

**Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрлігі
«Астана медицина университеті» КеАҚ**

ӘОЖ:614.2:615:334.02
ХПЖ:G06F16/00; G16H20/10; G16H10/60

Қолжазба құқығында

Сабит Ақайлым Ерланқызы

**АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ- САНИТАРИЯЛЫҚ КӨМЕК
ДЕҢГЕЙІНДЕ ДӘРІЛІК ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДІ БАСҚАРУ
САПАСЫН БАҒАЛАУ**

6M110200 - «Қоғамдық денсаулық сақтау»

Медицина ғылымдарының магистрі
дәрежесін ізденуге арналған диссертациясы

Ғылыми жетекшісі:

PhD Ахелова Ш.Л. _____

Ресми оппонент:

м.ғ.к., доцент Нурбақыт А.Н. _____

Нұр-Сұлтан, 2020

МАЗМҰНЫ	
НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР	3
АНЫҚТАМАЛАР.....	4
ҚЫСҚАРТУЛАР МЕН ШАРТТЫ БЕЛГІЛЕР	6
КЕСТЕЛЕР МЕН СУРЕТТЕР ТІЗІМІ.....	7
КІРІСПЕ.....	13
1 ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДАҒЫ ДӘРІ-ДӘРМЕКТІК САЯСАТ (ӘДЕБИ ШОЛУ).....	16
1.1 Денсаулық сақтаудағы алдын-алу бағдарламаларын іске асыруда дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етілудің маңыздылығы	16
1.2 Қазақстандағы фармацевтика нарығының сипаттамасы	19
1.3 Қазақстандағы дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің қазіргі мәселелері .	26
2 ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ.....	32
2.1 Зерттеу әдістерін таңдауды негіздеу	32
3 ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛҚЫН ДӘРІ-ДӘРМЕКПЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДІҢ АҒЫМДАҒЫ ЖАҒДАЙЫНА ТАЛДАУ ЖАСАУ	36
3.1 ҚР фармацевтикалық нарығын заттық тұрғыдан салыстырмалы талдауы	36
4 ТЕГІН ДӘРІЛІК ЗАТТАР АЛАТЫН ПАЦИЕНТТЕР ЖӘНЕ ДӘРІГЕРЛЕР МЕН БАСШЫЛАРҒА ЖҮРГІЗІЛГЕН ӘЛЕУМЕТТІК САУАЛНАМА НӘТИЖЕЛЕРІ	65
ҚОРЫТЫНДЫ	101
ТҰЖЫРЫМДАР	101
ТӘЖІРБИЕЛІК ҰСЫНЫСТАР	103
ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ	104
ҚОСЫМША А	109
ҚОСЫМША Б	111
ҚОСЫМША В	113

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР

Диссертациялық жұмыста келесі нормативтік құқықтық актілер және стандарттар нұсқаулары қолданылды:

1. Қазақстан Республикасының 2009 жылы 18 қыркүйегінен бастап қабылданған «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесін дамыту туралы» Кодексі.

2. 2016-2019 жылдарға арналған денсаулық сақтау жүйесін дамыту туралы “Денсаулық” атты мемлекеттік бағдарламасы.

3. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 30 қыркүйектегі №766 бұйрығымен бекітілген Азаматтарды дәрілік заттармен қамтамасыз ету қағидалары

4. 2020 жылға дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдарды өндіру ұйымдарының және этил спиртінің дәрілік препараттарды дайындау және медициналық қызметтер көрсету үшін пайдаланатын мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарының тізбесі

5. «Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде азаматтарды, оның ішінде белгілі бір аурулары (жай-күйлері) бар азаматтардың жекелеген санаттарын амбулаториялық деңгейде тегін немесе жеңілдікпен берілетін дәрілік заттармен, медициналық мақсаттағы бұйымдармен және мамандандырылған емдік өнімдермен қамтамасыз етуге арналған дәрілік заттардың және медициналық мақсаттағы бұйымдардың тізбесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы 29 тамыздағы № 666 бұйрығы.

АНЫҚТАМАЛАР

Дәрілік заттар - аурулардың алдын алуға, оларды диагностикалауға және емдеуге, сондай-ақ ағзасының күйі мен функцияларының өзгеруіне арналған фармакологиялық белсенді заттарды білдіретін немесе олардан тұратын құралдар: дәрілік зат, дәрілік субстанция, табиғи текті дәрілік шикізат, дәрілік ангио - және балк өнімдері, дәрілік препараттар, иммунобиологиялық медициналық препараттар.

Аурулардың диагностикасы, алдын алу және емдеу мақсатында пайдаланылатын парафармацевтикалар, медициналық техника мен медициналық мақсаттағы бұйымдар (көзге салынатын және оны түзейтін линзалар, керек-жарақтар және материалдар, бұйымдар, құрал-саймандар, құрылғылар, аспаптар, аппаратура) дәрілік заттарға теңестіріледі;

Дәрілік заттар айналымы саласындағы мемлекеттік бақылау - фармацевтикалық қызметті регламенттейтін нормативтік құқықтық актілердің бұзылуын анықтауға әрі жолын кесуге және фармацевтикалық қызметті Қазақстан Республикасының дәрілік заттар туралы заңнамасының талаптарына сәйкес келтіруге бағытталған іс-қимылдар кешені;

Дәрілік заттар айналымы саласындағы субъектілер - Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен фармацевтикалық қызметті жүзеге асыратын жеке немесе заңды тұлғалар; дәрілік заттың сапасы - дәрілік заттың мақсаты бойынша әрекет етуші қабілетіне әсер ететін қасиеттері мен сипаттамаларының жиынтығы;

Дәрілік заттың сараптамасы - физикалық-химиялық, клиникаға дейінгі сынаулар, клиникалық зерттеулер өткізу жолымен дәрілік затты қауіпсіздігі, тиімділігі және сапасы тұрғысынан зерттеу немесе сынау, сондай-ақ уәкілетті орган белгілеген тәртіппен тіркеуге ұсынылған дәрілік заттың нормативтік құжаттарын зерделеу;

Дәрілік заттың сәйкестік сертификаты - бірдейлендірілген дәрілік заттың техникалық регламенттер, стандарттар немесе өзге де нормативтік құжаттар талаптарына сәйкес келетіндігін көрсететін, белгіленген нысандағы құжат;

Дәрілік заттың тиімділігі - аурудың клиникалық көріністеріне (дертті жай-күйіне) және себептеріне дәрілік заттың әсер ету деңгейінің сипаттамасы;

Денсаулық сақтау ұйымының дәрілік формуляры - қазақстандық ұлттық дәрілік формулярдың негізінде қалыптастырылған және уәкілетті орган айқындайтын тәртіппен денсаулық сақтау ұйымының басшысы бекіткен, тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық көмек көрсетуге арналған дәрілік заттардың тізбесі;

Фармацевтикалық көрсетілетін қызмет – тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде дәрілік заттар мен медициналық бұйымдарды сатып алуды, тасымалдауды, сақтауды, есепке алу мен өткізуді қоса алғанда, дәрілік

заттар мен медициналық бұйымдардың айналысы саласындағы субъектілердің халықты амбулаториялық дәрілік қамтамасыз етумен байланысты қызметі;

Амбулаториялық дәрілік қамтамасыз етуді есепке алу ақпараттық жүйесі – тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесіндегі медициналық көмек шеңберінде рецепттер жазып беруді, фармацевтикалық көрсетілетін қызметтің өнім берушісінің тауарды босатуын немесе есепке алу және өткізу жөніндегі көрсетілетін қызметті есепке алуды автоматтандыруға арналған денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган айқындайтын ақпараттық жүйе;

Тегін медициналық көмектің кепілді көлемі (бұдан әрі - ТМККК) - Қазақстан Республикасының азаматтарына көрсетілетін медициналық қызметтің Қазақстан Республикасының Үкіметі айқындайтын тізбесі бойынша бірыңғай медициналық көмектің көлемі.

ҚЫСҚАРТУЛАР МЕН ШАРТТЫ БЕЛГІЛЕР

АЕҰ	- амбулаториялық-емханалық ұйымдар
АГ	- артериалды гипертония
АҚ	- артериалды қысым
АМСК	- алғашқы медициналық-санитариялық көмек
АЖДҚ	- Ақпараттық жүйесі «Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету»
БҰФ	- Британия ұлттық формуляры
ДДҰ	-Дүниежүзілік Денсаулық сақтау Ұйымы
ДЗ	- дәрілік заттар
ДҚ	-дәрілік қамтамасыз ету
ДК	-дәрілік көмек
ДСМ	-Денсаулық сақтау министрлігі
ҚДҚ	-қосымша дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету
МБ	-медициналық мақсаттағы бұйымдар
ММ	-медициналық мекемелер/ұйымдар
МӘМС	-міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру
МТ	-медициналық техника
ОАА	-орталық аудандық ауруханасы
ТМККК	-тегін медициналық көмектің кепілді көлемі
ТДЗ	-тегін дәрілік заттар

КЕСТЕЛЕР МЕН СУРЕТТЕР ТІЗІМІ

Кесте 1	Қажетті респонденттердің сауалнамалар саны	33
Кесте 2	Ондыққа кіретін әлеуметтік маңызы бар нозологияларды емдеу шығындары, 2018 ж	43
Кесте 3	2012 жылда халықтың жекелеген санаттары бойынша дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді мемлекеттік қаржыландыру	51
Кесте 4	2013 жылда халықтың жекелеген санаттары бойынша дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді мемлекеттік қаржыландыру	52
Кесте 5	2014 жылда халықтың жекелеген санаттары бойынша дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді мемлекеттік қаржыландыру	53
Кесте 6	2015 жылда халықтың жекелеген санаттары бойынша дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді мемлекеттік қаржыландыру	54
Кесте 7	2016 жылда халықтың жекелеген санаттары бойынша дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді мемлекеттік қаржыландыру	55
Кесте 8	2017 жылда халықтың жекелеген санаттары бойынша дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді мемлекеттік қаржыландыру	56
Кесте 9	2018 жылда халықтың жекелеген санаттары бойынша дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді мемлекеттік қаржыландыру	56
Кесте 10	2015-2018 жылдардағы емханалар бойынша халық саны және ақшалай қаражатты іс жүзінде пайдалану	59
Кесте 11	ТДЗ қауіпсіздігін бағалау көрсеткіштерінің нақтылығы	88
Кесте 12	ТДЗ клиникалық тиімділігін бағалау көрсеткіштерінің нақтылығы	89
Кесте 13	ТДЗ-дың физикалық/географиялық қол жетімділігін бағалау көрсеткіштерінің нақтылығы	90
Кесте 14	ТДЗ-дың физикалық/географиялық қол жетімділігін бағалау көрсеткіштерінің нақтылығы	91
Кесте 15	Пациенттің ұсынылатын ТДЗ-дан бас тарту көрсеткіштерінің нақтылығы	96
Кесте 16	Пациенттің жеке ақша қаражатын пайдалану көрсеткіштерінің нақтылығы	97

Кесте 17	Пациенттің жеке бюджеті қаражатынан ТДЗ алу себептерінің нақтылығы	99
Сурет 1	КТМКК шеңберіндегі дәрілік заттар құрылымы мен көлемі	25
Сурет 2	ҚР денсаулық сақтауға жұмсалатын шығындар (2004-2017 жж.)	37
Сурет 3	2016-2020 жылдарға арналған "Денсаулық" бағдарламасы бойынша шығындар (млрд.тг.)	38
Сурет 4	ҚР фармацевтикалық нарығының көлемі, млрд. тг (2009-2018 жж.)	39
Сурет 5	ҚР фармацевтикалық нарығының құндық мәндегі салыстырмалы талдауы, 2017-2018 жж	40
Сурет 6	ҚР фармацевтикалық нарығын заттық тұрғыдан салыстырмалы талдауы, 2017-2018 жж	40
Сурет 7	2018 жылға ТМККК үшін ДЗ және ММБ сатып алу сомасы бойынша 8 үздік (ТОП-8) ОТӨ тізімі	41
Сурет 8	2018 жылдың қорытындысы бойынша, ҚР-дағы амбулаторлық және стационарлық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің пайыздық арақатынасы	42
Сурет 9	Қамтамасыз етілген пациенттер саны (2013-2017 жж.)	42
Сурет 10	Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесін қаржыландыру сомасы (2008-2018 жж.)	43
Сурет 11	Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге беретін мемлекеттік лимиттер	46
Сурет 12	Нақты пайдаланылған ақшалай қаражаттар	47
Сурет 13	Тегін босатылатын дәрілік препараттарды қаржыландыру көлемі	47
Сурет 14	Жеңілдікті бойынша босатылатын дәрілік препараттарды қаржыландыру көлемі	48
Сурет 15	№2 ҚЕ бөлінген лимиттерді және нақты пайдаланылған қаражатты салыстыру	48
Сурет 16	№ 5 ҚЕ бөлінген лимиттер мен нақты пайдаланылған қаражатты салыстыру	49
Сурет 17	№10 ҚЕ бөлінген лимиттерді және нақты пайдаланылған қаражатын салыстыру	49

Сурет 18	Тегін дәрілік препараттар алатын пациенттер	50
Сурет 19	2014 жылда жекелеген санаттар бойынша дәрілік препараттарды алатын халық саны	57
Сурет 20	2014 жылда жекелеген санаттар бойынша нақты жұмсалған ақшалай қаражаттар	58
Сурет 21	2015 жылы жекелеген санаттар бойынша дәрілік препараттар алатын халық саны	61
Сурет 22	2015 жылғы жекелеген санаттар бойынша нақты жұмсалған ақшалай қаражаттар	61
Сурет 23	2016 ж. жекелеген санаттар бойынша дәрілік препараттар алатын халық саны.	62
Сурет 24	2016 жылы жекелеген санаттар бойынша нақты жұмсалған ақшалай қаражаттар	62
Сурет 25	2017 жылы жекелеген санаттар бойынша дәрілік препараттарды алатын халық саны	63
Сурет 26	2017 жылы жекелеген санаттар бойынша нақты жұмсалған ақшалай қаражаттар	63
Сурет 27	2018 жылы жекелеген санаттар бойынша дәрілік препараттарды алатын халық саны	64
Сурет 28	Емхана басшыларының жастық құрамы	66
Сурет 29	Емханада дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді анықтауға қатысатын басшылардың лауазымдық арақатынасы	66
Сурет 30	Емхана қаржыландырылуының жеткіліктілігін бағалау	67
Сурет 31	Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландыру жеткіліксіздігі мәселесі бойынша емхана басшыларының белсенділік деңгейі	67
Сурет 32	Енгізілетін ұсыныстарға кері байланыс	68
Сурет 33	Тегін дәрілік препараттардың қауіпсіздік дәрежесін бағалау	68
Сурет 34	Тегін дәрілік заттардың клиникалық тиімділігін бағалау	69
Сурет 35	Тегін дәрілік препараттарды дәріханадан уақтылы алу дәрежесі бойынша бағалау	69

Сурет 36	Науқастар тарапынан тегін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету бойынша шағымдардың болуы	70
Сурет 37	Науқастардың шағымдарына емхана басшылығының жауап беруі	70
Сурет 38	Формулярлық жүйе туралы хабардар болу деңгейі	71
Сурет 39	Емханаларда формулярлық комиссияның болуы	71
Сурет 40	Емханаларда клиникалық фармакологтың болуы	72
Сурет 41	Тегін дәрілік препараттардың жанама әсерлеріне мониторинг жүргізу	72
Сурет 42	Респонденттердің жыныстық құрамы	73
Сурет 43	Респонденттердің жас құрамы	73
Сурет 44	Тегін дәрілік заттардың қауіпсіздік дәрежесін бағалау	74
Сурет 45	Тегін дәрілік заттардың клиникалық тиімділігін бағалау	74
Сурет 46	Тегін дәрілік препараттардың физикалық/географиялық қол жетімділік дәрежесін бағалау	75
Сурет 47	Тегін дәрілік заттарды дәріханадан уақытылы алу дәрежесі бойынша бағалау	75
Сурет 48	Жауапты таңдау негіздемесі	76
Сурет 49	Пациенттің тегін дәрі-дәрмектерді алу жиілігі	77
Сурет 50	Тағайындалатын тегін дәрілік заттардың орташа саны	77
Сурет 51	Тегін дәрілік заттар алатын пациенттерді ағарту деңгейі	78
Сурет 52	Тегін дәрілік заттардан шағым немесе бас тарту жағдайларының болуы	78
Сурет 53	Пациенттің тегін дәрілік заттардан бас тартуына дәрігерлердің әрекеті	79
Сурет 54	Дәрігерлердің "сары карта" туралы хабардар болуы	79
Сурет 55	Тегін дәрілік заттарды қабылдайтын емделушілерде жанама реакцияларды анықтау	80
Сурет 56	Жанама әсерлерді анықтау кезінде дәрігерлердің "сары картаны" толтыруы	80
Сурет 57	Дәрігерлердің "сары картаны" толтырмау себептері	81

Сурет 58	Дәрігерлердің дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге қанағаттану деңгейі	82
Сурет 59	Дәрілік қамтамасыз етуді жақсарту бойынша жасалатын іс-шаралар	82
Сурет 60	Енгізілетін ұсыныстарға кері байланыс	83
Сурет 61	Респонденттердің жыныстық құрамы	84
Сурет 62	Респонденттердің жас құрамы	84
Сурет 63	ТДЗ алатын пациенттердің диагнозы	85
Сурет 64	ТДЗ алу құқығы туралы ақпаратты алу көзі	85
Сурет 65	Пациенттің ТДЗ алу мерзімінің ұзақтығы	86
Сурет 66	Науқастардың тегін дәрілік заттарды алу жиілігі	86
Сурет 67	Емделушілер алатын тегін дәрілік препараттардың саны	86
Сурет 68	Тегін дәрілік препараттардың қауіпсіздік дәрежесін бағалау	87
Сурет 69	Тегін дәрілік заттардың клиникалық тиімділігі дәрежесін бағалау	89
Сурет 70	Алынатын тегін дәрілік заттардың физикалық/географиялық қол жетімділік дәрежесін бағалау	90
Сурет 71	Тегін дәрілік заттарды дәріханадан уақытылы алудың дәрежесін бағалау	91
Сурет 72	Дәрігерлердің ТДЗ-ды қабылдау ережелері жайлы пациенттерді ағарту деңгейі	92
Сурет 73	Пациенттің ТДЗ қабылдау туралы дәрігердің ұсынымдарын сақтау дәрежесі	92
Сурет 74	Пациенттің дәрігердің тағайындауынсыз дәрілік заттарды қабылдау жағдайлары	93
Сурет 75	Пациенттің дәрігер тағайындаған ТДЗ қабылдауы аясында аллергиялық және жанама әсерлер туралы хабардар болу деңгейі	94
Сурет 76	Пациенттің амбулаториялық картасында жанама әсерлер туралы дәрігердің толтыруы	94

Сурет 77	Пациенттің қолданар алдында тегін дәрілік заттардың аннотациясын зерттеуі	95
Сурет 78	Пациенттердің ұсынылатын тегін дәрілік заттардан бас тартуының үлес салмағы	95
Сурет 79	Пациенттердің көрсетілген медициналық көмектің немесе дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің тиісті сапасы мәселелері бойынша денсаулық сақтау органдарына жүгінуі	96
Сурет 80	Тегін дәрілік заттарды алу үшін жеке ақша қаражатын пайдалану	97

КІРІСПЕ

Тақырыптың өзектілігі: Қазіргі кезеңде Қазақстан Республикасы халқының денсаулығын қорғау басым мәнге ие болды және елдің ұлттық қауіпсіздігін қалыптастыратын маңызды факторлардың бірі қаралады. Денсаулық сақтау құқығы ҚР "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" кодексінде бекітілген және "азаматтардың қауіпсіз, тиімді және сапалы медициналық көмек алу құқықтарының теңдігін қамтамасыз ету" дегенді білдіреді.

Фармацевтикалық нарықты дамыту, қаржыландырумен бекітілген әлеуметтік бағдарланған мемлекеттік бағдарламаларды іске асыру, дамып келе жатқан халықаралық ынтымақтастық, сондай-ақ денсаулық сақтау саласындағы жаңа стратегиялық жоспарлар дәрілік саясаттың жаңа көрінісін қалыптастыру үшін негіз болып табылады.

Қазіргі заманғы денсаулық сақтау жүйесі барлық мүдделі тараптардың: халықтың, медициналық қызметтің және мемлекеттің жаңа талаптарына жауап беруі тиіс. Осыған байланысты ұсынылатын фармацевтикалық тауарлардың, қызметтер мен білімнің сапасы мәселелеріне, сондай-ақ шығынды-тиімді және бағаланатын емдеу әдістеріне ерекше назар аудару қажет.

Қазақстан Республикасының фармацевтикалық секторы елдің денсаулық сақтау жүйесінің маңызды ажырамас бөлігі болып табылады. Жиырма жылдық кезеңде елдің дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесі түбегейлі өзгерістерге ұшырады: орталықтандырылған жеткізу жүйесінен бастап жеке дистрибьюторлар мен бөлшек дәріханалардың тармақталған желісін дамытуға дейін. Фармацевтикалық секторда кәсіпкерлікті дамытудың табиғи процестерімен қатар, Мемлекет фармацевтикалық нарықты тиімді реттеу үшін тиісті база құруға, саланың халықаралық стандарттарға көшуі үшін жағдайлар жасауға ықпал ететін шаралар қабылдады. Дәрілік заттар айналымы мәселелерін реттейтін нормативтік-құқықтық база құрылды; дәрілік заттардың сапасын бақылау жүйесі жақсарды, бұл ретте сапаға қойылатын негізгі талаптар Қазақстан Республикасының әзірленген және бекітілген Фармакопеясының анықталуы; дәрілік қамтамасыз ету жүйесінде елеулі жақсартулар байқалады.

Әлеуметке бағытталған нарықтық экономикадағы басым міндеттердің бірі тұрғындарды сапалы әлеуметтік қызметпен қамтамасыз ету, оның ішінде сапалы дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етілуі әлеуметке бағытталған мемлекеттің денсаулық сақтау жүйесінде ажырамас элементі болып табылады.

Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етілу әлеуметтік қамтамасыз ету жүйесі мен тұрғындарды әлеуметтік қорғаудың маңызды бөлігі ретінде денсаулық сақтау жүйесі қызметінің озық дамуында маңызды. Тұрғындарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету, алдын-алу және медициналық қызмет көрсетумен қатар көптеген дамыған елдердің денсаулық сақтаудағы маңызды міндеттерді шешетін ажырамас элемент ретінде қарастырылады. Біріншіден дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету көптеген науқастарды қажетті дәрі-дәрмекпен қамтылуы арқылы қазірдің өзінде пайда болған әлеуметтік қауіп-қатерді еңсеруге бағытталған. Екіншіден өзінің алдын-алу кілтінде болашақта болуы мүмкін қауіпті асқынулар жоюға үлесін қосады [1].

Дәрілік терапияның сапасы емдеу барысында адамның патологиялық жағдайының бір жолғы немесе басқа да факторларға байланысты, оның ішінде денсаулық сақтауды қаржыландыру мен тұтынушыларды дәрілік заттармен қаржылай қамтамасыздандыру деңгейіне де байланысты.

Дәрілік қамтамасыз етуді қаржыландыру моделі қазіргі таңда Қазақстанда тұрғындардың сапалы дәрі-дәрмектік терапияның барлық сұраныстарын жаппайды, сонымен қатар ауру пайда болған жағдайда науқасты дәрілік заттармен қамтамасыз етуге кепілдік бермейді [2]. Ауру кезінде тұрғындар мемлекет қарастырған тегін медициналық көмек алады, бірақ дәрілік компонент тек жедел және ауруханалық көмек көрсетуде ғана қосылған. АМСК деңгейінде жекелеген аурулар мен жекелеген тұрғындар категориясын ғана қаржыландырады.

Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландыру жүйесінің басты элементі адам және оның дәріге деген сұранысы болуы керек: бұл жүйе қаржыландыру мүмкіндігіне емес, қаржыландыру сұранысына сүйенуі керек. Өз кезегінде қаржыландыру сұранысы мемлекеттің бекіткен медициналық көмек көрсету стандарттарына негізделеді, бұл сапалы дәрі-дәрмектік терапиямен қамтамасыз етуге кепілдік беруге негізделуі керек [3-5].

Мамандардың айтуынша дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесін қаржыландыру көлемінің жеткілікті болуы тек әлеуметтік серіктестікте, мемлекеттік және жекелеген қаржыландыру көздерінің бірлесуіне негізделген қаржыландырудың бюджеттік сақтандыру моделін қолданғанда ғана болуы мүмкін [6-8].

Соңғы жылдардағы әдебиеттерде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудегі мәселелер айтылуда. Мемлекеттің қаржыландыру көлемі ұлғайса да Қазақстандағы барлық санаттағы тұрғындарға дәрілік заттардың қолжетімділігі жақсарған жоқ [9-10].

Жоғарыдағы айтылғандай дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету заманауи тұрғыдағы кең таралған мәселелерін анықтау, сонымен қатар медициналық қызметті тұтынушылар көзқарасы шеңберінде анықтау.

Зерттеу мақсаты: Амбулаториялық-емханалық деңгейде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету сапасын бағалау және пациенттерді дәрі-дәрмектермен қамтамасыз етуді жақсарту бойынша ұсыныстар әзірлеу

Зерттеу мақсатына сәйкес келесі міндеттер:

1. Қазақстандағы және шетелдегі дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді жақсарту тенденциясы мен мәселелері, заманауи ерекшеліктерін анықтау
2. Қазақстан Республикасы және Нұр-Сұлтан қаласы бойынша денсаулық сақтау саласын қаржыландыруды зерттеу
3. Амбулаториялық-емханалық ұйымдардағы дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етілудің қанағаттанушылығына қатысты әлеуметтік бағалау жүргізу
4. Алғашқы медициналық- санитариялық көмек деңгейінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді жақсарту бойынша ұсыныстарды өңдеу

Зерттеу объектісі:

- Нұр-Сұлтан қаласы әкімдігінің "№2 қалалық емханасы" ШЖҚ МКК;
- Нұр-Сұлтан қаласы әкімдігінің "№5 қалалық емханасы" ШЖҚ МКК;

- Нұр-Сұлтан қаласы әкімдігінің "№10 қалалық емханасы" ШЖҚ МКК.

Зерттеу пәні:

- Қазақстандық фармацевтикалық нарыққа қатысты статистикалық жинақ мәліметтері;

- 2012 жылдан 2018 жылға дейінгі кезеңде амбулаториялық-емханалық мекемелерге тікелей бөлінетін ақша қаражаты туралы деректерді, сондай-ақ, 2014 жылдан 2018 жылға дейінгі дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жөніндегі деректер;

- АМСК деңгейінде басшыларға, дәрігерлерге және пациенттерге арналған сауалнама парағы.

Ғылыми жаңалығы:

Медициналық мекеме басшылары, дәрігерлер мен пациенттер арасында БМСК деңгейінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етілуіне қанағаттанушылық зерттелді және оны жақсарту бойынша ұсыныстар жасалды

Зерттеудің практикалық маңыздылығы:

Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді жақсарту бойынша ұсынылған ұсыныстар әртүрлі деңгейдегі дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету саласындағы практикалық шараларды, бағдарламаларды жоспарлау мен әзірлеу кезінде қолданыла алады

Қорғауға шығарылған негізгі қағидалар:

1. Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруға көшуді ескере отырып, алғашқы медициналық көмек деңгейінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің егжей-тегжейлі талдау қажет.
2. БМСК деңгейінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді зерттеу енгізілген МӘМС аясында медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін жақсартуға көмектеседі.

Магистрлік жұмыс апробациясы:

Жұмыстың нәтижелерін автор жариялады:

- Обзор международной практики применения сооплаты в системе лекарственного обеспечения, СБОРНИК ТЕЗИСОВ Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Медицинская наука и образование: молодость и стремление – 2019»/ 1-2 октября 2019 г. – Нур-Султан. – с. 296.
- Амбулаториялық-емханалық көмек деңгейінде дәрілік қамтамасыз етудің басқару сапасын бағалау, Журнал Перспективы мировой науки 2020 г. – г.Уральск.

Магистрлік диссертацияның құрылымы мен көлемі. Магистрлік диссертация жұмыс 114 бетте жазылған, оның ішінде кіріспеден, мәселенің қазіргі жағдайына шолу, зерттеу тәсілдері мен мәліметтерден, өзіндік зерттеу тарауынан, қорытындыдан, нәтижелер мен практикалық ұсыныстардан және қолданылған әдебиеттер тізімінен, қосымшадан тұрады. Жұмыс 17 кестеден және 80 суреттен тұрады. Қолданылған әдебиеттер тізімінің құрамын 70 әдебиет көздерінен тұрады.

1 ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДАҒЫ ДӘРІ-ДӘРМЕКТІК САЯСАТ (ӘДЕБИ ШОЛУ)

1.1 Денсаулық сақтаудағы алдын-алу бағдарламаларын іске асыруда дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етілудің маңыздылығы

Тұрғындарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді ұйымдастыру – дәрі-дәрмекті өндіретін және гигиеналық мақсаттағы тауарлар, көтерме және бөлшек саудада, арнайы сақтау мен таратуды қамтамасыз ететін арнайы шаруашылық сала (дистрибуция). Бұл дамыған елдерде мемлекеттік және жергілікті биліктің реттеп отыратын нарықтарындағы ерекше орындағы сала. Соңғы жылдары тұрғындарды фармация және дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету медициналық қызмет саласымен теңестіріліп отыр [11].

Дәрілік заттарды жағымды тұсын анықтайтын ерекше артықшылықтары, яғни көптеген тұрғындардың өміріне маңызды тауарлар санатына жататындығын айтуға болады. Сонымен қатар, дәрілік заттармен қамтылу тұрғындар денсаулығы сапасын айқындайтын әлеуметтік-экономикалық даму прогресінің индикаторы, сондай-ақ адамдардың өмір сүру деңгейі мен мемлекеттің экономикалық қолайлылығы талдайтын құрамдас бөлік болып табылады. Сол себепті тұрғындарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету үнемі жетілдіруді қажет етеді [12].

Кез-келген елдің қоғамдық денсаулық сақтаудағы басты мәселесі оның экономикалық дамуы мен саяси құрылымына қарамастан дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді ұйымдастыру тиімділігі, дәрілік препараттарды рационалды пайдалану, тұрғындарды медициналық қызметпен қамтамасыз етудегі шығындарды тежеу, ерекшеліктері мен дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету болып табылады.

Көптеген елдерде өтпелі экономикасымен дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету денсаулық сақтаудың өзекті мәселесі болып табылады, өйткені бюджеттің аса шығынды бөлігін қамтиды [10-12].

Әртүрлі елдерде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету әртүрлі жолдармен қалыптасып отырды. Тұрғындарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету логистикасының құрылысы көптеген жағдайлармен: мемлекеттің әлеуметтік-экономикалық дамуымен, мемлекет пен экономиканың жеке секторымен, мемлекет пен экономиканың жеке секторы күзіретімен, денсаулық сақтауды ұйымдастырумен және т.б.

Нарықтық қатынас жағдайында денсаулық сақтауды ұйымдастыру стратегиясы заманауи сапалы медициналық көмекпен қамтамасыз ететін, тиімді дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етеуді қамтитін әр елде өзіндік ерекшеліктерімен, артықшылықтары мен кемшіліктерімен, сондай-ақ шешімін таппаған мәселелерімен көрініс табады.

Көптеген дамыған елдерде тұрғындарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді басқару формасы әртүрлі болып келеді, оның ішінде формулярлы жүйесі, денсаулық сақтау басқару шаралары мен кешенді құрылымын сипаттайды, бұл тиімді ұйымдастырылған және экономикалық тиімді дәрі-дәрмекпен қамту мен қолдану қолда бар ресурстарды тиімді пайдалану мен медициналық көмек сапасының нақты жағдайын ескере отырып жасалады.

АҚШ тұрғындарының дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді басқару формасы мысалын алсақ, денсаулық сақтау жүйесінде ұлттық хаттамалар мен дәрілік заттардың ұлттық формулярлы тізімі жоқ [13].

Ұлыбританияда денсаулық сақтаудың ұлттық қызметі құрылғаннан бері тұрғындарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді басқару сызбанұсқасы құрастыру қабылданды, алғашқы Британдық ұлттық формуляр құрастырылды (БҰФ). Алғашқы БҰФ толық емес таңдалған ақпаратты қамтыды, оны дәрілік заттар қолдану ғылыми негізделген ұсыныстарымен кеңейтіп беру қажеттілігі туындады. В 1981 жылы жаңартылған БҰФ жариялымға шықты, бұл дәрілік заттар туралы дәлелді негізделген ақпаратпен қамтылған дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің негізі болып табылады [14].

Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету саласында басым саясат батыс еуропалық мемлекеттердің шектелген дәрілік заттар мен препараттар тізімінің орнын толтыру болып табылады. Аталған жағдайда негізгі қағида препараттың клиникалық-экономикалық маңызды болып табылады, яғни «баға-тиімділік» қатынасы қарастырылады. Бұл тәжірибе шектелген тізім жүйесі ішінде аса тиімді препараттарды қалдырып ғана қоймай бюджет үлесін үнемдеуге көмектеседі [15].

Кейбір елдерде (Франция, Испания, Жапония) өздерінің бірлескен төлем әдісі қолданылады, яғни науқасқа фармацевтикалық өнімнің бір немесе бірнеше жабдықтарына байланысты көрсетіледі. Мысалға, Францияда дәрілік препараттар ауыр және созылмалы түрдегі ауруларды емдеуде немесе өте қымбат препараттар науқастарға тегін беріледі. Ал жеңіл түрдегі аурулар мен бұзылыстар емделуі барысында дәрі-дәрмектердің құнының 65% науқас өтейді. Басқа елдерде бірлескен төлемнің әртүрлі комбинациясы қолданылады. Жаңа Зеландияда науқастарға берілген препараттың максималды үлесін төлеп бастапқы бағасы мен дәрілік препараттың референтті бағасының айырмашылығын төлейді [16-17].

Айта келе көптеген елдерде тұрғындар бірде бір жеңілдік категориясына жатпайтын және нақты бір дәрілік заттарды алуға мұқтаждығы бар екендігі айтылады [18]. Көптеген елдерде белгілі бір уақытта бірлескен төлемнің үстеме жоғарғы соммасы бекітіледі. Шегіне жеткен жағдайда науқас дәрі-дәрмекпен тегін қамтамасыз етіледі немесе төмен бағамен беріледі. Максималды төлем көлемі кейбір елдерде (Жапония, Ирландия) науқастың жеке кірісі, денсаулық жағдайы мен жасына қарай бекітіледі. Мысалы Жапонияда дәрі-дәрмектерге максималды төлемдер созылмалы ауру бар немесе қарттарға басқа санаттағы тұрғындарға қарағанда айтарлықтай төмен [19-20].

Ресейде нарықтық түрленуде, денсаулық сақтаудың барлық саласында, денсаулық сақтауды қаржыландырудың жеткіліксіздігі, фармацевтикалық нарықтағы күрделі өзгерістер (дәрілік препараттар нарығындағы қаралуы бойынша санының артуы, мемлекеттің қамтамасыз ету жүйесінің өзгерісі, дәрілік препараттар бойынша кәсіби ақпараттар жүйесі жетілмегендігі және т.б.) дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету ұйымдастырудағы РФ тұрғындары денсаулығы көрсеткіші ретіндегі маңызды фактор болып табылады [21-23].

Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету мекемелерінің сапасы олардың қолжетімділігі мен қаралу барысындағы тиімді пайдалануы, дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету үрдісі регламентінде айқындайды, (оның ішінде формулярлы жүйе туралы ережені енгізу, мемлекетке қажетті дәрілік заттарды сатып алу жүйесін ұйымдастыру, дәрілік заттар туралы ақпараттар жүйесін ұйымдастыру, дәрілік заттарды қолдану бойынша мамандардың ақпараттандырылуы мен дайындау және т.б. [24].

Қазақстандық мамандардың зерттеулері көрсеткендей, елдегі фармацевтикалық көмекті қаржыландыру деңгейі көптеген Еуропалық елдер мен ДДСҰ және ТМД кейбір елдері көрсеткіштерінен әлдеқайда артта тұр. Бұл Қазақстанның адам санына шаққандағы дәрілік заттарды қолдануы орта статистикалық есеп бойынша (АҚШ 52,0 доллары) төртінші орында Ресей Федерациясынан кейін ТМД ішінде (109,9), Беларусиядан (66,6) және Өзбекстаннан (61,7), аталған көрсеткіштің салыстырмалы өсімі – АҚШ 38,0 доллары 2010 жылы 61,7 доллары 2012 жылы.

Молдова мен Украинада дәрілік заттардың орта статистикалық қолданылуы бір адамға шаққанда 2012 жылы 48,0 және 46,0 АҚШ доллары, бұл бұрынғы совет өкіметі елдері ішіндегі жалғыз мемлекет Украинада көрсеткіш өте төмен.

Орта Азия елдерінде дәрілік заттарды қолдану деңгейі айтарлықтай төмен 2012 жылы 13,8 АҚШ доллары Өзбекстанда, 13,2 Тәжікстанда, 11,6 Түркменстанда, және 10,8 Қырғызстанда. Мемлекет есебінен қаржыландыратын дәрілік заттардың құны Қазақстанда және Ресей Федерациясында 35% Молдовамен салыстырғанда 30%, 25% Беларусия, 22% Украинада және 18% Өзбекстанда, бұл тұрғындардың жеңілдік топтары мен қарастырып айтқанда дәрілік заттардың қолжетімділігі экономикалық деңгейде өте төмендігін көрсетеді [10].

Осы негізде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудегі ұйымдастыруды жетілдіру бойынша зерттеулер, дәрілік заттарды рационалды пайдалану көптеген елдерде ерекше өзекті болып табылады.

Әр жылдарда жүргізілген зерттеулер дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету үрдісін ұйымдастырудағы негіздемелері:

- әртүрлі фармацевтикалық терапиялық топтардағы дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету бойынша жекелеген тұрғындардың мұқтаждығын зерттеу;
- дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің аймақтық жүйесін моделдеу, оның ішінде әлеуметтік қызмет құқығы бар тобындағы тұрғындарды;
- медициналық мекемелердегі дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді ұйымдастыру мәселесін шешу;
- жекелеген аудандардағы фармацевтикалық көмек пен аймақтық дәрілік саясатты қалыптастыру;
- дәрілік заттар саласындағы фармако-экономикалық және фармакоэпидемиологиялық зерттеулер жүргізу және т.б. [25-30].

Осы негізде әртүрлі елдерде әртүрді тәсілдерімен сипатталып, қазіргі кезде фармацевтикамен қамтудың барлық кезеңдері мен тізбектерінде тұтынушыларға әмбебап тиімді басқару сызбанұсқасы жасалмаған.

1.2 Қазақстандағы фармацевтика нарығының сипаттамасы

Қазақстан Республикасында денсаулықты қорғау құқығы мемлекет Конституциясында бекітіліп, қауіпсіз, тиімді және сапалы медициналық көмекті алуға азаматтардың құқығында теңдігін қамтамасыз ету болып табылады. ҚР дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету – басты тұрғындарды әлеуметтік қолдаудағы айтарлықтай орындағы профилактианың құрамдас бөлігі, тікелей тұрғындардың өмірі сапасына және денсаулық жағдайының жақсаруына әсер етеді.

ҚР фармацевтика нарығындағы басты миссиясы тұтынушының сапалы және бағасы жағынан қолжетімді дәрілік заттармен қамтамасыз ету болып табылады. Дәл осы нарықта тұрғындарды құқығында өмірі мен денсаулығы бойынша мемлекеттің әлеуметтік саясатының мақсаты мен міндеттері қалыптасады [31].

Қазақстан Республикасында амбулаториялық-емханалық көмек кепілдендірілген тегін медициналық көмек көлеміне кіреді (ТМККК), бұл тұрғындардың тегін және жеңілдік есебінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қарастырады.

ТМККК негізінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету Қазақстанда республикалық және жергілікті бюджет есебінен қаржыландырады, сонымен қатар нысаналы ағымды трансферттер жолы бойынша іске асырылады. Дәрілік заттарды сатып алу бюджеттік бағдарламалар негізінде жүргізіледі, мұнда Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі басқарушы болып табылады. Алайда денсаулық сақтауды қаржыландыруды ұлғайтудың ресми декларациясы, ҚР жеңілдік тобындағы тұрғындарға сомма туралы ақпарат, халықаралық әдебиетте мүлде көрсетілмеген.

Қазіргі кезде республикадағы дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді жетілдіруде жүргізілген реформалар жеңілдік тобындағы тұрғындарға 400 ден астам тегін дәрі-дәрмектерді 3 млн. адам 48 аурушандық бойынша алады. Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету бойынша автоматты жүйесі енгізілуде, диспансердегі науқастардың регистрі құрылуда, бұл мемлекет кепілдендірген дәрілік заттардың алуын көруге мүмкіндік береді. Осы негізде аймақтарға жылдың басында препараттарды жеткізу бойынша үзілістер байқалмайды. Дәрілік заттардың қолжетімділігі амбулаторлы деңгейде өз кезегінде стационар деңгейінде ауытқуларды болдырмауға мүмкіндік береді.

2011-2015 жылдарға қарастырылған денсаулық сақтауды дамыту «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді жетілдіру бойынша басым бағыт болып табылды [7]. Жүргізілген реформалар негізі тұрғындарға дәрілік көмекті қамтамасыз ету қолжетімділігі мен, сапасын көтеру болып табылады. Тегін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету бұл тұрмысы төмен отбасылар мен зейнеткерлер үшін бұл айтарлықтай мемлекеттен берілген қолдау. Оның үстіне тегін дәрілік заттарды науқастар бірден дәрігерге барғаннан кейін алады, тікелей емханада немесе жақын дәріханада айтарлықтай арттырады қолжетімділігі мен уақытты қысқартады іздеу тегін препараттарды препаратов дәріханалары бойынша өңірлер. Осы іс-шаралар жетілдіру бойынша амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету мүмкіндігін қайталануын рецепт қарай компьютерлендіру

емхана, енгізу және электрондық рецептілер, болдырмау бұзылу жеткізу дәрілік заттарды жылдың басында, қамтамасыз ету максималды қымбат препараттар қол жеткізу мүмкіндік береді.

Қазақстанда дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету негізде формулярлық жүйе жатыр, оның негізінде іріктеу жүргізіледі, дәрілік құралдардың ең жақсы үйлесуі қауіпсіздігі "қолдану тиімділігі емдеу - емдеу құны жүзеге асырылады, оларды ұтымды пайдалану кезінде денсаулық сақтаудағы профилактикалық бағдарламаларды жүзеге асырылады.

Қазақстандағы Ұлттық дәрі-дәрмек саясатты қалыптастыру және іске асырудағы басым бағыттарының бірі ықпал ететін факторларды зерттеу қажеттілігі халықты және медициналық ұйымдарды фармацевтикалық өнімдер әдістерін жетілдіру және оларды таңдау, негізделген демографиялық ахуалдың деңгейі мен құрылымын жалпы және алғашқы аурушаңдық халықтың, маркетингтік зерттеулер, нарық қызметінің дәрігерлері, фармацевтика қызметкерлерінің, мінез-құлық тұтынушылардың фармацевтикалық өнім болып табылады [32].

Сонымен қатар тұрғындар сұранысы дәрілік заттар бойынша әр аймақта әр қалай және денсаулық сақтау инфрақұрылымының дамуына, дәріханалық сада желісіне, экологиялық-географиялық және ментальді факторларға да байланысты [33].

Елдегі әлеуметтік экономикалық тұратандырылу жағдайында денсаулық сақта инфрақұрылымы мен фармацевтикалық индустрияда тұрғындардың дәрілік заттарға деген қанағаттануы мен қолжетімділігі денсаулық сақтаудағы профилактикалық бағдарламаларды іске асыру потенциалын арттырады, бұл мемлекеттің басты міндеті болып табылады.

Қазақстанның Мемлекеттік Саясаты халқын дәрімен қамтамасыз етуді мынадай іргелі қағидаттары: қол жетімділік, қарапайымдылығы, қамтамасыз етілуі, құқықтық механизмдерін, болуы тиісті ынталандыру шараларын іске асыру үшін жүргізіледі [34].

Бұл ретте қолжетімділігі мемлекеттік дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету қолдаудың жүйесін республикалық және өңірлік басқару органдарының оны қаржыландыруға қажетті көлемде дайындығымен анықталады. Мемлекеттік субсидиялау жүйесі дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету үшін түсіну өте қарапайым. Барлық процеске қатысушылар (дәрігерлер, провизорлар, науқастар, тапсырыс берушілер, өндірушілер) жақсы түсінеді және біледі жүйесін және оның шеңберінде әрекет ете алмайды.

Мемлекеттік қолдаудың жүргізіліп отырған жүйесі құқықтық механизмдермен қамтамасыз етілген. Ол мемлекеттік бақылау мен қадағалауға негізделіп ешқандай бас тарту немесе бұрмалауға болмайтын механизм. Қолданып отырған саясат бағасын арттыруда айқын да анық барлық үрдіс мүшелеріне міндетті. Жүйеде бекітілген ережелер бұзылған жағдайда санкциялар мен айыппұлдар қарастырылған [35].

Мемлекеттік қолдау жүйесі ынталандыру көтермелеу үшін белгіленген ережелердің сақталуын және, дәрі-дәрмекті ұтымды пайдалану қамтиды. Бұл пайдалану клиникалық-тиімді дәрі-дәрмекті көп пайдалану генерикалық

препараттарды (сапасына қарай препараттың), бас тарту және ескірген дәрі-дәрмек немесе дәрі-дәрмек елеулі жанама әсерлерін бар екендігін білдіреді. Бұл ретте сенімділік науқастарды, оның тағайындалған препарат - ең жақсы жағдайда, емдеу құралы; ынталандырады ұтымды мақсаттағы дәрі-дәрмектер қамтамасыз етіледі [35].

Сонымен бірге, мемлекеттік қолдау жүйесі экономикалық тиімді егізгі процеске қатысушылардың оның негізгі ережелері мен талаптарын сақталған жағдайда қолдау болып табылады.

Ықтимал қиындықтар бағдарламаларды іске асыру мемлекеттік қолдау жүйесінің дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету халықтың ғана шектеледі объективті экономикалық себептері, келісім-шарт мүмкін еместігі қамтамасыз етуге қажетті қаржылық инвестициялар. Сонымен қатар, ол ұстанады негізгі нарықтық қағидаттарына үшін жағдай жасайды бәсекелестікке барлық буындарында фармацевтикалық менеджмент, сондай-ақ елімізді әлемдік фармацевтикалық нарығы интеграцияны стратегиялық орнатуды іске асырады [36].

Қазақстанда дәрілік саясат тиімділігінің бақылау моделі келесі критерий бойынша өңделген [35]:

1. Жеңілдік санаттарындағы азаматтардың дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету шығыстар деңгейін бақылауға қабілеті. Әрбір құрылымы тізбегіндегі жүйесінің дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету мүмкіндігі бар жоспарлау қызметінің көлемі, шығындар және бюджетке белгілі бір сенімділік дәрежесімен. Қолданыстағы мониторинг жүйесі үшін тиімді жұмыс істеуін қалыптастыруға мүмкіндік береді шыншылдық және орындалатын бюджеттерге, негізделген мүмкіндіктері бақылауға және болжауға шығыстар. Бұл критерий жүйесінің құралы деңгейіне шығындарды бақылау қабілетін көрсетеді.

2. Негізгі дәрілік заттарды науқастар үшін қол жетімділігі: дәрілік заттар тізімі бойынша Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау Министрлігі болуы тиіс қол жетімді бағамен, бұл маңызды ретінде науқастар үшін жоқ жеңілдіктер мен құрылымдарды қамтамасыз ететін жеңілдікті санаттар. Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің маңызды жүйесі барынша тапшылығы негізгі дәрілік заттар мен қамтамасыз ету науқастардың хабардарлығын мүмкіндіктері туралы және оларды сатып алу.

3. Ынталандыру мақсаттары үшін генерикалық дәрілік заттар: тиімді ынталандыру үшін тағайындалған генерикалық препараттарды, әрине, назарға ала отырып, олардың сапасы жүйе құрады. Қаржылық мүдделерін дәріханаларға нұқсан келтірілмейді қымбат препараттарды, экономикалық ынталандырулар жазуға және тиеуді тиімді шығындар тұрғысынан дәрілік препараттар дәрігерлер мен провизорлар жұмыс істейді.

4. Кепілдік қызмет көрсету, жеңілдікті рецептер: жеңілдікті санаттары үшін халықты дәрілік препараттар ең жоғары көлемде және қарапайым схемасын жүйесі сатып алуға мүмкіндіктер жасайды.

Осы негізде енгізілген қағидалар мен бағалау критерийлері тұрғындарға дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесінің мемлекеттік қолдауының тиімділігін көрсетеді, өзінің мазмұнымен Қазақстан республикасындағы дәрі-дәрмектік саясаттың әлеуметтің бағытын көрсетеді; тегін медициналық көмектің және

оның институционалды дамуын жүзеге асыратын мемлекеттік бағдарламалар кепілдігін қамтамасыз етеді.

Қазіргі таңда Қазақстанда мемлекет фармацевтика нарығында белсенді болып тұр, бұл тек заңнамалық басқармада ғана емес дәріні қолданудағы қаржылай серіктес ретінде де. Тауар қорын тиімді басқаруды арттыру мақсатында, мемлекет тұрғындарын сапалы дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуде, ҚР Үкіметі халықтың әл ауқаты Ұлттық қоры «Самрұк-Қазына» ЖШС «СК-Фармация» құрды, бұл бірыңғай дистрибьютор сапасы негізінде тұрғындарға кепілдендірілген тегін медициналық көмек көлемі шеңберінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудегі маңызды міндеттерді шешуге негізделген [37].

«СК-Фармация» ЖШС ҚР Үкіметінің №134 11 ақпан 2009 жылғы шешімімен құрылған. Компанияның жалғыз қатысушысы «Самрұк-Қазына» халықтың әл ауқаты Ұлттық қоры» болып табылады.

ЖШС «СК-Фармация» басшылығы тиімді түгендеу басқаруды ұйымдастыру үшін жауапты болып табылады, қаржылық есептілікті дайындау, барлық материалдық аспектілерде қаржы әр жылдың соңында-ақ Қоғамның ұстанымын, сондай-ақ операцияларды, ақша қаражатының қозғалысы және капиталдағы өзгерістер туралы өз нәтижелерін ұсынуға Халықаралық қаржылық есептілік стандарттарына сәйкес аяқталды [37].

«СК-Фармация» жауапкершіліктері: жобалау, Қоғамдағы ішкі бақылаудың тиімді және сенімді жүйесін енгізу және қолдау; Қазақстан мен ХҚЕС Республикасының заңнамасына сәйкес бухгалтерлік есеп; Компанияның активтерінің сақталуын қамтамасыз ету өз құзыреті шегінде іс-шаралар мен алаяқтық және басқа да теріс алдын алу және анықтау болып табылады [37].

Бірыңғай дистрибьютор арқылы Қазақстан ағымдағы дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесін «СК-Фармация» айқын даусыз оң аспектілері, алайда, шешілмеген мәселелері де бар [37].

Қазақстан Республикасында дәрілік қамтамасыз етудің ұйымдастыру ерекшеліктері препараттың кезінде орталықтандыру денсаулық сақтау ресурстарын неғұрлым тиімді пайдалануды қол жеткізуге мүмкіндік береді бірыңғай дистрибьютор «СК-Фармация» және кедей әлеуметтік қорғау арқылы КТМҚК бағдарламалары толтырады [37].

«СК Фармация» Жарғысында баяндалған мақсаттарға сәйкес, дәрі-дәрмектер мен медициналық мақсаттағы бұйымдардың сатып алу, сақтау, тарату және жеткізуді Қазақстан Республикасында тікелей орындаушылар КТМҚК бағдарламаларды жүзеге асырады. «СК-Фармация» әдістемелік және материалдық-техникалық құралдар пайдаланылатын және олардың түрі ең маңызды халықтың қол жетімділігін арттыруда тұрғындарға аса маңызды түрлері, қолжетімділігі мен әділдігін қамтамасыз етеді [37].

Жоғарыда үрдістер әсер ететін маңызды фактор:

- амбулаториялық дәрілік заттар мен халықтың түрлі топтарын сырқаттанушылық көрсеткіштерінің шоты ағымдағы және болжам өзгерістер негізделген аурухана медициналық ұйымдар үшін нақты қажеттілігін анықтау;
- жәрдемақы мұқтаж азаматтардың жекелеген санаттарын дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету үшін қажеттілігін анықтау;

- дәрілік терапияның халықаралық стандарттарын пайдалана отырып, жаңа жоғары технологиялық медициналық ұйымдардың пайдалану;
- отандық фармацевтика өнеркәсібі және т.б. игерілмегендігі болып табылады [38].

Қазақстанның химия-фармацевтикалық өнеркәсіп соңғы онжылдықта ең алдымен зардап шеккен елеулі құрылымдық өзгерістер: тараптардың сапалық және сандық құрамын; кеңейту тетіктері, принциптері және пәндер арасындағы әдістері; экономикалық, құқықтық, ақпараттық және әлеуметтік деңгейлері бақылау табиғат басымдықтардың жылы ауысым болды. Сонымен қатар химия-фармацевтика өнеркәсібі, жаһандану мен халықаралық ынтымақтастықты кеңейтуге арасындағы ынтымақтастықты, дамыту процестерді сипатталады [39].

Сондықтан, отандық химия және фармацевтика өндірісі (күн толығымен 70% -ға дейін), импорт есебінен қанағаттандырылады инновациялық есірткі нарықтық сұраныс болып табылады. Шетелдік өндірушілердің өсіп келе жатқан бәсекелестік айтарлықтай, фармацевтикалық нарықтың басқа да қатысушыларымен отандық өндірушілердің концентрациясы арқасында мүмкін бәсекелестік артықшылығын алу, яғни кәсіпорындардың маркетингтік қызметін ұйымдастыру және басқару процесін қиындатады ірі холдинг құрылымдарға тік және көлденең интеграциясы арқылы (өндіру, бөлу және бөлшек) [40].

Бүгінгі фармацевтикалық нарықтың негізгі ерекшелігі - орталықтандырылған дәрі-дәрмек сатып алу: 40% бюджеттен төленетін (аурухана сегменті үшін толық қаржыландыруды қоса алғанда) дәрілік заттарды фармацевтикалық нарықта бюджеттің болуы [41].

Ірі холдингтер біріктіру үшін шетелдік өндірушілер мен саланың жетекші ойыншылары қатаң бәсекелестік атынан өндірілген үкіметтік және ғылыми әлеуетін кеңейтуге инвестициялық мүмкіндіктері болмаған жағдайда, отандық химия және фармацевтикалық кәсіпорын құзыретті және тауар қорымен тиімді түгендеу басқаруды жүзеге асыратын ұйымның қалыптастыру бойынша негізгі екіпін жасау қажет [42].

Басқару ұйымда негізгі бәсекелестік фармацевтикалық қорлар артықшылығы бағытталған бірыңғай сатып алу процесінде дистрибьютор, сақтау, тарату, жеткізу және басқа да логикалық схемалар, маркетингтік саясат әдістер мен маркетингтік функцияларын дамыту арқылы жан-жақты интеграция бейнелейді, логистика және бақылау арқылы халықтың дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету тұтынушының төлемге қабілетті сұраныстың толық қанағаттандыру болып табылады [35].

Осылайша, ҚР дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету өзгерістерге ұшырады және тұрғындарды фармацевтикалық халықты қамтамасыз ету тиімді түгендеу бақылау тетіктері тиімді болып табылады. ҚР дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету ұйымдастыру ерекшеліктері бірыңғай дистрибьютор «СК-Фармация» арқылы денсаулық сақтау ресурстарын ТМККК бағдарламасымен неғұрлым тиімді пайдалануға мүмкіндік береді.

ҚР фармацевтикалық нарықтың қазіргі жағдайы негізгі сипаттамалары: нарық жағдайында талап етілетін ішінара қалпына келтіру тік мемлекеттік реттеу

фармацевтикалық сектор; негізгі, ұлттық заңнамалық және нормативтік құжаттар мен ұлттық фармакопеяның жарияланған құру болып табылады [42].

Компанияның қаржылық есептілігі тарихи құнына негізделген, және ДҚЕМС-қа сәйкес дайындалған берілген активтерге айырбастау үшін сыйақының әділ құнының негізінде құрылған. Сонымен қатар, ол принцип яғни, назарға жалғасуда операцияларды алады «СК-Фармация» таяу болашақта ниеті немесе жоюға немесе айтарлықтай өз қызметін төмендету қажеттігін бар екеніне еш жерде айтылмаған [35].

Компания республикалық бюджет қаражаты есебінен сатып алынған тегін медициналық көмектің кепілдік, шеңберінде, сондықтан «СК-Фармация» бір жақын болашақта жалғастыру мүмкіндігіне ие болады, дәрілік өнімдер сатып алу және олармен қамтамасыз ету жөніндегі бірыңғай дистрибьютор болып табылады [35].

Есеп саясатының тауар қорларымен басқарудағы негізгі қағидалары: түсімді қабылдау, дәрілік заттарды жеткізуде нақты құнымен марапттау, алынған және алуға негізделген, сонымен қатар шығыс пен кірістегі болатын шығындарды мойындау болып табылады [35].

Тауарлық-материалдық қорлар «СК-Фармация» тарихи құн және өткізудің таза құнының ең азы бойынша көрсетіледі. Босалқыларды сатып алу құны орташа құны негізінде айқындалады. Өткізудің ықтимал таза құны аяқтау және сату шығындарын барлық болжамды шығындар кем босалқылар үшін болжамды сату бағасы білдіреді [35].

«СК-Фармация» тауар қорларын басқаруға тұрақты жұмысын жүзеге асыру үшін әлемдік дәрі-дәрмек брендтер тиісті жауапты жеткізушілермен шарттар жасасады. Аса маңызды және перспективалы фармнарықты дамыту ұлттық фармацевтикалық нарықтың өкілдерімен ынтымақтастық жасау болып табылады [43].

Тиімді нормативтік құқықтық базаны құру және материалдық және «СК-Фармация» қаржылық қолдау Халықты дәрілік қамтамасыз ету үшін оңтайлы жағдай жасалған және тауар қорларды басқару ұйымының бірыңғай үлгісін құруға мүмкіндік берді (сурет 1).

Тауар қорларын басқару моделі негізінде келесі мақсаттарға жетуге болады:

- тұрғындарды дәрілік заттармен үздіксіз қамтамасыз ету;
- жартыжылдық қорды қалыптастыру мен қолжетімділікті арттыру;
- бюджет қаражатын үнемдеу;
- жоспарлау жүйесін жақсарту мен құнын төмендету;
- отандық өндірістің дамуына ықпал ету және отандық өнімді сатып алуға басымдылық таныту [44].

Тауар қорларын басқаруда қолданылатын негізгі қағидалар:

- дәрілік заттарды үнемі үшайлық қормен толтыру;
- дәрілік заттарды сақтаудағы санитарлық және гигиеналық ережелерді сақтау;
- дәрілік заттарды медициналық мекемелер мен аймақтарға таратудағы міндетті шарттарды қамтамасыз ету;

- медициналық мекемелерге дәрілік заттардың толық жету мерзімін қысқарту [44].



Сурет 1 – ТМККК шеңберіндегі дәрілік заттар құрылымы мен көлемі

Қазақстанда 2010 жылдан бастап 2013 жылдар арасында фармацевтика секторының жаңа экономикалық нарықтағы басым жеке меншік формалары көрініс алуда, сонымен қатар тауар мен қызметтің түрлері қалалық жерлердегі көтерме қоймалардың және дәріханалардың артуы байқалуда [45].

Фармацевтика нарығында күшті бәсекелестік ортаны қалыптасты, ол сыртқы экономикалық қызмет белсендірді, шетелдік фармацевтикалық фирмалардың негізінен ұсынылған. Осы тұрғыда, отандық фармацевтикалық өндірістің өсуін атап айтуға болады.

ҚР ДСМ және оның 16 аумақтық бөлімшелерінің медициналық және фармацевтикалық қызметті фармацевтикалық секторды бақылау комитетінің мемлекеттік реттеу жүзеге асырады. Сараптаманы дәрі-дәрмек саласында жұмыс істейтін 12 аймақтық филиалдары бар РМК «Дәрілік заттарды сараптау, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканы Ұлттық орталығы» өткізеді [44].

2011 жылы Қазақстанда фармацевтикалық нарығының сыйымдылығы 190 млрд теңгені құрады. 2011 жылдың соңында бірыңғай дистрибьюторы «СК-Фармация», 2012 жылы 1200 медициналық ұйым \$58 млрд деңгейінде дәрі-дәрмек сатып алды [44].

Қазақстандағы фармацевтика саласы қазіргі таңда 9057 дәріхана объектісін оның ішінде: дәріхана қоймалары – 1101, бұл 12,1% жалпы дәріханалық мекемелердің санынан; дәріханалар, оптика дүкендерін, медтехниканың – 5007 (55,3%); дәріхана пунктары – 1027 (11,3%); (20%); фармацевтика өндірісі – 113 (1,3%). осылайша 96% дәріханалық мекемелер жекеменшік болып табылады [44].

Республикада 7303 провизор және 8213 фармацевттер жұмыс істейді.

Шетелдік фармнарық 80 әртүрлі өкілдері бар фармацевтика фирмалары бар. 350 жуық дистрибьюторлар фармацевтика өндірісінде, оны ішінде айына 2 ден 8 миллион АҚШ доллары айналымымен – компаниялар «Медсервис плюс», «Стофарм» (Қостанай), «Медикус-центр», «РОМАТ», «Акниет» (Шымкент), «Аманат» (Қарағанды), «Талап» (Орал), дәрілік заттардың 3 000 жуық түрлерін жеткізеді [44].

2012 жылдың соңында Қазақстанда дәрілік заттардың 7832 түрлері тіркелген, 165 иммунобиологиялық заттар, 6931 медициналық бұйымдар оның ішінде 60 мемлекеттік, жалпы тіркелген отандық заттардың көрсеткіші – 18% [44].

1.3 Қазақстандағы дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің қазіргі мәселелері

Сарапшылар есептеуінше дәрілік заттармен халықтың қоғамдық қамтамасыз етуі Қазақстан қатаң орталықтандырылған жүйесінде қолданыстағы халықаралық құқық және Конституция кепілдік адамның негізгі құқықтарының бірі денсаулық құқығы жүзеге асыруды қамтамасыз ету [45].

Қазақстанда 90-жылдардың соңында болған қоғамдық препараттың қоғамдық қамтамасыз ету қатаң орталықтандырылған жүйесі толығымен қирап, және дәрілік заттардың айналысы саласындағы ұйымдық және экономикалық қарым-қатынастар халықаралық құқық пен Қазақстан Республикасының Конституциясында кепілдік берілген адамның негізгі құқықтарының бірі денсаулық құқығын жүзеге асыруды қамтамасыз ету үшін қалыптасады [45].

Халықты дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүзеге асырылып жатқан реформалар және денсаулық сақтау жүйесі, нәтижесінде отандық дәрі-дәрмек өндіру және импортталатын фармацевтика қолжетімділігі мәселесін шешу мүмкін емес Қазақстан азаматтарының шамамен 75% барабар медициналық ем алмаған, және дәрі-дәрмек саудасы саласы, әсіресе дәрі-дәрмекті бұрмалау қатысты, қылмыстық ұйымдардың назарын барған тартылған әлеуметтік және экономикалық қауіпсіздік мақсаттарына бұл қайшы болып тұр [46].

Қазақстанда бұл мәселе ХХ ғасырдың 90-шы жылдардың басынан бері күрт өсті, жалған дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету денсаулық тұрғысынан қолайсыз үрдістер пайда болды және біздің нарықта дәрі-дәрмек пайда болды. Қарсы дәрі-дәрмек саудасының денсаулық сақтау көрсеткіштері қылмыстағы теріс үрдістер фондық барған қауіпті болып отыр. Қазіргі уақытта Қазақстан Республикасында дәрі-дәрмек нысаны «-емдеу тиімділігі - қауіпсіздік өтінімдерді емдеу құны» үздік ұштастыра дәрі-дәрмек таңдау, онда негізделген формулярлық жүйе болып табылады және денсаулық сақтау жүйесінде оларды тиімді пайдалануды жүзеге асырылады [47].

Мемлекеттік енді Қазақстан фармацевтика нарығында белсенді, бірақ құқықтық реттеу тұрғысынан, сонымен қатар дәрі-дәрмекпен тұтыну ретінде ғана емес болып табылады [35].

Отандық фармацевтикалық өндіріс генерик болып, инновациялық дәрі-дәрмек үшін нарықтық сұраныс (құндық мәнде 70% дейін) импорт есебінен қанағаттандырылады. Шетелдік өндірушілердің өсіп келе жатқан бәсекелестік

айтарлықтай, фармацевтикалық нарықтың басқа да қатысушыларымен отандық өндірушілердің концентрациясы арқасында мүмкін бәсекелестік артықшылығын алу, яғни кәсіпорындардың маркетингтік қызметін ұйымдастыру және басқару процесін қиындатады тік және көлденең интеграциясы арқылы ірі холдинг құрылымдарға бөлінеді [40].

Негізгі орталықтандырылған дәрі-дәрмек сатып алу бюджеттің ҚР-бар бүгінгі фармацевтикалық нарықтың негізгі ерекшелігі: (аурухана сегменті үшін толық қаржыландыруды қоса алғанда) дәрі-дәрмек фармацевтикалық нарықта 40% бюджеттен төленген [40].

Ағымдағы тауар қорлары басқару моделі өзара іс-қимыл «Тапсырыс беруші-жеткізуші» негізгі үлгісін пайдаланады. Моделді пайдалануда тұтыну деректер айтарлықтай ол қажет ақпарат алу міндетін жеңілдетеді тұтынушыға, ол пайдаланған кезде тікелей жеткізіледі [35].

Дамушы мемлекеттер нарығында оның ішінде Қазақстан, неғұрлым дамыған нарықтардың қауіп-қатерге ерекшеленетін экономикалық, саяси, әлеуметтік, құқықтық және заңнамалық тәуекелдерге жатады. Бірыңғай дистрибьютор «СҚ-Фармация» арқылы ТМККК бағдарламаларды толтыру препаратты кем орталықтандыру жүйесінің ағымдағы дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету денсаулық сақтау ресурстарын және әл ауқаты төмен тұрғындарға әлеуметтік қорғау неғұрлым тиімді пайдалануды қол жеткізуге мүмкіндік береді [35].

Қазақстан Республикасының фармацевтикалық нарығындағы жағдайды әсер ететін негізгі мәселелер арасында орын алған: заңнаманың кемшіліктері мен ведомстволық нормативтік актілер; экономикалық фондық және қарым-қатынас мәселелері, «науқас-дәрігер-дәріхана-өндіруші» болып табылады [48].

Қазақстанда бизнес жүргізуді реттейтін заңдар мен ережелер тез өзгеруге бейім екендігі белгілі, салық, валюталық және кедендік заңнамасы түрлі түсіндіру, сондай-ақ қазіргі уақытта Қазақстанда жұмыс істейтін тұлғалардың тап басқа да заңды және фискалды қатерлерге мүмкіндігі бар. Қазақстан дамуының болашақ бағыты заңдар мен ережелерді мемлекеттің экономикалық, салықтық және ақша-кредит саясатының елеулі дәрежеде тәуелді болып, сондай-ақ елдегі саяси жағдайға өзгерістер болып отыр [49].

Денсаулық сақтау ұйымдарына талдау және бағалау көлемі мен дәрі-дәрмек жеткізу құрылымдық өзгерістер еліміздің өңірлеріне және тікелей есірткі жеткізу жоспарланған көлеммен салыстырғанда кезде өзекті мәселелері:

- Дәрілік заттарды жеткізудегі түрлері мен графигін сақтау;
- Дәрілік заттарды транспортты жеткізуде сақтау қиындықтарымен жеткізу мерзімдерін созу;
- Дәрілік заттарды жеткізудегі номенклатурамен сәйкес болмауы;
- Дәрілік заттарды жеткізудегі қолдану мерзімі мен сақтау ережелерінің бұзылуы [46-49].

Қазақстан Республикасының кіріспе дәрілік заттар, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен ОӘ бірыңғай бөлу институты, ТМККК республикалық және өңірлік бағдарламаларды толық жүзеге асыру үшін қажетті қаржыландыру көлемін жыл сайын қуаты тұрақтылықты қамтамасыз етеді. орын

алып өзгерістерді бақылау үшін деңгейде пайдалану, құрылымдық және динамикалық көрсеткіштері, компанияның жедел басқару қосымша басқару шешімдерін қабылдау ұсынады [50].

Ол Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау бағдарламаларының дәрілік қамтамасыз ету Бірыңғай дистрибьютордан тиімділігін арттыру үшін ең тиімді құралы, бір дәрі-дәрмек тікелей өндірушілермен тікелей қарым-қатынас, медициналық бұйымдар мен медициналық техниканы жасау болып табылады деп белгілі [51].

Сондықтан, соңғы 3 жылда, ЖШС «СҚ-Фармация», өңірлік және ұлттық бағдарламаларды іске асыру ТМҚКК үшін қажетті дәрілік заттардың, медициналық бұйымдардың тізбесін кеңейтумен бірге, олардың сатып алу және логистика рәсімдер кезінде шектеулі үстеме үшін экономикалық құралдарын пайдалануға басым назар аударылады [51].

Нәтижелері тікелей жеткізу келісім болып табылады есірткі, медициналық бұйымдар, тікелей өндірушілердің санын ұлғайту мақсатты жұмыс науқанының ғана басталуы қол жеткізді. Құны жинақ үшін осы ең маңызды тетік пайдалануды жақсарту үшін, дәрі-дәрмек өндірушілердің өзара іс-қимыл және кері байланыс барлық кезеңдерінде ұйымдастырушылық технологиялар, медициналық бұйымдар тиісті өзгерістер мен толықтырулар енгізді [51].

Дәрілік заттарды әлеуетті жеткізушілермен келіссөздер барысында науқаны менеджерлердің келесі кезеңінде, медициналық мақсаттағы бұйымдар дәрі-дәрмек және МТ пакеті брондау шарттары тікелей келісім жасау.

Өзара іс-қимыл келесі кезеңінің ерекшелігі компанияның ұсыныстар мен әлеуетті өнім берушіні келісілген ҚР ДСМ қарауға (10 күнге дейін) айтарлықтай қысқарту болып табылады.

Осы қысқа мерзім ішінде, ҚР ДСМ тікелей шарт жасасу орындылығы туралы қорытынды береді. Мемлекеттік сатып алу басталғанға дейін жеткізушілер конкурстық өтінімді жасау мүмкіндік береді ең бюрократиялық кезеңінің жеделдету; Бұл дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдардың және МТ жеткізушіні таңдау бойынша ұсыныстар жасау үшін қажетті уақытты қысқартады; конкурстық процедураларды тездетеді, тікелей шарттар жасасу өздері жеткізіп отырады.

Зерттеулер дәрілік заттар, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен дәрілік заттар тікелей өндірушілермен тікелей қарым-қатынас науқанды құру кезінде шарттық процесс көптеген делдалдар алынып тасталады бастап, бірінші, айтарлықтай үнемдеуге қол екенін көрсетті қызметі тек дәрі-дәрмек сату бағасын арттырады. Екіншіден, жедел мақұлдау рәсімдері, конкурстық рәсімдер және логистика. Үшіншіден, сатып Дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдардың және МТ құнын, және бюджеттік жинақ мүмкіндік төмендетуге дәрілік заттарды қосымша сатып алуға, медициналық құрылғылар мен млн.тонна асыруғам бюджеттің қосымша салымын жүзеге асырады [52].

Тікелей келісімшарттар кем дегенде 3 жыл бойы жасалған, өйткені ақырында, жеткізушілер тұрақты тәртібін қамтамасыз ету; Компания бюджеттік қаржыландыру көлемін кепілдік, және денсаулық сақтау ұйымдары болды - дәрі үздіксіз жабдықтау, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен МТ. Барлық осы

преференциялар бағдарламаларды іске асыру үшін ұлттық көзқарасты қамтамасыз ету КТМКК бағдарламасын жүзеге асыра отырып орындалады.

«СК-Фармация» үш жылдық қызметінің нәтижелерін бағалау нашар материалдық-техникалық базасы: талдау және дәрі-дәрмек (препараттар), медициналық мақсаттағы бұйымдар (медициналық құрылғылар) және медициналық технологиялар (МТ) сатып алу жалғыз дистрибьюторы ретінде ең өзекті қорларды басқару проблемалары екенін көрсетеді белсенді фармацевтикалық қоймалар; нақты ел өңірлерінде және денсаулық сақтау ұйымдарына дәрі-дәрмектерді уақтылы және толық жеткізуді қамтамасыз ету үшін дәрілік заттардың жақсы тәжірибе сақтау жақсарту қажеттілігі, сондай-ақ көлік инфрақұрылымын дамыту болмауы мемлекеттің аймақтары мен денсаулық сақтау мекемелерінде қамтамасыз етеді [53].

Алайда осы қиын жағдайда компания менеджменті ағымды міндеттерді дәрілік заттар, дәрілік мақсаттағы заттар, МТ тауар қорларын басқаруды оңтайландырумен айналысуда.

Осы негізде ұйымдастыру техникалық шаралардың келесі жол картасы қолданылуда [51]:

1. Тіркеу және сақтауды ұйымдастыру. «СК-Фармация» дәрі-дәрмек қауіпсіздігі, сенімділігі мен сапасын қамтамасыз ету үшін жағдай жасау. Бұл мақсат оның фармацевтикалық санитарлық ережелер талаптарына сәйкес қоймалары мен ережелерді өз желісі (температура, жарық, ылғалдылық) мазмұны лизинг және дамыту арқылы жүзеге асырылады.

2. Бөлу және қайта бөлу ұйымдастыру. Компанияның фармацевтикалық қоймаларда осы миссияны жүзеге асыру үшін көлемі мен ассортиментін үш айлық жабдықтауды жасайды. Бұл жағдайда, тарату жүйесі уәкілетті орган мен оның аумақтық бөлімшелерімен келісім бойынша, жеткізушілер, тұтынушылар үшін, дәрі-дәрмек жедел қайта бөлуді жүзеге асыруға, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен МТ қажет болған жағдайда шарттық міндеттемелерді қатаң сәйкестікте негізделген.

3. Тауар қорларымен оперативті менеджмент. Жабдықтау келісім-шарттарды орындау кезең дәрі-дәрмек, медициналық құрылғылар мен млн.тонна жеткізіледі кемшіліктерді жедел жоюға қатысты жеткізушілер, тұтынушылар жылғы өзара іс-қимыл және кері байланыс бүкіл арасында; жеткізу, төлеу мен жеткізу мерзімдерін бұзу; Инциденттерге әрекет аймақтарда денсаулық жағдайын қамтиды.

4. Денсаулық сақтау ұйымдарында жеткізу және тауар қорларын мониторинг ұйымдастыру, компания мен медициналық мекемелерде және фармацевтикалық қоймаларда сауда дәрі-дәрмек қоры бойынша; туындайтын проблемаларды шешу үшін қосымша операциялық шешімдер қабылдаумен дамушы ақаулар немесе шамадан тыс қорлардың, оның ақпараттың тұрақты өзара алмасу арқылы жүзеге аса маңызды функциясы болып табылады.

Дәрі-дәрмек түгендеу, медициналық құрылғылар мен млн.тонна жетілдіру ең өзекті мәселелер болып табылады: тапсырыстарды қалыптастыру байланысты бизнес-үдерістерді жетілдіру, қаржыландыру, уақтылы жеткізу, тарату, облыс және нақты денсаулық сақтау ұйымдарының дәрі-дәрмек операциялық қайта:

фармацевтикалық қоймалардың өз желісін дамыту қажеттілігі жақсы тәжірибе қабылдау, сақтау, есепке алу және сатып дәрі-дәрмек тарату, сондай-ақ логистикалық көлік инфрақұрылымы;

Дәрі дәрмек қорымен жедел басқару бойынша аумақтық денсаулық сақтау органдарымен жақсарту операциялық ынтымақтастық компания, аймақтағы денсаулық жағдайды, фармацевтика нарығында жағдай дәрі-дәрмек, және тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін қаржыландыру үшін мемлекет әлеуетін қамтиды [54].

Қазақстан өз логистикалық инфрақұрылым құру басым бағыт, фармацевтикалық өнімдерді жеткізушілермен тікелей шарттық қарым-қатынастар құру, сонымен бірге, мемлекеттік бағдарламаларды орындау кезінде халыққа тегін медициналық көмек дәрі дәрмек экономикалық және медициналық-әлеуметтік тиімділігі бірыңғай бөлу арттыру болып табылады. 2009 жылдан бастап қажетті құқықтық базаны құрды; денсаулық сақтау ұйымдарының қажеттіліктерін және халықтың белгілі бір топтарының анықтау үшін әзірленген және енгізілген әдістері; фармацевтикалық өнімдер жеткізуші таңдау рәсімдері, құзыретті органдармен үйлестіру туралы жол картасын әзірледі; қаржыландыру және мемлекеттік сатып алу [51].

Алайда, өз логистикалық инфрақұрылымды дамыту мәселелері, әлі күнге дейін бері ең өзекті болып қала береді, науқандар тасымалдау қызметтерін көрсететін жеке қоймалары мен ұйымдардың иелерімен қымбат келісім-шарттарға қол тиіс. Осы үстеме шығындар жақсы денсаулық сақтау ұйымдарының қажеттіліктерін қанағаттандыру үшін сатып алынған дәрі-дәрмек (препараттар), медициналық мақсаттағы бұйымдар (медициналық құрылғылар) және медициналық технологиялар (МТ) сату құнын арттыру және фискалдық кеңістік шектеу екені түсінікті болып табылады [55].

Екінші жағынан, өз логистикалық инфрақұрылымның болмауы уақтылы, толықтығын, жеткізілетін дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдардың және МТ сапасына кері әсер етеді; GDP (Good distribution practice)-нің халықаралық стандарттарға дәрі дәрмек тарату жақсы тәжірибе, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен МТ толық сақталуын қамтамасыз етпейді [56].

Сондықтан, бірге фирманың Ernst & Young және фармацевтикалық логистикалық қызмет саласындағы халықаралық жетекші сарапшылар мәртебесі бар Нидерланд компаниясы Grounvt компаниясы «СҚ-Фармация», логистикалық инфрақұрылымды дамыту үшін «СҚ-Фармация» алдағы 5 жылға ұзақ мерзімді стратегиясын әзірледі [57].

Сонымен қатар, Қарағанды, Көкшетау, Қостанай, Қызылорда, Павлодар қаласында Петропавл, Тараз, Орал, Атырау және Ақтау GDP стандарттарға сай және дұрыс сұрыптау, сақтау, автоматтандырылған есепке алу, бөлу және дәрі дәрмек транзиттік дәріханалық жұмыс істейтін болады, тұтынушыларға ДЗ, ММЗ және МТ уақтылы жеткізілуін қамтамасыз етеді.

Ол логистикалық инфрақұрылымды дамытуға мемлекеттік инвестициялар көлемі 12,7 млрд болады деп күтілуде, ал айналасында дәрі дәрмек дүкендер өндірістік аумақтар - 44 шаршы метр [57].

Сонымен қатар, логистикалық қызметтер провайдері қаржылық тәуелсіздігі қамтамасыз етіледі; дәрілік заттардың, медициналық құрылғылармен қамтамасыз етілу толықтығы және уақтылығы; дұрыс сақтау жағдайларына байланысты зиянның қауіп қатері азаяды; тұтынушыларға оларды жеткізу мерзімін қысқартты. Жалпы алғанда, бұл жаңа мүмкіндіктерді барлық фармацевтика нарығында бірі дистрибьютор жақсы тану әкелуі және жеткізу фармацевтикалық тікелей өндірушілердің және басқа да өнімдерімен тікелей шарттар жасасу мүмкіндігін арттыру еді [57].

Осы негізде отандық мамандар тұрғындарды дәрі дәрмекпен қамтамасыз етудегі келесі мәселелердің барлығын айтады [58-60]:

- 1) қазіргі экономикалық жағдайдағы дәрі дәрмек бағасының өсу дағдарысы
- 2) дәрілік заттарды сатып алуды басқару жүйесінің кемшіліктері нәтижесінде көптеген медициналық мекемелер ДЗ қорының жыл басында болатын көрінісі
- 3) отандық өндірушілерді аса қолдау нәтижесінде отандық нарықта әлсіз дәрілік тиімділігі бар препараттармен басым болуда
- 4) тізім бойынша барлық жеңілдігі бар науқастарға тегін дәрілік заттарды сатып алудағы жартылай қаржыландыру мен дұрыс жоспарланбауынан ДЗ қолжетімсіздігі.

2 ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ

2.1 Зерттеу әдістерін таңдауды негіздеу

Елде болып жатқан денсаулық сақтау жүйесіндегі оның дамуы мен реформалануына байланысты өзгерістер Ғылыми зерттеулердің ерекше маңыздылығына ие болады, олардың нәтижелері осы процестерді оңтайландыруға мүмкіндік береді. Айтылғандар әдіснаманы анықтауға және зерттеудің қандай да бір міндеттерін шешу үшін барабар әдістерін таңдауға қатаң көзқарасты талап етеді. Зерттеу барысында алынған материалды ғылыми талдау халық денсаулығының жай-күйін бағалауда ғана емес, сонымен қатар медициналық ұйымдар қызметінің түрлі жақтарында да, денсаулық сақтау, пациенттер мен уақыт сұраныстарына жауап беретін жоспарлауда және әзірлеуде, олардың жай-күйі мен қызметінің көрсеткіштерін анықтауда маңызды рөл атқарады [61].

Нұр-Сұлтан қаласының амбулаториялық-емханалық ұйымдарының ересек тұрғындарын дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландыруды зерттеу бойынша біз жүргізген зерттеу екі кезеңнен тұрды.

Бірінші кезеңде біз 2012 жылдан 2018 жылға дейінгі кезеңде амбулаториялық-емханалық мекемелерге тікелей бөлінетін ақша қаражаты туралы деректерді, сондай-ақ 2014 жылдан 2018 жылға дейінгі дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жөніндегі деректерді жинадық, жинақтадық және талдадық.

Екінші кезеңде сауалнама жүргізілген үш деңгейлі әлеуметтік зерттеу жүргізілді:

- емханалардың басшылары мен орынбасарлары;
- тегін дәрі-дәрмек тағайындайтын дәрігерлер;
- тегін дәрі-дәрмек алатын пациенттер.

Жүргізілген әлеуметтік зерттеудің мақсаты амбулаториялық-емханалық ұйымдарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландыру қажеттілігінің қанағаттануын анықтау болып табылады [62,63].

Зерттеу барысында 385 адам, оның ішінде 14 адам басшылар, 39 адам дәрігерлер, 332 пациентке сауалнама жүргізілді.

Материалдарды жинау және респонденттер тобын қалыптастыру кезінде іріктеудің кездейсоқ принциптері, оның сапалық және сандық репрезентативтілігі сақталған.

Емханалар мен тегін дәрі-дәрмек алатын ересек тұрғындардың саны анықталғаннан кейін (зерттелетін емханалардан 3316 адам) келесі әдіспен таңдау көлемін анықтау қажет [64].

Ерекше мұқияттылықпен іріктеме көлемі анықталды. Бұл ретте біз зерттеу объектісі 18 және одан жоғары жастағы халық болып табылатындығын негізге алдық [55,56]. Демек, іріктеме көлемін анықтау кезінде респонденттердің белгіленген санын ескере отырып, халық санының пропорциясы сақталуы тиіс. Таңдау көлемін анықтау үшін келесі формула қолданылды (1):

$$n = (z/e)^2 p(100-p) \quad (1)$$

мұндағы: n – таңдау мөлшері, e – қате, z – дәлдікке жету үшін қажетті орташа квадраттық ауытқулардың саны, p – осы жауапты таңдаған

респонденттердің пайызы. Z 1,96 таңдалған ($\alpha = 0,05$ қатенің деңгейіне сәйкес келеді) [65].

Әдеттегі түрде бұл формула келесідей (формула 2):

$$n = \frac{t^2 \times \sigma^2}{\Delta^2} \quad (2)$$

мұндағы: $t = 1,96$ (95-пайыздық сенімгерлік интервал); σ - орташа квадраттық ауытқудың рұқсат етілген (қабылданатын) шамасы; Δ - стандартты қателіктің рұқсат етілген (қабылданатын) мәні (5% артық емес) [66].

Нәтижесінде таңдалған емханалардың әрқайсысына қажетті сауалнамалар саны алынды (кесте 1).

Кесте 1 – Қажетті респонденттердің сауалнамалар саны

Респонденттер	Қалалық емхана №2	Қалалық емхана №5	Қалалық емхана №10
Басшылар	4	5	5
Дәрігерлер	12	14	13
Емделушілер	127	111	94

Зерттеу барысында біз талдау әдісін қолдандық. Бұл, атап айтқанда, денсаулық сақтауды дамыту және денсаулық сақтауды басқару республикалық орталығының дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландыру жөніндегі ресми есебінің деректерін және тегін дәрі-дәрмек препараттарын алатын пациенттердің санын зерттеуге жатады.

Қазіргі уақытта денсаулық сақтауда халыққа медициналық көмекті ұйымдастыру жүйесі ретінде профилактикалық медицинада зерттеу мен талдаудың әртүрлі сандық әдістерін қолданады [67,68].

Бұл әдістер және оларды қолдану кезінде алынған нәтижелер медициналық көмекті басқару мәселелері, патологияны алдын алу немесе емдеу тәсілдері бойынша кез келген шешімнің негізінде жатыр, яғни статистикалық әдістерді қолдану туралы сөз. Зерттеу материалдарын статистикалық өңдеу кезінде біз өлшеу кезінде сандық тәсілді қамтамасыз ете алатын ғылымның аса сенімді екендігін негізге алдық, себебі сандық нәтижелер неғұрлым сенімді дәлелдер алуға, қатені бағалауға және ақпарат алмасуды жеңілдетуге мүмкіндік береді [69,70].

Өз кезегінде статистикалық талдау зерттеудің мақсаттары мен міндеттеріне сәйкес материалдарды жинақтау және топтастыру әдістемесін мұқият таңдауды талап етеді. Бұл жағдайға эпидемиология, медициналық және биологиялық статистиканың теориясы мен тәжірибесі бойынша жұмыс авторларының назарын аударды.

Берілген мәліметтерді есепке ала отырып, мәліметтерді енгізу үшін MS Access базасында бағдарлама қолданылды. Бағдарлама ыңғайлы интерфейске ие және енгізілген деректерді оператордың қателерінен қорғауға мүмкіндік береді. Логикалық қателер енгізілген сауалнаманың сапасын тексеру кезінде анықталады.

Деректер базасына енгізілген материалдар вариациялық статистиканың қазіргі заманғы әдістерін қолдана отырып өңделген.

Соңғы уақытта әртүрлі елдерде орындалған әртүрлі жұмыстарда зерттеулерді жоспарлау мен жүргізудің, материалды жинау, жүйелеу мен талдаудың жақсы қойылған және ұйымдастырылған әдіснамасы негізінде әлеуметтік зерттеулер кеңінен қолданылды. Мұндай зерттеулердің әдіснамалық негіздері жеткілікті жақсы әзірленген және медициналық зерттеулерді қоса алғанда, денсаулық сақтау мәселелері бойынша түрлі салаларда дәлелді нәтижелер алуға мүмкіндік береді. Мұндай зерттеулердің басым бөлігі соңғы жылдары Қазақстанда да орындалды.

Алдымызда тұрған міндеттерді және қойылған сұрақтарға жауап беру үшін әлеуметтік зерттеулермен ұсынылатын кең мүмкіндіктерді ескере отырып, мұндай материалдардың жоғары дәлелі, негізгі әдіс ретінде нақ әлеуметтік зерттеулерге тоқталды. Бұдан басқа, біз статистикалық зерттеулер негізінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландыруды зерттеу "Денсаулық сақтау экономикасы" мамандығы бойынша жұмыстарға тән екендігін негізге алдық және өз алдына басқа да міндеттерді қойып отыр - әртүрлі факторларды анықтау және қаржыландырудың белгіленген көлемінің және олардың амбулаториялық-емханалық мекемелердегі қажеттілігінің сәйкестігін салыстыру. Алайда, біздің міндетімізге осы бағдарламалар жүзеге асырылып жатқан адамдардың қаржыландыру нәтижелерін бағалау кірді. Айтылғанды ескере отырып, халық пен медперсоналдың пікірін зерттеу қойылған сұрақтарға жауап беруге мүмкіндік береді.

Әлеуметтік зерттеулер жүргізу үшін біз 3 түрлі сауалнама әзірледік:

Емхананы дәрі - дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландыру қажеттілігін жасауға және бекітуге қатысатын басшылардың пікірін зерттеу бойынша сауалнама.

Сауалнама жауаптың 49 нұсқасымен 20 сұрақтан тұрады. Сұрақтардың әрқайсысы бойынша мүмкін жауаптардың бірнеше нұсқасы ұсынылды (Қосымша А).

Тегін дәрілік препараттарды тағайындайтын дәрігерлердің пікірін зерттеу бойынша сауалнама. 85 жауап нұсқасымен 25 сұрақтан тұрады. Сұрақтардың әрқайсысы бойынша мүмкін жауаптардың бірнеше нұсқасы ұсынылды (Қосымша Б).

Тегін дәрілік препараттарды алатын пациенттердің пікірін зерттеу бойынша сауалнама 93 жауап нұсқасымен 25 сұрақтан тұрады. Сұрақтардың әрқайсысы бойынша мүмкін жауаптардың бірнеше нұсқасы ұсынылды (Қосымша В).

Бөлімде айтылғандарды қорытындылай келе, зерттеу нысандары мен әдістерін таңдаудың мұқият болуын атап өту керек. Нұр Сұлтан қаласының амбулаториялық-емханалық ұйымдарын дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландырудың жалпы сипаттамасы және әлеуметтік қанағаттанушылық үшін денсаулық сақтау басқармасының 2012-2018 жылдар аралығындағы ресми есебінің деректері және денсаулық сақтауды дамытудың республикалық орталығының 2014-2018 жылдар аралығындағы деректері пайдаланылды.

Әдістерді таңдау кезінде зерттеулерді жоспарлау мен жүргізудің, материалды жинау, жүйелеу мен талдаудың жақсы қойылған және ұйымдасқан әдіснамасы негізінде социологиялық зерттеулерді қолданудың қазіргі заманғы тенденциялары ескерілді. Дәл осындай зерттеулер материалдардың жоғары дәлелдігін қамтамасыз етеді, кең мүмкіндіктер береді.

Шаруашылық-экономикалық көзқарас бойынша іріктемелі жиынтықтың кездейсоқ ұстанымдары сақталған. Материалдардың сапалық және сандық репрезентативтілігіне қойылатын талаптар ескерілді. Әлеуметтік зерттеулерге арналған іріктеме көлемі мүмкін стандартты қатеден 5 пайыздан артық емес. Зерттеу үшін пациенттер мен медицина қызметкерлері арасынан қабылданған респонденттер тобы жыныстық-жас құрамы бойынша да салыстырылады.

Қазіргі уақытта денсаулық сақтау саласында халыққа медициналық көмекті ұйымдастыру жүйесі ретінде профилактикалық медицинада барлық жерде зерттеу мен талдаудың әртүрлі сандық әдістерін пайдаланады. Айтылғанды ескере отырып, материалдарды статистикалық өңдеу жүргізілді. Деректерді енгізу үшін MS Access базасында бағдарлама қолданылды. Деректер базасына енгізілген материалдар Вариациялық статистиканың қазіргі заманғы әдістерін және қазіргі заманғы бағдарламалық қамтамасыз етуді (SPSS және MS Excel, 7.0 нұсқасы) қолдана отырып өңделген.

3 ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ХАЛҚЫН ДӘРІ-ДӘРМЕКПЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДІҢ АҒЫМДАҒЫ ЖАҒДАЙЫНА ТАЛДАУ ЖАСАУ

3.1 ҚР фармацевтикалық нарығын заттық тұрғыдан салыстырмалы талдауы

Бүгінде Қазақстанның фармацевтикалық нарығы ТМД-да дамыған және серпінді дамып келе жатқан елдердің бірі болып табылады. Көп жағдайда өмірлік қажетті дәрілік препараттардың жетіспеушілігі айтарлықтай еңсерілді, сондай-ақ әртүрлі дайын дәрілік заттар мен медициналық бұйымдардың қанықтығы қамтамасыз етілді. Халыққа қызмет көрсету және сапалы әрі білікті фармацевтикалық көмекпен қамтамасыз ету мәдениеті жыл сайын өсуде. Қазақстан Республикасында фармацевтикалық нарықты дамытудың басты әлемдік тенденциясы – фармацевтикалық компаниялардың интеграциясы мен дамуы байқалады.

Алайда, қазақстандық фармацевтикалық нарық салыстырмалы түрде жас, оның қалыптасуы ХХ ғасырдың 90-шы жылдарының ортасынан басталды.

Осы кезеңде (1991-1994 жж.) бүкіл денсаулық сақтау жүйесін қаржыландыру тұтастай алғанда бюджеттік негізде ғана жүзеге асырылды, ол денсаулық сақтаудың посткеңестік моделі болып табылады, оның өзіндік артықшылықтары мен кемшіліктері болды. Денсаулық сақтау және дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесінің қызмет етуі «Фармация» Ұлттық акционерлік ұйымы арқылы орталықтандырылған түрде жүзеге асырылды, сол кезде оның құрамында 1832 дәріхана болған (4 ауруханалық және 1768 дербес). Алайда, экономикалық дағдарыс және денсаулық сақтауды тұрақты қаржыландырудың болмауы оны дамытудың жаңа стратегиялары мен бағыттарын, тиісінше саланы қаржыландырудың өзге де көздерін іздестіру қажеттігіне алып келді.

Сондықтан, 1995 жылдан бастап елде ММС жүйесін енгізу басталды. Бұл реформа денсаулық сақтау саласындағы нарықтық қатынастардың белсенді және серпінді дамуына, сондай-ақ медициналық қызметтер мен фармацевтикалық қызметтер нарығын қалыптастыруға әкелуі тиіс еді. Басқаларға қарағанда, 1996-1998 жылдары ММС қосымша қаржыландыру көзі ретінде көрсетілді. Осы уақыт ішінде Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау жүйесіне 24,5 млрд. теңге тартылды.

Бірақ сол кезде енгізілген, ҚР Денсаулық сақтау жүйесінде іске асырылған сақтандыру моделі бірқатар кемшіліктермен сипатталды: жергілікті әкімшілік жұмыс істемейтін халық үшін жарналар салуды жүзеге асырмады, сондай-ақ сақтандыру пакетіне кірмеген емдеу-алдын алу ұйымдарының шығындарының бір бөлігін төлеуге мемлекеттік бюджеттен қаражат төлеу бойынша кепілдіктер орындалмады. Жеке кәсіпкерлер мен өзін-өзі жұмыспен қамтыған халық сақтандыру қорына төлемдерді жүзеге асырмаған, бұдан жұмыссыздықтың белсенді өсуі байқалды.

Сондай-ақ, сол уақытта бәсекелі нарықтың, нарықтық тетіктердің дербестігі мен жарнаның регламенттелген мөлшерінің болмауы да теріс әсер етті. Жоғарыда айтылғандарды ескере отырып, сол кезеңде мемлекет те, жұмыс

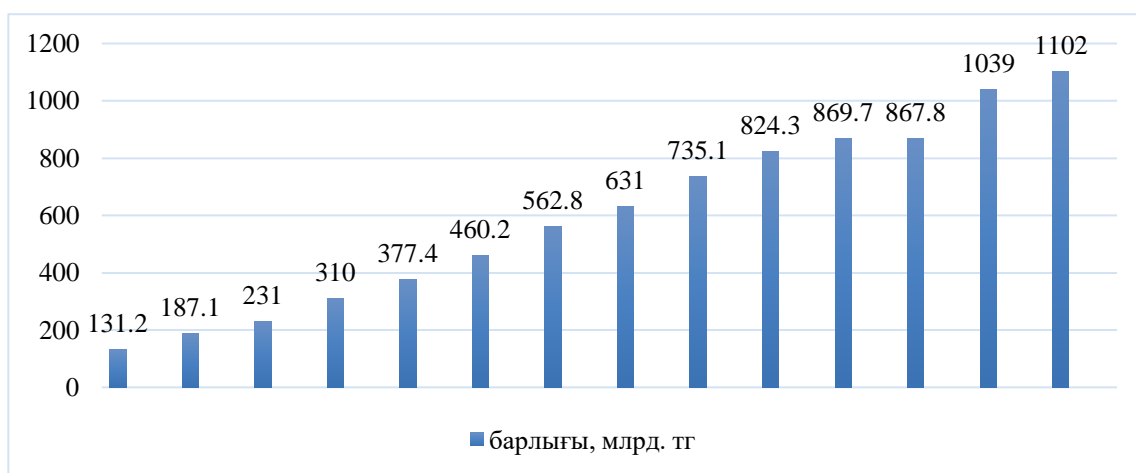
берушілер де сақтандыру медицинасы жүйесін іске асыру жөніндегі өз міндеттемелерін орындай алмады, соның салдарынан міндетті медициналық сақтандыру жүйесі қаржылық дәрменсіз болды деген қорытынды жасауға болады.

Осы кезеңде «Фармация» холдингін демонополизациялауға және дәріхана мекемелерін жекешелендіруге байланысты дәрі-дәрмекпен жабдықтаудың орталықтандырылған жүйесі күйреуге ұшырады.

Бұл өткелдің маңызды сәті – фармацевтикалық өндірістерді, дистрибуция желісі мен дәріхана желісін жекешелендіру болып табылады, жеке дәріханалар, дәріхана дүңгіршектері мен қоймалар ашылды. 1996 жылдың ортасында дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің барлық жүйесі толығымен өзгерді және осы өзгерістер әлі де жалғасуда.

Қазіргі уақытта денсаулық сақтау жүйесінде бар, қоғамда тарихи орын алып отырған әлеуметтік қатынастар деңгейімен және ел экономикасының объективті даму үрдістерімен айқындалатын негізгі қайшылықтар: азаматтар мен жұмыс берушілердің денсаулық сақтау бойынша бірлескен ортақ жауапкершілігінің болмауы; денсаулық сақтау жүйесінің қаржылық тұрақсыздығы; денсаулық сақтау жүйесін басқару тиімділігінің төмендігі.

ҚР Денсаулық сақтау жүйесін қаржыландыру тек мемлекеттік деңгейде ғана жүзеге асырылады, алайда азаматтардың өз денсаулығы үшін жауапкершілігі жеткілікті деңгейі қалыптаспаған (СӨС қалыптастыру бойынша іс-шараларға, пациенттердің назарын вакцинациялауға жұмылдыру бойынша акцияларға қатысу).



Сурет 2 – ҚР денсаулық сақтауға жұмсалатын шығындар (2004-2017 жж.)

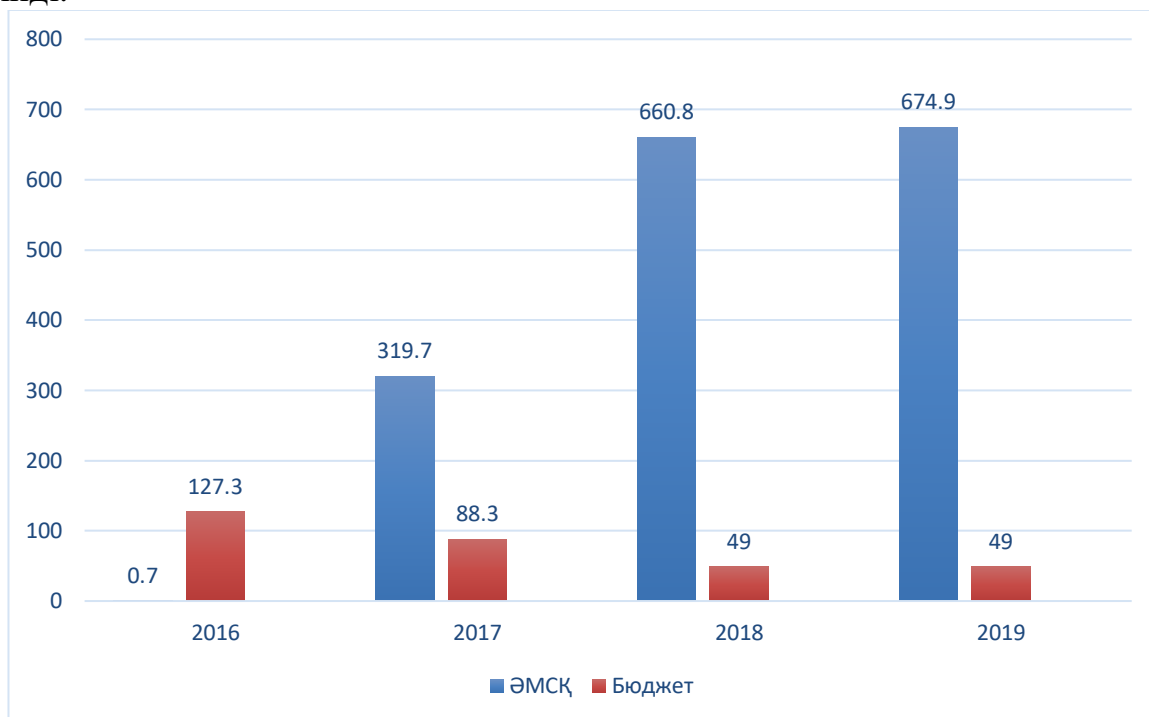
Бұл диаграммада ҚР-ғы соңғы он үш жыл ішіндегі көрсеткіштер бейнеленген:

1) мемлекеттік бюджет тарапынан денсаулық сақтау жүйесін қаржыландыру көлемі 8,3 есе өсті.

2) 2004-2017 жылдар ішінде әрбір пациентке арналған шығындар 7 есе өсті.

2018 жылы ТМККК үшін дәрілік заттарды, вакциналарды және басқа да иммунобиологиялық препараттарды сатып алуға және қамтамасыз етуге 123 млрд. теңге қарастырылды, ол былтырғы жылдан 63,3% көп.

Денсаулық сақтауды дамытудың 2016-2020 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасын жүзеге асыруға 1,9 трлн теңге қарастырылған. Оның ішінде қаражаттың 16% - мемлекеттік бюджет қаражатынан және 84% - әлеуметтік медициналық сақтандыру қорынан тартылған. 2017 жылға бюджеттен 88,35 млрд. теңге және ӘМСҚ 320 млрд.теңге бөлінді.



Сурет 3 – 2016-2020 жылдарға арналған "Денсаулық" бағдарламасы бойынша шығындар (млрд.тг.)

Қаржыландыру көлемі халықтың медициналық және фармацевтикалық көмекке өсіп келе жатқан қажеттіліктерін толық өтемейді. Бұл елдегі бала туудың өсуіне және халықтың қартаюына байланысты созылмалы және инфекциялық емес аурулар санының ұлғаюына байланысты. Жаңа инновациялық технологияларды енгізу жылдам қарқында жалғасуда, бұл өз кезегінде елеулі шығындарды талап етеді. Мысалы, 2014 жылы пациенттер үшін арнайы төлемдер деңгейі – денсаулық сақтауға жұмсалатын жалпы шығындардың 37,4% - ын, ЭЫДҰ мүше елдерде жеке өндірістік тендеулер орта есеппен 17% - ы құрайды. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері бойынша, жеке өндірістік тендеулер 20% - дан астамы Денсаулық сақтау жүйесінің әлсіз тұрақтылығының белгісі болып табылады.

Бүгінде елімізде фармацевтикалық саланың 128 кәсіпорны жұмыс істейді, оның ішінде 73 – дәрі-дәрмек өндірісі, 55 – медициналық мақсаттағы бұйымдар өндірісі. Кәсіпорындардың 28% GMP халықаралық стандарттарына сәйкес келеді. Кәсіпорындар шетелдік өндірушілердің инвестициялары есебінен жұмыс істейді. Сондай-ақ, ТМККК шеңберінде ұзақ мерзімді шарттар жасалады, бұл өз кезегінде ел халқына дәрілік препараттардың қол жетімділік деңгейін арттыруға мүмкіндік береді. Дистрибьюторлық сегмент біркелкі емес: ірі компаниялар контракт-ұстаушылар болып табылады және ҚР-да көтерме саудада сатудың

75% жүзеге асырады, ал қалған компаниялар контракт-ұстаушылар мен дәріханалар арасындағы делдалдар. Бүгінгі күні елде 2210 дистрибьюторлық қойма жұмыс істейді, бұл ретте бір қойма орта есеппен 3 дәріхананы фармацевтикалық өнімдермен қамтамасыз етеді, 60-тан астам қойма GDP стандартына сәйкес келеді. Дистрибьюторлық тәжірибені іске асыруға 2000-нан астам лицензия берілді, сондай-ақ ТМККК және МӘМС үшін мемлекеттік сатып алу тұрақты негізде жүзеге асырылады. Бөлшек сегментте 8303 дәріхана бар, оның ішінде 5643 қалада, 2289 – ауылдық жерлерде жұмыс істейді.

Соңғы 10 жылда Қазақстандағы фармацевтикалық нарық көлемі 7,2 есеге артты. Жыл сайын ТМККК шеңберінде халықты дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге арналған шығындар да ұлғаюда.

2018 жылдың қорытындысы бойынша ҚР фармацевтикалық нарығының көлемі 444,9 млрд.теңгені құрады. Бөлшек сегменттің үлесі – 275, 4 млрд. тг, ТМККК үлесі – 169,5 млрд.тг, бұл өз кезегінде тиісінше 65% және 35% құрайды (сурет 4).



Сурет 4 – ҚР фармацевтикалық нарығының көлемі, млрд. тг (2009-2018 жж.)

Алайда, 2018 жылдың I жартыжылдығында Қазақстандық фармацевтикалық нарықтың көлемі, 2017 жылдың ұқсас кезеңімен салыстырғанда, құндық және заттай тұрғыда да азайды. 2018 жылдың I жартыжылдығының қорытындысы бойынша, нарық көлемі (ТМККК үшін бөлшек сауда мен сатып алуды ескере отырып) дистрибьюторлар бағаларында 220,8 млрд теңгені құрады, бұл 2017 жылға қарағанда 6,7% - ға аз (2017 жылда:236,7 млрд теңгеге жеткен) (сурет 5).

ҚР фармацевтикалық нарығының 2017 және 2018 жылдың I жартыжылдығындағы құндық мәндегі көріністері, млрд тенге



Сурет 5- ҚР фармацевтикалық нарығының құндық мәндегі салыстырмалы талдауы, 2017-2018 жж..

Заттық тұрғыда нарық көлемі 4,7% - ға, яғни 337,2 млн-нан 321,5 млн қорапқа дейін қысқарды (сурет 6).

ҚР фармацевтикалық нарығының 2017 және 2018 жылдың I жартыжылдығындағы заттық тұрғыдағы көріністері, млрд тенге



Сурет 6- ҚР фармацевтикалық нарығын заттық тұрғыдан салыстырмалы талдауы, 2017-2018 жж.

Бүгінгі таңда қазақстандық фармацевтикалық нарық қиын кезеңдерді бастан кешіп, бұл өз кезегінде фармацевтикалық қызметтер нарығы көлемінің азаюының септігін тигізеді.

Ең бастысы, бұл экономикалық жағдайға, ТМККК үшін сатып алынатын дәрілік заттарға арналған шығындарды ұтымды етуге бағытталған реттеуші саясатқа негізделген. Ұлттық валюта бағамының жоғары құбылмалылығы, халықтың сатып алу қабілетінің төмендеуі және осыған байланысты арзан аналог-препараттардың пайдасына сұраныс құрылымының өзгеруі өз үлесін қосады.

ҚР ДЗ, ММБ отандық өндірісі. Өндірістік сегмент біркелкі емес. Жаңа технологияларды енгізетін және негізгі экспорттық әлеуетті білдіретін ірі өндірушілер: «Химфарм» АҚ, «Нобел АФФ» АҚ, «КазДиаТест» ЖШС, «КФК Медсервис Плюс» ЖШС, «Абди Ибрагим Глобал Фарм» ЖШС, «КелунКазфарм» ЖШС, «ПФК Элеас» ЖШС, «MaraiE7» ЖШС, «Қарағанды фармацевтикалық кешені» ЖШС және т.б.

Нарықтағы өз үлесін жергілікті фармацевтикалық өндірушілер ғана арттыруда. Әсіресе ТМККК үшін сатып алу сегментінде. ҚР ДСМ Фармация комитетінің және «СК-Фармация» ЖШС мәліметтері бойынша, 2018 жылы Бірыңғай дистрибьютор 50,4 млрд. теңге сомасында ТМККК көрсету үшін 536 түрлі ДЗ және ММБ сатып алды.

2018 жылдың I жартыжылдығының қорытындысы бойынша, Қазақстан фармацевтикалық нарық көлеміндегі үлесі бойынша өндіруші елдер рейтингінде бірінші орынға ие болды. ҚР ДСМ Фармация комитеті мен «СК-Фармация» ЖШС мәліметтері бойынша 2019 жылы ұзақ мерзімді шарттар шеңберінде сатып алынатын отандық фармацевтикалық өнімнің номенклатурасы 493 түрлі ДЗ және ММБ дейін ұлғаяды (231 ДЗ, 262 ММБ), ал 2021 жылға қарай ол тағы 112 түрлі ДЗ және 32 ММБ толығады.

Осыған байланысты отандық фармацевтикалық өнімді БД сатып алу көлемі ақшалай мәнде 30 млрд теңгеден 2024 жылы 73 млрд теңгеге дейін артуы болжануда. Бұл бюджеттік сегменттегі үлесті арттыруға көмектеседі және егер қазақстандық фармацевтикалық өндірушілер бөлшек саудада белсенді дамуды жалғастырса, нарықта №1 қалуға барлық мүмкіндігі болады.



Сурет 7- 2018 жылға ТМККК үшін ДЗ және ММБ сатып алу сомасы бойынша 8 үздік (ТОП-8) ОТӨ тізімі

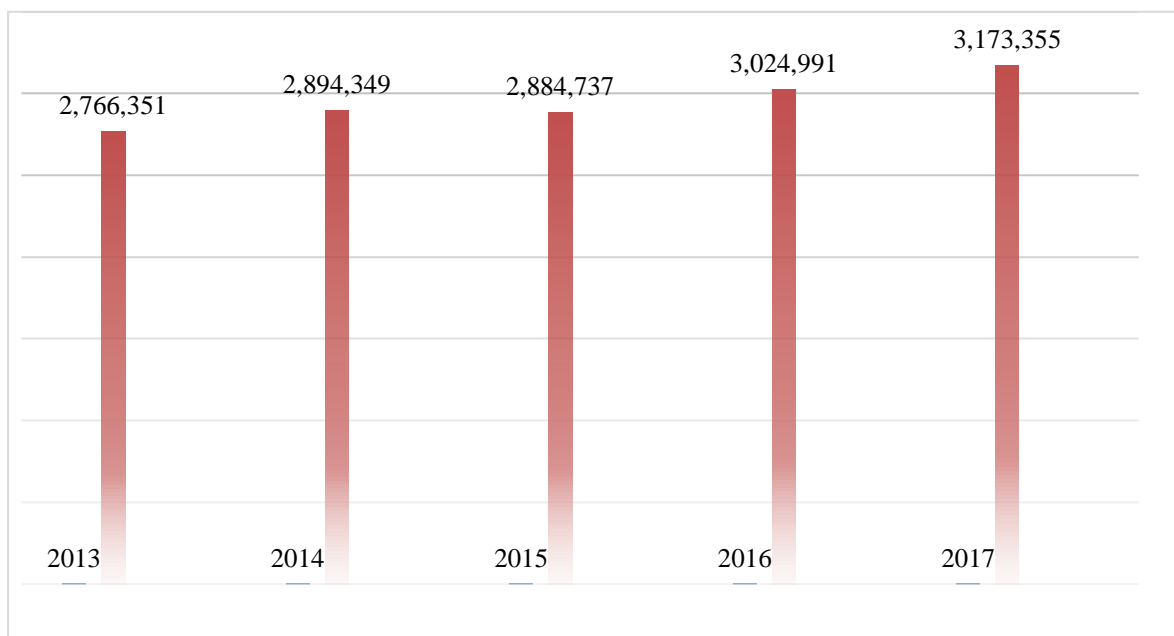


Сурет 8- 2018 жылдың қорытындысы бойынша, ҚР-дағы амбулаторлық және стационарлық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің пайыздық арақатынасы

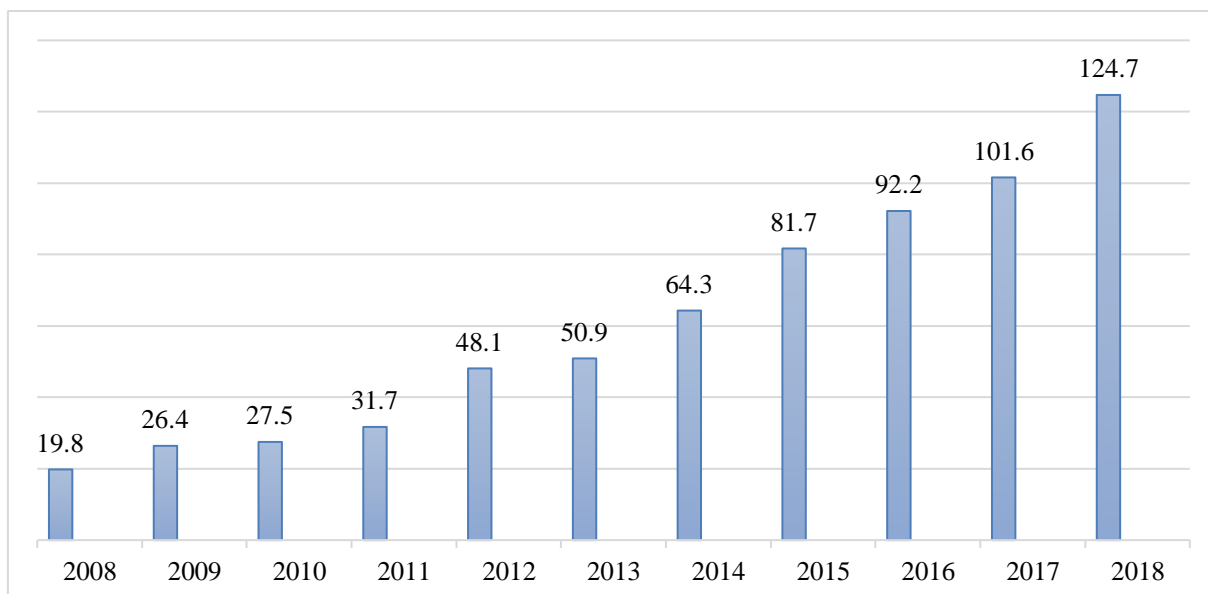
ТМККК дәрі - дәрмекпен қамтамасыз ету көлемінде амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету – 65% - ды, стационарларда емдеу – 35% - ды құрайды (сурет 8).

ТМККК шеңберінде АДҚ тегін және жеңілдікті негізде (өтеу коэффициенті 0,5) республикалық және жергілікті бюджеттердің қаражаты есебінен жүзеге асырылады.

ТМККК шеңберінде тегін АДҚ келесі нозологиялар бойынша диспансерлік есепте тұрған пациенттер сүйене алады.



Сурет 9 - Қамтамасыз етілген пациенттер саны (2013-2017 жж.)



Сурет 10 - Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесін қаржыландыру сомасы (2008-2018 жж.)

Айта кету керек, ТМККК тізіміне енгізілмеген дәрілік заттармен емдеу кезінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету ақылы негізде жүзеге асырылады.

Кесте 2- Ондыққа кіретін әлеуметтік маңызы бар нозологияларды емдеу шығындары, 2018 ж.

№	Нозология	Емдеу шығыны, млрд.тг
1	Қант диабеті	16,38
2	Қатерлі ісік аурулары	8,07
3	Қанның үю факторларының тұқым қуалайтын тапшылығы	7,78
4	АГ	5,48
5	АИТВ	5,11
6	Туберкулез	4,85
7	Психикалық аурулар	4,46
8	Гематологиялық аурулар	4,05
9	Мукополисахаридоз	4,01
10	ЖИА	3,35
	Барлығы	63,54

2017 жылдың шілде айында медициналық қызметтер сапасы жөніндегі біріккен комитет пен Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі OSMS және SEMP 2018 тегін амбулаториялық дәрі-дәрмектердің тізімін

қарастырып, кеңейтті. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің жаңа жүйесіне сәйкес, 49 ауру тобына арналған дәрілік заттардың 8 түрі (атауы 8 астам) енгізілді.

Осы реформаға дейін халыққа ХПА үшін 266 дәрі-дәрмек түрі және 47 ауру тобына арналған 6 медициналық құралдар тегін берілді.

2018 жылға арналған тегін дәрі-дәрмек тізімі халықаралық ұсыныстарға сәйкес өзінің тиімділігін дәлелдеген жаңа дәрі-дәрмектермен толықтырылды, дәлелденген бірақ тиімділігі жоқ дәрі-дәрмектер клиникалық тәжірибеден алынып тасталды. АДҚ жаңа жүйесінде қаржыландыруды аурулар бойынша бөлу республикалық деңгейде орталықтандырылғандықтан жергілікті бюджеттен және республикалық бюджеттен алынып тасталады.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің мәліметінше, 2020 жылы рецепт бойынша босатылатын барлық дәрі-дәрмектер тек электронды түрде сатылатын болады. Осы мақсатта Денсаулық сақтау министрлігі медициналық ақпараттық жүйелерді дәрілік заттармен қамтамасыз ету үшін қолданыстағы ақпараттық жүйелермен, сондай-ақ пациенттердің жазбаларымен және фармацевтикалық ақпарат үшін бірыңғай дәріханалық ақпараттық жүйемен өзара ықпалдастыруға ниетті.

2019 жылдың 1 қаңтарынан бастап дәрі-дәрмектердің бағасын төмендету мақсатында сауда маркаларын жазудан халықаралық патенттелмеген атауына көшу жөнінде «Дәрілік заттарды реттеу туралы» Заңға өзгерістер енгізілді. Дәрігерлер рецепт жазғанда сауда маркасын жазбай-ақ (ол сондай-ақ дәрілік препараттың құнына әсер етеді), қажетті дәрілік құралдары тағайындай алады. Осылайша, азаматтар дәрілік заттарды химиялық құрамы бойынша сатып алатын болады.

Алайда, амбулаториялық деңгейде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесінің негізгі кемшілігі – бүгінгі таңда ауру түрлері мен халық топтарын толық қамтымауы, сондай-ақ үнемі толықтыруларды талап ететін тізбе болып табылады. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі ЖҚА бар пациенттерге тегін көрсетілетін көмек тізімін біртіндеп кеңейту мақсатын көздейді, бұл ауруханаларда негізсіз үдемелі емдеуді төмендетіп, ауруларды амбулаторлық деңгейде емдеуге көшуді алға қояды.

Сондай-ақ 2018 жылдан бастап амбулаториялық дәрі-дәрмектерді «СК-Фармация» ЖШС есебінен сатып алынады. 2018 жылға дейін емханаға түскен пациенттер үшін тегін дәрі-дәрмек сатып алуды облыс және қала әкімшіліктері атқарды. Алайда, бірыңғай бөлу жүйесі арқылы ауруханалар үшін дәрі-дәрмек сатып алуды орталықтандыру тәжірибесінің табысты болуына байланысты сатып алуды амбулаториялық науқастар үшін дәрі-дәрмек жеткізуге шоғырландыру ұйғарылды.

2019 жылдың қаңтарында Қазақстан Республикасының Президенті Нұрсұлтан Назарбаев «Денсаулық сақтау жүйесін жақсарту мақсатында кейбір мәселер бойынша Қазақстан Республикасының кейбір заңнамалық актілеріне өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы» Заңға қол қойды. Заң 11 заңнамалық актіге, оның ішінде адамдардың денсаулығы, денсаулық сақтау

жүйесі, сондай-ақ қылмыстық, қылмыстық және әкімшілік рәсімдер туралы кодекстерге өзгерістер енгізеді.

Заңның басты бөліктерінің бірі ДДҰ-ның барлық қағидаттарына сәйкес келетін ТМККК жаңа моделін енгізу болып табылады. Еліміздің барлық халқы тегін медициналық көмекпен қамтамасыз етілетін болады.

Міндетті медициналық сақтандыру пакеті ТМККК пакетімен салыстырғанда 42 мың теңгеге қымбат болады, бұл халықты сақтандыру жүйесіне қатысуы үшін айтарлықтай ынталандырушы болады. Мысалы, қазіргі уақытта бір тұрғынға шаққанда ТМККК көлемі 50 мың теңгені құрайды. Денсаулық сақтау жүйесінде орын алған – ТМККК нақты шегінің жоқтығы және көптеген қызметтерді қаржы құралдарымен қамтамасыз етудің болмауы сияқты проблемаларды ескеретін болсақ, ТМККК және МӘМС пакеттерінің бөлінуі және олардың нақты шегі – ТМККК пакетінің айқындылық проблемасын шешуге ғана емес, сонымен қатар МӘМС халықты тарту үшін ынталандыруды қамтамасыз етуге мүмкіндік береді. ТМККК жаңа пакетіне ең көп таралған негізгі маңызды 30 ауру кіреді. Бұлар жаппай сипатқа ие, экономикалық қатерге алып келетін және айналасындағыларға қауіп төндіретін аурулар, соның ішінде: психикалық, наркологиялық бұзылулар, туберкулез, онкологиялық аурулар, ЖИТС, диабет және артериялық гипертония.

Жалпы, ҚР Заңнамасына енгізілген түзетулер қамтамасыз етуі тиіс:

ТМККК жаңа моделі және МӘМС пакеті; корпоративтік басқарудың жетілдірілген жүйесі; денсаулық сақтау инфрақұрылымын дамытудың бірыңғай перспективалық жоспары; қоғамдық денсаулық сақтауға қатысты мәселелерді жетілдіру; медициналық білім және ғылым жүйесін жетілдіру, медициналық кадрларды даярлау сапасын арттыру.

ҚР Денсаулық сақтау министрінің айтуынша, ТМККК және МӘМС жаңа моделін енгізу – ТМККК мемлекеттік қаржыландыру және әлеуметтік медициналық сақтандыру қорына жарналар есебінен қаржыландыру тапшылығын кезең-кезеңмен жоюға мүмкіндік береді.

Қаржыландыру бұл – мемлекеттің ағымдағы қызметін жүзеге асыру үшін кәсіпорындарға, ұйымдар мен мекемелерге түрлі нысандағы ақшалай қаражатты өтеусіз және қайтарымсыз беруі.

Қаржыландыру мынадай қағидалар негізінде жүзеге асырылады:

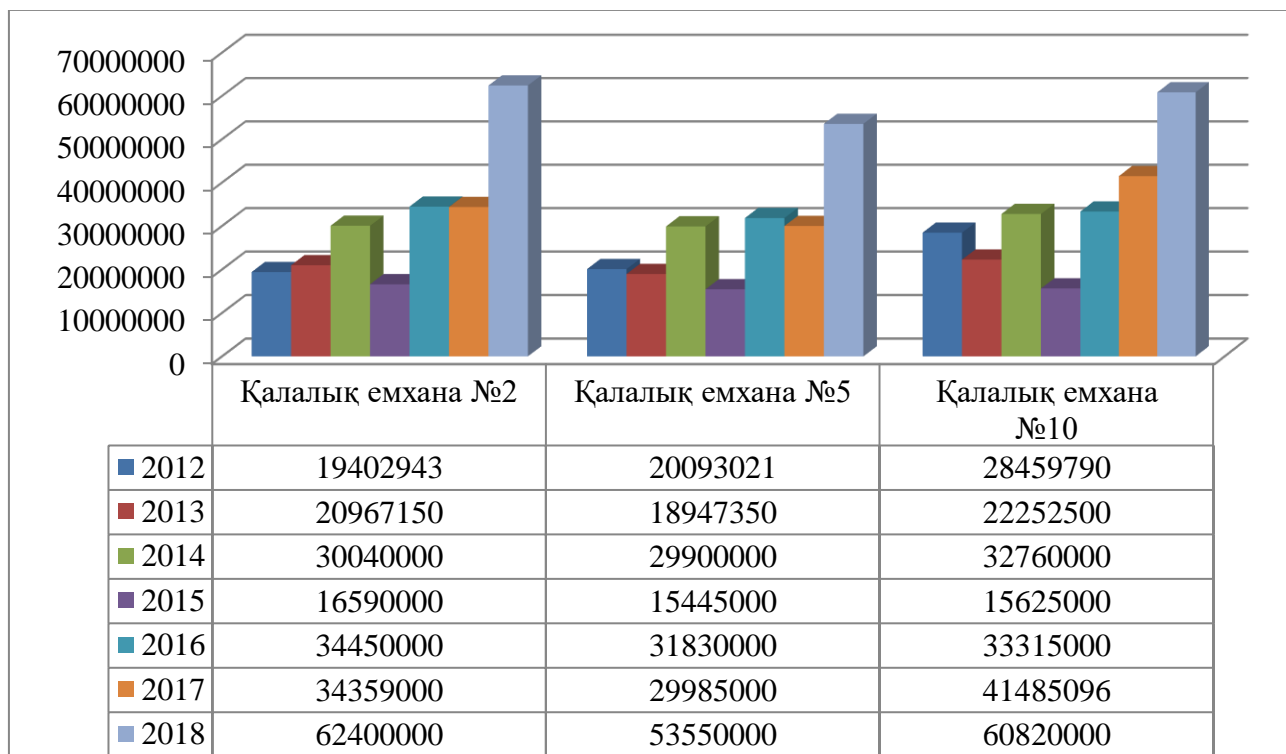
- мақсаттылық қағидасы – ережелерді бекітеді, оған сәйкес барлық шығындар заттық-нысаналы мақсатқа ие: жалақы, іссапарлар, стипендиялар, ағымдағы шығындар;

- жұмыстарды, қызметтерді орындау шарасында қаржыландыру; қаржылық тәртіпті сақтау – жұмыстар мен қызметтерді нақты орындауға, олардың сандық және сапалық көрсеткіштеріне сәйкес бөлінетінін қаражатты білдіреді.

Жоспарлы экономика кезінде медициналық мекемелер мен ұйымдарды қаржыландыру көбінесе мемлекеттік бюджет қаражатынан жүзеге асырылды, өйткені ол кезде олар мемлекеттің қарамағында болды. Алайда, Қазақстанда нарықтық қатынастардың қалыптасуы мен дамуына қарай мемлекеттік қаржы басқа қаржы ресурстарымен қатар, қаржыландыру көздерінің бірі ғана болды

[65,66]. Сонымен қатар, денсаулық сақтау ұйымдарын қамтамасыз етуге арналған бюджеттік шығындар жалпы медициналық қажеттіліктерге арналған қаржының көлемінің айтарлықтай бөлігін құрайды (6-кесте).

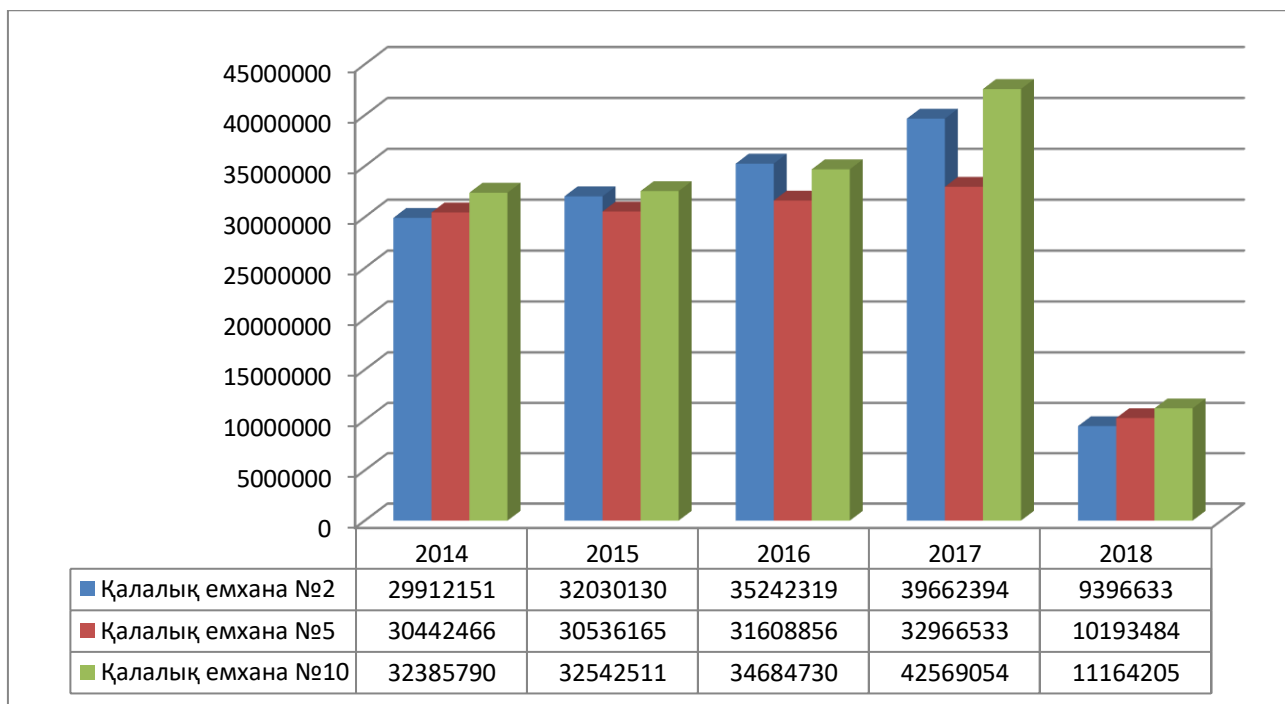
Біз 2012 - 2018 жылдарға арналған мемлекеттік бюджет қаражатынан дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландыруды зерттедік (сурет 11).



Сурет 11- Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге беретін мемлекеттік лимиттер

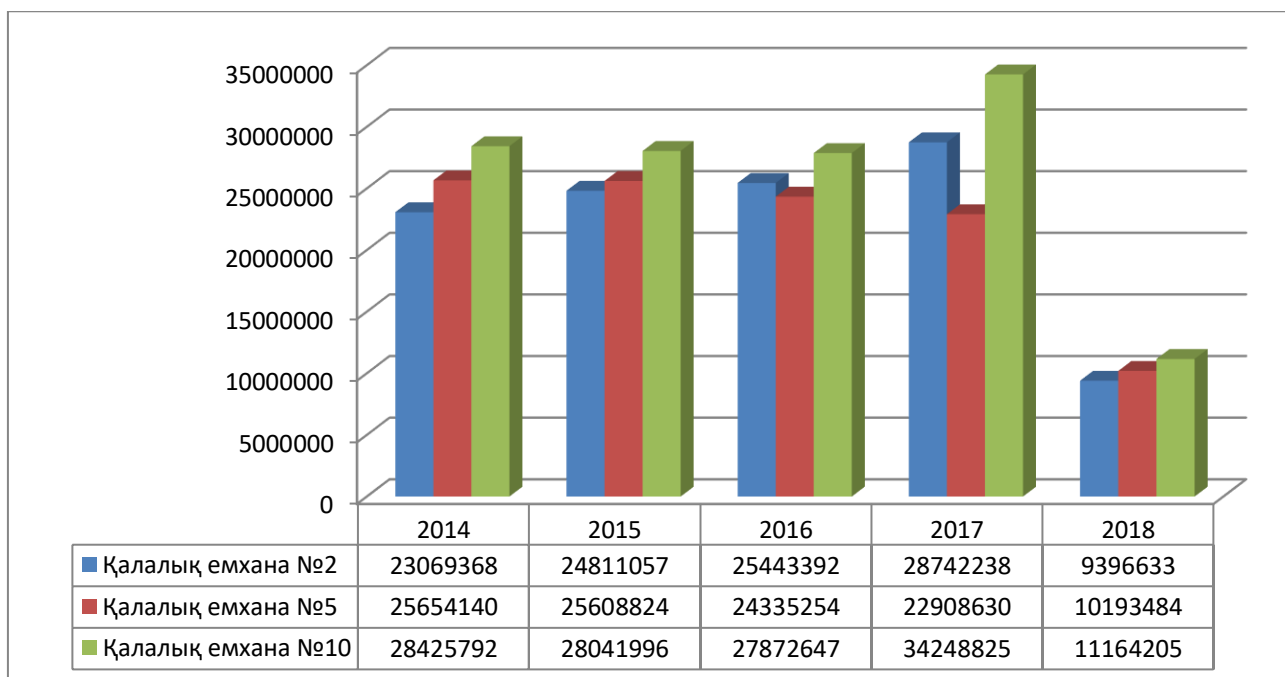
Осыған орай, мемлекеттік қаржыландыру жыл сайын артып келеді деген қорытынды жасауға болады. Әрине, 2014 жылы қаржыландырудың күрт төмендеуі өзіне назар аударады, бұл біздің ойымызша, Қазақстанды да қозғаған әлемдік қаржы дағдарысымен байланысты, бірақ 2015 жылы Үкімет әзірлеген ресурстарды қолдау мен кооперациялау бағдарламаларына ұқсас деректер дағдарысқа дейінгі көрсеткіштерден асып түскенін көрсетті.

Бұдан әрі біз зерттейтін емханалардың дәрі-дәрмектермен қамтамасыз етілу көрсеткіштерін құндық көріністе, яғни тегін және жеңілдік арқылы қамтамасыз ету бойынша дәрілік препараттарды алу үшін нақты жұмсалған соманы зерделедік (сурет 12).

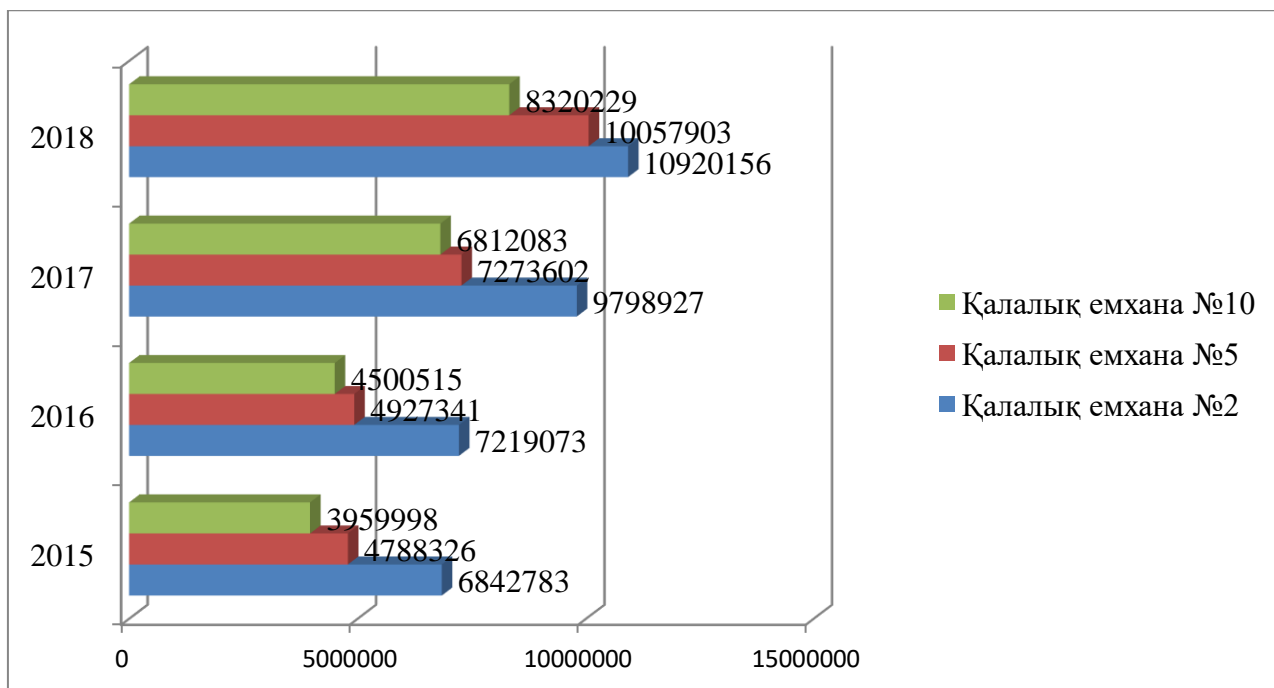


Сурет 12- Нақты пайдаланылған ақшалай қаражаттар

Біз пациенттерге тегін және жеңілдік арқылы берілетін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді зерттедік (сурет 13,14).



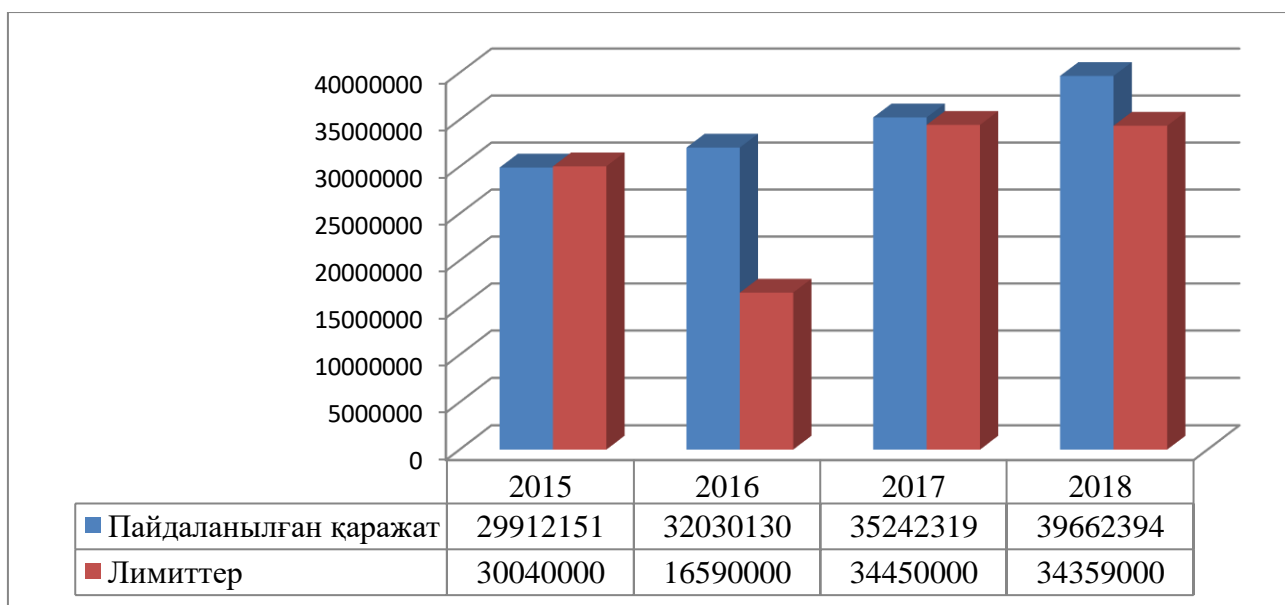
Сурет 13- Тегін босатылатын дәрілік препараттарды қаржыландыру көлемі



Сурет 14- Жеңілдікті бойынша босатылатын дәрілік препараттарды қаржыландыру көлемі

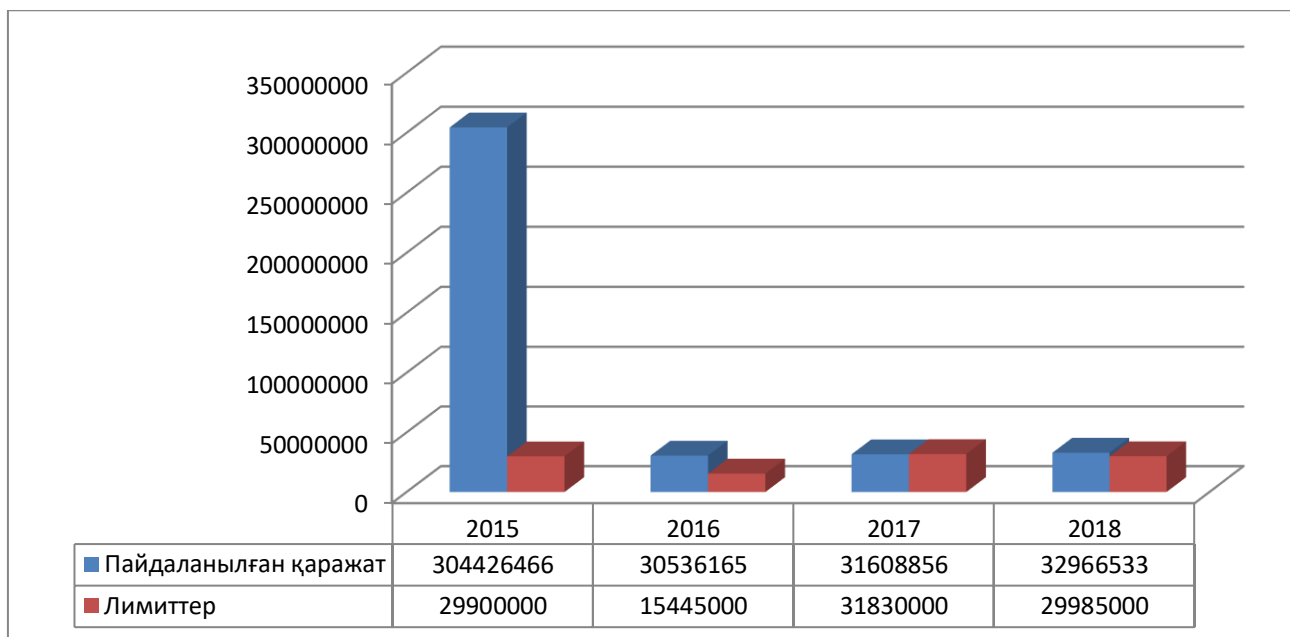
Суреттен көріп отырғандай және «Саламатты Қазақстан» бағдарламасының негізінде 2012 жылдан бастап тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде дәрілік препараттарды босату тек тегін жүзеге асырылады.

Біз сондай-ақ мемлекет бөлген қаражаттың және біз зерттеген емханаларда дәрі-дәрмектерді босатудың сәйкестігін қарастырдық (суреттер 15,16,17).



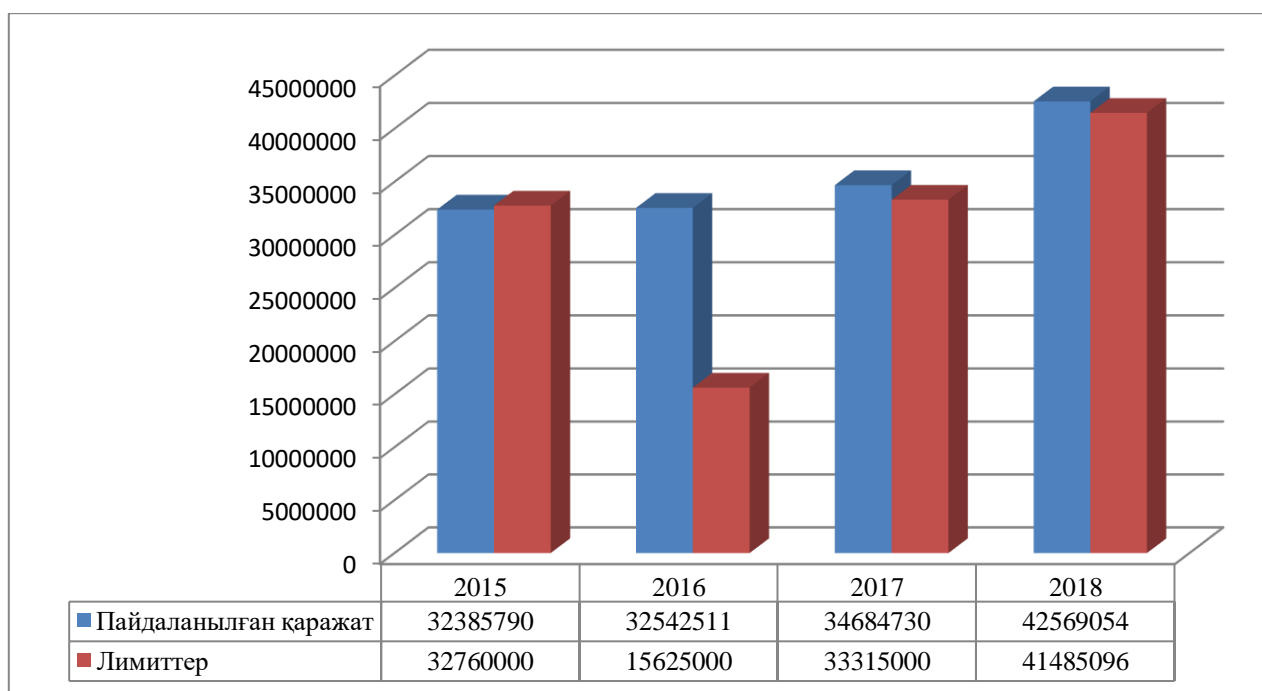
Сурет 15- №2 ҚЕ бөлінген лимиттерді және нақты пайдаланылған қаражатты салыстыру

16-суретте көрсетілгендей, 2015 жылы мемлекет бөлген лимиттер нақты пайдаланылған қаражаттан 2 есе төмен болған.



Сурет 16- № 5 ҚЕ бөлінген лимиттер мен нақты пайдаланылған қаражатты салыстыру

Осыған ұқсас жағдай №5 ҚЕ байқалады, 2016 жылы мемлекеттік бюджет емханаға дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету қажеттілігін жаба алды.



Сурет 17- №10 ҚЕ бөлінген лимиттерді және нақты пайдаланылған қаражатын салыстыру

№10 ҚЕ көрсеткіштер №2 ҚЕ көрсеткіштерімен ұқсас, онда 2015 жылдан бастап мемлекеттік бюджеттен бөлінетін қаржы сомасы емханалардың нақты шығындарынан төмен болған.

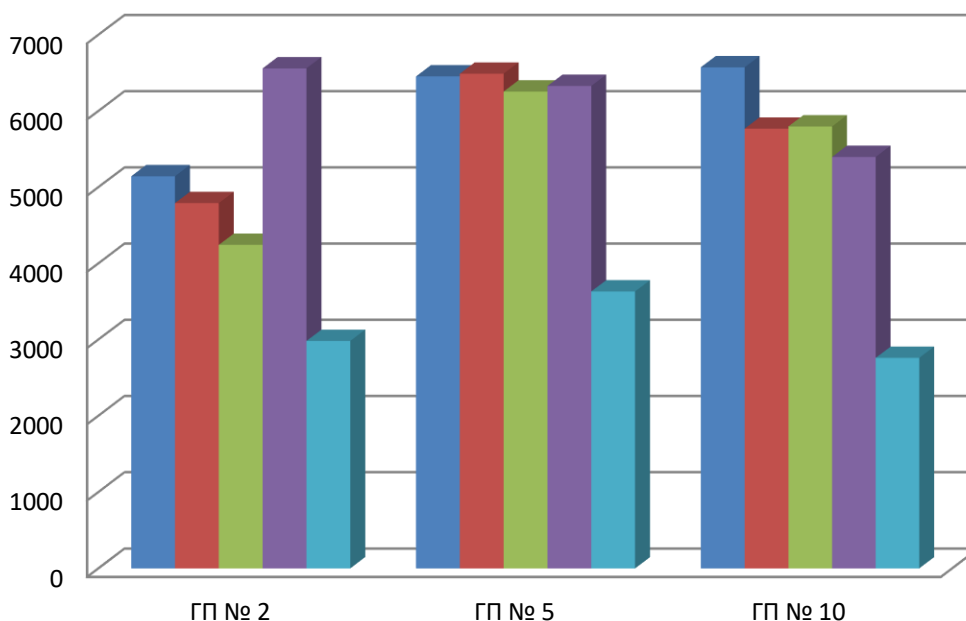
Алынған мәліметтер негізінде 2015 жылдан бастап мемлекеттік бюджет амбулаториялық-емханалық ұйымдарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету

қажеттілігін толық өтемейтіні туралы қорытынды жасауға болады. Бұл ретте дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландыру көздері тек республикалық және жергілікті бюджеттер ғана емес, сондай-ақ ағымдағы нысаналы трансферттер болып табылатынын ескеру қажет. 2017 жылы вакциналарды және басқа да дәрі-дәрмектерді сатып алуға ағымдағы нысаналы трансферттер аясында дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге 1,3 млрд.теңге бөлінді, 2018 жылы бұл көрсеткіш 3,7 млрд. теңгеге дейін өсті, осыған байланысты дәрі-дәрмек түрлерінің тізімі кеңейді. 2018 жылдан бастап тегін берілетін дәрі-дәрмектердің тізбесі 40% - ға жуық – атауы бойынша 179-дан 276 дейін өсті.

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде дәрілік препараттарды алатын пациенттердің динамикасын зерделеу кезінде мынадай көрсеткіштер алынды.

Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге есепте тұратын пациенттердің жалпы саны бойынша, біз қарастырған кезең бойы ең көп саны №5 ҚЕ, ал ең аз № 10 ҚЕ байқалады. Дәрілік препараттарды босатудың жеке түрлерін қарастырайық (сурет 18).

Дәрі-дәрмекпен тегін қамтамасыз етуге есепте тұратын пациенттер саны



Сурет 18- Тегін дәрілік препараттар алатын пациенттер

Тегін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету бойынша 2017 жылы пациенттердің ең көп саны №2 ҚЕ-де атап өтіледі, алайда 2018 жылдың 1 тоқсаны бойынша қолда бар деректер қарастырылып отырған емханалармен салыстырғанда, № 5 ҚЕ тегін дәрі-дәрмек алатын пациенттер саны көп екенін көрсетеді.

Алынған мәліметтер бойынша ТМККК шеңберінде дәрілік заттарды алатын емделушілердің ең көп саны № 5 емханада байқалатынын айтуға болады. Бұл нәтижелерді тегін және жеңілдік арқылы берілетін дәрі-дәрмектер бойынша нәтижелерді жеке-жеке қарау арқылы байқауға болады.

Бұдан әрі біз 2012 жылдан бастап 2018 жылға дейін пациенттердің санаттарын және олар бойынша мемлекеттік бюджеттен көзделген лимиттерді қарастырдық.

Қаржыландырудың ең үлкен көлемі аурудың жекелеген түрлеріне тиесілі. Сонымен қатар, суреттен көріп отырғанымыздай, №5 ҚЕ 5 жасқа дейінгі балалар санатын қаржыландыру жоқ.

2015 жылдан бастап пациенттердің санаттары топтарға бөлінген және қант диабетімен ауыратын науқастар үшін жеке қаржы бөлу қарастырылған.

2016 жылы дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудегі пациенттер тізімі кеңейтілді, оларға гломерулярлық аурулары бар науқастар қосылды

Егер алдыңғымен салыстырсақ, қаржылық дағдарыстың әсеріне байланысты мемлекет берген ақша қаражатының айтарлықтай төмендегенін атап өтуге болады.

Қаржыландыру көрсеткіштері 2017 жылдағы деректермен салыстырғанда орта есеппен 2,6 есе асып түсті.

Әсіресе №10 ҚЕ дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге бөлінген қаржыландырудың артуы байқалады.

Мынадай өзгерістер белгіленеді: жеңілдік арқылы дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету, сондай-ақ бағдарламалар мен олардың құрамдастарын қайта құру күші жойылды.

Алынған деректер негізінде келесідей қорытынды жасауға болады:

1. 2015 жылдан бастап халық санатты топтарға бөліне бастады.
2. Мемлекеттік бюджетті республикалық және жергілікті болып бөлінді, олардың әрқайсысы пациенттердің жекелеген санаттарын қаржыландырады. Мысалы, 5 жасқа дейінгі балалар, жүкті әйелдер, жасөспірімдер, сондай-ақ халықтың жеңілдік алатын санаттары республикалық бюджет тарапынан қаржыландырылады. Жергілікті бюджеттен ақшалай қаражат жекелеген ауру түрлері бойынша санаттарды, онкологиялық ауруларды, қант диабетімен ауыратын науқастарды қамтамасыз ету үшін пайдаланылады.
3. Дәрілік препараттарды алатын пациенттер санаттарының тізімі кеңейтілуде, сондай-ақ қаржыландыру ұлғаюда.
4. 2016 жылдан бастап мемлекеттік бюджет емханаларды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді толық өтемейді, мұқтаждықтар ағымдағы нысаналы трансферттер есебінен толықтырылады.

Сондай - ақ біз 2012 жылдан 2018 жылға дейін әрбір санатқа келетін қаржыландырудың үлес салмағын қарастырдық (3-9-кесте).

Кесте 3- 2012 жылда халықтың жекелеген санаттары бойынша дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді мемлекеттік қаржыландыру

2012							
Лимиттер	ГП № 2	Үлес салмағ ы,%	ГП № 5	Үлес салмағ ы,%	ГП № 10	Үлес салмағ ы,%	

	РБ бойынша жалпы сомасы, оның ішінде:	100889 68	52,0	124049 21	61,7	185125 73	65,0
Республикалық	5 жасқа дейінгі балалар	139920 8	7,2		0,0	323551 4	11,4
	Жүкті әйелдер	374192 0	19,3	379724 8	18,9	427772 8	15,0
	Жасөспірімдер	201464 2	10,4	349866 8	17,4	572738 0	20,1
	Жеңілдік	293319 8	15,1	510900 5	25,4	527195 1	18,5
	ЖБ бойынша жалпы сомасы, оның ішінде:	931397 5	48,0	768810 0	38,3	994721 7	35,0
Жергілікті	Наркотикалық препараттар	80000	0,4	432000	2,2	516000	1,8
	Ауру түрі бойынша	923397 5	47,6	725610 0	36,1	948400 0	33,3
	Барлығы	194029 43	100	200930 21	100	284597 90	100

Кестеге сәйкес, мемлекеттік бюджеттің ең үлкен үлес салмағы республикалық бюджетке (орташа алғанда 59,7%) келеді, алайда қаржыландырудың ең үлкен көлемі жергілікті бюджет есебінен демеушілік ететін – аурудың жекелеген түрлеріне жұмсалатын қаражат есебіне тура келеді (орташа алғанда 39%).

Сондай-ақ атап өткім келеді, №5 қалалық емханада 5 жасқа дейінгі балалар санатына лимиттер бөлінбегеніне қарамастан, жалпы қаржыландыру көлемі, 5 жасқа дейінгі балаларға арналған лимиттер қарастырылған №2 ҚЕ салыстырғанда жоғары. Бұл өз кезегінде қаржыландырылатын санаттардың саны қаржыландыру көлемін нақты анықтамайтынын куәландырады.

Кесте 4- 2013 жылда халықтың жекелеген санаттары бойынша дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді мемлекеттік қаржыландыру

2013							
	Лимиттер	ҚЕ № 2	Үлес салмағы, %	ҚЕ № 5	Үлес салмағы, %	ҚЕ № 10	Үлес салмағы, %
Республика	РБ бойынша жалпы сомасы, оның ішінде:	1037 2000	49,5	700100 0	36,9	950400 0	42,7

	1 жастан 5 жасқа дейінгі балалар (101)	1600000	7,6		0,0	2500000	11,2
	Жүкті әйелдер (102)	2100000	10,0	2500000	13,2	2350000	10,6
	Балалар мен жасөспірімдер (103)	672000	3,2	1001000	5,3	1354000	6,1
	Жеңілдіктер (100)	6000000	28,6	3500000	18,5	3300000	14,8
	ЖБ бойынша жалпы сомасы, оның ішінде:	10595150	50,5	11946350	63,1	12748500	57,3
Жергілікті	Ауру түрі бойынша (104)	4900000	23,4	4200000	22,2	6750000	30,3
	Қатерлі ісік аурулары (нарк.)	180000	0,9	225000	1,2	240000	1,1
	ҚД ауыратын науқастар	5515150	26,3	7521350	39,7	5758500	25,9
	Барлығы	20967150	100	18947350	100	22252500	100

2013 жылы емханаларды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландырудың үлкен бөлігі жергілікті бюджет қаражаты есебінен жүзеге асырылды. Бұл ретте, неғұрлым көп шығын жұмсалатын санаттар бойынша жағдай әрқилы болды, мәселен, № 2 ҚЕ ақшалай қаражаттардың ең үлкен көлемі – жеңілдік санатына жататын науқастарға, ГП № 5 – қант диабетімен ауыратын науқастарға, №10 ҚЕ – жекелеген ауру түрлері бойынша санатына жұмсалды.

Кесте 5- 2014 жылда халықтың жекелеген санаттары бойынша дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді мемлекеттік қаржыландыру

2014						
Лимиттер	ҚЕ № 2	Үлес салмағы, %	ҚЕ № 5	Үлес салмағы, %	ҚЕ № 10	Үлес салмағы, %
Жеңілдіктер (100)	6840000	22,8	4560000	15,3	3960000	12,1
1 -ден 5 жасқа дейінгі балалар (101)	1600000	5,3		0,0	2100000	6,4

Жүкті әйелдер (102)	220000 0	7,3	250000 0	8,4	240000 0	7,3
Балалар мен жасөспірімдер (103)	100000 0	3,3	500000	1,7	210000 0	6,4
Ауру түрі бойынша (104)	838000 0	27,9	771000 0	25,8	630000 0	19,2
Қатерлі ісік ауруларымен ауыратын науқастар (104)	220000	0,7	290000	1,0	200000	0,6
ҚД және ҚЕД аурулары (104)	980000 0	32,6	142000 00	47,5	154000 00	47,0
Гломерулярлы аурулармен ауыратын науқастар (104)		0,0	140000	0,5	300000	0,9
Бағдарлама бойынша қосындысы	300400 00	100	299000 00	100	327600 00	100

5 кестенің деректеріне сәйкес, қаржыландырудың ең үлкен үлес салмағы барлық зерттелетін емханалар бойынша қант және қантты емес диабетпен ауыратын науқастарға тиесілі екені көрінеді (жалпы қаржыландырудың орташа 42%).

Кесте 6- 2015 жылда халықтың жекелеген санаттары бойынша дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді мемлекеттік қаржыландыру

2015						
Лимиттер	ҚЕ № 2	Үлес салмағ ы,%	ҚЕ № 5	Үлес салмағ ы,%	ҚЕ № 10	Үлес салмағ ы,%
Жеңілдіктер (100)	36000 00	21,7	24900 00	16,1	23000 00	14,7
1 -ден 5 жасқа дейінгі балалар (101)	10000 00	6,0			12000 00	7,7
Жүкті әйелдер (102)	11500 00	6,9	13500 00	8,7	10000 00	6,4
Балалар мен жасөспірімдер (103)	60000 0	3,6	30000 0	1,9	60000 0	3,8
Түрлері бойынша, ҚД және ҚЕД (104)	10190 000	61,4	11255 000	72,9	10550 000	67,5

Қатерлі ісікпен ауыратын науқастар (104)	50000	0,3	14000 0	0,9	75000	0,5
Бағдарлама бойынша қосындысы	16590 000	100	15445 000	100	15625 000	100

2014 жылмен салыстырғанда 2015 жылы гломерулярлы аурулармен ауыратын науқастарға ақшалай қаражат бөлінбеген.

Кесте 7- 2016 жылда халықтың жекелеген санаттары бойынша дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді мемлекеттік қаржыландыру

2016						
Лимиттер	ҚЕ № 2	Үлес салмағы, %	ҚЕ № 5	Үлес салмағы, %	ҚЕ № 10	Үлес салмағы, %
Жеңілдіктер (100)	980000 0	28,4	735000 0	23,1	680000 0	20,4
1 ден 5 жасқа дейінгі балалар (101)	220000 0	6,4			200000 0	6,0
Жүкті әйелдер (102)	145000 0	4,2	180000 0	5,7	130000 0	3,9
Балалар мен жасөспірімдер (103)	140000 0	4,1	400000	1,3	119000 0	3,6
Түрлері бойынша, ҚД және ҚЕД (104)	194000 00	56,3	220000 00	69,1	213000 00	63,9
Қатерлі ісікпен ауыратын науқастар (104)	200000	0,6	280000	0,9	200000	0,6
Бағдарлама бойынша қосындысы	344500 00	100	318300 00	100	333150 00	100

Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландыру 2016 жылы 2014 жылмен салыстырғанда орташа 7% - ға, ал 2015 жылмен салыстырғанда қарастырылатын емханалар бойынша орташа 108% - ға артты. Бұл көрсеткіштер мемлекеттің әлемдік қаржы дағдарысынан шығуы жөнінде Үкімет қабылдап жатқан шаралардың тиімділігін куәландырады.

Кесте 8- 2017 жылда халықтың жекелеген санаттары бойынша дәрі-дәрмекпен камтамасыз етуді мемлекеттік қаржыландыру

2017						
Лимиттер	ҚЕ № 2	Үлес салма ғы,%	ҚЕ № 5	Үлес салмағ ы,%	ҚЕ № 10	Үлес салмағ ы,%
Жеңілдіктер (100)	992000 0	28,9	75600 00	25,2	61000 00	14,7
1 ден 5 жасқа дейінгі балалар (101)	180000 0	5,2			18000 00	4,3
Жүкті әйелдер(102)	198000 0	5,8	16500 00	5,5	11500 00	2,8
Балалар мен жасөспірімдер (103)	140000 0	4,1	25000 0	0,8	14000 00	3,4
Түрі бойынша, ҚД және ҚЕД (104)	190090 00	55,3	20145 000	67,2	29441 000	71,0
Қатерлі ісікпен ауыратын науқастар (104)	250000	0,7	28000 0	0,9	25000 0	0,6
Гломерулярлы аурулармен ауыратын науқастар (104)					84409 6	2,0
Бағдарлама бойынша қосындысы	343590 00	100	29985 000	100	41485 096	100

8 кестенің деректері негізінде гломерулярлы аурулармен ауыратын науқастар үшін қаражаттың қайта бөлінгенін көруге болады, бірақ тек №10 ҚЕ ғана, қаржыландырудың үлес салмағы жалпы соманың 2% - ын құрайды.

Кесте 9 - 2018 жылда халықтың жекелеген санаттары бойынша дәрі-дәрмекпен камтамасыз етуді мемлекеттік қаржыландыру

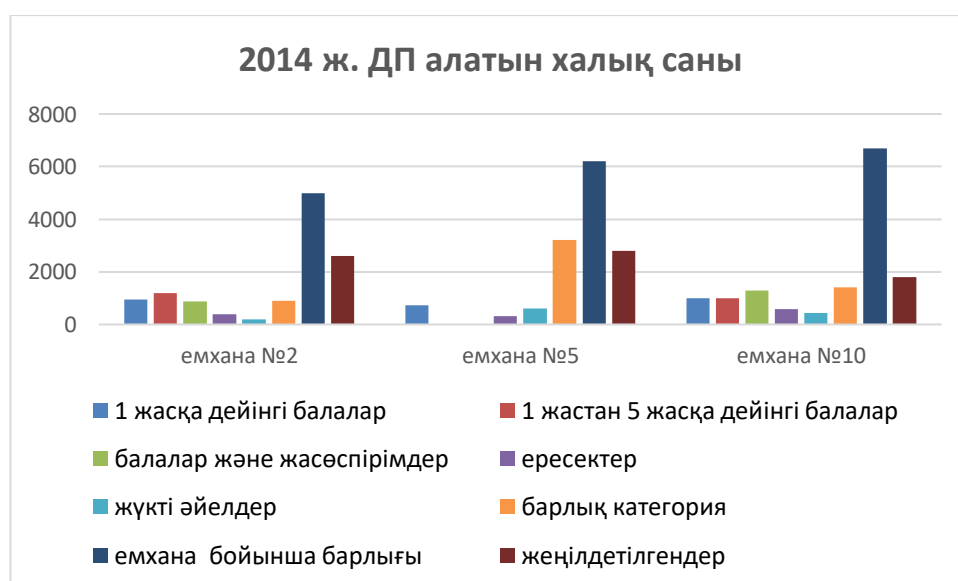
2018						
Лимиттер	ҚЕ № 2	Үлес салмағы, %	ҚЕ № 5	Үлес салмағы, %	ҚЕ № 10	Үлес салмағы, %
045 бағдарламасы	200000 00	32,1	181000 00	33,8	160000 00	26,3
1 ден 5 жасқа дейінгі балалар (101)	200000 0	3,2			190000 0	3,1
Барлығы 104, оның ішінде:	404000 00	64,7	354500 00	66,2	429200 00	70,6
Ауру түрі бойынша	380000 00	60,9	350000 00	65,4	400000 00	65,8

Ана сүтін алмастырғыштар	210000 0	3,4			220000 0	3,6
Қатерлі ісікпен ауыратын науқастар (нарк.)	300000	0,5	300000	0,6	170000	0,3
Гломерулярлы аурулармен ауыратын науқастар			150000	0,3	550000	0,9
Бағдарлама бойынша қосындысы	624000 00	100	535500 00	100	608200 00	100

Алынған нәтижелерден республикалық немесе жергілікті бюджеттің, сондай-ақ неғұрлым шығынды санаттардың тұрақты басымдылығы болған жоқ деген қорытынды жасауға болады, өйткені біз қарастырған кезең ішінде бұл құрам бөліктерге бөлінген қаржыландыру көлемі өзгерді.

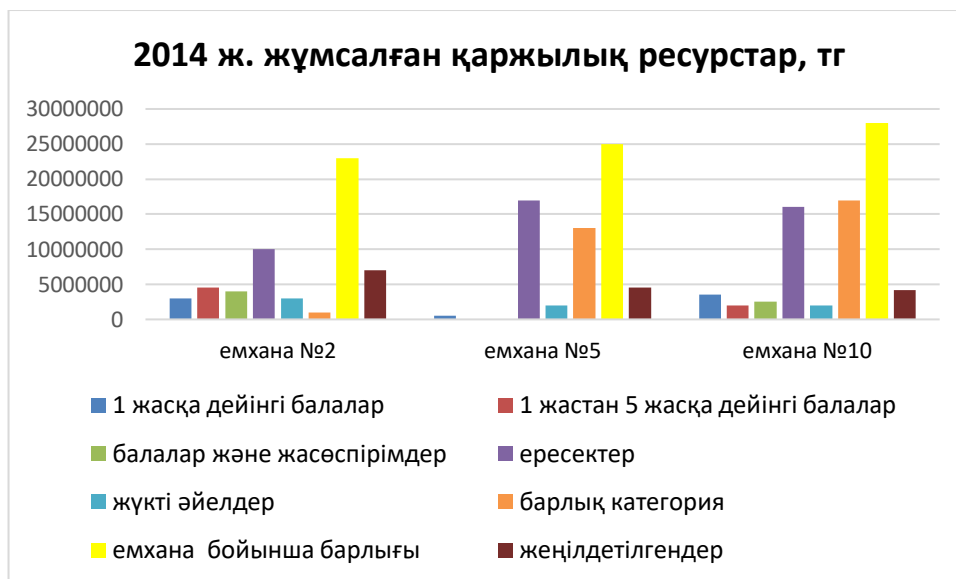
Біздің зерттеуіміздің келесі кезеңі ТМККК шеңберінде дәрілік препараттарды алатын халық саны бойынша нақты деректерді, сондай-ақ санатына байланысты дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге жұмсалған қаржы құралдарын зерттеу болып табылады.

Бірінші кезеңді қарау кезінде тегін дәрі - дәрмек алатын пациенттердің ең көп саны №10 ҚЕ байқалады (6573), жеңілдікті дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етілетін пациенттер тұрғысынан № 5 ҚЕ көш бастап келеді (2795) (сурет 19).



Сурет 19- 2014 жылда жекелеген санаттар бойынша дәрілік препараттарды алатын халық саны

Тегін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету бойынша қаржыландырудың ең көп көлемі №10 ҚЕ тиесілі (28425792 тг.), ал жеңілдікті санаттағы пациенттер саны №2 ҚЕ көп болды (6842783 тг.) (сурет 20).



Сурет 20- 2014 жылда жекелеген санаттар бойынша нақты жұмсалған ақшалай қаражаттар

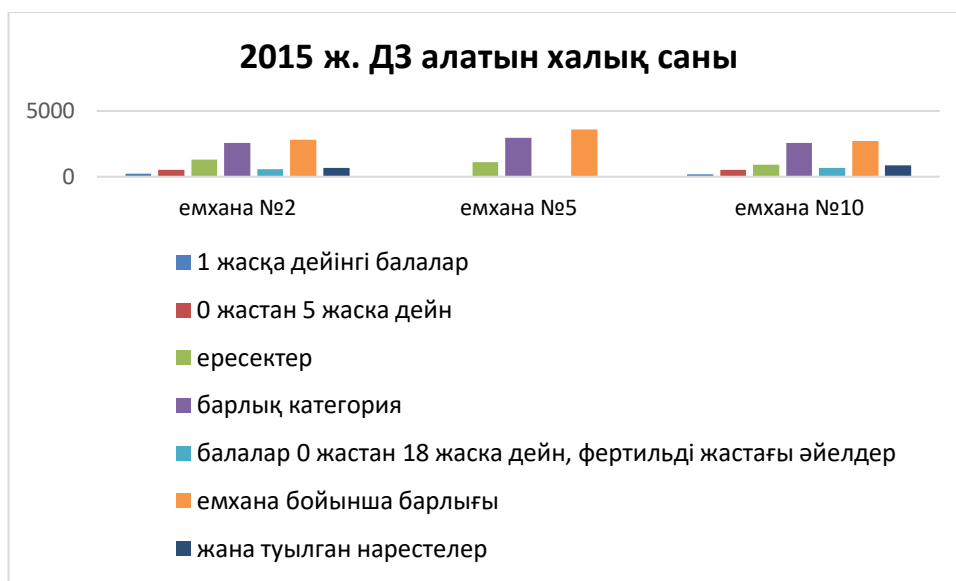
Кесте 10- 2015-2018 жылдардағы емханалар бойынша халық саны және ақшалай қаражатты іс жүзінде пайдалану

Дерілік қам.егу	Санаттар	2015						2016					
		ҚЕ № 10		ҚЕ № 5		ҚЕ № 2		ҚЕ № 10		ҚЕ № 5		ҚЕ № 2	
		адам саны	сумма	адам саны	сумма	адам саны	сумма	адам саны	сумма	адам саны	сумма	адам саны	сумма
Тегін	Нәрестелер	888	975233			1037	1179275	841	1232310			840	1250996
	1 жасқа дейінгі балалар	863	750905			1501	3156190	752	844487			945	1426518
	1 ден 5 жасқа дейінгі балалар	1268	2099972			880	1600009	1147	2401866			868	1900374
	Балалар мен жасөспірімдер	500	1978499	220	499994	253	1000054	319	1530424	176	470648	191	1105254
	Ересектер	238	2771817	606	5677746	191	3479012	224	4203104	376	3917417	177	4175248
	Жүкті әйелдер	1778	2331070	2485	2499898	1309	2200063	1612	2137331	3125	2779435	1392	2300184
	Барлық санаттар	1373	17518296	3185	16976502	972	10454764	1163	15692474	2824	18441324	1003	12652483
	Емхана бойынша қосындысы	6573	28425792	6454	25654140	5143	23069368	5768	28041996	6489	25608824	4791	24811057
Жеңілдік	Емхана бойынша қосындысы	1997	3959998	2795	4788326	2587	6842783	1802	4500515	3423	4927340	2400	7219073

Дерілік қам.егу	Санаттар	2017						2018					
		ҚЕ № 10		ҚЕ № 5		ҚЕ № 2		ҚЕ № 10		ҚЕ № 5		ҚЕ № 2	
		адам саны	сумма	адам саны	сумма	адам саны	сумма	адам саны	сумма	адам саны	сумма	адам саны	сумма

Тегін	Нәрестелер	827	1053 598			626	8026 20	709	8176 50			624	7210 50
	1 жасқа дейінгі балалар	881	2186 3839			585	2147 512	739	2044 378			927	2192 372
	1 ден 5 жасқа дейінгі балалар	978	2299 994			859	2200 232	895	1800 008			1030	1800 061
	Балалар мен жасөспірімдер	717	1191 528	101	3999 98	288	1400 022	669	1400 005	95	4226 07	403	1399 830
	Ересектер	273	5374 279	514	6349 777	194	5534 080	303	7380 740	546	6021 970	486	7180 790
	Жүкті әйелдер	1103	1269 365	2310	1800 111	973	1349 711	792	1150 010	1459	1650 060	1291	1980 060
	Барлық санаттар	1373	1449 7500	3338	1578 5367	970	1200 9215	1630	1965 6034	4235	1481 3993	2133	1346 8075
	Емхана бойынша қосындысы	5797	2787 2647	6255	2433 5254	4243	2544 3392	5397	3424 8825	6329	2298 630	6559	2874 2238
Жеңілдік	Емхана бойынша қосындысы	2309	6812 083	5728	7273 603	2656	9798 927	2653	8320 229	8112	1005 7903	4420	1092 0156

2015 жылы тегін дәрі-дәрмек алатын халықтың ең көп саны №5 ҚЕ-да (6489 адам) тіркелген және осы емхана жеңілдік бойынша емделуші пациенттер саны жөнінен де көш бастады (3423 адам) (сурет 21).



Сурет 21- 2015 жылы жекелеген санаттар бойынша дәрілік препараттар алатын халық саны

2015 жылы дәрілік заттарды тегін беру бойынша ең көп шығын жұмсаған №10 ҚЕ болды (28041996 тг.), ал жеңілдік бойынша берілетін дәрілік заттар жөнінен 2014 жылғы сияқты– №2 ҚЕ тұрды (7219073) (сурет 22).



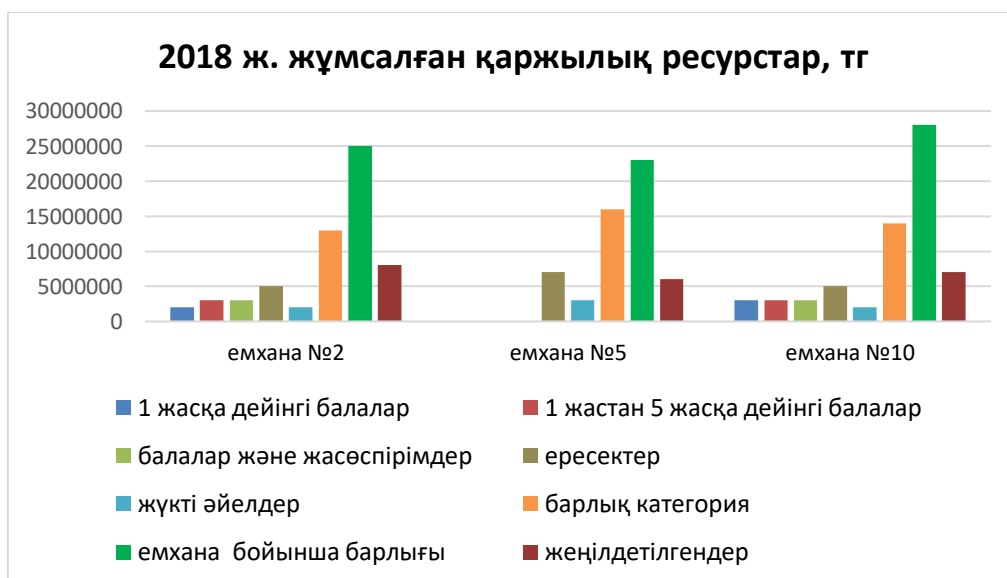
Сурет 22- 2015 жылғы жекелеген санаттар бойынша нақты жұмсалған ақшалай қаражаттар

2016 жылы тегін және жеңілдікпен дәрі-дәрмек алатын тұрғындар саны бойынша № 5 емхана көш бастап тұр (сурет 23).



Сурет 23- 2016 ж. жекелеген санаттар бойынша дәрілік препараттар алатын халық саны

Тегін берілетін дәрілік препараттарды алуға жұмсалған қаржы ресурстары бойынша қаржыландырудың ең көп көлемі № 10 ҚЕ тиесілі, ал жеңілдікпен берілетін ДЗ бойынша № 2 ҚЕ (сурет 24).



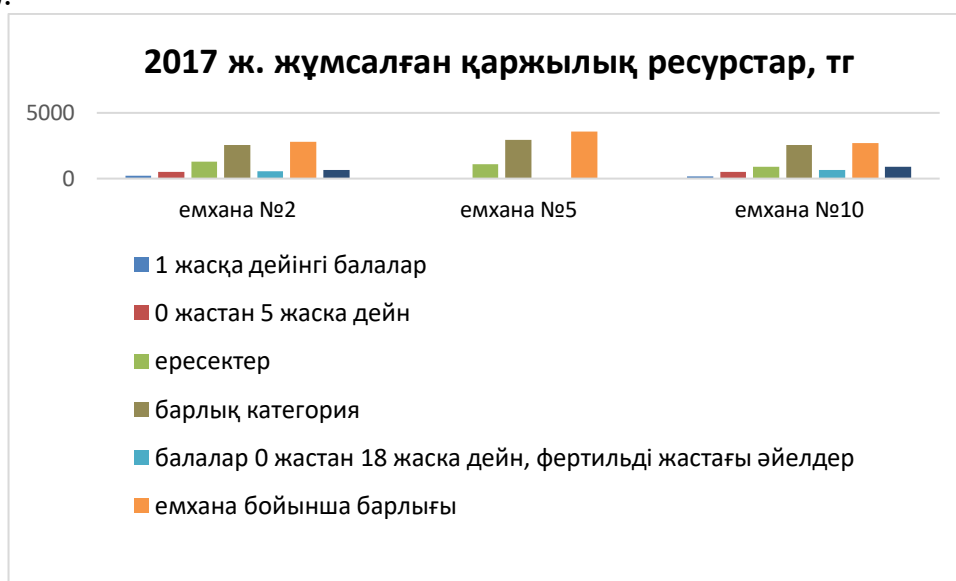
Сурет 24- 2016 жылы жекелеген санаттар бойынша нақты жұмсалған ақшалай қаражаттар

2017 жылы №2 ҚЕ тегін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету бойынша алдыңғы орынға шықты (6559), ал №5 ҚЕ жеңілдікті дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету бойынша халық санының едәуір артуы байқалады (8112 адам) (сурет 25).



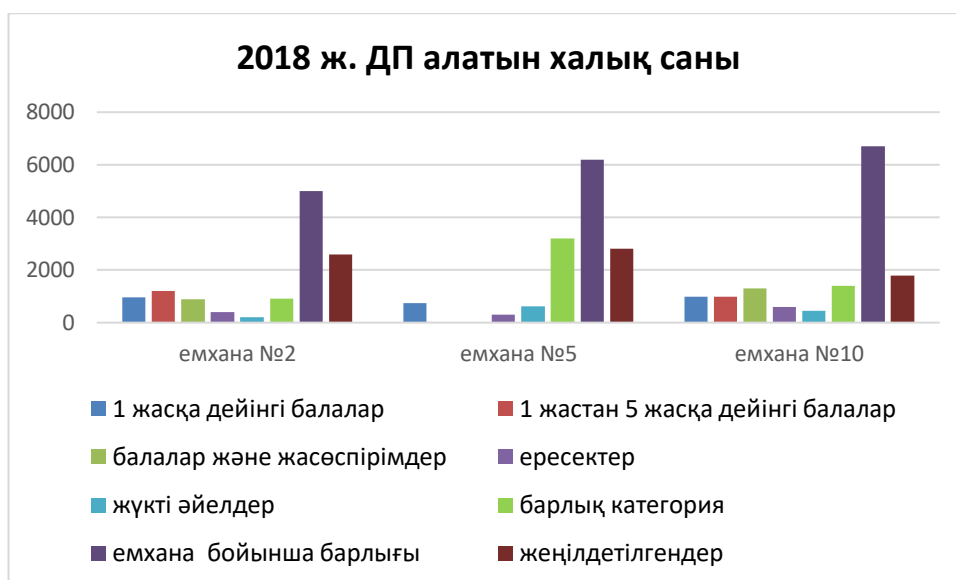
Сурет 25 - 2017 жылы жекелеген санаттар бойынша дәрілік препараттарды алатын халық саны

2017 жылы жеңілдікті дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету көлемі тегін берілетін ДЗ айтарлықтай асты, бұл көрсеткіштер № 5 қалалық емханада байқалады және №2 ҚЕ ең көп қаржыландыру осы санаттағыларға арналған (10920156 тг.), ал тегін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету бойынша №10 ҚЕ шығынды көп жұмсады, мұнда қаржыландыру көлемі – 34248825 тг. Құрады (сурет 26).



Сурет 26 - 2017 жылы жекелеген санаттар бойынша нақты жұмсалған ақшалай қаражаттар

2018 жылдың деректері бойынша ТДЗ алатын халықтың ең көп саны № 5 ҚЕ көрінеді (сурет 27).



Сурет 27- 2018 жылы жекелеген санаттар бойынша дәрілік препараттарды алатын халық саны

2018 жылы ең үлкен қаржылық шығындар №5 ҚЕ байқалады .

Жүргізілген зерттеу негізінде түйіндейтініміз: біз қарастырған мерзім ішінде зерттелетін емханаларда қандай да бір факторларға қатысты нақты байланыс пен тенденция жасауға болмайды. Өйткені ТМККК шеңберінде дәрілік препараттарды алатын халық санының көбеюі – емхананы әрдайым айтарлықтай қаржылық шығындарына әкеп соқпайды. Біздің көзқарасымыз бойынша бұл – алынатын дәрілік препараттардың санына және олардың құнына байланысты болуы мүмкін.

4 ТЕГІН ДӘРІЛІК ЗАТТАР АЛАТЫН ПАЦИЕНТТЕР ЖӘНЕ ДӘРІГЕРЛЕР МЕН БАСШЫЛАРҒА ЖҮРГІЗІЛГЕН ӘЛЕУМЕТТІК САУАЛНАМА НӘТИЖЕЛЕРІ

Біздің зерттеуіміздің маңызды кезеңі басшылардың, дәрігерлердің және пациенттердің дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге қанағаттану деңгейі жайлы пікірін зерттеу болды. Мемлекеттің қаржылық шығыны мен тегін дәрімен қамтамасыз етілетін аурулар тізімі жыл сайын артып жатқанына қарамастан, бұл бағдарламалар кімге арналған, солардың пікірін білу маңызды.

Анонимді сауалнама арқылы жүргізілген әлеуметтік зерттеу үш деңгейлі болды. Біз қарастырған пікірлер:

- Біз зерттеген емхана басшылары мен олардың орынбасарлары, сондай-ақ дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету қажеттілігін құруға қатысатын адамдар (14 адам).

- Тегін дәрілік заттарды тағайындайтын дәрігерлер (39 адам).

- Тегін дәрілік заттарды алатын науқастар (332 адам).

Сауалнамалар әр санаттарға қатысты әр деңгей үшін жеке әзірленгенін атап өткім келеді, бірақ бұл ретте сауалнамалардың әрқайсысында халықтың дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландырумен қанағаттану дәрежесін көрсететін 4 сұрақ бар.

Олар мына сұрақтар:

- ТМККК шеңберінде берілетін дәрілік заттардың қауіпсіздігін бағалау,

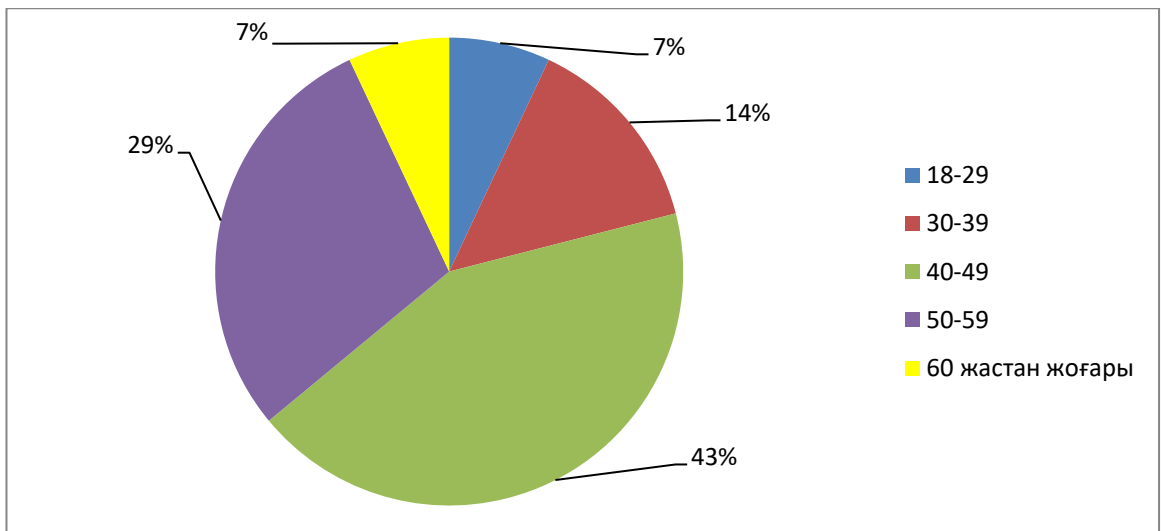
- Олардың клиникалық тиімділігін бағалау,

- физикалық/географиялық қолжетімділік деңгейі (дәріханалардың қашықтығы),

- дәрілік заттарды дәріханалардан өз уақытында алу деңгейі.

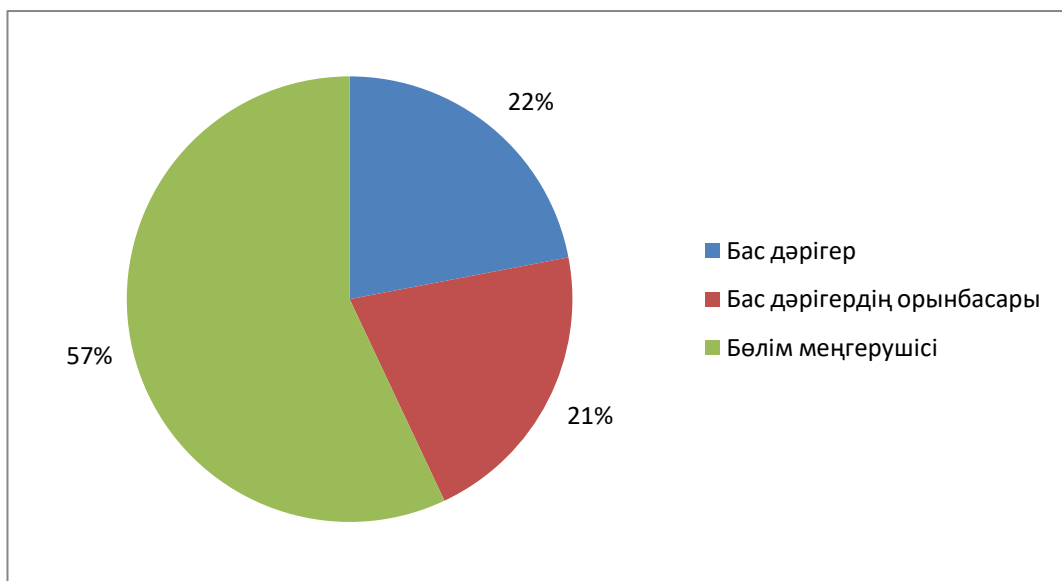
Жүргізілген зерттеу барысында алынған деректерді қарастырайық. Емхана басшыларының анкетасына талдау жасадық.

Зерттеу барысында емхана басшылығының жас-жыныстық құрамы анықталды. Біз зерттеген емханалардың ішінде басшы лауазымдарды 100% әйелдер алып отыр, жастық құрамы бойынша бірегейлік байқалмайды. Ең басым үлес салмағы 40-49 жасқа (43%) келеді, екінші ең жиі кездесетін жас 50 – 59 жас (29%), ең аз кездесетіні 18-29 жас аралығы мен 60 жас және одан үлкен топтар болды, олардың пайыздық құрамы сұралғандардың жалпы санынан 7%-ды құрады (сурет 28).



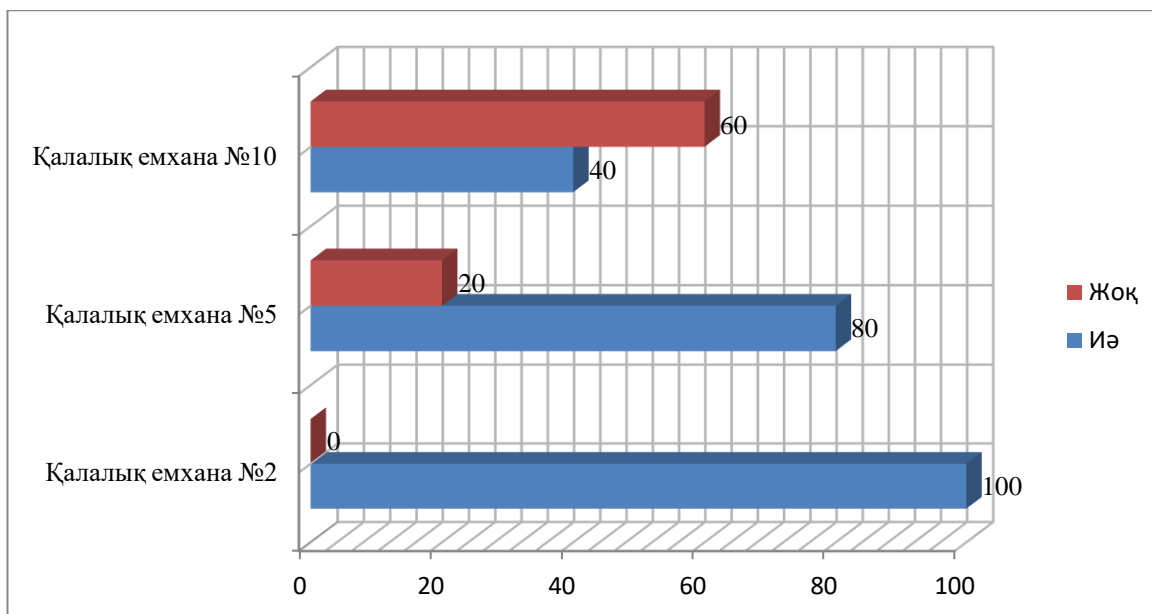
Сурет 28 – Емхана басшыларының жастық құрамы.

Ары қарай респонденттердің лауазымдық құрамы зерттелді (сурет 29). Сұралған респонденттердің арасында, емханада дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету қажеттілігін анықтауға қатысушылардың басым үлес салмағын терапевттік бөлім меңгерушілері құрады (57%). Бас дәрігерлер мен олардың орынбасарлары тең көрсеткіш көрсетті (21%).



Сурет 29 – Емханада дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді анықтауға қатысатын басшылардың лауазымдық арақатынасы

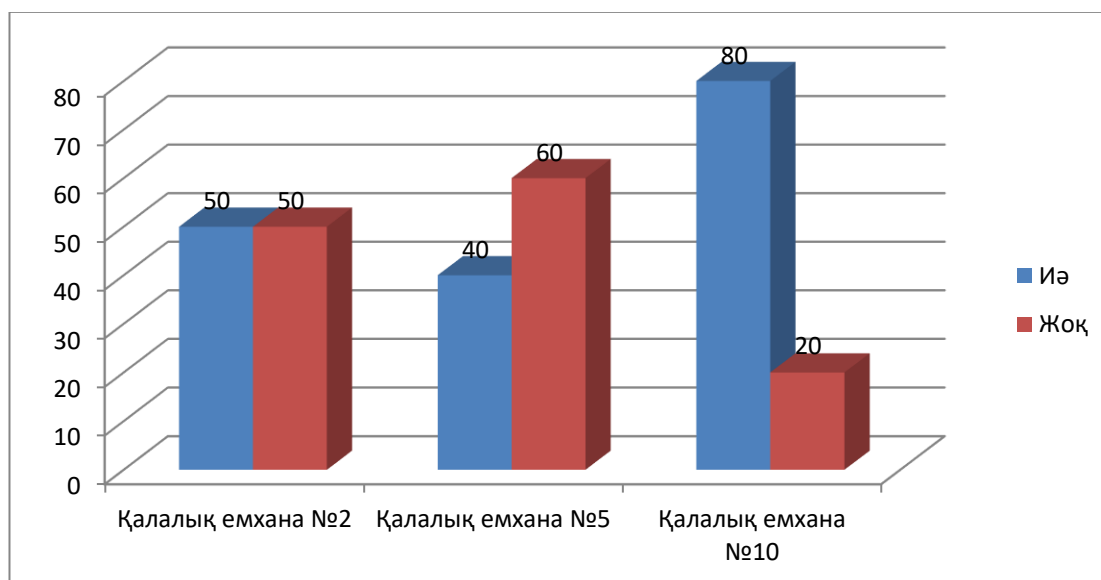
Келесі сұрақ әр емхана бойынша дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландырудың жеткіліктілігі туралы пікірді зерделеу болды (сурет 30). "Сіз қалай ойлайсыз, дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландыру сіздің емханаңыздың қажеттіліктерін қанағаттандыру үшін жеткілікті деңгейде ме?"-сұрағына біз келесі мәліметтерді алдық:



Сурет 30 – Емхана қаржыландырылуының жеткіліктілігін бағалау

30 суреттің негізінде № 2 ҚЕ басшылары емханаларында дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландыру жеткілікті деңгейде деп санайтынын айтуға болады, ал № 10 ҚЕ-да сұралғандардың жартысынан көбі емханаларын қаржыландыру жеткіліксіз деп санайды.

Келесі сұрағымыз былай тұжырымдалған болатын: «Егер Сіздің емханада дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландыру жеткіліксіздігі байқалса, осы мәселе бойынша жоғары тұрған ұйымдарға ұсыныс жасадыңыз ба?», жауап нәтижелері 31-суретте көрсетілген.

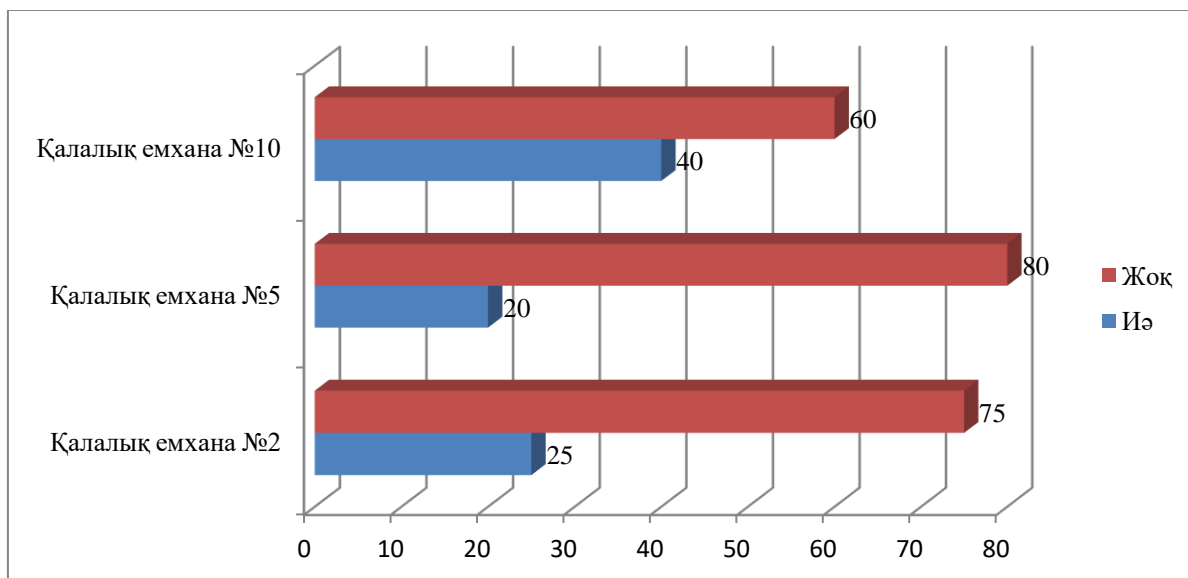


Сурет 31 – Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландыру жеткіліксіздігі мәселесі бойынша емхана басшыларының белсенділік деңгейі

№ 10 ҚЕ басшылары ең белсенді болып табылды, айта кетерлігі, дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландыруға 100% қанағаттанғанына

қарамастан, № 2 ҚЕ басшылары қаржыландыруды жақсартуға ұсыныстарын жасайтын болып шықты.

Бұдан әрі сұрақ қисынды қойылды: «Респонденттер өз сұрақтарына жауап ала алды ма?», сауалнамаға қатысушылардың пікірі 32-суретте көрсетілген.

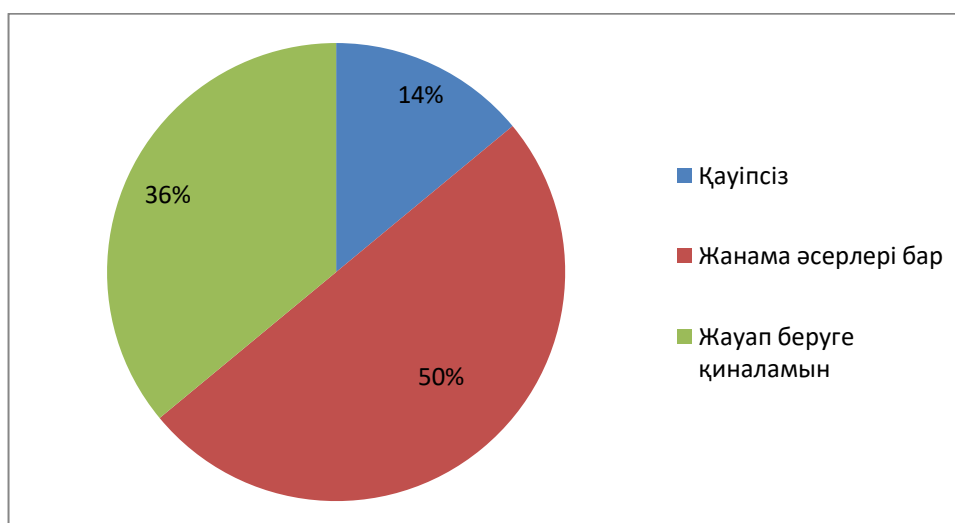


Сурет 32 –Енгізілетін ұсыныстарға кері байланыс

32-суреттен көрініп тұрғандай және сауалнаманың алдыңғы нәтижелерін салыстыра отырып, ұсыныс жасаған респонденттердің тек жартысы ғана жауап алды деген қорытынды жасауға болады.

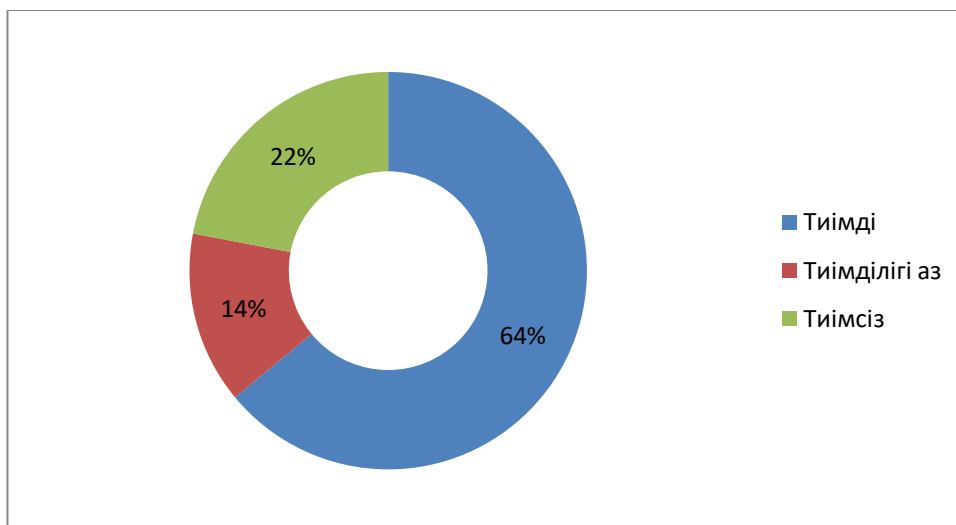
Келесі 3 сұрақ (33,34,35 суреттер) сауалнаманың үш түрінде де болады және біз жүргізген зерттеудің басты сұрақтары болып табылады.

"Сіз ұсынылатын тегін дәрілік препараттарды қауіпсіздік дәрежесі бойынша қалай бағалайсыз?"-сұрағына келесі жауаптар алынды (сурет 33).



Сурет 33 - Тегін дәрілік препараттардың қауіпсіздік дәрежесін бағалау
Сұралған басшылардың 50%-ы ұсынылатын дәрілік препараттардың жанама әсері бар деп санайды, 36%-ы осы сұраққа жауап беруге қиналады және тек 14%-ы тегін дәрілік препараттарды қауіпсіз деп санайды.

Келесі сұраққа: "Сіз ұсынылатын тегін дәрілік препараттарды клиникалық тиімділік дәрежесі бойынша қалай бағалайсыз?", амбулаториялық – емханалық мекемелердің басшылары былайша жауап берген (сурет 34).

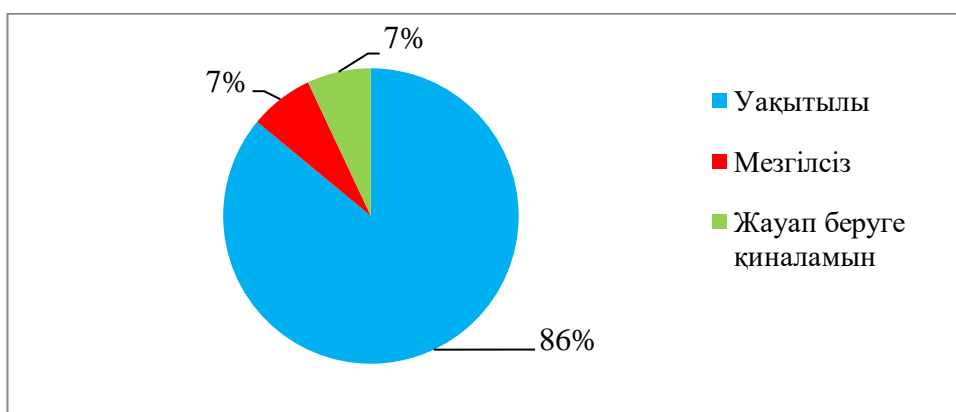


Сурет 34-Тегін дәрілік заттардың клиникалық тиімділігін бағалау

Суретте көрсетілгендей, сұралғандардың басым бөлігі (64%) ұсынылатын дәрілік препараттарды тиімді, 14% тиімділігі аз деп санайды.

Келесі сұрақ дәрі-дәрмектердің физикалық/географиялық қол жетімділік деңгейі туралы болды. Алынған мәліметтер респонденттердің 100%-ы ұсынылатын дәрі-дәрмектерді қолжетімді деп санайтынын көрсетті.

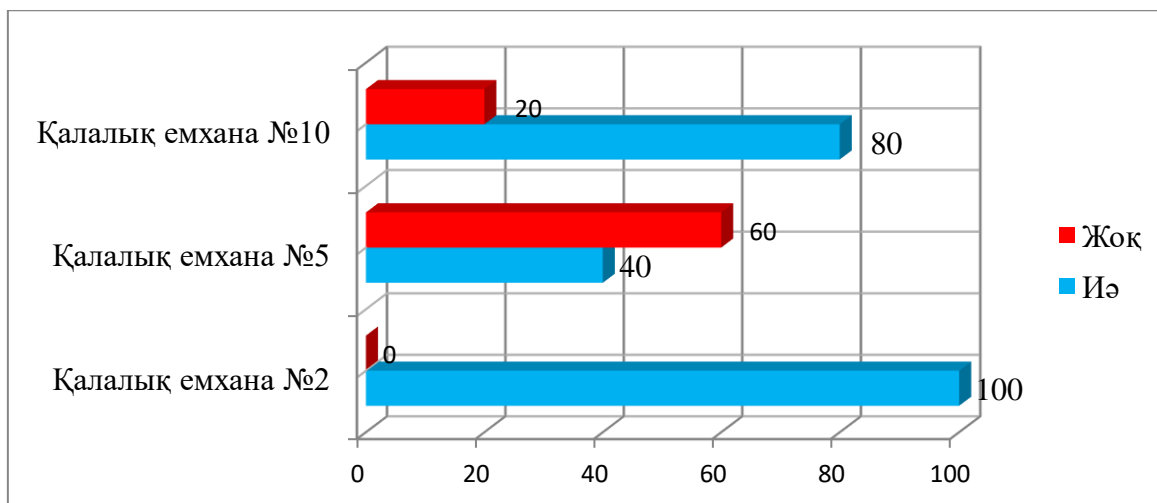
Негізгі сұрақтардың соңғысы: «Тегін дәрілік заттарды дәріханадан уақытылы алу дәрежесі бойынша қалай бағалайсыз?» сұрағы болды. Деректер 35-суретте көрсетілген.



Сурет 35- Тегін дәрілік препараттарды дәріханадан уақытылы алу дәрежесі бойынша бағалау

Алынған көрсеткіштер басшылардың 86%-ы ұсынылатын дәрі-дәрмектерді уақытылы деп есептейтінін көрсетеді.

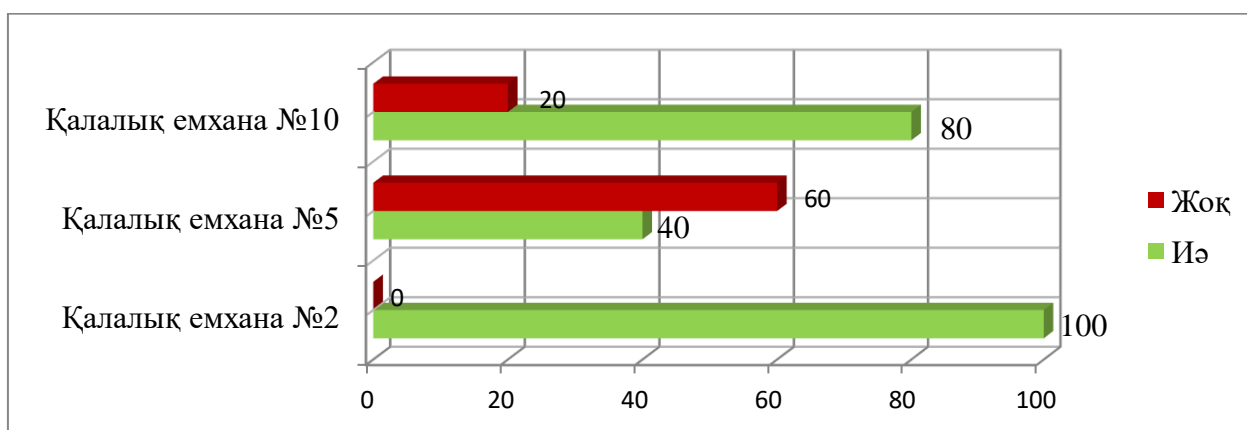
Ары қарай, біз емделушілер тарапынан тегін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету бойынша шағымдардың болғанын білгіміз келді (сурет 36).



Сурет 36 - Науқастар тарапынан тегін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету бойынша шағымдардың болуы

Шағымдардың ең көп үлес салмағы №2 ҚЕ-да, ал ең азы №5 ҚЕ-да байқалды. Бұл ретте, зерттеудің алдыңғы нәтижелерін еске түсіретін болсақ, дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландырудың қанағаттану дәрежесі туралы мәселе зерттелгенде, №2 ҚЕ-да қаржыландыру барынша жеткілікті болып саналған болатын. Осыған қарамастан, басшылардың пікірінше, науқастар тарапынан наразылықтың ең көп саны да осы емханада байқалады.

Алдыңғыдан туындайтын келесі мәселе, тегін дәрілік препараттарды алатын халықтың наразылығын жою жөнінде қабылданып жатқан шаралар туралы болды (сурет 37). "Егер пациенттер тарапынан ТДҚЕ байланысты шағымдар болса, сіз қандай да бір шаралар қолдандыңыз ба?"-сұрағына біз келесі жауаптарды алдық:

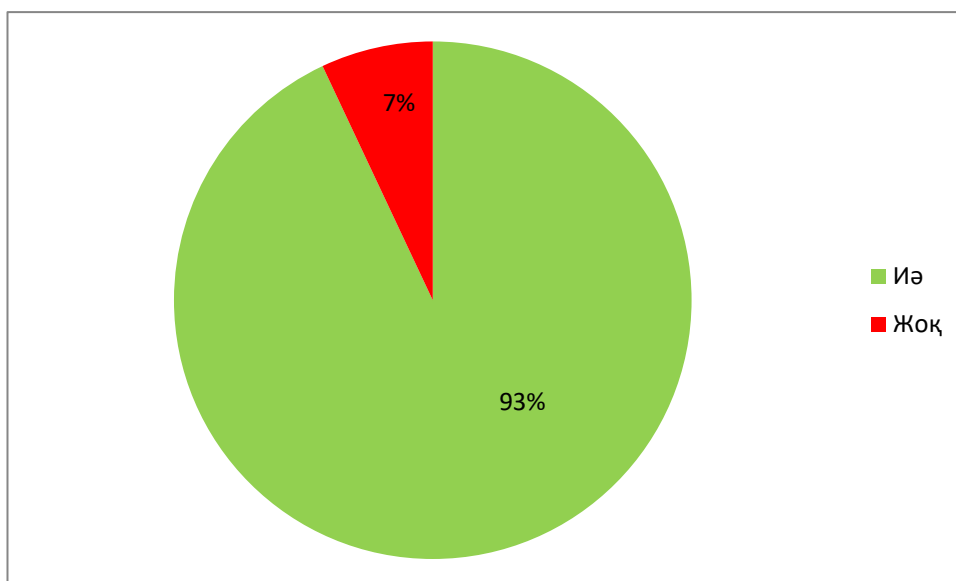


Сурет 37-Науқастардың шағымдарына емхана басшылығының жауап беруі

37-суреттен байқалғандай, №2 ҚЕ-да сұралған басшылардың ішінен 100%-ы пациенттер тарапынан түскен шағымдарға қандай да бір іс-әрекеттер қолданылатыны туралы жауап берді.

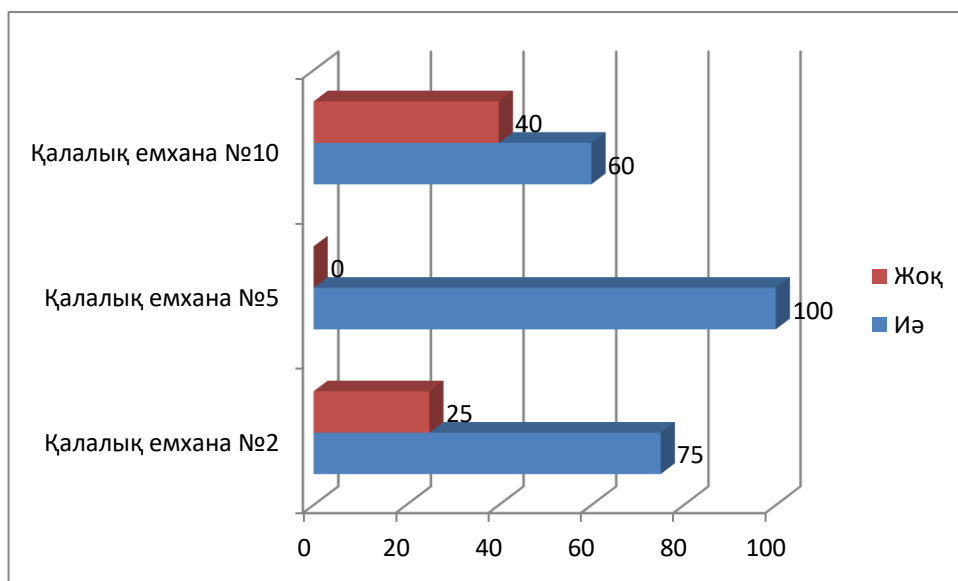
Келесі сұрақтар блогы Қазақстанда енгізілген формулярлық жүйеге қатысты болды (38-41 суреттер).

"Қазақстанда формулярлық жүйе енгізілгенін білесіз бе?"-сұрағына респонденттердің 93%-ы "Иә" деп жауап берді (сурет 38).



Сурет 38-Формулярлық жүйе туралы хабардар болу деңгейі

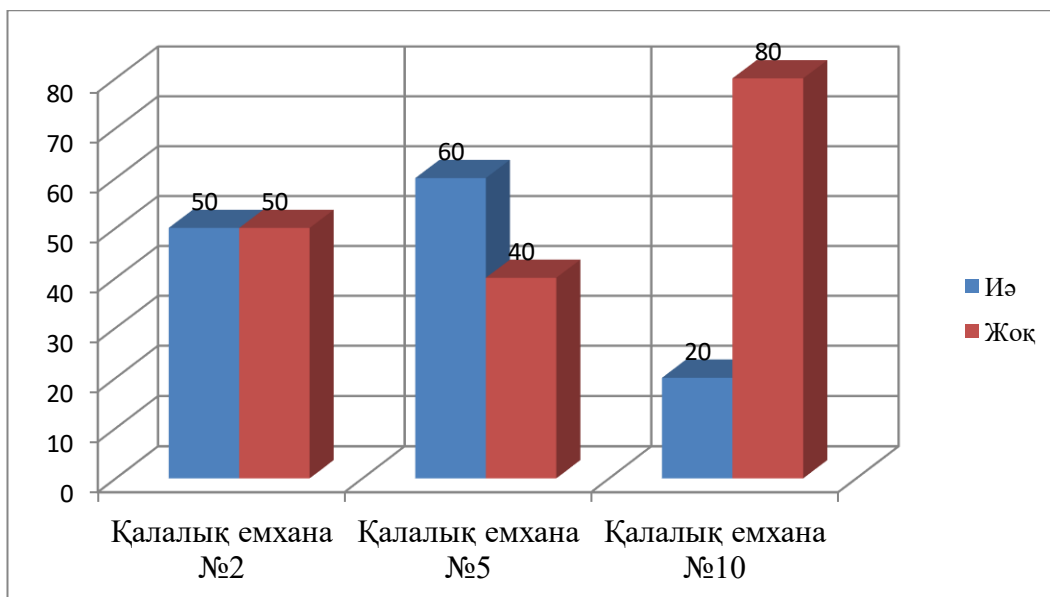
"Сіздің емханада Формулярлық комиссия құрылды ма?"-сұрағына біз келесі көрсеткіштерді алдық (сурет 39).



Сурет 39 – Емханаларда формулярлық комиссияның болуы

Формулярлық жүйе туралы жоғары дәрежеде хабардар болғанына қарамастан, тек №5 ҚЕ-да 100% сұралғандар емханаларында формулярлық комиссия құрылғанын айтты.

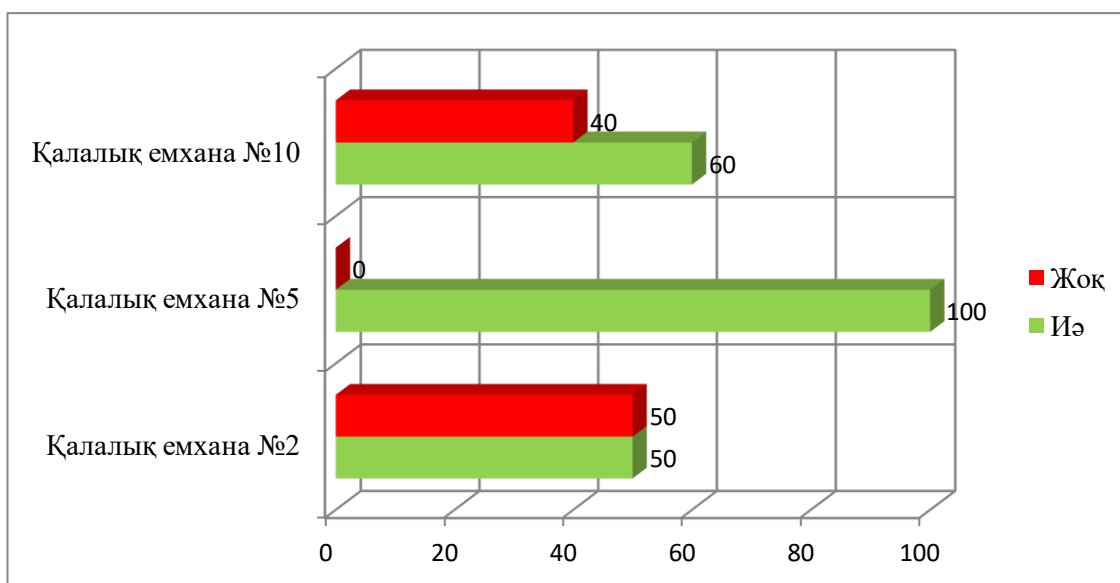
Біздің: "Сіздің емханада клиникалық фармаколог жұмыс істейді ме?"-деген сұрағымызға, мынадай жауаптар алдық (сурет 40):



Сурет 40-Емханаларда клиникалық фармакологтың болуы

Сұралған бірде-бір емханада нақты жауап берілмеді.

Сондай-ақ, біз: "Сіздің емханада тегін дәрілік препараттардың жанама әсерлеріне мониторинг жүргізіледі ме?"-деп сұрағанымызда, келесі нәтижелер алынды (сурет 41):



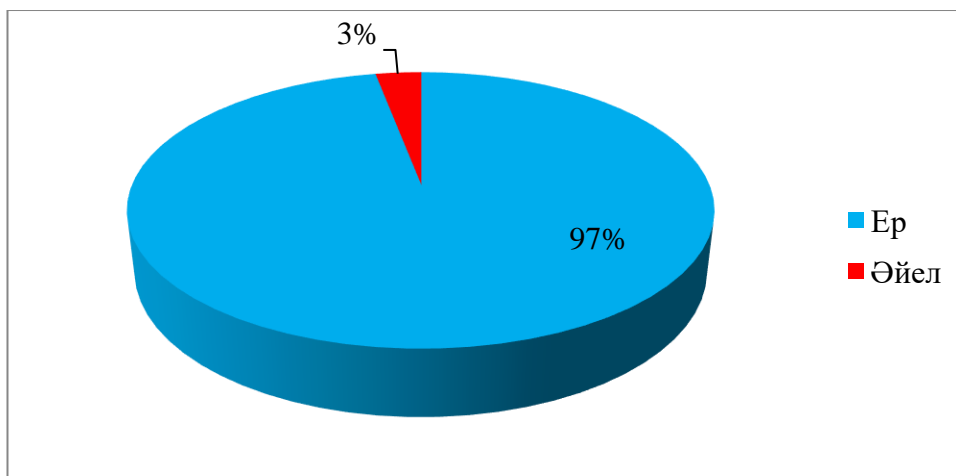
Сурет 41-Тегін дәрілік препараттардың жанама әсерлеріне мониторинг жүргізу

Суреттен № 5 ҚЕ-да жанама әсерлерге мониторинг жүргізілетінін көруге болады, басқа емханалар бойынша нақты мәлімет алынбады.

Бұдан әрі тегін дәрі-дәрмектер тағайындайтын және осы дәрі-дәрмек алатын пациенттермен тікелей жұмыс істейтін дәрігерлердің сауалнамалары талданды.

Емхана дәрігерлеріне жүргізілген сауалнама нәтижелері

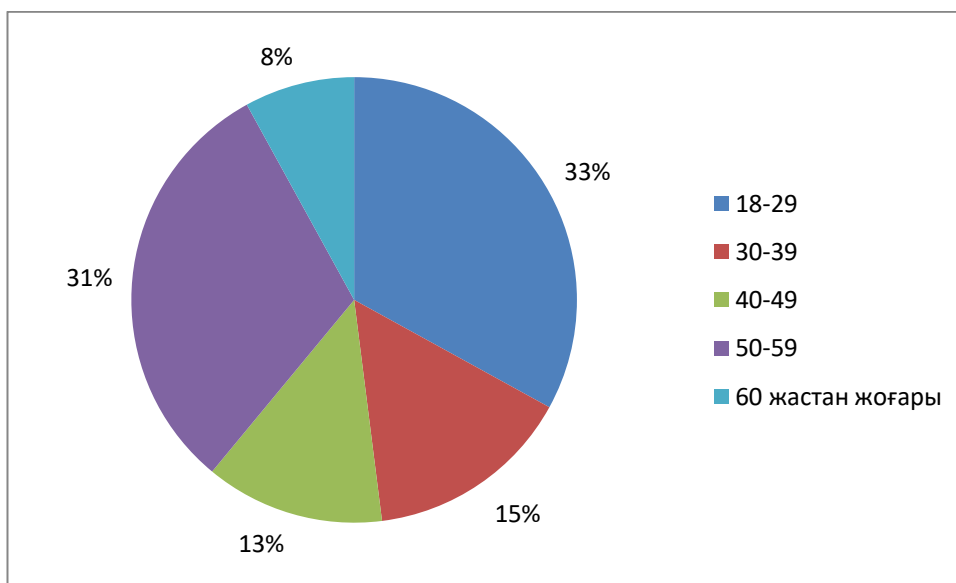
Біз аталмыш қалалық емханаларда жұмыс істейтін дәрігерлердің жастық-жыныстық құрамын зерттедік (суреттер 42,43)



Сурет 42 - Респонденттердің жыныстық құрамы

Біз сұрастырған дәрігерлердің арасында ең үлкен үлес салмағы әйел жынысына келеді және тек 1 дәрігер ғана ер адам болды.

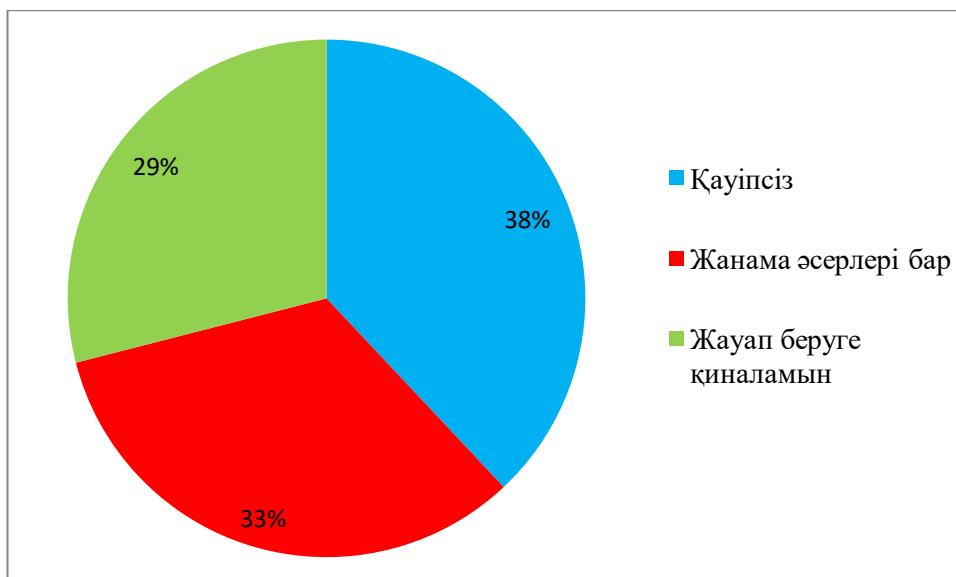
Сауалнама жүргізгендер арасында үштен бір бөлігін 18-29 (33%) жастағы және 50-59 (31%) жастағы дәрігерлер құраса, ең аз үлес салмағы 60жас және одан жоғары жастағы топқа келеді (8%) (сурет 43).



Сурет 43-Респонденттердің жас құрамы

Келесі сұрақтар тізімі тағайындалған тегін дәрілік препараттармен қанағаттану дәрежесіне арналған (суреттер 44-47).

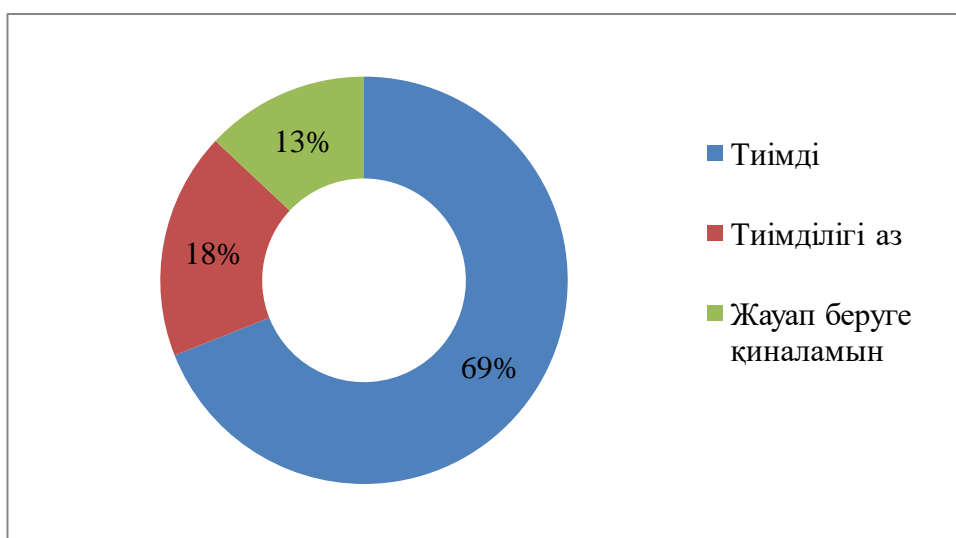
"Сіз тағайындалатын тегін дәрілік препараттарды қауіпсіздік дәрежесі бойынша қалай бағалайсыз?"-деген сауалымызға дәрігерлер келесідей жауап берді (сурет 44):



Сурет 44- Тегін дәрілік заттардың қауіпсіздік дәрежесін бағалау

Суреттен көрініп тұрғандай, дәрігерлердің 40%-ы тағайындалған тегін дәрілік заттарды қауіпсіз деп бағаласа, 33%-ы ТДЗ жанама әсері бар деп жауап берді.

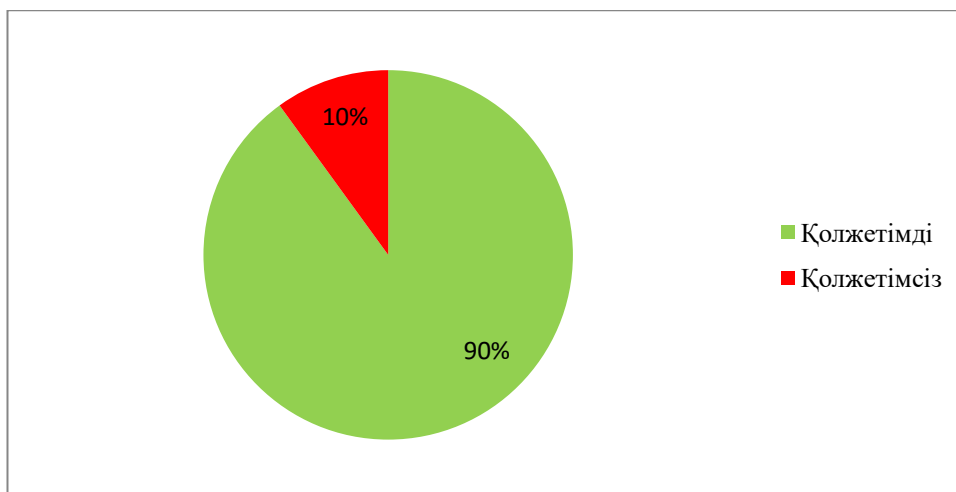
"Сіз тағайындалған тегін дәрілік заттарды клиникалық тиімділік дәрежесі бойынша қалай бағалайсыз?"-деген сұраққа мынадай жауаптар алынды (сурет 45):



Сурет 45 - Тегін дәрілік заттардың клиникалық тиімділігін бағалау

Сұралған дәрігерлердің 69%-ы тағайындалған дәрілік препараттар тиімді, дәрігерлердің 18%-ы тиімділігі аз және 13%-ы осы мәселе бойынша жауап беруге қиналатынын көрсеткен.

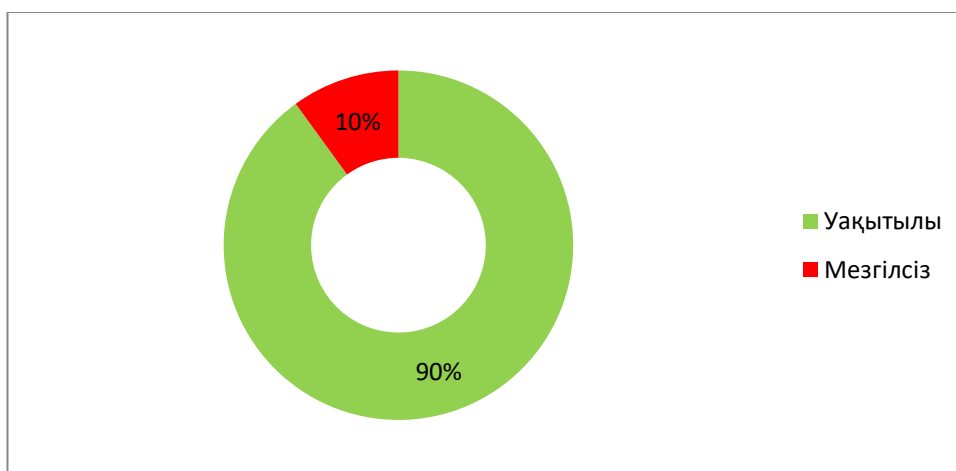
Келесі сұрақ: "Сіз тағайындалған тегін дәрілік заттарды физикалық/географиялық қол жетімділік дәрежесі бойынша қалай бағалайсыз?", мынадай нәтижелерге ие болды(сурет 46):



Сурет 46-Тегін дәрілік препараттардың физикалық/географиялық қол жетімділік дәрежесін бағалау

Респонденттердің 90%-ы тағайындалған тегін дәрілік заттар қол жетімді десе, тек 10%-ы ғана қол жетімсіз деп көрсеткен.

Келесі сұраққа: "Сіз тегін дәрі-дәрмектерді дәріханада уақытылы алу дәрежесі бойынша қалай бағалайсыз?", дәрігерлер төмендегідей жауап берді (сурет 47):

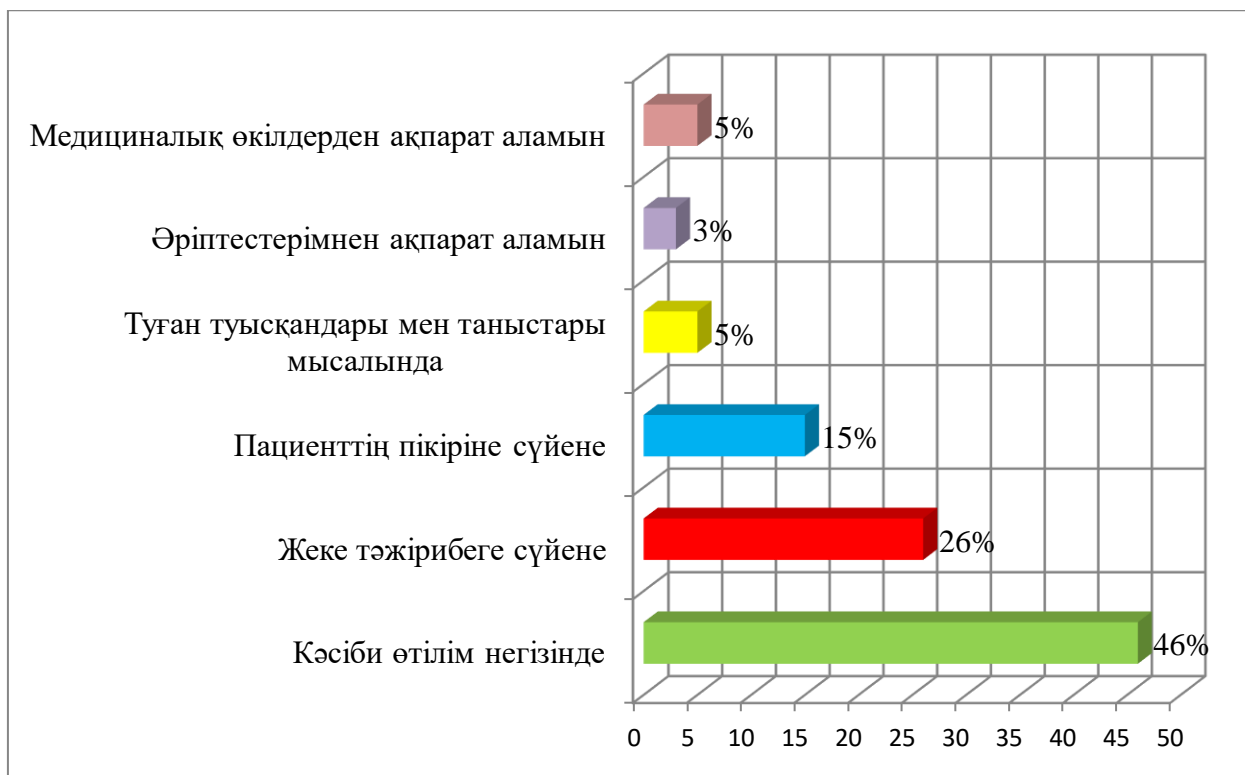


Сурет 47 - Тегін дәрілік заттарды дәріханадан уақытылы алу дәрежесі бойынша бағалау

Осыған ұқсас деректер тағайындалған тегін дәрілік заттарды уақытылы алу дәрежесі туралы пікірді зерделеу кезінде алынған.

Ары қарай, біз дәрігерлер жауаптың қандай да бір нұсқасын неге сүйеніп таңдағанын білгіміз келді (сурет 48).

Содан кейін, біз дәрігерлерден: "Жоғарыда айтылған 4 сұраққа сіз неге сүйеніп жауап бердіңіз?" деп сұрадық, нәтижелері төмендегідей:

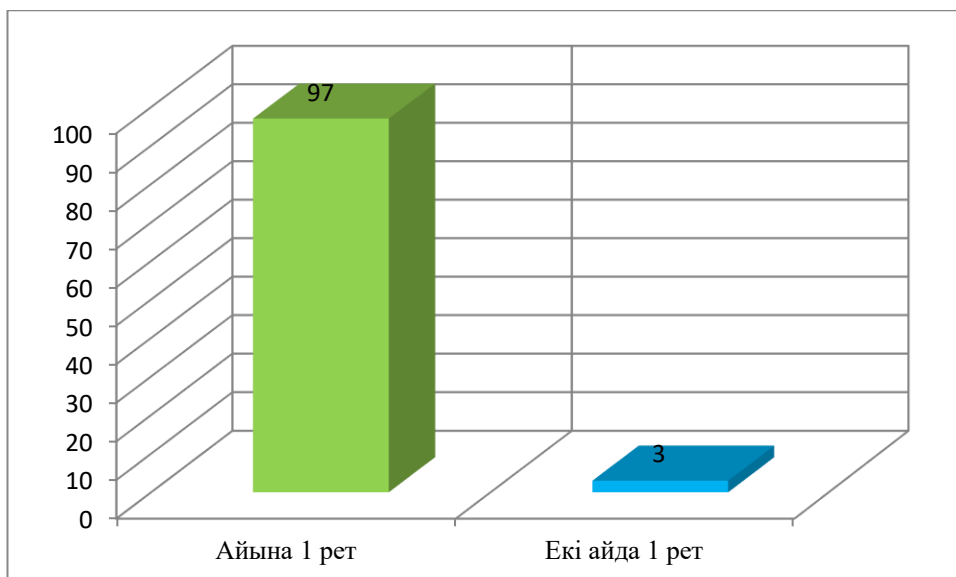


Сурет 48-Жауапты таңдау негіздемесі

Суреттен көріп отырғанымыздай, дәрігерлер үшін жауапты таңдау кезінде ең бастысы кәсіби еңбек өтілі болып табылады, сұралғандардың төрттен бір бөлігі жеке тәжірибесіне сүйене отырып жауапты таңдаған, 5%-ы медициналық өкілдерден алынған ақпаратқа сүйене отырып және туған-туысқандары мен таныстарының мысалында жауапты таңдаған, сондай-ақ ең маңыздысы, дәрігерлердің 15%-ы қандай да бір нұсқаны белгілерде пациенттің пікіріне сүйене отырып таңдағанын айтады, ол біздің ойымызша, дәрігер мен пациенттің өзара ынтымақтастығын көрсетеді.

Келесі сұрақтар пациенттердің тегін дәрі-дәрмектерді алуының жиілігі мен саны туралы болды (49,50 суреттер).

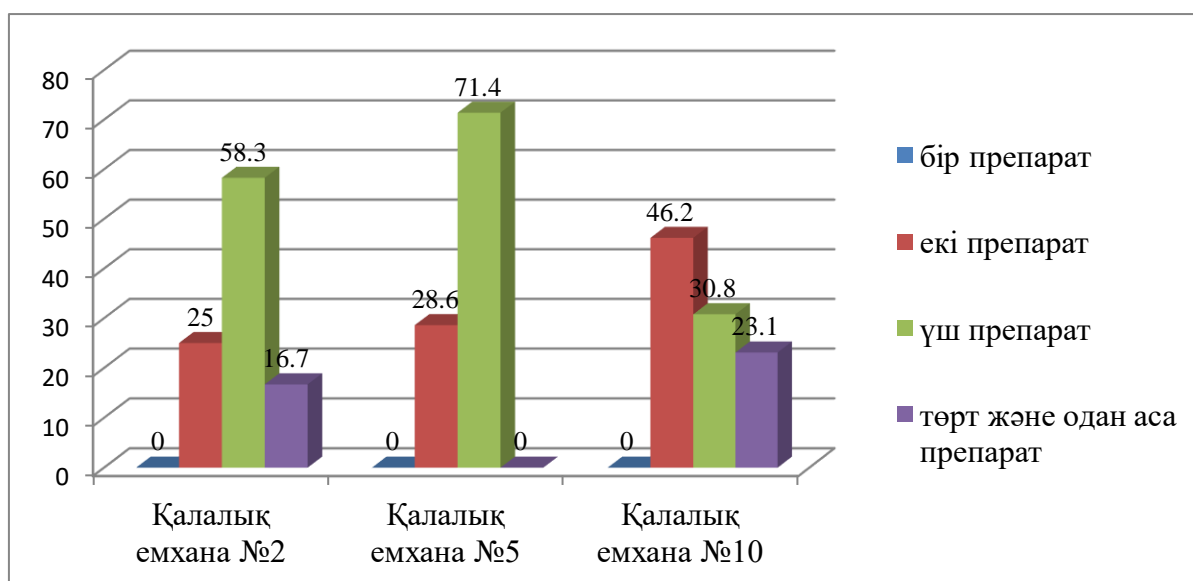
Біз: "Сіздің емделушілеріңіз тегін дәрі-дәрмектерді қаншалықты жиі алады?"-деп сұрадық және мынадай жауаптар алдық (сурет 49):



Сурет 49-Пациенттің тегін дәрі-дәрмектерді алу жиілігі

Жауап берушілердің барлығы дерлік айына 1 рет тегін дәрі-дәрмектерді тағайындайтынын айтса, тек 1 дәрігер ғана басқаша жауап берді (екі айда 1 рет).

Сұрақ: "Сіз тегін дәрі-дәрмектерді орта есеппен қанша тағайындайсыз?"-сұрағына дәрігерлер төмендегідей жауап берді (сурет 50):

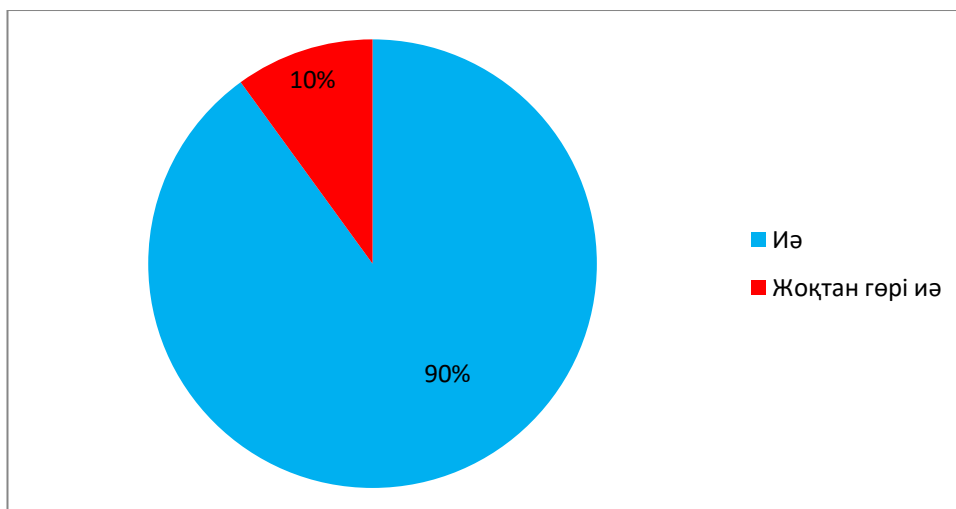


Сурет 50-Тағайындалатын тегін дәрілік заттардың орташа саны

Екі емхана бойынша: №2 ҚЕ және №5 ҚЕ көбінесе 3 препараттан, №10 ҚЕ 2 препараттан тағайындайды.

Келесі сұрақтардың мақсаты ықтимал жанама әсерлер және олардың алдын алу үшін қолданылатын шаралар туралы респонденттердің пікірін зерделеу болды.

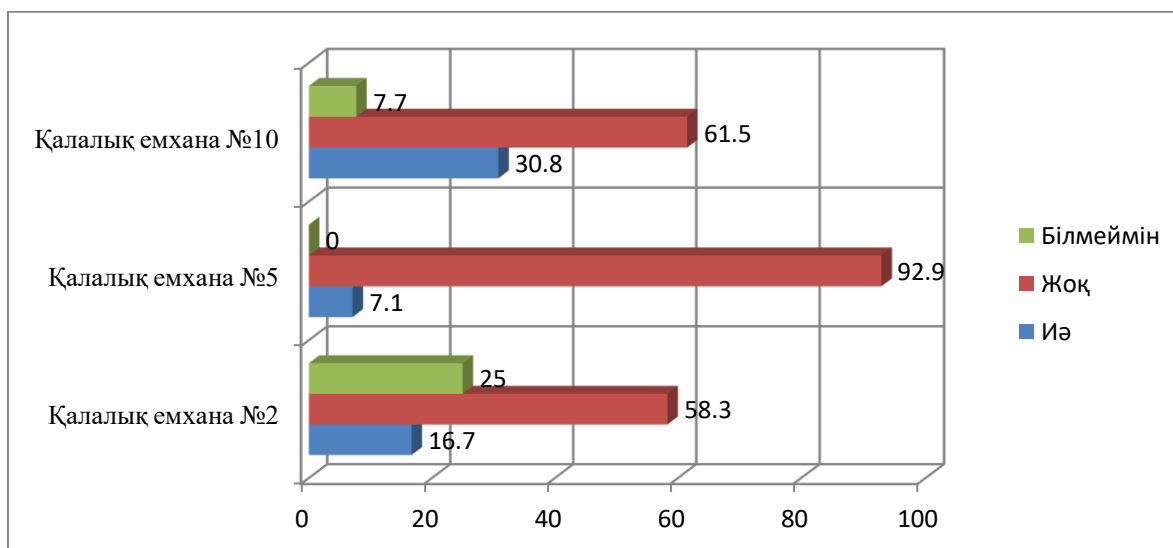
"Тегін дәрі-дәрмек алатын пациенттерді қабылдау ережелері мен еселігі, дозалар, ықтимал жанама әсерлері туралы хабардар етесіз бе?"-деген сауалымызға мынандай деректер алынды (сурет 51):



Сурет 51-Тегін дәрілік заттар алатын пациенттерді ағарту деңгейі

Дәрігерлердің 90%-ы тегін дәрілік заттар алатын науқастарға қабылдау ережелері мен еселігін, дозасын және мүмкін болатын жанама әсерлерін хабарлайтынын айтса, ал қалған 10%-ы пациенттерге мүлдем айтпағанға карағанда жиірек айтатыны белгілі болды.

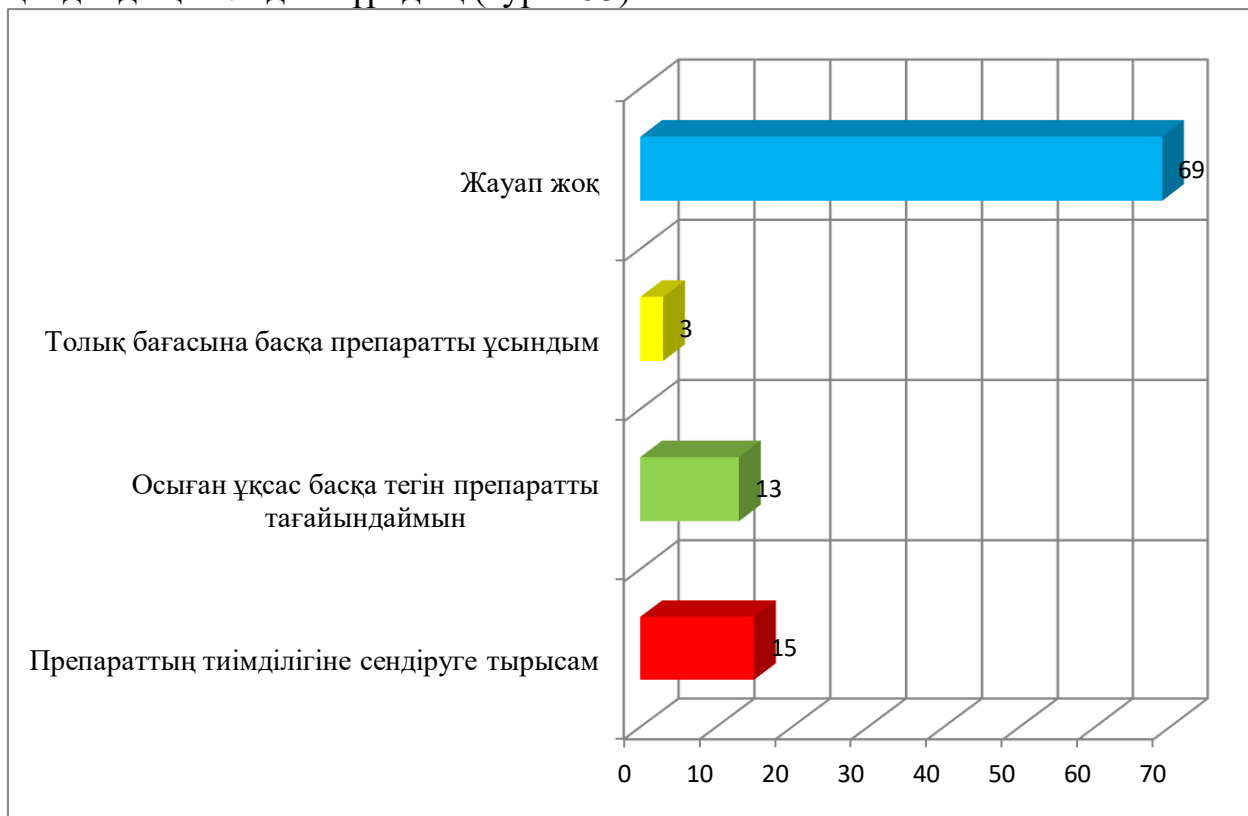
"Пациенттің тегін дәрілік заттардан бас тартуы мен шағымдары болды ма?"-деген сұраққа дәрігерлер былайша жауап берді (сурет 52):



Сурет 52- Тегін дәрілік заттардан шағым немесе бас тарту жағдайларының болуы

№ 5 ҚЕ-дағы дәрігерлердің 93%-ы тегін дәрілік заттардан пациенттің бас тарту жағдайларының болмағанын айтты. Шағымдар мен тегін дәрілік заттардан бас тарту жағдайларын растаудың ең жоғары үлес салмағы № 10 ҚЕ-да (31%) байқалады.

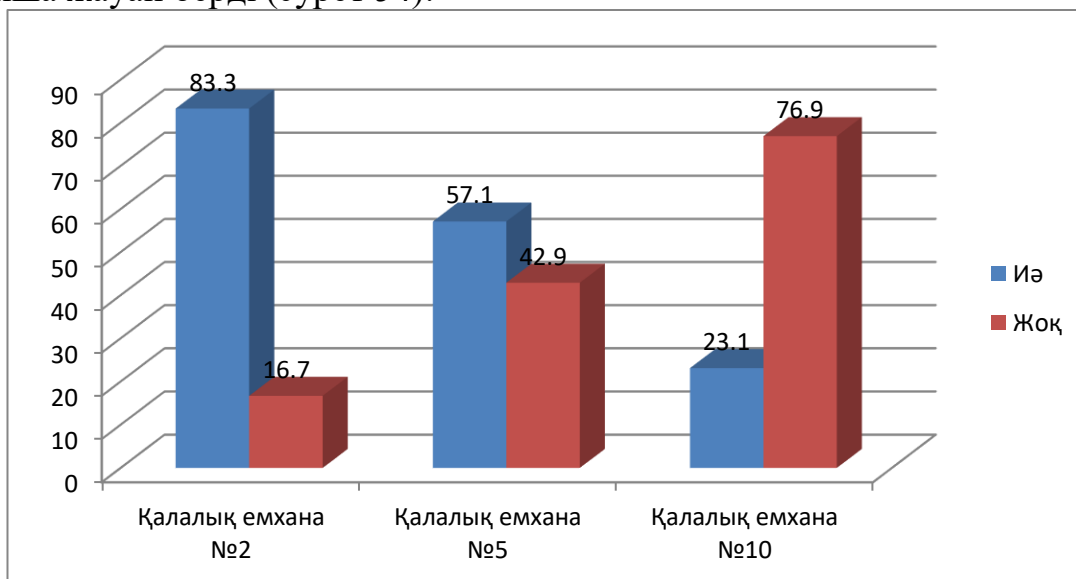
Сондай-ақ, біз дәрігерлерден: "Егер сіздің емханаңызда тегін дәрілік заттардан бас тарту жағдайлары мен шағымдар болса, сіз қандай шаралар қолдандыңыз?"-деп сұрадық (сурет 53):



Сурет 53- Пациенттің тегін дәрілік заттардан бас тартуына дәрігерлердің әрекеті

Респонденттердің басым бөлігі (69%) осы сұраққа жауап берген жоқ, дәрігерлердің бірдей саны дерлік препараттың тиімділігіне сендіруге тырысқан немесе осыған ұқсас басқа тегін препаратты тағайындаған.

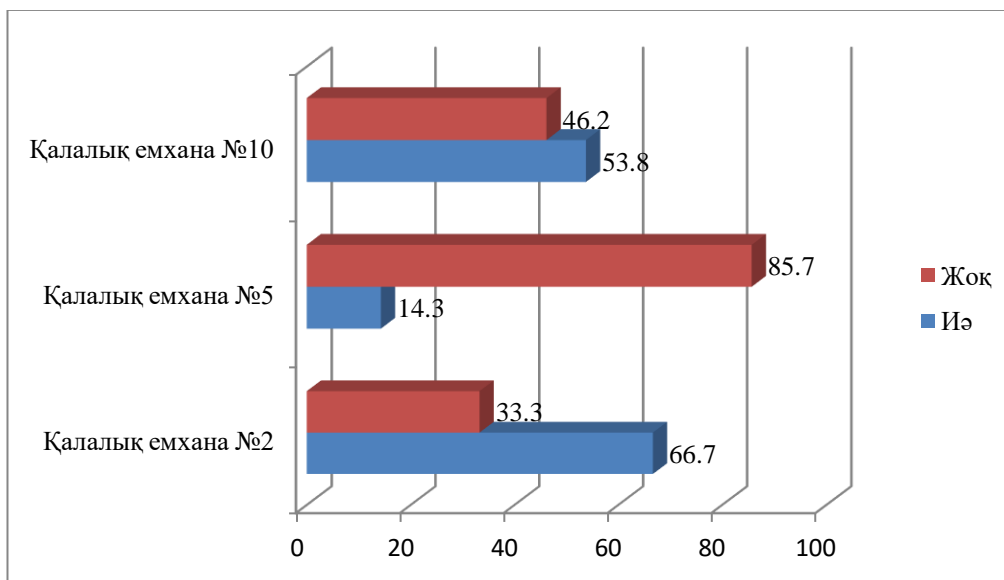
"Сіз "сары карта" туралы хабардарсыз ба" деген сұраққа респонденттер былайша жауап берді (сурет 54):



Сурет 54-Дәрігерлердің "сары карта" туралы хабардар болуы

№ 2 ҚЕ дәрігерлері неғұрлым көбірек хабардар болса – 83%, № 10 ҚЕ дәрігерлері ең аз көрсеткішті көрсетті.

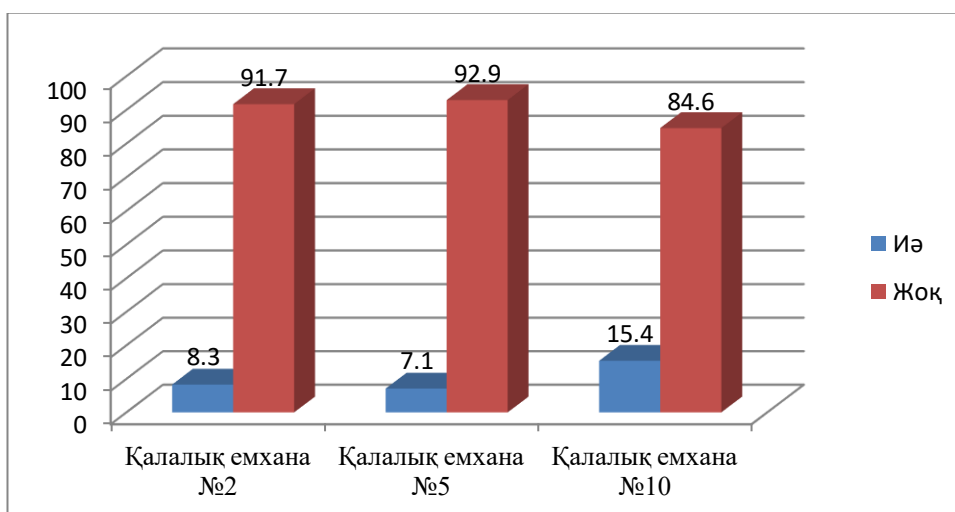
"Тегін дәрі-дәрмектерді қабылдау аясында сіздің емделушілеріңізде жанама реакциялар анықталды ма?"-деген сауалға мынандай жауаптар алынды (сурет 55):



Сурет 55 – Тегін дәрілік заттарды қабылдайтын емделушілерде жанама реакцияларды анықтау

Сұралғандардың арасында жанама реакцияның болуын растаған дәрігерлердің ең көп саны № 2 ҚЕ мен № 10 ҚЕ-да байқалады.

"Егер пациентте жанама әсерлер байқалса, сіз "сары картаны" толтырдыңыз ба? " деген сұраққа (сурет 56):

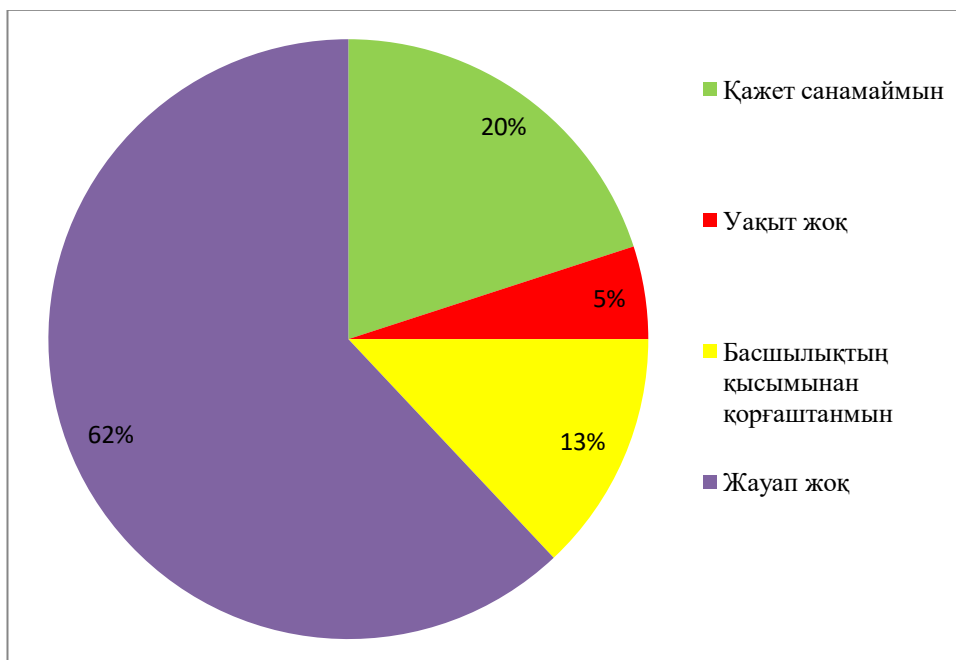


Сурет 56 - Жанама әсерлерді анықтау кезінде дәрігерлердің "сары картаны" толтыруы

"Сары картаны" толтырушы дәрігерлердің үлес салмағы өте аз, және егер алдыңғы кестемен салыстырсақ, онда № 10 ҚЕ –да емделушілерде жанама

әсерлерді байқаған дәрігерлердің ішінен тек үштен бірі "сары картаны" толтырса, ал № 2 ҚЕ-да тек 8% дәрігер ғана толтырған.

Дәрігерлерге арналған сауалнаманың келесі сұрағы: "Егер сіз "сары картаны" толтырмаған болсаңыз, себебін көрсетіңіз?"-дегенімізде, мынадай деректер алынды (сурет 57):

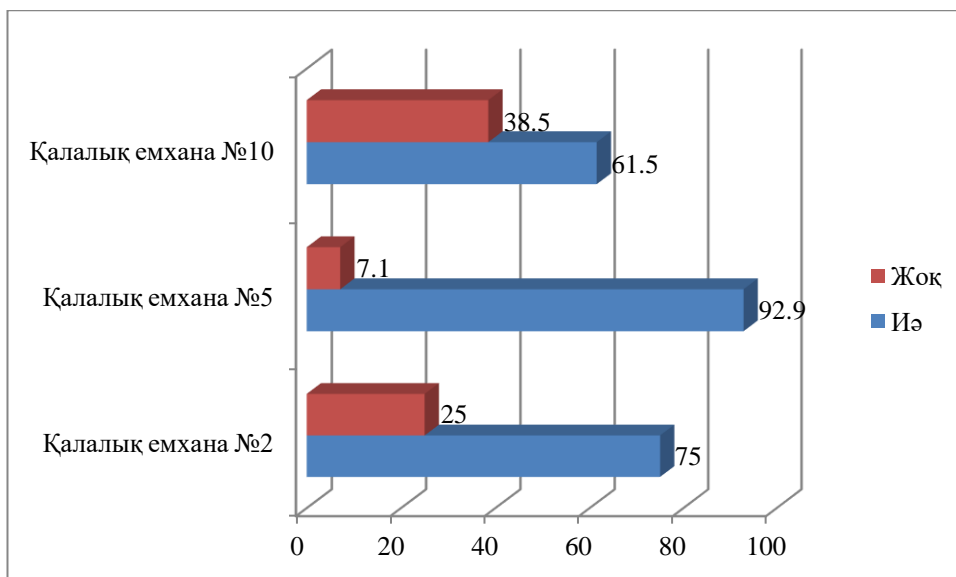


Сурет 57-Дәрігерлердің "сары картаны" толтырмау себептері

"Сары картаны" толтырмау себептерінің ішінде респонденттердің бестен бірі оларды толтыру қажет деп санамайтынын айтса, сұралғандардың 13%-ы басшылық тарапынан жасалатын қысымнан қашқақтаған, 5%-ы уақыт жоқ десе, респонденттердің жартысынан көбі осы сұраққа жауап беруден бас тартқан.

Сауалнама жүргізу кезінде біз дәрігерлер дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге қаншалықты көңілдері толатынын және оны жақсарту үшін қандай да бір іс-шаралар қолданады ма деген сауалдарды анықтауға тырыстық (58-60 суреттер).

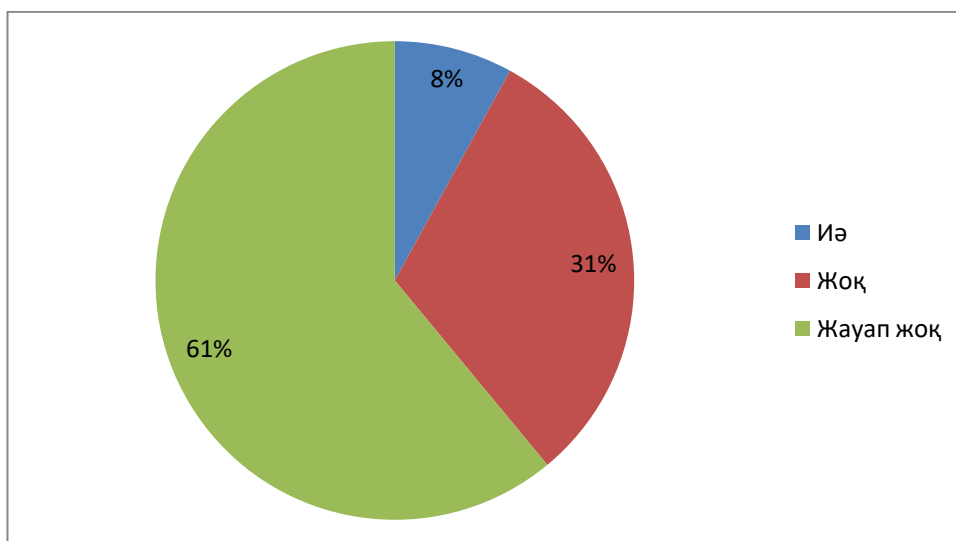
"Сіздің емханаңыздың дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етілуіне көңіліңіз толады ма?"-деген сауалға дәрігерлер төмендегідей жауап берді (сурет 58):



Сурет 58-Дәрігерлердің дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге қанағаттану деңгейі

Барлық үш емхана бойынша сұралған дәрігерлердің басым бөлігі дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге көңілдері толатынын айтты, бұл ретте № 2 қалалық емханада дәрігерлердің 93%-ы оң жауап берген. Егер қанағаттанбаушылық туралы айтатын болсақ, ең үлкен үлес салмағы № 10 ҚЕ-да байқалады, шамамен 40%.

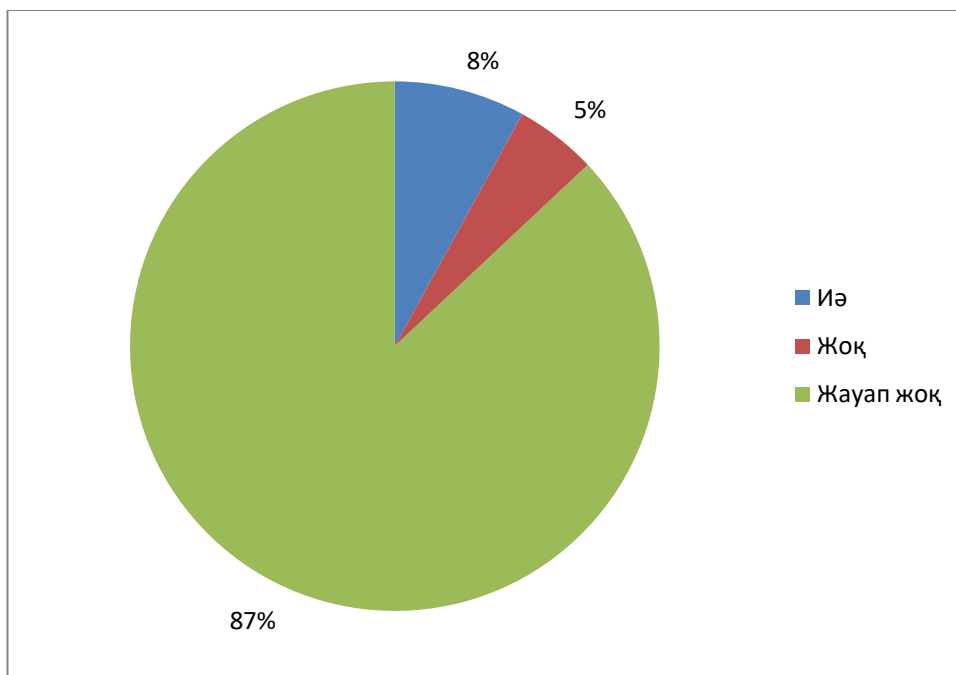
"Егер сіз дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге көңіліңіз толмаса, басшылыққа өз пікіріңізді айтуға тырыстыңыз ба немесе тегін дәрі-дәрмекті ауыстыруды ұсынып көрдіңіз бе?"-деген сауалға, біз келесі жауаптарды алдық (сурет 59):



Сурет 59-Дәрілік қамтамасыз етуді жақсарту бойынша жасалатын іс-шаралар

Суреттен көрініп тұрғандай, жауап бергендердің ішінен көп бөлігі ұсыныстар енгізбейді (31%). Өз пікірін тек 8%-ы айтады, бұл дәрігерлердің әлеуметтік белсенділігінің төмен екенін көрсетеді.

Дәрігерлердің енгізілген ұсыныстарға жауап алғанын білу үшін біз мынадай сұрақ қойдық: "Егер сіз дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді жақсарту бойынша іс-шаралар ұсынсаңыз, сіздің ұсынысыңызға жауап берді ме?" (сурет 60):



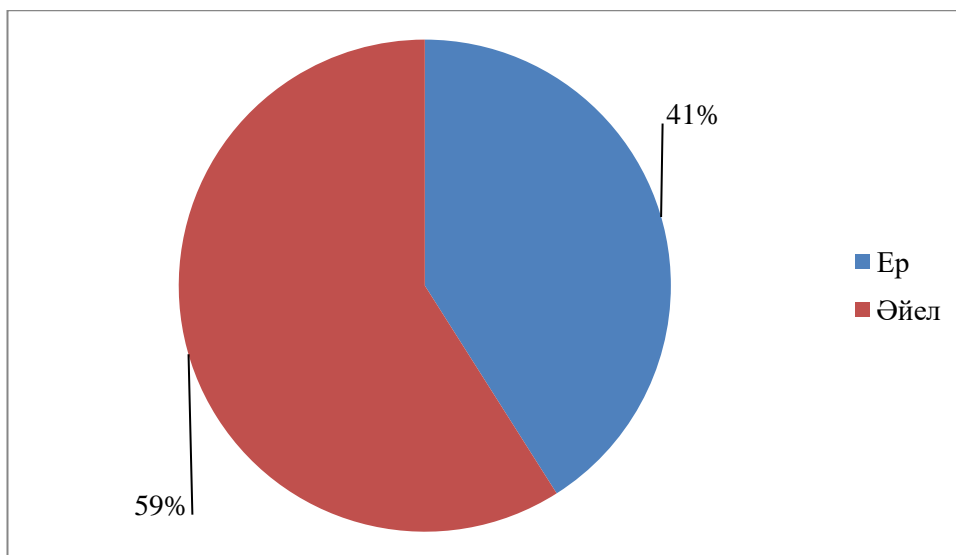
Сурет 60 - Енгізілетін ұсыныстарға кері байланыс

Бұл сурет дәрігерлердің әлеуметтік белсенділігінің неге төмен екенін түсіндіруі мүмкін, өйткені алынған нәтижелердің ішінен біз енгізілетін ұсыныстарға дәрігерлердің ешқандай жауап алмайтынын көреміз. Бұл, өз кезегінде, дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесінің түрлі деңгейлері арасында ынтымақтастықтың жоқ екенін білдіреді.

Пациенттерге жүргізілген сауалнама нәтижелері

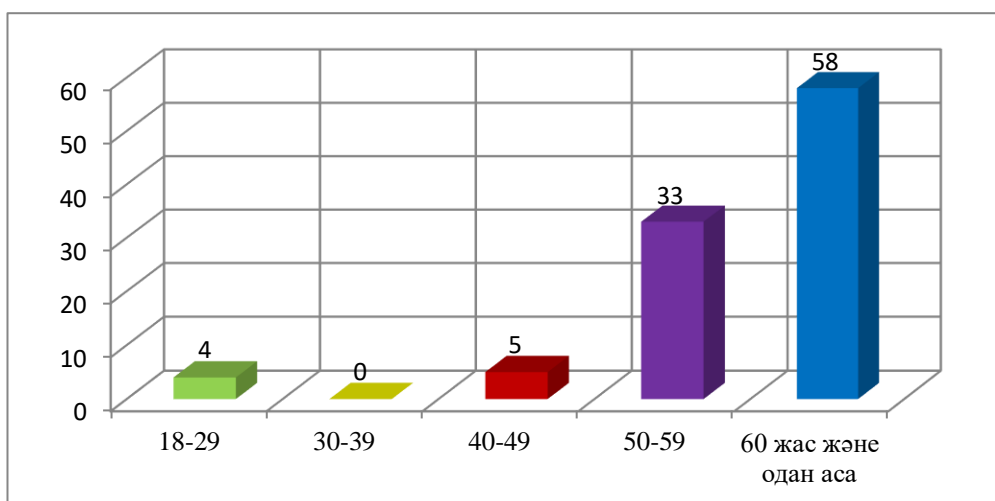
Біздің зерттеуіміздің соңғы, бірақ ең маңызды кезеңі, түрлі бағдарламалар арналып жасалатын және соңында оларға бағытталатын адамдар – тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде тегін дәрі-дәрмек алатын халықтың пікірін зерттеу болып табылады.

Бастапқыда біз емделушілерді жас-жыныстық құрамы бойынша талдадық (61,62 суреттер).



Сурет 61 - Респонденттердің жыныстық құрамы

Жыныстық құрамы бойынша әйелдер санының аздаған басымдығы байқалады.



Сурет 62-Респонденттердің жас құрамы

Біз зерттеген респонденттер арасында үлкен жастағы адамдар басым, олардың басым бөлігі 60 және одан үлкен жасқа келеді, зерттелетін халықтың екінші жас аралығы 50-59 жасқа келеді.

Біз зерттейтін санат-белгілі бір нозологияға тән ересек халық. Біз пациенттер тегін дәрі-дәрмектерді қандай диагноз бойынша жиі алатынын зерттедік (сурет 63).

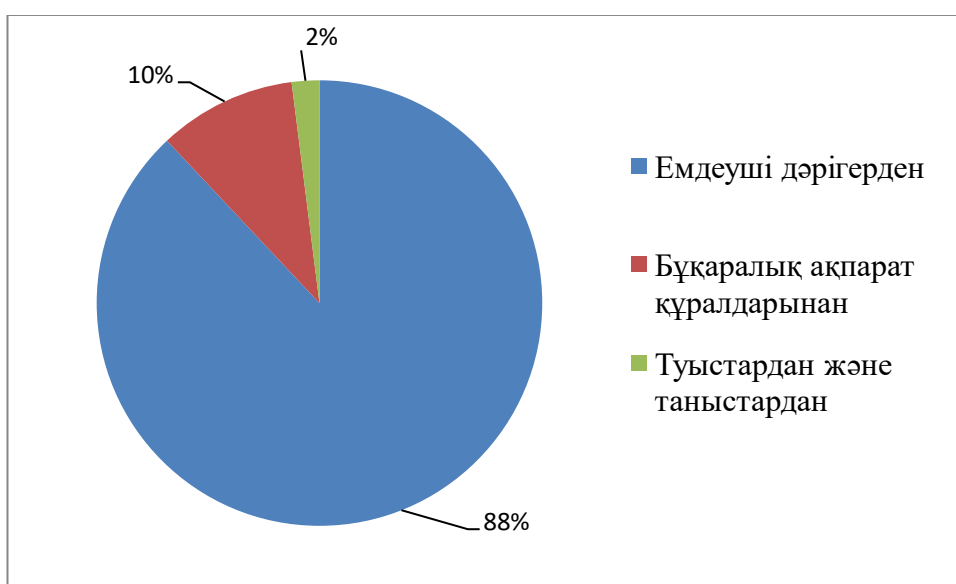


Сурет 63-ТДЗ алатын пациенттердің диагнозы

Суреттен көрініп тұрғандай, тегін дәрілік заттарды алатын емделушілердің ең көп саны жүректің ишемиялық ауруы кезінде (ЖИА) – 84%, екінші орында ревматоидты артрит (РА) – 11%, гематологиялық аурулар 3% құрайды және 1% остеоартроз бен В және С вирустық гепатиттеріне келеді.

Сауалнаманың келесі сұрақтары ТДЗ алу саны мен жиілігін зерттеуге арналды (70 – 73 суреттер).

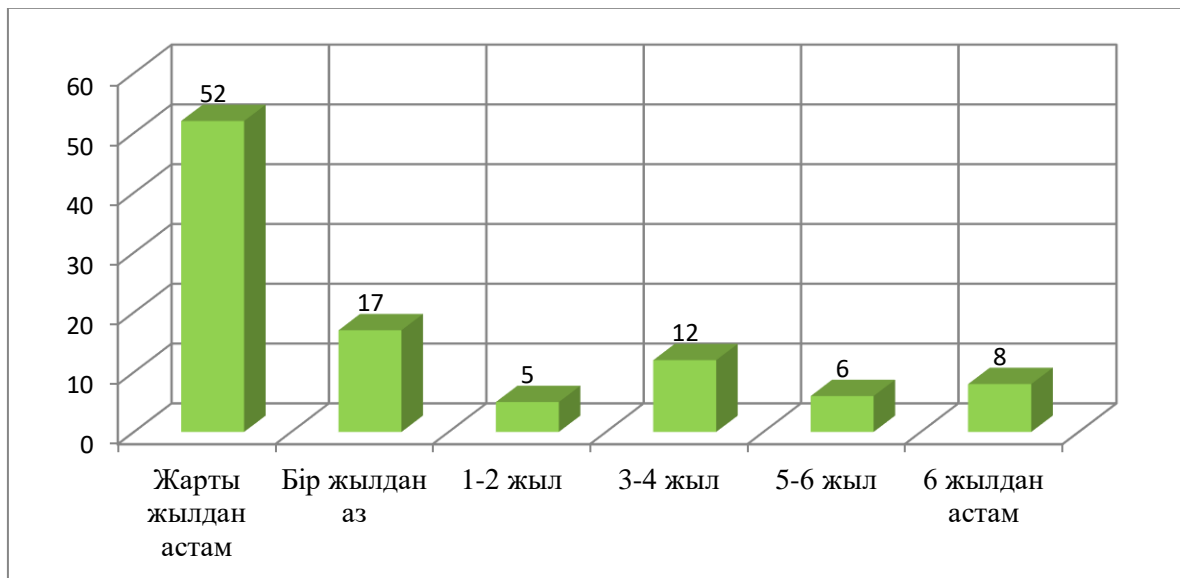
"Тегін дәрі-дәрмек алу құқығы туралы ақпаратты кімнен алдыңыз?"-деген сауалға респонденттер былайша жауап берді (сурет 64):



Сурет 64 - ТДЗ алу құқығы туралы ақпаратты алу көзі

Сұралған пациенттердің 88%-ы тегін дәрі-дәрмек алу құқығы туралы емдеуші дәрігерден, 10%-ы бұқаралық ақпарат құралдарынан (БАҚ) және 2% -ы туыстары мен таныстарынан білген. Алынған мәліметтер дәрігерлер мен пациенттер арасындағы ағарту жұмыстары жайлы айтады.

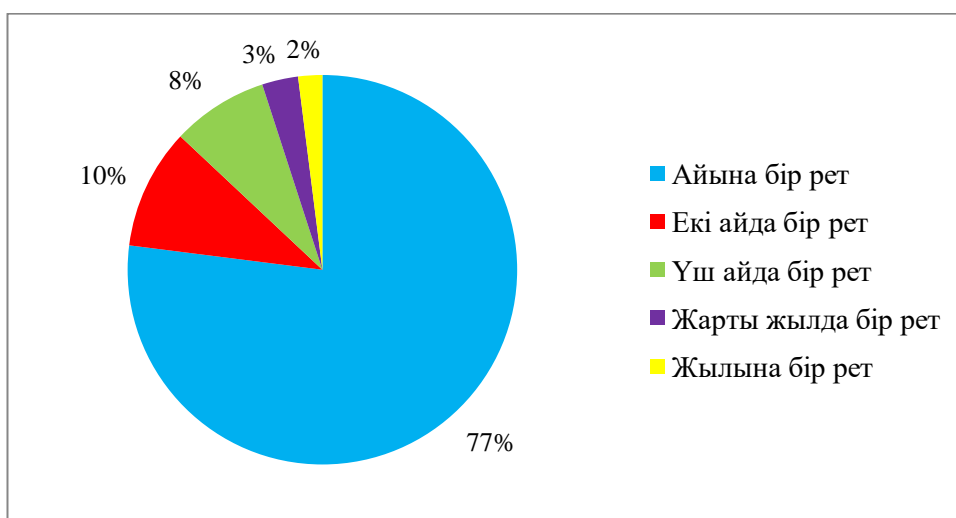
"Сіз тегін дәрі-дәрмектерді қашаннан бері аласыз?"-деген сұраққа емделушілер былай жауап берді (сурет 65):



Сурет 65-Пациенттің ТДЗ алу мерзімінің ұзақтығы

Біз емделушілердің қашаннан бері дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етілетіндігін анықтауға тырыстық. Респонденттердің 50%-дан астамы ТДЗ-ны жарты жылдан аз, 17%-ы бір жылдан аз, сұралғандардың 8%-ы ТДЗ-ды 6 жылдан астам алатынын айтқан.

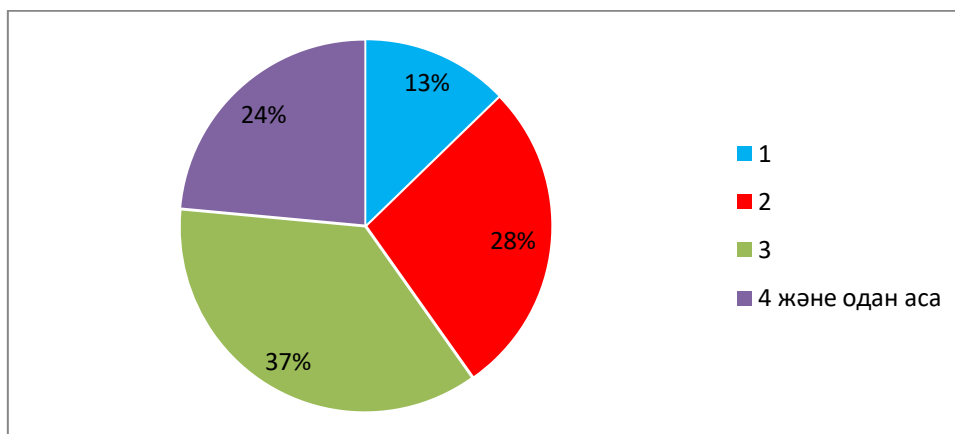
Келесі қойылған сұрақ: "Тегін дәрілік заттарды қаншалықты жиі аласыз?"-деген сауалға былайша жауап берілді (сурет 66):



Сурет 66-Науқастардың тегін дәрілік заттарды алу жиілігі

Пациенттерге ТДЗ алу жиілігі туралы сауалнаманың нәтижелері дәрігерлерден алынған нәтижелерден ерекшеленеді. Әлбетте, басым бөлігі дәрілік заттарды айына 1 рет алатынын айтқан, дегенмен басқа жауап нұсқалары да кездеседі, мысалы: 10%-ы ТДЗ-ды екі айда бір рет, 8%-ы үш айда бір рет алса, сұралғандардың ең аз бөлігі жарты жылда бір рет немесе жылына бір рет аламын деп жауап берген.

"Сіз қанша тегін дәрі-дәрмек аласыз?"-деген сұраққа респонденттер төмендегідей жауап берді (сурет 67):

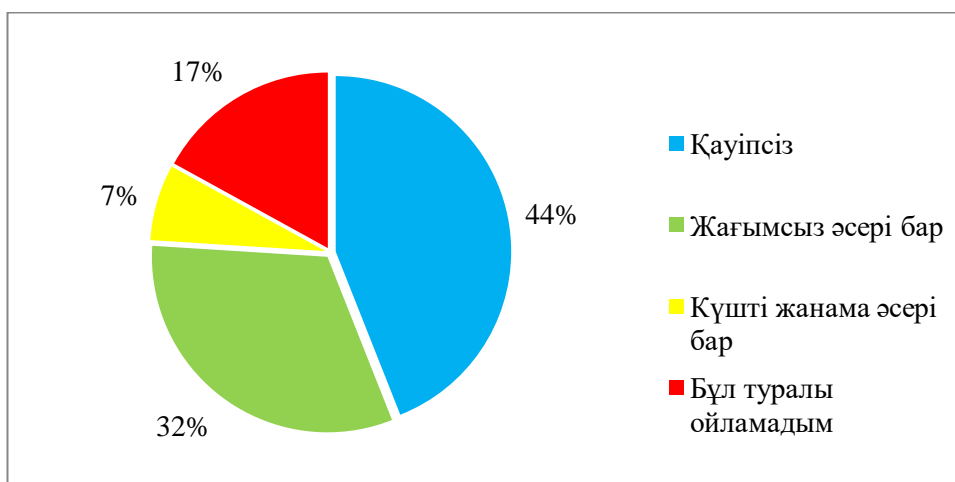


Сурет 67-Емделушілер алатын тегін дәрілік препараттардың саны

Жауаптар біркелкі емес, алайда, жауаптардың ең көп пайызы үшінші нұсқаны алады – 3 препарат, бұл дәрігерлердің жауаптарымен сәйкес келеді.

Зерттеудің маңызды кезеңі емделушілердің алынатын дәрілік заттарды қалай бағалайтынын білу болды. Бағалау негізгі 4 мәселе бойынша жүргізілді.

"Сіз тегін алатын дәрі-дәрмектерді қауіпсіздік дәрежесі бойынша қалай бағалайсыз?"-деген сауалға, біз мына деректерді алдық (сурет 68):



Сурет 68 - Тегін дәрілік препараттардың қауіпсіздік дәрежесін бағалау

Алынған нәтижелердің негізінде, тегін дәрі-дәрмек алатындардың 44%-ы оларды қауіпсіз деп бағалайтынын, 17%-ы олардың жанама әсерлері бар екенін,

7%-ы күшті жанама әсері барын байқағанын және жауап берушілердің бестен бір бөлігі бұл туралы ойланбағанын айтқан.

Сондай-ақ біз алынған деректердің нақтылығын есептедік (кесте 11):

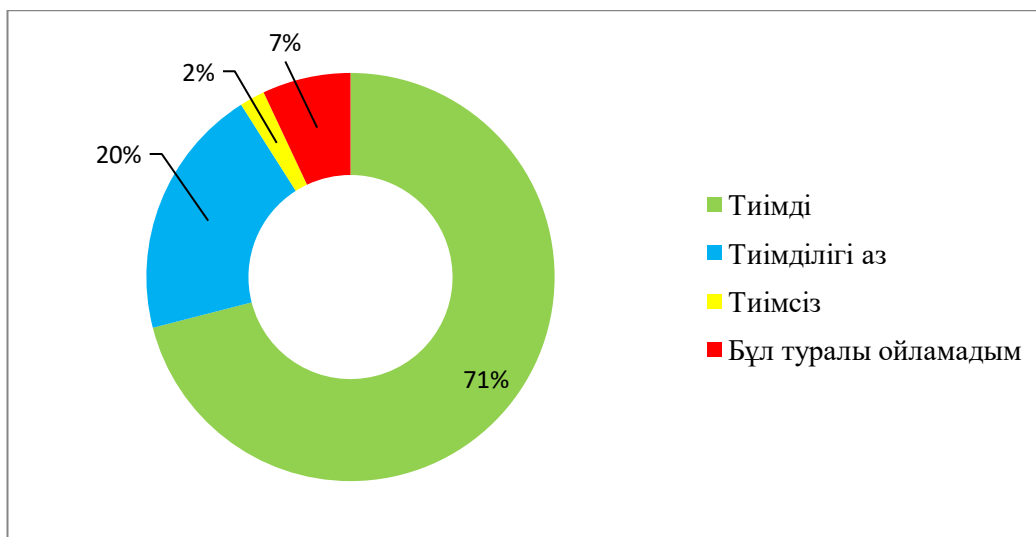
Кесте 11- ТДЗ қауіпсіздігін бағалау көрсеткіштерінің нақтылығы

Жауап нұсқалары	№ 2 ҚЕ		№ 5 ҚЕ		№ 10 ҚЕ		Барлығы	
	Сұралғандардың абс. саны	Барлығының % $X \pm \zeta_X$	Сұралғандардың абс. саны	Барлығының % $X \pm \zeta_X$	Сұралғандардың абс. саны	Барлығының % $X \pm \zeta_X$	Сұралғандардың абс. саны	Барлығының % $X \pm \zeta_X$
Қауіпсіз	66	52±4,4** *	71	64±4,3	9	9,6±3,0	146	44±2,7
Жанама әсері бар	54	42,5±4,4	16	14,4±3,5	35	37,2±5,0	105	31,6±2,6
Жанама әсері күшті	3	2,4±1,4	5	4,5±2,1	16	17±3,9	24	7,2±1,4
Бұл туралы ойланбадым	4	3,1±1,5	19	17,1±3,7	34	36,2±5,0	57	17,2±2,1
Жиыны	127	100,0±0,0	111	100±0,0	94	100,0±0,0	332	100,0±0,0

Ескерту - *** № 2 ҚЕ мен № 10 ҚЕ топтарының арасындағы айырмашылықтар анық, $p < 0,001$

Алынған деректер статистикалық маңызды ($p < 0,001$).

"Сіз алатын тегін дәрілік заттарды клиникалық тиімділік дәрежесі бойынша қалай бағалайсыз?"-деген сауалға емделушілер былай жауап берді (сурет 69):



Сурет 69-Тегін дәрілік заттардың клиникалық тиімділігі дәрежесін бағалау

Сұралғандардың 71%-ы өздері қабылдайтын тегін дәрілік заттар тиімді деп жауап берді, 20%-ы тиімділігі аз, тек 2%-ы ТДЗ тиімсіз деп бағалаған болса, респонденттердің 7%-ы бұл туралы мүлдем ойланбаған.

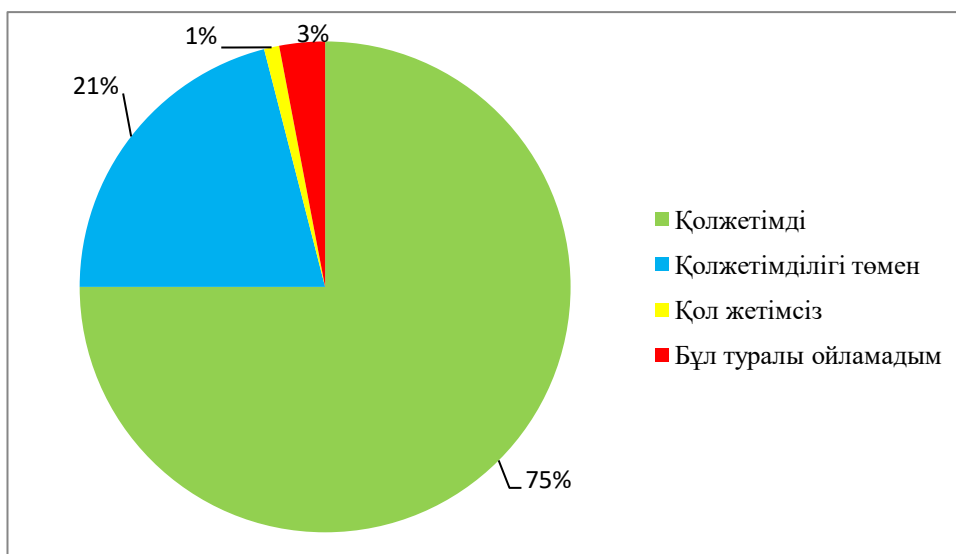
Содан кейін, біз алынған деректердің нақтылығын есептедік (кесте 12):

Кесте 12 - ТДЗ клиникалық тиімділігін бағалау көрсеткіштерінің нақтылығы

Жауап нұсқалары	№ 2 ҚЕ		№ 5 ҚЕ		№ 10 ҚЕ		Барлығы	
	Сұралғандардың абс. саны	Барлығын % $X \pm \sigma_x$	Сұралғандардың абс. саны	Барлығын % $X \pm \sigma_x$	Сұралғандардың абс. саны	Барлығын % $X \pm \sigma_x$	Сұралғандардың абс. саны	Барлығын % $X \pm \sigma_x$
Тиімді	81	63,8±4,3	68	61,3±4,6	86	91,5±2,9	235	70,8±2,5
Тиімділігі аз	36	28,3±4,0**	22	19,8±3,8	8	8,5±2,9	66	19,9±2,2
Тиімсіз	5	3,9±1,7*	2	1,8±1,3	0	0±0,0	7	2,1±0,8
Бұл туралы ойланбадым	5	3,9±1,7*	19	17,1±3,6	0	0±0,0	24	7,2±1,4
Жиыны	127	100,0±0,0	111	100±0,0	94	100,0±0,0	332	100,0±0,0

Ескерту - * № 2 ҚЕ мен № 10 ҚЕ топтарының арасындағы айырмашылықтар анық, $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

Сұрақ: "Алынған препараттарды физикалық/географиялық қол жетімділік дәрежесі бойынша қалай бағалайсыз?"-мынадай жауаптарға ие болды (сурет 70):



Сурет 70-Алынатын тегін дәрілік заттардың физикалық/географиялық қол жетімділік дәрежесін бағалау

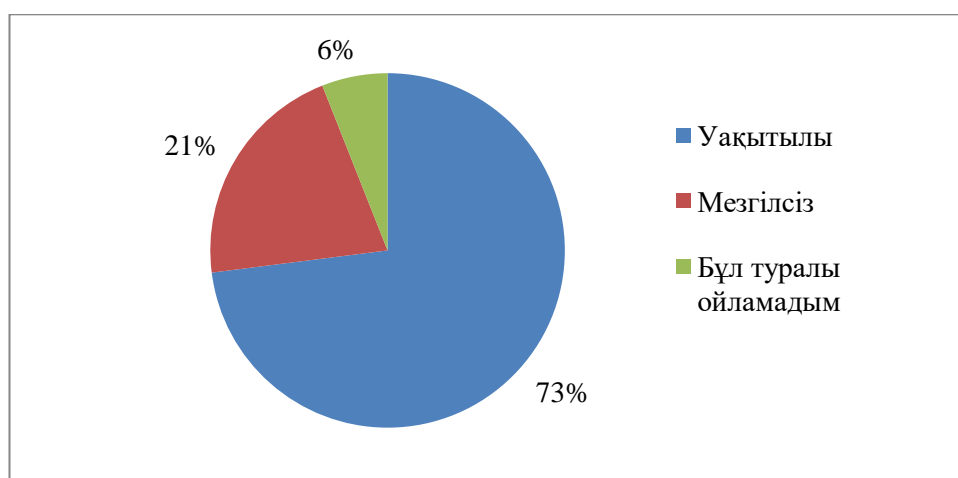
Сұралғандардың арасында 75% ТДЗ қол жетімді, 21% қол жетімділігі төмен және 1% қол жетімсіз деп бағалады. Бұл ретте айта кететіні, біз зерттеген емханалардың әрқайсысында тегін дәрі-дәрмек босататын дәріхана бар, яғни ТДЗ алудың физикалық қолжетімділігі артқан.

Кесте 13 - ТДЗ-дың физикалық/географиялық қол жетімділігін бағалау көрсеткіштерінің нақтылығы

Жауап нұсқалары	№ 2 ҚЕ		№ 6 ҚЕ		№ 10 ҚЕ		Барлығы	
	Сұралғандардың абс. саны	Барлығын % $X \pm \sigma_x$	Сұралғандардың абс. саны	Барлығын % $X \pm \sigma_x$	Сұралғандардың абс. саны	Барлығын % $X \pm \sigma_x$	Сұралғандардың абс. саны	Барлығын % $X \pm \sigma_x$
Қолжетімді	89	70,1±4,1	80	72,1±4,3	78	83±3,9	247	74,4±2,4
Қолжетімділігі аз	35	27,6±4,0	20	18±3,6	16	17±3,9	71	21,4±2,3
Қолжетімсіз	0	0±0,0	3	2,7±1,5	0	0±0,0	3	0,9±0,5
Бұл туралы ойланбадым	3	2,4±1,4	8	7,2±2,5	0	0±0,0	11	3,3±1,0

Жиыны	127	100,0 ±0,0	111	100±0 ,0	94	100,0 ±0,0	332	100,0 ±0,0
--------------	-----	---------------	-----	-------------	----	---------------	-----	---------------

"Сіз тегін дәрілік заттарды дәріханадан уақытылы алу дәрежесі бойынша қалай бағалайсыз?"-деген сауалға респонденттер былай жауап берді (сурет 71):



Сурет 71 - Тегін дәрілік заттарды дәріханадан уақытылы алудың дәрежесін бағалау

Қандай да бір дәрілік заттың тек физикалық қол жетімділігі ғана емес, дәріханада бар болуы да маңызды болып табылады, себебі ем қаншалықты уақытылы басталса, ем нәтижесі де соған байланысты болады.

Алынған мәліметтер сауалнамаға қатысқандардың басым бөлігі алынған препараттарды уақытылы, 21% - уақытылы емес деп бағалайтынын және 6%-ы бұл туралы ойланбағанын көрсетеді.

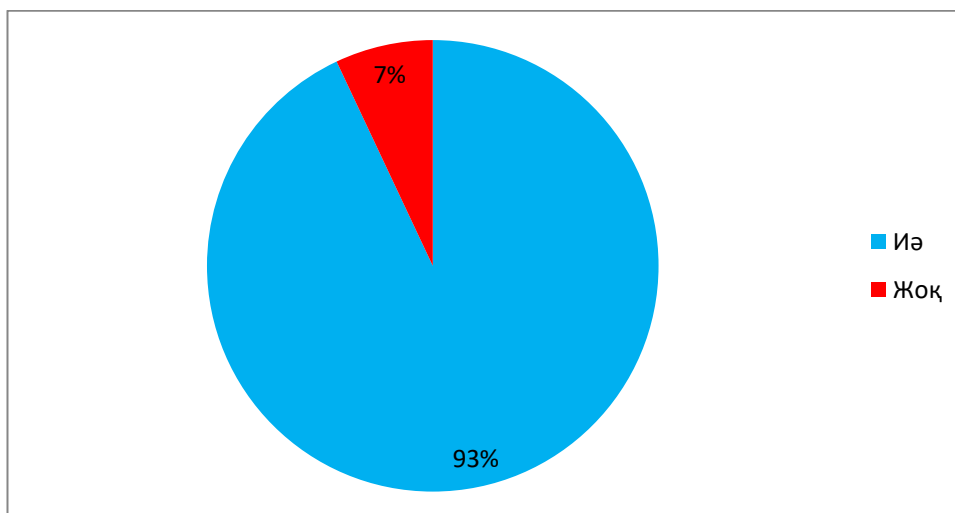
Кесте 14 - ТДЗ-дың физикалық/географиялық қол жетімділігін бағалау көрсеткіштерінің нақтылығы

Жауап нұсқалары	№ 2 ҚЕ		№ 6 ҚЕ		№ 10 ҚЕ		Барлығы	
	Сұралғандардың абс. саны	Барлығының % $X \pm \sigma_x$	Сұралғандардың абс. саны	Барлығының % $X \pm \sigma_x$	Сұралғандардың абс. саны	Барлығының % $X \pm \sigma_x$	Сұралғандардың абс. саны	Барлығының % $X \pm \sigma_x$
Уақытылы	100	78,7±3,6	73	65,8±4,5	69	73,4±4,6	242	72,9±2,4
Уақытылы емес	24	18,9±3,5	30	27±4,2	16	17±3,9	70	21,1±2,4
Бұл туралы	3	2,4±1,4	8	7,2±2,5	9	9,6±3,0	20	6±1,3

ойланба дым								
Жиын ы	127	100,0± 0,0	111	100±0,0	94	100,0± 0,0	332	100,0± 0,0

Сауалнаманың келесі кезеңі дәрігер мен пациенттің ынтымақтастығын зерттеуге арналды.

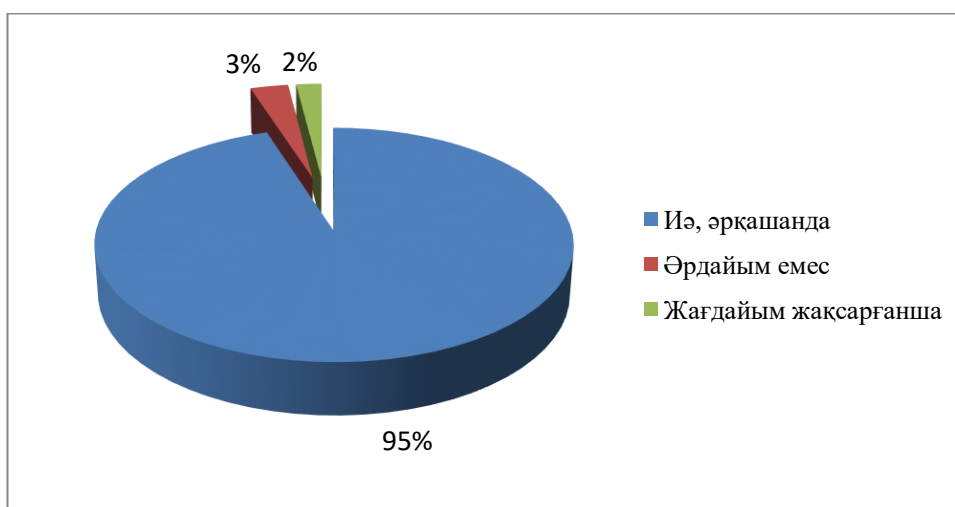
"Тегін дәрілік заттарды қабылдау ережелері туралы дәрігер сізді хабардар ете ме?"-деген сұраққа емделушілер былай жауап берді (сурет 72):



Сурет 72- Дәрігерлердің ТДЗ-ды қабылдау ережелері жайлы пациенттерді ағарту деңгейі

Біз сұраған барлық пациенттер олардың емдеуші дәрігері тағайындалған дәрілік заттарды қабылдау ережелері туралы хабарлайды деп жауап берді.

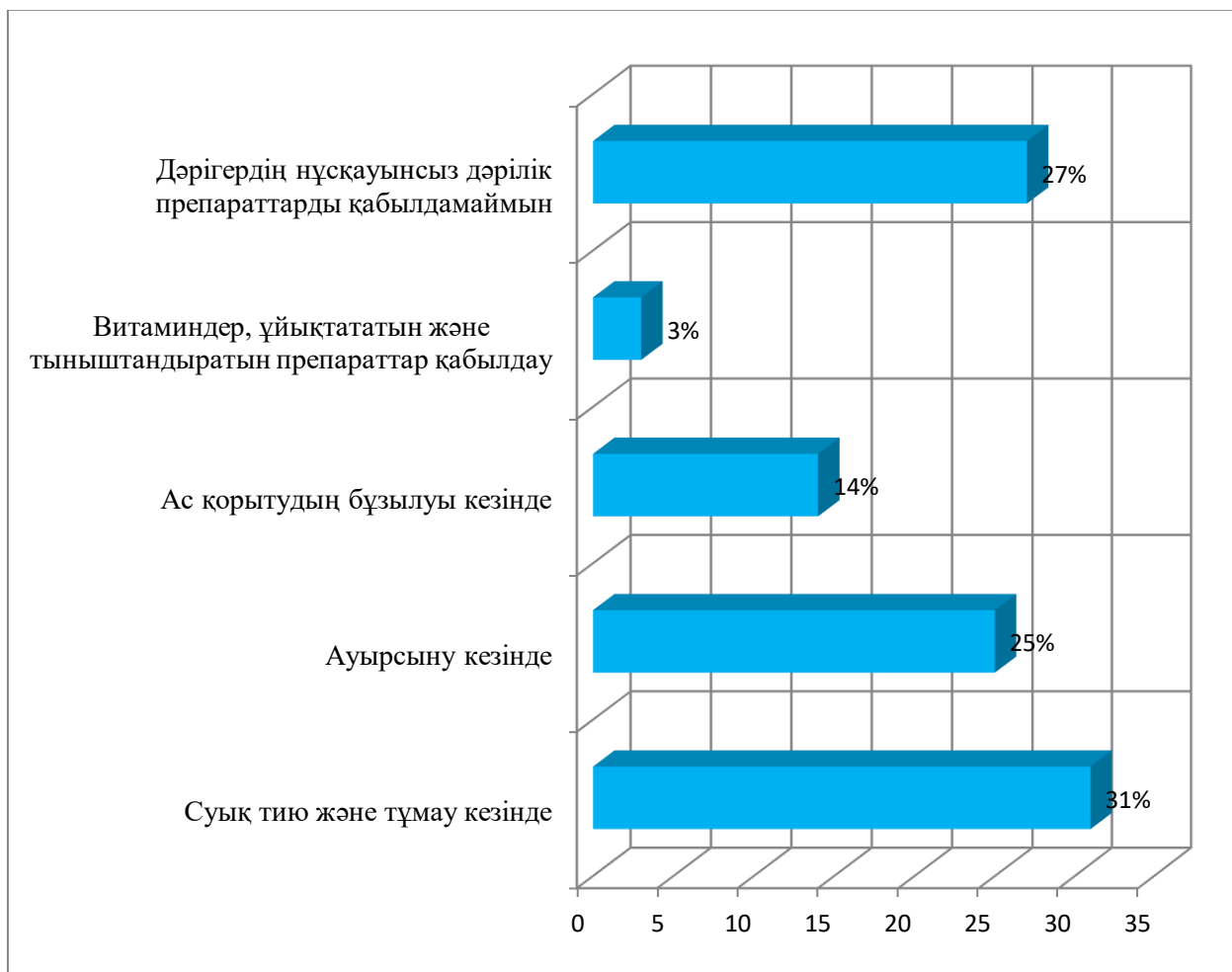
Пациенттерге қойылған келесі сұрақ: "сіз дәрігер жазып берген қабылданатын дәрілердің еселігі мен дозасын сақтайсыз ба?"-деген сауалымызға мынандай деректер алдық (сурет 73):



Сурет 73-Пациенттің ТДЗ қабылдау туралы дәрігердің ұсынымдарын сақтау дәрежесі

Пациенттердің 95%-ы емдеуші дәрігердің нұсқаулығын сақтаса, 3%-ы әрдайым емес және 2%-ы жағдайы жақсарғанша ғана сақтайтынын айтқан.

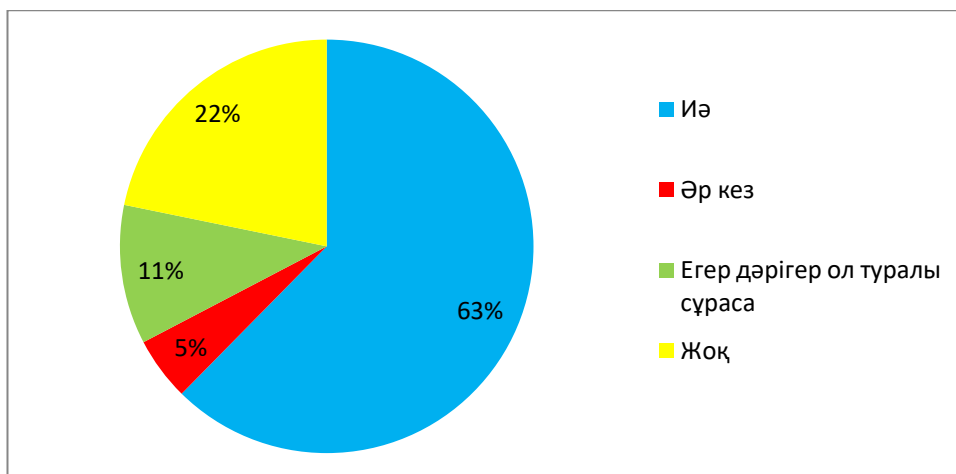
"Сіз дәрігердің тағайындауынсыз препаратты/препараттарды қандай жағдайларда қабылдайсыз?"-дегенімізде пациенттер келесідей жауап берді (сурет 74):



Сурет 74-Пациенттің дәрігердің тағайындауынсыз дәрілік заттарды қабылдау жағдайлары

Жиі кездесетін жауаптардың ішінде, емделушілер тағайындаусыз қабылдайтын дәрілік заттар: суық тию және тұмау кезінде, ауырсыну кезінде, ас қорытудың бұзылуы кезінде; ең сирек емделушілер өз бетімен витаминдер, ұйықтататын және тыныштандыратын препараттар қабылдайтынын айтқан. Бір қуантатыны, сұралғандардың арасында 27%-ы дәрігердің нұсқауынсыз дәрілік препараттарды қабылдамайды екен.

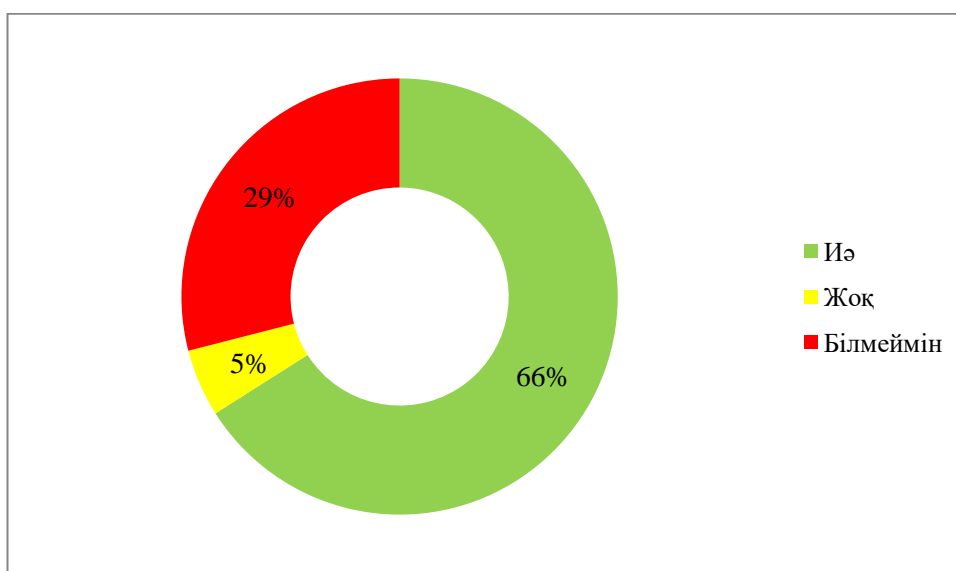
"Тегін дәрі-дәрмектерді қабылдаудан болатын кез келген аллергиялық немесе жанама әсерлер туралы дәрігерге хабарлайсыз ба?"-деген сауалға респонденттер төмендегідей жауап берді (сурет 75):



Сурет 75-Пациенттің дәрігер тағайындаған ТДЗ қабылдауы аясында аллергиялық және жанама әсерлер туралы хабардар болу деңгейі

75-суретте көрсетілгендей, пациенттердің 63% -ы өз дәрігеріне тегін дәрілік заттарды қабылдаудан болған жағымсыз реакциялар туралы хабарлаған, қалған 37% былайша бөлінді: 22% - емдеуші дәрігерге хабарламайды, 10% - егер дәрігер бұл туралы сұраса ғана айтады және 5% - жағымсыз реакциялар туралы дәрігерге көбіне айтпайды, алынған мәліметтер бойынша, дәрігер мен пациенттердің өзара ынтымақтастығының қанағаттанарлық емес деңгейде екені жайлы қорытынды жасауға болады.

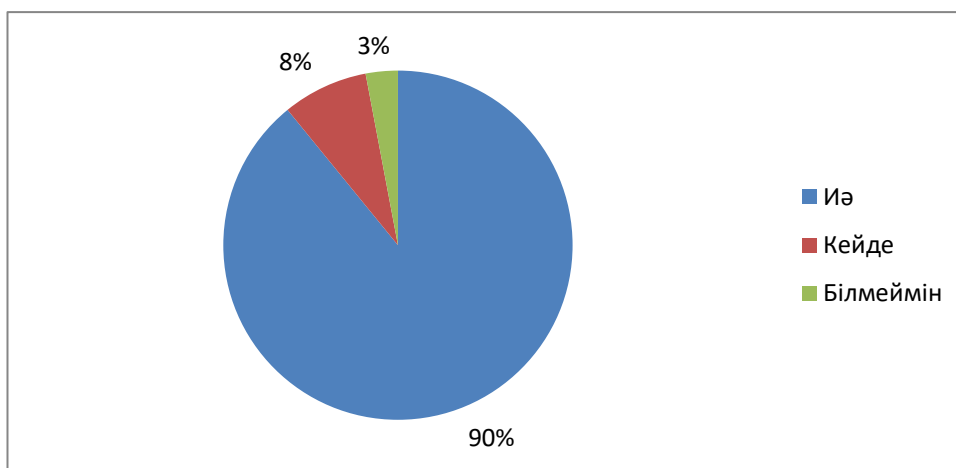
"Сіздің амбулаториялық картаңызға дәрігер жанама әсерлер туралы белгі қоя ма?"-деген сауалға келесі көрсеткіштерді алдық (сурет 76):



Сурет 76-Пациенттің амбулаториялық картасында жанама әсерлер туралы дәрігердің толтыруы

Пациенттердің 66%-ы олардың емдеуші дәрігері амбулаториялық картада жанама әсерлер туралы белгі қоятынын, 29%-ы бұл туралы білмейтінін және 5%-ы тегін дәрілік препаратты қабылдау аясында дәрігердің амбулаториялық картада жағымсыз әсерлер туралы жазбайтынын көрсеткен.

Біз, сондай-ақ, емделушілердің дәрілік заттарды қолданар алдында қаншалықты зерттейтінін білгіміз келді (сурет 77):

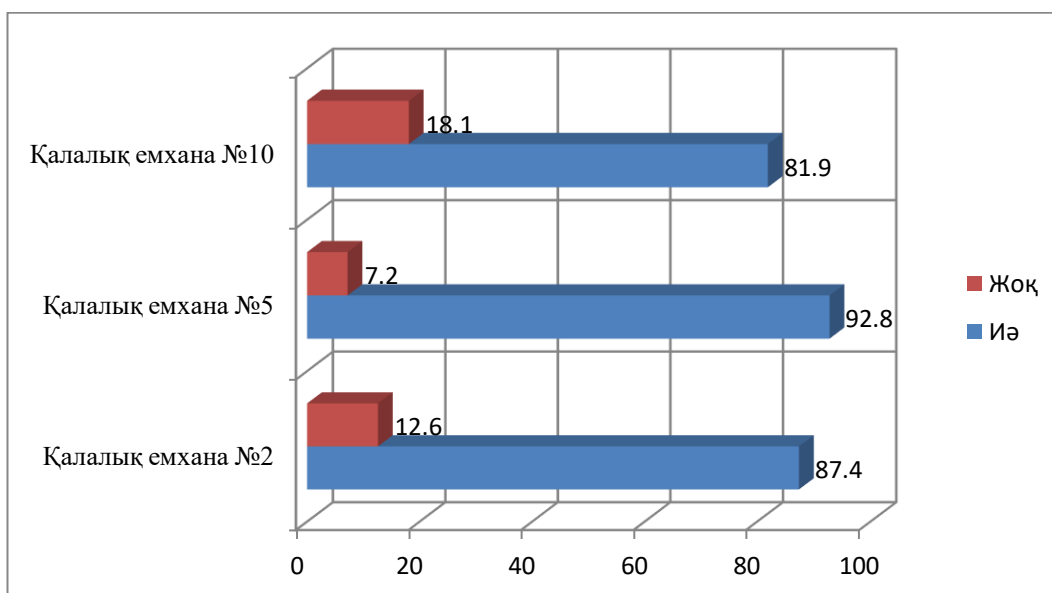


Сурет 77 - Пациенттің қолданар алдында тегін дәрілік заттардың аннотациясын зерттеуі

89% респонденттер қолданар алдында ТДЗ қабылдау туралы нұсқаулықты оқитынын, 8%-ы кей кезде ғана және 2%-ы қолдану нұсқаулығын оқымайтынын айтқан.

Келесі сұрақтар дәрілік қамтамасыз етуге қатысты пациенттердің әлеуметтік белсенділігін анықтайды.

"Сіз тегін дәрілік заттардан бас тарттыңыз ба?"-деген сұраққа жауап бергендер:



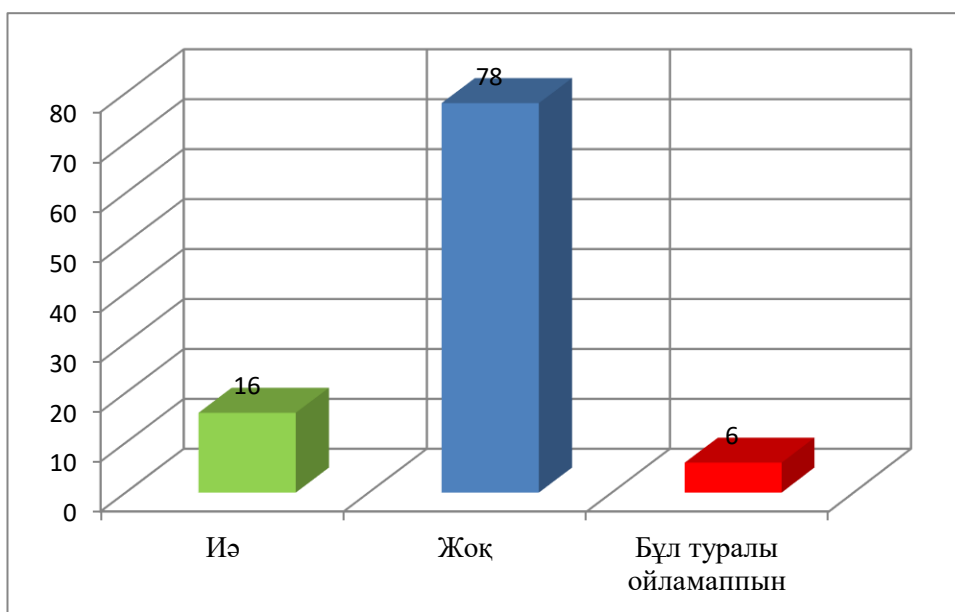
Сурет 78 - Пациенттердің ұсынылатын тегін дәрілік заттардан бас тартуының үлес салмағы

Алынған мәліметтер негізінде пациенттердің басым бөлігі тегін дәрі-дәрмектерден бас тартпайтыны туралы қорытынды жасауға болады.

Кесте 15-Пациенттің ұсынылатын ТДЗ-дан бас тарту көрсеткіштерінің нақтылығы

Жауап нұсқалары	№ 2 ҚЕ		№ 5 ҚЕ		№ 10 ҚЕ		Барлығы	
	Сұралғандардың абс. саны	Барлығының % $X \pm \sigma_x$	Сұралғандардың абс. саны	Барлығының % $X \pm \sigma_x$	Сұралғандардың абс. саны	Барлығының % $X \pm \sigma_x$	Сұралғандардың абс. саны	Барлығының % $X \pm \sigma_x$
Жоқ	111	87,4±2,9	103	92,8±2,5	77	81,9±4,0	291	87,7±1,8
Иә	16	12,6±2,9	8	7,2±2,5	17	18,1±4,0	41	12,3±1,8
Жиыны	127	100,0±0,0	111	100±0,0	94	100,0±0,0	332	100,0±0,0

"Сіз Денсаулық сақтау органдарына көрсетілген көмектің немесе дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің тиісті сапасы мәселесі бойынша өтініш білдірдіңіз бе?"-деген сауалға емделушілер келесідей жауап берді (сурет 79):



Сурет 79-Пациенттердің көрсетілген медициналық көмектің немесе дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің тиісті сапасы мәселелері бойынша денсаулық сақтау органдарына жүгінуі

Сұралғандардың 16%-ы ғана денсаулық сақтау органдарына жүгінген болса, 6%-ы бұл туралы ойламаған.

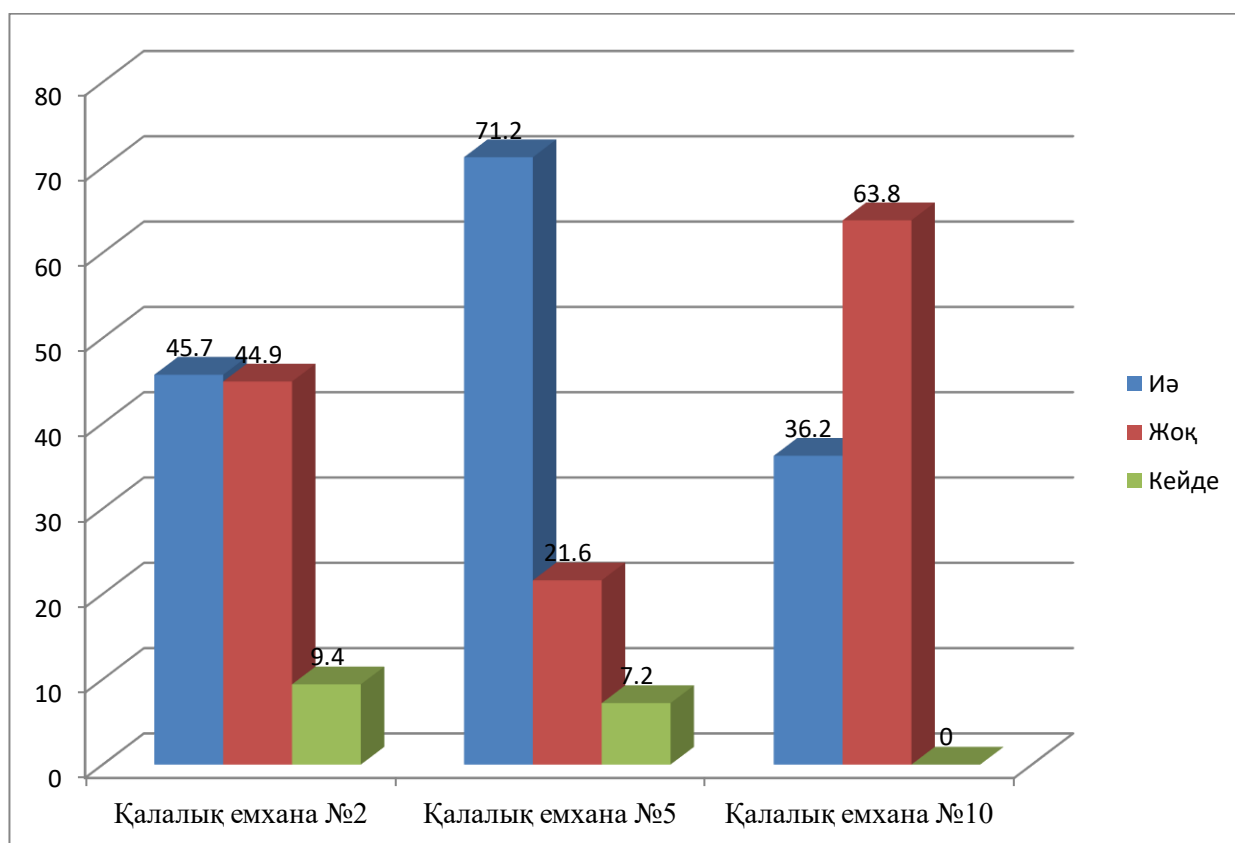
Содан кейін біз: "Егер сіз денсаулық сақтау органдарына жүгінсеңіз, сол мәселені шешуде Сізге көмек көрсетілді ме?"-деп сұрағанымызда, сауалнамаға жауап бергендер былай деді:

Алынған мәліметтер негізінде өтініш берген пациенттердің жартысы ғана өз сұрағына жауап алғандығы туралы қорытынды жасауға болады.

Алынған деректер пациенттердің әлеуметтік белсенділігінің төмендігін, сондай-ақ пациенттер мен денсаулық сақтау органдары арасында ынтымақтастықтың жоқтығын көрсетеді.

Пациенттерге сауалнаманың соңғы блогы тегін ұсынылатын дәрілік заттарды алу үшін пациенттер өздерінің жеке ақшалай құралдарын қаншалықты жиі пайдаланатыны мәселесін қамтыды.

"Сізде тегін дәрі-дәрмек алу үшін жеке ақша қаражатын пайдаланған кездер болды ма?"-деген сауалға емделушілер былайша жауап берді (сурет 80):



Сурет 80-Тегін дәрілік заттарды алу үшін жеке ақша қаражатын пайдалану

Суреттен көрініп тұрғандай, тегін дәрілік заттарды алу үшін жеке ақша қаражатын пайдаланған пациенттердің үлес салмағы жоғары.

Кесте 16 - Пациенттің жеке ақша қаражатын пайдалану көрсеткіштерінің нақтылығы

Жауап нұсқалары	№ 2 ҚЕ		№ 5 ҚЕ		№ 10 ҚЕ		Барлығы	
	Сұралғандардың абс.	Барлығының	Сұралғандардың абс.	Барлығының	Сұралғандардың абс.	Барлығының	Сұралғандардың абс.	Барлығының

	саны	% $X \pm \sigma_x$	саны	% $X \pm \sigma_x$	саны	% $X \pm \sigma_x$	саны	% $X \pm \sigma_x$
Иә	58	45,7±4, 4	79	71,2±4, 3	34	36,2±5, 0	171	51,5±2, 7
Жоқ	57	44,9±4, 4	24	21,6±3, 9	60	63,8±5, 0	141	42,5±2, 7
Кейде	12	9,4±2,6 ***	8	7,2±2,5	0	0±0,0	20	6±1,3
Жиыны	127	100,0± 0,0	111	100±0, 0	94	100,0± 0,0	332	100,0± 0,0
Ескерту - ***ГП № 2 ҚЕ мен № 10 ҚЕ топтары арасындағы айырмашылықтар анық, $p < 0,001$								

Келесі біз зерттейтін сұрақ: "Егер сіз тегін дәрілік заттарды жеке есептен сатып алсаңыз, қандай себеппен екенін көрсетіңіз:", мына деректер алынды: жеке ақшалай қаражатына тегін дәрі-дәрмек алатын емделушілердің пайызы жоғары болуына байланысты, мұны жасауға итермелейтін себептер туралы сұрақ қою қисынды болды. Жүргізілген әлеуметтік сауалнама нәтижелері бойынша ең жиі себеп болып табылатыны: дәріханада дәрігер жазып берген тегін дәрілік заттың болмауы; 10%-ы жақын арада қажетті тегін дәрілік препараттарды босататын дәріханалар жоқ болуы; 11%-ы жауап нұсқаларында берілмеген басқа да себептерді атап өтсе, респонденттердің 1%-ы тегін дәрілік препаратты алуға жұмсалатын ақша қаражаты(көлік шығындары) дәрілік заттың құнынан асып түсетінін айтқан және 43%-ы бұл сұраққа жауап бермеген.

Кесте 17- Пациенттің жеке бюджеті қаражатынан ТДЗ алу себептерінің нақтылығы

Жауап нұсқасы	№ 2 ҚЕ		№ 6 ҚЕ		№ 10 ҚЕ		Барлығы	
	Сұралғандардың абс. саны	Барлығының % $X \pm \sigma_x$	Сұралғандардың абс. саны	Барлығының % $X \pm \sigma_x$	Сұралғандардың абс. саны	Барлығының % $X \pm \sigma_x$	Сұралғандардың абс. саны	Барлығының % $X \pm \sigma_x$
Дәріханада тағайындалған ТДЗ болмады	43	33,9±4,2	47	42,3±4,7	26	27,7±4,6	116	34,9±2,6
ТДЗ босатын дәріханалардың жақын маңда болмауы	12	9,4±2,6***	21	18,9±3,7	0	0±0,0	33	9,9±1,6
Жоғары жолшығында	0	0±0,0	5	4,5±2,0	0	0±0,0	5	1,5±0,7
Басқа	15	11,8±2,9	14	12,6±3,1	8	8,5±2,9	37	11,1±1,7
Жауап жоқ	57	44,9±4,4	24	21,6±3,9	60	63,8±5,0	141	42,5±2,7
Жиыны	127	100,0±0,0	111	100±0,0	94	100,0±0,0	332	100,0±0,0

Біз жүргізген әлеуметтік зерттеу негізінде бір мәнді қорытынды жасауға болмайды, себебі алынған мәліметтер оң нәтижелерді көрсетсе де, елеулі проблемаларды да анықтайды.

Осылайша, дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің әр түрлі санатында қанағаттану деңгейі туралы 4 басты мәселені талдай отырып, жалпы халық пен дәрігерлер және емхана басшыларының дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету қанағаттанарлық деңгейде деп санайтынын айтуға болады.

Пациентті емдеудің маңызды кезеңі оның емдеуші дәрігермен өзара байланысы болып табылады, себебі сапалы дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуде мемлекеттің үлкен қаржылық шығындарына қарамастан, егер дәрігер науқасқа дұрыс ақпарат бермесе, мұның бәрі мағынасын жоғалтуы мүмкін.

Пациенттердің мен дәрігерлердің де ортақ жауапкершілігіне назар аударғым келеді. Біздің ойымызша, дәрігерлердің және емделушілердің дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету мәселелері бойынша әлеуметтік белсенділігінің төмендігі - ортақ жауапкершілікке деген жауапсыз көзқарасты білдіреді.

Сондай – ақ, жоғары тұрған денсаулық сақтау органдарын дәрігерлермен қатар пациенттердің тарапынан болатын ұсыныстарға жауап беруге шақырғым келеді, себебі дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландыру мемлекеттік бюджет қаражаты есебінен жүзеге асырылатынын еске салсақ, ең маңыздысы, бөлінетін ақшалай қаражат бастапқы мақсаты болған - дені сау, бәсекеге қабілетті мемлекет тұрғындары нәтижесіне жеткізуі қажет.

ҚОРЫТЫНДЫ

2016-2020 жылдарға арналған "Денсаулық" бағдарламасында қойылған басым міндеттердің бірі Денсаулық сақтау жүйесін қаржыландыруды жетілдіру, оның ішінде тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде сатып алынатын дәрілік заттардың тізбесін оңтайландыру және кеңейту болып табылады. Бұл магистрлік диссертацияның зерттелетін тақырыбының өзектілігін анықтауға мүмкіндік берді.

Бірінші тарауда біз дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландыруға талдау жүргіздік. Еуропалық өңір, Ресей Федерациясы және Қазақстанның қаржыландыру ерекшеліктері зерттелді.

Екінші тарауда біз зерттеу жұмысының көлемі мен әдістерін анықтадық. Осының негізінде емханалар (№2 ҚЕ, №5 ҚЕ, №10 ҚЕ) таңдап алынды, оларда 2 кезеңнен тұратын зерттеу жүргізілді: амбулаториялық – емханалық мекемелердің дәрілік қамтамасыз етуін қаржыландыруды зерттеу және қалалық емхана басшылары, тегін дәрі-дәрмек тағайындайтын дәрігерлер мен ТДЗ алатын пациенттерге сауалнама жүргізу.

Үшінші тарауда біз 2012-2018 жылдар аралығында дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландыру бойынша нәтижелерді сипаттадық, сондай-ақ қалалық емханаларды қаржыландырудың жалпы көлеміне әсер ететін нақты көрсеткіштерді қарастырдық, олар: тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлеміне кіретін нозологиялар бойынша тіркелген халықтың саны, емханаларды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге нақты жұмсалған қаржы көрсеткіштері, бұл ретте біз зерттеген емханалар бойынша тегін және жеңілдікпен босатылған көрсеткіштер қаралды.

Төртінші тарауда біз жүргізілген әлеуметтік сауалнама бойынша, әр деңгейде: басшылар, дәрігерлер мен пациенттер арасынан алынған мәліметтер талданды.

Қорытындылай келе, біз келесідей шешімдер жасадық.

ТҰЖЫРЫМДАР

Нұр-Сұлтан қаласы амбулаториялық - емханалық мекемелердің ересек тұрғындарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қаржыландыруды зерделеу бойынша жүргізілген зерттеу келесі шешімдерді жасауға мүмкіндік берді:

1. Әдебиеттерді зерделеу нәтижесінде алыс және жақын шетелдерде (Франция, Испания, Жапония және Ресей) дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің келесі бағыттары мен мәселелері анықталды: дәрі-дәрмектерді жеңілдікпен алуға құқығы бар халықтың топтарын бөлу; алынған дәрілерді төлеудегі тұтынушының үлесі. Шетелдегі дәрі – дәрмекпен қамтамасыз ету бойынша жүргізілген шолу: дәрі-дәрмектерді орталықтандырылған сатып алу жүйесі

жоқтығы, ақшалай өтемақы тек нақты сатып алынған дәрі-дәрмектер үшін төленетіні және жәрдемақыларды аймақтандыру үрдісі байқалатындығын анықтады.

2. Қазақстан Республикасында және Нұр-Сұлтан қаласында денсаулық саласындағы қаржыландыруды зерттеу жылдарындағы мәліметтерді талдау Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау саласында шығындар 8,4 есеге (970,8 млрд. теңгеге) өскенін (мемлекеттік бюджет тарапынан денсаулық сақтау жүйесін қаржыландыру көлемі 8,3 есеге және әрбір пациентке арналған шығындар 7 есеге ұлғайғанын көрсетті); зерттеу жылдарында емханаларда жеңілдікпен, бөлінген лимиттер мен нақты пайдаланған қаражаттар және тегін дәрілік препараттар босатудың қаржыландыру көлемдері: №10 емханада- 2,1 есе өскені, 3,1 есе кемігені және 2,5 есе азайғаны сәйкес байқалады; №2 емханада- 1,6, 1,2 есеге сәйкес көтерілгені, және 2,5 есе азайғаны сәйкес байқалады; №5 емханада- 2,1, 1,2 есе өскені және 0,4 есе азайғаны сәйкес анықталды; дерттер нозологиясы бойынша жалпы емдеу шығындарынан: қант диабетіне -25,8%; катерлі ісік аурулары – 12,7% және қанның үю факторларының тұқым қуалайтын тапшылығы -12,2% құрады.

3. Зерттеу нәтижелері Нұр-Сұлтан қаласының №2, №5 және №10 емханаларындағы медицина қызметкерлері мен пациенттердің дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етілуіне қанағаттандырылуын анықтады (№2 қалалық емхана басшыларының 100%-ға, №5 ҚЕ 80%-ға, №10 ҚЕ 40%-ға және дәрігерлер 90% дәрі-дәрмекпен қанағаттанатындығын атап өтті.

4. Алғашқы медициналық- санитариялық көмек деңгейінде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді жақсарту бойынша ұсыныстар: дәрі –дәрмектерді босатқанда қатаң тәртіппен тиісті мөлшерде жіберу және жаңадан тіркелген науқастардың өсу динамикасына сай үздіксіз дәрілік көмекті көрсету

ТӘЖІРБИЕЛІК ҰСЫНЫСТАР

1. Халықтың барлық топтары үшін дәрілік заттардың және дәрі-дәрмектік емдеудің, оның ішінде баға емінің қолжетімділігін қамтамасыз ету;
2. Тіркелген дәрілік заттардың қауіпсіздігін, тиімділігін және кепілдендірілген сапасын қамтамасыз ету;
3. Дәлелді медицинаға негізделген тәуелсіз ақпаратпен қолдайтын дәрілік заттарды ұтымды, шығынды-тиімді тағайындауды және пайдалануды қамтамасыз ету;
4. Фармацевтикалық және медициналық кадрларды қазіргі заманғы біліммен, жоғары сапалы даярлықпен және үздіксіз біліммен қамтамасыз ету;
5. Тегін дәрілік заттарды тағайындайтын дәрігерлердің дәлелді медицина және фармакоэкономикалық талдау саласында білімін арттыруды қамтамасыз ету.
6. Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету мәселелері бойынша пациенттер мен дәрігерлер арасында ортақ жауапкершілікті насихаттау.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Рейхарт Д.В. Фармацевтический рынок: его особенности, проблемы и перспективы / Д.В. Рейхарт, Ю.В. Шиленко. - М.: «Славянский диалог», 2005. - С.193.
2. О состоянии фармацевтической отрасли в Республике Казахстан. Отчет МЗ РК. - Астана, 25 ноября 2013 г.
3. Higgins M.J. The outsourcing of R&D through acquisitions in the pharmaceutical industry. Department of Finance / M.J. Higgins // J. Mack Robinson College of Business. - 27 February 2005. – P.21-32.
4. Борисова О.А. Методические основы оценки конкурентоспособности лекарственных препаратов на фармацевтическом рынке / О.А. Борисова, И.А. Джупарова // Медицина и образование в Сибири. - 2010. - №5. - 13 с.
5. Другова З.К. Оценка подходов к управлению фармацевтической организацией / З.К. Другова, А.М. Битерякова, М.Р. Тильман // Бюллетень сибирской медицины. - 2011. - Т. 10, № 3. - С.155-161.
6. Биртанов Е.А. Организационно-методические и финансово-экономические основы инновационно-инвестиционной стратегии развития системы здравоохранения Республики Казахстан. – Автореф. Диссер... доктора мед.наук (14.00.33). - Алматы, 2010. – 56 с.
7. Джунусова Д.А, Совершенствование механизма финансирования медицинских услуг в системе охраны здоровья населения Республики Казахстан. – Автореф... диссер... канд.эконом.наук (08.00.10). - Алматы, 2008. -
8. Копилевич В.В. Социально ориентированная бюджетно-страховая модель финансирования лекарственного обеспечения в Российской Федерации. – Диссер... канд. эконом наук (08.00.01). – Томск, 2012. – 241 с.
9. Бердыбекова, А. Рынок фармацевтических товаров на пороге вступления Казахстана в ВТО / А. Бердыбекова // Экономика и статистика. - 2006. - № 3. - С.96-99.
10. Хайруллин Р.Н. Маркетинговое управление медико-фармацевтической сферой / Р.Н. Хайруллин // Маркетинг. - 2010. - №1. - С.65-71.
11. Третьякова Е.А. Управления бизнес-процессами фармацевтических организаций: дис. ... д-ра экон. наук. - Ижевск, 2006. – 250 с.
12. Богитова М.В. Управление маркетинговой деятельностью фармацевтической компании: автореф. дис. ... канд. экон. наук /М.В. Богитова; Всероссийская академия внешней торговли. - Москва, 2005. – 30 с.
13. Herbert V. Bad medicine: A gift for drug makers [Text] / V. Herbert, // The New York Times, 14 January 2005. – 23 p.
14. Акиньшина Н.И. Оптимизация организационно-методических аспектов льготного лекарственного обеспечения населения Воронежской области: автореф. дис. ... канд. фармац. наук / Н.И. Акиньшина. –Пятигорск, 2007. – 23 с.
15. Пособие по рациональному назначению лекарственных средств в амбулаторной практике (на основе стандартов медицинской помощи) // Справочно-информационное пособие для врачей и фельдшеров. –2007. – 214 с.

16. Прикладная фармакоэкономика: учебное пособие / Под ред. В.И. Петрова. - М., 2005. - 336 с.
17. Организация работы по дополнительному лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан, имеющих право на предоставление набора социальных услуг: методические рекомендации. - М., 2005. -26 с.
18. Бердыбекова А.Л. Фармацевтическая отрасль в США и Японии / А.Л. Бердыбекова // Труды Международной научно-практической конференции «Наука и образование на современном этапе». - Шымкент, 2005. - Т.2.- С.233-236.
19. Бердыбекова А. Анализ рынка фармацевтических услуг в Республике Казахстан / А. Бердыбекова, А. Аймен // Евразийское сообщество: общество, политика, культура. – 2006. - №4. - С.95-101.
20. Бердыбекова А.Л. Пути повышения конкурентоспособности фармацевтических услуг в Республике Казахстан / А.Л. Бердыбекова // АльПари. – 2007.- №2.- С.134-138.
21. Бердыбекова А.Л. Регулирование рынка фармацевтических услуг в странах Западной Европы / А.Л. Бердыбекова // АльПари. - 2007. - №2. - С.106-109.
22. О состоянии фармацевтической отрасли в Республике Казахстан. Отчет МЗ РК. - Астана, 25 ноября 2013 г.
23. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 1729 «Об утверждении Правил организации и проведения закупок лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 16.05.2012 г.)
24. Устав Товарищества с ограниченной ответственностью «СК-Фармация». - 2009.
25. Кунев С.В. Формирование подходов к управлению экономическим потенциалом предприятий фармацевтической промышленности / С.В. Кунев // Вестник НИИ гуманитарных наук при Правительстве Республики Мордовия. – Саранск, 2009. – Т.12, № 2. – С.12-24.
26. Иванов А.И. Руководство по качеству как стратегическая инструкция по управлению процессами фармацевтического предприятия / А.И. Иванов // Фармация. - 2008. - № 7. - С.6-8.
27. «Стратегия индустриально-инновационного развития Республики Казахстан на 2003-2015 годы».
28. Богитова М.В. Управление маркетинговой деятельностью фармацевтической компании: дис. ... канд. экон. наук / М.В. Богитова. - Москва, 2005. – 140 с.
29. Фармаконадзор и мониторинг побочного действия лекарственных средств в Казахстане: Отчет РГП «Национальный центр экспертизы

лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медтехники» МЗ РК. - Астана, 25 ноября 2011 г.

30. Вялков А.И. К национальной системе рационального использования лекарств / А.И. Вялков // Фармацевтический вестник. - 2013. - № 2. – С.43-45.

31. Коржавых, Э.А. Системы обеспечения лекарственными средствами за рубежом / Э.А. Коржавых // Фармация. - 2008. - № 2. – С.10-12.

32. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 1729 «Об утверждении Правил организации и проведения закупок лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» (с изм. и доп. по состоянию на 16.05.2012 г.)

33. Малаев М.Г. Финансы и льготное лекарственное обеспечение. Острота проблемы льготного лекарственного обеспечения обусловлена дефицитом бюджетных средств / М.Г. Малаев // Фармацевтический вестник. - 2012. - № 8. – С.16-18.

34. Баимбетова О.С. Динамика медианных оптовых цен на лекарственные средства. Итоги трех лет / О.С. Баимбетова, Л.С. Кузнецова // Казахстанский фармацевтический вестник. – 2013. - №10. - С.22-25.

35. Государственная программа по форсированному индустриально-инновационному развитию Республики Казахстан на 2010-2014 годы.

36. О состоянии фармацевтической отрасли в Республике Казахстан: Отчет МЗ РК. - Астана, 2013.

37. Биртанов Е.А., Новиков С.В., Акшалова Д.З. Разработка клинических руководств и протоколов диагностики и лечения с учетом современных требований: Методические рекомендации.– Алматы, 2006.– 44 с.

38. Биртанов Е.А., Абеуова Ж.С., Мухамеджанова З.М., Калмаханов С.Б., Балгимбеков Ш.А. Состояние и перспективы информатизации здравоохранения в Казахстане.– Алматы, 2008.– 136 с.

39. Биртанов Е.А., Ибрагимова И.В. Концессия и частное управление в здравоохранении /Международный семинар «Планирование, проектирование и менеджмент организаций здравоохранения. Государственно-частное партнерство, международный опыт», 6 мая 2008 года, г. Алматы.– 2008.– С. 3-5.

40. Биртанов Е.А. Стратегия управления ресурсами здравоохранения путем совершенствования инновационно-инвестиционной политики /Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік медицина академиясы хабаршы.– 2009.– № 4(45).– С. 3-5.

41. Биртанов Е.А. Перспективы государственно-частного партнерства в системе здравоохранения Республики Казахстан и пути развития /Економіка: проблеми теорії та практики: Збірник наукових праць. – Випуск 257: В7т. – Т. VI. – Дніпропетровськ: ДНУ, 2009 – С. 1524-1529.

42. Биртанов Е.А. Методология определения приоритетов бюджетных инвестиций в системе здравоохранения Республики Казахстан /Медицина. – 2010.– № 1.– С. 4-5.
43. Биртанов Е.А. Пути совершенствования нормативно-правовой базы в области инвестиционной политики в системе здравоохранения Республики Казахстан /Медицина.– 2010.– № 1. – С. 2-3.
44. Биртанов Е. А. Инновационно-инвестиционная стратегия развития здравоохранения Республики Казахстан /Медицина и экология.– 2010.– № 1.– С. 92-94.
45. Биртанов Е. А. Организационно-методические аспекты планирования на основе бюджетных заявок в системе здравоохранения Республики Казахстан /Медицина и экология.– 2010.– № 1.– С. 94-96.
46. Биртанов Е.А. Совершенствование управления ресурсами здравоохранения / Materialy VI mezinarodni vedecko-praktika conference «Veda a technologie: krok do budoucnosti – 2010», 27 unora – 05 brezen 2010 roku. – Dil 12. Lekarstvi. Biologicke vedy. Telovychova a sport – Praha: Publishing House «Education and Science» s.r.o, 2010. – S. 3-6.
47. Джунусова Д.А. Обеспеченность населения РК медицинскими услугами и продукцией // Поиск. -2007. – №1 –С.45-48. (0,2 п. л.)
48. Копилевич В.В. Социально ориентированная бюджетно-страховая модель финансирования лекарственного обеспечения в Российской Федерации. – Диссер... канд. эконом наук (08.00.01). – Томск, 2012. – 241 с.
49. Готовац С. А. Лекарственное страхование может стать интересным бизнесом / С.А. Готовац. // Фармацевтический вестник. 2007. - № 15. - С. 13.
50. Доклад о состоянии лекарственного обеспечения населения в Российской Федерации в 2008 году / Формулярный комитет РАМН. Ньюдиамед, 2009. - С. 40-47.
51. Зайченко Е. Рынок в кризис: неожиданный рост. Аналитический обзор фармацевтического рынка Электронный ресурс. / Е. Зайченко // Фармэксперт. - Электрон, дан. 2010. -№ 2. - URL: www.pharmexpert.ru (дата обращения: 6.12.2011).
52. Кельманзон К.М. К вопросу о лекарственном обеспечении населения РФ / К.М. Кельманзон, Л.Д. Попович // Бюллетень НИИ общественного здоровья РАМН. -2009. Вып. 1.
53. Концепция лекарственного страхования Электронный ресурс. Электрон, дан. - 2011. - URL: [URL:www.trustmed.ru/themes/trustmed2/material.asp?folder=1936&matID=2509](http://www.trustmed.ru/themes/trustmed2/material.asp?folder=1936&matID=2509) (дата обращения: 6.02.2011).
54. Михайлова Д.О. Обеспечение граждан Российской Федерации дорогостоящими лекарственными средствами / Д.О. Михайлова. М., 2010.
55. Молчанова К. Вопросы оптимизации в системе лекарственного обеспечения / К. Молчанова // Ремедиум. 2006. - Авг.
56. Мониторинг розничных продаж лекарственных средств в России

57. Новицкая К.Е. Программа дополнительного лекарственного обеспечения в России: интересы и поведение основных участников / К.Е. Новицкая // Социологический журнал. 2009. - № 1. - С. 87-102.
58. Попович Л.Д. Разработка возможных вариантов моделей лекарственного страхования в Российской Федерации / Л.Д. Попович // Кремлевская медицина: Клинический вестник. 2009. - № 1.
59. Потребительский рынок и лекарство как объект потребления Электронный ресурс. // Центр фармэкономических исследований. Электрон, дан. - 2012. - URL: <http://mw.healthconomics.ru/index.php?option> (дата обращения: 6.05.2012).
60. Принцип всеобщего лекарственного равенства. Росздравнадзор представил свое видение новой модели лекарственного обеспечения // Фармацевтический вестник. -2008. 4 нояб. - № 35 (525).
61. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: Учебное пособие для вузов / Под ред. В.З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 256 с.
62. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть 1. Общественное здоровье. – М.: Медицина, 2003. – 368 с.
63. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. – 2-е изд., перераб. и доп.. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 512 с.
64. Ядов В.А. Социологическое исследование: методология, программа, методы. - Самара, 1995. - 239 с.
65. Резник В.Л., Арыстанова Г.Т., Нурбаев А.С., Усатаева Г.М., Даиров А.А. Основы статистического анализа и его применение в медицине и общественном здравоохранении. Алматы, 2003г.
66. Иванов А.Е. Здоровье населения: понятийные, методологические и информационные аспекты. – М., 1996. – 42 с.
67. Медик В.А. Результаты изучения мнения городского населения об организации медицинской помощи и отношении к своему здоровью // Советское здравоохранение. – 1991. - № 10. – С. 20-23.
68. Горобчук В.Г., Бунь Н.А., Яхно Г.Г. Социологическое исследование качества медицинского обслуживания // Советское здравоохранение. – 1990. – № 8. – С. 19–23.
69. Медик В.А., Токмачев М.С., Фишман Б.Б. Теоретическая статистика. Статистика в медицине и биологии. – М.: Медицина, 2000. – Т. 1. - 412 с.
70. Медик В.А., Токмачев М.С., Фишман Б.Б. Теоретическая статистика. Статистика в медицине и биологии. – М.: Медицина, 2000. - Т. 2. – 412 с.

Анкета для руководителей

1 Ваш пол	1;"Муж";2;"Жен."
2 Ваш возраст	1;"18-29";2;"30-39";3;"40-49";4;"50-59";5;"60 и старше"
3 Укажите Вашу занимаемую должность	1;"главный врач";2;"зам.главного врача по лечебной части";3;"заведующий отделения"
4 Участвуете ли Вы в определении потребности ЛС для поликлиники	1;"Да";2;"Нет"
5 Финансирование ЛО находится на достаточном уровне в поликлиник	1;"Да";2;"Нет"
6 Если 5 нет, вносите ли предложения	1;"Да";2;"Нет";3;"нет ответа"
7 Получали ли Вы ответ на предложения	1;"Да";2;"Нет";3;"нет ответа"
8 Полностью ли осваиваются выделяемые финансовые ресурсы на ЛО	1;"Да";2;"Нет"
10 Как Вы оцениваете БЛП по степени безопасности	1;"Безопасные";2;"Имеют побочное действие";3;"Имеют серьезное побочное действие";4;"затрудняюсь ответить"
11 Как Вы оцениваете БЛП по степени клинической эффективности	1;"Эффективные";2;"Малоэффективные";3;"Неэффективные";4;"затрудняюсь ответить"
12 Как Вы оцениваете БЛП по степени географической доступности	1;"Доступные";2;"Малодоступные";3;"Недоступные";4;"Затрудняюсь ответить"
13 Как Вы оцениваете БЛП по степени своевременности получения	1;"Своевременные";2;"Несвоевременные";3;"Затрудняюсь ответить"
14 Были ли жалобы по БЛО со стороны пациентов	1;"Да";2;"Нет";3;"Не знаю"
15 Если 14 Да, предпринимали ли Вы к-л действия	1;"Да";2;"Нет";3;"нет ответа"
16 Знаете ли Вы что внедряется ФС	1;"Да";2;"Нет"
17 Создана ли в Вашей поликлинике ФК	1;"Да";2;"Нет"

18 Работает ли в Вашей поликлинике клинический фармаколог	1;"Да";2;"Нет"
19 Осуществляется ли в Вашей поликлинике мониторинг ПД	1;"Да";2;"Нет"

Анкета для врачей

1 Ваш пол	1;"Муж";2;"Жен"
2 Ваш возраст	1;"18-29";2;"30-39";3;"40-49";4;"50-59";5;"60 и старше"
3 Назначаете ли Вы БЛП	1;"да";2;"нет"
4 Укажите как Вы оцениваете БЛП по степени безопасности	1;"Безопасные";2;"Имеют побочное действие";3;"Имеют серьезное побочное действие";4;"Затрудняюсь ответить"
5 Как Вы оцениваете БЛП по степени клинической эффективности	1;"Эффективные";2;"Малоэффективные";3;"Неэффективные";4;"Затрудняюсь ответить"
6 Как Вы оцениваете БЛП по степени доступности	1;"Доступные";2;"Малодоступные";3;"Недоступные";4;"Затрудняюсь ответить"
7 Как Вы оцениваете БЛП по степени своевременности	1;"Своевременные";2;"Несвоевременные";3;"Затрудняюсь ответить"
8 Чем Вы руководствовались, оценивая вопросы с 4 по 7	1;"на основании профессионального стажа";2;"исходя из личного опыта";3;"со слов пациентов";4;"на примере родных и знакомых";5;"получая информацию от коллег";6;"нахожу данные из других источников";7;"от медицинских представителей";8;"по интуиции"
9 Как часто получают Ваши пациенты БЛП	1;"один раз в месяц";2;"один раз в два месяца";3;"один раз в три месяца";4;"один раз в полгода";5;"один раз в год";6;"иное"
10 Сколько в среднем Вы назначаете БЛП одному пациенту	1;"1";2;"2";3;"3";4;"4 и более"
11 Информироваете ли Вы пациентов, получающих БЛП о правилах приема	1;"Да";2;"Больше да, чем нет";3;"Больше нет, чем да";4;"Нет"
12 Были ли случаи жалоб или отказа от БЛП пациентом	1;"Да";2;"Нет";3;"Не знаю"
13 Если 12 Да, какие меры Вы предпринимали	1;"Пытался убедить в эффективности препарата";2;"Назначал другой БЛП аналогичный данному";3;"Рекомендовал другой препарат за полную стоимость";4;"Ничего не предпринимал";5;"Нет ответа"
14 Осведомлены ли Вы о "желтой карте"	1;"Да";2;"Нет"

15 Были ли побочные реакции у Ваших пациентов получающих БЛП	1;"Да";2;"Нет";3;"Не знаю"
16 Если была побочная реакция, заполняли ли Вы "желтую карту"	1;"Да";2;"Нет"
17 Если Вы не заполняли "желтую карту", укажите причину	1;"Не считаю нужным";2;"Нет времени";3;"Опасюсь репрессий/угнетений со стороны руководства";4;"Нет ответа"
18 Знаете ли Вы, что в Казахстане внедряется ФС	1;"Да";2;"Нет"
19 Вы владеете знаниями по Доказательной медицине	1;"Да";2;"Нет"
20 Нужны ли Вам знания по ДМ	1;"Да";2;"Нет"
21 Нужны ли Вам знания по ОМТ	1;"Да";2;"Нет"
22 Нужны ли Вам знания фармакоэкономического анализа	1;"Да";2;"Нет"
23 Довольны ли Вы лек обеспечением Вашей поликлиники	1;"Да";2;"Нет"
24 Если Нет, высказывали ли Вы свое мнение руководству	1;"Да";2;"Больше да, чем нет";3;"Больше нет, чем да";4;"Нет";5;"нет ответа"
25 Если Да, укажите, ответили ли на Ваше предложение	1;"Да";2;"Больше да, чем нет";3;"Больше нет, чем да";4;"Нет";5;"нет ответа"

Анкета для пациентов

1 Ваш пол	1;"Муж";2;"Жен"
2 Ваш возраст	1;"18-29";2;"30-39";3;"40-49";4;"50-59";5;"60 и старше"
3 Ваш диагноз по которому Вы получаете БЛП	1;"ИБС";2;"РА";3;"Остеоартроз";4;"вирусный гепатит В и С";5;"гематологические заболевания"
4 От кого Вы получили инфо о праве получения БЛП	1;"от лечащего врача";2;"СМИ";3;"от родственников и знакомых";4;"Другое"
5 Укажите как давно Вы получаете БЛП	1;"менее 6 месяцев";2;"менее 1 года";3;"1-2 года";4;"3-4 года";5;"5-6 лет";6;"более 6 лет"
6 Как часто Вы получаете БЛП	1;"1 раз в месяц";2;"1 раз в два месяца";3;"1 раз в три месяца";4;"1 раз в полгода";5;"1 раз в год"
7 Сколько БЛП Вы получаете	1;"1";2;"2";3;"3";4;"4 и более"
8 Как Вы оцениваете получаемые БЛП по степени безопасности	1;"Безопасные";2;"Имеют побочное действие";3;"Имеют серьезное побочное действие";4;"Не задумывался об этом"
9 Как Вы оцениваете получаемые БЛП по степени эффективности	1;"Эффективные";2;"Малоэффективные";3;"Неэффективные";4;"Не задумывался об этом"
10 Как Вы оцениваете получаемые БЛП по степени геодоступности	1;"Доступные";2;"Малодоступные";3;"Недоступные";4;"Не задумывался об этом"
11 Как Вы оцениваете БЛП по своевременности получения в аптеке	1;"Своевременные";2;"Несвоевременные";3;"Не задумывался об этом"
12 Информировывает ли Вас врач о правилах приема БЛП	1;"Да";2;"Нет"
13 Соблюдаете ли Вы кратность приема и дозу принимаемых БЛП	1;"Да, всегда";2;"Не всегда";3;"До улучшения самочувствия";4;"Не соблюдаю рекомендации"
14 В каких случаях Вы принимаете препараты без назначения врача	1;"при простуде";2;"при боли";3;"при появлении симптомов аллергии";4;"при расстройстве пищеварения";5;"витамины";6;"снотворные, успокоительные";7;"не принимаю ЛП без назначения врача"
15 Сообщаете ли Вы врачу о любых аллергических или побочных реакции	1;"Да";2;"Не всегда";3;"Если врач об этом спросит";4;"Нет"
16 Делает ли врач отметку о побочных реакциях от приема БЛП	1;"Выбрал случайно";2;"Считаю ее одной из самых престижных";3;"Считаю ее одной из самых легких";4;"Я обучался по этой специальности в"

	колледже и жочу закончит образование";5;"Считаю ее своим призванием"
17 Изучаете ли Вы аннотацию перед применением ЛП	1;"Да";2;"Иногда";3;"Нет"
18 Отказывались ли Вы от БЛП	1;"Нет, меня все устраивает";2;"Да"
19 Обращались ли Вы в органы здравоохранения	1;"Да";2;"Нет";3;"Не задумывался об этом"
20 Если 19 да, была ли Вам оказана помощь	1;"Да";2;"Больше да, чем нет";3;"Больше нет, чем да";4;"Нет"
21 Приходилось Вам исп-ть личные ден сред-ва для получ БЛП	1;"Да";2;"Нет";3;"Иногда"
22 Если 21 да, укажите причину	1;"В аптеке не было выписанного БЛП";2;"3;"Высокие транспортные расходы"
23 Согласны ли Вы на право выбора БЛП с доплатой из лич бюджета	1;"Да";2;"Нет";3;"Не задумывался об этом"
24 Имеете ли Вы мат воз-сть приобретать БЛП за полную стоимость	1;"Да";2;"Нет"
25 Необходимо ли в каждой поликлинике аптека по отпуску БЛП	1;"Да";2;"Нет";3;"Не задумывался об этом"

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА УЧАСТИЕ В АНКЕТИРОВАНИИ!