қызылорда облыстарында балалар арасында суицид деңгейінің өсуі байқалады.
4. ЖҚО-дан зардап шеккен адамдардың саны Алматы қаласы мен Алматы облысында өсті.

Жұқпалы және паразиттік аурулармен ауыру	5 ай 2017	5 ай 2018	%
--	-----------	-----------	---

Ақтөбе обл.	124,50	127,10	+2,0
Атырау обл.	155,20	169,20	+9,0
Қарағанды обл.	106,50	115,20	+8,2
ШҚО	101,00	115,00	+13,8
Халықты ересек тұрғындарды скринингпен қамту	1 кв. 2017	1 кв. 2018	%
Қарағанды обл.	11,9	1,9	-84
Астана қ.	25,3	2,2	-91,3
Павлодар обл.	27,6	3,2	-83,4
СҚО	27,1	3,4	-87,5
Халықты балалар скринингімен қамту	1 кв. 2017	1 кв. 2018	%
Қарағанды обл.	21,2	4,9	-76,9
Ақмола обл.	17,5	11,9	-32
Павлодар обл.	27,3	17,2	-37
15-17 жас аралығындағы балалар арасындағы суицидтің деңгейі	6 ай 2017	6 ай 2018	%
СҚО	5,0	20,2	304
Қостанай обл.	13,5	23,6	74,8
Қызылорда обл.	0	11,8	100
Ақмола обл.	26,5	15,1	-43
ЖКО зардап шеккен адамдардың саны	6 ай 2017	6 ай 2018	%
Алматы қ.	2717	2754	1,4
Алматы обл.	1293	1467	13,5
ОҚО	1264	1002	-20,7
Жамбыл обл.	969	838	-13,5
Жарақаттан болатын өлім	5 ай 2017	5 ай 2018	%
ОҚО	41,54	43,64	5,0
Павлодар обл.	88,27	93,56	6,0
СҚО	92,31	110,71	20,0
ШҚО	110,92	124,88	13,0

3-сурет Паразиттік аурулармен сырқаттанушылық, ересек/жас балаларды скринингтермен қамту, 15-17 жастағы балалар арасындағы өзіне-өзі қол жұмсау деңгейі, ЖКО-да зардап шеккен адамдар саны, жарақаттан өлім-жітім бойынша нәтижелер көрсеткіштері

3.1 НЕГІЗГІ ҰҒЫМДАР МЕН АНЫҚТАМАЛАР

Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі туралы Ережеге сәйкес, амбулаториялық-емханалық көмек (бұдан әрі - ЕҚБ) - амбулаториялық жағдайда, үйде, күндізгі стационарда, үйдегі стационарда хадыққа алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсететін емхананың құрылымдық бөлімшелері немесе тәуелсіз заңды тұлға болып табылады, ол өзіне келесілерді қосады:

- 1) науқастарға жедел және созылмалы аурулар, жарақаттар, улану немесе басқа да шұғыл жағдайлар үшін алдын-ала медициналық, білікті медициналық көмек көрсету;
- 2) үйде шұғыл медициналық көмек көрсету;
- 3) ауруларды ерте анықтау мақсатында пациенттерді тексеру;
- 4) пациенттерді емдеу;
- 5) пациенттерді емдеуге жатқызуға жіберу;
- 6) функциялары бұзылған, тіршілік-тынысының және еңбекке қабілеттілігінің шектелуі бар науқастарды ұзартылған және кеш медициналық оңалтуды;
- 7) диспансерлеу және профилактикалық тексерулер;
- 8) БМСК медициналық қызметтерінің көлемін көрсету;
- 9) бекітілген халықты дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету;
- 10) инфекциялық аурулар ошақтарында санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды жүргізу;
- 11) науқастардың уақытша еңбекке жарамсыздығын сараптау, еңбек ету қабілетінен тұрақты айырылу белгілері бар адамдарды Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігінің аумақтық органдарына жіберу;
- 12) статистикалық есеп пен есептілікті жүргізу;
- 13) бұқаралық ақпарат құралдарын пайдалана отырып, халықтың арасында аурулардың алдын алу және салауатты өмір салтын қалыптастыру туралы түсіндіру жұмыстарын жүргізу, стендтер мен көрнекі ақпаратты ресімдеу, сондай-ақ аурулардың алдын алу және салауатты өмір салтын қалыптастыру бойынша холлдарда және күту орындарында тұрақты негізде аудио-бейнематериалдарды прокаттау;
- 14) халықты шұғыл және дағдарыс жағдайында өзін - өзі және өзара көмек көрсету әдістеріне оқыту арқылы азаматтардың денсаулығын сақтау процесіне тарту, мектептерді, клубтарды, қолдау топтарын, қоғамдық кеңестерді, еріктілер мен көшбасшыларды даярлауды ұйымдастыра отырып өзін-өзі сақтау дағдысын дарыту;
- 15) халықты, оның ішінде отбасын, ананы, әкелікті және баланы қорғау мәселелері бойынша гигиеналық оқыту;
- 16) халықты қауіпсіз сумен жабдықтау және ұтымды тамақтану жөнінде түсіндіру жұмысы;
- 17) иммунопрофилактиканы ұйымдастыру және жүргізу;
- 18) профилактикалық және скринингтік бағдарламалардың іске асырылуын қамтамасыз ету;

- 19) психологиялық көмек көрсету;
- 20) онкологиялық сақтану, туберкулезді, жыныстық жолмен берілетін ауруларды анықтау жөніндегі емдеу-диагностикалық іс-шараларды жүргізу, анықталған науқастар туралы ақпаратты тиісті медициналық ұйымдарға уақтылы беру;
- 21) емдеудің қолдаушы фазасында туберкулезбен ауыратын науқастарды химиотерапия.
- 22) отбасылық денсаулық Орталығы өз құрамында:
- 23) бөлімше меңгерушісінің кабинеті;
- 24) жалпы практика дәрігерлерінің, учаскелік қызметтің (терапевт/педиатр дәрігердің), мектепке дейінгі балалар мекемелерімен және оқу орындарымен жұмыс істеу жөніндегі педиатр-дәрігердің қабылдау кабинеттері;
- 25) Акушер-гинеколог дәрігердің кабинеті;
- 26) Күндізгі стационар;
- 27) Қосымша бөлімшелер: медициналық статистика, талдау және ақпараттандыру кабинеті, стерильдеу кабинеті;
- 28) Тіркеу орнын;
- 29) Дәрігерге дейінгі кабинет (сүзгі);
- 30) Емшара кабинеті;
- 31) Егу кабинеті;
- 32) Зертхана;
- 33) Физиотерапиялық емдеу кабинеттері;
- 34) Химизатор кабинеті;
- 35) Қақырық жинау кабинеті;
- 36) Профилактикалық және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесі:
 - бөлім меңгерушісінің кабинеті;
 - дәрігерге дейінгі кабинет;
 - акушерлік қабылдау кабинеті);
 - әлеуметтік қызметкердің/психологтың кабинеті;
 - салауатты өмір салты кабинеттері/диабет, демікпе, артериялық гипертензия, босануға дайындық, жас ана және басқа бейін бойынша мектептер;
 - жастар денсаулық орталығының кабинеттері;
 - білім беру ұйымдарының медициналық пункттерінің кабинеті.

3.2 ДӘРІГЕРЛІК АМБУЛАТОРИЯЛАРДЫҢ ҚЫЗМЕТІН РЕТТЕЙТІН НОРМАТИВТІК-ҚҰҚЫҚТЫҚ БАЗА

Қазақстанда дәрігерлік амбулаториялар саласында басшылықпен және қажетті процедуралар үшін жоспарлауға негіз болатын бірқатар нормалар мен заңдар бар. Үкімет дәрігерлік амбулаторияларға байланысты мәселелерге ортақ стратегиялық көзқарасты қамтамасыз ету ғана емес, нақты техникалық стандарттар мен қауіпсіздік стандарттарын айқындай отырып, басқару және заң шығару рәсімдеріне орталықтандырылған тәсілді қолданады.

Қазақстан Республикасында дәрігерлік амбулаториялардың қызметін реттейтін негізгі заңдар мен заңға тәуелді актілерге мынадай құқықтық құжаттар жатады:

- **1.2 ДӘРІГЕРЛІК АМБУЛАТОРИЯЛАРДЫҢ ҚЫЗМЕТІН РЕТТЕЙТІН НОРМАТИВТІК-ҚҰҚЫҚТЫҚ БАЗА. "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі № 193-IV Кодексі¹**
- * **"Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі туралы ережені бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м. а. 2011 жылғы 5 қаңтардағы № 7 бұйрығы²**

¹Құжатқа кіру сілтемесі -https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30479065

²Құжатқа кіру сілтемесі -<http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1100006774>

3.3 ӘЛЕМДІК ТӘЖІРИБЕ

Халықаралық тәжірибе денсаулық сақтау саласындағы типтік мәселе төмендегілер екенін көрсетеді:

- 1) Бағыттардың жақсы ұйымдастырылған жүйесінің болмауы салдарынан шұғыл жағдайлардан бастап шұғыл жағдайларға дейінгі барлық түрдегі түсімдер санының айтарлықтай өсуі, сондықтан өзіндік бағыт ереже болды. Осының нәтижесінде мұндай ауытқулар қажетсіз емдеуге жатқызудың үлкен пайызына және қаражаттың үнемді емес қызмет түрлеріне тиімсіз бөлінуіне әкеп соғады (мысалы, элективті хирургиялық араласуларды кейінге қалдыру).
- 2) Тарихи қалыптасқан болмыстың негізінде, халықтың қол жетімділік немесе қажеттілігінің критерийі ескерілмей, аумақ бойынша шашыраған және орналасқан шағын ауруханалардың көп саны, кейде тозатын инфрақұрылым мен жабдықтар.
- 3) Желілік көріністің болмауы.
- 4) Ұсақ ауруханаларда жоғары сапалы кешенді күтімді қамтамасыз ету бойынша елеулі қиындықтар.
- 5) Амбулаториялық госпитальдық консультация, диагностика, элективтік хирургия немесе емдеудің басқа түрлері үшін жалпы практика дәрігерлерінің жолдамасы бойынша ұзақ күту парақтары.
- 6) Медициналық және медициналық емес персонал ЕО ең жақсы клиникалық практикасынан артта қалады.

Барлық жағдайлар ауруханалық істі реформалау процесімен сүйемелденетін іс-әрекеттердің қағидаттары мен бағыттары ұқсас. Екі мысалда да реформаларды басшылыққа алатын жалпы қағидаттардың тізбесі бар:

- 1) Өзгерістер пациенттің мүдделеріне, халықтың қажеттіліктеріне негізделеді.
- 2) Медициналық қызметтер пациенттерге мүмкіндігінше жақын орналасуы тиіс, сондықтан тиімді қол жеткізу реформалау процесінің негізгі қағидаттарының бірі болып қалады (ынтымақтастық қағидаты).
- 3) Профилактикалық бағдарламаларды, алғашқы көмекті және қауымдық қызметтерді күшейту арқылы емдеуге жатқызу қажеттілігін қысқарту. Үйде күтуді, алғашқы қызметтерді, қауымдық қызметтерді және қатты және ауыр жағдайларда қызмет өкілдерін қамтитын қызметтердің интеграцияланған үздіксіз тізбегінің бөлігі ретінде қауымдық қызметтердің рөлін арттыру. Сондай-ақ денсаулық сақтау қызметтері басқа да әлеуметтік қызметтермен ықпалдастырылуы тиіс.
- 4) Кешенді / күрделі қызметтерді мекемелердің аз санында шоғырландыру.
- 5) Күрделі инвестициялар басымдылығы бойынша бөлінеді.
- 6) Аурухана желісін оңтайландыру және оңайлату.
- 7) Аурухана инфрақұрылымын жаңарту.
- 8) Амбулаториялық емдеу үшін инфрақұрылымдық ресурстарды қайта бөлу.
- 9) Емдеудің және ресурстарды пайдаланудың негізділігі, қызметтердің сенімділігі (пациенттің қауіпсіздігі мен қорғалуы).

- 10) Кең сегменттерге және алдын ала анықталған өлшемдерге (қалалық/ауылдық жағдайлар, халық, қолжетімділік және т.б.) сәйкес жоспарлау мақсаттары үшін аумақтарды бөлу.
- 11) Соңғы диагностикалық, терапиялық және технологиялық шешімдерді сатып алу және қолдану жолымен медициналық күтім мен қосалқы қызметтерді жаңғырту.
- 12) Өңірдің денсаулық сақтау инфрақұрылымын жаңарту.
- 13) Кәсіптік өсу мәдениетін көтермелеу және кәсіпқойлықтың зияткерлік, клиникалық және медициналық өсуін ынталандыру арқылы оқуға және ғылыми зерттеулерге баса назар аудару.
- 14) Халықты санитарлық ағарту.

Аурухана қызметін жаңғырту сондай-ақ ең үздік халықаралық жетістіктерге сәйкес клиникалық практикаларды енгізуді немесе кеңейтуді білдіреді. Ауруханалық қызметтерді жаңғырту процестерінің қосымша ерекшелігі өте үнемді болып табылатын, бірақ әзірге үшінші күтім орталықтарының тұрақты қызметінде пайдаланылмайтын клиникалық тәсілдерді енгізу немесе күшейту болып табылады.

Халықаралық тәжірибе бастапқы медициналық көмек (БМСК) жергілікті халықтың медициналық қызметтерге қажеттілігін 90-95% қанағаттандыра алатын құрылым болып табылатынын дәлелдейді. МСАК Денсаулық сақтау жүйесінде қос функцияны орындайды:

- 1) Бастапқы қызметтерді тікелей ұсыну (отбасылық дәрігерлер, медбикелер, фармацевттер және кеңес беру үшін телефон желілері сияқты жеткізушілермен)
- 2) Адамдардың неғұрлым мамандандырылған қызметтері қажет болған жағдайда (мысалы, белгілі бір саланың мамандарында немесе ауруханаларда) күтім интеграцияланған болып қалу үшін бүкіл жүйе шеңберінде қозғалыстың сабақтастығы мен жеңілдігін қамтамасыз ету үшін үйлестіру функциясы.

БМСК жоғары сапасы мынадай сипаттамаларды қамтиды:

- 1) Алғашқы байланыс, халықтың барлық топтары үшін оңай қол жетімді қызметтер және пациенттің барлық медициналық-санитарлық қажеттіліктерін шешу;
- 2) Мамандануға емес, генерализация фокусымен пациенттердің қажеттіліктерін қанағаттандыру үшін кешенді қызметтер көрсету;
- 3) Науқасқа бағдарлаудың орнына пациентке бағдарланған күтімді ұсыну және пациенттермен ұзақ қарым-қатынас жасау;
- 4) Әрбір пациентке жеке көмекті үйлестіру;
- 5) Тұтас көзқарас, яғни пациенттің биомедициналық, психологиялық және әлеуметтік аспектілерінің интеграциясы;
- 6) Салауатты өмір салтын алға жылжытуға және аурулардың алдын алуға, сондай-ақ денсаулықпен белгіленген проблемаларды шешуге назар аудару.

Әлемде БМСК қызметкерлері үйлестіру орталығы мен "қалтқы" рөлін орындай отырып, халыққа жергілікті деңгейде медициналық және әлеуметтік

қызметтердің толық спектрін ұсынуға ұмтылады, бұл Ақпараттық жүйелер саласындағы соңғы технологиялық жетістіктердің арқасында жеңілдетіледі.

Бағдарланған елдердегі БМСК-дегі басты ерекшелігі - өз клиенттеріне кешенді қызметтер көрсетуге жауапты болатын кәсіпаралық командаларға, топтық практикаларға және желілерге-өнім берушілер командаларына көшу болып табылады. Сарапшылардың пікірінше, отбасылық дәрігерлердің, медбикелердің және басқа да мамандардың серіктес ретінде жұмысы денсаулықты жақсартуға, қызметтерге қолжетімділікті арттыруға, ресурстарды тиімді пайдалануға және пациенттердің де, жеткізушілердің де қанағаттануына әкеледі. Мұндай командалар салауатты өмір салтын алға жылжыту және созылмалы ауруларды сапалы жүргізу үшін көп мүмкіндіктерге ие. Мұндай командалық тәсіл телефондық кеңес беру желілерін белсенді енгізумен бірге жұмыс істемейтін сағаттарда алғашқы медициналық көмекке қолжетімділікті жеңілдетеді, ол шұғыл көмек кабинеттерінде қымбат тұратын қажеттілікті азайтады. Атап айтқанда, соңғы он жылда БМСК моделін сипаттайтын және әзірлейтін зерттеулерге айтарлықтай күш салынды, олар жеке тұлғалардың да, тұтастай алғанда халықтың да қажеттіліктеріне жақсы жауап беретін болады.

Ирландия

Ирландияда БМСК көрсету моделі бастапқы көмек (Primary Care Teams, PCTs) және медициналық және әлеуметтік күтім (Health and Social Care Networks, HSCNs) командаларына сүйенеді және созылмалы ауруларды жүргізудің құрылымдалған тәсілдерін, күшейтілген пәнаралық жұмысты және бастапқы, екінші және үшінші қызметтер арасындағы интеграцияны қоса алғанда, пациенттерге БМСК кешенді және кеңейтілген қызметтерін көрсетуге бағытталған.

Бастапқы көмек командасы халықтың белгілі бір тобына қолжетімді медициналық және әлеуметтік қызметтер көрсету үшін бірге жұмыс істейтін денсаулық сақтау және әлеуметтік көмек саласындағы көп бейінді мамандар тобын білдіреді. Командамен қызмет көрсетілетін халық командаға кіретін жалпы тәжірибе дәрігерлері қызмет көрсететін географиялық шекаралармен және/немесе Халықпен анықталады. Алғашқы көмектің типтік командасы ЖТД, медбикелер, үйде көмек көрсететін қызметкерлер, физиотерапевтер мен еңбек терапевтер кіреді. Команданың барлық мүшелері ақпаратпен және өздерінің кәсіби дағдыларымен бөлісе отырып, ең көп қажеттілікті сезінетін пациенттердің уақытылы және тиісті түрде қызмет алуларына кепілдік беру үшін бірге жұмыс істейді. Бастапқы көмек командалары әлеуметтік және материалдық саладағы, тұрғын үй, білім беру мен денсаулық сақтау саласындағы қажеттіліктер негізінде қоғамдастықтың мұқтаждарына тұтас көзқарасты қамтамасыз етеді. Бастапқы көмек командалары "бір терезе" тәсілін қамтамасыз етеді және қоғамның медициналық қызметтеріне деген көптеген қажеттіліктерді қанағаттандыра алады.

Канада

Канадада МСАК негізінен отбасылық дәрігерлер мен жеке немесе шағын топтарда жұмыс істейтін жалпы практика дәрігерлерінің (ЖТД) айналасында ұйымдастырылған. Алғашқы буын дәрігерлерінің үштен бірі жалғыз жұмыс істейді. Топтық тәжірибе орта есеппен бес дәрігерден тұрады. БМСК практикаларының басым көпшілігі дәрігерлерге тиесілі және оларды басқарады.

Бастапқы буын дәрігерлерінің орташа жұмыс аптасы, шығуға кететін уақытты қоспағанда, елу сағаттан астам сағатты құрайды. Дәрігерлердің елу пайызы үйге шақыруларға қызмет көрсетеді, ал дәрігерлердің 72 пайызы аптасына орташа есеппен жиырма алты сағат шақырту бойынша жұмысқа кетеді. Дегенмен жұмысты ұйымдастыру, жұмыс істемейтін сағаттарда айтарлықтай ерекшеленеді, арасында міндеттерді бөлу топтары бастапқы буын дәрігерлерінің, қызмет көрсететін шақырулар қарапайым болып есептеледі. Алғашқы буынның бес дәрігерінің бірі жылына орташа қырық босану кезінде интранатальды акушерлік көмек көрсетеді.

Соңғы уақытта әдеттегі жеке және топтық жалпы практикадағы бірнеше балама пайда болды. Оларға Квебектегі Жергілікті қызмет көрсету орталықтары (Centres locaux de services communautaires, CLSCs), Онтариодағы медициналық қызмет көрсету орталықтары (Health Service Organizations, HSOs) және Онтариодағы Қоғамдық денсаулық орталықтары (Health Community Centres, CHCs) жатады. CLSCs желісі Квебек провинциясының халқын толық қамту үшін біртіндеп кеңейтіледі. Осы баламалардың пайда болуы қаржыландыру және/немесе сыйақы әдістеріндегі (Квебекте қаржыландырудың аралас тетіктерінің пайдасына, HSOs-та жан басына шаққандағы қаржыландыру және CHCs-те жаһандық қаржыландыру) өзгеріске және қызмет көрсетуді ұйымдастырудың өзгеруіне (ең бастысы медбике мен кіші медицина қызметкерлері сияқты басқа медицина қызметкерлерін тарту есебінен) байланысты болды.

Қазіргі реформа бастапқы алдын алудың (оның ішінде қоғамдық денсаулық сақтау) кең спектрін және қоғамдастық шеңберінде бастапқы медициналық көмек көрсетуді қамтитын жергілікті деңгейде бастапқы медициналық-санитарлық көмекті (community-based primary health care, СВРНС) ұсынуға бағытталған. СВРНС бірқатар жеткізушілер, оның ішінде медбикелер, әлеуметтік қызметкерлер, фармацевтер, диетологтар, Қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы мамандар, терапевтер және басқа да елді мекеннің әр түрлі жағдайларында, жеке үйлерді, Денсаулық сақтау клиникасын, дәрігерлер кеңселерін, Қоғамдық денсаулық сақтау кешендерін, хоспистер мен жұмыс орындарын қоса алғанда, көрсетілетін кешенді медициналық көмекті үйлестіруді және қамтамасыз етуді көздейді. Қазіргі уақытта олар шоғырланған:

- СВРНС шеңберінде созылмалы аурулардың алдын алу және жүргізу бойынша қызметтер көрсету үлгілерін жақсарту: СВРНС базасында даму қаупіне ұшыраған немесе созылмалы аурумен(улармен) өмір сүретін адамдарды, отбасыларды және халық топтарын аурулардың алдын алу, жүргізу және емдеу үшін инновациялық үлгілерді әзірлеу және осы модельдердің түпкі көрсеткіштерге (мысалы, тиімділік, қолжетімділік, қауіпсіздік, сапа, әділеттілік, денсаулық көрсеткіштері) индивидум, жеткізуші, ұйым, жүйе және жалпы халық деңгейінде әсері.

- Тиісті СВРНС-ке тең қол жеткізуді қамтамасыз ету және осалдықтың жағдайларын (мысалы, стигматизация, көші-қон) әкелетін немесе күшейтетін жеке, әлеуметтік және құрылымдық Денсаулық детерминанттарына қатысты шаралар қабылдау, ең осал топтарға (жасына, әлеуметтік-экономикалық мәртебесіне, функционалдық мүгедектігіне немесе Даму кемістіктеріне) байланысты, тиімді

қарым-қатынас жасай алмаушылығына, нәсілдік/этникалық тиістілігіне, географиялық, жыныстық белгілеріне немесе жыныстық бағдарына байланысты) назар аудара отырып), және СВРНС тең қол жеткізу кезінде қиындықтарға ұшырайды.

Әрбір аумақ өзінің жеке тәсілін пайдаланады, бірақ кейбір жалпы басым бағыттар анықталды:

- 1) Өз клиенттеріне кешенді қызметтер көрсетуге (оның ішінде медициналық көмек көрсетудің басқа деңгейлерімен үйлестіруге) жауап беретін бастапқы медициналық көмек командаларын құру;
- 2) Бастапқы қызметтерді тәулігіне 24 сағат қамтамасыз ету үшін телефон консультациялық желілерін құру немесе нығайту;
- 3) Созылмалы ауруларды жүргізуді жақсарту;
- 4) Салауатты өмір салтын ілгерілетуге және аурулардың/ жарақаттың алдын алуға көбірек көңіл бөлу;
- 5) Жеткізушілердің де, пациенттердің де ерікті түрде қатысуы;
- 6) Жүйе қызметінің мониторингі мүмкіндігі үшін бағалау саласында әлеуетті құру.

Ұлыбритания

2013 жылы Ұлыбританияның Ұлттық денсаулық сақтау қызметінің (NHS) ұйымдастырушылық реформасы БМСК Трасталарын клиникалық кепілгерлік топтарға (КПГ, Clinical Commissioning Group) алмастырды. Осы ұйымдар арасындағы негізгі айырмашылық КПГ клиницистер басқарылады және осы географиялық ауданда барлық ЖТД топтарын қамтиды. Оларды құрудың мақсаты жалпы практика дәрігерлеріне және басқа да клиницистерге менеджерлерге менеджерлерге қарсы, жылжымалы экономикалық мақсаттарға өз пациенттері үшін қызметтер сатып алу туралы шешімдерге ықпал ету мүмкіндігін беру болып табылады. Клиникалық кепілдемелік топтар пациенттермен және медицина қызметкерлерімен және жергілікті қоғамдастықпен және билік органдарымен әріптестікте жұмыс істейтін болады. Топ басшылығының құрамына ЖТД - дан басқа кемінде бір тіркелген медбике және бір маман дәрігер кіретін болады. Топ жұмысының шекаралары негізінен жергілікті билік органдарының шекараларымен сәйкес келеді. Клиникалық кепілдемелік топтар осы аумақ шегінде шұғыл және шұғыл көмек көрсетуді ұйымдастыруға, сондай-ақ осы ауданда тұратын тіркелмеген пациенттер үшін қызметтерді сатып алуға жауап беретін болады. ЖТД-ның барлық тәжірибесі қандай да бір клиникалық кепілдемелік топқа жатады.

Ұлыбританияда "Лондонға арналған Денсаулық сақтау" жаңа стратегиясы үлкен Лондонның муниципалдық аудандарында мамандандырылған көмектің жетіспеушілігі проблемасын шешу және мамандандырылған медициналық көмектің белгілі бір бөлігін ауруханалардан емханаларға ауыстыру мақсатында медициналық қызмет көрсету моделінің өзгеруін негіздеді, олар кейбір мамандандырылған қызметтерді жалпы практика дәрігерлерімен, әсіресе Лондонда бөліседі. Бұл қадам ВОП және британдық медициналық қауымдастық тарапынан қарсы тұрды, ал Король қоры осы стратегияны күрт сынайтын құжатты дайындады. Алайда, күшті саяси қолдауды ескере отырып, ұлттық денсаулық сақтау қызметі

(NHS) Лондондағы 10 емхана құрды және қазіргі уақытта олардың алдына қойылған міндеттерді орындағанына көз жеткізу үшін оларға бағалау жүргізіледі.

Австралия

Австралияда қазіргі уақытта БМСК бір және бірнеше ЖТД практикасы арқылы көрсетіледі, ал мамандандырылған көмек ауруханаларда немесе жеке мамандандырылған клиникаларда орналастырылады. Дегенмен, 2007-2008 жылдары халықтың тығыздығы жоғары мегаполистерде тек қана ЖТД қызметтерін ұсыну үлгілерінен емханалық үлгілерге көшу бойынша қозғалыс байқалды. Тағы 100 емхана алдағы жылдары салынуы тиіс. Австралияның Денсаулық сақтау жүйесінің алдына МСАК стратегиясына көшу мақсаты қойылған. Австралияның бір аймағында, Оңтүстік-Батыс Сиднейде, БМСК көп бейінді командаларымен көрсетілетін аурулардың алдын алумен және жергілікті жерлерде ерте араласумен сипатталатын интеграцияланған бастапқы және ауруханадан тыс көмекке көшу жүріп жатыр және жақын маңдағы ауруханалардан екінші және үшінші көмек көрсетумен байланысты. Олар бастапқы және ауруханадан тыс көмектің төрт деңгейлі моделін анықтады және әзірледі. Мамандандырылған амбулаториялық қызметтерге келетін болсақ, халық санына негізделген кейбір қызметтер көзделеді.

Үндістан

Үндістанның адамдардың қол жетімділігі шегінде медициналық қызметтерді қамтамасыз ету үшін бастапқы, екінші және үшінші медициналық көмек ұйымдарын қамтитын үш деңгейлі құрылымы бар. Бастапқы деңгей медициналық ұйымдардың үш түрін қамтиды: 3,000-5,000 адам халқы үшін кіші орталық (Sub-Center), 20,000-30,000 адам халқы үшін БМСК орталығы және 80,000-120,000 адамды қамтитын БМСК әрбір төрт орталығы үшін мамандандырылған орталық ретінде аудандық денсаулық орталығы (РҚАО). Аудандық ауруханалар ауылдық аудандарда екінші деңгей ретінде және қала тұрғындары үшін бастапқы деңгей ретінде әрекет етеді. Көмектің үшінші деңгейі күрделі диагностикалық және зерттеу жабдықтарымен жабдықталған қалалық медициналық ұйымдармен ұсынылған.

АҚШ

Ауылдық алғашқы медициналық-санитарлық көмекке қайта бағдарлау ауыл халқының денсаулық сақтау қажеттілігін ескере отырып, ауылдық аудандарда медициналық қызмет көрсетудің қазіргі заманғы ауылдық жүйесі шашыраңқы халықты қажетті профилактикалық көмекпен және созылмалы ауруларды жүргізу үшін жағдайлармен қамтамасыз ету үшін БМСК-ның сенімді инфрақұрылымы болуы тиіс. Сондай-ақ, ауыл тұрғындарының (әсіресе қарт адамдардың) мамандандырылған көмекке және ұзақ мерзімді күтім бойынша қызметтерге кедергісіз қол жеткізу қажеттілігі бар. МСАК шалғай ауылдық аудандарда БМСК дәрігерлерінің қалаларға қарағанда 100,000 адамға шаққанда екі есе аз екеніне қарамастан орталық рөл атқарады. Олардың жұмысын 24,000 ауылдық медбикелер мен фельдшерлер айтарлықтай қолдайды. Ұзақ уақыт бойы ауылдық жерлерде дәрігерлік көмек көрсетудің басым моделі жеке немесе шағын практика болып табылады. Соңғы жылдары дәрігерлер әдетте бес дәрігерді, сондай-ақ тәжірибеші медбикелерді, фельдшерлерді және басқа да клиникалық емес мамандарды қамтитын топтық тәжірибеге біріктіре бастады. Ішінара ауылдық аудандардағы

клиникаға жатпайтын мамандар мен емханалар санының арқасында ауыл тұрғындары қалалық тұрғындар сияқты медициналық ұйымдарға келушілердің саны туралы хабарлайды. Ауылдық келушілердің қалаға қатынасы шамамен 93% құрайды. Алғашқы буын ауылдық дәрігерлерінің сауалдамасы олардың пациенттерінің жартысынан астамы мамандандырылған көмек алу үшін 35 км-ден астам шақырымды еңсеруге мәжбүр екенін көрсетеді, ал қалаларда бұл көрсеткіш тек 6% - ды құрайды.

Осылайша, қолданыстағы БМСК жүйесі мынадай ұйымдарды қамтиды:

- 1) Топтық практика: дәрігерлер, тәжірибеші медбикелер, фельдшерлер және басқа клиникалық емес мамандар;
- 2) Клиникалық емес мамандарды жиі тартатын және ауыз қуысының гигиенасына, психикалық саулығына және алкогольді немесе есірткіні теріс пайдалануға қатысты қосымша қызметтер көрсететін ауылдық клиникалар мен медициналық орталықтар;
- 3) "Бұрыштағы" клиника ретінде белгілі және Target, Wal-Mart, Kroger және Walgreens сияқты сауда желілерінде жиі орналасқан бөлшек немесе корпоративтік клиника.

Қамту аймағының кеңеюіне байланысты ауылдық аудандарда медициналық қызмет көрсету көптеген проблемаларға тап болады. Бес миллион ауыл тұрғындары қазірдің өзінде "тапшылық аймақтарында" (қызмет көрсету) өмір сүруде. Іске асырылатын көптеген бағдарламаларға қосымша медициналық алғашқы көмек көрсету үйлері жақсартылған профилактикалық көмектен кіріс алу және тұрақты медициналық күтімді үйлестіру үшін мүмкіндік беру арқылы ауылдық жерлерде БМСК персоналын іздеу және ұстау жағдайын жақсартуға барлық мүмкіндігі бар төлемнің жаңа моделін білдіреді. Сондай-ақ, тәжірибелі медбикелерге, фельдшерлерге және басқа да мамандарға жұмыста өз дағдыларының барлық спектрін пайдалануға мүмкіндік бере отырып, ауылдық алғашқы көмек деңгейінде көп бейінді бірлескен жұмысты нығайту мағынасы бар. Миннесота және Нью-Гемпшир Штаттарында апробациядан өткен сияқты әр түрлі ауылдық аудандар, сондай-ақ қалалық денсаулық сақтау жүйелерімен медициналық қызмет көрсетушілердің ынтымақтастығын дамыту үшін кең мүмкіндіктер бар. Мобильді клиникаларды пайдаланатын инновациялық модельдер қазіргі уақытта Миссисипи және басқа да Штаттарда әзірленуде. Созылмалы ауруларды жүргізу ауылдық ұйымдардың электрондық медициналық жазбаларды және олармен байланысты клиникалық ат тез енгізген жағдайда жақсаруы мүмкін. Ауылдық пациенттердің өз денсаулығын жақсартуға қатысуын кейбір инновациялық "құндылық-бағытталған" қызметтер мен бағдарламаларды кеңінен пайдалану арқылы ынталандыруға болады.

Осылайша, БМСК ұйымдарының желілері мен инфрақұрылымын жоспарлаудың негізгі қағидаттары:

- 1) Тіркелген халықтың санына негізделген пациентке бағдарланған тәсіл;
- 2) Халықтың МСАК желісінің қызметтеріне уақтылы қол жеткізуі: 15-20 минут ішінде;
- 3) Қауіпсіз, сапалы медициналық көмек көрсету.

4 САЛАНЫ КӨРСЕТІЛЕТІН ҚОЛДАУЫ

4.1 ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ "МЕМЛЕКЕТТІК-ЖЕКЕШЕЛІК ӘРІПТЕСТІК ТУРАЛЫ" ЗАҢЫ

2015 жылғы 31 Қазанда "мемлекеттік-жеке меншік әріптестік туралы" Қазақстан Республикасының Заңы қабылданды, ол: мемлекет пен бизнестің ресурстары мен тәжірибесін біріктіру арқылы қоғам мүддесінде инфрақұрылымды дамытуға, экономикалық субъектілерге жоғары сапалы қызмет көрсету шартымен ең аз шығындармен және тәуекелдермен қоғамдық маңызы бар объектілерді іске асыруға бағытталған. Мемлекет үшін мұндай әріптестіктің артықшылықтары: бюджет қаражатын үнемдеу, МЖӘ объектілерін корпоративтік басқаруды енгізу және инфрақұрылымды дамыту болып табылады. Жеке сектор өз кезегінде мемлекеттік қолдау, тікелей келісімдер, секвестрді қорғау, валюталық тәуекелді жабу және халықаралық төрелік алады.

Мемлекеттік-жекешелік әріптестіктің негізгі міндеттері:

- 1) Қазақстан Республикасының орнықты әлеуметтік-экономикалық дамуын қамтамасыз ету мақсатында мемлекеттік әріптес мен жекеше әріптестің тиімді өзара іс-қимылы үшін жағдайлар жасау;
- 2) халықтың тыныс-тіршілігін қамтамасыз ету инфрақұрылымын және жүйелерін дамыту үшін мемлекеттік әріптес пен жекеше әріптестің ресурстарын біріктіру жолымен мемлекет экономикасына инвестициялар тарту;
- 3) халықтың, сондай-ақ өзге де мүдделі тұлғалардың мүдделері мен қажеттіліктерін ескере отырып, тауарлардың, жұмыстар мен көрсетілетін қызметтердің қолжетімділігі мен сапасының деңгейін арттыру;
- 4) Қазақстан Республикасында жалпы инновациялық белсенділікті арттыру, оның ішінде жоғары технологиялық және ғылымды қажетсінетін өндірістерді дамытуға жәрдемдесу.

Мемлекеттік-жекешелік әріптестік қағидаттары:

- 1) бірізділік қағидаты – мемлекеттік-жекешелік әріптестік субъектілері арасындағы өзара қарым-қатынастарды кезең-кезеңмен құру;
- 2) конкурстық қағидат – осы Заңда белгіленген жағдайларды қоспағанда, жекеше әріптесті конкурстық негізде айқындау;
- 3) теңгерімділік қағидаты – мемлекеттік-жеке әріптестік жобасын іске асыру процесінде мемлекеттік әріптес пен жекеше әріптес арасында міндеттерді, кепілдіктерді, тәуекелдер мен табыстарды өзара тиімді бөлу;
- 4) нәтижелілік қағидаты – мемлекеттік-жеке әріптестік нәтижелеріне қол жеткізуді бағалауға мүмкіндік беретін өлшемдер мен көрсеткіштерді белгілеу.

Мемлекеттік-жекешелік әріптестік белгілері

Мемлекеттік-жекешелік әріптестіктің ерекше белгілеріне келесілер жатады:

- 1) мемлекеттік-жеке әріптестік шартын жасасу жолымен мемлекеттік әріптес пен жекеәріптестің қатынастарын құру;

- 2) мемлекеттік-жеке әріптестік жобасын іске асырудың орта мерзімді немесе ұзақ мерзімді мерзімі (мемлекеттік-жекешелік әріптестік жобасының ерекшеліктеріне байланысты үш жылдан отыз жылға дейін);
- 3) мемлекеттік әріптес пен жеке әріптестің мемлекеттік-жекешелік әріптестік жобасын іске асыруға бірлесіп қатысуы;
- 4) мемлекеттік-жеке әріптестік жобасын іске асыру үшін мемлекеттік әріптес пен жеке әріптес ресурстарын біріктіру.

Мемлекеттік-жеке әріптестікті жүзеге асыру тәсілдері

Мемлекеттік-жекешелік әріптестік жүзеге асыру тәсілі бойынша институционалдық және келісімшарттық болып бөлінеді.

Институционалдық мемлекеттік-жекешелік әріптестікті мемлекеттік-жекешелік әріптестік шартына сәйкес мемлекеттік-жекешелік әріптестік компаниясы іске асырады.

Өзге жағдайларда мемлекеттік-жекешелік әріптестік келісімшарттық мемлекеттік-жекешелік әріптестік тәсілі бойынша жүзеге асырылады.

Келісімшарттық мемлекеттік-жекешелік әріптестік мемлекеттік-жекешелік әріптестік шартын жасасу арқылы, оның ішінде мынадай түрлерде іске асырылады:

- 1) концессия;
- 2) мемлекеттік мүлікті сенімгерлік басқару;
- 3) мемлекеттік мүлікті мүліктік жалдауға (жалға алуға) беру;
- 4) лизинг;
- 5) технологияны әзірлеуге, тәжірибелік үлгіні дайындауға, тәжірибелік-өнеркәсіптік сынауға және ұсақ сериялы өндіріске жасалатын шарттар;
- 6) өмірлік цикл келісімшарты;
- 7) сервистік келісімшарт;
- 8) мемлекеттік-жекешелік әріптестік белгілеріне сәйкес келетін өзге де шарттар.

Мемлекеттік-жеке әріптестік объектісін пайдаланудың негізгі ережелері мен қағидаттары

Мемлекеттік-жеке әріптестік субъектілері мемлекеттік-жекешелік әріптестік жобасына қайшы келмейтін көлемде мемлекеттік-жекешелік әріптестік объектісін пайдаланудың мынадай қағидаттарын сақтауға міндетті:

- 1) осы тауарларға, жұмыстар мен көрсетілетін қызметтерге сұранысты қанағаттандыру мақсатында тауарларды ұсыну, жұмыстарды орындау және қызметтер көрсету параметрлерін бейімдеу;
- 2) тауарларды берудің, жұмыстарды орындаудың және қызметтер көрсетудің үздіксіздігін қамтамасыз ету болып табылады.

Жеке әріптес мемлекеттік әріптестің келісімі бойынша мемлекеттік-жекешелік әріптестік объектісін пайдалану тәртібін белгілейді және оның сақталуын қамтамасыз етеді.

Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген жағдайларды қоспағанда, жекеше әріптестің қызметтер көрсетуге қатысты бір адамға басқасының алдында артықшылық көрсетуге құқығы жоқ.

Мемлекеттік органдардың мемлекеттік-жекешелік әріптестікке қатысу нысандары

1. Мемлекеттік органдар мемлекеттік-жекешелік әріптестікке мынадай нысандарда қатысады:

- 1) Қазақстан Республикасының жер заңнамасына сәйкес жер учаскелерін беру;
- 2) мемлекеттік меншік объектілерін пайдалану құқығын беру;
- 3) мемлекеттік-жекешелік әріптестік компаниясын құруға және оның қызметіне қатысу;
- 4) мемлекеттік-жекешелік әріптестік объектісін инженерлік және көлік коммуникацияларымен қамтамасыз ету;
- 5) Қазақстан Республикасының заңнамасына қайшы келмейтін өзге де нысандарда жүзеге асырылады.

2. Мемлекеттік органдардың Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес мемлекеттік қолдау шараларын ұсыну нысанында қатысуы, оның ішінде:

- 1) инфрақұрылымдық облигациялар бойынша Мемлекет кепілгерлігі;
- 2) мемлекеттік-жекешелік әріптестік жобаларын қаржыландыру үшін тартылатын қарыздар бойынша мемлекеттік кепілдіктер;
- 3) мемлекетке тиесілі зияткерлік меншік объектілеріне айрықша құқықтарды беру;
- 4) Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес заттай гранттар беру; ;
- 5) мемлекеттік-жекешелік әріптестік жобаларын бірлесіп қаржыландыру;
- 6) мемлекеттік-жекешелік әріптестік жобасын іске асыру барысында өндірілетін тауарлардың, жұмыстар мен көрсетілетін қызметтердің белгілі бір көлемін мемлекеттің тұтыну кепілдіктері.

Мемлекеттік-жеке әріптестік объектісін құруға және (немесе) реконструкциялауға байланысты қаржыландыруға (шығыстарды өтеуге) бағытталған мемлекеттік қолдау шараларының және мемлекеттік бюджеттен төленетін төлемдердің жиынтық көлемі мемлекеттік-жеке әріптестік объектісін құру және (немесе) реконструкциялау құнынан аспауға тиіс.

Мемлекеттік-жеке әріптестікті мемлекеттік қолдау Қазақстан Республикасы заңнамасының талаптарына және мемлекеттік-жекешелік әріптестік шартының ережелеріне сәйкес жүзеге асырылады.

Кәсіпкерлік субъектілерінің мемлекеттік-жеке әріптестікке қатысу нысандары

Кәсіпкерлік субъектілері мемлекеттік-жеке әріптестікке мынадай нысандарда қатысады:

- 1) мемлекеттік-жекеәріптестік жобаларын қаржыландыру;
- 2) мемлекеттік-жеке әріптестік объектілерін жобалау, салу, құру, реконструкциялау, жаңғырту және (немесе) пайдалану;
- 3) мемлекеттік-жеке әріптестік жобаларын басқару;
- 4) мемлекеттік-жекеәріптестік жобасын іске асыру мақсаттары үшін мүлік пен мүліктік құқықтарды беру;

- 5) зияткерлік меншік объектілеріне айрықша құқықтарды беру;
- 6) ҚР заңнамасына қайшы келмейтін өзге де нысандарда мемлекеттік-жекешелік әріптестік компаниясын құруға және қызметіне қатысу.

Квазимемлекеттік сектор субъектілерінің мемлекеттік-жекешелік әріптестікке қатысу нысандары

Квазимемлекеттік сектор субъектілері мемлекеттік-жекешелік әріптестік жобаларына мынадай нысандарда қатысады:

- 1) мемлекеттік-жекешелік әріптестік жобасын іске асыру мақсатында ғылыми-өндірістік аймақтарды, венчурлік қорларды, зерттеу орталықтарын құруға және (немесе) олардың қызметіне қатысуға мемлекеттік-жекешелік әріптестік жобаларын іске асыратын заңды тұлғалардың акцияларын (жарғылық капиталға қатысу үлестерін) иеліктен шығару (беру) не мемлекеттік-жеке әріптестік жобасын іске асыру мақсатында мүлікті және мүліктік құқықтарды береді;
- 2) зияткерлік меншік объектілеріне айрықша құқықтарды беру;
- 3) мемлекеттік-жеке әріптестік жобаларына инвестициялар тарту;
- 4) сервистік қолдау, оның ішінде технологиялар трансферті, инновацияларды қолдау, консалтинг, инжиниринг, кадрларды оқыту және біліктілігін арттыру жөніндегі қызметтер;
- 5) технопарктер, бизнес-инкубаторлар, арнайы экономикалық және индустриялық аймақтар қызметтерін ұсыну;
- 6) экспортты жылжыту;
- 7) мемлекеттік-жекешелік әріптестік объектілерін салу, құру, реконструкциялау, жаңғырту және (немесе) пайдалану;
- 8) өзге де нысандарда, ҚР заңнамасына қарама-қайшы.

4.2 "БИЗНЕСТІҢ ЖОЛ КАРТАСЫ 2020" БИЗНЕСТІ ҚОЛДАУ МЕН ДАМУДЫҢ БІРЫҢҒАЙ БАҒДАРЛАМАСЫ»

Осы зерттеу шеңберінде талданатын экономикалық қызмет түрі "Бизнестің жол картасы - 2020" бағдарламасының әлеуетті қатысушылары үшін экономиканың басым секторларының тізбесіне енгізілген.

2015 жылы Қазақстанда "Бизнестің жол картасы 2020" бизнесті қолдау мен дамытудың бірыңғай бағдарламасы іске қосылды, ол елдегі бизнес ахуалды жақсартуға бағытталған, сондай-ақ Қазақстанда кәсіпкерлікті қолдау мен дамытудың бұрын қолданыста болған кейбір салалық бағдарламаларын біріктіреді.

Бағдарламаның мақсаты: Өңірлік кәсіпкерліктің тұрақты және теңгерімді өсуін қамтамасыз ету, сондай-ақ жұмыс істеп тұрған жұмыс орындарын қолдау және жаңа тұрақты жұмыс орындарын құру.

Бағдарламаның міндеттері:

- * Ауылдық елді мекендер, шағын қалалар мен моноқалалар кәсіпкерлерінің қаржыландыруға қолжетімділігін арттыру;
- Ауылдық елді мекендер, шағын қалалар мен моноқалалар кәсіпкерлерінің өндірістік қуаттарын ұлғайту;
- Ауылдық елді мекендерде, шағын қалаларда және моноқалаларда кәсіпкерлердің бизнес бастамаларын кеңейту;
- Өңдеуші өнеркәсіптің өндірілген өнім көлемін ұлғайту;
- Бәсекеге қабілетті жаңа өндірістер құру;
- Шағын және орта кәсіпкерлікте халықтың жұмыспен қамтылуын арттыру;
- Шетел валюталарының ауытқуына байланысты валюталық тәуекелдерді кредиттік тәуекелдерге ауыстыруға жол бермеу;
- Кәсіпкерлікті ақпараттық-талдамалық қамтамасыз ету;
- Кәсіпкерлердің құзыретін арттыру;
- Кәсіпкерлердің өнімділігін арттыру;
- Іскерлік байланыстарды кеңейту.

2020 жылға қарай бизнесті қолдау мен дамытудың бірыңғай бағдарламасын жүзеге асыру барысында келесі экономикалық тиімділікке қол жеткізу күтілуде:

- ЖІӨ құрылымындағы өңдеуші өнеркәсіптің үлесін кемінде 12,5 жеткізу%;
- Шок өнімін шығару көлемін 2014 жылғы деңгейден 1,5 есеге ұлғайту;
- ШОК белсенді жұмыс істейтін субъектілерін 2014 жылғы деңгейден 50% - ға ұлғайту;
- Шок жұмыспен қамтылғандар санының 2014 жылғы деңгейден 50% - ға өсуі.

"Бизнестің жол картасы 2020" бизнесті қолдау мен дамытудың бірыңғай бағдарламасы шеңберінде қаржыландыру көлемі»:

- 2015 жыл-56 387 058 мың теңге;
- 2016 жыл-53 331 827 мың теңге;
- 2017 жыл-66 869 798 мың теңге;

- 2018 жыл-66 896 810 мың теңге;
- 2019 жыл-66 922 683 мың теңге.³

Бағдарламаның мақсаты мен нысаналы индикаторларына қол жеткізу үшін мынадай төрт бағыт бойынша жұмыс жүргізілетін болады:

- моноқалалар, шағын қалалар мен ауылдық елді мекендер кәсіпкерлерінің жаңа бизнес-бастамаларын қолдау;
- экономиканың басым секторларында және өңдеуші өнеркәсіп салаларында қызметін жүзеге асыратын кәсіпкерлерді салалық қолдау;
- кәсіпкерлердің валюталық тәуекелдерін төмендету;
- кәсіпкерлікті қолдаудың қаржылық емес шараларын ұсыну.

1 - ші бағыт-моноқалалар, шағын қалалар мен ауылдық елді мекендер кәсіпкерлерінің жаңа бизнес-бастамаларын қолдау

Осы бағыт шеңберінде келесі міндеттерді шешу қажет:

1) моноқалалар, шағын қалалар мен ауылдық елді мекендер кәсіпкерлерінің қаржыландыруға қолжетімділігін арттыру.

Моноқалаларды, шағын қалаларды және ауылдық елді мекендерді қаржыландыруға қол жетімділікті арттыру үшін:

- банктердің/даму банкінің/лизингтік компаниялардың кредиттері/Қаржы лизингі шарттары және микроқаржы ұйымдарының микрокредиттері бойынша сыйақы ставкасын субсидиялау;
- банктердің / даму банкінің кәсіпкерлерге және микроқаржы ұйымдарына берілген кредиттеріне ішінара кепілдік беру;
- микрокредиттер беру.

Сыйақы мөлшерлемесін субсидиялау жүзеге асырылатын кредит/қаржы лизингі шартының сомасы бір кәсіпкер үшін 750,0 млн. теңгеден аспауы тиіс және онымен үлестес тұлғалардың/компаниялардың кредиті/қаржы лизингі шарты бойынша берешегі есепке алынбай есептеледі.

Субсидиялау номиналды сыйақы мөлшерлемесі 16% - дан аспайтын кредиттер/қаржы лизингі шарттары бойынша ғана жүзеге асырылады, оның 10% - ын мемлекет субсидиялайды, ал айырмашылықты кәсіпкер төлейді.

Кепілдік жаңа инвестициялық жобаларды іске асыру үшін берілетін, сондай-ақ өндірісті жаңғыртуға және кеңейтуге бағытталған жаңа кредиттер бойынша ғана беріледі.

Ісін жаңа бастаған кәсіпкер/ісін жаңа бастаған жас кәсіпкер үшін:

- кепілдік беру жүзеге асырылатын жоба шеңберіндегі кредит сомасы 20 млн.теңгеден аспауы тиіс. Бұл ретте кредит сомасы онымен үлестес тұлғалардың/компаниялардың кредиті бойынша берешекті есепке алмай, ісін жаңа бастаған бір кәсіпкер/ісін жаңа бастаған жас кәсіпкер үшін есептеледі;
- кепілдік мөлшері кредит сомасының 85% - ынан аспауы тиіс;

³Постановление Правительства Республики Казахстан от 31 марта 2015 года № 168 Об утверждении Единой программы поддержки и развития бизнеса «Дорожная карта бизнеса 2020»

- ұсынылатын кепілдік мерзімі 5 (бес) жылдан аспауы тиіс. 20 млн.теңгеге дейінгі кредиттер бойынша, қаражаттың 100% айналым қаражатын толықтыруға бағытталған, кепілдік мерзімі 3 (үш) жылды құрайды.

Жұмыс істеп тұрған кәсіпкер үшін:

- кепілдік беру жүзеге асырылатын кредит сомасы 180 млн.теңгеден аспауы тиіс. Бұл ретте кредиттің сомасы бір кәсіпкер үшін есептелетін кредиті бойынша берешегі есепке алынбайтын онымен үлестес тұлғалардың/компаниялардың;
- кепілдік мөлшері кредит сомасының 50 % - ынан аспауы тиіс;
- ұсынылатын кепілдік мерзімі 5 (бес) жылдан аспауы тиіс. Айналым қаражатын толықтыруға бағытталған кредиттер бойынша, сондай-ақ қаражаттың 100% айналым қаражатын толықтыруға бағытталған 60 млн.теңгеге дейінгі кредиттер бойынша кепілдік мерзімі 3 (үш) жылды құрайды.

Шағын несиелер жеке ісін ұйымдастыру немесе кеңейту және салалық шектеусіз айналым капиталын толықтыру үшін беріледі.

Бір қарыз алушыға арналған микрокредиттің ең жоғары сомасы 10 000 000 (он миллион) теңгеден аспауы тиіс.

Соңғы қарыз алушы үшін микрокредит бойынша жылдық номиналды сыйақы мөлшерлемесі 12% - дан аспауы тиіс.

Банктердің/даму банкінің кредиттері бойынша ішінара кепілдік беру құралы бойынша Бағдарламаның бірінші бағыты шеңберінде елдің барлық өңірлерінде салалық шектеусіз өз және тиімді жобаларын іске асыратын және (немесе) іске асыруды жоспарлайтын жас кәсіпкерлер қатысушылар бола алады.

2) Моноқалалар, шағын қалалар мен ауылдық елді мекендер кәсіпкерлері жобаларының өндірістік қуаттарын ұлғайту.

Моноқалалар, шағын қалалар мен ауылдық елді мекендер кәсіпкерлерінің өндірістік қуаттарын ұлғайту үшін жүзеге асырылатын болады:

- ауылдық елді мекендер, шағын қалалар мен моноқалалар кәсіпкерлерінің жобаларына жетіспейтін инфрақұрылымды жеткізу.

3) Моноқалаларда, шағын қалаларда және ауылдық елді мекендерде кәсіпкерлердің бизнес-бастамаларын кеңейту.

Моноқалалардағы, шағын қалалар мен ауылдық елді мекендердегі кәсіпкерлердің бизнес-бастамаларын кеңейту үшін орындалатын болады:

- мемлекеттік гранттар беру.

Бір кәсіпкер үшін гранттың ең жоғары сомасы 3 000 000 (үш миллион) теңгеден аспайды. Гранттар нысанындағы қолдау шараларын қаржыландыру Бағдарламаның өңірлік үйлестірушілеріне нысаналы трансферттерді аудару жолымен республикалық бюджет қаражаты есебінен жүзеге асырылады.

Мемлекеттік гранттар беру құралы бойынша Бағдарламаның бірінші бағыты шеңберінде шағын кәсіпкерлік субъектілері, оның ішінде ісін жаңа бастаған жас кәсіпкерлер, ісін жаңа бастаған кәсіпкерлер, сондай-ақ бағдарлама шеңберінде экономиканың басым секторларында және өңдеуші өнеркәсіп салаларында, сондай-ақ моноқалаларда, шағын қалалар мен ауылдық елді мекендерде салалық

шектеусіз өз жобаларын іске асыруды жоспарлайтын әйелдер, мүгедектер және 50 жастан асқан адамдар қатысушы бола алады.

2 - бағыт-Экономиканың басым секторларында және өңдеуші өнеркәсіп салаларында кәсіпкерлікті дамыту

Осы бағыт шеңберінде келесі міндеттерді шешу қажет:

1) Өңдеуші өнеркәсіптің өндірілген өнім көлемін ұлғайту.

Өңдеуші өнеркәсіптің өндірілген өнімінің көлемін ұлғайту үшін іске асырылатын болады:

- банктердің/даму банкінің/лизингтік компаниялардың кредиттері/Қаржы лизингі шарттары бойынша сыйақы ставкасын субсидиялау;
- кәсіпкерлерге берілген банктердің/Даму Банкінің кредиттеріне ішінара кепілдік беру.

2) Бәсекеге қабілетті жаңа өндірістер құру.

Бәсекеге қабілетті жаңа өндірістерді құру үшін жүзеге асырылатын болады:

- кәсіпкерлердің жобалары мен индустриялық аймақтардың жетіспейтін инфрақұрылымын қамтамасыз ету.

3) Шағын және орта кәсіпкерлікте халықтың жұмыспен қамтылуын арттыру.

Шағын және орта кәсіпкерлікте халықтың жұмыспен қамтылуын арттыру үшін іске асырылатын болады:

- банктердің/даму банкінің/лизингтік компаниялардың кредиттері/Қаржы лизингі шарттары бойынша сыйақы ставкасын субсидиялау;
- кәсіпкерлерге берілген банктердің/Даму банкінің кредиттеріне ішінара кепілдік беру;
- кәсіпкерлердің жобалары мен индустриялық аймақтардың жетіспейтін инфрақұрылымын қамтамасыз ету.

Сыйақы мөлшерлемесін субсидиялау жүзеге асырылатын кредиттің/қаржы лизингі шартының сомасы бір кәсіпкер үшін 4,5 млрд. теңгеден аспайды және онымен үлестес тұлғалардың/компаниялардың кредиті/қаржы лизингі шарты бойынша берешегі есепке алынбай есептеледі.

Кредиттер/қаржы лизингі шарттары бойынша субсидиялау мерзімі ӨҮК шешімі бойынша кейіннен 6 (алты) жылға дейін ұзарту мүмкіндігімен 3 (үш) жылды құрайды. Егер бір жоба бойынша бірнеше субсидиялау шарты жасалған жағдайда, онда субсидиялаудың жалпы мерзімі Қаржы агенттігі бірінші субсидиялау шартына қол қойған сәттен бастап белгіленеді.

Бағдарлама шеңберінде экономиканың басым секторларында іске асырылатын жобалар бойынша субсидиялау номиналды сыйақы ставкасы 16% - дан аспайтын кредиттер/қаржы лизингі шарттары бойынша ғана жүзеге асырылады, оның 7% - ын мемлекет өтейді, ал айырмасын кәсіпкер төлейді.

ИИДМБ-да айқындалған өңдеуші өнеркәсіптің басым салаларында іске асырылатын жобалар бойынша субсидиялау номиналды сыйақы ставкасы 16% - дан аспайтын кредиттер/қаржы лизингі шарттары бойынша ғана жүзеге асырылады, оның 10% - ын мемлекет өтейді, ал айырмасын кәсіпкер төлейді.

Егер айналым қаражатын қаржыландыру негізгі құралдарды және/немесе инвестицияларды сатып алуға және/немесе жаңғыртуға жүзеге асырылса, бірақ 60 млн.теңге кредиттерін қоспағанда, кредит сомасының 100% - на дейін айналым қаражатын қаржыландыруға жол берілетін кредит сомасының 30% - нан аспайтын болса, егер мұндай қаржыландыру негізгі құралдарды сатып алуға және/немесе жаңғыртуға және/немесе инвестицияларға байланысты болса, айналым қаражатын толықтыруға берілетін кредиттер бойынша ішінара кепілдік беру жүзеге асырылуы мүмкін.

Кепілдік беру жүзеге асырылатын бағдарлама шеңберінде экономиканың басым секторларында іске асырылатын жобаларға кредит сомасы 360 млн.теңгеден аспауы тиіс.

Кепілдік беру жүзеге асырылатын ИИДМБ-да айқындалған өңдеуші өнеркәсіптің басым салаларында іске асырылатын жобаларға кредит сомасы бір кәсіпкер үшін 1 850 млн.теңгеден аспауы тиіс.

Өндірістік (индустриялық) инфрақұрылымды дамыту жаңа өндірістерді құруға, жұмыс істеп тұрған өндірістерді жаңғыртуға және кеңейтуге бағытталған Шағын және орта кәсіпкерлік жобаларына жетіспейтін инфрақұрылымды жекелеген жобалар үшін де (оның ішінде бірнеше жобаларды қамтамасыз ету үшін), индустриялық аймақтар құру шеңберінде де жеткізу болып табылады.

Өндірістік (индустриялық) инфрақұрылымды дамыту Бағдарлама шеңберінде ИИДМБ-да айқындалған экономиканың басым секторларында және өңдеуші өнеркәсіп салаларында қызметін жүзеге асыратын кәсіпкерлер, сондай-ақ моноқалалардың, шағын қалалардың және ауылдық елді мекендердің кәсіпкерлері үшін жүзеге асырылады.

Бөлінген қаражат мынадай инфрақұрылымды салуға және қайта жанартуға бағытталады: су бұру, сумен жабдықтау (сумен жабдықтау үшін Ұңғымаларды бұрғылау), газдандыру, су таратқыштар, бу құбырлары, өнеркәсіптік алаңдарға арналған қазандықтарды жылумен жабдықтау, су құбырлары, темір жол түйықтары, темір жол кірме жолдары, телефондандыру, электр қосалқы станциялары, электр беру желілері, септиктер, бу-газ қондырғылары, баламалы энергия көздері.

Жетіспейтін инфрақұрылымды жеткізу шағын және орта кәсіпкерлік субъектілері объектісі аумағының шекарасына дейін жүзеге асырылады, бұл ретте кәсіпкер объектісі аумағының ішінде инфрақұрылымды жеткізуге қаражат бөлу көзделмейді.

Бағдарламаның екінші бағытына қатысушылар өз жобаларын іске асыратын және (немесе) іске асыруды жоспарлайтын тиімді кәсіпкерлер болып табылады:

- экономиканың басым секторларында
- ИИДМБ-да айқындалған өңдеуші өнеркәсіптің басым салаларында

ИИДМБ-ға сәйкес өңдеуші өнеркәсіптің басым секторларына мыналар жатады:

1. Қара металлургия.
2. Түсті металлургия.
3. Мұнай өңдеу.

4. Мұнай-газ химиясы.
5. Тамақ өнімдерін өндіру.
6. Агрохимия.
7. Өнеркәсіпке арналған химикаттар өндірісі.
8. Автокөлік құралдарын, олардың бөліктерін, керек-жарақтары мен қозғалтқыштарын өндіру.
9. Электр жабдықтары.
10. Ауыл шаруашылығы техникасын өндіру.
11. Темір жол техникасын өндіру.
12. Тау-кен өнеркәсібіне арналған машиналар мен жабдықтар өндірісі.
13. Мұнай өңдеу және мұнай өндіру өнеркәсібіне арналған машиналар мен жабдықтар өндірісі.
14. Құрылыс материалдарын өндіру.

3 - ші бағыт-Кәсіпкерлердің валюталық тәуекелдерін төмендету.

Осы бағыт шеңберінде міндетті шешу қажет:

- 1) Шетелдік валюталардың ауытқуына байланысты валюталық тәуекелдердің кредиттік тәуекелдерге өзгеруіне жол бермеу.

Шетелдік валюталардың ауытқуына байланысты валюталық тәуекелдердің кредиттік тәуекелдерге айналуына жол бермеу үшін:

- ұлттық және шетел валюталарында банктердің/даму банкінің/лизингтік компаниялардың кредиттері/Қаржы лизингі шарттары бойынша сыйақы мөлшерлемесін субсидиялау.

Сыйақы мөлшерлемесін субсидиялау жүзеге асырылатын кредиттің/қаржы лизингі шартының сомасы бір кәсіпкер үшін 4,5 млрд. теңгеден аспайды және онымен үлестес тұлғалардың/компаниялардың кредиті/қаржы лизингі шарты бойынша берешегі есепке алынбай есептеледі.

750 млн.теңгеден 4,5 млрд. теңгеге дейінгі кредиттер/қаржы лизингі шарттары бойынша сыйақы ставкасын субсидиялау қолданыстағыларға қатысты кемінде 10% жана (тұрақты) жұмыс орындарын құру шартымен жүзеге асырылады.

Бағдарламаның үшінші бағытының қатысушылары экономиканың басым секторларында және өңдеуші өнеркәсіп салаларында қызметін жүзеге асыратын және кәсіпкер Бағдарламаның өңірлік үйлестірушісіне өтініш бергенге дейін өткен алты айдағы ақшалай түсімнің жалпы көлемінің кемінде 10% - ы мөлшерінде валюталық түсімі бар кәсіпкерлер бола алады.

4 - бағыт-кәсіпкерлікті қолдаудың қаржылық емес шараларын ұсыну

Бағдарламаның осы бағытының орындалуына жауапты органдар: Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігі, Қазақстан Республикасы Инвестициялар және даму министрлігі, Қазақстан Республикасы Ауыл шаруашылығы министрлігі, "Атамекен" Қазақстан Республикасы Ұлттық Кәсіпкерлер палатасы, "Kaznex Invest" АҚ, "NadLoc" АҚ, "ҚИДИ"АҚ болып табылады.

Осы бағыт шеңберінде келесі міндеттерді шешу қажет:

- 1) Кәсіпкерлікті ақпараттық-талдамалық қамтамасыз ету.

Кәсіпкерлікті ақпараттық-талдамалық қамтамасыз ету үшін іске асырылатын болады:

- "Бизнес-насихат" компоненті бойынша мемлекеттік қолдау шараларын түсіндіру. Мемлекеттік қолдаудың осы шарасы мынада деп тұжырымдалады:
 - бағдарлама бойынша ақпараттық-түсіндіру жұмыстарын жүргізу;
 - бағдарлама шеңберінде кәсіпкерлердің табысты мысалдарын және табысты жобаларды танымал ету;
 - кәсіпкерлік саласындағы заңнаманы және реттеуді түсіндіру;
 - кәсіпкерлік идеяларын насихаттау.
- Еуразиялық экономикалық одаққа мүше мемлекеттерде кәсіпкерлік қызметті жүргізу шарттары туралы түсінік. Мемлекеттік қолдаудың осы шарасы келесіде қорытылады:
 - Еуразиялық экономикалық одаққа мүше мемлекеттерде кәсіпкерлік қызметті жүргізу шарттары туралы ақпараттық-түсіндіру жұмыстарын жүргізу;
 - Еуразиялық экономикалық одаққа мүше мемлекеттерде қызметін жүзеге асыратын қазақстандық кәсіпкерлердің табысты мысалдарын танымал ету;
 - Еуразиялық экономикалық одаққа мүше мемлекеттерде қазақстандық кәсіпкерлік идеяларын насихаттау.
- * Агроөнеркәсіптік кешен субъектілерін мемлекеттік қолдау шараларын түсіндіру. Мемлекеттік қолдаудың осы шарасы келесіде:
 - АӨК саласындағы мемлекеттік қолдау шаралары туралы ақпараттық-түсіндіру жұмыстарын жүргізу;
 - кәсіпкерлердің табысты мысалдарын және АӨК саласындағы табысты жобаларды танымал ету;
 - аграрлық кәсіпкерлік идеяларын насихаттау.

1-кесте Кәсіпкерлікті ақпараттық-аналитикалық қолдаудың мақсаттары

№ р/н	Көрсеткіштер атауы	Іске асыру жылдары					
		2015	2016	2017	2018	2019	Барлығы
1	Әзірленген және таратылған ақпараттық-талдау анықтамалары мен оқу-әдістемелік құралдардың саны	2600	2600	2600	2600	2600	13000
2	Сарапшылардың, кәсіпкерлердің, қоғам қайраткерлерінің, шетелдік мамандардың және мемлекеттік органдар өкілдерінің қатысуымен бұқаралық ақпарат құралдарында ұйымдастырылған телехабарлар серияларының саны	10	15	15	20	20	80
3	Ұйымдастырылған дәрістер, семинарлар, мастер-класстар саны	16	16	16	32	32	112

2) *Кәсіпкерлердің құзыретін арттыру.*

Кәсіпкерлердің құзыретін арттыру үшін іске асырылатын болады:

- Келесі компоненттерді іске асыруды көздейтін кәсіпкерлік қызмет негіздеріне оқыту:
 - "Жас кәсіпкер мектебі" компоненті (бұдан әрі - "ЖМК" жобасы) жастардың инновациялық және кәсіпкерлік әлеуетін ашуға жәрдемдесуге, жастарды кәсіпкерлік қызметке белсенді тартуға, жас кәсіпкерлердің құзыреттілік деңгейін арттыруға бағытталған. "ЖМК" жобасының тыңдаушылары 18-29 жас аралығындағы Қазақстан Республикасының азаматтары бола алады.
 - "Бизнес - мектеп" компоненті моноқалаларда, шағын қалалар мен аудан орталықтарында шағын және орта кәсіпкерлік субъектілеріне және кәсіпкерлік бастамасы бар халыққа оқыту жобаларын ұсынуға бағытталған.
- Келесі компоненттердің жүзеге асырылуын қарастыратын мамандардың және кәсіпорын топ-менеджерлерінің біліктілігін арттыру:
 - шағын және орта кәсіпкерліктің топ-менеджментін оқыту;
 - өнімді жылжытуды басқару саласында, оның ішінде осы өнімді өндіру саласында жұмыс істейтін қызметкерлерді шетелде, сондай-ақ индустриялық-инновациялық қызмет субъектілерінің кәсіпорындарына шетелдік сарапшы-консультанттарды шақыра отырып оқыту;
 - кәсіпорынның құзыретін арттыру.
- Қолданыстағы кәсіпкерлік қызметті жүргізуге сервистік қолдау көрсету, оған бизнес-процестерді қолдау бойынша келесі мамандандырылған қызметтер ұсыну кіреді:
 - бухгалтерлік және салықтық есепті жүргізуге, сондай-ақ статистикалық есептілікті жасауға байланысты қызметтер;
 - кедендік рәсімдер бойынша қызметтер;
 - менеджмент жүйесін енгізу бойынша барлық үдеріске кеңес беру және толық сүйемелдеу;
 - заң қызметтерін көрсету;
 - маркетинг сұрақтары бойынша қызметтер;
 - ақпараттық технологияларға қызмет көрсету саласында кеңес беру;
 - Мемлекеттік сатып алуға, ұлттық компаниялар мен жер қойнауын пайдаланушылардың сатып алуларына байланысты қызметтер;
 - менеджмент мәселелері бойынша қызметтер
- Кәсіпорындардың құзыретін арттыру;
- Рұқсат беру құжаттары мен техникалық шарттарды алу мәселелері бойынша консультациялар беру шағын және орта кәсіпкерлік субъектілерінің сауаттылығын арттыруға, олардың рұқсат беру құжаттары мен техникалық шарттарды алу кезінде заңнамалық рәсімдер мен талаптар туралы хабардар болуына бағытталған.

2-кесте Кәсіпкерлердің құзыретін арттыру бойынша нысаналы көрсеткіштер

№ р/н	Көрсеткіштер атауы	Іске асыру жылдары					Барлығы
		2015	2016	2017	2018	2019	
1	Оқудан өткен кәсіпкерлер саны, бірлік	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	75 000
2	Сервистік қызмет алған кәсіпкерлер саны, бірлік	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000	150 000
3	Кәсіпкерлердің қызметкерлерді оқыту, сондай-ақ шетелдік сарапшыларды шақыру бойынша қызметтерге ақы төлеуге жұмсаған шығындары өтелген жобалардың саны	1	2	2	2	2	9
4	Кәсіпорынның біліктілігін арттыру кезінде жұмсалған шығындар өтелген кәсіпкерлік субъектілерінің саны	10	10	10	10	10	50
5	Рұқсат беру құжаттарын және техникалық шарттарды алу мәселелері бойынша кеңес алған кәсіпкерлер саны, бірлік	-	500	500	500	500	2000

3) Кәсіпкерлердің өнімділігін арттыру.

Кәсіпкерлердің өнімділігін арттыру үшін орындалады:

- Басқарудың жаңа әдістерін, өндіріс технологияларын (Аға сеньорлар) енгізу, кәсіпорындардың өнімділігін арттыру және энергия үнемдеу мәселелері бойынша сыртқы консультанттарды тарту (Қазақстан Республикасының Шағын және орта кәсіпкерлігін қолдау жөніндегі ЕҚДБ бағдарламасы). Бұл құрал келесі компоненттерді іске асыруды көздейді:
 - сыртқы консультанттарды тарту жолымен озық кәсіпорындардың консультациялық жобаларын бірлесіп қаржыландыру (Қазақстан Республикасының Шағын және орта кәсіпкерлікті қолдау жөніндегі ЕҚДБ бағдарламасы));
 - басқарудың жаңа әдістерін, өндіріс технологияларын, жабдықтарды енгізу және персоналды оқыту мәселелері бойынша жоғары білікті шетелдік мамандарды тарту (Аға сеньорлар).
- Кәсіпорындардың технологиялық дамуы. Бұл құрал келесі компоненттерді іске асыруды көздейді:
 - инвестициялық жобаның кешенді жоспарын әзірлеу және / немесе сараптау;
 - технологиялық процестерді жетілдіру;
 - өндірісті ұйымдастырудың тиімділігін арттыру;
 - халықаралық стандарттарға (ISO, API, ASTM, GMP, EN және т.б.) сәйкес өнімді және сапа менеджменті жүйелерін сертифициаттау.

3-кесте Кәсіпкерлердің өнімділігін арттыру бойынша нысаналы көрсеткіштер

№ р/ н	Көрсеткіштер атауы	Іске асыру жылдары					Барл ығы
		2015	2016	2017	2018	2019	
1	Басқарудың жаңа әдістерін, өндіріс технологияларын енгізу, кәсіпорындардың өнімділігін арттыру және энергия үнемдеу мәселелері бойынша тартылған сыртқы консультанттардың саны, бірлік	180	48	64	64	64	420
2	Инвестициялық жобаның кешенді жоспарын әзірлеу және/немесе сараптау кезінде шеккен шығындары өтелген кәсіпкерлік субъектілерінің саны	10	10	10	10	10	50
3	Технологиялық, процестерді жүргізу, жетілдіру кезінде шеккен шығындары өтелген кәсіпкерлік субъектілерінің саны	3	3	3	3	3	15
4	Өндірісті ұйымдастырудың тиімділігін арттыру кезінде кәсіпкерлердің шеккен шығындары өтелген кәсіпкерлік субъектілерінің саны	3	3	3	3	3	15
5	Халықаралық стандарттарға (ISO, API, ASTM, GMP, EN және т. б.) сәйкес өнімді және сапа менеджменті жүйелерін сертификаттау кезінде жұмсалған шығындар өтелген кәсіпкерлер саны)	25	23	23	23	23	117

4) Іскерлік байланыстарды кеңейту

Іскерлік қарым-қатынастарды кеңейту үшін орындалады:

- Шетелдік серіктестермен іскерлік байланыстар орнату ("Іскерлік байланыстар" құралы). "Іскерлік байланыстар" құралы халықаралық және шетелдік ұйымдардың қолдауымен шетелдік әріптестермен іскерлік байланыстар орнату есебінен бағдарлама шеңберінде экономиканың басым секторларында өз қызметін жүзеге асыратын шағын және орта кәсіпкерлік субъектілеріне қолдау көрсетуге бағытталған;
- Отандық өңделген тауарларды жылжыту. Бұл құрал қазақстандық кәсіпкерлердің кәсіпкерлік белсенділігін арттыруға, шет мемлекеттердің кәсіпорындарымен іскерлік байланыстар орнатуға, қазақстандық тауарлар мен қызметтерді жылжытуға бағытталған.

4-кесте Іскерлік байланыстарды кеңейту жөніндегі нысаналы көрсеткіштер

№ р/н	Көрсеткіштер атауы	Іске асыру жылдары					Барл ығы
		2015	2016	2017	2018	2019	
1	Шет мемлекеттерге жіберілген кәсіпкерлер саны, бірлік	30	30	30	30	30	150
2	Отандық өңделген тауарларды жылжыту кезінде кәсіпкерлердің шеккен шығындары өтелген жобалар саны	48	47	47	47	47	236

4.3 ӨНІМДІ ЖҰМЫСПЕН ҚАМТУ ЖӘНЕ ЖАППАЙ КӘСІПКЕРЛІК БАҒДАРЛАМАСЫ

Өнімді жұмыспен қамту және жаппай кәсіпкерлік бағдарламасы Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2016 жылғы 29 желтоқсандағы № 919 қаулысымен бекітілген.

Бағдарламаның мақсаты:

Халықтың нәтижелі жұмыспен қамтылуына жәрдемдесу және азаматтарды кәсіпкерлікке тарту.

Бағдарламаның міндеттері:

- Еңбек нарығының қажеттілігін ескере отырып, техникалық және кәсіптік білімі бар кадрларды даярлау
- Еңбек нарығында сұранысқа ие кәсіптер мен дағдылар бойынша жұмысшы кадрларды қысқа мерзімді кәсіптік оқыту.
- Кәсіпкерлік негіздеріне оқыту.
- Ауылда және қалада шағын кредит беруді кеңейту.
- Жұмыссыздарды және өз бетінше жұмыспен айналысушыларды жұмыспен қамтуға жәрдемдесу.
- Еңбек ресурстарының ұтқырлығын арттыру.
- Жұмысқа орналастыру бойынша бірыңғай сандық алаң құру.

Бағдарламада қойылған міндеттерді орындау жолымен 2021 жылға қарай мынадай нысаналы индикаторларға қол жеткізілетін болады:

- Жұмыссыздық деңгейі 4,8% - дан аспайды (3 шаршы 2016-4,9%);
- Жұмыс күшінің құрамында негізгі, орта, жалпы және бастауыш білімі бар еңбек ресурстарының үлесі – 20% - дан аспайды (3 кв. 2016-27%);
- Өзін-өзі жұмыспен қамтыған халықтың құрамында өнімсіз жұмыспен қамтылғандар үлесі 10% - дан аспайды (2016 ж. 3 кв. - 16%);
- ШОБ белсенді жұмыс істейтін субъектілерінің өсімі 10% құрайды. (2016 жылдың 3 тоқсаны – 1241 мың субъект).

Қаржыландыру көздері мен көлемі:

- республикалық бюджеттен қаражат:
 - 2017 - 40 295 647 мың теңге;
 - 2018 - 40 664 637 мың теңге;
 - 2019 - 41 540 291 мың теңге;
- жалпы аударымдарға байланысты қаражат:
 - 2017 - 45 038 436 мың теңге;
 - 2018 - 45 311 093 мың теңге;
 - 2019 - 45 453 119 мың теңге.⁴

Бағдарламаның мақсаты мен нысаналы индикаторларына қол жеткізу үшін жұмыс келесі үш бағыт бойынша жүргізілетін болады:

- Бағдарламаға қатысушыларды техникалық және кәсіптік біліммен және қысқа мерзімді кәсіптік оқытумен қамтамасыз ету;

⁴Өнімді жұмыспен қамтуды және жаппай кәсіпкерлікті дамытудың 2017-2021 жылдарға арналған бағдарламасын бекіту туралы Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2016 жылғы 29 желтоқсандағы № 919 қаулысы

- Бұқаралық кәсіпкерлікті дамыту;
- Халықты жұмыспен қамтуға жәрдемдесу және еңбек ресурстарының ұтқырлығы арқылы еңбек нарығын дамыту.

1-ші бағыт. Бағдарламаға қатысушыларды техникалық және кәсіптік біліммен және қысқа мерзімді кәсіптік оқытумен қамтамасыз ету

Бағдарламаның бірінші бағытының операторы Қазақстан Республикасы Білім және ғылым министрлігі болып табылады.

Осы бағыт шеңберінде келесі міндеттер шешілетін болады:

1) Еңбек нарығының қажеттіліктерін ескере отырып, техникалық және кәсіптік білімі бар кадрларды даярлау.

Техникалық және кәсіптік білім Бағдарламаға қатысушыларға ТжКБ-мен кадрлар даярлау жөніндегі мамандықтар тізбесіне және оқытудың екі деңгейлі моделінің модульдік бағдарламаларына сәйкес тегін беріледі.

ТжКБ-мен кадрлар даярлау бағдарламасының қатысушылары 9-11 сынып түлектері, оқу орындарына түспеген, өмірлік қиын жағдайда жүрген адамдар және аз қамтамасыз етілген отбасы мүшелері, сондай-ақ азаматтардың өзге де санаттары болып табылады.

2) Еңбек нарығында сұранысқа ие кәсіптер мен дағдылар бойынша жұмысшы кадрларды қысқа мерзімді кәсіптік оқыту.

Бағдарлама қатысушыларының қысқа мерзімді кәсіптік даярлығы оқу орындарында кадрларды оқытудың қосарлы моделінің элементтері, соның ішінде мобильді оқу орталықтары арқылы жүзеге асырылады.

Қысқа мерзімді кәсіптік білім беру сонымен қатар цифрлық сауаттылық дағдылары, ағылшын тілі және кәсіпкерлік негіздері бойынша жүзеге асырылады.

Қысқа мерзімді кәсіптік оқытудан өтіп жатқан бағдарлама қатысушылары - 29 жасқа дейінгі жастар және жұмыссыздар, жұмыспен қамту орталықтарында тіркелу қарамастан және өзін-өзі жұмыспен қамтығандар.

Қысқа мерзімді кәсіптік оқытудан өтетін бағдарлама қатысушыларына оқу ақысын, стипендияларды, жол жүру шығындарын мемлекеттік қолдау көрсетеді. Резидент емес қатысушылар үшін тұрғын үйді жалдау (жалға алу) үшін өтемақы көзделген.

2-бағыт. Бұқаралық кәсіпкерлікті дамыту

Бағдарламаның екінші бағытының операторлары Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігі – "Бастау Бизнес" жобасын іске асыру және Қалаларда шағын кредит беру мәселелері бойынша және Қазақстан Республикасы Ауыл шаруашылығы министрлігі – 2018 жылдан бастап "Бастау Бизнес" жобасын іске асыру және ауылда және шағын қалаларда шағын кредит беру мәселелері бойынша болып табылады.

Осы бағыт шеңберінде келесі міндеттер шешілетін болады:

1) "Бастау Бизнес" жобасы бойынша Бағдарламаға қатысушыларды кәсіпкерлік негіздерге оқыту.

"Бастау Бизнес" жобасы Бағдарламаға қатысушыларды кәсіпкерлік дағдыларға, соның ішінде ауыл шаруашылығы кооперативтерін қалыптастыру қағидаттарына оқытуға, сондай-ақ олардың бизнес жобаларын сүйемелдеуге бағытталған.

"Бастау Бизнес" жобасы бойынша кәсіпкерлік негіздерін оқытуға қатысушылар халықты жұмыспен қамту орталықтарында тіркелуіне қарамастан жұмыссыздар және өз бетінше жұмыспен айналысушылар, кәсіпкерлік әлеуеті бар және ауылдық елді мекендер мен аудан орталықтарында тұратын жұмыссыздар болып табылады.

"Бастау Бизнес" жобасы бойынша кәсіпкерлік негіздеріне оқытудан өтіп жатқан бағдарламаға қатысушылар оқу ақысын және стипендияны төлеу бойынша мемлекеттік қолдаумен қамтамасыз етіледі.

2) Кәсіпкерлік бастамаларды қолдау.

Микрокредиттер ауылдық елді мекендерде, шағын қалаларда және қалаларда бизнес-жобаларды іске асыратын немесе іске асыруды жоспарлайтын Бағдарламаға қатысушыларға беріледі.

Бағдарламаға қатысушылар халықты жұмыспен қамту орталықтарында тіркелуіне қарамастан жұмыссыздар және кәсіпкерлік әлеуеті бар өз бетінше жұмыспен айналысушылар және ауыл шаруашылығы кооперативтері мен олардың мүшелері болып табылады.

Бағдарламаның қатысушысы микрокредит алу үшін міндетті шарт оны салық заңнамасына сәйкес салық органдарында тіркеу болып табылады.

Микробизнес ашу үшін шағын несиелер "Бастау Бизнес" жобасы шеңберінде кәсіпкерлік негіздеріне оқыту курстарынан өткеннен кейін немесе Бағдарламаның бірінші бағыты шеңберінде кәсіпкерлік негіздеріне оқыту курстарынан өткен соң не соңғы екі жыл ішінде басқа бағдарламалар шеңберінде кәсіпкерлік негіздеріне оқыту курстарынан өткендігі туралы сертификат болған жағдайда беріледі.

Қолданыстағы бизнесті кеңейту және ауыл шаруашылығы кооперативтерін құру үшін шағын несиелер жаңа тұрақты жұмыс орындарын құру шартымен беріледі.

3) Қалалар мен ауылдардағы микрокредиттерді кепілдендіру.

Кепілдеме тек 2017 жылдың 1 қаңтарынан бастап МФО / КТ / ЕДБ шығарған микрокредиттер бойынша беріледі:

- микро бизнестің ашылуы, қолданыстағы бизнесті кеңейту, ауылдық жерлерде кооперативтер құру (әкімшілік бағыныстылығына қарамастан) және шағын қалалар;
- жаңа шағын кәсіпорындар құру, қалаларда бар бизнесті кеңейту.

Ауылдық жерлерде және шағын қалаларда шығарылған микрокредиттердің кепілдігін «ҚазАгроГарант» АҚ, қалаларда - «Даму» КДҚ»АҚ қамтамасыз етеді.

Ауылдық жерлерде және шағын қалаларда микрокредиттерді кепілдендіру үшін жергілікті атқарушы органдардың комиссияларының мөлшері кепілдіктің 30% -ын құрайды, қалаларда - 20%.

Бағдарлама қатысушыларының кепілдігі тегін беріледі.

Кепілдік сомасы:

- жаңадан келген кәсіпкер микрокредит сомасының 85% -ынан жоғары болмауы керек;
- жұмыс істеп тұрған кәсіпкер микрокредит сомасының 50% -ынан аспауы керек.

Кепілдендірілетін микрокредит сомасы 8 мың АЕК-тен аспауы керек.

МФО / КТ / ЕДБ кредиттері / микрокредиттері бойынша кепілдік берілген номиналды сыйақы мөлшерлемесі 6% -дан жоғары болмауы керек.

3-бағыт. Жұмыспен қамту және еңбек ұтқырлығын арттыру арқылы еңбек нарығын дамыту

Бағдарламаның үшінші бағыты операторы - ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі.

Осы бағытта келесі міндеттер шешілетін болады:

1) Жұмыссыздарды және өз бетінше жұмыспен айналысатындарды жұмыспен қамтуға жәрдемдесу.

Жұмыспен қамтуды қамтамасыз ету мақсатында Бағдарламаға қатысушыларды мемлекеттік қолдау шаралары қарастырылған:

- әлеуметтік кәсіптік бағдарлау, мамандықты таңдауға көмектесу, оқыту және жұмыспен қамту мәселелері бойынша кеңестер;
- бос орындарды табу және жұмысқа орналасуға жәрдемдесу;
- әлеуметтік жұмыс орындарын құру;
- жастар тәжірибесін ұйымдастыру;
- қоғамдық жұмыстарды ұйымдастыру.

Жұмыс іздеп жүрген адамдар, жұмыссыздар және Заңға сәйкес басым құқықты пайдаланатын өзге де адамдар жұмыспен қамтуды қамтамасыз етуде қолдау алатын бағдарламаға қатысушылар болып табылады.

2) Еңбек ресурстарының ұтқырлығын арттыру.

Еңбек тапшы өңірлерді жұмыс күшімен қамтамасыз ету, өңірлік сәйкессіздіктерді және демографиялық теңгерімсіздіктерді жою мақсатында Бағдарлама шеңберінде ерікті қоныс аударуға жәрдемдесу есебінен еңбек ресурстарының аумақтық ұтқырлығы ынталандырылады. Ерікті бағдарламаға қатысушылардың қоныс аударуы жүзеге асырылады қамтылмаған облыстардың трудодефицитные.

Бағдарламаға қатысушыларды мемлекеттік қолдау көшуге субсидиялар беруді және тұрғын үй жалдау (жалға алу) бойынша шығыстарды өтеуді және коммуналдық қызметтерге ақы төлеуді қамтиды.

Қазақстан Республикасының азаматтары, оралмандар және олардың отбасы мүшелері жаңа тұрғылықты жерге ерікті түрде қоныс аудару жөніндегі Бағдарламаға қатысушылар болып табылады.

3) Жұмысқа орналастыру бойынша бірыңғай сандық алаң құру.

Бағдарламаның осы бағыты Жұмыс іздеу және персоналды іріктеуге жәрдемдесу үшін еңбек нарығының бірыңғай ақпараттық базасын – "Еңбек биржасын" құруды көздейді.⁵

⁵Өнімді жұмыспен қамтуды және жаппай кәсіпкерлікті дамытудың 2017-2021 жылдарға арналған бағдарламасын бекіту туралы Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2016 жылғы 29 желтоқсандағы № 919 қаулысы

5 ДӘРІГЕРЛІК АМБУЛАТОРИЯЛАРДЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ МЕН ДАМУ БОЛАШАҒЫ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2017-2021 жылдарға арналған стратегиялық жоспары жүйелі шешуді талап ететін басым проблемалар бойынша мынадай стратегиялық бағыттарды көздейді.

Халықтың денсаулығын нығайту

Медициналық-демографиялық көрсеткіштердің оң серпініне қарамастан, туу кезіндегі күтілетін өмір сүру ұзақтығы төмен деңгейде қалып отыр және 2015 жылдың қорытындысы бойынша 72 жылды құрады, бұл табыстың ұқсас деңгейі бар елдерге қарағанда 3 жылға төмен.

Негізгі мәселелер:

- 1) Қазақстанда жыл сайын обырдан шамамен 17 мың адам қайтыс болады, оның 42% – ы еңбекке қабілетті жастағы адамдар. 2016 жылы обырдан 15117 адам қайтыс болды, оның 48,3 % - еңбекке жарамды жастағы адамдар.
- 2) Жол-көлік оқиғаларында 2 мыңнан астам адам қаза тауып, 23 мыңнан астам адам жарақат алды, бұл проблеманың ауқымдылығы мен маңыздылығын көрсетеді.
- 3) Бұдан басқа, жүргізіліп жатқан ауқымды құрылысқа, "dots-плюс" туберкулезді емдеу бағдарламасын іске асыруға қарамастан, туберкулездің таралуын эпидемиологиялық қадағалау, дәрілік тұрақтылық пен туберкулезден болатын өлім-жітімді дамыту мәселелері өзекті болып қалуда. Қазақстанда туберкулезбен сырқаттанушылық деңгейі ТМД елдері арасында ең жоғары болып табылады.
- 4) Ана мен бала денсаулығын сақтау саласында жүйелі шаралар жүргізілуіне қарамастан, республикада ана мен бала өлім-жітімінің көрсеткіштері Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымының Еуропалық аймағына қарағанда әлі де жоғары.
- 5) Отбасын жоспарлау жөніндегі жұмысты, салауатты өмір салтын қалыптастыру мәселелері бойынша халықтың хабардар болуын арттыруды қоса алғанда, МСАК-тың профилактикалық бағытының жеткіліксіздігі проблемалары сақталады. Сонымен қатар, денсаулық сақтаудың бастапқы буынында жалпы дәрігерлік тәжірибе және халықпен профилактикалық жұмыс жүргізуде Денсаулық сақтау технологиялары нашар дамуда.
- 6) Шетелден аса қауіпті және басқа да жұқпалы ауруларды әкелу қаупі бар. Қарқынды дамып келе жатқан интеграциялық процестер, тауарлардың, адамдар мен көлік құралдарының еркін жүріп-тұруы Қазақстанмен тікелей көлік қатынасы бар шекаралас елдерде және мемлекеттерде өршуі тіркелетін аса қауіпті және басқа да жұқпалы аурулардың әкеліну қаупіне байланысты эпидемиологиялық жағдайдың асқыну қаупін арттырады.

- 7) Оң аудиторлық қорытынды алған объектілерді тексерулерден босатудың нақты тетігінің болмауы сыбайлас жемқорлық қана емес, сонымен қатар эпидемиологиялық тәуекелдерді де құрады. Осыған байланысты 2017 жылы санитарлық-эпидемиологиялық аудитті реттейтін нормативтік құқықтық актілер қайта қаралатын болады.
- 8) Стандарттар мен әдістемелердің болмауы салдарынан тұтынушылар үшін (сүт өнімдері, шырындар, шұжық өнімдері және т.б.) таңбалауда (ақпаратта) көрсетілген құрамы бойынша көптеген тамақ өнімдерінің түпнұсқалығын анықтау проблемасы бар. Әсіресе, бұл проблема болып жатқан интеграциялық процестер (Кеден одағы, Бірыңғай экономикалық кеңістік, алдағы Дүниежүзілік сауда ұйымына кіру) шеңберінде өзекті болып отыр.

Денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігін арттыру

Халықтың денсаулық жағдайын жақсартуға медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын жақсартуға бағытталған шаралар әсер етті. Тарифтік саясаттың ашықтығы қамтамасыз етілді, соның нәтижесінде ТМҚКК жеткізушілердің жалпы санындағы жеке сектордың үлесі едәуір артты. Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесі (бұдан әрі – БҰДЖ) шеңберінде стационарды алмастыратын технологиялар белсенді дамуда, олардың көмегімен 2016 жылы 1 193,8 мың адам емделді (2015 жылы – 1 120,6 мың адам, 2014 жылы – 1 059,6 мың адам).

Негізгі мәселелер:

- 1) БҰДЖ шеңберінде қаржыландыру тетіктерін (қор ұстау, екі компонентті жан басына шаққандағы норматив) енгізу жолымен қол жеткізілген бәсекелестік органы қалыптастырудағы оң өзгерістерге қарамастан, мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарының басқарушылық дербестігінің төмендігі және менеджменттің жеткіліксіз деңгейі медициналық қызмет көрсетушілердің бәсекеге қабілеттілігін арттыруға кедергі келтіреді.
- 2) Медициналық қызметтер сапасының жеткіліксіз деңгейі сақталып отыр, медициналық ұйымдарда ішкі аудит жүйесі жеткілікті дамымаған. Пациенттердің құқықтарын қорғау жүйесі нашар дамыған, тәуелсіз сарапшылардың әлеуеті жеткіліксіз.
- 3) Денсаулық сақтаудың бірыңғай ақпараттық жүйесін белсенді енгізуге қарамастан, денсаулық сақтауда ақпараттық-коммуникациялық инфрақұрылымның жеткіліксіз деңгейі, медицина қызметкерлері арасында компьютерлік сауаттылықтың төмен деңгейі сақталуда.
- 4) Медициналық ұйымдарды жеткіліксіз материалдық-техникалық қамтамасыз етуге байланысты мәселелер проблемалық болып қалуда. Бұл ретте, лизингтік жүйенің мүмкіндіктері толық көлемде пайдаланылмайды.
- 5) Қазақстанның ауылдық денсаулық сақтау оқшаулануына (алыстығына), әлсіз дамыған инфрақұрылымға, материалдық базаның әлсіздігіне, күрделі климаттық жағдайларға, медицина қызметкерлерінің жетіспеушілігіне және кадрлардың тұрақтамауына байланысты күрделі қиындықтарға тап болады.
- 6) Ауылдағы бірқатар медициналық ұйымдар бейімделмеген, санитарлық-гигиеналық талаптарға жауап бермейтін үй-жайларда орналасқан, қазіргі

заманғы медициналық жабдықтармен, санитарлық автокөлікпен жеткіліксіз жарақтандырылған.

- 7) Қабылданатын шараларға қарамастан фармацевтикалық қадағалау, фармакоэкономикалық зерттеулер, дәрілік заттардың жанама әсерлерінің мониторингі, жалған және контрафактілік дәрілік заттарды өндіруге және таратуға қарсы күрес жөніндегі жұмыс жүйесін одан әрі жетілдіруді талап етеді.
- 8) Дәрілік заттардың әсіресе ауылдық жерлерде тұратын халыққа қолжетімділігін қамтамасыз ету мәселелері одан әрі шешуді талап етеді.
- 9) Денсаулық сақтауды қаржыландыру көздері әртараптандырылмаған, Мемлекет негізгі қаржылық жүктемеге ие болады, іскерлік қоғамдастықтың үлесі жеткіліксіз болып қалады, ал азаматтардың қаржылық қатысуы олардың өз денсаулығына жауапты көзқарасын ынталандырмайды.
- 10) Ведомствоаралық өзара іс-қимылдың жеткіліксіз тиімділігі Денсаулық сақтау мәселелерін шешуде өзекті болып қала береді.
- 11) Кадрларды даярлау сапасына, практикалық мамандардың біліктілік деңгейіне байланысты проблемалық мәселелер сақталады. Даярланған медицина кадрларын шығару жыл сайын ұлғайған кезде медицина кадрларын бөлуде әркелкілік орын алады: 10 мың халыққа шаққанда 19,7-ден 49,4-ке дейін. Ауылдық денсаулық сақтау дәрігерлерімен қамтамасыз ету бұрынғысынша төмен болып қалып отыр және 10 мың халыққа шаққанда 11,5-тен 18,2-ге дейінгі шекте ауытқиды.
- 12) Ғылыми зерттеулердің бәсекеге қабілеттілігінің төмендігі және денсаулық сақтау саласындағы маңызды инновациялық жетістіктердің болмауы орын алады, бұл медицина ғылымы ұйымдарының әлсіз материалдық-техникалық базасын, ғылыми зерттеулердің тиімсіз менеджментін, зерттеушілердің жеткіліксіз әлеуетінің, олардың өзін-өзі дамытуға уәждемесін арттырудың тиімді тетіктерінің жоқтығын қоса алғанда, медицина ғылымының дамуына кедергі келтіретін бірқатар факторлардың болуымен байланысты.
- 13) Жоғары оқу орны ғылымының даму деңгейі төмен болып қала береді, бұл білім беру ұйымдарының жеткіліксіз ғылыми әлеуетімен және ғылыми бағдарламалар мен жобаларды іске асыруға профессорлық-оқытушылық құрамның төмен тартылуымен және ғылыми бағдарламалар мен жобаларды қаржыландырудың төмен деңгейімен байланысты.

Государственная программа развития здравоохранения Республики Қазақстан Республикасының 2016-2019 жылдарға арналған "Денсаулық бағдарламасы еліміздің тұрақты әлеуметтік-экономикалық дамуын қамтамасыз ету үшін халықтың денсаулығын нығайтуды мақсат етіп отыр.

Міндеттер:

1. Қоғамдық денсаулық сақтау жүйесін дамыту;
2. Аурулардың алдын алу және басқаруды жетілдіру;
3. Денсаулық сақтау жүйесін басқару мен қаржыландырудың тиімділігін арттыру;
4. Ресурстарды ұтымды пайдалануды және инфрақұрылымды оңтайландыруды қамтамасыз ету.

Мемлекеттік бағдарламада мәлімделген даму бағыттарының ішінде БМСК-ні жаңғырту және басым дамыту негізінде пациенттің мұқтажы айналасында барлық денсаулық сақтау қызметтерін ықпалдастыру, оның ішінде:

- МСАК халыққа медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру жүйесіндегі көлденең (амбулаториялық-емханалық) және тік (психиатриялық, наркологиалық, туберкулезге қарсы, онкологиялық және т.б.) бейінді қызметтермен өзара іс-қимылының өзгеруімен орталық буын болады.
- Тегін амбулаториялық емдеу үшін дәрілік заттардың тізбесін кезең-кезеңмен ұлғайта отырып, МСАК деңгейінде медициналық көмек кеңейтілетін болады.
- Жоспарлы мамандандырылған көмек БМСК бекітілген халықтың қажеттілігіне байланысты болады, оңалту және ұзақ күтім қызметі, оның ішінде жеке секторды тарта отырып, дамитын болады.
- Көлік медицинасын, оның ішінде санитарлық авиацияны, жедел медициналық көмек пен телемедицинаны, жылжымалы дәріхана пункттері желісін одан әрі дамыту жүзеге асырылатын болады.
- Дәлелді медицинаға, ғылыми әзірлемелерге негізделген медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарттарын, клиникалық хаттамаларды жетілдіру және енгізу жалғастырылады.

БМСК-ні жаңғырту және басым дамыту бастапқы буында әмбебап, интеграцияланған, әлеуметтік бағдарланған, қолжетімді және сапалы медициналық көмекті дамытуға бағытталған шараларды тереңдетуді көздейді. Бастапқы медициналық көмектің әмбебаптығы отбасылық қызмет көрсету принципіне одан әрі көшу есебінен қамтамасыз етілетін болады.

Отбасылық қызмет көрсету принципі-маңызды басымдықтардың бірі:

- Әрбір жас кезеңінде ағзаның ерекшеліктерін ескере отырып, оның өмір бойы адамның денсаулығын алдын алуға баса назар аудара отырып, бақылауды көздейтін болады;
- Отбасылық қағидат әрбір отбасының отбасын қадағалау мен сауықтырудың жеке картасы бойынша қажеттілігін ескере отырып, профилактикалық, диагностикалық, емдеу, оңалту және сауықтыру іс-шараларын, паллиативтік көмек пен үйде күтімді жүргізуді көздейді;
- Қызмет көрсетудің отбасылық принципін нақты өңірдің Кадрлық жабдықталуына байланысты жалпы практика дәрігерлері (ЖТД) және/немесе қазіргі жұмыс істеп тұрған учаскелік дәрігерлер (терапевтер, педиатрлар, гинекологтар) қатарынан мульти-тәртіптік командалар жүзеге асыратын болады;
- Жалпы тәжірибе дәрігерлері мен олардың құзыреттерінің өсуіне қарай олар мульти-тәртіптік командалардың орнын басатын болады. Отбасының денсаулығын сақтау жөніндегі шаралар кешені отбасын жоспарлау, сырқаттанушылықтың алдын алу, әйел, еркек халықтың және балалардың созылмалы ауруларын емдеу және оңалту жөніндегі шараларды қамтитын болады;
- БМСК жұмысының басымдығы ана мен бала денсаулығын нығайту болып қала береді. БМСК әр түрлі аурулар кезінде медициналық көмекті, оның

ішінде перинаталдық көмекті аймақтандыру бағдарламаларының базалық деңгейіне айналады.

- Дамудың басқа бағыттары арасында:
- Андрологиялық қызметті ұйымдастыруды жетілдіру, ерлердің репродуктивті жүйесі ауруларының алдын алу және қазіргі заманғы емдеу тиімділігін арттыру жөніндегі іс-шаралар;
- Медициналық көмек көрсетудің сабақтастығын қамтамасыз ету мақсатында МСАК-тың басқа деңгейлермен және денсаулық сақтау қызметтерімен толық интеграциялануы қамтамасыз етілетін болады. Мысалы, МСАК мамандары бейінді мамандардың диагностикасы мен қызметтерін, стационарға жіберуді, оңалтуды, паллиативтік көмекті және үйде күтуді (бағыттау) қоса алғанда, денсаулық сақтау жүйесінің барлық деңгейлерінде медициналық көмек көрсетуді үйлестіретін болады. Олар медициналық көмектің барлық кезеңдерінде қызмет көрсетудің толықтығы мен сапасына мониторинг жүргізеді;
- Мамандандырылған қызметтердің (оның ішінде психиатриялық, наркологиалық, туберкулезге қарсы, онкологиялық және т. б.) БМСК ұйымдарымен тығыз өзара байланысы;
- Медициналық көмек көрсетудің тиісті Стандарттары, ережелері мен тәртібі және оның толықтығы мен сабақтастығын қамтамасыз ету, сондай - ақ оны қаржыландыру әдістері-мысалы, медициналық көмектің кейбір түрлеріне байланысты тарифтер;
- Барлық деңгейлерде пациенттерді диагностикалаудың, емдеудің, оңалтудың және күтудің бірыңғай хаттамаларын, МСАК қызметкерлерінің орталық үйлестіруші рөлі негізінде мониторинг пен қаржыландырудың бірыңғай тетіктерін қолданудан тұратын ауруларды біріктірілген басқару қағидаты мен бағдарламаларын енгізу. Бұл үшін ауруларды басқару бағдарламалары іске асырылатын ең маңызды инфекциялық емес бес ауру анықталатын болады. Осы бағдарламалар шеңберінде медициналық көмек көрсетудің барлық деңгейлерін қаржыландыру байланысты тарифтер негізінде Қор ұстаудың типі бойынша жүзеге асырылатын болады. Бұл ауруды ерте анықтауға және емдеуге, асқыну жиілігін төмендетуге және емдеуге жатқызу деңгейін қысқартуға, тиімді медициналық-әлеуметтік оңалтуды жүргізуге екпінді көшіру үшін ынталандырулар жасайды;
- МСАК-тың әлеуметтік бағдарлануы МСАК-тың, әлеуметтік қорғау және қоғамдық денсаулық сақтау қызметтерінің жұмысын біріктіру, халықтың денсаулығын сақтау жөніндегі сектораралық өзара іс-қимыл шеңберіндегі іс-шараларға бастапқы буын мамандарын белсенді тарту есебінен қамтамасыз етілетін болады. Тиісінше, БМСК психологтарды, әлеуметтік қызметкерлерді, медбикелерді, фельдшерлерді, акушерлерді және қосалқы қызметкерді тарта отырып, кешенді медициналық және әлеуметтік қызметтер көрсетуді қамтитын бастапқы медициналық-әлеуметтік көмек қызметі ретінде қаралатын болады. Әлеуметтік қорғау органдарымен өзара

іс-қимылда Әлеуметтік және психологиялық қолдау мен мультипрофильді патронаж қамтамасыз етілетін болады;

- АМСК, ДСБ, әлеуметтік қызметкерлердің, бейінді денсаулық сақтау қызметтерінің (туберкулезге қарсы, наркологиялық, психиатриялық) жұмысын бейәлеуметтік мінез-құлқы бар адамдарға қатысты ПМ учаскелік қызметтерінің және басқа да мүдделі органдардың (оның ішінде балалар мен әйелдердің құқықтарын қорғау жөніндегі) өкілдерімен, бала жасындағы жазатайым оқиғаларды болдырмау, отбасындағы теріс факторлардың баланың денсаулығына әсерін болдырмау жөніндегі сектораралық ықпалдастыру күшейтілетін болады;
- Қызметтердің барынша қол жетімділігін қамтамасыз ету үшін БМСК ұйымдарының желісі өңірлерде демографиялық, географиялық және инфрақұрылымдық жағдайларды ескере отырып дамитын болады. Халықтың тұратын жерлеріне барынша жақын орналасқан ұйымдардың шағын және жинақы нысандарына басымдық берілетін болады. Осы мақсатта: ЖТД учаскелерін кезең-кезеңімен ірілендіру; топтық және жеке отбасылық практикаларды құруды қолдау; БМСК-ні базалық медициналық жабдықтармен және медициналық бұйымдармен, сондай-ақ арнайы автокөлікпен жарақтандыруды жетілдіру жүзеге асырылатын болады; ұтқыр (көліктік) медицинаны, пациенттерді қашықтықтан байқауды одан әрі дамыту; бастапқы медициналық көмек көрсету саласында жеке секторды, шағын және орта бизнесті дамытуды мемлекеттік қолдау; МСАК жаңа объектілерін салуды, қызмет бейіні тұрақты сақталған жағдайда кейіннен жекешелендіру мүмкіндігімен мемлекеттік Объектілерді сенімгерлік басқаруға беруді қамтитын мемлекеттік-жеке әріптестікті (МЖӘ) дамыту. БМСК объектілерін дамыту халықты медициналық көмекпен қамтамасыз ету нормативтеріне сәйкес халықты қолжетімді Әлеуметтік және жалдамалы тұрғын үймен қамтамасыз ету жөніндегі бағдарламаларда міндетті инфрақұрылым объектілері ретінде көзделетін болады;
- БМСК сапасын арттыру мақсатында БМСК ұйымын және жалпы практика дәрігерін толыққанды еркін таңдауды қамтамасыз ету және ынталандыру бойынша, оның ішінде БМСК ұйымдарына халықты бекітудің қарапайымдылығы мен ашықтығын қамтамасыз ету бойынша шаралар қабылданатын болады;
- Қызмет көрсету сапасын жақсарту, персоналдың кезектілігі мен шамадан тыс жүктелуін төмендету мақсатында операциялық менеджментті жақсарту, өңірлік және жергілікті call-орталықтар құру, интернет арқылы мамандардың консультациясына жазба енгізу, кезектерді басқарудың қазіргі заманғы технологияларын енгізу негізінде БМСК ұйымдарын басқару жетілдірілетін болады. МСАК кадрлық әлеуетін дамыту, Денсаулық сақтау жүйесінде МСАК басымдығын, тиімділігі мен тартымдылығын қамтамасыз ету үшін лауазымдық нұсқаулықтар мен біліктілік талаптарын оңтайландыру жөніндегі жұмыс жүргізілетін болады;

- БМСК тұрақты дамуын қамтамасыз ету, оның толықтығы мен тартымдылығын арттыру үшін мемлекеттің амбулаториялық деңгейде қамтамасыз ететін дәрілік заттардың тізбесі кезең-кезеңімен кеңейтілетін болады. Халықтың денсаулығына барынша көп әсер ететін ауруларды ерте анықтау жөніндегі басты скринингтік бағдарламаларды одан әрі дамыту, сондай-ақ скринингтік бағдарламаларды жүргізу, мониторингілеу және тиімділігін бағалау стандарттарын үнемі жетілдіру қамтамасыз етілетін болады.

6 ЗЕРТТЕУ КӨРСЕТКІШТЕРІНЕ СТАТИСТИКАЛЫҚ ШОЛУ

6.1 ЖІКТЕЛУ

Қазақстан Республикасы Индустрия және сауда министрлігінің Техникалық реттеу және метрология комитетінің 2007 жылғы 14 желтоқсандағы № 683 бұйрығымен бекітілген Экономикалық қызмет түрлерінің классификаторына (бұдан әрі - ОКҚ) сәйкес, осы жобада зерттелген шаруашылық қызметтің түрі келесі жіктеу құрылымына сәйкес келеді:

5-кесте Амбулаториялық емханалардың шаруашылық қызметінің құрылымы

Идентификатор	Атауы
Q бөлім	Денсаулық сақтау және әлеуметтік қызметтер
86-бөлім	«Денсаулық сақтау саласындағы қызмет»
86.2 тобы	«Медициналық және стоматологиялық практика»
86.21-сынып	"Жалпы дәрігерлік тәжірибе" Қамтиды: Жалпы мақсаттағы дәрігерлер жүргізетін жалпы медицина саласындағы медициналық консультациялар және емдеу

6.2 ХАЛЫҚҚА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТЕТІН ҰЙЫМДАРДЫҢ САНЫ

ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің мәліметінше, 2017 жылы төсек саны 99465-ке дейін азайды. 2017 жылы төсек-орындармен қамтамасыз ету көрсеткіші 10 мың тұрғынға 55,8 құрады.

6-кесте 2016-2017 жылдардағы төсек саны (Денсаулық сақтау жүйесі)

	Барлық ведомство			
	Төсек саны		10 000 тұрғынды төсекпен қамтамасыз ету	
	2016	2017	2016	2017
Қазақстан Республикасы	100079	99465	55.9	54.8
Ақмола обл.	4782	4629	65.1	62.7
Ақтөбе обл.	4344	4261	51.4	49.7
Алматы обл.	8907	8991	44.9	44.6
Атырау обл.	3052	2680	50.2	43.2
Б-Қазақстан обл.	3914	3871	61.0	59.8
Жамбыл обл.	5658	5701	50.7	51.0
Қарағанды обл.	9375	9420	67.8	68.2
Қостанай обл.	4822	4778	54.9	54.6
Қызылорда обл.	4650	4593	60.1	58.7
Маңғыстау обл.	2772	2765	43.1	41.9
О-Қазақстан обл.	12701	12699	44.1	43.4
Павлодар обл.	4902	4651	64.8	61.6
С-Қазақстан обл.	3847	3672	68.3	65.8
Ш-Қазақстан обл.	8565	8470	61.6	61.2
Астана қ.	6777	6804	69.7	65.9
Алматы қ.	11011	11480	62.8	63.7

Дереккөз: ҚР Денсаулық сақтау министрлігі

2017 жылы мемлекеттік амбулаториялық-емханалық ұйымдардың саны - 2066, жеке меншік - 1136.

2017 жылға қарай дәрігерлік амбулаториялар саны 10 тәуелсіз, аурухана ұйымдарының 1273 мүшесі және АПС-нің 101 мүшесі болды.

7-кесте 2016-2017 жылдардағы амбулаториялық-емханалық ұйымдардың саны

	Мемлекеттік		Жеке
	2016	2017	2017
Қазақстан Республикасы	2080	2066	1136
Ақмола обл.	132	132	17
Ақтөбе обл.	125	126	68
Алматы обл.	303	308	16
Атырау обл.	82	84	33
Б-Қазақстан обл.	96	96	13
Жамбыл обл.	149	148	40
Қарағанды обл.	131	130	98
Қостанай обл.	84	82	63
Қызылорда обл.	140	131	4
Маңғыстау обл.	50	49	11
О-Қазақстан обл.	258	260	28
Павлодар обл.	96	93	73
С-Қазақстан обл.	94	85	63
Ш-Қазақстан обл.	248	244	83
Астана қ.	27	26	113
Алматы қ.	62	66	413

Дереккөз: ҚР Денсаулық сақтау министрлігі

2016-2017 жылдардағы дәрігерлік амбулаториялардың саны

	Дербес		Аурухана ұйымдарының құрамына кіретіндер		АПО құрамына кіретіндер	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Қазақстан Республикасы	8	10	1116	1273	268	101
Ақмола обл.			76	76	23	23
Ақтөбе обл.			83	83	10	10
Алматы обл.			233	233	2	2
Атырау обл.	2	2	48	50	3	4
Б-Қазақстан обл.			60	60	4	4
Жамбыл обл.			108	109		
Қарағанды обл.			71	71		
Қостанай обл.			37	38	2	2
Қызылорда обл.			97	89	6	6
Маңғыстау обл.			25	27	4	2
О-Қазақстан обл.		2		166	191	25
Павлодар обл.			43	43	19	19
С-Қазақстан обл.	6	6	67	59		
Ш-Қазақстан обл.			168	169	4	4

Дереккөз: ҚР Денсаулық сақтау министрлігі

6.3 ДӘРІГЕРЛЕР САНЫ

2017 жылы дәрігерлер саны қала халқына қатысты 60515 және ауыл халқына қатысты 11619 құрады.

9-кесте 2016-2017 жылдардағы барлық мамандықтағы дәрігерлер саны

	Қала халқы				Ауыл халқы			
	абсолют. сандар		10 000 адамға		абсолют. сандар		10 000 адамға	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Қазақстан Республикасы	62844	60515	61.1	58.0	11767	11619	15.4	15.0
Ақмола обл.	1655	1693	47.5	48.6	531	509	13.8	13.1
Ақтөбе обл.	3149	3371	59.2	61.8	458	477	14.6	15.3
Алматы обл.	2508	2375	52.8	51.1	2355	2326	15.6	15.0
Атырау обл.	1322	1374	45.3	46.3	388	384	12.3	11.9
Б-Қазақстан обл.	1614	1603	49.7	48.1	469	465	14.8	14.8
Жамбыл обл.	2348	2168	52.3	48.8	847	989	12.7	14.7
Қарағанды обл.	5802	5827	52.8	53.0	504	517	17.7	18.4
Қостанай обл.	1764	1829	37.6	38.7	491	502	12.0	12.5
Қызылорда обл.	1593	1789	46.7	51.7	862	855	19.9	19.6
Маңғыстау обл.	1466	1600	48.2	59.0	457	530	13.5	13.6
О-Қазақстан обл.	6677	7089	51.3	52.9	2638	2295	16.7	14.5
Павлодар обл.	2641	2552	49.4	47.8	305	303	13.7	13.7
С-Қазақстан обл.	1372	1299	55.0	51.8	371	370	11.8	12.0
Ш-Қазақстан обл.	4821	4782	57.5	56.6	1091	1097	19.8	20.4
Астана қ.	7780	7897	80.0	76.5	0	0	0.0	0.0
Алматы қ.	16332	13267	93.3	73.6	0	0	0.0	0.0

Дереккөз: ҚР Денсаулық сақтау министрлігі

7 МЕМЛЕКЕТТІК-ЖЕКЕ ӘРІПТЕСТІК

7.1 МЕМЛЕКЕТТІК-ЖЕКЕ ӘРІПТЕСТІКТІҢ НЕГІЗГІ ЕРЕЖЕЛЕРІ

Қазіргі уақытта көптеген елдердің алдында ондаған жыл бұрын құрылған қолданыстағы инфрақұрылымды жаңғырту мәселесі тұр. Әсіресе, "сауықтыру" әлеуметтік сала объектілерін талап етеді: емханалар, ауруханалар, балабақшалар, мектептер, жалпы пайдаланымдағы жолдар және т.б. мұндай жаңарту айтарлықтай ақша қаражатын салуды көздейді, бұл өз кезегінде қаржыландырудың баламалы көздерін іздестіру қажеттілігін туындатады. Осы міндеттерді шешудің пәрменді тәсілдерінің бірі мемлекеттік-жеке меншік әріптестік (МЖӘ) болып табылады.

Мемлекеттік-жеке әріптестік - мемлекеттік әріптес пен жекеше әріптес арасындағы ынтымақтастық нысаны. МЖӘ мемлекеттік органдар мен кәсіпкерлердің әлеуметтік маңызды салалардағы өзара тиімді ынтымақтастығын көздейді, онда мемлекет қызметтердің тапсырыс берушісі, ал кәсіпкерлер орындаушылар болып табылады.

МЖӘ мақсаты қоғамдық игіліктер мен қызметтердің қолжетімділігі мен сапасын арттыру үшін ресурстарды біріктіру жолымен мемлекет пен жеке сектор арасындағы ұзақ мерзімді ынтымақтастықты қалыптастыру және күшейту болып табылады.

МЖӘ-нің негізгі міндеттері:

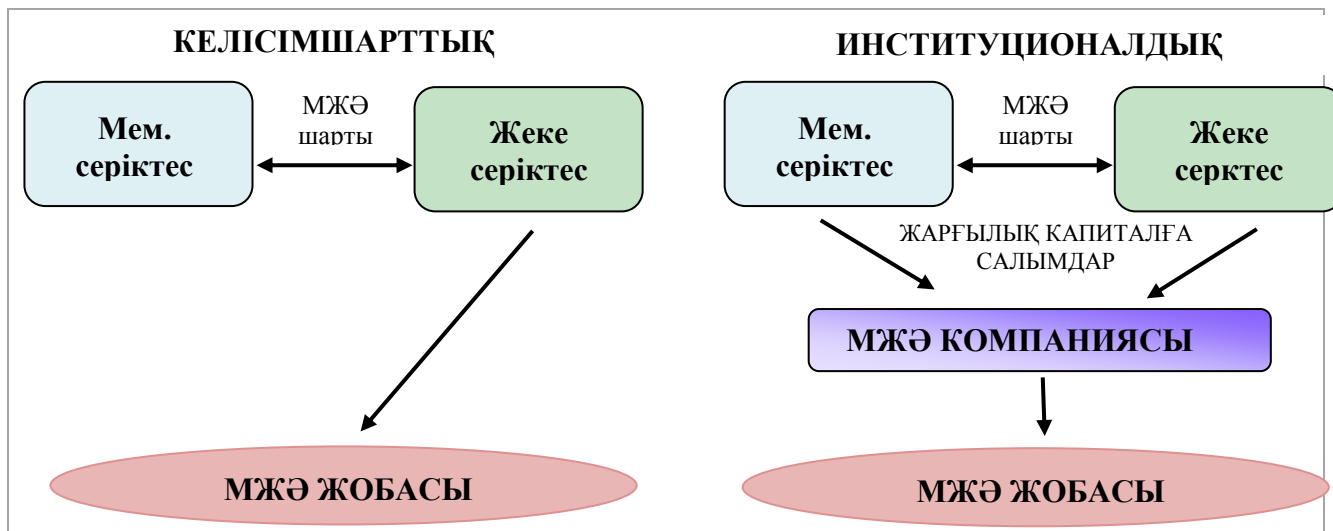
- ҚР Тұрақты әлеуметтік-экономикалық дамуын қамтамасыз ету мақсатында мемлекеттік әріптес пен жекеше әріптестің тиімді өзара іс-қимылы үшін жағдайлар жасау;
- халықтың тыныс-тіршілігін қамтамасыз ету инфрақұрылымын және жүйелерін дамыту үшін мемлекеттік әріптес пен жекеше әріптестің ресурстарын біріктіру жолымен мемлекет экономикасына инвестициялар тарту;
- халықтың, сондай-ақ өзге де мүдделі тұлғалардың мүдделері мен қажеттіліктерін ескере отырып, тауарлардың, жұмыстардың және көрсетілетін қызметтердің қолжетімділігі мен сапасының деңгейін арттыру;
- ҚР-да жалпы инновациялық белсенділікті арттыру, оның ішінде жоғары технологиялық және ғылымды қажетсінетін өндірістерді дамытуға жәрдемдесу.

Мемлекеттік-жеке әріптестік түрлері

1. Келісімшарттық МЖӘ
 - Лизинг келісім-шарты (кейіннен сатып алу құқығымен жалдау)
 - ҒЗТКЖ келісімшарттары (жаңа технологияларды әзірлеу, стартап компаниялар құру)
 - Өмірлік циклдің келісімшарттары (жобалау, салу және пайдалану)
 - Сервисные контракты (обслуживание и модернизация)

2. Институционалдық МЖӘ

- Мемлекеттік және жеке меншік әріптестердің бірлескен кәсіпорны
- Бюджеттен квазигоссекторды капиталдандыруға балама
- Жеке және мемлекеттік әріптес қарыздық қаржыландыруды тарту үшін "equity" құрады
- Мемлекеттік әріптестің жобадан "exit" шығу механизмі.



4-сурет Мемлекеттік-жеке әріптестіктің келісімшарттық және институционалдық түрлерінің айырмашылықтары

МЖӘ туралы заңда келісімшарттардың мынадай түрлері көзделген: концессия; мемлекеттік мүлікті сенімгерлік басқару; мемлекеттік мүлікті мүліктік жалдау (жалға алу); лизинг; технологияны әзірлеуге, тәжірибелік үлгі дайындауға, тәжірибелік-өнеркәсіптік сынауға және ұсақ сериялы өндіріске жасалатын шарт; өмірлік цикл келісімшарты, сервистік келісімшарт және келісімшарттардың өзге де түрлері.

Келісімшарттың қандай да бір түрін тандау МЖӘ объектісіне байланысты. Мысалы, келісім-шарттың түрін анықтау кезінде негізгі ұсынымдар:

- егер әлеуметтік инфрақұрылым және тіршілікті қамтамасыз ету объектілерін құру (қайта жаңарту) және пайдалану жоспарланса - онда концессия шарты болуы мүмкін (Денсаулық сақтау объектілері, жолдар, көпірлер және т. б.);
- тиімді пайдалануды талап ететін мемлекеттік меншіктің қолданыстағы объектілері бойынша – мемлекеттік мүлікті сенімгерлік басқаруға МЖӘ келісім-шарты болуы мүмкін (спорт кешендері, білім беру мекемелері, емханалар және т. б.);
- құрылысты көздемейтін жобаларды жоспарлау, ал жеке меншік объектісін пайдалану жағдайында-МЖӘ-нің жеке серіктестің мүлкін жалға алу келісімшарты болуы мүмкін (мектепке дейінгі балалар мекемелері, фельдшерлік-акушерлік пункттер, қазандықтар және т. б.);

- жобалаудан пайдалануға (немесе кәдеге жаратуға) дейінгі жұмыстардың толық циклін талап ететін объектілер бойынша – өмірлік цикл келісімшарты қолданылуы мүмкін.

Институционалдық МЖӘ квазимемлекеттік сектор субъектілерін мемлекеттік бюджет есебінен капиталдандырудың баламасы ретінде қарастырылады. Егер Бюджеттік инвестициялық жобаны іске асырудың дәстүрлі схемасы кезінде мемлекет республикалық немесе жергілікті бюджет қаражаты есебінен квазимемлекеттік компанияның жарғылық капиталын толықтырса, сондай-ақ осы қаражат есебінен жобаны іске асырса, онда институционалдық МЖӘ кезінде мемлекеттік және жеке серіктестер МЖӘ компаниясының жарғылық капиталын бірлесіп қалыптастырады және МЖӘ жобасын іске асыру үшін қарыздық қаржыландыруды тартады.

Бұл схема бірқатар маңызды артықшылықтарға ие:

- Жеке әріптес өз қаражатын сала отырып, тәуекелді мемлекетпен бөліседі, тиісінше, жобаға маркетинг, кірістілік және салынған қаражатты қайтару бөлігінде талдау жүргізілетін болады.

- Банктік қаржыландыруды тарту үшін серіктестер МЖӘ жобасының қаржылық тұрақтылығын және қарызға қызмет көрсету үшін ақша ағындарын генерациялау қабілетін қамтамасыз етуге міндетті болады.

- Жобаны іске асыру бірлесіп бақыланатын компания органдары арқылы жобалық басқару әдістеріне негізделетін болады.

Институционалдық МЖӘ тиімсіз мемлекеттік инвестициялық жобалардың санын төмендетуге мүмкіндік береді, сондай-ақ жобаға қатысушы мемлекеттік органдар мен квазимемлекеттік компаниялардың жобалық және корпоративтік басқарудың қазіргі заманғы әдістеріне көшуіне ықпал етеді.

Қазақстанда мемлекеттік-жеке меншік әріптестік жобалары алғаш рет 2006 жылы жүзеге асырыла бастады. МЖӘ арнайы құқықтық платформасын құру жөніндегі бірінші қадам 2006 жылғы 07 шілдедегі "Концессиялар туралы" Заңның қабылдануымен жасалды. Алайда, осы заңды енгізу тиісті нәтиже бермеді. 2005 жылдан 2014 жылға дейін МЖӘ 6 келісім-шартына қол қойылды, оның ішінде Республикалық маңызы бар 3 жоба толық пайдалануға берілді: "Шар станциясы – Өскемен" темір жолы, "Солтүстік Қазақстан-Ақтөбе обл. облысы", Ақтау халықаралық әуежайының жолаушылар терминалы. Бұл жобалардың жалпы құны 46,2 млрд теңгені құрады.⁶

Жобалар санының шектеулілігі сол кезде Концессиялар туралы заңның қолданылуына байланысты болды. Бұл құжатты пайдалану тек ірі инфрақұрылымдық жобаларды жүзеге асыруды көздейді. Сондай - ақ осы Заңда көптеген активтерге ие квазимемлекеттік сектор, Қазақстанның ұлттық

⁶Ақпараттық агенттік Strategy2050.kz, <https://strategy2050.kz>

компанияларына өте маңызды бөлім енгізілген жоқ. Институционалдық МЖӘ туралы Заңның бастапқы редакциясында сөз болған жоқ. Осының барлығы жаңа құралдарды әзірлеуді талап етті.

Шағын санға қарамастан, МЖӘ алғашқы пилоттық жобаларының тәжірибесі айтарлықтай оң әсерін көрсетті:

- мемлекеттік маңызы бар объектілерге инвестициялау үшін мемлекеттік емес қаржыландыруды тарту;
- мемлекет пен бизнес арасында жобаны іске асыру бойынша тәуекелдерді бөлу;
- басқару функцияларын жеке инвесторға беру жолымен экономикалық тиімді басқаруды қамтамасыз ету;
- инфрақұрылымды дамытуға заманауи, тиімділігі жоғары технологияларды тарту.

2015 жылы "Мемлекеттік-жеке меншік серіктестік туралы" ҚР жаңа Заңы қабылданды. Бұл құқықтық база МЖӘ қолдану салалары бойынша бірқатар шектеулерді алып тастады, қатысушылар құрамын, келісім-шарттардың нысандары мен түрлерін кеңейтті, сондай-ақ жеке қаржылық бастамалар мүмкіндігін енгізуге мүмкіндік берді.

Нормативтік реттеуді жетілдіру МЖӘ жобаларын енгізу процесін жеделдетті. Салыстыру үшін: егер 2003-2016 жылдар аралығында 61 млрд.теңге сомасына 23 шарт жасалса, өткен жылы 146 млрд. теңге сомасына 160 шартқа қол қойылды.

Егер МЖӘ саласындағы ағымдағы даму туралы айтатын болсақ, 2018 жылғы 12 шілдедегі жағдай бойынша 240 нысан бойынша жалпы инвестиция сомасы 792,8 млрд.теңгеге 228 МЖӘ шарты жасалды. Барлығы әр түрлі кезеңдерде шамамен 2,5 трлн. республикалық деңгейдегі 21 жоба.

10-кесте Қазақстан Республикасында мемлекеттік-жеке әріптестік жобаларын іске асыру (2018 жылғы 12 шілдедегі жағдай бойынша)

Мемлекеттік-жеке әріптестік	Жасалған шарттар / нысандар	Пайдалануға берілген нысандар	Объектілер құрылысы сатысында
Саны	228 / 240	167	63
Сома, млрд. теңге	792,8	101,3	691,3

Дереккөз: ҚР Ұлттық экономика министрлігі, <http://economy.gov.kz>

Егер МЖӘ қолданудың негізгі салалары туралы айтатын болсақ, жергілікті деңгейде білім беру және денсаулық сақтау сияқты әлеуметтік маңызды бағыттар басым, олардың үлесіне тиісінше, республика бойынша 117 және 47 жоба келеді. Сондай-ақ, жергілікті деңгейде МЖӘ желісі бойынша мәдениет және спорт, ауыл шаруашылығы, ТКШ, құрылыс және т. б. салаларда жобалар іске асырылуда.

МЖӘ туралы заңнамаға сәйкес МЖӘ мемлекеттік қолдаудың мынадай шаралары қарастырылған:

- инфрақұрылымдық облигациялар бойынша Мемлекет кепілгерлігі;
- МЖӘ жобаларын қаржыландыру үшін тартылатын қарыздар бойынша мемлекеттік кепілдіктер;
- мемлекетке тиесілі зияткерлік меншік объектілеріне айрықша құқықтарды беру;
- ҚР заңнамасына сәйкес заттай гранттар беру;
- МЖӘ жобаларын бірлесіп қаржыландыру;
- МЖӘ жобасын іске асыру барысында өндірілетін тауарлардың (жұмыстардың, көрсетілетін қызметтердің) белгілі бір көлемін мемлекеттің тұтыну кепілдіктері.

11-кесте Мемлекеттік-жеке әріптестіктің пайдасы

Мемлекет үшін	Жеке әріптес үшін	Халық үшін (тұтынушылар)
<ul style="list-style-type: none"> • Бюджет қаражатын үнемдеу • Инфрақұрылымды жедел дамыту • Сапалы қызмет көрсету • Инвестициялар мен жеке сектордың тәжірибесін тарту • Тәуекелдердің бір бөлігін жеке секторға беру 	<ul style="list-style-type: none"> • Ұзақ мерзімді, тұрақты табыс • Табыстың жаңа көздері • Валюталық тәуекелдерді ескере отырып, инвестицияланбайтын шарт • Инвесторлардың мүдделерін, оның ішінде мемлекеттің бастамасы бойынша және заңнама өзгерген жағдайларда концессиялық шартты біржақты тоқтатудан заңнамалық қорғау 	<ul style="list-style-type: none"> • Баға – сапа "оңтайлы арақатынасы» • Дамыған инфрақұрылымға қол жеткізу • Сапалы қызметтерге қол жеткізу • Оң мультипликативті әсер

Дереккөз: <http://kazee.kz>

"Мемлекеттік-жеке әріптестік туралы" ҚР Заңына сәйкес Ұлттық Кәсіпкерлер Палатасы төмендегілер бойынша іске асырылады:

- МЖӘ жобасының тұжырымдамасына сараптамалық қорытынды дайындау;

- әлеуетті жеке әріптестердің тізілімін қалыптастыру;
- жекеше әріптесті айқындау жөніндегі конкурстық;
- МЖӘ жобаларын іске асыру мониторингіне қатысу.
- Кәсіпкерлер үшін болжамды жәрдемдесу:
- МЖӘ жалпы мәселелері бойынша кеңес беру.

7.2 ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДА МЖӘ ТЕТІГІН ҚОЛДАНУ

Денсаулық сақтау жүйесін дамыту Үкіметтің негізгі басым бағыттарының бірі болып табылады. Мемлекет басшысы денсаулық сақтау жүйесін, оның ішінде инфрақұрылымды дамытуды қамтамасыз етуге бірнеше рет назар аударды.

Қазақстан Республикасы Президентінің тапсырмасына сәйкес 350 млрд.теңгеге "100 мектеп, 100 аурухана салу" және "350 дәрігерлік амбулатория, фельдшерлік-акушерлік пункттер және емханалар салу" жобалары іске асырылды. Бөлінген қаражат бірінші кезекте ҚР Үкіметі мен өңірлер әкімдіктері апаттылық, тозу, медициналық көмектің қол жетімділігін қамтамасыз ету проблемаларын шешуге, соның ішінде шалғай елді мекендерде және бірқатар облыс орталықтарында жоғары технологиялық медициналық объектілер салынды.

Сондай-ақ Қазақстан Республикасы Президентінің тапсырмасы бойынша Астана қаласында халықаралық стандарттарға сәйкес келетін және бүкіл республика халқына жоғары технологиялық медициналық көмек көрсететін қазіргі заманғы мамандандырылған орталықтар құрылды. Бұл шаралар медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігін жақсартуға мүмкіндік берді.

Сонымен қатар, әлемде диагностика мен емдеудің жаңа әдістері мен технологияларын дамытуға, сондай-ақ 50% - дан астамын құрайтын Денсаулық сақтау активтерінің табиғи тозуына байланысты инфрақұрылым тұрақты инвестицияларды талап ететінін түсіну қажет.

Денсаулық сақтау инфрақұрылымын одан әрі дамытуды қамтамасыз ету мақсатында Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған "Денсаулық" мемлекеттік бағдарламасында мемлекеттік-жеке меншік әріптестік негізінде жеке сектор ресурстарын белсенді тарта отырып, денсаулық сақтау инфрақұрылымын жаңарту және дамыту жөнінде нақты шаралар көзделген.

Мемлекет басшысы 2017 жылғы 31 қаңтардағы "Қазақстанның Үшінші жаңғыруы: жаһандық бәсекеге қабілеттілік" атты Қазақстан халқына жыл сайынғы Жолдауы аясында МЖӘ барлық ықтимал түрлері мен нысандарын: мемлекеттік мүлікті сенімді басқару, сервистік келісім-шарттар және т.б. пайдалану арқылы инфрақұрылымды жаңарту қажеттілігі туралы атап өтті.

Бұл ретте, әсіресе шағын жобаларға қатысты келісудің барлық рәсімдерін барынша оңайлату және жеделдету қажет. МЖӘ инфрақұрылымды, оның ішінде әлеуметтік инфрақұрылымды дамытудың негізгі тетігіне айналуы тиіс.

Жеке сектор мақсаттарға қол жеткізуге қаражат бағыттай отырып, ресурстарды ұтымды пайдаланады. Бұл ретте әлеуетті жекеше әріптес конкурстық негізде айқындалады. МЖӘ шартын жасасу мемлекеттік және жеке әріптестер арасында Орта мерзімді немесе ұзақ мерзімді кезеңге өзара тиімді қатынастар құруға мүмкіндік береді. Бұл жеке секторды одан әрі дамытуға және денсаулық сақтаудағы бәсекелестікке ықпал етуі тиіс, атап айтқанда емдеудің жаңа технологиялары мен әдістерін, денсаулық сақтаудағы қазіргі заманғы менеджментті зерделеуге және қолдануға мүмкіндік береді.

МЖӘ жобасының табыстылығы МЖӘ жобасының тұжырымдамасын сапалы құрылымдауға, маркетингтік зерттеулер жүргізуге, жоба бойынша

қаржылық есептеулерге, техникалық-технологиялық бөлім мен т. б. әзірлеуге байланысты.

Мысалы, фельдшерлік-акушерлік пункт, дәрігерлік амбулатория, емхана және аурухана, Ақпараттық жүйелер, медициналық техника және басқалар МЖӘ объектілері болуы мүмкін екенін түсіну керек.

Бұл жағдайда жекеше әріптес МЖӘ жобасын іске асыру үшін конкурсқа қатысуға өтінімді саналы түрде ұсынуы тиіс.

Инвестициялық жобалармен танысу және тарту мақсатында инвесторлармен тұрақты түрде кездесулер өткізіліп тұрады, бизнес кеңес жұмыс істейді, оның құрамына жеке, сақтандыру, халықаралық консалтингтік компаниялардың, "Атамекен" ҰКП өкілдері, ірі медициналық ұйымдар мен қауымдастықтардың басшылары кіреді. Бұл ретте, кездесулер нәтижесі бойынша инвесторлар инвестициялық жобалардың тізбесін қамтитын инвестициялық жоспардың қажеттілігі туралы мәселені көтереді.

Қазіргі уақытта Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі өңірлер әкімдіктерімен бірлесіп, монопрофильді ұйымдардың көп бейінді ұйымдарға кірігуін, ресурстарды ұтымды пайдалануды ескере отырып, инфрақұрылымды жаңартуды көздейтін денсаулық сақтау инфрақұрылымын дамытудың 2025 жылға дейінгі бірыңғай перспективалық жоспарын әзірлеуді аяқтауда. Бұл жоспар ашықтықты арттырады, жеке инвесторлардың жобалар туралы хабардар болуын қамтамасыз етеді.

Нормативтік құқықтық актілерді жетілдіру маңызды мәселе болып табылады. Қазір бірқатар әзірленген ұсыныстар Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігімен бірлесіп пысықталуда.

Жалпы, МЖӘ-ні дамыту әкімшілік кедергілерді азайту, тарифтік саясатты және басқа да шараларды жетілдіру арқылы денсаулық сақтаудағы жеке сектордың үлесін арттыру бойынша жүргізілетін саясаттың бір бөлігі болып табылады.

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған "Денсаулық" мемлекеттік бағдарламасы келесі формаларды қарастырады:

1. Жеке медициналық ұйымдардың тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлеміне кіретін қызметтердің барлық спектрін ұсынуға қатысуын кеңейту және медициналық және медициналық емес қызметтердің жекелеген түрлерін ұзақ мерзімді аутсорсингке беру;

2. Республикалық және жергілікті денсаулық сақтау ұйымдарын жеке компанияларға, оның ішінде шетелдік компанияларға сенімгерлік басқаруға беру;

3. МЖӘ түрлі үлгілері бойынша денсаулық сақтау объектілерін салуға жеке инвестицияларды тарту, сондай-ақ денсаулық сақтаудағы медициналық техниканы, зертханалық қызметті және ақпараттық жүйелерді жарақтандыруды және тиімді жұмыс істеуін қамтамасыз ету үшін жеке компанияларды тарту.

Инфрақұрылымды жаңартуға арналған инвестицияларға қажеттілік 2025 жылға дейін 1 трлн теңгеге бағаланады.

10-кесте Денсаулық сақтау инфрақұрылымының ағымдағы жай-күйі

Амбулаториялық-емханалық көмек	7072 нысанын	86% Мемлекеттік	56% тозу	35% артық жүктеме
Стационарлық көмек	879 нысанын	76% Мемлекеттік	53% тозу	10 мың тұрғынға 55.9 төсек
Медициналық техника		70% жабдықталу	35% тозу	

2016-2019 жылдардағы мемлекеттік бағдарламаға сәйкес БМСК даму стратегиясы – бұл желіні топтастыру, атап айтқанда – бұл дәрігерлік амбулаторияны 2 есе үлкейту, қалада – БМСК орталықтарын және «уйде» дәрігерлік амбулаторияларын ашу.

Ауруханалық ұйымдарды дамыту стратегиясы-бұл желіні оңтайландыру, атап айтқанда ауыл халқына мамандандырылған медициналық көмекті жақындату, кәсіби және техникалық ресурстарды шоғырландыру, ауруханалық ұйымдардың бәсекеге қабілеттілігі мен инвестициялық тартымдылығын арттыру, емдеудің сапасы мен үздіксіздігін арттыру.

АУЫЛ



✓ 2000 орнына әрбір 1500 адамға дәрігерлік амбулатория **санын 2 есе үлғайту**

✓ қалған объектілерді сақтау және жаңғырту

ҚАЛА

✓ БМСК орталықтарын және "үйде" дәрігерлік амбулаторияны ашу

✓ консультациялық-диагностикалық көмекті орталықтандыру

ЖТД жүктемесін 2019 жылға дейін 2200-ден 1500 қызмет көрсетілетін Халыққа дейін төмендету

Дәрігерлік амбулаториялар санының 2 есе өсуі есебінен ауылда дәрігерлік көмекті жақындату

Қалаларда ЖӘБ 100-ден астам орталығын ашу жолымен АПО-ның шамадан тыс жүктелуін төмендету



5-сурет БМСК даму стратегиясы

АУЫЛ



✓ Ауылдық ауруханаларда базалық 4 мамандық бойынша Медициналық көмекті ұйымдастыру: терапия, педиатрия, акушерлік және гинекология, хирургия (оның ішінде шұғыл тарвма)
✓ Ауданаралық көп бейінді ауруханалар құру

ҚАЛА

✓ Көпбейінді стационарларды балалар мен ересектер көпбейінді стационарларға интеграциялау
✓ Ауруханалық ұйымдар ірілендіру

Мамандандырылған медициналық көмекті ауыл халқына жақындату

Кәсіби және техникалық ресурстарды шоғырландыру

Ауруханалық ұйымдардың бәсекеге қабілеттілігін және инвестициялық тартымдылығын арттыру

Емдеудің сапасын және үздіксіздігін арттыру

ҰСЫНЫЛЫП ОТЫРҒАН ИНТЕГРАЦИЯ МОДЕЛІ

Мамандандырылған орталықтар және көп бейінді ауруханалардың құрамы



АУРУХАНАЛАРДЫ ІРІЛЕНДІРУ

МАСТЕР
ЖОСПАРҒА
СӘЙКЕС
ҰСЫНЫЛҒАН²

ҚР ФАКТІ

400-600
төсек

130
төсек



6-сурет. Аурухана дамуының стратегиясы



7-сурет МЖӘ шеңберінде қайта құру, салу немесе басқару үшін жоспарланған нысандардың саны

Жекешелендіру және денсаулық сақтауға жеке инвестицияларды тарту мақсаты тиімділікті арттыру және жеке инвестицияларды тарту болып табылады.

	АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ҰЙЫМДАР	АУРУХАНАЛЫҚ ҰЙЫМДАР
АУЫЛ/АУДАН	Жеке секторға арналған төмен Әлеует МЕМ.МЕНШІКТІ САҚТАУ	Жеке секторға арналған төмен Әлеует МЕМ.МЕНШІКТІ САҚТАУ
ҚАЛА, ОБЛЫС	Жеке секторға арналған төмен Әлеует БӘСЕКЕЛЕСТІК ОРТАҒА БЕРІЛУІ МҮМКІН	Жеке секторға арналған төмен Әлеует МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕККЕ ҚОЛЖЕТІМДІЛІКТІ ТӨМЕНДЕТУ ТӘУЕКЕЛДЕРІ
РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ДЕҢГЕЙ		Жеке секторға арналған төмен Әлеует БӘСЕКЕЛЕСТІК ОРТАҒА БЕРІЛУІ МҮМКІН

8-сурет. Қызметтің тиімділігін арттыру және жеке инвестицияларды тарту ерекшеліктері

7.3 ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ МЖӘ-НІҢ ІСКЕ АСЫРЫЛАТЫН ЖОБАЛАРЫ

2018 жылдың қазан айының соңындағы жағдай бойынша МЖӘ жобаларының бірыңғай базасында 52 жоба дәрігерлік амбулаторияларды дамыту үшін маңызды мәнге ие инфрақұрылымды дамытуға бағытталған.):

1. Павлодар ауылы амбулаториясын сатып алу құқығынсыз сенімгерлік басқаруға беру

Жобаның атауы	Павлодар ауылы дәрігерлік амбулаториясын сатып алу құқығынсыз сенімгерлік басқаруға беру
Аймақ	Павлодар облысы
Саласы	Денсаулық сақтау
Жобаның жоспарланған құны	14,5 млн. теңге
Іске асыру кезеңі	Құрылыс-2017 ЖЫЛ Пайдалану-2017-2022 жыл
Жеке серіктес	"МедПроект-ПВ" ЖШС

Дереккөз: Мемлекеттік-жеке әріптестік жобаларының базасы,
http://kzppp.kz/project_base?level=all®ion=all&industry=transport&status=all

2. Кенжекөл ауылының амбулаториясын сатып алу құқығынсыз сенімді басқаруға беру

Жобаның атауы	Кенжекөл ауылының дәрігерлік амбулаториясын сатып алу құқығынсыз сенімгерлік басқаруға беру
Аймақ	Павлодар облысы
Саласы	Денсаулық сақтау
Жобаның жоспарланған құны	24,8 млн. теңге
Іске асыру кезеңі	Құрылыс-2017 ж Пайдалану-2017-2022 жыл
Жеке серіктес	"Рахим-А" ЖШС

Дереккөз: Мемлекеттік-жеке әріптестік жобаларының базасы,
http://kzppp.kz/project_base?level=all®ion=all&industry=transport&status=all

3. Қостанай 2 шағын ауданында, Химик көшесі 24 отбасылық-дәрігерлік амбулаторияны жалға алу

Жобаның атауы	Қостанай 2 шағын ауданында, химик көшесі 24 отбасылық-дәрігерлік амбулаторияны жалға алу
Аймақ	Қостанай облысы
Саласы	Денсаулық сақтау
Жобаның жоспарланған құны	41,3 млн. теңге
Іске асыру кезеңі	2017-2023 жылдар
Жеке серіктес	ЖК Абельгазин Тасболат Габдуль-Габитович

Дереккөз: Мемлекеттік-жеке әріптестік жобаларының базасы,
http://kzppp.kz/project_base?level=all®ion=all&industry=transport&status=all

4. БҚО Шыңғырлау ауданы Лубенка ауылында бір ауысымда 35 адам қабылдайтын дәрігерлік амбулатория құрылысы

Жобаның атауы	БҚО Шыңғырлау ауданы Лубенка ауылында бір ауысымда 35 адам қабылдайтын дәрігерлік амбулатория құрылысы
Аймақ	Батыс Қазақстан облысы
Саласы	Денсаулық сақтау
Жобаның жоспарланған құны	167,2 млн. теңге
Іске асыру кезеңі	Құрылыс-2018-2019

	Пайдалану-2019-2023
Жеке серіктес	Даулетов М. Б.

Дереккөз: Мемлекеттік-жеке әріптестік жобаларының базасы, http://kzppp.kz/project_base/page/2?level=all®ion=all&industry=transport&status=all

5. Күршім ауданындағы Бұқтырма су қоймасы арқылы көпір өткелін салу және пайдалану

Шығыс Қазақстан облысындағы Бұқтырма су қоймасы арқылы көпір өткелін салу және пайдалану шарты, құрылыс кезеңі 2017-2019 жж. пайдалану кезеңі және 2020-2035жж., жобаның жоспарланған құны 34,9 млрд. теңгені құрады.

Жобаның атауы	Күршім ауданындағы Бұқтырма су қоймасы арқылы көпір өткелін салу және пайдалану
Аймақ	Шығыс-Қазақстан облысы
Саласы	Көлік және Логистика
Жобаның жоспарланған құны	34,9 млрд. теңге
Құрылыс кезеңі	2017 жыл (33 ай)
Пайдалану кезеңі	2020-2035 жж
Өндірістік / техникалық көрсеткіштер	Ұзындығы 1300 метр 2 жолақты көпір, кірме жолдары бар 20.5 км ені 13 метр
Мемлекеттік қолдаудың болжамды шаралары	Жер учаскесін уақытша өтеусіз пайдалану құқығымен беру. Төлеу КИЗ (8 жыл)
Жобаның мәртебесі	Ағымдағы жылдың ақпан айында ЖСҚ әзірлеу аяқталды, оған сәйкес құрылыстың құны 34,99 млрд.теңгені құрады. Қазіргі уақытта ТЭН түзету жүргізілуде
Жауапты тұлғалардың байланыстары	"ШҚО МЖӘ орталығы" АҚ Басқарма төрағасы Буктугутов Шәкәрім Сабырұлы, 8-7232-26-23-96

Дереккөз: Мемлекеттік-жеке әріптестік жобаларының базасы, http://kzppp.kz/project_base/page/2?level=all®ion=all&industry=transport&status=all

ЗЕРТТЕУДІҢ НЕГІЗГІ ҚОРЫТЫНДЫЛАРЫ

Осылайша, халықаралық тәжірибе бастапқы медициналық көмек жергілікті халықтың медициналық қызметтерге қажеттілігін 90-95% қанағаттандыра алатын құрылым болып табылатынын дәлелдейді. МСАК Денсаулық сақтау жүйесінде Қос функцияны орындайды:

- 1) Бастапқы қызметтерді тікелей ұсыну (отбасылық дәрігерлер, медбикелер, фармацевттер және кеңес беру үшін телефон желілері сияқты жеткізушілермен)
- 2) Үйлестіру функциясы барлық жүйе шеңберінде қозғалыс сабақтастығы мен жеңілдігін қамтамасыз ету үшін, адамдарға мамандандырылған қызметтер (мысалы, тар мамандар немесе ауруханаларда) қажет болған жағдайда, күтім интеграцияланған болып қалу үшін.

БМСК жоғары сапасы мынадай сипаттамаларды қамтиды:

- Алғашқы байланыс, халықтың барлық топтары үшін оңай қол жетімді қызметтер және пациенттің барлық медициналық-санитарлық қажеттіліктерін шешу;
- Мамандандыруға емес, генерализация фокусымен пациенттердің қажеттіліктерін қанағаттандыру үшін кешенді қызметтер көрсету;
- Науқасқа бағдарлаудың орнына пациентке бағдарланған күтімді ұсыну және пациенттермен ұзақ қарым-қатынас;
- Әрбір пациентке жеке көмекті үйлестіру;
- Тұтас көзқарас, яғни пациенттің биомедициналық, психологиялық және әлеуметтік аспектілерінің интеграциясы;
- Фокус салауатты өмір салтын насихаттау және аурулардың алдын алу, сондай-ақ шешімді белгіленген денсаулықпен.

Мемлекеттік ресурстардың шектеулілігі жағдайында МЖӘ тетігі әртүрлі өнеркәсіптік, инфрақұрылымдық және әлеуметтік маңызы бар объектілерді құру, жаңғырту және пайдалану үшін қажетті қаржылық базаны қамтамасыз ете алатын басты баламалы құралдардың бірі болып табылады. МЖӘ тетігін пайдалану бірінші кезекте осы ынтымақтастықтың өзара тиімді қағидаттары негізінде мемлекет пен жеке сектордың өзара іс-қимылының тиімділігін арттыруға бағытталған.

Қазақстанда да, әлемнің басқа да елдерінде де МЖӘ-нің неғұрлым өзекті нысаны концессия (толық инжинирингтің басты қағидаты) болып табылады. Мұның себебі-басқа нысандармен салыстырғанда концессиялық келісімдерде тәуекелдерді бөлудің ең жақсы теңгерімділігі. Және МЖӘ қағидатын дамытуда концессияға ең үлкен ставкалар қойылады. Бұдан басқа, әлемдік тәжірибені де, ҚР мемлекетінің саясатын де талдай отырып, осы мәселеде МЖӘ нысандарының алуан түрлілігінің болуына қарамастан, мемлекеттің белсенді іс-әрекеттері концессия тетігін дамытуға, шын мәнінде, Қазақстанда мемлекеттік – жеке меншік әріптестікті дамытуға бағытталған-бұл концессиялық тетікті басым түрде дамыту.

Концессия мемлекет пен жеке меншік әріптестік арасындағы ынтымақтастықтың ерекше нысанының жарқын мысалы болып табылады, әлемде кеңінен таралған және Қазақстан үшін мемлекеттік-жеке меншік

әріптестіктің неғұрлым өзекті тетігі болып табылады. Мемлекет пен жеке сектордың өзара іс-қимылындағы концессия тетігінің үлкен танымалдығы МЖӘ-нің басқа нысандарымен салыстырғанда ынтымақтастықтың осы түрі кезінде тәуекелдерді барынша теңдестірілген бөлумен түсіндіріледі. Қазақстанда концессия тетігін пайдалану, әдетте, жеке инвестициялар мен сапалы басқаруды жіті қажет ететін инфрақұрылымдық салалардың дамуына байланысты. Қазақстандағы концессия құралын алғаш рет пайдалану 2005 жылы "Шар-Өскемен станциясы жаңа темір желісін салу және пайдалану" жобасын іске асыру бойынша алғашқы концессиялық келісім жасалған болатын. Қазіргі уақытта Қазақстанда 6 концессиялық келісім іске асырылуда (кесте. 3).

Денсаулық сақтауды дамыту жоспарында МЖӘ және концессия тетігін пайдалану қажеттілігінің басты себебі, атап айтқанда, ауруханалық орындардың тапшылығы болып табылады. Осы бағыттағы мемлекеттік-жекешелік әріптестікті дамытудың негізгі шектеуі құқықтық және техникалық шектеулер, атап айтқанда Денсаулық сақтау объектілерін ұстауға және ағымдағы жөндеуге бюджет қаражатын жұмсауға нормативтердің болмауы болып табылады.

Өз кезегінде денсаулық сақтау саласындағы концессияның дамуы қазіргі уақытта айтарлықтай жанданды, салалық министрліктер өкілдерінің белсенді қызығушылығы байқалады, Дүниежүзілік банк, ЕуроОдақ, ЮСАИД консультанттары тарапынан елеулі техникалық көмек бар және ең бастысы қазіргі уақытта олардың көмегімен көп бейінді ауруханалардың құрылысы бойынша жобалар әзірленуде.

МЖӘ жобаларының тәжірибесі айтарлықтай оң әсерін көрсетті:

- 1) Мемлекеттік маңызы бар объектілерге инвестициялау үшін мемлекеттік емес қаржыландыруды тарту;
- 2) Мемлекет пен бизнес арасында жобаны іске асыру бойынша тәуекелдерді бөлу;
- 3) Басқару функцияларын жеке инвесторға беру жолымен экономикалық тиімді басқаруды қамтамасыз ету;
- 4) Инфрақұрылымды дамытуға заманауи, тиімділігі жоғары технологияларды тарту.

Тұтастай алғанда, Қазақстанда МЖӘ дамыту процесін талдай отырып, жобаларды жандандыру мен олардың санының өсуіне жеке қаржылық сараптаманы енгізу, жергілікті атқарушы органдардың (ЖАО) дербестігін арттыру, МЖӘ бойынша шығыстарды секвестрлеуге тыйым салу және ЖАО үшін КРІ белгілеу сияқты факторлар әсер еткенін атап өтуге болады. Мысалы, өңірлерде 16 өңірлік орталықтың ашылуы жергілікті бизнес-бастамаларды сүйемелдеу жөніндегі рәсімдерді жеңілдетуге және тиімділікті арттыруға мүмкіндік берді. Бұдан басқа, осы орталықтардың жұмысы осы салада, орталық деңгейде де, жергілікті деңгейде де кадрлық әлеуетті дамытуға мүмкіндік береді.

Бұдан басқа, елімізде МЖӘ-ні мемлекеттік қолдаудың мынадай шаралары көзделген:

- 1) Инфрақұрылымдық облигациялар бойынша Мемлекет кепілгерлігі;
- 2) МЖӘ жобаларын қаржыландыру үшін тартылатын қарыздар бойынша мемлекеттік кепілдіктер;

- 3) Мемлекетке тиесілі зияткерлік меншік объектілеріне айрықша құқықтарды беру;
- 4) ҚР заңнамасына сәйкес заттай гранттар беру;
- 5) МЖӘ жобаларын бірлесіп қаржыландыру;
- 6) МЖӘ жобасын іске асыру барысында өндірілетін тауарлардың (жұмыстардың, көрсетілетін қызметтердің) белгілі бір көлемін мемлекеттің тұтыну кепілдіктері.

МЖӘ рәсімдерін дамыту және жетілдіру жалғасуда және осы күнге дейін мемлекеттік органдар тарапынан, сондай-ақ бизнес-қоғамдастық өкілдерінің белсенді қатысуы барлық процестерді оңтайландыру бойынша ұсыныстар енгізіліп, қабылданады. Нәтижесінде қолданыстағы нормативтік-құқықтық актілерге елеулі өзгерістер енгізілді: кезеңдерді қысқарту, тұтынудың ұзақ мерзімді кепілдігін беру, үлгілік құжаттаманы әзірлеу, МЖӘ шарттарын тіркеу, МЖӘ жобаларының бірыңғай базасын іске қосу.

Негізгі бағыттар, қойылған мақсаттарға қол жеткізу жолдары мен тиісті шаралар қатарында МЖӘ негізінде денсаулық сақтау инфрақұрылымын одан әрі дамытуды қамтамасыз ету маңызды.

Жеке секторды және МЖӘ дамытуды ынталандыру мақсатында МЖӘ жобаларын дайындауға және консультациялық сүйемелдеуге қаржы қаражаты көзделген, Үлгілік жобалық құжаттарды әзірлеу жүзеге асырылды, тариф белгілеу және медициналық қызметтерді тұтыну көлемдерін кепілдендіру, мемлекеттік органдардың шарттар бойынша, оның ішінде денсаулық сақтау объектілерінің қолжетімділігі үшін ақы төлеу негізінде ұзақ мерзімді концессиялық міндеттемелерді қабылдауы бойынша арнайы нормативтік актілер әзірленді.

МЖӘ тетіктері бойынша, оның ішінде мемлекеттік меншік объектілерін сенімгерлік басқаруға беру, жекешелендіру, концессия моделі бойынша объектілерді салу немесе реконструкциялау негізінде іске асыру үшін объектілердің нақты тізбесі қалыптастырылды.

Бұл ретте МЖӘ-нің әр түрлі нысандары іске асырылды.:

- 1) ТМККК және МӘМС кіретін қызметтердің барлық спектрін ұсынуға жеке медициналық ұйымдардың қатысуын кеңейту;
- 2) Медициналық және медициналық емес қызметтердің жекелеген түрлерін (зертханалар, радиологиялық қызметтер, жинау, тамақтандыру, материалдық және материалдық емес құндылықтарды сатып алу, медициналық техникаға қызмет көрсету және т. б.) ұзақ мерзімді аутсорсингке беру;
- 3) Республикалық және жергілікті денсаулық сақтау ұйымдарын жеке компанияларға, оның ішінде шетелдік компанияларға сенімгерлік басқаруға беру;
- 4) Мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарын жекешелендіру.

Ресми деректер бойынша Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау Министрлігінің " бағыты шеңберінде қамтамасыз ету бойынша одан әрі денсаулық сақтау инфрақұрылымын дамыту МЖӘ негізінде және қазіргі заманғы АКТ:

- Медициналық ұйымдар желісінің жаңа нормативі енгізілуде

- 2025 жылға дейін 16 перспективалық жоспар бекітілді
- Бірыңғай перспективалық жоспарды қалыптастыру үшін заң жобасына өзгерістер енгізіледі
- 34,8 млрд теңге сомасына 65 МЖӘ жобасы іске асырылуда
- Денсаулық сақтаудағы МЖӘ, сенімді басқару және жекешелендіру жобаларының саны 93 жобаны құрады

1-кесте *SWOT- дәрігерлік амбулаторияларды қайта жаңарту мен салуды талдау*

Күшті жақтары	Әлсіз жақтары
<ul style="list-style-type: none"> • мемлекеттің ең жоғары деңгейдегі саяси қолдауы және алынған әлеуметтік міндеттемелерді орындау кепілдігі; • қазіргі заманғы медициналық технологиялар мен жоғары мамандандырылған медициналық көмек трансфертінің табысты тәжірибесі; • стандарттау және аккредиттеу негізінде медициналық көмектің сапасын басқару жүйесін енгізу; • денсаулық сақтауды қаржыландырудың қазіргі заманғы тарифтік жүйесі; • отандық ДЗ және медициналық бұйымдарды өндірушілерді дамыту үшін жағдай жасау. 	<ul style="list-style-type: none"> • ЖІӨ-ге денсаулық сақтауды қаржыландыру үлесінің төмен деңгейі; • БМСК қаржыландырудың жеткіліксіз деңгейі; • Денсаулық сақтау жүйесінің ескірген инфрақұрылымы; • саладағы ақпараттандырудың әлсіз деңгейі; • денсаулық үшін ортақ жауапкершілік тетіктерінің болмауы; • мектепке дейінгі және дипломнан кейінгі білім беру кадрларын даярлау сапасының жеткіліксіз деңгейі; • Денсаулық сақтау жүйесінде басқару тиімділігінің төмен деңгейі; • медициналық персонал еңбегінің төмен уәждемесі.
<i>Мүмкіндіктер</i>	<i>Қауіптер</i>
<ul style="list-style-type: none"> • негізгі демографиялық көрсеткіштердің оң динамикасы; • Еуразиялық экономикалық кеңістік шеңберінде бірыңғай нарық құру; • тікелей инвестицияларды тарту және МЖӘ дамыту; • дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдар өндірісін оқшаулау; • енгізілген нарықтық тетіктер негізінде әлеуметтік медициналық сақтандыруды енгізу; • халықаралық қаржы институттарын қолдау; • өңірлік денсаулық сақтау нарығында бәсекеге қабілеттілікті арттыру; • халықаралық әріптестермен қарқынды ынтымақтастық арқылы технологиялар, білім және үздік тәжірибе трансферті. 	<ul style="list-style-type: none"> • жаһандық және өңірлік экономикалық ахуалдың одан әрі нашарлауы; • жаңа жұқпалы аурулардың пайда болуы және бұрын белгілі жұқпалы аурулардың қайтарылуы; • ел аумағында аса қауіпті инфекциялардың табиғи ошақтарының болуы; • жұқпалы емес аурулардың өсуі; • медициналық қызметтерге сұранысты арттыру; • медициналық қызметтер мен тауарлар импортының өсуі; • денсаулық сақтауға өсіп келе жатқан мемлекеттік және жеке шығындар; • ескірген тиімділігі аз басқару технологиялары; • тез тозатын және ескірген инфрақұрылым мен жабдықтар; • тиімсіз даму және пайдалану человеческих ресурсов;

СУРЕТТЕР ТІЗІМІ

1-сурет Денсаулық сақтаудың әлемдік рейтингіндегі Қазақстанның көрсеткіштері	
2-сурет Медициналық-демографиялық көрсеткіштер.....	
3-сурет Паразиттік аурулармен сырқаттанушылық, халықты ересек/балаларды скринингтермен қамту, 15-17 жастағы балалар арасындағы өзіне-өзі қол жұмсау деңгейі, ЖКО-да зардап шеккен адамдар саны, жарақаттан өлім-жітім бойынша нәтижелер көрсеткіштері.....	
4-сурет Мемлекеттік-жеке әріптестіктің келісімшарттық және институционалдық түрлерінің айырмашылықтары.....	
5-сурет БМСК даму стратегиясы.....	
6-сурет Аурухана ұйымдарын дамыту стратегиясы.....	58
7-сурет МЖӘ шеңберінде жете жаратқандыруға, салуға немесе басқаруға жоспарланған объектілер саны	
8-сурет Қызметтің тиімділігін арттыру және жеке инвестицияларды тарту ерекшеліктері.....	

КЕСТЕЛЕР ТІЗІМІ

1-кесте Кәсіпкерлікті ақпараттық-талдамалық қамтамасыз ету жөніндегі нысаналы көрсеткіштер	
2-кесте Кәсіпкерлердің құзыретін арттыру бойынша нысаналы көрсеткіштер	
3-кесте Кәсіпкерлердің өнімділігін арттыру жөніндегі нысаналы көрсеткіштер	
4-кесте іскерлік байланыстарды кеңейту жөніндегі нысаналы көрсеткіштер	32
5-кесте Дәрігерлік амбулаториялардың экономикалық қызмет түрлерінің құрылымы.....	
6-кесте 2016-2017 жылдардағы төсек саны (Денсаулық сақтау жүйесі).....	
7-кесте 2016-2017 жылдардағы амбулаториялық-емханалық ұйымдардың саны.....	
8-кесте 2016-2017 жылдардағы дәрігерлік амбулаториялардың саны	
9-кесте 2016-2017 жылдардағы барлық мамандықтағы дәрігерлер саны	
10-кесте Қазақстан Республикасында мемлекеттік-жеке меншік әріптестік жобаларын іске асыру (2018 жылғы 12 шілдедегі жағдай бойынша).....	60
11-кесте Мемлекеттік-жеке әріптестікті енгізу кезеңдері	67
12-кесте Мемлекеттік-жеке әріптестіктің пайдасы	68
13-кесте Денсаулық сақтау инфрақұрылымының ағымдағы жай-күйі	
14-кесте SWOT- дәрігерлік амбулаторияларды қайта жаңарту мен салуды талдау	659