

**Қазақстан Республикасы Ғылым және жоғары білім министрлігі**  
**«С. Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті»**  
**КЕАҚ**

**«СДУ Университеті»**

**Меңдіғалиев Ербол Қуанышұлы**

**Қаратөбе аудандық ауруханасы үлгісінде медициналық көмек сапасын  
жақсарту мақсатында кадрлық саясатты оңтайландыру**

**МАГИСТРЛІК ЖОБА**

**7М04105 – «ЕМВА Денсаулық сақтаудағы менеджмент» мамандығы  
бойынша**

**Алматы 2024**

**Қазақстан Республикасы Ғылым және жоғары білім министрлігі**

**«С. Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті» КЕАҚ**

**«СДУ Университеті»**

«Қорғауға қабылданды»

«С. Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ» КЕАҚ кафедра меңгерушісі

Кошербаева Л.К. PhD, профессор \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024ж.

СДУ БМ магистрлік бағдарламаларының директоры

Заманбеков Д.Ш., PhD, ассист. профессор \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024ж.

Магистрлік жоба

**«Қаратөбе аудандық ауруханасы үлгісінде медициналық көмек сапасын жақсарту мақсатында кадрлық саясатты оңтайландыру» тақырыбында**

7M04105– «EMBA Денсаулық сақтаудағы менеджмент» мамандығы бойынша

Орындаған: Меңдіғалиев Е.Қ.

Ғылыми жетекші СДУ: Нургабдешов Асылбек, PhD, ассист. профессор/ Заманбеков

Дархан Шуакбаевич, PhD ассистент, профессор

Қосалқы денсаулық сақтау жетекші: Файзуллина К, PhD ассистент, профессор

**Алматы 2024**

## ТҮЙІНДЕМЕ

Магистерлік жобада ұйымның кадр саясатын оңтайландырудың өзекті мәселелеріне баса назар аудара отырып, Қаратөбе ауданының тұрғындары үшін сапалы медициналық көмек көрсетудің маңыздылығы ашылды. Дәрігерлер және орта буынды медициналық персонал – бұл ұйымның жұмыс істеуі мен дамуын қамтамасыз ететін негізгі ресурстардың бірі, сонымен қатар сапалы медициналық көмек көрсету тұжырымдамасының маңызды элементі. Заманауи денсаулық сақтау саласында кадрлық ресурстарды тиімді басқару сапалы медициналық көмек көрсетуін қамтамасыз етуде шешуші рөл атқарады.

Зерттеуді жүргізу себептері қолданыстағы шектеулер мен кадрлық құрам жағдайында Қаратөбе ауданының тұрғындарына медициналық көмек көрсету сапасын арттыру қажеттілігінен туындады. Зерттеу мақсаты ауруханадағы медициналық көмектің сапасын арттыру үшін оңтайландырылған кадрлық саясат стратегияларын әзірлеу және енгізу болып табылады.

Зерттеу әдістемесі кадр саясатының ағымдағы жағдайын талдауды, бар мәселелер мен өзекті ашық сұрақтарды зерттеуді және кадр басқарудың жаңа стратегияларын әзірлеу мен тиімділігін бағалауды қамтиды. Зерттеу деректерді талдау әдістерін, қызметкерлердің сауалнамаларын, сондай-ақ медициналық көмектің сапасы туралы құжаттар мен статистикалық деректерді талдау арқылы жүзеге асырылады.

Зерттеу нәтижелері Қаратөбе аудандық ауруханасының кадр саясатындағы негізгі аспектілерді анықтауды, кадрлық басқарудың жаңа стратегияларын әзірлеуді және енгізуді қамтиды: орта медицина қызметкерлерін өз бетінше қабылдауды енгізу арқылы, босатылған дәрігерлік кадрларды қажетті бейінді мамандықтарға оқыту, сондай-ақ орындалатын жұмыс сапасының индикаторларына сәйкес сараланған төлемді енгізу арқылы олардың тиімділігі мен уәждемесін бағалау. Кадр саясатын оңтайландыру медициналық көмектің сапасын жақсартуға, қызметкерлер мен пациенттердің қанағаттанушылығын арттыруға, сондай-ақ жалпы аурухана жұмысының тиімділігін арттыруға мүмкіндік береді деп күтілуде.

## АБСТРАКТ

В магистерском исследовании рассматривается существенность предоставления высококачественной медицинской помощи жителям Каратобинского района, с особенным акцентом на актуальные вопросы оптимизации кадровой политики медицинской организации. Медицинский персонал, включая врачей и средний медицинский персонал, является ключевым фактором, обеспечивающим функционирование и развитие медицинской организации, а также важным элементом обеспечения высокого уровня медицинского обслуживания. В современной медицинской среде эффективное управление кадровыми ресурсами играет важную роль в обеспечении качественной медицинской помощи.

Исследование проводится с целью улучшения качества медицинского обслуживания населения Каратобинского района в условиях существующих ограничений и ограниченного кадрового состава. Основная цель исследования заключается в разработке и внедрении оптимизированных стратегий кадровой политики для улучшения качества медицинской помощи в районных больницах.

Методология исследования включает анализ текущего состояния кадровой политики, исследование существующих проблем и актуальных вопросов, а также разработку и оценку эффективности новых стратегий управления персоналом. Для этого проводится анализ данных, опросы сотрудников, и анализ документов и статистических данных о качестве медицинской помощи.

Результаты исследования включают выявление ключевых аспектов кадровой политики Каратобинской районной больницы, разработку и внедрение новых стратегий управления персоналом. Это включает в себя обучение высвобожденных врачей в необходимых профильных специальностях путем внедрения самостоятельного приема среднего медицинского персонала, а также оценку их эффективности и мотивации через внедрение дифференцированной оплаты в соответствии с показателями качества выполненной работы. Ожидается, что оптимизация кадровой политики позволит улучшить качество медицинской помощи, повысить удовлетворенность персонала и пациентов, а также повысить эффективность работы больницы в целом.

## ABSTRACT

This master's study explores the significance of delivering high-quality medical services to the inhabitants of Karatobinsky district, focusing particularly on the pertinent challenges of optimizing the human resources policy within a medical institution. Medical personnel, encompassing physicians and nursing staff, constitute a pivotal component in ensuring the operational continuity and advancement of medical facilities, thereby contributing significantly to the delivery of superior medical care. In the contemporary medical landscape, proficient management of human resources assumes a critical role in facilitating the provision of top-tier medical services.

The investigation is undertaken with the aim of enhancing the caliber of medical services accessible to the populace of Karatobinsky district amidst prevailing constraints and staffing limitations. The principal objective of this study is to devise and implement refined strategies pertaining to human resources policy, thereby elevating the standard of medical care administered within district hospitals.

The research methodology comprises an assessment of the present status of human resources policy, an exploration of existing challenges and contemporary concerns, alongside the formulation and appraisal of novel strategies for personnel management. This endeavor entails the scrutiny of data, conduct of employee surveys, and analysis of documentation and statistical data pertinent to the quality of medical care.

The outcomes of this study encompass the delineation of pivotal facets of the human resources policy at Karatobinsk District Hospital, coupled with the development and execution of innovative personnel management strategies. These initiatives encompass the retraining of displaced medical practitioners in requisite specialized domains through the introduction of autonomous admission protocols for nursing staff, along with the evaluation of their efficacy and incentivization via the adoption of differential remuneration aligned with performance metrics. It is anticipated that the optimization of human resources policy will engender enhancements in the quality of medical care, foster heightened levels of staff and patient contentment, and bolster the overall operational efficiency of the general hospital.

## МАЗМҰНЫ

ТҮЙІНДЕМЕ.....	3
КЕСТЕЛЕР МЕН СУРЕТТЕР ТІЗІМДЕРІ.....	6
НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР.....	8
АНЫҚТАМАЛАР.....	9
БЕЛГІЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР.....	11
КІРІСПЕ.....	2
<b>1 ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ КАДРЛЫҚ САЯСАТТЫҢ ТЕОРИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ.....</b>	<b>15</b>
1.1 Денсаулық сақтауды басқару: кадрлық әлеуеттің (потенциал) рөлі.....	15
1.2 Шетелдік денсаулық сақтау ұйымдары тәжірибесіндегі персоналды басқару мен жоспарлаудың ерекшеліктері .....	22
1.3 Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласындағы кадр саясаты .....	27
1.4 Ауылдық жерлерде кадрлармен қамтамасыз ету ерекшеліктері.....	31
<b>2 ШЖҚ «ҚАРАТӨБЕ АУДАНДЫҚ АУРУХАНАСЫ» МКК-НЫҢ МЫСАЛЫНДА АҒЫМДАҒЫ ЖАҒДАЙДЫ ЖӘНЕ КАДР САЯСАТЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ.....</b>	<b>42</b>
2.1 ШЖҚ «Қаратөбе аудандық ауруханасы» МКК-ның ұйымдастырушылық-функционалдық моделі, құрылымы .....	40
2.2 ШЖҚ «Қаратөбе аудандық ауруханасы» МКК-ның негізгі көрсеткіштерін талдау.....	42
2.2.1. Демографиялық көрсеткіштер.....	42
2.2.2 Амбулаториялық жағдайдағы аудандық аурухананың көрсеткіштері..	44
2.2.3 Стационарлық жағдайдағы аудандық аурухана көрсеткіштері.....	47
2.3 Кадрлық әлеуетті және персоналды басқаруды бағалау.....	52
2.4 Ұйымның қаржылық құрылымы мен негізгі шығындарын талдау.....	58
2.4.1 Бюджет пен шығыстарды талдау.....	58
2.4.2 Медициналық қызметкерлерге еңбекақы төлеу мен оқытудың қаржыласпектілері.....	61
2.5 ШЖҚ «Қаратөбе аудандық ауруханасы» МКК кадрлық саясатты оңтайландыру бойынша медициналық қызметкерлерге жүргізілген сауалнама қорытындысы.....	63
<b>3 ШЖҚ «ҚАРАТӨБЕ АУДАНДЫҚ АУРУХАНАСЫ» МКК КАДР САЯСАТЫН ОҢТАЙЛАНДЫРУ.....</b>	<b>71</b>
3.1 Кадр саясатын оңтайландыру шеңберіндегі тиімді ұйымдастырушылық өзгерістер.....	71
3.2 Қаратөбе АА-нда мейірбикелік қабылдауды енгізу бойынша ұсыныстар мен әрекет алгоритмі .....	79
ҚОРЫТЫНДЫ.....	83
ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ.....	89

## КЕСТЕЛЕР МЕН СУРЕТТЕР ТІЗІМДЕРІ

Реттік номері	Тақырыбы	Беті
Кесте 1	Денсаулық сақтаудың негізгі тенденциялары	19
Кесте 2	2021-2023 жылдардағы өлім-жітім көрсеткіштері	43
Кесте 3	Мамандығы бойынша келулердің үлес салмағының көрсеткіші	45
Кесте 4	Атқаратын лауазымдардың штаттық динамикасы	53
Кесте 5	Кадрлармен қамтамасыз ету	54
Кесте 6	Толық емес жұмыс күнімен қамтамасыз ету динамикасы	55
Кесте 7	Медициналық қызметкерлердің санаттылық деңгейі	56
Кесте 8	Кадр айналымының коэффициенті	56
Кесте 9	2023 жылдың қорытындысы бойынша аурухананың шығыстары	59
Кесте 10	Қосалқы мердігерлік ұйымдарға көрсетілетін қызметтер мен төлемдердің орындалуы	60
Кесте 11	Дәрігерлердің жалақысының көрсеткіші	62
Кесте 12	Орта медицина қызметкерлері жалақысының көрсеткіші	62
Кесте 13	Респонденттердің еңбек өтілі	64
Кесте 14	Қаратөбе аудандық ауруханасында КРІ жүйесін енгізу	73
Кесте 15	Қызметкерлерді оқытудың негізгі аспектілері	76
Кесте 16	Қаратөбе аудандық ауруханасының шалғай учаскелерінде дәрігерлерді қабылдауды ұйымдастыру	78
Кесте 17	Қаратөбе аудандық ауруханасында жоғары білімді медбикелерінің қабылдауын ұйымдастыру	81
Кесте 18	Қызмет құны	90
Сурет 1	ШЖҚ "Қаратөбе аудандық ауруханасы" МКК негізгі ғимараты	40
Сурет 2	Ауданның демографиялық көрсеткіштері	43
Сурет 3	Бір тұрғынға шаққандағы жылына келудің орташа санының көрсеткіші	44
Сурет 4	Амбулаториялық жағдайлардағы медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін медициналық ұйымға қабылдау бойынша күндізгі орташа жүктеме көрсеткіші	46
Сурет 5	Үйде қызмет көрсету бойынша орташа күндік	46

	жүктеменің көрсеткіші	
Сурет 6	Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін медициналық ұйымдағы 1 дәрігерге бекітілген халық саны	47
Сурет 7	Халықты төсек қуаттылығымен қамтамасыз ету көрсеткіші	48
Сурет 8	Төсек жұмысының көрсеткіші	48
Сурет-9	Науқастың төсекте жатуының орташа ұзақтығының көрсеткіші	49
Сурет-10	Төсек айналымының көрсеткіші	49
Сурет 11	Өлім-жітім көрсеткіші	50
Сурет 12	Төсек тұрып қалуының орташа уақытының көрсеткіші	50
Сурет 13	Стационарлық көмекті тұтыну деңгейінің көрсеткіші	51
Сурет 14	Қызмет түрлері жүйесінің картасы	52
Сурет 15	Медициналық персоналдың құрылымы	54
Сурет 16	Басқа медициналық ұйымға дәрігерлердің консультацияларына жолдамалардың динамикасы	61
Сурет 17	Респонденттердің жас ерекшеліктері	63
Сурет 18	Респонденттердің лауазымы	63
Сурет 19	Кадр саясатының тиімділігін бағалау	65
Сурет 20	Лауазымдық нұсқаулықтардан тыс міндеттерді орындау	65
Сурет 21	Кері әсері бар өндірістік факторлар	65
Сурет 22	Қызметкерлердің білім жетілдіру жиілігі	66
Сурет 23	Қызметкерлердің медициналық көмек сапасына қанағаттануы	67
Сурет 24	Кадр саясатындағы қолайлы өзгерістер	67
Сурет 25	Кәсіби даму бағдарламасындағы персоналдың қалауы	68
Сурет 26	Білім жетілдіруге немесе мамандықты өзгертуге дайындық	68
Сурет 27	Орта медперсоналдың оқуға дайындығы	69
Сурет 28	Өз бетінше қабылдау жүргізуге дайындық	69
Сурет 29	Жалпы қанағаттану	70
Сурет 30	ӘПП және АББ қызметтерін ұйымдастыру моделі	80

## НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР

Осы магистрлік жобада келесі стандарттарға сілтемелер пайдаланылды:

1. Қазақстан Республикасының Конституциясы (Конституция 1995 жылы 30 тамызда республикалық референдумда қабылданды)
2. Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI ҚРЗ «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексі
3. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 11 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-253/2020 «Денсаулық сақтау саласындағы кадр ресурстарын есепке алу (кәсіптік тіркелімді жүргізу) қағидаларын бекіту туралы» бұйрығы
4. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 21 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-305/2020 «Денсаулық сақтау саласындағы мамандықтар мен мамандандырулар номенклатурасын, денсаулық сақтау қызметкерлері лауазымдарының номенклатурасы мен біліктілік сипаттамаларын бекіту туралы» бұйрығы
5. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 30 қарашадағы № ҚР ДСМ-218/2020 "Денсаулық сақтау саласындағы мамандарды сертификаттауға жататын мамандықтар мен мамандандырулар тізбесін бекіту туралы» бұйрығы
6. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 11 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-249/2020 "Денсаулық сақтау саласындағы білім беру бағдарламалары білім алушыларының білімі мен дағдыларын бағалау, түлектерінің кәсіптік даярлығын бағалау, денсаулық сақтау саласындағы мамандардың кәсіптік даярлығын бағалау қағидаларын бекіту туралы» бұйрығы
7. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 20 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-283/2020 "Денсаулық сақтау қызметкерлерінің үздіксіз кәсіптік даму нәтижелерін растау қағидаларын бекіту туралы» бұйрығы
8. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 3 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-230/2020 "Медициналық көрсетілетін қызметтер (көмек) сапасына ішкі және сыртқы сараптамаларды ұйымдастыру мен жүргізу қағидаларын бекіту туралы» бұйрығы
9. Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2022 жылғы 24 қарашадағы № 945 "Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2026 жылға дейінгі тұжырымдамасын бекіту туралы» Қаулысы.

## АНЫҚТАМАЛАР

Осы магистрлік жобада тиісті анықтамалары бар мынадай терминдер қолданылады

**Бейінді маман** - жоғары медициналық білімі, денсаулық сақтау саласында сертификаты бар медицина қызметкері;

**Денсаулық** - аурулар мен дене кемістіктерінің болмауы ғана емес, тұтастай тәндік, рухани (психикалық) және әлеуметтік саламаттылық жай-күйі;

**Денсаулық сақтау** - аурулардың алдын алуға және оларды емдеуге, қоғамдық гигиена мен-санитарияны қолдауға, әрбір адамның тәндік және психикалық денсаулығын сақтауға және нығайтуға, оның ұзақ жыл белсенді өмір сүруін қолдауға, денсаулығынан айырылған жағдайда оған медициналық көмек беруге бағытталған саяси, экономикалық, құқықтық, әлеуметтік, мәдени, медициналық сипаттағы шаралар жүйесі;

**Денсаулық сақтау жүйесі** - қызметі Қазақстан Республикасы азаматтарының денсаулығын сақтау құқықтарын қамтамасыз етуге бағытталған мемлекеттік органдар мен денсаулық сақтау субъектілерінің жиынтығы;

**Денсаулық сақтау саласындағы білім беру ұйымдарының ғылыми-педагог кадрларын аттестаттау** - денсаулық сақтау саласындағы білім беру ұйымдары ғылыми-педагог кадрларының педагогикалық және кәсіби құзыреттілігі деңгейін айқындау рәсімі;

**Денсаулық сақтау саласындағы білім беру ұйымының клиникасы** -білім беру ұйымының құрылымдық бөлімшесі немесе денсаулық сақтау ұйымы, оның базасында ғылым мен практиканың қазіргі заманғы жетістіктері негізінде техникалық және кәсіптік, орта білімнен кейінгі, жоғары, жоғары оқу орнынан кейінгі және қосымша медициналық білімнің білім беру бағдарламалары іске асырылады;

**Денсаулық сақтау саласындағы маман сертификаты** - жеке тұлғаның біліктілігін және клиникалық немесе фармацевтикалық практикаға немесе халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы қызметке дайындығын қоса алғанда, оның денсаулық сақтау саласындағы кәсіптік қызметке дайындығын растайтын, белгіленген үлгідегі құжат;

**Денсаулық сақтау саласындағы маманды сертификаттау** - жеке тұлға біліктілігінің денсаулық сақтау саласындағы салалық біліктілік шеңберінде және кәсіптік стандарттарда белгіленген біліктілік талаптарына сәйкестігін айқындау рәсімі, сондай-ақ клиникалық немесе фармацевтикалық практикаға немесе халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы қызметке дайындықты қоса алғанда, денсаулық сақтау саласындағы кәсіптік қызметке дайындықты айқындау;

**Денсаулық сақтау саласындағы сараптама** - Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес денсаулық сақтау қызметінің әртүрлі

салаларындағы құралдардың, әдістердің, технологиялардың, білім беру және ғылыми бағдарламалардың, көрсетілетін қызметтердің тиімділігі мен сапасын айқындауға, сондай-ақ денсаулық жағдайы бойынша еңбекке уақытша жарамсыздығын, кәсіби жарамдылығын айқындауға бағытталған ұйымдастырушылық, талдамалық және практикалық іс-шаралар жиынтығы;

**Денсаулық сақтау саласындағы стандарт** - медициналық, фармацевтикалық қызмет, денсаулық сақтау саласындағы білім беру және ғылыми қызмет, цифрлық денсаулық сақтау аясында денсаулық сақтау саласындағы стандарттауды қамтамасыз ету үшін қағидаларды, жалпы қағидаттар мен сипаттамаларды белгілейтін нормативтік құқықтық акт;

**Денсаулық сақтау ұйымы** - денсаулық сақтау саласындағы қызметті жүзеге асыратын заңды тұлға;

**Динамикалық байқау** - пациенттің денсаулық жағдайын жүйелі түрде байқау, сондай-ақ осы байқау нәтижелері бойынша қажетті медициналық көмек көрсету;

**Клиникалық хаттама** - пациенттің белгілі бір ауруы немесе жай-күйі кезіндегі профилактика, диагностика, емдеу, медициналық оңалту және паллиативтік медициналық көмек бойынша ғылыми дәлелденген ұсынымдар;

**Медициналық білім беру** - медицина қызметкерлерін даярлау және олардың біліктілігін арттыру жүйесі, сондай-ақ оқуды аяқтағаны туралы ресми құжатпен расталған, медициналық мамандықтар бойынша даярлау және біліктілікті арттыру бағдарламалары бойынша оқу барысында алынған, медицина қызметкері үшін қажетті білім мен дағдылар жиынтығы;

**Медициналық көмек** – дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді қоса алғанда, халықтың денсаулығын сақтауға және қалпына келтіруге бағытталған медициналық қызметтер кешені;

**Медициналық көмектің сапасы** - көрсетілетін медициналық көмектің медициналық көмек көрсету стандарттарына сәйкестік деңгейі;

**Медициналық қызмет** - техникалық және кәсіптік, орта білімнен кейінгі, жоғары және (немесе) жоғары оқу орнынан кейінгі медициналық білім алған жеке тұлғалардың, сондай-ақ заңды тұлғалардың Қазақстан Республикасы халқының денсаулығын сақтауға бағытталған кәсіптік қызметі;

**Медициналық ұйым** - негізгі қызметі медициналық көмек көрсету болып табылатын денсаулық сақтау ұйымы;

**Отбасылық дәрігер** - отбасы мүшелеріне медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсету бойынша арнайы көпбейінді даярлықтан өткен және денсаулық сақтау саласындағы маман сертификаты бар дәрігер;

**Пациент** - медициналық көмек көрсетуді қажет ететін ауруының немесе жай-күйінің болуына немесе болмауына қарамастан, медициналық көрсетілетін қызметтердің тұтынушысы болып табылатын (болып табылған) жеке тұлға.

## БЕЛГІЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР

Бұл жобада мынадай анықтамалар мен қысқартулар қолданылады:

АЕК	Амбулаторлық емханалық көмек
АҚШ	Америка Құрама Штаттары
БҚО	Батыс Қазақстан облысы
БМСК	Бастапқы медициналық-санитариялық көмек
ДА	Дәрігерлік амбулатория
ДДҰ	Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымы
ДСКҚ	денсаулық сақтау кадрлық қорлары
ЕО	Еуропалық Одақ
ЖОО	Жоғарғы оқу орны
ЖП	Жалпы практика
ЖТД	Жалпы тәжірибелік дәрігер
ҚДСБ	Қоғамдық денсаулық сақтау басқармасы
ҚР	Қазақстан Республикасы
МП	Медициналық пункт
МСАК	Медициналық-санитариялық алғашқы көмек
МҰ	Медициналық ұйым
ТҚҚБ	Тәуліктік қан қысымын бақылау
ТМД	Тәуелсіз мемлекеттер достастығы
УЗД	Ультрадыбыстық зерттеу
ФАП	Фельдшерлік-акушерлік пункт
ШЖҚ МКК	Шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік коммуналдық кәсіпорын
ЭКГ	Электрокардиография
ЭФГД	Эзофагогастрофибродуоденоскоп
ЭХОКГ	Эхокардиография
ЭЫДҰ	Экономикалық ынтымақтастық пен даму ұйымы
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
HR	Human resources

## КІРІСПЕ

**Тақырыптың өзектілігі:** Бүгінгі таңда медициналық қызметтердің сапасы жалпы саланың дамуын сипаттайтын негізгі индикатор болып табылады [1]. Медициналық көмек сапасын жақсарту және қажетті деңгейге жеткізу кадрлық саясатқа тікелей байланысты болып табылады. Кез келген ұйымның мақсаттарына жету құзыреттілігінің деңгейіне персоналдардың біліктілігі, тәртібі, жұмысқа бейімділігі, ұжымдық еңбек дағдысы, тұлғааралық қатынастарды қалыптастыруы, ұжымды ынталандыру, персонал мен басқарушы құрамның өзін-өзі дамытуға бейімділігі аса маңызды рөл атқарады [2, 3].

Халықтың өмір сүру деңгейі мен сапасын арттырудың негізгі бағыттарының бірі өмірдің әлеуметтік маңызды салаларын басқару сапасын дамыту және жақсарту болып табылады [4].

Медициналық кадрлар қазіргі заманғы денсаулық сақтау жүйесінің ең құнды және маңызды құрамдас бөлігі болып табылады, сондықтан осы салада қалыптасқан кадрлармен қамтамасыз етудің проблемалары мен қайшылықтары қоғамға бірқатар маңызды міндеттер қойды. Оларға жоғары білікті дәрігерлер мен медбикелердің жетіспеушілігі кіреді, бұл халыққа медициналық көмек көрсету сапасына кері әсерін тигізеді. Кәсіби мамандардың болмауына байланысты диагностика мен емдеу, озық ақпараттық технологияларды енгізу деңгейі айтарлықтай төмендейді. Сонымен қатар, сарапшылар қымбат жоғары технологиялық жабдықты сатып алудың өзі емдеудің сапасы мен тиімділігіне кепілдік бермейді деп санайды, басты мәселе-бұл техниканы игере алатын қызметкерлердің жетіспеушілігі. Бұл проблемалардың барлығы емдеу деңгейінде ғана емес, сонымен қатар саланы, медициналық ұйымдарды басқаруда да көрінеді [5].

Заманауи басқару принциптеріне құрылған кадр саясаты аясында денсаулық сақтау мекемелерінің еңбек әлеуетін жүзеге асыру халыққа сапалы медициналық көмек көрсетудің негізінде жатыр. Қазіргі уақытта медицина саласы үшін кадрлық кеңес берудің ғылыми негізделген тұжырымдамасы жоқ, бұл денсаулық сақтаудың кадр саясатын реформалауды және медициналық ұйымдар қызметінің ерекшеліктерін ескере отырып персоналды басқару жүйесін дамытуды өзекті етеді [6].

Денсаулық сақтау жүйесін жетілдіруде адам ресурстарын басқару маңызды рөл атқарады. Медициналық кадрларды тарту, оқыту, олардың біліктілігін арттыру және ұстап қалу саясаты оны тұрақтандырудың негізгі жолдарының бірі болып табылады. Медициналық персонал кез келген елде денсаулық сақтаудың негізі болып табылады, өйткені олардың өнімділігі оларды оқыту мен ұстауға кететін барлық шығындардан асып түседі. Дегенмен, Қазақстанда да, бүкіл әлемде де медициналық ұйымдарды кадрлармен қамтамасыз етудің ұқсас проблемалары бар. Медициналық кадрлардың, әсіресе, алғашқы медициналық-санитарлық көмектің тапшылығы өзекті мәселелердің бірі болып табылады. Дәрігерлер мен

медбикелер санының теңгерімсіздігіне әкеліп соқтыратын тар бейінді мамандардың жетіспеушілігін де атап өткен жөн. Тағы бір күрделі мәселе – негізінен ірі қалаларда шоғырланған медициналық кадрлардың біркелкі бөлінбеуі, ал ауылдық жерлерде білікті мамандардың жетіспеуі. Білікті кадрлардың дамыған елдерге көшуі денсаулық сақтау саласындағы кадрлық әлеуетті дамытуға да әсер етеді. Бұл мәселелерді шешу кешенді тәсілді қажет етеді. Медицина саласында білім берудің қолжетімділігі мен сапасын қамтамасыз етуге, шалғай және ауылдық елді мекендерге білікті мамандарды тартуға және сақтауға, сондай-ақ медицина қызметкерлерінің кәсіби дамуы мен уәждемелеріне жағдай жасауға жұмылдыру қажет. Қазақстанда адам басына шаққандағы дәрігерлер саны көптеген дамыған елдермен салыстырғанда жоғары болғанымен, халыққа медициналық көмек көрсету сапасы мен жалпы денсаулық көрсеткіштері жоғары деңгейге жетпейді. Бұл жергілікті денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігінің төмендігін, сондай-ақ медициналық персоналдың кәсіби өсу үшін біліктілігі мен жеткіліксіз уәждемесінің проблемаларын көрсетеді [7].

Соңғы жылдары Қазақстанда денсаулық сақтау қызметкерлерін даярлау, сақтау және олардың біліктілігін арттыру үшін жағдайлар жасалуда. Алайда, мемлекеттің шектеулі ресурстары алға қойылған мақсаттарға жете алмайды, бұл денсаулық сақтау саласының жұмыс күшінің тиімділігін төмендетеді. Сонымен қатар, медициналық кадрларды ұстап тұруға бірыңғай көзқарастың болмауы, олардың ел аймақтары бойынша біркелкі бөлінбеуі және олардың сапалық құрамы халықтың денсаулығына елеулі қатер болуы мүмкін, бұл бүкіл халықтың әлеуметтік-экономикалық даму деңгейін төмендетуге қауіп төндіреді.

Адам ресурстарының деңгейі денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігіне әсер ететін негізгі факторлардың бірі болып табылады. Медициналық көмек көрсету жүйесіндегі кадрлар деңгейіне тікелей байланысты медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігінің негізгі көрсеткіштері халықтың аурушандық, өлім-жітім деңгейі және өмір сүру ұзақтығы болып табылады. Осыны ескере отырып, Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау жүйесінің кадрлық әлеуетін арттыру саласында жаңа мақсаттар мен міндеттерді тұжырымдау қажеттілігі туындайды. Мамандықтар мен аймақтар бойынша медициналық қызметкерлердің теңгерімсіздігі мен тапшылығы мәселелерін шешу, медицина кадрларын даярлау, сақтау және олардың біліктілігін арттырудың жаңа тәсілдерін енгізу қажет. Осы мақсаттар үшін персоналды басқарудың тиімді стратегияларын әзірлеуді, медицина қызметкерлерін уәждеме мен ынталандырудың барабар жүйесін қамтамасыз етуді, сондай-ақ медицина саласында мансаптық өсу үшін жағдай жасауды қоса алғанда, кадрлық әлеуетті дамыту үшін қолайлы жағдайлар жасау қажет. Тек осы жағдайда ғана Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау жүйесінің тиімді жұмыс істеуін және медициналық көмектің сапасын арттыруды қамтамасыз етуге болады [8].

**Зерттеу мәселесі:** Магистрлік диссертация шеңберінде зерттеу алдында тұрған мәселе Қаратөбе аудандық ауруханасында медициналық персоналдың кадрлық әлеуетін пайдалану тиімділігін арттыру болып табылады. Бұл халыққа көрсетілетін медициналық көмектің сапасын арттыруға мүмкіндік береді.

**Мақсаты:** Қаратөбе аудандық ауруханасы үлгісінде кадрлық саясатты оңтайландыру есебінен медициналық көмек сапасын жақсарту.

**Міндеттері:**

1. Кадрлық саясатты оңтайландыру арқылы халыққа көрсетілетін медициналық көмек сапасын жақсартуға бағытталған отандық және халықаралық тәжірибелерге әдеби шолу.
2. Батыс Қазақстан облысы ҚДСБ ШЖҚ «Қаратөбе аудандық ауруханасы» МКК-сы үлгісінде негізгі көрсеткіштер мен дәрігерлік персоналдың ағымдағы жүктемесін және біліктілік деңгейін зерделеу.
3. Батыс Қазақстан облысы ҚДСБ ШЖҚ «Қаратөбе аудандық ауруханасы» МКК-ның мысалында медициналық қызметтің негізгі көрсеткіштері арқылы медициналық қызметті ұйымдастыруды және аурухана қызметкерлеріне сауалнама жүргізу арқылы кадрлық ұйымдастыруды зерттеу.
4. Медициналық көмек сапасын жақсарту мақсатында кадрлық саясатты оңтайлы ұйымдастыруға тәжірбиелік ұсыныстар әзірлеу.

**Зерттеу объектісі:** ШЖҚ «Қаратөбе аудандық ауруханасы» МКК

**Зерттеу нысаны:** Медициналық көмек сапасы, аурухана кадрлық ресурстары.

**Гипотеза:** Кадрлық ресурстарды оңтайлы пайдалана отырып, халыққа көрсетілетін медициналық көмек сапасын арттыру.

**Тақырыптың теориялық және практикалық маңыздылығы:** Медициналық қызмет сапасын арттыруға бағытталған кадрлық саясатты оңтайландырудың жаңа бағытын және құралдарды әзірлеу. Жобалық зерттеудің нәтижелері ШЖҚ «Қаратөбе аудандық ауруханасы» МКК мекемесінің жұмысын тәжірибесінде қолданылатын болады.

**Зерттеудің әдіснамалық базасы:** статистикалық, әлеуметтік, аналитикалық.

**Ғылыми жаңалық және қорғауға шығарылатын ережелер:** Жүргізілген зерттеу нәтижелері кадрлық саясатты оңтайландыру есебінде тұрғындарға көрсетілетін медициналық көмек сапасын жақсарту, уақытылы және сапалы медициналық көмек көрсету деңгейін арттыруға қол жеткізу, сонымен қатар зерттеу нәтижелері мен әзірленген ұсынымдар медицина қызметкерлерінің еңбек жағдайларын жақсартуға, сондай-ақ нормативтік құжаттарды қайта қарауға үлес қосуға мүмкіндік береді және денсаулық сақтауды ұйымдастырушылар үшін пайдаланылуы мүмкін.

**Жұмыс көлемі мен құрылымы:** Жоба кіріспеден, әдебиеттерге шолудан, зерттеудің үш бөлімнен, қорытындыдан, дереккөздер тізімінен және қосымшалардан тұрады. Ғылыми жобаның мәтіні 100 беттен, 18 кестеден, 30 суреттен тұрады. Пайдаланылған әдебиеттер тізімінде 141 дереккөз бар.

# 1 ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ КАДРЛЫҚ САЯСАТТЫҢ ТЕОРИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

## 1.1 Денсаулық сақтауды басқару: кадрлық әлеуеттің (потенциал) рөлі

Денсаулық сақтауды дамыту үшін материалдық-техникалық базамен және қаржылық ресурстармен қатар білікті мамандардың: дәрігерлер мен орта медициналық персоналдың болуы басты рөл атқарады. Кадрларды даярлау және медициналық мекемелерді нормативтік талаптар деңгейінде медициналық кадрлармен қамтамасыз ету саланы дамытудың негізгі міндеттерінің бірі болып табылады.

Кадр саясаты – кадрлық әлеуетті қолдауға, нығайтуға және дамытуға, дер кезінде әрекет етуге қабілеті жоғары өнімді, ұйымшыл ұжымды құруға бағытталған мақсаттар мен міндеттерді әзірлеудің принциптері, әдістері, ұйымдастыру тетігі нысандарының жиынтығын қамтитын кадрлық жұмыстың жалпы бағыты. Қазіргі жағдайда кадр саясатына көңіл бөлу үрдісі байқалады, өйткені оның көмегімен персоналдың сандық және сапалық құрамын жаңарту және қолдау, оны ұйымның қажеттіліктеріне, заң талаптарына және еңбек нарығының жағдайына сәйкес дамыту процестері арасындағы оңтайлы теңгерім қамтамасыз етіледі [9].

Адам ресурстарын дамыту стратегиялары денсаулық сақтау жүйесін дамытудың маңызды құрамдас бөлігі болып табылады. Бүкіл әлемде денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігі мен медициналық қызметтердің сапасы қызметкерлердің құзыреттілігі, дағдылары мен мотивациясының деңгейімен анықталатын қызметіне тікелей байланысты.

Денсаулық сақтау мекемесін басқару - ұйымның ішкі қажеттіліктеріне және нарықтық экономиканың өзгеретін факторларына сәйкес түзетілген оңтайлы шешімдерге негізделген күрделі процесс [10-11].

Кез келген ұйымның мақсатына жету құзыреттілік деңгейіне, біліктілігіне, тәртібіне, жұмысқа деген адалдығына, топта жұмыс істеу дағдыларына және соның нәтижесінде мәселелерді шеше білуге, тұлғааралық қарым-қатынасты қалыптастыруға, ұжымның мотивациясына, өзін-өзі дамытуға бейімділігіне байланысты [12].

Кадр саясаты – басқару әдістерін, тәсілдерін, технологияларын пайдалана отырып, қызметкерлерді басқару жөніндегі іс-шаралар кешені, оның ішінде мақсаттарды, міндеттерді, еңбек әлеуетін дамыту жөніндегі қызметтің негізін құрайтын негізгі мәселелерді анықтау, білікті басқару командасын құруға, денсаулық сақтау ұйымының стратегиясы шеңберінде жүктелген міндеттерді орындауға қабілетті мамандар командасы [13-14].

Медициналық персоналдың сандық және сапалық құрамы, олардың біліктілігі мен моральдық принциптері тиімді денсаулық сақтау жүйесінің және мемлекет халқының денсаулығын сақтау саясатының маңызды атрибуттары болып табылады [15]. Персоналды басқарудың өзекті мәселелерін шешу медициналық ұйымдардағы және жалпы денсаулық сақтау

жүйесіндегі кадрлық процестерді жетілдіру арқылы мүмкін болады [16]. Денсаулық сақтау саласының әлеуметтік институт ретінде дамуының негізінде медициналық мекеме басшыларының ғана емес, сонымен қатар қатардағы қызметкерлердің де жоғары кәсіби деңгейін ұстап тұру жатады [17]. Бүгінгі таңда денсаулық сақтау саласындағы кадрлық саясаттың келесі іргелі бағыттарын бөліп көрсетуге болады [18]:

1. Персоналдың оңтайлы саны мен құрылымын анықтау, жұмыс орындарын жаңғырту, жоғары білікті мамандарды тарту.
2. Қызметкерлердің кәсіби және тұлғалық дамуы, кадрларды даярлау және қайта даярлау бағдарламаларын жетілдіру, инновациялық медициналық технологияларды енгізу.
3. Коммуникациялық жүйені модернизациялау, қызметкерлердің белсенділігін арттыру және медициналық ұйымның мәселелерін шешу үшін тиімді команданы қалыптастыру.
4. Уақытты тиімді пайдалану және жауапкершілікті бөлу арқылы жұмыс процесін оңтайландыру.
5. Еңбек жағдайына сәйкес келетін қызметкерлерді ынталандыру мен ынталандырудың тиімді жүйесін әзірлеу.

Денсаулық сақтау жүйесінің кадр ресурстарының жай-күйі дәрігерлік және мейірбикелік персоналмен қамтамасыз етудің пропорционалдылығының сақталуымен, оларды даярлаудың теңгерімсіздігімен, ауыл халқына дәрігерлік көмек көрсетудегі елеулі проблемалармен, кейбір жағдайларда кадрлардың қажетті біліктілігінің болмауымен сипатталады [19]. Денсаулық сақтаудағы әртүрлі бейіндегі медициналық кадрлардың дамуын жоспарлау және болжау арнайы әдіснаманы, мониторинг жүйесін талап етеді. Жекелеген өңірлерде жұмыс істейтін көп деңгейлі мониторингтерді құру кадрлардың толық жұмыс істеуі үшін қажетті бағыттарда дамуын реттеуге мүмкіндік береді [20].

Денсаулық сақтау жүйесінің басты проблемаларының бірі-құрылымның оңтайлы еместігі және медициналық қызметкерлердің қанағаттанарлықсыз біліктілігі [21]. Ұйымдық вертикалдың әлсіреуіне, қаржыландырудың негізгі мемлекеттік көздері бойынша басқарудың біркелкі болмауына, сондай-ақ саланы жүйе ретінде дамытудың дұрыс стратегиялық жоспарлауының болмауына байланысты саланы басқару жүйесіндегі ыдырау күшейіп келеді, оның ішінде адам ресурстары. Денсаулық сақтау ұйымдары жаңа және озық құрал-жабдықтармен жаңартылуда, БМСК қызметкерлерінің жалақысы көтерілуде және қайта даярлау жүзеге асырылуда, еңбек белсенділігін экономикалық ынталандыру тетіктері, басқарушылық дербестікті арттыруға көмектесетін ұйымдарды инновациялық қаржыландыру әзірленуде. Сонымен қатар, кадр саясатының көптеген мәселелері одан әрі терең зерттеуді қажет етеді. Оларға мыналар жатады: персоналды басқару, ұжымдық жұмысты ұйымдастыру, кәсіби және мансаптық өсуді қамтамасыз ету, мамандардың өзін-өзі даярлауы, тең бөлу және жұмысқа орналасу қағидаттарын сақтай отырып, жоғары сапалы және

моральдық жұмысқа мотивация жасау, денсаулық сақтаудағы кадрлық технологиялар, қызметкерлерді дамытудың ең өзекті аспектілері ретінде [22, 23].

Халықаралық тәжірибе, атап айтқанда Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының тәжірибесі денсаулық сақтау жүйелерінің тиімділігін арттыруға қатысты ұйымдық өзгерістердің ішінде кадрларды басқару саласында қабылданған іс-әрекеттер ең үлкен жетістікке жететінін көрсетеді. Денсаулық сақтау қызметкерлерінің санының, дайындық сапасының, оларды бөлудің тығыздығының денсаулық сақтау саласындағы түрлі іс-шаралардың нәтижелеріне және жалпы адамдардың денсаулығына оң әсерін көрсететін көптеген деректер бар. ДДҰ анықтамасына сәйкес денсаулық сақтау қызметкерлері негізгі қызметі денсаулықты жақсартуға бағытталған адамдар болып табылады. Оларға медициналық қызмет көрсететін мамандар (дәрігерлер, медбикелер, фармацевтер мен зертханашылар), сондай-ақ әкімшілік және көмекші қызметкерлер кіреді. Әлемде 60 миллионға жуық денсаулық сақтау қызметкерлері бар. Олардың шамамен үштен екісі медициналық қызмет көрсетеді (провайдерлер), ал үштен бірі әкімшілік және көмекші функцияларды орындайды [24].

Көптеген елдерде денсаулық сақтау кадрларын дамытудың заманауи саясаты мемлекет пен қоғамның, соның ішінде кәсіби медициналық қауымдастықтардың бірлескен жауапкершілігіне негізделген. Үкімет денсаулық сақтау саласындағы кадрлардың нақты қажеттіліктерін реттеуге, анықтауға, қанағаттандыруға, сондай-ақ оқыту саласындағы іс-шараларды қолдауға, кадрларды даярлау және оларды қоғамның тиімді пайдалануға, бағыттауға және бақылауға тырысады.

ДДҰ құрған аймақтық кадрлық ресурстар обсерваториялары әртүрлі аймақтардағы денсаулық сақтау саласындағы еңбек ресурстары үшін білім базасын нығайтады, дамытады және қолдайды. Обсерваториялар денсаулық сақтау жүйесін нығайту және медициналық көмекті жақсарту мақсатында саяси шешімдер қабылдау үшін нақты деректерді ұсынады. Олар практикалық әдістер мен жинақталған тәжірибені қадағалап, бөліседі [25].

Осылайша, дамыған елдердің кадр саясаты қолда бар ресурстардың тиімділігін басқару әдістерін енгізуге, әкімшілік қызметкерлердің рөлін күшейтуге, мейірбике кәсібінің жылдам эволюциясына және орта медициналық персоналдың функцияларын кеңейтуге, қоғамдық денсаулық сақтау саласында мамандар даярлауға, кадрларды даярлау және қайта даярлау саласына қойылатын талаптарды арттыруға бағытталған.

Денсаулық сақтау жүйесі – халықтың денсаулығын сақтау жөніндегі мемлекеттік, экономикалық және әлеуметтік шаралар кешені. Бұл медицина қызметкерлерінің кәсіби деңгейі мен құзыреттілігіне, сондай-ақ сапалық және сандық құрамына байланысты. Кадрлық қамтамасыз ету медициналық көмектің сапасы мен азаматтардың әл-ауқатының деңгейін анықтайтын маңызды көрсеткіштердің бірі болып табылады.

Адам ресурстарын басқару кадрларды іріктеу, кәсіби даярлау және қайта даярлау, ынталандыру және дамыту жүйесінің орталық құрамдас бөлігі болып табылады. Мұндай менеджменттің мақсаты – қолда бар адам ресурстарын сапалы пайдалану, ең білікті қызметкерлерді тарту және оларды дамыту.

Ағылшын зерттеушілері В.Грант пен Дж.Смит адам ресурстарын басқару менеджмент жүйесіндегі негізгі факторлардың бірі ретінде персоналды анықтау, талдау, бағалау және бақылаумен байланысты деп есептейді. Осы ұстанымға сәйкес денсаулық сақтау жүйесіндегі персоналды басқару қызметкерлердің еңбек қызметін талдау мен бағалауға, олардың білім алуына, біліктілігін арттыруға және қайта даярлауға негізделуі керек [26].

Адам ресурстарын басқару объектісі белгілі бір саладағы жұмысшылар ұжымы немесе қауымдастығы, сонымен қатар жеке қызметкер болуы мүмкін. Басқару субъектілері болып персоналды жұмысқа қабылдауға, сақтауға және дамытуға жауапты дербес бөлімдердің қызметкерлері, сондай-ақ кадрлық шешімдер қабылдауға құқығы бар басқару персоналы табылады.

Кадрларды басқару функцияларына мыналар жатады:

- 1) адам ресурстарының қажеттіліктерін жоспарлау;
- 2) әлеуетті үміткерлердің резервін қалыптастыру;
- 3) кандидаттарды бағалау;
- 4) кандидаттарды іріктеу;
- 5) ынталандыру жүйесін құру;
- 6) адам ресурстарын дамыту;
- 7) персоналды бейімдеу және кәсіби бағдарлау;
- 8) қызметкерлердің еңбек қызметін талдау және бағалау;
- 9) кадрларды оқыту, даярлау және қайта даярлау [27].

Денсаулық сақтау жүйесін жаңғырту оның адами әлеуетін зерттемейінше жүзеге аспайды. «Потенциал» термині «potentia» терминінен шыққан, яғни белгілі бір мақсатқа жету үшін қажетті әдістер мен құралдар жиынтығы [28]. «Кадрлық әлеует» термині ғылыми әдебиеттерде салыстырмалы түрде жақында қолданыла бастады және ол елдің, мемлекеттік басқару жүйесінің немесе белгілі бір ұйымның әлеуметтік-экономикалық дамуын талдау кезінде қолданылады. Мысалы, орыс әдебиетінде «кадрлық потенциал» терминін алғаш қолданғандардың бірі болып академик В.Я.Афанасьев оны ұжымның белгілі бір ұйымның мәселелерін шешу қабілеті ретінде қарастырған [29].

Б.С.Қабақов кадрлармен қамтамасыз ету тек кадрларды ғана емес, сонымен бірге олардың әлеуетін де қамтиды, оларды пайдалану арқылы белгілі бір мақсаттарға жетуге болады деп есептеді [30].

Г.В.Киселева кадрларға білімі, жұмыс тәжірибесі және біліктілігі бойынша жарамды, бірақ белгілі бір жағдайларға байланысты жүйеге қатысы жоқ жұмыс істейтін адамдар да, уақытша жұмыссыздар да кіреді деп есептеді [31].

Медициналық ұйымдардың персоналы науқастарды емдеу мен күтуді ғана емес, сонымен қатар медициналық ұйымдарды басқару мәселелерін шешеді және аурудың алдын алу жұмыстарын жүргізеді [32]. Осыған байланысты медицина қызметкерлеріне талаптар күшейтіліп, денсаулық сақтау қызметкерлерін кәсібилендірудің жаңа тәсілдері іздестірілуде [33].

Батыс елдерінде денсаулық сақтау саласында тиімді кадрлық саясатты әзірлеу бірнеше деңгейде жүзеге асырылады. *Мемлекеттік деңгейде* медициналық кадрларды кәсіби даярлауға жауапты орталық уәкілетті органдар құрылады. *Аумақтық деңгейде* кадр саясатына жауапкершілік жергілікті денсаулық сақтау органдарына жүктеледі. *Ұйымдастыру деңгейінде* әрбір медициналық ұйым өз қызметкерлерінің кәсіби дайындығына жауапты. Еуропа елдерінде денсаулық сақтау саласындағы кадрлық саясатты әзірлеуде мемлекеттік органдар маңызды рөл атқарады. Скандинавияда (Швеция, Дания) денсаулық сақтау органдарындағы кадрлық саясатқа қатысты барлық шешімдерді мемлекеттік органдар қабылдайды, бұл олардың осы саладағы монополиясын сипаттайды. Скандинавия елдерінен айырмашылығы, АҚШ-та әрбір маман адам ресурстарының мобильді болуына мүмкіндік беретін кәсіби дағдылар мен білімдердің дамуына жеке жауап береді. Әйгілі америкалық ғалымы М.Портердің пікірінше, бәсекелестік нарықта білім беру мен кәсіптік бағдар беру өте маңызды. Ол адам ресурстарының сапасын үнемі жақсарту экономикалық дамудың негізгі факторы деп санайды [34].

Батыс сарапшыларының теориялық материалдарына назар аударатырып, дамыған елдерде денсаулық сақтау жүйесін кадрлармен қамтамасыз етуде де проблемалар бар екенін айта кеткен жөн. Осылайша, Диана Е. көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасына теріс әсер ететін мейірбике қызметкерлеріне қатысты кейбір мәселелерді атап өтеді [35].

Ағылшын зерттеушісі Бивинс Р. Ұлыбританиядағы медициналық қызметкерлердің мемлекеттік ауруханалардан жеке клиникаларға айтарлықтай кетуін анықтап, мұны жалақының төмендігімен, жұмыс жүктемесінің пропорционалды емес өсуімен және үкіметтік емес ұйымдардағы еңбек жағдайларының жақсаруымен түсіндіреді [36].

Ф.Рэнди Вогенберг өз зерттеулерінде 1-кестеде келтірілген денсаулық сақтаудағы тенденцияларды анықтады.

### **Кесте 1- Денсаулық сақтаудың негізгі тенденциялары**

Ауыл денсаулығы	Ауылдық денсаулық сақтау ұйымдары мен ауруханалар жаңа технологияларды пайдалануды жалғастырады, өйткені ауыл тұрғындары айтарлықтай азайды. Телемедициналық және телемедицина немесе смартфондар сияқты технологиялар ауылдық жерлердегі күтім жүйелеріне қызметтер мен арнайы күтім желілерін біріктіруге мүмкіндік береді.
Денсаулық	Пациенттер денсаулық сақтау саласының болашағына

Кесте 1 жалғасы	
сақтаудағы тұтынушылық	жаңа жолдармен әсер етеді, өйткені олардың онлайн ресурстар мен теледенсаулықты пайдалануы өсуде. Baby Boomers және Generation X-ers денсаулық сақтау аспектілерін өзгерткені сияқты, Millennials - денсаулыққа пайдасын тигізетін ауыртпалықты бөлісетін бірінші ұрпақ. Олар денсаулық сақтау шығындары тым жоғары және үшінші тарап төлеушілер немесе сақтандырушылар тым көп билікке ие деп санайды.
Жұмыс күшін өзгерту	Қызметкерлермен жалпы қарым-қатынасты жақсарту тәсілі ретінде жұмыс берушілер өздерінің жеңілдіктері мен ерікті жеңілдіктерін кеңейтуді жалғастырады, оның ішінде ауыр ауруларды қамту, фитнес орталықтары мен медициналық клиникалар қамтылған өкілдерге күтім көрсетудің үздіксіздігін қамтамасыз етеді.
Әкімшілікті трансформациялау: артықшылықтар стратегиясы және арнайы дәрілер	Жәрдемақы тағайындау, жәрдемақы стратегиясы және дәрі-дәрмек бағасын анықтауды күшейтілген тексеру басталды. Фармацевтикалық жеткізу тізбегіндегі бағалар, әсіресе арнайы препараттар, денсаулық сақтау шығындарының өсуінің негізгі драйвері ретінде орталық орын алды. Барлық мүдделі тараптар халықтың денсаулығының нәтижелерін теңестіру кезінде құнға негізделген сатып алу және таза шығындар бойынша келісім-шарттар немесе өндірушілермен тікелей келісім-шарттар сияқты шығындарды бөлісу бастамаларын пайдалануды ұлғайта отырып, жоғары шығындарды бөлісуге күш салуды жалғастырады.
Халық денсаулығына кешенді қамқорлық	Медициналық көмек көрсетуді жақсартуда инновациялар шешуші рөл атқарады және технологияны пайдалану арта түскен сайын амбулаториялық көмек те артады, бұл қызметтердің өсуі денсаулық сақтау шығындарын үнемдейтінін анықтайтын тұтынушылардың қолдайды. Ұсынылған қызметтер арқылы халықтың денсаулығының табысты нәтижелеріне қол жеткізудің біріктірілген үлгілері үнемдеуге қол жеткізудің ажырамас бөлігі болады.
Технологияны жеделдету және нарыққа трансформациялық әсер ету	Технологиялық жетістіктер денсаулық сақтау саласына үлкен әсер етуді жалғастырады және белгілі бір дәрежеде барлық мүдделі тараптарға әсер етеді. Нарықтағы бүгінгі технология қолданбаларының тереңдігі мен кеңдігі функционалдылық пен нарықты өзгерту бойынша ескілерінен асып түсетін жаңа ұсыныстардың қуатты жиынтығымен тез арада асып

	түседі. Денсаулық сақтау саласына оң және тұрақты әсер ету үшін табысты инновациялар клиникалық, экономикалық немесе екеуіне қарамастан инвестициядан айтарлықтай қайтарымды қамтамасыз етуі керек. Кейбір жағдайларда осы есептеу мәндерін анықтау үшін жаңа көрсеткіштер қажет болады.
Жеткізу тізбегінің бұзылуы (дәрілер мен кірістер)	Таңдамалы, клиникалық немесе экономикалық негізделген өлшем бұрмалары қазіргі уақытта тәуекелді қабылдау нәтижесін бөлісетін көптеген мүдделі тараптарға сәйкес келетіндей теңдестірілген болуы керек. Пациенттер тұтынушылар, дәрігерлер және жеткізушілер ретінде басқалар, сондай-ақ өндірушілер мен олардың жеткізу тізбегі пациенттердің оңтайлы нәтижелерін теңестіру және қол жеткізу үшін өнімділікке бағытталған, әрекет ететін матрицамен өз көрсеткіштерін мағыналы түрде қайта қарауы керек.
Үкімет: заңнамалық және/немесе реттеуші өзгерістер	Денсаулық сақтау нарығының динамикасын өзгерту немесе мүмкіндіктерді кеңейту бойынша федералды әрекетсіз нарық мемлекеттік немесе жеке сектордың сызықтарын сызу арқылы одан әрі бөлшектенеді. Жеке сектордағы денсаулық сақтау саласы инновациялар енгізіп, өсе алады, өйткені нарықтар қызметкерлерге жеңілдіктер ұсынуға тырысады.
Ескерту: дереккөздерге сүйеніп жасақталған [37]	

Қазақстандық ғалымдар А.А. Легостаева және Б.К. Джазыкбаева денсаулық сақтау жүйесін кадрлық ресурстармен қамтамасыз етуді талдау және бағалау Қазақстанның денсаулық сақтау органдары қызметінің тиімді нәтижелерін қамтамасыз ететін кадрлық саясаттың негізі болып табылады, бірақ сонымен бірге Қазақстан Республикасының қолданыстағы және болашақтағы стратегиялық құжаттары шеңберінде жаңғыртуды талап етеді. Олар сондай-ақ ресурстарды стратегиялық менеджментке шоғырландыру және медициналық кадрларға деген қажеттіліктерді қанағаттандыру арқылы қоғам мен мемлекеттің өзара жауапкершілігі қағидаты бойынша ұлттық кадр саясатын құру қажеттігі туралы тезистерді алға тартты [38]. Сондай-ақ Қазақстанда әрбір қызметкердің әлеуетін ашуға мүмкіндіктер жасаумен сипатталатын адам ресурстарын даярлау мен дамытудың бірыңғай жүйесін құру керек деген пікір бар. Осыған байланысты ұлттық кадр саясаты кәсіптік бағдар беруді, мамандарды даярлауды және жаңа құзыреттерді игеруге ынталандыруды арттыруды қамтуы керек [39].

Шетелдік және отандық зерттеушілердің еңбектерін зерделеу және талдау денсаулық сақтау жүйесіндегі кадрлық саясаттың негізгі мақсаты

элеуметтік-экономикалық кепілдіктерге негізделген адам ресурстарын басқарудың икемді және бейімделгіш жүйесін қалыптастыру, тиімділік пен өнімділік, пациенттердің қажеттіліктерін қанағаттандыру, еңбек ресурстарын арттыру болып табылады деген қорытынды береді. Жоғарыда айтылғандардың барлығы кадрлар денсаулық сақтау жүйесінің негізгі ресурстарының бірі болып табылады деген қорытынды жасауға мүмкіндік береді.

## **1.2 Шетелдік денсаулық сақтау ұйымдары тәжірибесіндегі персоналды басқару мен жоспарлаудың ерекшеліктері**

Әлемнің дамыған елдері жоғары кәсіби деңгейдегі еңбек ресурстарын дайындау арқылы өздерінің бәсекеге қабілеттілігін арттыруға ұмтылыстарын күшейтуде. Жұмыссыздықтың, әсіресе жастар арасындағы тұрақты жоғары деңгейі білім беру жүйесінің жастарды еңбек нарығына қажетті дағдылармен дайындаудағы сәтсіздігін әшкереледі.

Персоналды жоспарлау кадрларды іріктеудің негізгі құрамдастарының бірі болып табылады. Ұйым персоналды қабылдауды қалай жоспарлайды, олардың қандай білімдері мен дағдылары болуы керек, одан әрі дамуды анықтайды. «Персоналды жоспарлау – бұл өз қабілеттері мен бейімділіктеріне және өндіріс талаптарына сәйкес қажетті уақытта және қажетті мөлшерде жұмыс алғысы келетіндерді қамтамасыз етуге бағытталған қызмет» [40]. А.Я. Кибанов стратегиялық, тактикалық және операциялық жоспарлауды ажыратады. Бұл деңгейлердің әрқайсысы өз мақсаттарын көздейді: экономикалық, технологиялық, элеуметтік және басқалар [41].

Көптеген елдер біліктілік деңгейінің әртүрлілігімен және кіші медициналық қызметкерлер санының дәрігерлер санына қатынасымен сипатталады. Негізгі мамандықтар мен біліктілік ауқымындағы диспропорциялар да елеулі күйінде қалып отыр. Денсаулық сақтау саласындағы кадрлық сектордағы ең проблемалық мәселелер адам ресурстарын, олардың санын дұрыс жоспарлау, білікті жұмысшыларды бөлу құрылымындағы теңгерімсіздіктерді жою мәселелері болып табылады. Соңғы жылдары Англияда кадр саясаты стратегиялық мәселелердің ішінде маңызды орынға ие болды. Кадр саясатындағы кемшіліктердің қатарында жоспарлар арасындағы жүйеліліктің жоқтығы атап өтіледі. Денсаулық сақтау министрлігі медициналық және стоматолог студенттерін келісім-шарт негізінде оқытуға бұйрық береді (ұлттық кәсіби консультативтік кеңестер мұқият зерделегеннен кейін); стратегиялық денсаулық сақтау дирекцияларының жоспарларының сапасын бақылауды қамтамасыз етеді; «жоспарлар бойынша» біліктілікті арттыруға, оқытуға қаражат береді және бөледі.

Мұндай жоспарлаудың болжамды артықшылықтарына қарамастан, «жергілікті деңгейде де, ұлттық деңгейде де қаржылық және жұмыс күшін жоспарлау арасында нақты байланыстың жоқтығы және өнімділік пен

икемділік мәселелеріне жеткіліксіз көңіл бөлінетіні» атап өтіледі [42].

*Англиядағы* болжамды ДСКҚ проблемаларының арасында мыналар бар:

- мейірбикелік персоналдың айтарлықтай тапшылығы;
- шетелдік кадрларды тартуға жоғары тәуелділік;
- жалпы практикаға (ЖП) персоналды тартудағы қиындықтар.

Англиядағы ДСКҚ жоспарлау келесі компоненттерді қамтиды: ДСКҚ саны, оқыту қажеттіліктері және демографиялық және кәсіби дамуы туралы деректер мен ақпаратты қамтамасыз ету; болашақта ДСКҚ сұранысы мен ұсынысына тұрақты талдау жүргізіледі; HR жоспарлары сұранысты қанағаттандыру үшін жасалады.

*Бельгияда* федералдық заңнама кәсіпке қол жеткізуге квоталарды енгізуге мүмкіндік береді, ол үшін жас медицина мамандары еңбек нарығына шыққан кезде оқу кезеңінің соңында қажеттіліктерді бағалау жүргізіледі; сондықтан болашақ ДСКҚ болжау қажеттілігі артады [43]. Құрамына университеттердің, медициналық сақтандыру ұйымдарының, кәсіби ұйымдардың, федералды және жергілікті үкіметтердің және Ұлттық медициналық сақтандыру институтының (RIZIVINAMI) өкілдері кіретін Ұлттық медициналық жұмыс күшін жоспарлау комитеті Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министріне ДСКҚ жоспарлау мәселелері бойынша кеңес береді [44]. Болжамда келесі параметрлер қолданылады: жасы мен жынысы бойынша медициналық қызметкерлердің бастапқы болуы, медицина қызметкерлерінің қартаюы және өмір сүру ұзақтығы, жас және жыныс бойынша белсенділік деңгейі, жұмыс уақытының қысқаруының жаһандық бағалауы және көші-қон деңгейін бағалау, еңбекке кіру, түлектер нарығы. ДСКҚ сұранысын бағалау үшін жасы мен жынысы бойынша бөлінген ағымдағы және болжамды популяцияның параметрлері пайдаланылады. Алдымен дәрігерлерге арналған сценарийлер дайындалады, содан кейін тіс дәрігерлері, физиотерапевтер және медбикелер үшін басқа сценарийлер дайындалады. Осы болжам негізінде тіс дәрігері мен физиотерапевт мамандарына квота белгіленіп, қабылданады. Содан бері бұл тәсіл бағаланып, нақтыланып, кеңейтіледі.

Осылайша, Бельгияда бұл процестің басынан-ақ негізгі мақсат дәлелге негізделген ДСКҚ жоспарлау саясатына қол жеткізу болды. *Германия* - Англия мен Бельгиядан айырмашылығы, ДСКҚ жоспарлаудың ұлттық жүйесі жоқ федералды мемлекет. Елімізде әрбір адам таңдаған мамандығына қол жеткізуге құқығы бар деген қағиданы ұстанады. Медициналық жоғары оқу орындарына студенттерді қабылдау ондағы бос орындардың санына байланысты. Орындар саны денсаулық сақтау саласындағы саясаткерлер мен білім беру ұйымдарының арасындағы келісім бойынша белгіленеді. Тарихқа көз жүгіртсек, бұл әрқашан дәрігерлердің артық болуына әкеліп соқтырды, ал мемлекет медициналық студенттердің санын емес, практикалық дәрігерлердің санын реттей бастады [45]. Медициналық білімге деген сұраныс оқу орындарындағы орын ұсынысынан асып түсетіндіктен, көптеген жастар шетелге медициналық білім алуға барады. Лауазымның тапшылығы

көбінесе дәрігерлерді басқа елдерде жұмыс іздеуге мәжбүр етеді, бірақ бұл өзгерістер туралы аз мәлімет бар. Германия медицина қызметкерлерін, негізінен дәрігерлерді көрші елдерге және Англияға экспорттайды. ДСКҚ бойынша біріктірілген деректер базасы жоқ (атап айтқанда, медбикелердің ұлттық тізілімі жоқ). Әсіресе халқы аз елді мекендерде дәрігерлер жетіспейді. Басқа еуропалық елдерде жұмыс істейтін дәрігерлер санының артуы Германиядағы жалақының жеткіліктілігіне қатысты да сұрақтар туғызады.

Дегенмен, кейбір нақты аспектілерде әртүрлі жоспарлау бастамалары жүргізілуде. Атап айтқанда, болашақта егде жастағы адамдарға мейірбикелік күтім жүйесінде тіркелген медбикелердің тапшылығын күтуге болатыны атап өтілді. Осыған байланысты Денсаулық сақтау министрлігі мен Отбасы істері, қарт адамдар, әйелдер және жастар министрлігі (BMFSFJ) «қарт адамдарға мейірбикелік күтім», қарт адамдарға көмектесетін «мейірбике» біліктілігінің тартымдылығын арттыру науқаны саласында ақпараттық платформаны енгізуге және өңірлік қолдау құрылымдарын құруға кірісті. Соңғы заңнамалық реформалар сонымен қатар дәрігерлердің міндеттері мен жауапкершілігін медбикелерге беру үшін демонстрациялық және пилоттық жобаларды ұйымдастыруды қамтиды. Неміс тәжірибесінің ерекшелігі – әлеуметтік көмек алушылар мен жұмыссыздарды, сондай-ақ еріктілерді ұзақ мерзімді негізде тарту арқылы ұзақ мерзімді күтім үшін адам ресурстарын арттыру шараларын қолдану [46].

*Литвада* дәрігерлердің жұмыс күшін жоспарлау 2000 жылы басталды, мейірбикелік жұмыс күшін жоспарлау тек 2006 жылы, ал стоматологтар, фармацевтер және қоғамдық денсаулық сақтау мамандары үшін жұмыс күшін жоспарлау әлі бастапқы кезеңде [47].

Дәрігерлер санының ұзақ мерзімді болжамдары студенттерді қабылдауды арттырудың өзекті қажеттілігін анықтады. Ұсынысты Білім, Денсаулық сақтау және Қаржы министрліктері мақұлдап, 2002 жылы жүзеге асырды. Болжамдар көрсеткендей, 2012 жылы ЖОО бітіру елдегі қажеттіліктерді қанағаттандыруы тиіс. 2005 жылы Денсаулық сақтау министрлігі ЖОО-ларға резидентураға оқу орындарын бөлу бойынша ұсыныстар бере бастады және бұл ұсыныстар негізінен ескерілді. 2003 жылы Денсаулық сақтау министрлігі «2003–2020 жылдарға Литвада денсаулық сақтау саласындағы кадрлық ресурстарды стратегиялық жоспарлау» бағдарламасын бекітті. Стратегияның негізгі стратегиялық міндеттеріне мыналар жатады: ұлттық, аймақтық және аудандық деңгейлердегі ДСКҚ саласындағы өзгерістерді зерделеу; халықтың болжамы, өлім-жітім, ауру тенденциялары және денсаулық сақтауды реформалау мақсаттары негізінде облыс және аудан деңгейінде әрбір мамандық бойынша ДСКҚ жоспарлауды ілгерілету; денсаулық сақтауды реформалау негізінде сұраныс пен ұсынысты жоспарлау моделін құру; әр мамандық бойынша сұраныс пен ұсынысты болжау.

Қазіргі уақытта күзиреттілік түрлері мен еңбек өнімділігін ескере отырып, ДСКҚ сұранысы мен ұсынысын жоспарлау моделі құрылды. ДСКҚ

тізілімі құрылды [48]. 1991 жылдан бастап *Финляндия* әр төрт жыл сайын әлеуметтік қамсыздандыру мен денсаулық сақтауды қоса алғанда, барлық секторлардағы жұмыс күшінің сұранысы мен ұсынысына жан-жақты талдау жүргізеді. Бұл білім мен жұмыс күшінің ұзақ мерзімді қажеттіліктері арасындағы сәйкестікті қамтамасыз ету үшін жасалады [49]. Бұл процеске министрліктер, Ұлттық білім беру кеңесі, Финляндияның жергілікті және аймақтық биліктері қауымдастығы, Финляндияның статистикасы, фин зейнетақы орталығы және ғылыми-зерттеу институттары қатысады. Мысалы, «адам ресурстары 2025 жылға дейін есебі» экономикалық, жұмыспен қамту, демографиялық және өнімділік үрдістерін ескере отырып, 2005–2020 жылдардағы сұранысты бағалайды. Финляндиядағы 2008–2011 жылдарға арналған әлеуметтік және денсаулық сақтау қызметтерін дамытудың ұлттық жоспары әлеуметтік және денсаулық сақтау қызметтерін кадрлық ресурстармен барабар қамтамасыз ету үшін бірнеше шараларды қамтиды, атап айтқанда: а) алғашқы медициналық-санитариялық көмектегі жұмыстың тартымдылығын арттыру үшін еңбек жағдайларын талдау; б) денсаулық сақтау ұйымдары мен білім беру ұйымдары арасындағы ынтымақтастықты нығайту; в) жоғары деңгейдегі медбикелердің жұмыс істеуі бойынша ұлттық нұсқаулар әзірлеу; г) заңнамалық қолдау.

Шетелде дәрігерлер мен орта медициналық персонал, сондай-ақ жұмысшылардың жаңа санаттары арасындағы еңбек бөлінісі үдерісі күшейіп келеді, бұл дәрігерлер атқаратын күнделікті функциялардың көлемін азайтады. Халықаралық тәжірибені зерделеу Қазақстанның денсаулық сақтау саласындағы кадр саясатын жетілдіру бойынша практикалық ұсыныстарға негіз береді.

Дүниежүзілік тәжірибеде сапалы медициналық қызмет көрсетудің іргелі ынталандыруларының бірі денсаулық сақтау жүйесін қаржыландырудың әртүрлі нысандары негізінде құрылған медицина қызметкерлерінің еңбекақысының жоғары деңгейі болып табылады. Медициналық қызметкерлерге еңбекақы төлеудің қолданыстағы нысандары әрқашан жоғары жалақыны қамтамасыз ете алмайды [50-51]. Еңбекке қатысу коэффициентін пайдалана отырып, көлем мен сапа көрсеткіштеріне негізделген жалақы деңгейін анықтауда еңбек ұжымдарының дербестігі жалақыны көтеруге мүмкіндік береді [52].

Экономикасы дамыған елдерде дәрігерлердің материалдық әлауқатының деңгейі Швецияда 1,65 еседен, Германияда 6,02 және АҚШ-та 7,21 еседен өнеркәсіптің барлық салаларындағы орташа жан басына шаққандағы төлемнен асып түседі. Медицина қызметкерлерінің еңбекақысын төлеудің қолданыстағы тетіктері мамандарды даярлаудың уақыты мен қаражатына, олардың күтулеріне сәйкес келмейді және соның салдарынан кәсіптің беделін төмендетеді және ынталандырмайды [53-54]. Мемлекеттік муниципалитеттердің медицина қызметкерлерінің еңбегіне ақы төлеу, оның материалдық қызығушылығын қамтамасыз ету мәселелері денсаулық сақтауды реформалауда көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасын

анықтайтын негізгі факторлардың бірі ретінде өзекті болып табылады.

Батыс Еуропа елдерінде медицина қызметкерлеріне еңбекақы төлеу немесе әрбір қызмет үшін ақы төлеу әдісі, жан басына шаққандағы қаржыландыру әдісі, яғни бір резидент үшін медициналық практикаға тағайындалған және белгіленген жалақы мөлшерлемелері бойынша кеңінен қолданылады. Сыйақы төлеудің жан басы әдісі Ұлыбританияда, Испанияда, Ирландияда және Италияда қолданылады. Қаржыландырудың бұл әдісін қолдану кезінде медициналық көмекке кететін шығындардың өсуі тежеледі: дәрігерлер қабылдаулары санын көбейтуге мүдделі емес, тексерулер, консультациялар, аурудың алдын алу үшін ынталандырулар пайда болады [55].

Медициналық сақтандыру жүйесі дамыған Германия, Бельгия, Люксембург, Голландия, Швейцария, Франция сияқты елдерде медициналық қызметкерлердің еңбекақысын төлеудің ақылы әдісі қолданылады, ал бюджеттік денсаулық сақтау моделінде бұл әдіс қолданылмайды немесе басқаларға қосымша ретінде амбулаториялық-емханалық көмекке төлем әдісі қолданылады [56-57].

Бұл әдістің екі түрі бар: тіркелген халықтың жасы мен жыныстық құрамын ескеретін жалпы стандарт бойынша төлем. Бірінші топқа Дания мен Нидерланды, екінші топқа Италия мен Ұлыбритания кіреді. Бұл төлем әдісімен еңбек шығындарының деңгейін есептеу мүмкіндігі артып, медицина қызметкерлерінің медициналық көмек көлемін ұлғайтуға белгілі бір ынталандыру жасалады. Алайда қызмет көрсету көлемінің шекті деңгейіне жеткен дәрігерлерге ештеңе төленбейді немесе төмендетілген нормативтер бойынша төленеді [58].

Данияда, Ұлыбританияда, Норвегияда және Грецияда медициналық қызметкерлерге еңбекақы төлеудің жан басы әдісінің басым болуына қарамастан, медициналық және амбулаторлық-емханалық көмекке ақы төлеудің аралас жүйесі қолданылады. Бұл тәсіл медициналық қызметтердің көлемін ұлғайту үшін, ең алдымен, қызметтердің жоғары басым түрлерін көрсетуде ынталандыруды жасауға арналған. Осылайша, Финляндияда дәрігерлердің табысы жалақының 60% құрайды, 20% - жан басына шаққандағы төлем әдісі және 20% - белгілі бір қызмет үшін төлем. Ұлыбританиядағы аралас еңбекақы жүйесі ерекше қызығушылық тудырады [59].

Финляндияда, Швецияда, Грецияда және Португалияда амбулаториялық-емханалық медицина қызметкерлері бекітілген мөлшерлеме бойынша қаржыландырылады, мұнда медицина қызметкерлері жалақы алады және мемлекеттік органдарда жұмысқа орналасады, дегенмен кейбір елдерде жалақы басқа төлеу әдістерімен біріктірілген. Батыс елдерінің тәжірибесі көрсеткендей, амбулаториялық-емханалық көмек әрбір қызмет үшін төленетін болса, бұл қызметтердің көлемі жан басына шаққандағы қаржыландыру стандарттарын қолданатын елдермен салыстырғанда айтарлықтай жоғары, ал дәрігерлер мемлекеттік ұйымдарда жұмыс істейтін

елдерде одан да көп [60-63].

Ресейде дәрігерлік амбулатория медициналық ұйым деңгейінде қаржылық ресурстарды пайдалану тиімділігін арттыру үшін айтарлықтай әлеуетке ие. Міндетті медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық көмекке ақы төлеу әдістерін жетілдіру тиімді қызмет үшін емханаларды ынталандыру әдістерін пайдалана отырып, жан басына қаржыландыру стандартына негізделген белгілі бір АЕЖ (АПП) рәсімі ретінде жүзеге асырылады [64-66].

### **1.3 Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласындағы кадр саясаты**

Экономикасы дамыған көптеген елдерде белсенді реформалар жүріп жатыр, өйткені бірде-бір мемлекет қолданыстағы медициналық қаржылық құрылымдарға немесе медициналық қызметтердің құнына қанағаттанбайды. Шет елдердегі барлық реформалар шектеулі ресурстарды тиімді пайдалануға бағытталған. Медициналық көмектің сапасы мен тиімділігін арттыруға бағытталған Қазақстанның денсаулық сақтау саласындағы қазіргі реформасы халықтың денсаулығын сақтаудың басым мәселелеріне негізделген. Республикада жасалған денсаулық сақтау саласындағы еңбекақы төлеу тұжырымдамасы негізінен еңбек сапасы үшін ұжымдық және жеке экономикалық жауапкершілікті қалыптастыруға бағытталған. Қазіргі кезеңде денсаулық сақтауды реформалау медицина қызметкерлерінің жағдайын өзгертуге, еңбекақыны жақсартуға, кәсіптің беделін арттыруға, медициналық ұйымдардың дербестігі арта отырып, қаржыландырудың жаңа тетіктерін пайдалануға әкеледі [67-68].

Қазақстанның денсаулық сақтау кадр ресурстарының айрықша ерекшеліктері дәрігерлік кадрлармен қамтамасыз етудің жоғары көрсеткіштері, сонымен қатар әлемдік деректермен салыстырғанда орташа персоналмен қамтамасыз етудің төмен көрсеткіштері болып табылады. Қала тұрғындарының дәрігерлік кадрлармен қамтамасыз етілуінің орташа көрсеткіші ауылдық жерлердегі көрсеткіштен 3 есе артық [69].

Қазақстандағы денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік саясатты көрсететін алғашқы құжаттардың бірі 1998 жылы қабылданған «Халық денсаулығы» мемлекеттік бағдарламасы болды [70]. Кадр саясаты саласындағы басым міндет ретінде бағдарламада жоғары оқу орнынан кейінгі медициналық білім беру жүйесіндегі өзгерістер анықталды: болашақ дәрігерлерді даярлаудың жаңа деңгейлері – интернатура мен резидентура енгізілді, жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру бағдарламалары жаңартылды. Сонымен қатар, жалпы тәжірибе дәрігерлерін, орта медициналық персоналды, отбасылық медбикелерді, тәуелсіз медбикелерді, алғашқы медициналық-санитарлық көмек мамандарын, денсаулық сақтау менеджерлерін даярлауға арналған білім беру гранттарының санын көбейту туралы шешім қабылданды.

Бұл бастамалар Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған кезекті бағдарламасында қолдау тауып, дамытылатын болады.

Бағдарламада «ұзақ мерзімді жоспарлау және саланың стратегиялық қажеттіліктеріне негізделген медициналық кадрларды дайындау» қағидаты туралы мәлімдеме елдегі медицина кадрларының жағдайын жақсарту жолындағы маңызды қадам болды [70].

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған бағдарламасын іске асыру медициналық білім беру жүйесінің қазіргі кездегі қалпында қалыптасуына айтарлықтай ықпал етті. Мәселен, 2005-2010 жылдар аралығында медициналық ЖОО-да оқыту бағдарламалары оқытудың «проблемалық» тәсіліне баса назар аударып қайта қаралды, жалпы тәжірибелік дәрігерлерді оқыту бағдарламалары жаңартылды, медициналық ЖОО профессорлық-оқытушылық құрамын аттестациялау енгізілді; кадрлардың біліктілігін арттыру және қайта даярлаудың жаңа бағдарламалары енгізілді, шетелдік медициналық орталықтарда біліктілікті арттыру тәжірибесі енгізілді, денсаулық сақтау саласындағы бакалавриат және магистратура бағдарламалары енгізілді, медициналық білім беру сапасын тәуелсіз бақылау жүйесі енгізілді [71].

Денсаулық сақтау жүйесінде кадр саясатын дамыту қажеттігі алғаш рет 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасында айтылды [72]. Мемлекеттің жіті назарын талап ететін мәселелердің қатарында денсаулық сақтау ұйымдарындағы кадр саясатын жетілдіру, денсаулық сақтау саласындағы кадрлық әлеуетті дамыту тұжырымдамасын әзірлеу, болашақ мамандарды даярлауға жергілікті (облыстық, қалалық, аудандық) бюджеттерден қаржыландыру көлемін ұлғайту, медицина мамандарын, денсаулық сақтау ұйымдарының басшылығына экономикалық білімі бар басшыларды тарту, медицина қызметкерлеріне еңбекақы төлеу жүйесін жетілдіру, медициналық қызметкерлер кәсібінің әлеуметтік мәртебесі мен беделін арттыру, дәрігерлердің біліктілігін арттырудың республикалық және өңірлік бағдарламаларын әзірлеу, медицина қызметкерлерінің кәсіптік бірлестіктерін дамыту, медицина қызметкерлерін әлеуметтік қорғау тетіктерін енгізу кіреді.

2012 жылы осы саладағы әдістемелік орталыққа айналған Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласындағы кадрлық обсерваториясының ашылуы маңызды жетістік болды. Қазіргі уақытта обсерватория сарапшыларының денсаулық сақтау субъектілеріне арналған 6 әдістемелік ұсынымдары бар, олар денсаулық сақтаудағы кадрлық ресурстардың тапшылығын анықтау мәселелерін, медициналық ұйымдардың кадрлық қызметтері мамандарының құзыреттілік үлгілерін, кадр қызметінің қызметін бағалауды және олардың тиімділігін бағалауды қамтиды. Денсаулық сақтау департаменттерінде және медициналық ұйымдарда кадрлық басқару, денсаулық сақтаудың барлық деңгейіндегі ұйымдарда кадрлық қызметтерді жаңғырту, ДСКҚ статистикалық есепке алу және оны

ДДҰ, Еуростат ұсыныстарымен үйлестіру.

Осылайша, «Саламатты Қазақстан» бағдарламасын жүзеге асырудың арқасында медицина қызметкерлерінің жағдайына үлкен көңіл бөлуге қол жеткізілді. Алайда Ұлттық кадр саясатын құру Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016 - 2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасын іске асыру барысында жүзеге асырылды [73].

Денсаулық сақтау саласындағы кадрлық ресурстарды басқарудың ұлттық саясаты (бұдан әрі – кадрлық қызмет саласындағы ұлттық саясат) Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Сапа жөніндегі бірлескен комиссиясымен 2017 жылғы 29 маусымда бекітілген [73].

Ұлттық кадрлық саясатты әзірлеудің негізі адам ресурстарын дамытудың жаһандық стратегиясы болды [74].

2017-2020 жылдарға арналған кадрлық қызмет саласындағы Ұлттық саясаттың негізгі мақсаты денсаулық сақтау саласындағы сапалы қызмет көрсетуді қамтамасыз ету үшін саладағы адам ресурстарын басқару тиімділігін арттыру болды.

Белгіленген мақсат бірқатар мәселелерді шешуді қамтиды:

1. ДСКҚ жоспарлау және болжау тәсілдерін жетілдіру.
2. Адам ресурстарын басқару тетіктерін жетілдіру.
3. ДСКҚ кәсіби құзыреттілігін арттыру.
4. Кәсіби дайындықты бағалау жүйесін жетілдіру, ДСКҚ біліктілігіне сәйкестігін растау.
5. Персоналды басқарудың заманауи HR технологияларын енгізе отырып, барлық деңгейдегі денсаулық сақтау ұйымдарында кадрлық қызметтерді жаңғырту.

2020 жылдың басындағы деректер бойынша Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ұйымдарында 253,9 мыңнан астам медицина қызметкері жұмыс істеді, оның ішінде 74,0 мыңы дәрігерлер және 179,8 мыңы орта медицина қызметкерлері [75].

Бұл ретте 10 мың халықты дәрігерлермен және орта медицина қызметкерлерімен қамтамасыз ету көрсеткіштері соңғы 10 жылда аздап өзгеріп, ағымдағы жылдың басында тиісінше 39,7 және 96,5 құрады. Оның үстіне бұл көрсеткіштер Еуропалық Одақ пен ТМД елдерінің қауіпсіздік көрсеткіштерінен асып түседі. Сонымен қатар, ұлттық денсаулық сақтау жүйесі үшін проблемалық мәселе өңірлер бойынша адам ресурстарының теңгерімсіздігі болып табылады.

Осылайша, 10 мың халыққа шаққандағы дәрігерлермен ең жоғары қамтамасыз етілу Астана (75,9) және Алматы (68,1) қалаларында байқалады. Сонымен қатар, басқа өңірлерде дәрігерлермен қамтамасыз ету 100 мың тұрғынға шаққанда 24,5-тен 46,4-ке дейін ауытқиды. Дәрігерлердің ең аз қамтамасыз етілуі Алматы (24,5), Ақмола (24,9), Түркістан (27,9) және Атырау (28,7) облыстарында байқалады. Бұл көптеген факторларға байланысты, соның ішінде негізінен ірі қалалардағы медициналық ұйымдар

желісінің дамуы, жекелеген аймақтар деңгейінде медицина қызметкерлерін ұстап қалу бойынша қабылданған шаралардың айырмашылығы, қалаларда және ауылдық жерлерде олардың жетіспеушілігі және т.б. Географиялық теңгерімсіздік медицина қызметкерлерінің шоғырлануымен де байланысты [75].

Денсаулық сақтау ұйымдарының кадр қызметі басшыларына жаппай оқыту жүргізілді, денсаулық сақтау ұйымдары үшін сараланған еңбекақы төлеудің типтік кадрлық саясаты мен әдістері әзірленді, мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарының барлық медициналық мамандарының есебін жүргізуге мүмкіндік беретін денсаулық сақтау қызметкерлерін есепке алудың ұлттық ақпараттық жүйесі құрылды. Ұйымда оқуға қабылдауды жоспарлау тәжірибесі медициналық мамандардың ағымдағы және болжамды тапшылығын/артықтығын ескере отырып, медициналық білім беру енгізілді. Медицина мамандарының кәсіби стандарттары әзірленуде. Денсаулық сақтау саласындағы нормативтік құқықтық актілерді әзірлеу мен талқылауда кәсіптік бірлестіктердің рөлі күшейтілді. Дегенмен, денсаулық сақтау саласының кадрларындағы оң өзгерістерге қарамастан, қазіргі уақытта өңірлердегі кадрлық теңгерімсіздік проблемалары өзекті болып қалуда, дәрігерлер мен мейірбикелердің арақатынасындағы теңгерімсіздік сақталуда, медицина мамандарының жалақысының төмен деңгейі денсаулық сақтау саласын тартымсыз етеді. болашақ үміткерлер үшін денсаулық сақтау ұйымдарындағы құжат айналымының өсуі медициналық көмектің сапасына теріс әсер етеді және дәрігерлердің кәсіби шаршауына әкеледі.

Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесіндегі кадр мәселесінің даму тарихын талдау мемлекет тарапынан еңбек ресурстарына көңіл бөлінетінін көрсетеді. Бұл үдерісте Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының жаһандық бастамалары маңызды рөл атқарды.

Қоғамдық денсаулық сақтау мақсаттарына қол жеткізу көбінесе жеткілікті мөлшерде және әртүрлі мамандықтар мен географиялық аймақтарда тиісті түрде бөлінген персоналдың тиімді, қолжетімді, сапалы қызметтерді ұсынуына байланысты.

Медициналық жұмыс күшін дамыту бойынша нақты саясаттың болмауы денсаулық сақтау жүйесінің өз мақсаттарына жету қабілетіне қауіп төндіретін теңгерімсіздікке әкеледі.

Осылайша, жұмыс күшін дамыту денсаулық сақтау саясатын әзірлеу процесінің маңызды бөлігі болып табылады. HR мәселелерін саяси күн тәртібіне қою және денсаулық сақтау саласындағы нақты саясатты әзірлеу - бұл аймақтағы мақсаттар мен басымдықтарды нақтылау, барлық мүдделі секторларды осы мақсаттар төңірегінде біріктіру және адам ресурстарын басқаруға неғұрлым кешенді және жүйелі көзқарасты алға жылжытудың тәсілі. Ұзақ мерзімді перспективада бұл халықтың үміттері мен қажеттіліктерін жақсырақ қанағаттандыратын денсаулық сақтау жүйесін дамытуға мүмкіндіктер ашады [76].

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінде кадрлық

элеуетті дамыту маңызды аспект болып табылады. Бұл салада білікті кадрлардың жетіспеушілігі сапаның жеткіліксіздігіне әкелуі мүмкін.

Бұл мәселені шешу мемлекеттің, ғылыми қауымдастықтың, сарапшылар мен мүдделі тараптардың ресурстарын пайдалануды қамтитын кешенді тәсілді талап етеді. Денсаулық сақтау органдарының кадрлық элеуетін арттыруға мемлекеттің қатысуы азаматтардың сапалы және уақтылы медициналық қызметке деген сұранысын қанағаттандыру үшін маңызды.

#### 1.4 Ауылдық жерлерде кадрлармен қамтамасыз ету ерекшеліктері

Денсаулық сақтау қызметкерлері санының халық санына қатынасы мен денсаулық көрсеткіштері арасында тікелей байланыс бар екендігі дәлелденді. Жаһандық жұмысшылардың жетіспеушілігі ел ішіндегі теңгерімсіздікпен күшейе түседі. Ауылдық аудандарда қалалармен салыстырғанда құзыретті персоналдың тапшылығы байқалады. [77].

Барлық елдердегі саясаткерлер, олардың экономикалық даму деңгейіне қарамастан, денсаулық сақтау саласындағы теңдікті қамтамасыз етуге және барлық халықтың, әсіресе осал топтардың денсаулық сақтау қажеттіліктерін қанағаттандыруға ұмтылады [78].

Шалғайдағы ауылдық елді мекендерде тұратын адамдарды білікті медицина қызметкерлеріне қолжетімділікпен қамтамасыз ету денсаулық сақтау жүйесінің ең үлкен міндеттерінің бірі болып табылады. Тиімді қоғамдық денсаулықты қамтамасыз ету үшін қажетті уақытта қажетті жерде жеткілікті мөлшерде дайындалған және уәжделген медицина қызметкерлері өте маңызды.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының есебінде шалғай және ауылдық жерлерде медицина қызметкерлерін тарту және ұстау шаралары қарастырылған. Бұл араласулар төрт санатқа бөлінді: білім беру, ережелер, қаржылық ынталандыру және жеке және кәсіби қолдау [79].

Дегенмен, Қазақстан Республикасында ғана емес, көптеген елдерде ауылдық жерлерде жұмыс істейтін дәрігерлердің кадр тапшылығы бар.

Көптеген географиялық аймақтарда, әсіресе ауылдық жерлерде медициналық қызметкерлердің тапшылығы әділ медициналық көмек көрсетуге қауіп төндіреді және денсаулық сақтау мақсаттарына қол жеткізуде негізгі кедергі болып табылады [80].

*Австралия:* Денсаулық сақтау қызметінің маңызды мақсаты – қолжетімді, тең және тиімді медициналық көмек көрсету. Соңғы онжылдықтарда ауылдық жерлердегі адамдарға медициналық қызмет көрсету Австралияның барлық аудандарында айтарлықтай өзгерістерге ұшырады [81]. Бұл өзгерістер бейімделетін және ауылдық жерлерде қызмет көрсету үлгілерін әртараптандыру үшін дағдылар мен біліммен жабдықталған ауылдық денсаулық сақтау жұмыс күшінің қажеттілігіне әсер етеді. Австралиядағы ауылдық қауымдастықтардың денсаулыққа ерекше

қажеттіліктері бар, халықтың тығыздығы төмен және одақтас денсаулық сақтау мамандарын (АНPs) жалдау және сақтаудағы қиындықтар маңызды мәселе болып табылады. Оқыту мен жұмысқа қабылдаудың өсуіне қарамастан, ауылдық жерлерде толтырылмаған бос жұмыс орындары мен тозып кету деңгейі өсуде. Кәсіби және әлеуметтік оқшаулану, тез өзгеретін денсаулық сақтау құрылымдарымен бірге ұзақ мерзімді ауылдық тәжірибеге негізгі шектеулер ретінде анықталды. Ауылдық жерлердегі денсаулық сақтау қызметкерлерін жұмысқа алу мен ұстаудың негізінде жатқан көптеген саяси, кәсіби және денсаулық сақтау мәселелерін ескере отырып, бұл мәселені толық шешу мүмкін болмауы мүмкін [82]. Ауылдық денсаулық сақтау қызметтерінің білікті және бейімделген практик дәрігерлерге барабар қолдау көрсету мүмкіндігі бірқатар факторлармен шектеледі, соның ішінде: бұрын анықталғандай тәжірибелі дәрігерлерді жеткіліксіз тарту және ұстау; практикалық дәрігерлердің тапшылығы және осы жоғары клиникалық жүктемеге байланысты, әсіресе жеке практиктер үшін; дәрігерлер арасында ресми тәлімгерлікке қолжетімділіктің шектелуі; басшылықпен нашар қарым-қатынас; кәсіби қызметке немесе үздіксіз білім алуға қол жеткізудегі қиындықтар; кәсіби дамуға мүмкіндік беретін көмекке қолжетімділіктің шектеулілігі [83], мансаптық мүмкіндіктердің шектеулілігі; кәсіби оқу немесе оқу үшін шектеулі немесе арнайы жұмыс уақыты жоқ; жаңа түлектер мен қызметтерді дамытуда шектеулі дағдылары бар жеке тәжірибешілер [84].

Австралиялық зерттеу авторларының пікірінше, саясаткерлер мен қауымдастық мүшелері ауылдық және шалғайдағы емхана дәрігерлеріне үш негізгі бағытта қолдау көрсетуі керек: кәсіби, жеке және қоғамдастық. Бұл дәрігерлердің ауылдық жерлерде практиканы жалғастыру туралы шешімдеріне барлық қауымдастықтарда болған денсаулық, жеке таңдау, неке мен отбасының қолдауы сияқты факторлар әсер етеді дегенді білдіреді. [85].

**Африка.** Африка елдері де адам құқықтарының бұрыннан бері болып көрмеген дағдарысымен бетпе-бет келіп отыр. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының бағалауы бойынша аймақтағы отыз алты ел – континенттің көп бөлігі – өз халқына негізгі медициналық көмек көрсету үшін медициналық жұмыс күшінің ең аз ұсынылатын тығыздығына ие [86]. Құрлық елдерінің кадр саясаты халықаралық қауымдастықтың назарын, қолдау мен зерттеуді қажет етеді [87]. Зерттеу нәтижелері Оңтүстік Африкадағы ауылдық қауымдастықтардың барлық дерлік аймақтарында ауыл тұрғындарының негізгі медициналық көмекке қол жетімділігі айтарлықтай аз ғана емес, сонымен қатар денсаулық сақтау мекемелеріне тасымалдауда шектеулер бар екенін көрсетеді [88]. Оңтүстік Африкадағы медициналық персоналды бөлудегі географиялық теңсіздіктерді шешу үшін ауылдық дәрігерге жәрдемақы төлеу саясатын енгізу ауылдық денсаулық сақтау ұйымдарында ұстауды жақсарту үшін саясатты ынталандырды [89]. Жүргізілген ғылыми зерттеулер қарастырылып отырған мәселенің Африка континентінің басқа елдеріне де тән екенін және осыған ұқсас мәселелер Эфиопияда да шешілу керектігін көрсетеді [90].

*Жапония.* Жапонияда Джичи медициналық университеті 1972 жылдан бері дәрігерлерді тегін оқыту мен ауылдық жерлерге міндетті түрде таратуды біріктіретін үлгілік бағдарламаны жүргізіп келеді. Бұл бағдарламаны Жапонияның 47 префектуралық үкіметтері бірдей қаржыландырды, бұл мұқтаж провинциялардағы медициналық кадрлармен қамтамасыз ету жағдайын ішінара жақсартты [91].

*Индонезия.* Зерттеу деректері сондай-ақ Индонезия провинциялары бойынша медициналық мамандардың халық санына қатынасындағы үлкен айырмашылықтарды көрсетеді, бұл арақатынастар Ява аралы провинцияларында жоғарырақ және Индонезияның шығысындағы шеткі провинцияларда әлдеқайда төмен [92].

*Үндістан.* Үндістанның үш деңгейлі құрылымы бар, оның құрамына бастапқы, қайталама және үшінші деңгейдегі денсаулық сақтау ұйымдары кіреді. Бастапқы деңгейге медициналық ұйымдардың үш түрі кіреді: 3000-5000 адамға арналған қосалқы орталық, 20 000-нан 30 000 адамға дейінгі алғашқы медициналық-санитарлық көмек орталығы және аудандық денсаулық сақтау орталығы 80 000-нан 120 000 адамға дейінгі халықты қамтитын әрбір төрт алғашқы медициналық-санитарлық көмек орталығына арналған мамандандырылған орталық ретінде. Аудандық ауруханалар ауылдық жерлерде екінші деңгей, ал қала тұрғындары үшін бастапқы деңгей ретінде әрекет етеді. Көмек көрсетудің үшінші деңгейін күрделі диагностикалық және зерттеу жабдықтарымен жабдықталған қалалық медициналық ұйымдар көрсетеді. Әкімшілік дереккөздер мен ғылыми деректерді зерделей отырып, біз ХХІ ғасырдың бірінші онжылдығында Үндістанның ауылдық жерлерінде мамандар тапшылығы жалпы қажеттіліктің 80-ден 85% -ға дейін өскенін және оларды бөлудегі теңсіздіктің де айтарлықтай өскенін анықталған [93-96].

Дәрігерлерді ауылдық жерлерге тарту Үндістанның әртүрлі штаттарындағы денсаулық сақтау бөлімдері үшін тұрақты мәселе болып табылады. Ауылдағы жұмыспен қамтудың тартымдылығын арттыру үшін бірнеше мемлекеттер қабылдаған стратегиялардың бірі мемлекеттік секторда жұмыс істейтін дәрігерлерге жұмыс орнында оқыту үшін медициналық колледждерде жоғары оқу орнынан кейінгі орындарды резервтеу болып табылады [97].

*Қытай.* Қала мен ауыл арасындағы денсаулық сақтау ресурстарын бөлудегі теңгерімсіздік Қытайда жүргізіліп жатқан денсаулық сақтау реформаларының басты бағыты болды. Ауылдық жерлерде медицина мамандарының тапшылығы Қытайдың басты проблемасы болып табылады, өйткені халықтың 60%-дан астамы осындай аймақтарда тұрады. Үкімет ауылдық дәрігерлерді жұмысқа тартуды жақсартудың стратегияларын әзірледі. Дегенмен, Қытайда жұмыс істейтін дәрігерлердің теңсіз бөлінуі айтарлықтай жақсарған жоқ [98]. Зерттеулердің нәтижелерін талдау денсаулық сақтау ресурстарын қала мен ауыл арасында бөлуде, оның ішінде денсаулық сақтау шығындары мен денсаулық сақтау мекемелерінің саны

бойынша айтарлықтай айырмашылықтарды анықтады [99]. Денсаулық сақтау ресурстарын бөлу саясатының өз кемшіліктері бар, бұл қалалық және ауылдық қауымдастықтар арасында медициналық көмектің қолжетімділігіндегі айырмашылықтарға әкеліп соғады, бұл ауыл тұрғындарының денсаулығының проблемаларына әкеледі [100-101].

*Иран.* Ахмад Киадалири, Наджафи Б. және басқалардың зерттеуі Иранның денсаулық сақтау жұмыс күшін ел бойынша бөлуде де айтарлықтай айырмашылықтар бар екенін көрсетеді. Дегенмен, соңғы онжылдықтың соңында ауылдық жерлерде денсаулық сақтау қажеттіліктеріндегі теңсіздік азайды [102].

Еуропалық аймақ: Еуропа елдеріндегі денсаулық сақтау саласы да медициналық кадрлардың тапшылығы мен теңгерімсіздігін бастан кешіруде. Аби Риммердің зерттеулері көрсеткендей, көптеген жұмысшылар жалақысы мен жұмыс жағдайын жақсарту үшін Еуропалық Одақтың басқа елдерінен Ұлыбританияға, Германияға немесе Скандинавияға жиі ауысады. Жетіспеушілікті зерттеушілер мамандық бойынша бөлгенде, дәрігерлер ең сұранысқа ие мамандық ретінде пайда болды. Еуропаның 29 елінің 21-і (73%) денсаулық сақтау мамандары үшін бос орындар туралы хабарлады. Көптеген авторлардың зерттеулері де тапшылықтың себептері әр елде әртүрлі екенін көрсетті. Шығарылатын медициналық мамандар санының жеткіліксіздігі ЕО-15 елдерінің көпшілігінде байқалуда (Бельгия, Дания, Франция, Германия, Греция, Ирландия, Италия, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Испания, Ұлыбритания, Австрия, Финляндия және Швеция). Бірақ Польша сияқты ЕО-ның жаңа мүше елдерінде еңбек миграциясы үлкен рөл атқарды. Еңбек жағдайлары мен жалақының жақсаруы эмиграцияның негізгі факторлары болып табылады [103].

*Ұлыбритания.* Ұлыбританияда ЖТД бөлудегі теңсіздік көптеген ондаған жылдар бойы сақталды. Тәжірибе көрсеткендей, ауылдық жерлерде дәрігерлерді ұстап қалудың ішкі стратегиялары бар. Оның ішінде: дәрігерлерді білім беру бағдарламаларымен қамтамасыз ету, ауылдық жерлерде жұмыс істегісі келетін дәрігерлерді оқыту және кәсіби қолдау; тамаша клиникалық құралдармен қамтамасыз ету сияқты қосымша моральдық шарттар; кәсіптік оқыту және жұмысқа орналастыру бойынша жеңілдіктердің кең спектрі; шалғай елді мекендерге жұмысқа орналасу кезінде шәкіртақы немесе білім беру несиелерін өтеу; танымал қалалық жерлерде иммигрант дәрігерлердің тәжірибесіне шектеулер, мысалы, лицензиялау шарттары. Бірде-бір стратегия толығымен тиімді емес екенін ескеру маңызды. Материалдық және моральдық ынталандыруды қоса алғанда, тәсілдер жиынтығы қажет [104].

*Германия.* ЭЫДҰ деректері бойынша Германияда жоғарыда аталған елдердегідей ауыл мен қала арасында дәрігерлер тығыздығында айтарлықтай айырмашылық бар. Германиядағы дәрігерлердің жұмыс күшінің тығыздығы 100 000 халыққа шаққанда 4,1 дәрігерді құрайды, бұл ЭЫДҰ орташа көрсеткішінен жоғары. Дәрігерлердің тең бөлінбеуі бүкіл ел бойынша

медициналық қызметтерге барабар қолжетімділікті қалай қамтамасыз етуге болатыны туралы алаңдаушылық тудырады [105]. Бұл сонымен қатар дәрігерлердің қартаюы (50 жастан асқан 42%), дәрігерлердің көші-қоны және сұраныстың болжамды ұлғаюын ескере отырып, проблемалы болып табылады, сондықтан болашақта Германияда дәрігерлердің жетіспеушілігі болжанады [106-107].

Батыс елдері, соның ішінде Германия, жалпы тәжірибелік дәрігерлердің тапшылығына тап болып отыр. Нәтижесінде, тәжірибенің қашықтығына байланысты дәрігерге бару үшін ұзақ уақыт кетуі мүмкін. Басқа батыс елдеріндегідей, Германияның ауылдық жерлері дәрігерлердің жетіспеушілігіне және олардың тұрғындарының жасының ұлғаюына байланысты өзгерістерге ұшырауда. Егде жастағы адамдардың үлесі өсуде, ал жас ұрпақ тұрақты түрде қалаларға көшуде. Осылайша, ауыл халқы азайып, қартаюуда және барған сайын көп ауруға шалдығуда. Баден-Вюртембергтің Вальдшут ауданындағы Л.Шредер, К.Флагельдің бұл зерттеуі ауыл тұрғындарының мобильділігін медициналық консультациялар тұрғысынан зерттеуді мақсат етті. Зерттеу нәтижесінде ауыл тұрғындарына медициналық көмек көрсету логистикасында белгілі бір қиындықтар бар және аймақтық дамуда телемедицина мүмкіндіктерін дамытуды қоса алғанда, халыққа қызмет көрсетудің аралас әдістерін кеңінен қолдануға болады деген қорытындыға келді [108-110].

*Франция.* Статистикаға сәйкес, Францияда ел халқының 8%-ын құрайтын 9000-ға жуық шағын қалалар бар, оларда жалпы тәжірибелік дәрігерлер жетіспейді және жергілікті билік мұны «медициналық шөлдену» деп атайды [111]. Көптеген ауылдық жерлерде, сондай-ақ шағын қалаларда дәрігерлердің тапшылығы қатты байқалады, бұл ауылдық аурухана жүйелерінде жедел жәрдем бөлмелеріне деген қажеттілікті тудырады. Дәрігерлер олардың шаршағанын және пациенттердің кадр дағдарысына байланысты денсаулығына қауіп төніп тұрғанын айтады [112].

*Италия.* Бернд Речел және басқалардың көп орталықты зерттеуі көрсеткендей, Италия Еуропалық Одақ (ЕО) орташа көрсеткішімен салыстырғанда тығыз қоныстанған ел [113]. Дегенмен, Италиядағы халықтың тығыздығы аймақтарға байланысты айтарлықтай өзгереді: Валь-д'Аоста альпі аймағында 39 адамнан бір шаршы км-ге дейін, негізінен жазық урбанизацияланған Кампания аймағында 426 адамға дейін. Тренто немесе Бозен сияқты басқа таулы аудандарда, сондай-ақ Молизе және Базиликата сияқты оңтүстік ішкі аймақтарда және Сардиния аралында халықтың тығыздығы шаршы км-ге 100-ден төмен. Италияның денсаулық сақтау жүйесі орталықтандырылмаған. Қазіргі уақытта өңірлер амбулаторлық-емханалық және стационарлық қызмет көрсету желісін жобалауға және ұйымдастыруға құқылы. Дегенмен, ұлттық заңдар мен ережелер әлі күнге дейін денсаулық сақтау қызметтеріне бүкіл халықтың қолжетімділігінің ең төменгі стандарттарын қамтамасыз ету мақсатында аурухана желілеріне ортақ стандарттарды белгілейді, бұл тиімділікті қамтамасыз етеді (аймақтық

шекаралар ішінде және одан тыс қызметтердің қайталануын болдырмайды) [114].

*Испания.* Италиядан айырмашылығы, Испанияның ауылдық жерлердегі шағын ауруханалар мен жедел қызметтерге қатысты нақты ұлттық саясаты жоқ, негізінен Испания мемлекеті мен елдің 17 автономды қауымдастығы (аймақтары) арасындағы күрделі келісімдерге байланысты. Айта кету керек, Испанияда да арнайы ауылдық ауруханалар жоқ. Испан каталогына сәйкес ауруханалар көлемі немесе орналасқан жері бойынша емес, клиникалық мақсаты бойынша жіктеледі. Жалпы ауруханалар бірнеше медициналық мамандықтар бойынша консультациялар мен хирургиялық араласулар, сондай-ақ акушерлік, гинекология және балаларға қызмет көрсетеді. Қалған ауруханалар өз қызметін белгілі бір мамандандыруға шоғырландырады [115-116].

*Финляндия.* Финляндияда 5,1 миллион халық тұрады. Халықтың тығыздығы 15 адам/км<sup>2</sup> және халықтың 64,3% қалада тұрады. Ең кішкентай қалада (Каскинен) 1650 адам, ал ең үлкенінде (Хельсинкиде) 557 340 адам тұрады. Халықтың үштен екісі елдің оңтүстік бөлігінде тұрады; солтүстігінде халық өте аз қоныстанған. Экономикасы жақсы дамыған, сауаттылығы 100% мемлекет [117]. Сонымен бірге Финляндияның денсаулық сақтау жүйесі дәрігерлердің тапшылығын сезінуде. 2018 жылдың қорытындысы бойынша мемлекеттік емханалардағы дәрігерлік бос орындардың шамамен 6%-ы толтырылмаған. Финляндияның шығысындағы Кайнуу аймағында толтырылмаған позициялардың 20%-дан астамы ауыр тапшылықты бастан кешіруде. Финляндияда 220-дан астам штаттық орын бос, сарапшылардың бағалауынша, сұранысты қанағаттандыру үшін елге қосымша 200 жалпы тәжірибелік дәрігер қажет болады [118]. Ауылдық жерлердегі бұл қажеттіліктер жылжымалы медициналық орталықтарды пайдалану арқылы өтелуде. Ауылдық және шалғай елді мекендердегі медициналық қызметтердің жетіспеушілігін жою үшін Mallu do the rounds жобасы шалғай аудандарда мобильді медициналық қызметтерді көрсету үшін Финляндияда құрылды. Mallu автобусы Оңтүстік Карелияның әлеуметтік-медициналық ауданында (Эксоте) ауыл тұрғындарына қолжетімді медициналық көмек көрсету мақсатында жасалған [119].

*Америка.* Латын Америкасы үшбұрышы Эквадор мен Боливияда медицина қызметкерлері ауылдық жерлерде жұмыс істеу арқылы олардың тегін медициналық білімін өтеуі керек деген қоғамдық пікір бар [120].

*АҚШ.* Америка Құрама Штаттары негізінен ауылдық жерлер болып табылады және дәрігерлердің оннан бір бөлігі осы аймақтарда жұмыс істейді. Ауруларды бақылау орталықтарының (CDC) мәліметтері бойынша, 46 миллионнан астам американдықтар немесе АҚШ-тың жалпы халқының шамамен 15%-ы халқы аз, тығыздығы төмен аудандарда — әдетте қалалық орталықтардан бірнеше сағаттық жерде тұрады [121]. Медицина мамандары өз тәжірибесін қолдау үшін халқы көп урбандалған аймақтарда тәжірибеден

өтуге тырысады, бұл ауылдық жерлерде мамандардың санының азаюына әкеледі [122].

Көптеген зерттеулер қалалық және ауылдық жерлерде тұратын адамдар арасындағы денсаулық көрсеткіштерінің айтарлықтай алшақтықтарын көрсетті. Ауыл тұрғындарының денсаулық сақтау қажеттіліктерін ескере отырып, ауылдық жерлердегі қазіргі заманғы ауылдық медициналық көмек көрсету жүйесі шашыраңқы халықтарды қажетті профилактикалық көмекпен және созылмалы ауруларды басқару құралдарымен қамтамасыз ету үшін берік бастапқы медициналық-санитарлық көмек (МСАК) инфрақұрылымына ие болуы керек. Сондай-ақ ауыл тұрғындарының (әсіресе егде жастағы адамдардың) мамандандырылған күтімге және ұзақ мерзімді күтім қызметтеріне оңай қол жеткізуі қажет. Шалғайдағы ауылдық жерлерде 100 000 тұрғынға шаққандағы алғашқы медициналық көмек дәрігерлерінің қалалық жерлердегідей екі есе көп екендігіне қарамастан, Құрама Штаттардағы алғашқы медициналық көмек денсаулық сақтауда орталық рөл атқарады. Олардың жұмысына шамамен 24 000 ауылдық медбикелер мен дәрігер көмекшілері үлкен қолдау көрсетеді. Ұзақ уақыт бойы ауылдық жерлерде медициналық көмек көрсетудің басым моделі жеке немесе шағын тәжірибе болды. Соңғы жылдары дәрігерлер Канададағы сияқты әдетте 5 дәрігерге дейін, сондай-ақ медбикелер, дәрігер көмекшілері және басқа клиникалық емес мамандардан тұратын топтық тәжірибелерді ұйымдастыра бастады. Ішінара ауылдық жерлерде клиникалық емес мамандар мен емханалардың санына байланысты ауыл тұрғындарының медициналық қызмет көрсетушілерге қала тұрғындарымен бірдей қолжетімділігі бар. Ауылдан қалаға бару көрсеткіші шамамен 93% құрайды.

Ауылдық БМСК дәрігерлеріне жүргізілген сауалнама олардың пациенттерінің 60%-дан астамы мамандандырылған көмек алу үшін 35 км-ден астам жол жүруге тура келетінін көрсетті, ал қалаларда бұл көрсеткіш тек 6% құрайды. Қолданыстағы алғашқы медициналық-санитарлық көмек жүйесі келесі ұйымдарды қамтиды:

- Топтық тәжірибелер:  $\approx 5$  дәрігер, тәжірибеші медбике, дәрігер көмекшілері және басқа клиникалық емес мамандар;
- Ауылдық емханалар мен денсаулық орталықтары, көбінесе клиникалық емес мамандар жұмыс істейді және қосымша профилактикалық және ауыз қуысының денсаулығы, психикалық денсаулық және нашақорлық қызметтерін ұсынады;
- Корпоративтік клиника, сонымен қатар «бұрыштық» клиника ретінде белгілі, медбикелер жұмыс істейді және көбінесе Target, Wal-Mart, Kroger және Walgreens сияқты сауда желілерінде орналасқан.

Қамту аймақтарының кеңеюімен ауылдық жерлерде медициналық қызметтерді көрсету бұдан да көп қиындықтарға тап болады.

Бес миллион ауыл тұрғындары қазірдің өзінде қызмет көрсетудің «дефицит аймақтарында» тұрады. Іске асырылып жатқан көптеген бағдарламалардан басқа, МСАК ұйымдары жақсартылған профилактикалық

көмек пен тұрақты медициналық көмекті үйлестіруден кіріс алу мүмкіндігін бере отырып, ауылдық жерлердегі БМСК қызметкерлерін жалдау мен ұстауды жақсартуға әлеуеті бар жаңа төлем үлгісін ұсынады. Сондай-ақ, бұл ауылдық алғашқы медициналық көмек деңгейінде көпсалалы командалық жұмысты нығайтуда, практик медбикелерге, фельдшерлер мен басқа да мамандарға өз жұмысында барлық дағдыларын пайдалануға мүмкіндік беруде тиімді екендігі көрсетілді. Егер ауылдық ұйымдар электронды денсаулық жазбаларын және клиникалық ақпараттық технологиялар және телемедицинаны жылдам қабылдаса, созылмалы ауруларды басқару жақсаруы мүмкін [123].

Қазақстан Республикасында да үлкен аумақты және салыстырмалы түрде аз халықты ескере отырып, медициналық кадрлармен қамтамасыз етуде де айтарлықтай теңгерімсіздік байқалады. Республика халқының 40%-дан астамы ауылдық жерлерде тұрады, ал дәрігерлердің 18-20%-ы ғана ауылдық жерлерде жұмыс істейді [124-127]. Ауылдық жерлерде медициналық кадрлардың төмен қолжетімділігі Қазақстан Республикасының барлық аймақтарында кең таралған мәселе болып табылады. Жергілікті жерлерде кадрларды тарту және ұстап тұру үшін бұл мәселеге тұрақты назар аудару және жергілікті атқарушы органдардың кешенді шараларды жүзеге асыруы қажет. Ал облыстық денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік және уәкілетті органдардың назары шағын ауылдарға аударылса, аса ірі ауылдар құбылысы әлі де сарапшылар қауымының тиісті назарын аударма қойған жоқ. Оңтүстік Қазақстанның аса ірі ауылдарында халық өсімінің жоғары қарқыны байқалады, халықтың жалпы санында жастардың пропорционалды емес үлкен үлесі еңбек нарығына қысым жасайды, бірақ сонымен бірге халықтың айтарлықтай кетуі байқалмайды; керісінше оның тығыздығы өсе береді [128]. Бұл үрдіс салыстырмалы түрде жақында сарапшылардың назарын аударма бастады және тиімділік пен орындылық тұрғысынан қарастыруды талап етеді. Бұл жағдайда тек дәлелді эпидемиологиялық зерттеулер ғана халық аз қоныстанған және тығыз қоныстанған аймақтардағы болашақ саясат тәсілдерін бағдарлауға көмектеседі.

Ауылдан шыққан немесе тәрбиеленген болашақ дәрігерлердің басқаларға қарағанда ауылдық жерлерде жұмыс істеуге бейімділігі бар екендігі туралы деректер бар [129].

Халықаралық тәжірибе де кез келген елдің денсаулық сақтау жүйесі үшін отбасылық медицинаның басым рөлін көрсетеді, бұл экономикалық және саяси факторлармен түсіндіріледі; ауыл медицинасын дамытуға ерекше рөл беріледі [130].

Осылайша, қазіргі нақты жағдайда ауыл медицинасы кадрлардың үлкен тапшылығын бастан кешіруде, оны жеңу үшін біртұтас саясатты әзірлеуді, медициналық оқу орындарының жұмысын, мемлекет пен қоғамның өзара іс-қимылын, медициналық оқу орындарының жұмысын, сондай-ақ, мемлекет пен қоғам арасындағы өзара іс-қимылды қамтуы тиіс бірқатар кешенді

шаралар қажет. және жекелеген мамандардың жеке жауапкершілігі. Сонымен қатар цифрландыру дәуірінде ауылдағы отбасылық медицинаны дамыту заманауи технологияларды қолдану арқылы қосымша серпін алуға болады, бұл ауылдағы әрбір медициналық мекемеге берілуі тиіс. Сондай-ақ, шалғай өңірлерде тұратын тұрғындар үшін медициналық қызметтердің ауқымы мен қолжетімділігін кеңейтуде телемедицина мен телефармация үлкен рөл атқарады [131].

## **2 ШЖҚ «ҚАРАТӨБЕ АУДАНДЫҚ АУРУХАНАСЫ» МКК-НЫҢ МЫСАЛЫНДА АҒЫМДАҒЫ ЖАҒДАЙДЫ ЖӘНЕ КАДР САЯСАТЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ**

### **2.1 ШЖҚ «Қаратөбе аудандық ауруханасы» МКК-ның ұйымдастырушылық-функционалдық моделі, құрылымы**

Батыс Қазақстан облысы әкімдігі Денсаулық сақтау басқармасының шаруашылық жүргізу құқығындағы «Қаратөбе аудандық ауруханасы» мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны денсаулық сақтаудың инновациялық бағдарламаларын іске асыру негізінде жоғары сапалы және қолжетімді медициналық көмек көрсететін белсенді дамып келе жатырған ұйым.

Кәсіпорынның заңды мекенжайы: 090800, Батыс Қазақстан облысы, Қаратөбе ауданы, Қаратөбе ауылы, С.Датұлы көшесі 19 үй.

Медициналық қызметті жүзеге асыру үшін кәсіпорынның Қазақстан Республикасының бүкіл аумағында әрекет ететін 26 ақпан 2019 жылы, БСН 070340001183, БҚО Әділет департаментімен берілген мемлекеттік лицензиясы бар. Лицензиялар тұрақты және белгіленген тәртіппен әр бес жыл сайын мамандық бойынша біліктілікті арттыру шартымен жарамды.

Кәсіпорын азаматтарға медициналық қызмет көрсетудің қоғамдық қажеттілігін қанағаттандыру, денсаулық сақтау саласындағы өндірістік – шаруашылық қызметті жүзеге асыру мақсатында жұмыс істейді.



**Сурет 1- ШЖҚ "Қаратөбе аудандық ауруханасы" МКК негізгі ғимараты**

Ескерту: 2023 жылғы деректер

Аудандық аурухананың қызметі халыққа медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін көрсету сапасын жақсартуға, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі мен Үкіметінің халық

денсаулығын қорғау жөніндегі бұйрықтары мен қаулыларын орындауға және мемлекеттік тапсырысты орындауға және ақылы қызметтер көрсетуге бағытталған.

ШЖҚ "Қаратөбе аудандық ауруханасы" МКК -ның негізгі миссиясы – салауатты өмір салтын насихаттау және облыс тұрғындарына медициналық көмек көрсетуді жақсарту арқылы халықтың денсаулығының деңгейін көтеру.

Мекеменің жарғысына сәйкес кәсіпорын өз қызметін мемлекеттік лицензия негізінде жүзеге асырып, келесі құрылымдық бөлімшелерді қамтиды:

- Отбасылық денсаулық орталығы;
- Кеңесші - диагностикалық бөлімше;
- Алдын-алу және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесі;
- Тәулік бойы жұмыс істейтін стационар (35 кереует);
- Күндізгі стационар (61 кереует, (оның ішінде 13 балалар төсегі);
- 5 дәрігерлік амбулатория (күндізгі стационарларында 40 төсек), 3 фельдшерлік-акушерлік пункт, 9 медициналық пункт.

ШЖҚ "Қаратөбе аудандық ауруханасы" МКК құрамында қызмет көрсету радиусы 110 км болатын, 17 денсаулық сақтау субъектісі бар (Сулықөл ДА, Егіндікөл ДА, Жусандой ДА, Қоскөл ДА, Қарақамыс ДА, Қоржын ФАП, Шөптікөл ФАП, Ақтай ФАП, Сәуле МП, Бесоба МП, Үшана МП, Төлен МП, Үшағаш МП, Соналы МП, Ханкөл МП, Шалғын МП, Алакөл МП).

Аталған кәсіпорын халыққа алғашқы (дәрігерге дейінгі) медициналық – санитарлық, диагностикалық- зертханалық (жалпы клиникалық, биохимиялық, бактериологиялық), ультрадыбыстық, рентгендік зерттеу, жалпы дәрігерлік практика, педиатрия, терапия, хирургия, кардиология, онкология, оториноларингология, фтизиатрия, акушер-гинекология, дермато-венерология, неврология, наркология, психотерапия, стоматология, емдік дене шынықтыру, массаж мамандықтары бойынша ересектер мен балаларға амбулаториялық-емханалық медициналық көмек, ересектер мен балаларға стационарлық медициналық көмек, стационарды алмастыратын көмек: емхананың және дәрігерлік амбулаториялардың күндізгі стационарлары, үй жағдайындағы стационар, аурухананың күндізгі стационар палаталары, сараптамалық медициналық қызмет, фармацевтикалық қызмет және т. б. көрсетеді.

Аудан бойынша тұрғындардың саны - 13630 (2022 жыл -14369), соның ішінде ересектері – 9234 (2022 жыл -9955), жасөспірімдер -521 (2022 жыл - 535), 14 жасқа дейінгі балалар - 3875 (2022 жыл - 3879).

«Тіркелінген халық тіркелімі» порталы бойынша 2023 жылдың 31 желтоқсанына тұрғындар саны -11986, аурухана бойынша барлығы 8 учаске, әрбір учаскеге 1498 тұрғыннан келіп отыр. Аудан тұрғындарына 22 жоғары білімді дәрігер мен 119 орта буынды медицина қызметкерлері медициналық көмек көрсетеді.

Аудандық аурухана стационарлық және жылжымалы флюоро-және рентген аппараты, ЭКГ - аппарат, велоэргометр, тәуліктік қан қысымын бақылау (ТҚҚБ), Холтер, спирограф, ультрадыбыстық зерттеу (УДЗ) аппараты, эзофагогастрофибродуоденоскоп (ЭФГД) биохимиялық анализатор жұмыс істейді. Стационар жағдайында да, емханада да науқастарды емдеуде ультрадыбыстық, амплипульс, массаж, жаттығу терапиясы аппараттарында физиотерапия кеңінен қолданылады.

Аудандық ауруханада Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Алматы қаласындағы дәрігерлердің біліктілігін арттыру институты, Батыс Қазақстан медициналық колледжі базасында дәрігерлер мен фельдшерлердің білімін жетілдіру жұмыстары үздіксіз жүргізіледі. Аудандық «Қаратөбе өңірі» газетінде кейбір аурулардың алдын алу туралы мақалалар жарияланып тұрады.

## **2.2 ШЖҚ «Қаратөбе аудандық ауруханасы» МКК-ның негізгі көрсеткіштерін талдау**

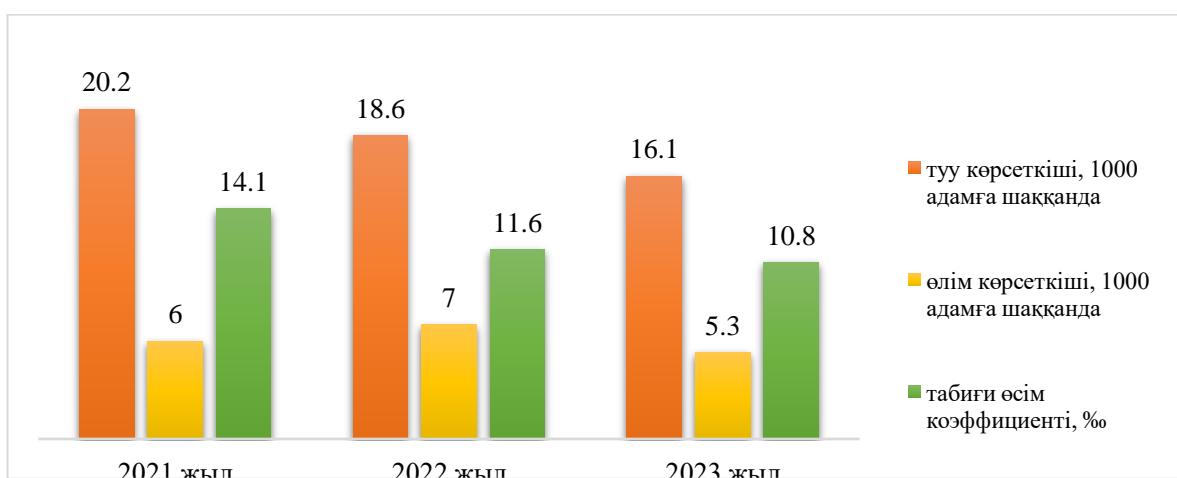
Зерттеудің екінші міндетін орындау үшін ШЖҚ «Қаратөбе аудандық ауруханасы» МКК-ның соңғы үш жылдың қорытынды есебі жинақталып алынды.

Бақылау кезеңі үш жылды, яғни 2021-2023 жылдарды қамтыды. Аурухананың статистикалық деректері (2021, 2022, 2023ж.) және Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 30 қарашадағы № ҚР ДСМ-212/ 2020 «Денсаулық сақтау саласындағы көрсеткіштерді қалыптастыру (есептеу) әдістемесін бекіту туралы» бұйрығындағы «Амбулаториялық жағдайлардағы медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін ұйымдардың көрсеткіштері» 1- қосымша және «Стационарлық жағдайларда медициналық көмек көрсететін ұйымдардың көрсеткіштері» 2-қосымшаға сәйкес есептеу формулалары пайдаланылды. Мәліметтер дереккөздері Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің ресми медициналық ақпараттық жүйелерінің мәліметтері, есеп беру нысандары: Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 22 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-313/2020 «Денсаулық сақтау саласындағы есептік құжаттама нысандарын бекіту туралы» бұйрығының 6-қосымшаға сәйкес стационарлық және стационарды алмастыратын көмек көрсететін медициналық ұйымдардың төсек қорын пайдалану туралы есеп, 19-қосымшаға сәйкес денсаулық сақтау ұйымының есебі, 26-қосымшаға сәйкес денсаулық сақтау ұйымдарының желісі және қызметі туралы есеп.

### **2.2.1. Демографиялық көрсеткіштер**

ШЖҚ «Қаратөбе аудандық ауруханасы» МКК зерттелген кезеңде демографиялық көрсеткіштерді төмендегіден көруге болады (2-сурет):

1. *Туу көрсеткіші*: 2021 жылы- 20,2 1000 адамға шаққанда (туылғандар саны-303), 2022 жылы -18,6 1000 адамға шаққанда (туылғандар саны-268) құраса, 2023 жылы - 16,1 1000 адамға шаққанда (туылғандар саны-220) құрады.
2. *Өлім көрсеткіші*: 2021 жылы - 6,0 1000 адамға шаққанда (қайтыс болғандар саны-91), 2022 жылы- 7,0 1000 адамға шаққанда (қайтыс болғандар саны-101), 2023 жылы- 5,3 1000 адамға шаққанда (қайтыс болғандар саны-72) болып, жалпылай салыстырғанда азайып отыр.
3. *Табиғи өсім коэффициенті*: 2021 жылы- 14,1 %, 2022 жылы- 11,6%, 2023 жылы-10,8%. Жалпылай алғанда зерттеу кезеңі бойынша табиғи өсу коэффициенті көрсеткішінің 3,3-ке төмендегені байқалады.



**Сурет 2- Ауданның демографиялық көрсеткіштері**

Ескерту: 2021, 2022, 2023жылғы есептік деректер

#### Өлім-жітім көрсеткішінің құрылымы

Зерттелген уақыт аралығында, соңғы үш жыл бойынша ауданда жүрек-қан айналым жүйесі ауруларымен қайтыс болғандар көш бастап түр (2021ж- 24 (26,4%), 2022ж- 25 (24,7%), 2023ж- 24 (33,3%).

Екінші орында: 2021 жылы қатерлі ісік аурулары- 22 (24,2%), 2022ж. және 2023ж. тыныс алу жүйелері ауруларынан қайтыс болған- 24 (23,8%), 15 (20,8%) тиісінше.

Үшінші орын: 2021ж. жарақаттану, улану және кездейсоқ оқиғалардан- 10 (10,9%), 2022ж. несеп шығару жолдары және асқорыту жүйесі ауруларынан қайтыс болғандар- 11- ден (10,9%), 2023ж. жарақаттану, улану және кездейсоқ оқиғалардан- 9 (12,5%) (кесте-2).

**Кесте 2 - 2021-2023 жылдардағы өлім-жітім көрсеткіштері**

№	Көрсеткіш атауы	2021 жыл		2022 жыл		2023 жыл	
		абс.сан.	%	абс.сан.	%	абс.сан.	%
1	Жүрек қан айналым жүйесі ауруларынан	24	26,4	25	24,7	24	33,3

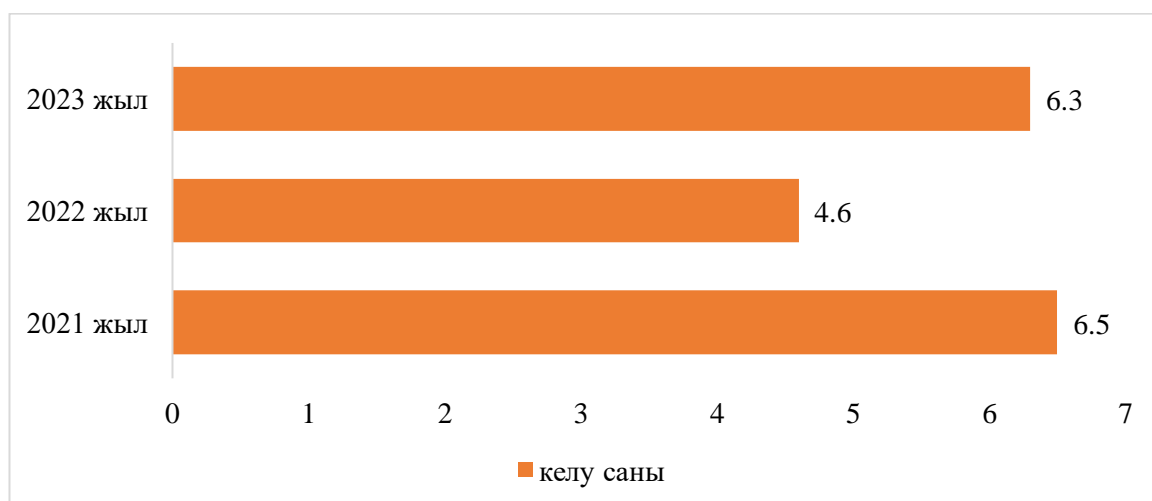
Кесте 2 жалғасы							
2	Қатерлі ісік ауруларынан	22	24,2	9	8,9	8	11,1
3	Жарақаттану, улану және кездейсоқ оқиғалардан	10	10,9	6	5,9	9	12,5
4	Тыныс алу жүйесі ауруларынан	9	9,9	24	23,8	15	20,8
5	Несеп шығару жолдары ауруларынан	9	9,9	11	10,9	5	6,9
6	Асқорыту жүйесі ауруларынан	4	4,4	11	10,9	6	8,3
<i>Ескерту: 2021ж.,2022ж.,2023ж. есептік деректер</i>							

## 2.2.2 Амбулаториялық жағдайдағы аудандық аурухананың көрсеткіштері

### 1. Бір тұрғынға шаққандағы жылына келудің орташа санының көрсеткіші

Бір тұрғынға жылына орташа келу санының көрсеткіші халықтың медициналық көмекке жүгінудегі жалпы белсенділігін көрсетеді. Тарифтер аймаққа байланысты өзгеруі мүмкін, бірақ әдетте бір тұрғынға жылына 3-5 келу қалыпты болып саналады.

Зерттелген уақыт аралығында ШЖҚ «Қаратөбе аудандық ауруханасы» МКК 2021 жылы бір тұрғынға шаққандағы жылына келудің орташа саны- 6,5 құраған, 2022жылы- 4,6, 2023 жылы- 6,3 келу санын құраған.



### Сурет 3- Бір тұрғынға шаққандағы жылына келудің орташа санының көрсеткіші

Ескерту: 2021, 2022, 2023жылғы есептік деректер

### 2. Мамандығы бойынша келулердің үлес салмағының көрсеткіші

Мамандық бойынша келу үлесінің көрсеткіші дәрігерді таңдау кезіндегі аурулардың ерекшеліктерін және пациенттердің қалауын көрсетеді. Халықтың қажеттіліктері мен медициналық қызметтердің қолжетімділігіне байланысты нақты мамандықтар бойынша стандарттар белгіленуі мүмкін.

Аудандық ауруханада 2021-2023жж жалпы тәжірибелік дәрігерлердің науқастарды қабылдауы үлесі бойынша бірінші орынды алып отыр (2021ж.- 38035 (56%), 2022ж.- 21406 (49%), 2023ж.- 37533 (58%).

Пациенттердің қабылдауға қажеттілігі бойынша екінші орынды 2021ж. офтальмолог- 3950 (6%), 2022ж. отоларинголог- 3547 (8%) және офтальмолог-3413 (8%), 2023ж. офтальмолог- 4271 (7%) алып отыр.

Науқастарды қабылдау үлесі бойынша үшінші орында: 2021ж. педиатр- 3795 (5%) және хирург- 3439 (5%). 2022ж. хирург- 3086 (7%), 2023ж. педиатр- 3003 (5%) және хирург- 3881 (5%) (кесте-3).

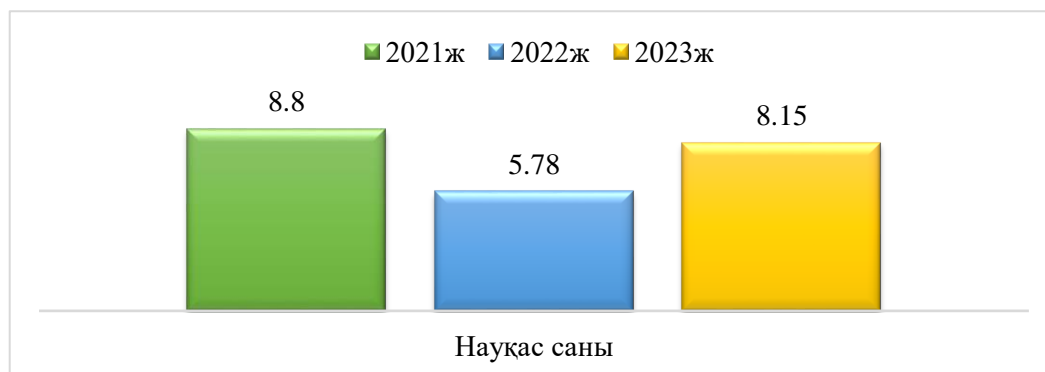
### Кесте 3- Мамандығы бойынша келулердің үлес салмағының көрсеткіші

Мамандар	2021 жыл	2022 жыл	2023 жыл
1	2	3	4
Терапевт	2218 (3%)	2722 (6%)	355 (0,5%)
Кардиолог	1549 (2%)	1306 (3%)	2081 (3%)
Реабилитолог	616 (1%)	-	518 (1%)
Хирург	3439 (5%)	3086 (7%)	3881 (5%)
Онколог	2047 (3%)	950 (2%)	1157 (2%)
Маммолог	968 (1%)	568 (1%)	641 (1%)
Акушер-гинеколог	1932 (3%)	1547 (4%)	1830 (3%)
Педиатр	3795 (5%)	1921 (4%)	3003 (5%)
Офтальмолог	3950 (6%)	3413 (8%)	4271 (7%)
Отоларинголог	3119 (4%)	3547 (8%)	2505 (4%)
Фтизиатр	1815 (3%)	399 (1%)	447 (1%)
Невропатолог	1449 (2%)	527 (1%)	1691 (3%)
Психиатр	1199 (2%)	945 (2%)	948 (1%)
Нарколог	648 (1)	507 (1%)	253 (0,5%)
Дерматовенеролог	543 (1%)	891 (2%)	868 (1%)
Инфекционист	1208 (2%)	371 (1%)	-
ЖТД	38035 (56%)	21406 (49%)	37533 (58%)
Профпатолог	-	-	2721 (4%)
Барлығы	68530 (100%)	44106 (100%)	64703 (100%)
Ескерту: 2021, 2022, 2023жылғы есептік деректер			

3. Амбулаториялық жағдайлардағы медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін медициналық ұйымға қабылдау бойынша күндізгі орташа жүктеме көрсеткіші

Амбулаториялық жағдайда алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсететін медициналық ұйымдағы қабылдаудың орташа тәуліктік жүктемесінің көрсеткіші емханаға бір жұмыс күні ішінде медициналық көмекке жүгінген науқастардың санын анықтайды.

2021ж. бұл көрсеткіш- 8,8 науқасты, 2022ж.- 5,78 науқасты, ал 2023ж.- 8,15 науқасты құрап отыр (4 сурет).



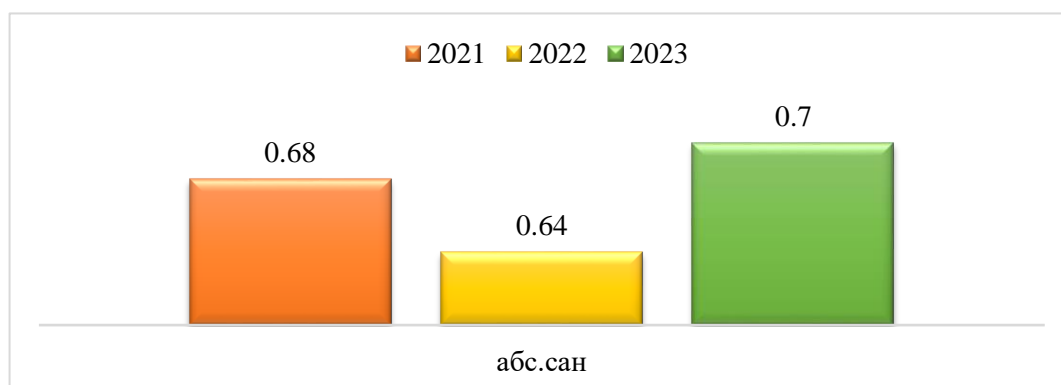
**Сурет 4- МСАК күндізгі орташа жүктеме көрсеткіші**

Ескерту: 2021, 2022, 2023жылғы есептік деректер

#### 4. Үйде қызмет көрсету бойынша орташа күндік жүктеменің көрсеткіші

Үйде қызмет көрсету бойынша орташа тәуліктік жүктеме көрсеткіші тәулік ішінде үйде медициналық көмек көрсету қызметтерін қажет ететін науқастардың санын көрсетеді. Нормалар белгілі бір аймақтағы жағдайға және халықтың ерекшеліктеріне байланысты.

2021ж.- 0,68, 2022ж.- 0,64, 2023ж.- 0,7 құраған. Бұл аталған мәндер медициналық қызметкерлердің үйде медициналық көмек көрсету жағдайлары бойынша жүктеменің аз екендігін көрсетеді (5 сурет).



**Сурет 5 -Үйде қызмет көрсету бойынша орташа күндік жүктеменің көрсеткіші**

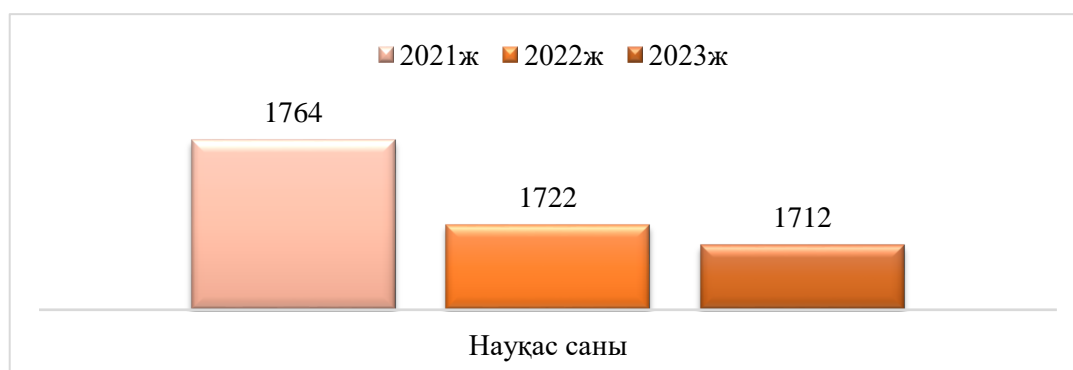
Ескерту: 2021, 2022, 2023жылғы есептік деректер

## 5. Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін медициналық ұйымдағы 1 дәрігерге бекітілген халық саны

Алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсететін медициналық ұйымдағы 1 дәрігерге шаққандағы бекітілген халық саны амбулаториялық жағдайда бір дәрігер қызмет көрсететін науқастардың санын көрсетеді. Әдетте, стандарттар бір дәрігерге тағайындалған 1500-2000 пациент деңгейінде анықталады.

Қазақстан Республикасында Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2021 жылғы 24 тамыздағы № ҚР ДСМ-90 «Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсету қағидаларын бекіту туралы» бұйрығына сәйкес, МСАК көрсететін ауылдық медициналық ұйымдарды қоспағанда, бір жалпы практика дәрігеріне бекітілген халықтың саны аралас халыққа 1 700 адамнан, учаскелік терапевтке 2 200 адамнан, учаскелік педиатрға – 0-ден 6 жасқа дейінгі 500 баладан, 7-ден 18 жасқа дейінгі 900 баладан аспайды.

Зерттеуге алынған уақыт аралығында бұл көрсеткіштің төмендегенін көруге болады. 2021ж.- 1 дәрігерге 1764 науқас, 2022ж.- 1722 науқас, 2023ж.- 1712 науқас келген. Бұл мәндер аудандық ауруханаға тіркелген халықтың азайғандығымен түсіндіруге болады (6 сурет).



**Сурет 6- Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін медициналық ұйымдағы 1 дәрігерге бекітілген халық саны**

Ескерту: 2021, 2022, 2023жылғы есептік деректер

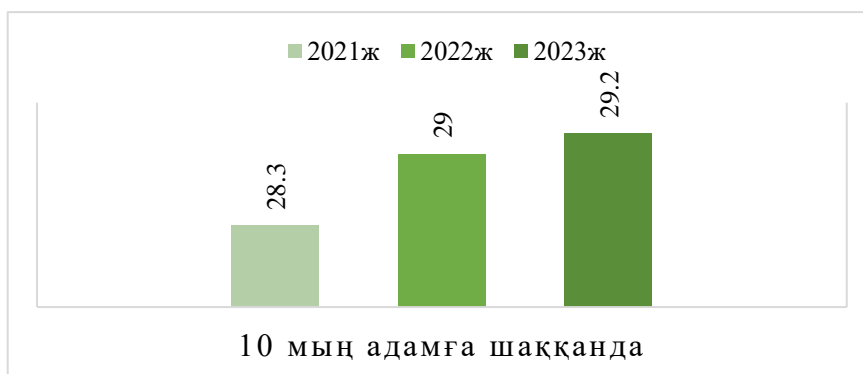
### 2.2.3 Стационарлық жағдайдағы аудандық аурухана көрсеткіштері

#### 1. Халықты төсек қуаттылығымен қамтамасыз ету көрсеткіші

Халықты төсек-орынмен қамтамасыз ету көрсеткіші халық үшін төсек-орынмен қамтамасыз етуді көрсетеді.

Аурухана құрылымында зерттеуге алынған уақыт аралығында төсектер саны өзгермегендігі анықталды. 7-суретте көрсетілгендей, соңғы үш жылда халықты төсек-орынмен қамтамасыз ету қарқыны 10 мың халыққа шаққанда 28,3 – 29,2 аралығында ауытқып отыр. Көрсеткіш мәнінің жоғарылауы,

аурухана бойынша тәуліктік орташа жылдық төсек саны өзгеріссіз жағдайында аудан халқы санының азаюымен байланыстыруға болады (7-сурет).



**Сурет 7- Халықты төсек қуаттылығымен қамтамасыз ету көрсеткіші**

Ескерту: 2021, 2022, 2023жылғы есептік деректер

## 2. Төсек жұмысының көрсеткіші

Бұл көрсеткішті шамамен есептегенде, қалалық ауруханалар үшін төсек саны жылына 320–340 күн болуы керек. 8-суретте көрсетілгендей, 2021 жылы аурухананың төсек-орындары жұмысы орташа есеппен 125 күн болды, ал 2022ж. - 125 күн, 2023ж. - 156 күн (8-сурет).



**Сурет 8-Төсек жұмысының көрсеткіші**

Ескерту: 2021, 2022, 2023жылғы есептік деректер

## 3. Науқастың төсекте жатуының орташа ұзақтығының көрсеткіші

Пациенттерді тексеру әдістерін жетілдіру, амбулаториялар мен стационарлар арасындағы сабақтастықты жақсарту науқастардың төсекте болу ұзақтығын қысқартады. Барлық осы факторлардың өзара байланысы түптеп келгенде стационарлық емдеудің орташа ұзақтығын, өткен жылдармен салыстырғанда бұл көрсеткіштің жоғарылауын немесе төмендеуін анықтайды.

9-суреттен көрініп тұрғандай, соңғы үш жылда науқастың төсекте болудың орташа ұзақтығында айтарлықтай өзгеріс болмаған (2021 жылы – 7 күн, 2022 жылы- 7,1 күн, 2023 жылы – 7 күн) (9-сурет).

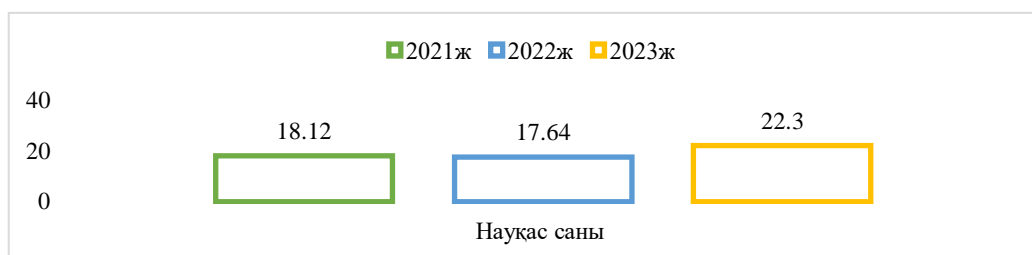


**Сурет-9 Науқастың төсекте жатуының орташа ұзақтығының көрсеткіші**

Ескерту: 2021, 2022, 2023жылғы есептік деректер

#### 4. Төсек айналымының көрсеткіші

Төсек айналымының көрсеткіші ауруханада болу ұзақтығымен анықталады, бұл өз кезегінде аурудың сипаты мен ағымына байланысты. Науқастың төсекке кететін уақытын қысқарту, демек, төсек-орын айналымының көрсеткішін арттыру көбінесе диагноздың дәлдігіне, уақтылы госпитализацияға, күтім мен емдеу сапасына байланысты. Қалалық жалпы стационарларда оңтайлы төсек айналымы жылына 25–30, ал диспансерлерде – 8–10 науқас деп есептеледі. 10-суреттен көрініп тұрғандай, зерттеу кезеңінде төсек айналымы көрсеткіші 17,64-тен 22,3-ке дейін өзгерген (10-сурет).

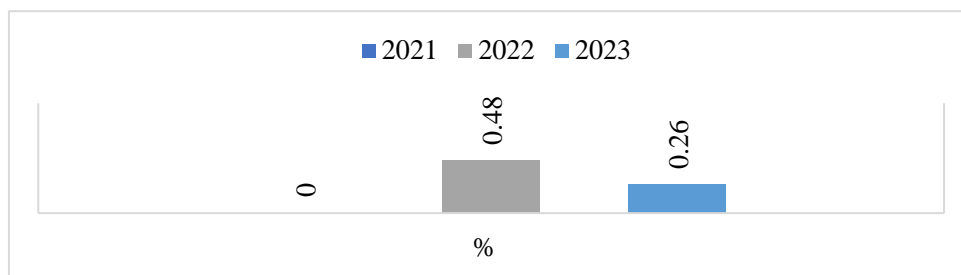


**Сурет-10 Төсек айналымының көрсеткіші**

Ескерту: 2021, 2022, 2023жылғы есептік деректер

#### 5. Өлім-жітім көрсеткіші

Талданып отырған кезеңде жалпы өлім-жітім деңгейі өсу үрдісі байқалады. 2021 жылы аурухана жағдайында ешбір науқас қайтыс болмаған. 2021жылы 3 науқас қайтыс болып, бұл 0,48% құрады, бұл үш жылдағы ең жоғары көрсеткіш. Ал 2023ж. ауруханада 2 науқас қайтыс болып, өлім-жітім көрсеткішінің 0,26% құраған (11-сурет).

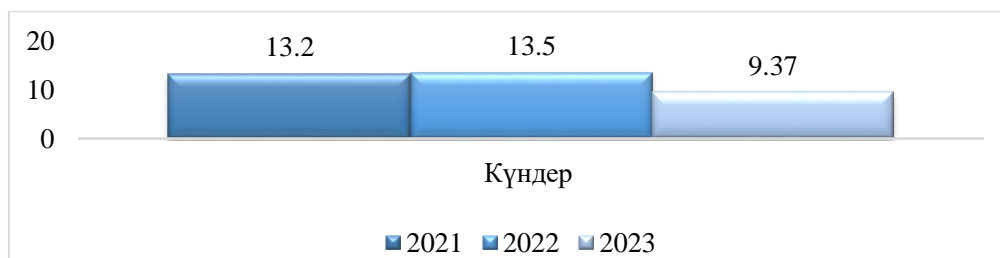


**Сурет 11- Өлім-жітім көрсеткіші**

Ескерту: 2021, 2022, 2023жылғы есептік деректер

#### 6. Төсек тұрып қалуының орташа уақытының көрсеткіші

12-суретте талданатын кезеңдегі төсек-орынның орташа тоқтау уақыты көрсетілген. 2021ж. және 2022ж. төсек-орынның орташа бос уақыты- 13,2күн және 13,5 сәйкесінше құраған. Бірақ 2023ж. 9,37 күнге дейін қысқаруы аурухана ресурстарын тиімдірек пайдалануды және емдеу мен ауруханаға жатқызуды ұйымдастырудың жақсартылған процестерін көрсетеді. Бұл пациенттерді шығару процестерін жеңілдетуге, бөлімдер арасындағы үйлестіруді жақсартуға, пациенттерді қабылдау мен шығаруды тиімдірек жоспарлауға және қажетті медициналық қызметтер мен процедураларға жылдам қол жеткізуге әкелуі мүмкін. Кереуеттің бос тұру уақытының қысқаруы емделуші ағынының жақсырақ басқарылуын және аурухананың жалпы ұйымының жақсарғанын көрсетуі мүмкін (12-сурет).



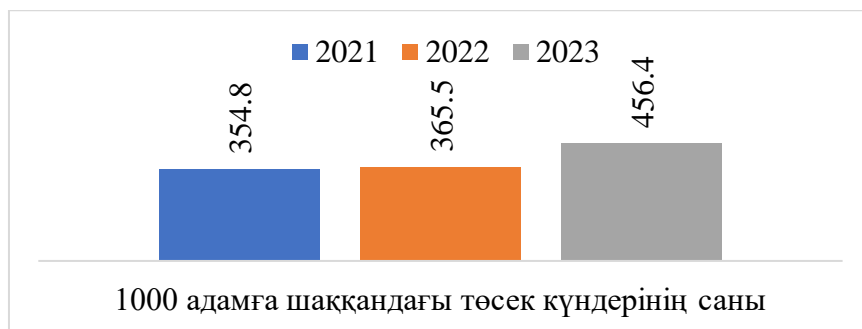
**Сурет 12- Төсек тұрып қалуының орташа уақытының көрсеткіші**

Ескерту: 2021, 2022, 2023жылғы есептік деректер

#### 7. Стационарлық көмекті тұтыну деңгейінің көрсеткіші

Стационарлық көмекті тұтыну көрсеткіші халықтың сұранысына және көрсетілетін қызметтердің қолжетімділігіне сәйкес стационарлық медициналық көмекке жүгінген науқастардың санын көрсетеді.

Зерттеуге алынған кезең бойынша халықтың стационарлық көмекті тұтыну деңгейінің артуы байқалады. 2021ж. 1000 науқасқа шаққанда 354,8 төсек күні, 2021ж. 1000 науқасқа шаққанда 365,5 төсек күні және 2023ж. 456,4 төсек күнін құрап отыр (13 сурет).



**Сурет 13- Стационарлық көмекті тұтыну деңгейінің көрсеткіші**  
 Ескерту: 2021, 2022, 2023 жылғы есептік деректер

Зерттеуге алынған соңғы үш жылдың (2021-2023жж) жылдық емханалық және стационарлық қорытынды көрсеткіштері бойынша төмендегідей қорытынды жасауға болады:

Ауданның демографиялық көрсеткіші бойынша туу көрсеткіші соңғы үш жылды салыстырғанда 1000 адамға шаққанда 4,1-ге төмендеген. Ал өлім көрсеткіші 2022 жылы 1000 адамға шаққанда 7,0 көрсетіп, үш жылдың ішінде жоғарғы көрсеткішті көрсетіп отыр. Табиғи өсім көрсеткіші төмендеу тенденциясын көруге болады. Өлім себептері құрылымы бойынша, жүрек-қантамыр жүйесі аурулары өлімнің басты себебі болып қала береді. Екінші орында қатерлі ісік, тыныс алу жолдары аурулары және үшінші орында жарақаттардан, уланудан және жазатайым оқиғалардан болатын өлім қалып отыр.

Емханалық-амбулаторлық көмек көрсету бойынша: Бір тұрғынға жылына орташа келу санының көрсеткіші 2022 жылы төмендегеннен кейін 2023 жылы өсті. Амбулаторлық емге жүгіну 2021 жылы максималды мәнге ие болды. Мамандық бойынша келу үлесі бойынша соңғы үш жылда жалпы тәжірибелік дәрігер ең сұранысқа ие мамандық болып қала береді. Амбулаториялық жағдайда алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсететін медициналық ұйымдағы қабылдаудың орташа тәуліктік жүктемесінің көрсеткіші 2021 жылы шыңына жетіп, 2022 жылы төмендеген, бірақ 2023 жылы қайтадан өсті. Амбулаториялық жағдайда алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсететін медициналық ұйымдағы қабылдаудың орташа тәуліктік жүктемесі салыстырмалы түрде тұрақты болып қалады. Алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсететін медициналық ұйымдағы 1 дәрігерге шаққандағы бекітілген халық саны жыл сайын төмендеген, бұл дәрігерлер санының артқанын немесе дәрігерге пациент жүктемесінің өзгеруін көрсетуі мүмкін.

Стационарлық көмек көрсету бойынша: Халықты төсек-орынмен қамтамасыз ету көрсеткіші соңғы үш жылда 10 мың адамға шаққанда 28,3-тен 29,2-ге дейін құрайды, бұл төсек-орынмен қамтамасыз етудегі тұрақтылықты көрсетеді. Төсек жұмысының көрсеткіші 2021 және 2022 жылдары (125 күн, 126 күн) шамамен өзгеріссіз қалды, бірақ 2023 жылы (156 күн) айтарлықтай өсті, бұл стационарлық көмекті пайдаланудың артқанын

көрсетеді. Науқастың төсекте жатуының орташа ұзақтығы үш жыл бойы ол шамамен 7 күнде тұрақты болды. Төсек айналымы зерттеу кезеңінде көрсеткіш 17,64-тен 22,3-ке дейін өсті, бұл төсек-орындарды тиімдірек пайдалануды көрсетеді. 2021 жылы өлімнің ең жоғары деңгейі (0,48%) болды, ол 2023 жылы 0,26%-ға төмендеді. Кереуеттің бос тұру уақыты 2021 және 2022 жылдардағы 13,2 және 13,5 күннен 2023 жылы 9,37 күнге дейін төмендеді, бұл төсек-орындарды толтыруды жақсырақ басқаруды көрсетуі мүмкін. Халықтың стационарлық көмекті тұтыну деңгейі 2021 жылғы 1000 науқасқа шаққанда 354,8 төсек-тәулігінен 2023 жылы 456,4 төсек күніне дейін өсті, бұл халықтың медициналық көмекке деген қажеттілігінің немесе оған неғұрлым белсенді сұраныстың артқанын көрсетеді.

Ұсынылған деректерге сүйене отырып, қарастырылып отырған ауруханада соңғы үш жылда медициналық ресурстарды пайдалану тиімділігі артқан, ал халықтың стационарлық медициналық көмекке деген қажеттілігі артқан деп қорытынды жасауға болады.

### 2.3 Кадрлық әлеуетті және персоналды басқаруды бағалау

Аурухананың негізгі аспектілерін анықтай отырып, оны 14-суретте схемалық түрде көрсетуге болады. Ұсынылған сурет бөлімнің негізгі басымдықтарын анықтайды. Бұл ретте әрбір бағыттың клиниканың жалпы қызметінде құндылығы бар екенін есте ұстаған жөн. Кез-келген аурухана үшін негізгі құндылық - ұйымның қызметкерлері. Ол үшін аурухананың кадрлық құрамына егжей-тегжейлі талдау жүргізу қажет.



**Сурет 14. Қызмет түрлері жүйесінің картасы**

Ескерту: 2021, 2022, 2023 жылғы есептік деректер

Денсаулық сақтау саласы стратегиялық маңызды әлеуметтік салалардың бірі болғандықтан, бүгінгі таңда саланы дамыту мен жаңғыртуға көбірек көңіл бөлінуде. Негізгі басымдықтарға профилактикалық денсаулық сақтауды дамыту, сондай-ақ медициналық қызметтердің сапасы мен қолжетімділігін арттыру кіреді. Бірқатар зерттеушілердің пікірі бойынша [132-135] еңбек ресурстарын оңтайландыру және адам ресурстарының әлеуетін арттыру денсаулық сақтауды жаңғыртудың ұзақ мерзімді саясатының ең маңызды бағыттарының бірі болып табылады. Бұл медициналық қызмет көрсетудің ерекшелігіне байланысты, оның сапасы медицина қызметкерлерінің кәсіби деңгейіне, біліктілігіне және тәжірибесіне тікелей байланысты. Медициналық қызмет көрсетудің спецификалық ерекшеліктері, мысалы, оларды өндіру мен тұтынудың үздіксіздігі, медициналық қызмет көрсетушіге тікелей байланысты сапаның өзгермелілігі, медицина қызметкерлерін бағалауға ерекше көңіл бөлуге әкеледі. медициналық ұйым және кадрлық әлеует. Медициналық мекемелерді материалдық-техникалық қамтамасыз ету және қаржыландыру деңгейімен қатар жүктемеге сәйкес кадрлармен қамтамасыз ету деңгейі де шешуші рөл атқарады. Осыған байланысты адам ресурстарын және оның медициналық қызмет көрсету сапасына әсерін бағалау зерттеудің өзекті саласы болып табылады [136, 137].

ШЖҚ «Қаратөбе аудандық ауруханасы» МКК 2021-2023 жылдарға арналған №30 статистикалық есептілігінің деректері негізінде медицина қызметкерлерінің барлық санаттары бойынша атқаратын лауазымдарының динамикасы зерттелді.

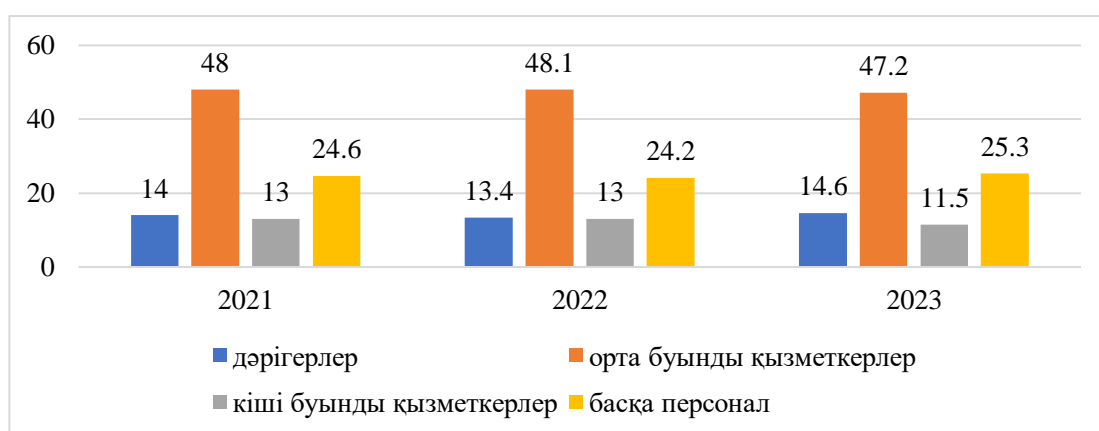
Талданып отырған кезеңде аурухананың бос емес лауазымның жалпы санының 2021 жылғы 232,0 позициядан 2023 жылғы 221,0 позицияға дейін төмендеуі байқалды. 2022 жылы төмендеу 0,32%, ал 2023 жылы 4,43% болды. 2022 жылы медициналық персонал лауазымдарының жалпы санының төмендеуі дәрігерлердің 0,8%-ға және басқа персоналдың 1,7%-ға қысқаруымен байланысты болды. Орта буынды және кіші медициналық персоналының лауазымдарының саны өзгеріссіз қалды. 2023 жылы лауазымдар санының 4,43%-ға азаюы, орта буынды қызметкерлердің 6,3% және кіші буынды қызметкерлер санының 17,6%-дан астам азаюы байқалды. Дәрігерлердің штаттық бірліктер саны 4,03%-ға өсті, ал басқа персонал дауазымдық саны өзгеріс байқалмаған (кесте-4).

#### **Кесте 4- Атқаратын лауазымдардың штаттық динамикасы**

	Жылдар			Өсуі, %-пен	
	2021	2022	2023	2022	2023
Барлығы	235,7	253,3	248,0	-0,32	-4,43
Дәрігерлер	31,25	31,0	32,25	-0,8	4,03
Орта буынды қызметкерлер	138,25	137,25	134,25	0	-6,3
Кіші буынды	30,0	30,0	25,5	0	-17,6

Кесте 4 жалғасы					
Қызметкерлер					
Басқа персонал	57,0	56,0	56,0	-1,7	0
Ескерту: 2021,2022, 2023жылғы есептік деректер					

Аурухананың медициналық персоналының құрылымында талданатын кезең ішінде ең үлкен үлес соңғы үш жылда орта буынды медициналық қызметкерлер құрайды, алайда олардың үлесінің төмендеу үрдісі байқалады. Сонымен бірге, басқа персоналдың үлесі сәл артып келеді. Дәрігерлердің, ал кіші буынды қызметкерлердің үлесі 2023 жылы азайғаны байқалады (сурет-15).



**Сурет 15 – Медициналық персоналдың құрылымы**

Ескерту: 2021, 2022, 2023жылғы есептік деректер

Талданып отырған кезеңдегі аурухананы жалпы кадрлық қамтамасыз ету деңгейі 2023 жылы 99%-дан астамды құрайды, ал штаттық деңгейде 2021 жылғы 90,5%-дан 2022 жылғы 98%-ға дейін өсу үрдісі байқалады (5-кесте).

Дәрігерлермен қамтамасыз ету 2021 жылы 89%-ды құраса, 2023 жылы 91,4%-ға артқан. 2021-2023жж аралығында орта буынды қызметкерлердің, кіші буынды қызметкерлер және басқа персоналдың штат бойынша орын саны азайғанымен кадрлық қамтамасыз ету деңгейі 100% құрады.

**Кесте 5- Кадрлармен қамтамасыз ету**

	2021ж			2022ж			2023ж		
	Лауазым саны		Кадрлық қамтамасыз ету, %	Лауазым саны		Кадрлық қамтамасыз ету, %	Лауазым саны		Кадрлық қамтамасыз ету, %
	Штат	Бос емес		Штат	Бос емес		Штат	Бос емес	
Барлығы	260,5	235,7	90,5	258,5	253,3	98	251,0	248,0	99
Дәрігерлер	35,25	31,25	89	35,25	31,0	88	35,25	32,25	91,4

Кесте 5 жалғасы									
Орта буынды қызметкерлер	138,25	138,25	100	137,25	137,25	100	134,25	134,25	100
Кіші буынды қызметкерлер	30,0	30,0	100	30,0	30,0	100	25,5	25,5	100
Басқа персонал	57,0	57,0	100	56,0	56,0	100	56,0	56,0	100
Ескерту: 2021, 2022, 2023жылғы есептік деректер									

Толық емес жұмыс күні коэффициентін есептеу бір медицина қызметкерінің орташа есеппен қанша ставкамен жұмыс істейтінін анықтауға мүмкіндік береді. Коэффициент мәні 1,5-тен жоғары болған сайын медициналық ұйымдағы қызметкерлердің жұмыс сапасы төмендейді.

Жалпы аурухана бойынша 2021 -2023 жылдары аралығында толық емес жұмыс уақыты коэффициенті 1,2 құрады, бұл орташа алғанда әрбір қызметкер 1,2 есе ставкамен жұмыс істейді дегенді білдіреді (кесте-6).

Толық емес жұмыс күнін қызметкерлер санаттары бойынша талдай отырып, ең жоғары коэффициент мәндері дәрігерлер санатында байқалатынын атап өтуге болады.

Ал үш жыл ішінде орта және кіші буын қызметкерлері мен басқа персоналдың толық емес жұмыс уақыты коэффициенті төмендеген. Бұл факт аурухана қызметкерлеріне түсетін жүктеменің азайғанын көрсетеді.

**Кесте 6- Толық емес жұмыс күнімен қамтамасыз ету динамикасы**

	2021ж			2022ж			2023ж		
	Лауазым саны		Толық емес жұмыс	Лауазым саны		Толық емес жұмыс	Лауазым саны		Толық емес жұмыс
	Бос емес	Физ. тұлға		Бос емес	Физ. тұлға		Бос емес	Физ. тұлға	
Барлығы	235,7	185	1,2	253,2	186	1,2	248,0	188	1,2
Дәрігерлер	31,25	22	1,4	31,0	20	1,5	32,25	21	1,5
Орта буынды қызметкерлер	138,25	96	1,1	137,25	94	1,2	134,25	96	1
Кіші буынды қызметкерлер	30,0	20	1,5	30,0	23	1,3	25,5	22	1,1
Басқа персонал	57,0	45	1,3	56,0	46	1,2	56,0	46	1,2
Ескерту: 2021, 2022, 2023жылғы есептік деректер									

Ауруханадағы медициналық қызметкерлердің санаттылық деңгейі төмендегідей көрсетілді (7-кесте).

2021 жылы: дәрігерлер: Жоғары санатты – 5 (22,7%); I санатты – 5 (22,7%); II Санатты – 1 (4,5%). Орта буынды медицина қызметкерлері: Жоғары санатты – 44 (33%), I санатты – 9 (6,8%); II Санатты – 4 (3,4%).

2022 жылы: дәрігерлер: Жоғары санатты – 5 (22,7%); I санатты – 5 (22,7%); II Санатты – 1 (4,5%). Орта буынды медицина қызметкерлері: Жоғары санатты – 41 (35,6%); I санатты – 9 (7,8%); II Санатты – 4 (3,5%).

2023 жылы: дәрігерлер: Жоғары санатты – 2 (9,5%); I санатты – 5 (23,8%); II Санатты – 1 (4,8%). Орта буынды медицина қызметкерлері: Жоғары санатты – 39 (33%); I санатты – 8 (6,8%); II Санатты – 4 (3,4%).

#### Кесте 7 -Медициналық қызметкерлердің санаттылық деңгейі

	2021ж			2022ж			2023ж		
	жоғарғы	I	II	жоғарғы	I	II	жоғарғы	I	II
Дәрігерлер	5 (22,7%)	5 (22,7%)	1 (4,5%)	5 (22,7%)	5 (22,7%)	1 (4,5%)	2 (9,5%)	5 (23,8%)	1 (4,8%)
Орта буынды қызметкерлер	44 (33%)	9 (6,8%)	4 (3,4%)	41 (35,6%)	9 (7,8%)	4 (3,5%)	39 (33%)	8 (6,8%)	4 (3,4%)

Ескерту: 2021,2022, 2023жылғы есептік деректер

2023 жылы өткен жылмен салыстырғанда кадрлардың ауысу коэффициентінің салыстырмалы өсуі байқалады. Жалпы ауысу коэффициенті 2022 жылғы 0.01875 деңгейімен салыстырғанда 0.02 (2,41% пайыз) дейін өсті. Дәрігерлік персоналдың ауысу коэффициентінің жоғары деңгейі ерекше байқалады, ол (5,81% - дан 2022 жыл) 19,05% - ға (2023 жыл) дейін өсті. Сонымен қатар, орта медициналық персоналдың айналым деңгейі шамамен бірдей деңгейде қалды - 2022 жыл -0.01 (айналым пайызы 1,3 %), 2023 жыл-0.02 (айналым пайызы 1,98 %). Сандық деректер №8 кестеде келтірілген. Бұл өзгерістер денсаулық сақтау мекемесінің тұрақтылығы мен тиімділігін қамтамасыз ету үшін кадрларды жоспарлау мен басқаруда қосымша назар аударуды қажет етуді және кадр саясаты мен персоналды басқарудағы үлкен динамикалық өзгерістердің қажеттілігін көрсетеді.

#### Кесте 8 – Кадр айналымының коэффициенті

№	Коэффициенті	2022ж.	2023ж.
1	2	3	4
1	Жалпы айналым коэффициенті	0.01875	0.02
2	Жалпы айналым пайызы	1.88%	2.41%

Кесте 8 жалғасы			
3	Дәрігерлердің айналым коэффициенті	0.05814	0.190476
4	Дәрігерлердің айналым пайызы	5.81%	19.05%
5	Орта медициналық қызметкерлердің айналым коэффициенті	0.013015	0.01978
6	Орта медициналық қызметкерлердің айналым пайызы	1.3%	1.98%
Ескерту: 2022, 2023 жылғы есептік деректер			

Осылайша, 2021-2023 жылдар аралығындағы аурухана персоналы елеуетін талдау негізінде төмендегідей қорытынды жасауға болады:

- *Бос орындарды жалпы қысқарту.*

Талданған кезеңде ауруханадағы бос орындардың жалпы саны 2021 жылғы 232-ден 2023 жылы 221-ге дейін қысқарды. 2022 жылы төмендеу 0,32%, ал 2023 жылы 4,43% болды.

- *Персонал құрылымын қысқарту және өзгерту*

2022 жылы медициналық лауазымдардың жалпы санының төмендеуі дәрігерлердің 0,8%-ға және басқа персоналдың 1,7%-ға қысқаруына байланысты болды. 2022 жылы мейірбике және кіші медицина қызметкерлері лауазымдарының саны өзгеріссіз қалды. 2023 жылы келесі өзгерістер орын алды:

- жалпы позициялардың 4,43%-ға қысқаруы.

- орта буын қызметкерлерін 6,3%-ға қысқарту.

- кіші қызметкерлер санының 17,6%-дан астам қысқаруы.

- штаттағы дәрігерлер саны 4,03%-ға өсті, басқа қызметкерлер құрамы өзгерген жоқ.

- *Аурухана персоналы құрылымы*

2023 жылы ауруханадағы қызметкерлердің жалпы деңгейі 99%-дан асты. Персонал бойынша 2021 жылғы 90,5%-дан 2022 жылы 98%-ға дейін өсу байқалады. Дәрігерлермен қамтамасыз ету 2021 жылғы 89%-дан 2023 жылы 91,4%-ға дейін өсті. Орта буын, кіші және басқа да қызметкерлердің лауазымдарының қысқаруына қарамастан, олардың штаттық қамтамасыз етілуі 100%-ды құрады.

- *Толық емес жұмыс уақыты коэффициенті және қызметкерлердің жұмыс көлемі*

2021-2023 жылдар аралығында толық емес жұмыс уақыты коэффициенті 1,2 құрады, бұл орташа алғанда әрбір қызметкердің нормадан 1,2 есе жұмыс істегенін көрсетеді. Ең жоғары коэффициент мәндері дәрігерлер арасында байқалады. Орта және кіші буын қызметкерлері мен басқа персонал арасындағы толық емес жұмыс күнінің арақатынасы төмендеді, бұл аурухана қызметкерлерінің жүктемесінің азайғанын көрсетеді.

- *Медициналық қызметкерлердің санаттылық классификациясы*

Талданатын кезеңде медициналық қызметкерлердің жіктелуінде өзгерістер байқалады:

– 2021 жылы дәрігерлердің 22,7% және орта буын медицина қызметкерлерінің 33% жоғары санатқа ие болды.

– 2022 жылы жоғары санатты дәрігерлердің үлесі 22,7% деңгейінде сақталды, бірақ жоғары санатты орта буын медицина қызметкерлерінің үлесі 35,6% дейін өсті.

– 2023 жылы жоғары санатты дәрігерлердің үлесі 9,5%, ал жоғары санатты орта буын медицина қызметкерлерінің үлесі 33% дейін төмендеді.

*- Кадрлардың тұрақсыздығы*

2023 жылы қызметкерлердің айналымы өсті. Жалпы өтпелі көрсеткіш 2022 жылы 0,01875-тен 0,02 (2,41%) дейін өсті. Медициналық қызметкерлер арасындағы ауыс-түйістің 2022 жылғы 5,81%-дан 2023 жылы 19,05%-ға дейін артуы ерекше байқалады. Мейірбике кадрларының ауысуы дерлік сол деңгейде қалды: 2022 жылы 1,3% және 2023 жылы 1,98%.

Дәлелдер жұмыс күшін жоспарлау мен басқаруға көбірек көңіл бөлу қажеттігін көрсетеді. Денсаулық сақтау мекемесінің тұрақтылығы мен тиімділігін қамтамасыз ету үшін кадр саясатына және персоналды басқаруға елеулі өзгерістер енгізу маңызды болып табылады.

Ағымдағы уақытта анестезиолог-реаниматолог, функционалды зерттеу дәрігері, дәрігер инфекционист, жалпы тәжірибелі дәрігерлер, дәрігер дерматолог, дәрігер офтальмолог мамандықтары бойынша 6 дәрігерге тапшылық орын алады.

## **2.4 Ұйымның қаржылық құрылымы мен негізгі шығындарын талдау**

### **2.4.1 Бюджет пен шығыстарды талдау**

Денсаулық сақтау саласының бюджеттік аспектілерін зерттеу шеңберінде аудандық аурухананың қаржылық құрамдас бөлігі қарастырылады. 2022 және 2023 жылдардағы деректерді талдай отырып, осы медициналық мекеменің жалпы бюджеті есепті кезеңде айтарлықтай өскені анықталды. Ұсынылған статистикаға сәйкес, 2023 жылы жалпы бюджет 1 042 373 100 теңгені құрады, ал өткен жылы ол 812 426 000 теңгеге бағаланды. Бюджеттің мұндай ұлғаюы медициналық мекемені басқаруға қол жетімді қаржылық ресурстардың айтарлықтай өсуін білдіреді, бұл өз кезегінде медициналық қызметтерді кеңейту, пациенттерге қызмет көрсету сапасын арттыру, Жабдықты жаңарту және қызметкерлердің еңбек жағдайларын жақсарту мүмкіндігін білдіреді.

Ұйымның шығыстарын талдай отырып, зерттелген кезеңде аудандық аурухананың жалпы шығыстары 1 032 975 963 теңгені құрағанын атап өтуге болады. Шығыстардың негізгі құрамдас бөлігі жалақыны төлеу болып табылады, ол 533 078 125 теңгені құрады. Сондай-ақ қомақты сомалар емдік

жәрдемақы төлеуге (34 289 553 теңге), дәрі-дәрмек сатып алуға (99 054 385 теңге), қызмет көрсетуге (105 489 371 теңге), сондай-ақ қызметкерлерді сақтандыруға (300 000 теңге) бағытталды. Шығындардың көп бөлігі медициналық қызметтерді қамтамасыз етуге және қызметкерлердің жағдайын жақсартуға бағытталғанын атап өту маңызды, бұл аурухана қызметінің басым бағыты болып табылады. Толық сандық мәліметтер №8 кестеде көрсетілген.

**Кесте 9 - 2023 жылдың қорытындысы бойынша аурухананың шығыстары**

<b>№</b>	<b>Шығыстар</b>	<b>Сомасы</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1.	Барлық шығындар	1 032 975 963
2.	Жалақы төлеу	533 078 125
3.	МЗЖ бойынша төлем	65 847 750
4.	Атқару парағын аудару	6 141 824
5.	Кәсіптік жарналарды аудару	4 903 510
6.	Мүшелік жарналарды аудару	213 000
7.	Емдік жәрдемақы төлеу	34 289 553
8.	МКЗЖ бойынша төлем	89 419
9.	Аурухана парағын төлеу	4 201 167
10.	Әлеуметтік салықты аудару	40 521 369
11.	АО бойынша төлем	17 667 881
12.	Қызметкерлерді сақтандыру	300 000
13.	СМС бойынша төлем	17 297 698
14.	Азық-түлік сатып алу	12 325 513
15.	Дәрі-дәрмек сатып алу	99 054 385
16.	АИ сатып алу	13 932 000
17.	Газ сатып алу	6 981 571
18.	Сатып алу	3 947 464
19.	Су беру қызметі	809 332
20.	Байланыс қызметтерін сатып алу	2 515 250
21.	Оқыту	3 561 618
22.	Қызметтерді сатып алу	105 489 371
23.	Іссапарларды төлеу	4 599 355
24.	Жер салығы	15 751
25.	Мүлік салығы	284 777
26.	Көлік салығы	42 658
27.	Тұрақсыздық айыбы	534 750

Кесте 9 жалғасы		
28.	Қоршаған ортаға эмиссия үшін төлем	73 198
29.	АҚЖ сақтандыру	949 862
Ескерту: 2023 жылғы есептік деректер		

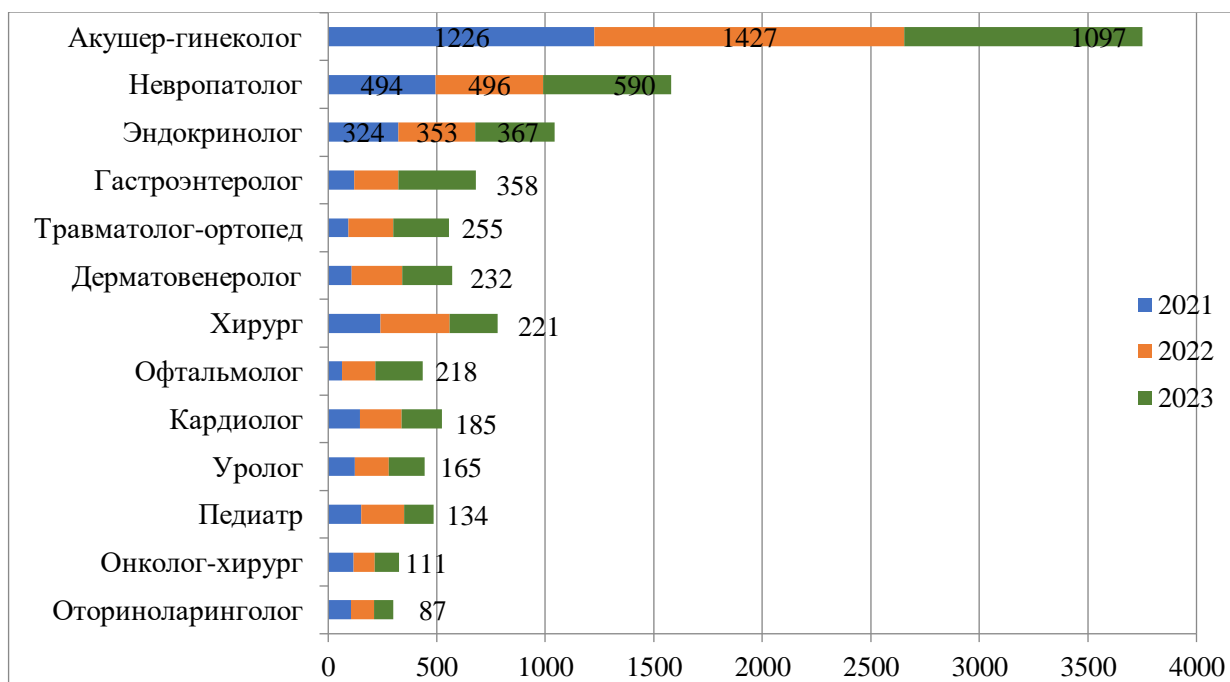
Зерттеген кезеңде қосалқы мердігерлік ұйымдарда орындалатын қызметтер санының өсу серпіні байқалады (№9 кесте): 2023 жылы қызметтер саны 2021 жылмен салыстырғанда 22% - ға өсті. Ақшалай баламада қосалқы мердігерлік қызметтерге ақы төлеу жыл сайын 21 млн. теңгеге ұлғаяды және 2023 жылы 114 623 191,67 теңгені құрады (2021 жылмен салыстырғанда 37% - ға ұлғайды). Осылайша, өзге медициналық ұйымдарға мамандардың консультацияларына жіберілетін пациенттердің саны үш жыл ішінде 13% - ға өсті. Процедуралар мен манипуляцияларға жолдамалар саны 23% - ға өсті. Барлық жіберілген процедуралардың 44% - ы офтальмология процедураларына жататынын атап өту маңызды. Қосалқы мердігерлік шеңберінде орындалатын зертханалық зерттеулер 3% - ға өсті, ал КТС-дан тыс жіберілетін диагностикалық зерттеулер саны 11% - ға қысқарды.

#### Кесте 10- Қосалқы мердігерлік ұйымдарға көрсетілетін қызметтер мен төлемдердің орындалуы

1	2021 жыл		2022 жыл		2023 жыл	
	2	3	4	5	6	7
	Қызмет саны	Сомасы, теңге	Қызмет саны	Сомасы, теңге	Қызмет саны	Сомасы, теңге
Мамандардың кеңестері	5 768	9 357 417	6 306	14 040 208,68	6648 (↑13%)	23 987 688,3
Диагностикалық зерттеулер	5 931	23 751 190	6 901	35 108 903	5731 (↓11%)	29 038 047
Процедуралар мен манипуляциялар	1843	6816441,28	3414	2331757,85	3448 (↑23%)	21684860,5
Зертхана	16 842	31 914 033,63	28353	41981559,57	23201(↑3%)	39912595,6
Ескерту: 2021, 2022, 2023 жылғы есептік деректер						

Бейін мамандардың кеңесін алуына жіберілген пациенттердің айтарлықтай бөлігі акушер-гинеколог (↑21%) маманына жіберілген. Зерттелетін кезеңдегі динамикада көрсеткіштің төмендеуі байқалады (2023 жылы - 16%). Алайда соған қарамастан, аудандық ауруханада тұрақты акушер-гинекологының болуын ескере отыра, бұл көрсеткіш айтарлықтай жоға екені есеруге болады. Невропатолог (↑16%), эндокринолог (↑11%), гастроэнтеролог (↑6%), офтальмолог (↑70%) сияқты мамандардың консультацияларына жолдамалардың өсуі байқалады. Деректер 16-суретте көрсетілген. Процедуралар мен манипуляцияларды қоса алғанда,

офтальмологиялық қызметке қатысты өзге медициналық ұйымдарға жолдамалардың өсуі 87% - құрады. Ақшалай көрсеткіште бұл 20684773,42 теңгені құрады (2021 жылы 366 132,84 теңге).



**Сурет 16 – Басқа медициналық ұйымға дәрігерлердің консультацияларына жолдамалардың динамикасы**

Ескерту: 2021, 2022, 2023 жылғы есептік деректер

#### 2.4.2 Медициналық қызметкерлерге еңбекақы төлеу мен оқытудың қаржылық аспектілері

Дәрігерлердің бастапқы жалақысы 250 мың теңге соммасынан басталады. 250 000 тенгеден 350 000 тенгеге дейін аралығында дәрігерлік персоналдың 5%-ы, ал 350 000 теңге және 450 000 тенгеге дейін – 6%-ы жалақы алады, 450 000 тенгеден 550 000 теңге дейін – 15%-ы алады және дәрігерлердің ең көп бөлігі (74%) 550 000 теңгеден аса мөлшерінде жалақы алады. Жалпылама алғанда дәрігерлердің орташа жалақысы 513 500 теңгені құрады. Деректер №9 кестеде көрсетілген. Қаратөбе аудандық ауруханасының дәрігерлерінің жалақысының тез өсуі облыстық және республикалық көрсеткіштермен салыстырғанда айтарлықтай өсуді көрсетеді. 2023 жылғы 4 тоқсандағы деректерге сәйкес өңірдегі орташа жалақы 337 мың теңгені құрады, ал бүкіл республика бойынша – 393 605 теңге. Тиісінше, Қаратөбе аудандық ауруханасының дәрігерлік персоналының жалақысы облыстық (52%-ға) және республикалық көрсеткіштерден (31%-ға) едәуір жоғары. Денсаулық сақтау саласындағы жалақының республикалық көрсеткішімен салыстырғанда (310 959 теңге) айырмашылық одан да жоғары – 65%-ға.

## Кесте 11 - Дәрігерлердің жалақысының көрсеткіші

№	Жалақы деңгейі (мың тг)	Қызметкерлердің көлемі
1	2	3
1.	250 000-нан 350 000-ға дейін	5%
2.	350 000-нан 450 000-ға дейін	6%
3.	350 000-нан 550 000-ға дейін	15%
4.	550 000 және одан жоғары	74 %
Ескерту: 2023жылғы есептік деректер		

Орта медицина қызметкерлерінің жалақысы дәрігерлерге қарағанда айтарлықтай аз - орташа есеппен 1,9 есе. Қызметкерлердің көпшілігі (40%) 250 000-нан 350 000 теңгеге дейін жалақы алады, ал қызметкерлердің 39% - ы 100 000-нан 250 000 теңгеге дейін, ал 21% - ы 350 000 теңгеден жоғары жалақы алады. Деректер №10 кестеде көрсетілген. Осылайша, Қаратөбе аудандық ауруханасының орта медицина қызметкерлерінің орташа жалақысы шамамен 260 000 теңгені құрайды. Облыстық көрсеткішпен салыстырғанда (2023 жылдың 4 тоқсанында - 337 мың теңге), ол 27%-ға аз. Республикалық деңгеймен салыстырғанда (2023 жылғы 4 тоқсанда - 393 605 теңге) айырмашылық 51% құрайды, бұл жалақыдағы айтарлықтай айырмашылықты көрсетеді.

## Кесте 12 - Орта медицина қызметкерлері жалақысының көрсеткіші

№	Жалақы деңгейі (мың тг)	Қызметкерлердің көлемі
1	2	3
Кесте 12 жалғасы		
1.	100000-нан 250000-ға дейін	39%
2.	250 000-нан 350 000-ға дейін	40%
3.	350 000 теңгеден және одан жоғары	21%
Ескерту: 2023жылғы есептік деректер		

Медициналық сала білікті медициналық көмек көрсету мақсатында үнемі жетілдіруді және білімді жаңартуды талап етеді. Әлемдік тәжірибеде Денсаулық сақтау саласындағы персоналды оқыту шығындары ұйымның жалпы бюджетінің 3% - дан 5% - на дейін өзгереді [138]. Осылайша, аурухананың медициналық персоналды оқытуға 2022 жылы жалпы бюджеттің 1% - дан азы (1 756 786 теңге - 0,2%) жұмсалды (812 426 000 теңге): оның ішінде дәрігерлерді оқытуға-929 263 теңге, орта медицина қызметкерлерді оқытуға-827 523 теңге. 2023 жылы жалпы бюджеттің 1% – дан азы (1 415 000 теңге - 0,1%) жұмсалды (1 042 373 000 теңге): оның ішінде дәрігерлерді оқытуға-820 000 теңге, орта медицина қызметкерлерді оқытуға-595 000 теңге. Дәрігерлік персоналды оқытуға жұмсалатын қаражат орта медициналық персоналды оқытуға жұмсалатын шығындармен салыстырғанда орта есеппен 22% - ға көп жұмсалады. Қызметкерлерді

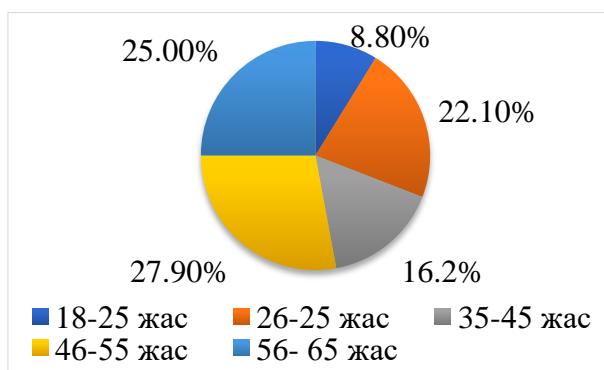
оқытуға жұмсалатын шығындар зерттелетін кезеңдегі кему перспективасымен барынша азайтылғанын көруге болады.

2023 жылы базалық жалақының 50% мөлшерінде бір реттік сыйлықақы түрінде өткен сыйлықақыға қатысты оқиға орын алған.

Ұйым жаңа қызметкерлерге жергілікті атқарушы органдар есебінен көтерме жардемақы және тұрғын үймен қамтамасыз ету арқылы қолдау көрсетеді. Осылайша, 2023 жылдың ішінде ауруханаға 3 жас дәрігер жұмысқа қабылданды, 2 дәрігер көтерме жәрдемақы алып, тұрғын үймен қамтамасыз етілді.

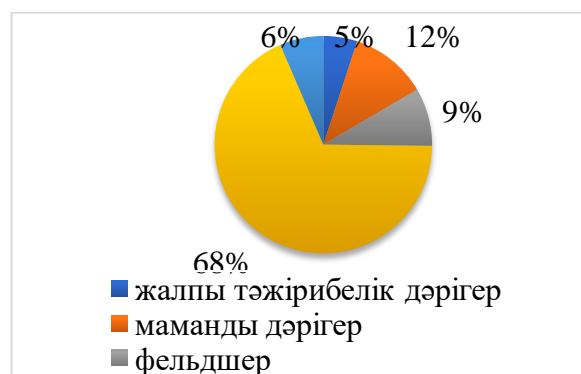
## 2.5 ШЖҚ «Қаратөбе аудандық ауруханасы» МКК кадрлық саясатты оңтайландыру бойынша медициналық қызметкерлерге жүргізілген сауалнама қорытындысы

Зерттеудің үшінші кезеңінде әлеуметтік зерттеу әдісімен ШЖҚ «Қаратөбе аудандық ауруханасы» МКК медициналық қызметкерлері арасында ерікті анонимді сауалнамасы арқылы жүргізілді. Сауалнама Google forms құралына салынып, респонденттерге мобильді байланыс арқылы таратылды. Google Forms - бұл әртүрлі сауалнама түрлерін құруға және оларды электрондық сілтеме ретінде жіберуге мүмкіндік беретін қосымша. Респонденттер сілтемеге өтіп, сауалнаманы толтырды. Сауалнамаға 139 респондент қатысты. Респонденттердің жас ерекшеліктері келесіні құрады: 18-25 жастағылар- 9%, 26-35 жас – 21.67%, 36-45 жас – 15%, 46-55 жас - 25%, ең көп үлесін 56-65 жас аралығындағы респонденттер құрады - 28.33%. Респонденттердің орташа жасы шамамен 39 жасты құрайды, бұл іріктеудің жалпы жетілген жас құрамын көрсетеді. Респонденттердің жас ерекшеліктері №16 суретте көрсетілген. Сауалнамаға қатысқан 139 респонденттің, 23 (100%) дәрігерлер, 116 (98%) орта медициналық қызметкерлер (Сурет 17).



**Сурет 17- Респонденттердің жас ерекшеліктері**

Ескерту: сауалнама қорытындысынан



**Сурет 18- Респонденттердің лауазымы**

Ескерту: сауалнама қорытындысынан

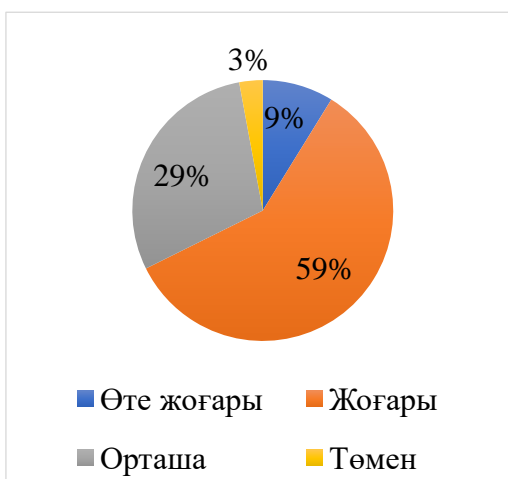
Қызметкерлердің еңбек өтілін зерттеу келе келесі көрсеткіштер анықталды: орташа қызмет өтілі (медиана) – 16 жыл, орташа еңбек өтілі – 20 жыл, ең жиі кездесетін еңбек өтілі (мода) - 28 жыл. Еңбек өтілі респонденттердің көпшілігінің айтарлықтай жұмыс тәжірибесі бар екенін көрсетеді, бұл ұйымның тиімділігі мен тұрақтылығына әсер етуі айқын, орташа еңбек өтілі 20 жылдан асты. Деректер №11 кестеде көрсетілген.

### Кесте 13 – Респонденттердің еңбек өтілі

№	Еңбек өтілі статистикасы	Мерзімі
1	2	3
1	Медианды еңбек өтілі	16 жыл
2	Орташа еңбек өтілі	20.76 жыл
3	Еңбек өтілінің модасы	28 жыл
Ескерту: сауалнама қорытындысынан		

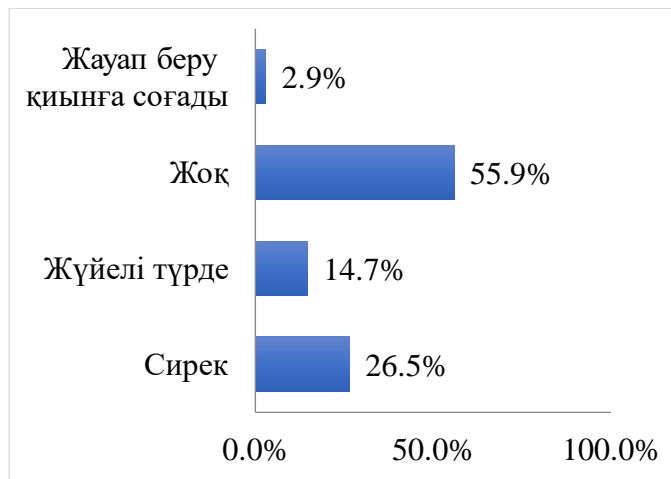
Аудандық ауруханадағы кадр саясатының тиімділігін бағалауға қатысты сауалнамалық сұраққа берілген жауаптар бойынша, респонденттердің 9%-ы кадр саясатының өте жоғары тиімділігін көрсеткен. Респонденттердің көпшілігі, атап айтқанда, 59% бұл аспектіге жоғары баға берді. Кадрлық саясаттың орташа тиімділігін сауалнамаға қатысушылардың 29,4%-ы атап өтті. Респонденттердің шағын бөлігі- 3%-ы оны «төмен» деп бағалады. Сауалнамаға қатысушылардың ешқайсысы «өте әлсіз» деген баға берген жоқ. Деректер № 18 суретте көрсетілген.

Еңбек міндеттеріне кірмейтін жұмыстарды орындау бойынша респонденттердің төрттен бір бөлігі (26,5%) мұндай қосымша тапсырмаларды сирек орындайтынын айтты. Қызметкерлердің 14,7%-ы жүйелі түрде қосымша жұмыстарды орындайды, бұл тұрақты қосымша міндеттердің болуын көрсетеді. Респонденттердің басым бөлігі (55,9%) қызметтік міндеттерінің шегінен тыс жұмыс жасамайтынын айтты. Респонденттердің аз ғана бөлігі (2,9%) бұл сұраққа жауап беру қиынға соқты, бұл сұрақтың түсініксіздігіне немесе мұндай жағдайларды білмеуіне байланысты болуы мүмкін. Деректер № 19 суретте көрсетілген.



**Сурет 19- Кадр саясатының тиімділігін бағалау**

Ескерту: сауалнама қорытындысынан



**Сурет 20- Лауазымдық нұсқаулықтардан тыс міндеттерді орындау**

Ескерту: сауалнама қорытындысынан

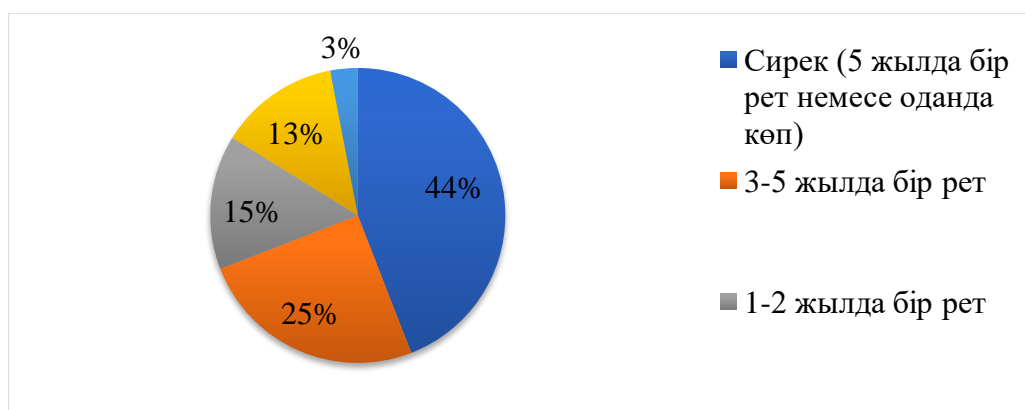
Қызметкерлерге теріс әсер ететін өндірістік факторлар туралы сұраққа респонденттер келесіні атап өтті: физикалық жүктемелер (шамадан тыс жұмыс) респонденттердің 23,5%-на айтарлықтай әсер етеді, бұл осы аспектінің жұмыс барысындағы маңыздылығын көрсетеді. Эмоционалды жүктемелер де жоғары үлеске ие- 23,5%, бұл еңбек процесін ұйымдастыруда қызметкерлердің эмоционалды жағдайын ескерудің маңыздылығын көрсетеді. Ұжымдағы қарым-қатынастарды респонденттердің 22,1% теріс деп бағалады, бұл жайлы жұмыс ортасын қамтамасыз ету үшін команданың динамикасын жақсартудың маңыздылығын атап көрсетеді. Жұмыстағы мәжбүрлі кідірістер респонденттердің 10,3% -на теріс әсер етеді. Респонденттердің 27,9%-ы штаттан тыс жұмыс бойынша функционалды міндеттерді орындау оларға кері әсер ететін фактор ретінде көрсетілді, бұл жауапкершілікті ұтымды бөлудің және жұмыс процесін тиімдірек басқарудың маңыздылығын көрсетеді (20 сурет).



**Сурет 21- Кері әсері бар өндірістік факторлар**

Ескерту: сауалнама қорытындысынан

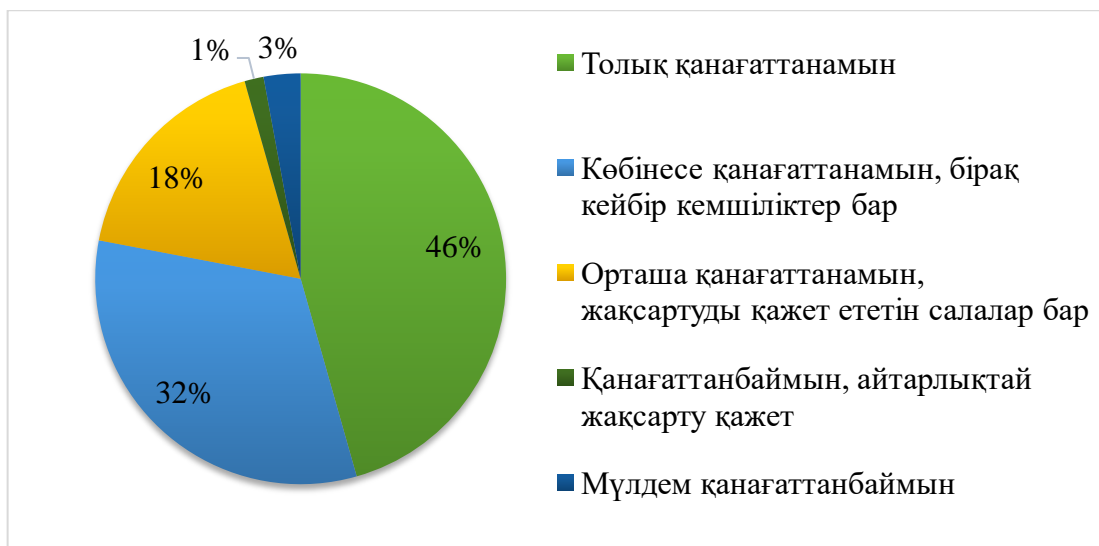
Қатысушылар кәсіби даму шараларына қаншалықты жиі қатысатыны туралы келесідей жауап берді. Респонденттердің жартысына жуығы (44%) оқу іс-шараларына сирек қатысатынын атап өтті, бұл жұмыс берушінің ынталандыру саясатының төмендігін немесе мүмкіндіктерге қол жетімділіктің шектеулі екендігін көрсетуі мүмкін. Дегенмен, сауалнамаға қатысқандардың төрттен бірінен астамы (25%) 3-5 жылда бір рет оқуға қатысатынын белгіледі, бұл өзін-өзі дамытуға және кәсіби өсуге қызығушылықтың бар екендігін көрсетеді. Жыл сайын немесе кем дегенде екі жылда бір рет біліктілікті арттыру бойынша оқитын қызметкерлердің үлесі 15% құрады, бұл жоғары мотивация мен кәсіби жетілдіруге деген ұмтылысты көрсетеді. Респонденттердің 13%-ы білім жетілдіру шараларына жыл сайын қатысатындағын көрсетті. Сауалнамаға қатысқандардың ең азы (3%) жылына бір реттен артық оқу іс-шараларына белсенді қатысатынын атап өтті. Білімі үздіксіз артыратын қызметкерлер қатарының төмендігі кәсіби дағдылар мен білімді жаңартудағы шектеулі белсенділікті көрсетуі мүмкін (Сурет 21).



### Сурет 22- Қызметкерлердің білім жетілдіру жиілігі

Ескерту: сауалнама қорытындысынан

№22 суретте қызметкерлердің өздері көрсететін медициналық көмектің сапасы мен толықтығы туралы сауалнаманың нәтижелері көрсетілген. Қатысушылардың шамамен 46%-ы толық қанағаттанушылықтарын білдірді, 32%-ы жалпы қанағаттанған, алайда белгілі бір кемшіліктері бар екен, ал 18%-ы жақсартулар талап етілетін сала бар екенін және орта деңгейде қанағаттанушылықтарын білдірді. Респонденттердің 1%-ы қанағаттанбаушылықтарын білдіріп, айтарлықтай жақсарту қажеттілігін атап өтті, ал 3%-ы мүлдем қанағаттанбаушылықтарын білдірді. Дәрігерлер мен мейірбике қызметкерлерінің қанағаттануын салыстыра отырып, екі сегменттің де жақсартулар қажеттілігін көрсеткені атап өтілді, бірақ медбикелер арасында мұндай респонденттер көбірек (30%-ға). Сонымен қатар, мүлде қанағаттанбағандар саны медбикелер қатарынан болды.



**Сурет 23-Қызметкерлердің медициналық көмек сапасына қанағаттануы**

Ескерту: сауалнама қорытындысынан

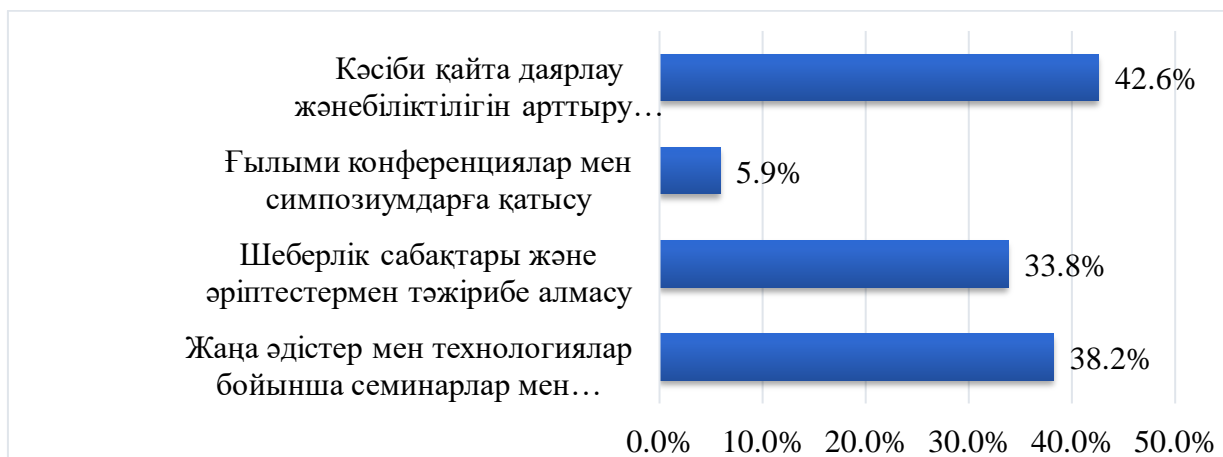
Медициналық көмектің сапасын арттыру мақсатында кадр саясатындағы өзгерістерге қатысты сауалнамаға қатысушылардың көпшілігі жаңарту қажет деген пікір білдірді. Респонденттердің басым бөлігі (45,6%) қызметкерлерді оқыту және даму жүйесін жетілдіру қажеттілігін қолдайды. 16,2%-ы қызметкерлердің ынтыасын арттыру бағдарламасын жүзеге асыруды қолдады. Шамамен 32,4%-ы еңбек жағдайын жақсартуға және жабдықтарды жаңартуға қолдау білдірді. Респонденттердің тағы 19,1%-ы қызметкерлерді қолдау жүйесін енгізуді қолдайды. Ал респонденттердің тек 1,5%-ы қалыптасқан кадрлық саясатты толығымен қанағаттанарлық деп санайды. Деректер № 23 суретте көрсетілген.



**Сурет 24- Кадр саясатындағы қолайлы өзгерістер**

Ескерту: сауалнама қорытындысынан

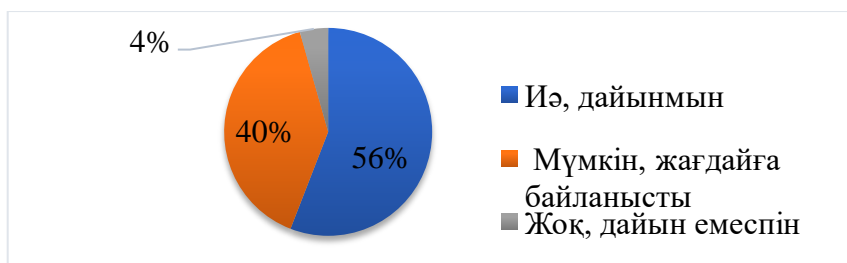
Сауалнама нәтижелері көрсеткендей, респонденттердің көпшілігі аурухана қызметкерлерінің кәсіби біліктілігін арттыру үшін жаңа әдістер мен технологиялар бойынша семинарлар мен тренингтер өткізу қажет деп санайды (38,2%). Сондай-ақ шеберлік сабақтары мен әріптестермен тәжірибе алмасу (33,8%), сондай-ақ кәсіби қайта даярлау және біліктілігін арттыру мүмкіндіктері (42,6%) маңызды. Ғылыми конференциялар мен симпозиумдарға қатысу негізсіз деп саналады (5,9%) (Сурет 24).



### Сурет 25- Кәсіби даму бағдарламасындағы персоналдың қалауы

Ескерту: сауалнама қорытындысынан

Сауалнамаға қатысқандардың басым бөлігі (56%) аурухана басшылығының мұндай мүмкіндікті берген жағдайда оқуын жалғастыруға және басқа мамандықты игеруге дайын екендіктерін білдірді. Респонденттердің айтарлықтай бөлігі (40%) олардың шешімі нақты жағдайға байланысты екенін атап өтті. Дегенмен, респонденттердің аз ғана бөлігі (4%) мұндай оқытуға дайын емес екенін айтты. Кәсіби күйзеліс салдарынан респонденттер одан әрі оқуға мүлдем дайын болмаған бірде-бір жағдай тіркелген жоқ (Сурет 25).



### Сурет 26- Білім жетілдіруге немесе мамандықты өзгертуге дайындық

Ескерту: сауалнама қорытындысынан

Сауалнама шеңберінде арнайы орта медициналық персоналға арналған сұрақтар жеке енгізілді. Нәтижелер барлық респонденттердің белгілі бір дәрежеде оқуға және біліктілігін арттыруға дайын екендігін көрсетеді: респонденттердің 73,6%-ы ұйым есебінен өз білімдерін жетілдіруге және жаңа дағдыларды игеруге дайын екендіктерін білдірді. Сауалнамаға қатысқандардың 26,4%-ы бұл мүмкіндікті қарастыруға болатынын айтты.

Сондай-ақ, сауалнамаға қатысқан орта медициналық қызметкерлердің 86,8%-ы пациенттерді өз бетінше қабылдау жүргізуге дайын екендігі туралы оң жауап берді, респонденттердің 9,4%-ы бұл мүмкіндікті қарастыра алатынын, бірақ уақыт пен қосымша дағдыларды қажет ететінін атап өтті. Респонденттердің 3,8%-ы медбикелерді өздері қабылдауға дайын емес деп жауап берді. Деректер 26 және 27 суретте көрсетілген.



**Сурет 27- Орта медперсоналдың оқуға дайындығы**

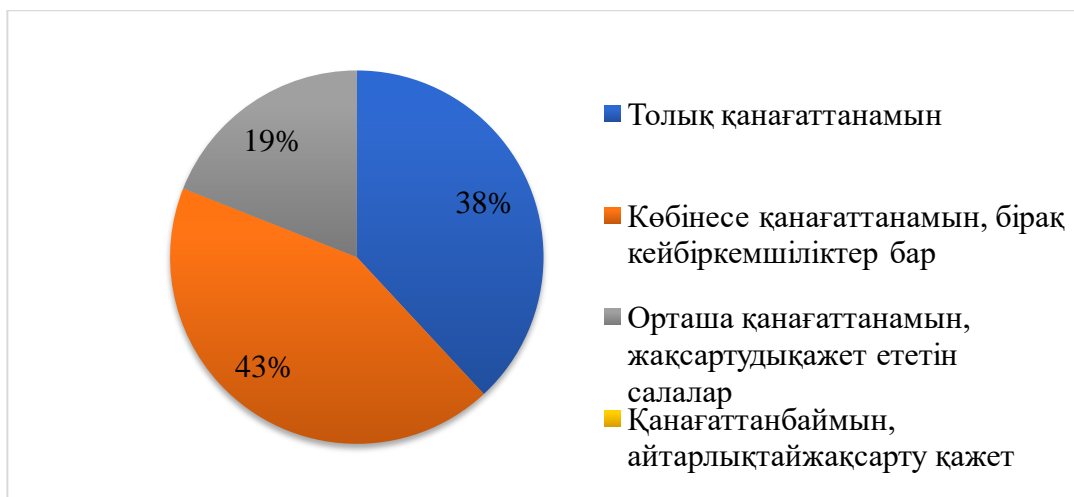
Ескерту: сауалнама қорытындысынан



**Сурет 28- Өз бетінше қабылдау жүргізуге дайындық**

Ескерту: сауалнама қорытындысынан

Барлық респонденттер, соның ішінде дәрігерлер мен фельдшерлер, жұмыс барысының оң және теріс жақтарын ескере отырып, жалпы жұмыс процесі мен жұмысты ұйымдастыруға қанағаттанатындығын атап өтті. Дегенмен, респонденттердің 38%-ы қанағаттанбау сезімін және айтарлықтай жақсартулар қажеттілігін білдірді. 43% кемшіліктер бар екенін мойындағанымен, жалпы қанағаттанғанын білдірді. 19% жақсартуға болатын бағыттарды көрсете отырып, орташа қанағаттану туралы хабарлады. Мүлдем қанағаттанбағандар болған жоқ. Деректер 28 суретте көрсетілген.



**Сурет 29- Жалпы қанағаттану**  
 Ескерту: сауалнама қорытындысынан

Сауалнама аясында респонденттер өз толықтырулары мен тілектерін білдірді. Көпшілігі кадр саясатын, сондай-ақ кадрларды даярлау және дамыту саясатын жаңғыртуды және тиімді өзгерістерді қолдайды. Қағаздармен байланысты жұмыс көлемінің жоғарылығы, сондай-ақ еңбек жағдайы мен жұмыс барысын жақсарту қажеттілігі туралы пікірлер де бар. Сондай-ақ, елдің басқа аймақтарынан уақытша келетін қызметкерлерді шақырмай, жергілікті жерден шыққан медицина қызметкерлерін белсенді түрде қолдау керектігі туралы пікір айтылды.

Сауалнама нәтижелері ұйымның кадрлық саясатына айтарлықтай қанағаттанушылықты көрсетеді (шамамен 78%) және аурухана қызметкерлері арасында олардың кәсіби өсуіне бағытталған оқу іс-шараларының жоғары қажеттілігін көрсетеді.

### **3 ШЖҚ «ҚАРАТӨБЕ АУДАНДЫҚ АУРУХАНАСЫ» МКК КАДР САЯСАТЫН ОҢТАЙЛАНДЫРУ**

#### **3.1 Кадр саясатын оңтайландыру шеңберіндегі тиімді ұйымдастырушылық өзгерістер**

Заманауи әлеуметтік психологияның негізін қалаушылардың бірі, неміс-американдық психолог және әлеуметтанушы Курт Левин басқару және ұйымдастырушылық психология саласында кең тарала бастаған өзгерістердің үш сатылы моделін жасады. Левин ұйымның қызметін жақсарту үшін өзгерістер біртіндеп үш кезеңнен өтуі керек деп ұсынды:

1. Жібіту кезеңі-бұл аурухана белгілі бір жобаны жүзеге асыру үшін шаралар қабылдайтын кезең. Кейбір жағдайларда тәуекелмен байланысты болса да, маңызды және ынталандырушы кезең болып саналады. Бұл денсаулық сақтау ұйымындағы қалыптасқан түсініктер мен жағымды жағдайларды өзгертуге бағытталған.

2. Жобаның одан әрі қозғалысы жоспарланғанды белсенді жүзеге асыруды көздейді. Бұл стратегияларды әзірлеуді, персоналдың құрылымы мен кадрлық құрамын бейімдеуді, сондай-ақ медициналық қызметтерді дамытуды және тұтынушылардың талаптарын ескере отырып, жаңа жабдықты ашуды қамтиды.

3. Соңғы кезең -мүздату, оның мақсаты қол жеткізілген табысты және жаңа тәжірибелерді нығайту болып табылады. Ол стратегияны жақсартуға және ауруханалардың күнделікті жұмысында жаңа тәсілдерді ынталандыруға бағытталған қызметкерлерді оқытуды қамтиды [139].

Медициналық және әкімшілік-басқару персоналының кадрлық әлеуетін арттыру медициналық ұйымның бәсекеге қабілеттілігі мен тұрақты экономикалық дамуының негізгі элементтерінің бірі болып табылады.

Қаратөбе аудандық ауруханасының барлық аспектілерін ескере отырып, медициналық ұйымдағы адам ресурстарын стратегиялық басқару қағидаттары бірқатар негізгі бағыттарды қамту керек екенін атап өтуге болады:

- Кадр құрамына оның жеткіліктілігі мен сапасын бағалау мақсатында мерзімді талдау жүргізу. Бұл өзгеретін еңбек жағдайларын ескере отырып, біліктілік талаптары мен лауазымдық нұсқаулықтарды бейімдеуді, соның ішінде жаңа технологиялар мен стандарттарды енгізуді, сондай-ақ өзгеретін стандарттарға сәйкес персоналдың құзыреттерін кеңейтуді қамтиды.

- Қызметкерлердің біліктілігі, құзыреттілігі және нәтижелілігі деңгейіне негізделетін, сондай-ақ уәждеу тетіктерін және әлеуметтік қолдау шараларын кеңейтуді қамтитын сыйақы жүйесін жетілдіру арқылы еңбек өнімділігін арттыру. Сондай-ақ ұйымның стратегиялық мақсаттарымен интеграцияланған персоналды үздіксіз кәсіби дамыту жүйесін жетілдіруді жоспарлау.

- Білім беру орталықтарымен ынтымақтастық арқылы қызметкерлердің кәсіби дамуы мен біліктілігін арттыру бағдарламаларын іске асыру.

- Мейірбикелерді дамытуға, соның ішінде олардың өкілеттіктері мен құқықтарын кеңейтуге, клиникалық Дағдылар мен этикалық мінез-құлықты жақсартуға ерекше назар аудару ұсынылады. Бұл тармақ Батыс Қазақстан жоғары медициналық колледжінің базасында оқыту, жауапкершілігі мен тартылуын арттыру арқылы іске асырылатын болады.

Жоспарларда білікті мамандарды сақтау үшін неғұрлым тиімді және түсінікті сыйақы жүйесін дамыту есебінен ынталандыру тетіктерін жақсарту көзделеді. Қызметкерлердің қолайлы және қауіпсіз еңбек жағдайларын қамтамасыз ету жөніндегі шараларды одан әрі жетілдіру қажет. Іске асыру шаралары келесі қадамдарды қамтиды:

- Кадр ресурстарына қажеттілікті жоспарлауды жақсарту.
- Қоғамның стратегиялық бағыттарымен келісілген персоналдың үздіксіз кәсіптік білім беру жүйесін дамытуды жалғастыру.
- Корпоративтік мәдениетті қалыптастыру және дамыту тетіктерін енгізу.

- Қызметкерлер үшін қауіпсіздік пен қолайлы еңбек жағдайларын қамтамасыз ету жөніндегі шараларды жетілдіру.

- Негізгі тиімділік көрсеткіштері (KPI) негізінде еңбекақы төлеу жүйесін енгізу. Бұл механизм медицина қызметкерлерінің мотивациясын арттыруға және олардың жұмыс сапасын жақсартуға ықпал етеді. Мұндай жүйе нақты мақсаттар мен үміттерді орнатуға, содан кейін объективті көрсеткіштер негізінде осы мақсаттарға жетуді бағалауға мүмкіндік береді. Бұл тәсіл қызметкерлерді тиімдірек және тиімді жұмыс істеуге ынталандырады, сонымен қатар одан әрі жақсарту мен дамытуды қажет ететін салаларды анықтауға көмектеседі.

Қаратөбе АА-да KPI (Key Performance Indicators) жүйесін енгізу келесі артықшылықтарды көздейді

1. Табыс пен тиімділіктің негізгі көрсеткіштерін анықтау: KPI жүйесі медициналық ұйымның нәтижелерін нақты өлшеу және бағалау құралы болып табылады. Стратегияны іске асырудағы мақсаттар мен прогресті бағалауға мүмкіндік береді.

2. Процестерді анықтау және жақсарту: KPI қолдану медициналық ұйымның процестеріндегі әлсіз жақтарды анықтауға және жақсартуға көмектеседі. Өлшемдер мен мәліметтер негізінде медициналық көмектің сапасын жақсарту үшін назар аударуды және өзгертуді қажет ететін аймақтарды анықтауға болады.

3. Ресурстарды тиімді басқару: KPI жүйесін қолдану медициналық ұйымның ресурстарын, соның ішінде персоналды, жабдықты және қаржыны тиімді бөлуге мүмкіндік береді. Өнімділік пен тиімділікті талдау ресурстарды пайдалануды оңтайландыруға және жақсы нәтижелерге қол жеткізуге көмектеседі.

4. Мотивацияны ынталандыру және персоналды дамыту: KPI жүйесін медициналық ұйым қызметкерлерін ынталандыру және дамыту құралы ретінде пайдалануға болады. Нақты және өлшенетін мақсаттар қою, кері

байланыс орнату және КРІ-ге қол жеткізу үшін сыйақы беру арқылы қызметкерлерді өнімділікті жақсартуға және олардың дағдыларын дамытуға ынталандыруға болады.

Медициналық ұйымда КРІ (Key Performance Indicators) жүйесін енгізу процесін ұйымдастыру алгоритмі мынадай қадамдарды қамтиды:

1. Стратегиялық мақсаттарды анықтау: медициналық ұйымның стратегиялық мақсаттары мен басымдықтарын анықтаудан бастау. Бұл медициналық көмектің сапасын жақсарту, пациенттердің қанағаттануын арттыру, ресурстарды пайдалануды оңтайландыру және т. б. сияқты мақсаттар болуы мүмкін.

2. Негізгі көрсеткіштерді таңдау: стратегиялық мақсаттарыңызға жетуді көрсететін ең маңызды көрсеткіштерді анықтау. Бұл, мысалы, пациенттерге қызмет көрсету деңгейі, ресурстарды пайдалану тиімділігі, қызметкерлердің қанағаттану деңгейі және т. б. бойынша көрсеткіштер болуы мүмкін.

3. Мақсаттар мен стандарттарды орнату: әрбір таңдалған КРІ үшін нақты мақсаттар мен стандарттарды анықтау. Бұл мақсаттар өлшенетін, қол жеткізуге болатын, сәйкес және уақыт шектеулі болуы керек (SMART мақсаттары).

4. Мониторинг және есеп беру жүйесін әзірлеу: КРІ деректерін жинау және бақылау жүйесін жасау. Көрсеткіштерді үнемі бақылау және талдау үшін тиісті механизмдер бар екеніне көз жеткізу. Нәтижелерді ұсыну үшін стандартты есеп беру формаларын жасау.

5. Персоналды енгізу және оқыту: медициналық ұйымның персоналын КРІ жүйесі және деректерді жинау процесі бойынша оқыту. Жүйені сәтті енгізу үшін қажетті ресурстар мен қолдауды қамтамасыз ету.

6. Нәтижелерді бақылау және талдау: КРІ деректерін үнемі қадағалап, талдау. Алынған нәтижелерді процестерді жақсарту және стратегиялық мақсаттарға жету үшін шешім қабылдау үшін пайдалану.

7. Тұрақты жаңарту және жақсарту: таңдалған КРІ және олардың стандарттарын, сондай-ақ бақылау және есеп беру процестерін мезгіл-мезгіл қарап шығу. Ұйымның өзгертін қажеттіліктері мен мақсаттарына сәйкес жүйеге түзетулер енгізу.

Қаратөбе аудандық ауруханасы базасында КРІ жүйесін енгізу мысалы №12 кестеде көрсетілген.

#### Кесте 14 – Қаратөбе аудандық ауруханасында КРІ жүйесін енгізу

№	Кезең	Әрекет
1	2	3
1	Негізгі көрсеткіштер	<ul style="list-style-type: none"> <li>• бір апта ішінде қабылдауға тіркелген пациенттердің пайызы.</li> <li>• Қабылдауға жазылуды күтудің орташа уақыты.</li> </ul>

Кесте 14 жалғасы		
2	Мақсат	<ul style="list-style-type: none"> <li>• бір апта ішінде пациенттердің кемінде 90% - ы үшін қабылдауға жазылудың қолжетімділігін қамтамасыз ету.</li> <li>• Мақсаты: қабылдауға жазылуды күтудің орташа уақытын 24 сағатқа дейін қысқарту.</li> </ul>
3	Мониторинг және есеп беру жүйесі	<ul style="list-style-type: none"> <li>• жазу уақытын белгілеу мүмкіндігімен қабылдауға жазудың онлайн - жүйесін енгізу.</li> <li>• Тіркелген пациенттердің пайызын және орташа күту уақытын автоматты түрде талдайтын есеп жасау.</li> </ul>
4	Нәтижелерді бақылау және талдау	<ul style="list-style-type: none"> <li>• қабылдауға жазылу қолжетімділігі және күту уақыты бойынша деректердің күнделікті мониторингі.</li> <li>• Трендтерді және кездесуге жазылудағы ықтимал кідірістердің себептерін анықтау үшін деректерді талдау.</li> </ul>
5	Жақсарту бойынша шаралар қабылдау	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Қабылдаудың қолжетімділігін арттыру үшін дәрігерлердің жұмыс кестесін кеңейту.</li> <li>• Қол жетімді қабылдау слоттары туралы пациенттерге ескерту жүйесін енгізу.</li> <li>• Қызметкерлерді қабылдауға жазылуды тиімді ұйымдастыру бойынша оқыту.</li> </ul>
6	Тұрақты жаңарту және бейімделу	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациенттердің мониторингі мен кері байланысының нәтижелері негізінде жақсарту жөніндегі мақсаттар мен шараларды мерзімді жаңарту.</li> <li>• Аурухананың өзгертін қажеттіліктері мен жұмыс жағдайларына сәйкес қабылдау процесін бейімдеу.</li> </ul>
Ескерту: автормен әзірленген		

Ұсынылған мысал типтік мақсаттарды белгілеуге, өлшенетін көрсеткіштерді анықтауға және оларға жету үшін тиісті шараларды қабылдауға мүмкіндік беретін тиімділік көрсеткіштері жүйесінің жұмысын көрсетеді. Нәтижелерді үнемі бақылау және талдау прогресті бақылауға мүмкіндік береді және қызмет сапасын жақсарту мақсатында түзетулерді зерттеуге мүмкіндік береді.

Сапалы және білікті медициналық көмек көрсету деңгейіне қол жеткізу ауруларды диагностикалау мен емдеудің өзекті тиімді технологияларын толық енгізудің, пациентке бағдарланған медициналық көмек моделін жақсартудың, тек дәлелді медицина қағидаттарын ұстанудың, ықтимал медициналық қателіктердің уақтылы алдын алудың, барлық өндірістік

процестерді стандарттаудың арқасында мүмкін болады. Емдеудің сәтті нәтижелерінің өсуіне ықпал ету диагностика мен тексерудің заманауи әдістерін енгізу, сондай-ақ барлық профилактикалық және терапиялық шараларды дұрыс жүзеге асыру арқылы ауруларды диагностикалау және емдеу процестерін жақсартуға бағытталған шаралар мен әрекеттерді жүзеге асыру болады.

Пациентке бағытталған жобаларды енгізу тәжірибесі олардың пациенттерде емдеуге төмен міндеттемемен байланысты жағымсыз нәтижелердің алдын алуда сәтті жұмыс істейтінін көрсетеді. Пациенттердің қажеттіліктеріне бағытталған тәсілді енгізу емдеуді ұстану деңгейін 95% - ға дейін арттыруға мүмкіндік береді. Бұл ретте әлеуметтік жағдайы қолайсыз және емдеуге бейімділігі төмен пациенттерді емдеу нәтижелері ұқсас аурулары бар пациенттердің жалпы популяциясының нәтижелерімен салыстырылады. Емдеуге деген ұмтылысты жақсарту үшін әртүрлі әдістер қолданылады, соның ішінде бақыланатын емдеу жүйесін ұйымдастыру және пациенттерге психоәлеуметтік қолдау көрсету.

Қаратөбе АА-нда пациентке бағдарланған жобаларды іске асыру медициналық персонал арасында коммуникация, эмоционалдық интеллект және клиентке бағдарлану дағдыларын дамытуға бағытталған оқыту бағдарламаларынан басталуы тиіс, көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасын арттырудың тиімді стратегиясы болып табылады. Бұл бағдарламалар аурухананың кадрлық әлеуетін оңтайландыруға ықпал етеді:

1. Кәсіби дағдыларды дамыту: қызметкерлерді қарым-қатынас пен эмоцияларды басқарудың тиімді әдістеріне үйрету олардың кәсібилігі мен өзіне деген сенімділігін арттырады.

2. Пациенттердің өзара әрекеттесуін жақсарту: эмпатияның жоғарылауы және пациенттердің қажеттіліктерін түсіну қызметкерлер мен пациенттер арасында қолдау көрсететін және сенімді қарым-қатынас орнатуға көмектеседі.

3. Стресс пен күйзеліс деңгейін төмендету: эмоцияны басқару дағдыларын арттыру қызметкерлерге жоғары эмоционалды жүктемені тиімді басқаруға көмектеседі, осылайша кәсіби күйіп қалу қаупін азайтады.

4. Ішкі коммуникациялық процестерді нығайту: медициналық персонал мүшелері арасындағы жақсартылған өзара іс-қимыл ұйым ішіндегі тиімдірек үйлестіру мен коммуникацияға ықпал етеді.

5. Мотивация мен міндеттемені арттыру: қарым-қатынас дағдылары мен эмоционалды интеллектуалдылыққа үйрету қызметкерлер арасындағы қанағаттану мен мотивация деңгейін арттыра алады, бұл өз кезегінде көрсетілетін қызметтердің сапасын жақсартуға ықпал етеді.

6. Аурухананың беделі мен тартымдылығын жақсарту: қызмет көрсету сапасының жоғарылауы және пациенттермен қарым-қатынастың жақсаруы аурухананың беделін және медициналық көмек алу орны ретіндегі тартымдылығын арттырады.

7. Пациенттердің қауіпсіздігін жақсарту: медициналық қызметкерлер процедураларды, ұсыныстарды және емдеу жоспарларын нақты түсіндіре алатын болса, бұл пациенттерге нұсқауларды орындауға көмектеседі және асқыну қаупін азайтады.

8. Пациенттердің қанағаттанушылығын арттыру: пациенттер өздерін еститінін, түсінетінін және құрметтейтінін сезгенде, олар медициналық көмектің сапасына риза болады және дәрігерлерімен ынтымақтасуға бейім.

Аудандық аурухананың медициналық персоналын коммуникация және клиентке бағдарлау саласында оқыту шеңберінде қамтылуы мүмкін негізгі аспектілер №13-кестеде келтірілген.

### Кесте 15 – Қызметкерлерді оқытудың негізгі аспектілері

№	Аспектi	Сипаттамасы
1	2	3
1	Эмпатия	Пациенттердің сезімдері мен қажеттіліктерін түсінуге және жанашырлыққа үйретеді.
2	Тиімді қарым-қатынас	Ойларын анық және түсінікті жеткізе білуге, белсенді тыңдауға және сұрақтар қоюға үйретеді.
3	Дене тілі қарым-қатынасты жақсарту	Вербалды емес белгілерді қолдануға үйретіледі, мимика мен жұмыс ішіндегі ішаралар мен мимиканы қолдану.
4	Жанжалдарды басқару	Жанжалдарды шешу және қарым-қатынастағы шиеленісті азайтуға үйретіледі.
5	Позитивті көзқарас	Достық және құрметті атмосфераны сақтауға үйретіледі.
6	Стрессті басқару	Стрессті басқару және кәсіби күйіп қалудың алдын алу әдістерін үйретіледі.
7	Мәселелерді тиімді шешу	Ұтымды шешімдерді табуға үйретіледі.
8	Этикалық аспектілер	Медициналық этика және құпиялылық принциптерін оқыту.
9	Уақытты жоспарлау	Уақытты тиімді басқаруға үйретіледі.
10	Қызмет көрсету дағдыларын жетілдіру	Назар аудару және жеке қызмет көрсету арқылы пациенттер үшін оң тәжірибені қалай құруға болатынын үйрету.
11	Киім стилі мен сыртқы түрін таңдау	Көрінуге үйрету.
Ескерту: 140-142		

Пациенттерге бағытталған жүйені құру үшін МСАК жұмысындағы анықталған кемшіліктерге жедел әрекет ету үшін Telegram-да чат-бот енгізу ұсынылады. Ерекше қажеттіліктері бар балалардың ата-аналарына жан-жақты қолдау көрсету үшін мамандандырылған үйірме құру және орта медициналық персоналды супервайзер ретінде тағайындау ұсынылады. Бұл шаралар ата-аналарға психологиялық қолдау көрсетуге, балаларды емдеу және күту бойынша білім беру бағдарламаларын жүргізуге, сондай-ақ ата-аналарға медициналық процедураларды өз бетінше жүргізуге көмектеседі.

Денсаулық туралы ақпараттың қолжетімділігін арттыру үшін денсаулық мектептерін өткізуге арналған интернет-арнаны және қатысушыларға арналған чаттарды қамтитын онлайн-платформа құру ұсынылады. Сарапшылар осы платформада бейне сабақтар мен оқу сессияларын өткізеді. Бұл тәсіл пациенттерді, әсіресе шалғай аудандарда тұратындарды жақсырақ хабардар етуге көмектеседі және оларға қажетті білім мен денсаулық бойынша кеңестерге қол жеткізуге мүмкіндік береді.

Аумақтық емханадан ең алыс орналасқан шалғай учаскелерде дәрігерлерді қабылдауды ұйымдастыру үшін келесі қадамдарды орындауға болады:

1. Қажеттілікті бағалау: шалғай учаскелерде тұратын 18 жасқа дейінгі халықтың санын және дәрігерлердің ұсынылатын коэффициентін анықтау қажет, мысалы, бір жалпы практика дәрігеріне шаққанда аралас халықтың 1 700 адамынан, учаскелік педиатрға – 0-ден 6 жасқа дейінгі 500 бала, 0-ден 14 жасқа дейінгі 900 бала. дәрігерлердің қажетті санын есептеу осы мәліметтер негізінде жүзеге асырылады.

2. Ресурстық жоспарлау: емхананың қолда бар ресурстарын пайдалана отырып, қашықтағы учаскелерге тағайындауға болатын дәрігерлердің санын анықтау қажет. Басқа мамандардың қол жетімділігі мен қолдау қажеттілігін ескеру маңызды.

3. Мобильді клиникаларды құру: шалғай учаскелерде дәрігерлерді қабылдауды қамтамасыз ететін мобильді клиникаларды құру мүмкіндігі бар. Оларды қажетті медициналық жабдықтармен және дәрі-дәрмектермен жабдықтау керек.

4. Жұмыс кестесі: дәрігерлер үшін статикалық жұмыс ауысымын бекіту керек және демалыс күндері пациенттердің жүру бағытын анықтаңыз. Пациенттерге ыңғайлылық пен қол жетімділікті ескере отырып, қабылдау сағаттарының кестесін жасау керек.

5. Ресурстармен қамтамасыз ету: мобильді клиникалар үшін жабдықтар мен дәрі-дәрмектерді қамтамасыз ету қажет. Дәрігерлерде сапалы медициналық көмек көрсету үшін қажетті құралдардың болуы бірінші кезектегі мәселе болып табылады.

6. Байланыс және үйлестіру: дәрігерлер басқа мамандармен өзара әрекеттесуі және "осында және қазір" қағидаты бойынша қажетті ақпаратты алуы үшін электрондық медициналық жазбаға қол жеткізуді қамтамасыз ету

маңызды. Тұрақты мобильді кездесулерді орнату және процестің барлық қатысушылары арасында тиімді байланыс орнату.

7. Кері байланыс және сапаны бағалау: көрсетілетін қызметтердің қанағаттану деңгейі мен сапасын бағалау үшін пациенттерге тұрақты сауалнама жүргізу маңызды. Қашықтағы жерлерде дәрігерлерді қабылдау сапасын жақсарту үшін алынған кері байланысты пайдалану.

### **Кесте 16 - Қаратөбе аудандық ауруханасының шалғай учаскелерінде дәрігерлерді қабылдауды ұйымдастыру**

<b>№</b>	<b>Қадамы</b>	<b>Сипаттама</b>
<b>1.</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
2.	1.	Қажеттілікті бағалау
3.		- Шалғайдағы пациенттер саны: 2600
4.		- Дәрігерлердің ұсынылатын коэффициенті: 1:1700
5.		- Дәрігерлердің қажетті саны: 2
6.	2.	Ресурстарды жоспарлау
7.		- Емханадағы дәрігерлер саны: 2
8.		- Қашықтағы учаскелерге тағайындалған дәрігерлер: 3
9.	3.	Мобильді клиникалар құру
10.		- Мобильді клиникалар саны: 2
11.		- Жабдықтар мен дәрі-дәрмектер: толық жиынтық
12.	4.	Жұмыс кестесі
13.		- Педиатр дәрігерлерінің жұмыс ауысымы: 8 сағат
14.		- Жұмыс аптасы: 5 күн, оның ішінде көшпелі күндер: 2 күн
15.		- Қабылдау сағаттарының кестесі: 9: 00-18: 00
16.	5.	Ресурстармен қамтамасыз ету
17.		- Мобильді клиникаларға арналған жабдықтар мен дәрі-дәрмектер
18.	6.	Байланыс және үйлестіру
19.		- Электрондық медициналық жазбаға қол жеткізу
20.		- Тұрақты кездесулер мен өзара іс-қимыл
21.	7.	Кері байланыс және сапаны бағалау
22.		- Пациенттердің сауалнамасы
23.		- Пациенттердің сапасы мен қанағаттануын жақсарту
Ескерту: автормен әзірленген		

Күндізгі стационар және стационарды алмастыратын көмек шеңберінде пациенттерге көрсетілетін көмек - пациенттерді ЖТД тұрақты дәрігері немесе бейінді тар маман жүргізген кезде барынша тиімді болады деп күтілуде. ЖТД және бейінді мамандардың күнделікте қабылдаудағы жүктемелері оларға күндізгі стационар шеңберінде өз бейінді пациенттерін жүргізуге мүмкіндік береді. Бұл жаңғырту пациенттерді басқарудың

тиімділігін арттырып қана қоймай, күндізгі стационардың дәрігерлерін қайта даярлау арқылы қажетті бейінді (офтальмолог, ультрадыбыстық маман, эндокринолог және т.б.) мамандардың позицияларын құру үшін пайдалануға болатын 3,5 штаттық бірлікті (2,5-ВА, 1-аурухана) босатуға мүмкіндік береді.

### **3.2 Қаратөбе АА-нда мейірбикелік қабылдауды енгізу бойынша ұсыныстар мен әрекет алгоритмі**

Дәрігерлік кадрды оңтайландыру аясындағы мейірбикелік қабылдауды енгізу әлемдік тәжірибеде де, біздің елімізде де денсаулық сақтауды дамытудың маңызды бағыты болып табылады. Бұл тәсіл орта медицина қызметкерлернің рөлін кеңейтуді қамтиды, ішінара тәуелсіздікке құқық береді, жауапкершілік пен кәсіби хабардарлықты арттырады.

Әмбебап-прогрессивті патронаж (ӘПП) моделін және ауруларды басқару бағдарламасын (АББ) әзірлеу мен енгізу ұсынылатын медициналық көмектің сапасын арттыруға және пациенттерге күтім көрсету деңгейін арттыруға бағытталған заманауи медициналық тәжірибенің маңызды кезеңі болып табылады.

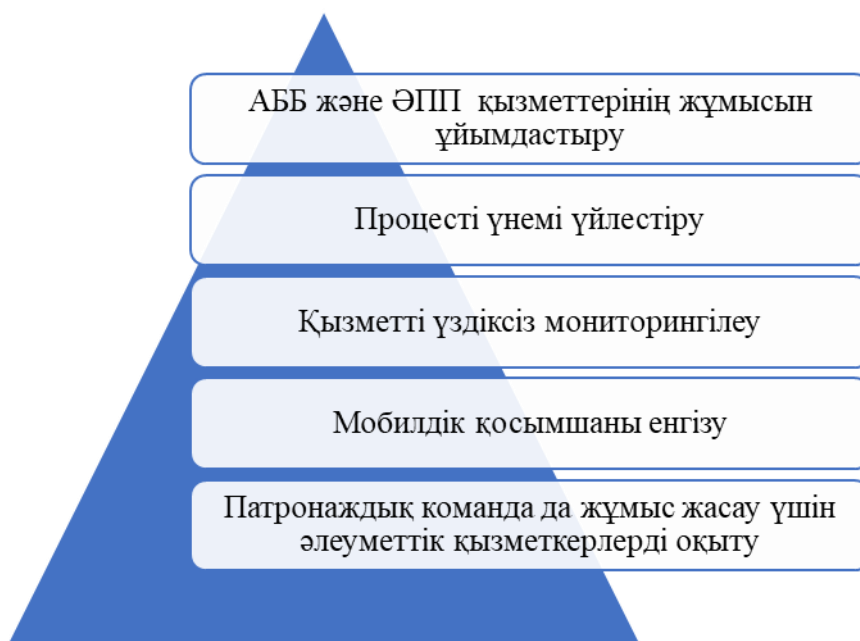
ӘПП моделін және АББ аясында алдыңғы қатарлы мейірбикелік тәжірибенің тиімділігі мен сапасын арттыру бойынша одан әрі стратегия мен іс-шаралар:

Әмбебап прогрессивті мейірбике моделі, сондай-ақ ауруларды басқару бағдарламасы шеңберінде озық тәжірибелі медбикелерді қабылдаудың тиімділігі мен сапасын одан әрі арттыру бойынша алға қойылған негізгі міндеттерге мыналар жатады:

- Ақпаратқа жылдам қол жеткізуді және деректерді электрондық дерекқорға енгізуді қамтамасыз ету мақсатында "визит карточкасы" мобильді қосымшасын енгізу;
- Алғашқы медициналық-санитарлық көмек саласындағы мониторинг және ішкі қадағалау жүйесін дамыту (әрбір амбулаториялық-емханалық пункт үшін супервайзерлер тобын оқыту) ;
- Отбасылардың жағдайын жақсарту және актуалды мәселелерін шешу үшін ресурстарды біріктіруге бағытталған ведомствоаралық комиссия құру. Бұл АПП-нің үйлестірушісі мен МСАК-тың әлеуметтік қызметкерін құралған балалар мен отбасы комиссияларының құрамына (мысалы, кәмелетке толмағандардың құқықтарын қорғау жөніндегі комиссия, отбасы және әйелдер істері жөніндегі комиссия, Адам саудасына қарсы күрес жөніндегі комиссия және т.б.) қосу жолымен іске асырылуы мүмкін;
- Бәсекеге қабілетті жалақыны қамтамасыз ету, отбасылармен жұмыс кезінде патронаждық қызметкерлердің қауіпсіздігін қамтамасыз ету, көлік шығындарын өтеу, нысанды киім беру;
- Басшылықтың бұйрығымен бекітілген үшінші босатылған мейірбикенің, босатылған аға қабылдаушы мейірбикенің функционалдық

міндеттеріне түзетулер, келушілерді ынталандыру және мәртебесін арттыру механизмдері;

- Әлеуметтік қызметкерлерді патронаждық топта жұмыс істеу дағдыларына тұрақты оқыту (тренингтер өткізу, кәсіби өсуді ынталандыру, функционалдық міндеттерді айқындау);
- Атқарушы билік (әкімдік) деңгейінде әртүрлі салалар арасындағы шараларды келісу;
- МСАК-тің әлеуметтік қызметкерін салааралық комиссияның құрамына ұсыну.



### Сурет 30- ӘПП және АББ қызметтерін ұйымдастыру моделі

Ескерту: автормен әзірленген

Қаратөбе аудандық ауруханасындағы жоғары білімі бар медбикелердің қабылдауын ұйымдастыру барысындағы келесі қадамдар жоспары:

1. Озық тәжірибедегі медбикелердің өкілеттіктерін, рөлдерін және функцияларын біріктіру: жоғары білімі бар медбикелер алғашқы медициналық-санитарлық көмек бөлімінде пациенттерді алғашқы қабылдауды жүзеге асырады. Олардың міндеттеріне анамнез жинау, өмірлік маңызы бар физиологиялық көрсеткіштерді өлшеу, қарапайым медициналық процедураларды орындау (мысалы, қан қысымын өлшеу), медициналық көмек көрсету және салауатты өмір салтын ұстану бойынша кеңес беру кіреді.

2. Медбикелерді үздіксіз оқыту және оқу процесіне толық ену: жоғары білімі бар медбикелер алғашқы консультацияларды өткізу үшін қажетті білім мен дағдыларды меңгеретін арнайы бағдарламаларды игереді.

Олар клиникалық бағалаудың негізгі дағдыларын алып, медициналық жабдықтар мен құралдарды қолдануға үйренеді және пациенттермен дұрыс қарым-қатынас жасау дағдыларын дамытады.

3. Стандарттар мен хаттамаларды әзірлеу: стандарттар мен хаттамаларды әзірлеу медбикелерді қабылдау процесін анықтауды, сондай-ақ осы процесті тиімді басқарудың нормалары мен критерийлерін белгілеуді қамтиды. Бұл стандарттар мен хаттамалар қабылдау қадамдарын, қажетті критерийлер мен тексерулердің тізімін және пациенттерді кеңес алу немесе емдеу үшін дәрігерге жіберу критерийлерін анықтайды.

4. Дәрігерлермен өзара жұмыстану: медбикелер бақылау жасап және кеңес беретін дәрігерлермен белсенді жұмыс істеуі қажет. Олар күрделі клиникалық жағдайларды бірге талқылап, емделушілерге ең жақсы күтімді қамтамасыз ету үшін емдеу жоспарлары мен нұсқауларын келісіп құрау қажет.

5. Нәтижелерді бақылау және бағалау: медбикелердің жұмысын бақылау және бағалау жүйесі тағайындаулардың сапасын, пациенттердің қанағаттану деңгейін және орындалған процедуралардың сәттілігін талдауды қамтиды. Нәтижелер жұмыс өнімділігін арттырып, қосымша оқытуларды немесе кәсіби дағдыларды жаңартуды қажет ететін салаларды анықтау үшін қолданылады.

**Кесте 17 – Қаратөбе аудандық ауруханасында жоғары білімді медбикелерінің қабылдауын ұйымдастыру**

№	Қадамы	Сипаттамасы
1	2	3
1.	Рөлі мен функциялары	- Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсетудегі пациенттерге алғашқы қабылдау өткізу - Анамнез жинап, өмірлік маңызы бар көрсеткіштерді өлшеу - Медициналық көмек көрсету және салауатты өмір салтын ұстану бойынша кеңес беру
2.	Білім беру және оқыту	- Клиникалық бағалаудың негізгі дағдыларын алып, медициналық жабдықтар мен құралдарды қолдануға үйрену және пациенттермен дұрыс қарым-қатынас жасау дағдыларын дамытады.
3.	Стандарттар мен хаттамалар	- Науқастармен дұрыс қарым-қатынас орналыстыру дағдыларын дамыту
4.	Бірлескен жұмыс	- Қабылдау процесін анықтайтын халықаралық стандарттарға негізделген жұмыс стандарттары мен хаттамаларын енгізу

Кесте 17 жалғасы		
		Дәрігерлермен тығыз жұмыстану, мысалы қиын жағдайларды талқылау, емдеу жоспарларын және ұсыныстарын бірлесе жасау
1.	Тәуелсіздікті ынталандыру	- Қажетті критерийлер мен көрсеткіштерді, сондай-ақ пациенттерді дәрігердің қабылдауына жіберу критерийлерін қоса алғанда, қабылдау кезеңдерін анықтау.
Ескерту: Автормен әзірлеген		

Зерттеу барысында жұмыс тиімділігіне ықпал тигізетін негізгі мәселелер және шектеулер анықталды, мысалы, білікті кадрлардың жетіспеушілігі, пациенттерді қабылдау жүргізудің тиімсіз ұйымдастырылуын және қажетті жабдықтармен жеткіліксіз жабдықтауын көрсетті. Осы мәселелердің нақты шешу жолдары ұсынылып, әреке барысы жанданды. Мысалы, қызметкердерді бөлу процесі оңтайландырылып, қолжетімді ресурстар тиімді пайдалануға және медициналық көмектің сапасын жақсартуға жол берді. Сынмен қоса, пациенттерді қабылдауды ұйымдастырудың заманауи технологиялары мен жүйелері енгізілді, бұл алғашқы медициналық-санитарлық көмек саласындағы жұмыстың тиімділігін арттыруға ықпал етеді. Зерттеу шеңберінде өткізілген іс-шара қабылдаудың қолжетімділігін арттыру арқылы медициналық көмек көрсету сапасын арттыру контекстінде де, аурухананың қолда бар кадрлық құрамын оңтайландыруға қатысты да оң нәтижелерді көрсетеді. Жалпы практика дәрігеріне жүктеменің азайуы шеңберінде рентабельділік пен қажеттілікті талдай отыра, жалпы практика дәрігерлерін бейін мамандыққа қосымша оқыту мүмкіндігі бар, мысалы, окулист-дәрігеріне, бұл аудан пациенттеріне медициналық көмектің қолжетімділігін арттыруға ықпал етеді.

## ҚОРЫТЫНДЫ

1. Кадр саясаты - бұл кадрлық әлеуетті қолдауға, нығайтуға және дамытуға, дер кезінде әрекет етуге қабілеті жоғары өнімді, ұйымшыл ұжымды құруға бағытталған мақсаттар мен міндеттерді әзірлеудің принциптері, әдістері, ұйымдастыру тетігі нысандарының жиынтығын қамтитын кадрлық жұмыстың жалпы бағыты. Қазіргі жағдайда кадр саясатына көңіл бөлу үрдісі байқалады, өйткені оның көмегімен персоналдың сандық және сапалық құрамын жаңарту және қолдау, оны ұйымның қажеттіліктеріне, заң талаптарына және еңбек нарығының жағдайына сәйкес дамыту процестері арасындағы оңтайлы теңгерім қамтамасыз етіледі. Адам ресурстарын дамыту стратегиялары денсаулық сақтау жүйесін дамытудың маңызды құрамдас бөлігі болып табылады. Бүкіл әлемде денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігі мен медициналық қызметтердің сапасы қызметкерлердің құзыреттілігі, дағдылары мен мотивациясының деңгейімен анықталатын қызметіне тікелей байланысты.

Халыққа медициналық көмектің сапасын қамтамасыз етуде адам ресурстары маңызды рөл атқарады. Оның негізгі құрамдары ретінде: 1. Кәсібилік пен тәжірибе: Медициналық көмектің сапасы медицина қызметкерлерінің кәсібилігі мен тәжірибесіне тікелей байланысты. Оқытылған және тәжірибелі дәрігерлер, медбикелер және басқа мамандар ауруларды дәл диагностикалауға, тиімді емдеуді қамтамасыз етуге және пациенттердің жақсаруына көмектесу үшін қажетті көмек көрсете алады. 2. Үздіксіз оқу және даму: Медицина саласы үнемі дамып, өзгеріп отырады, жаңа емдеу әдістерін, технологияларын және тәжірибе стандарттарын енгізеді. Белсенді түрде үйренетін және дамып жатқан жұмыс күші тиімдірек және қауіпсіз емдеуді қамтамасыз ете отырып, жаңа талаптар мен инновацияларға тез бейімделе алады. 3. Эмпатия және пациентке бағдарлану: Медициналық көмектің сапасы медицина қызметкерлерінің пациенттерге деген көзқарасына да байланысты. Эмпатия, толеранттылық және пациенттің қажеттіліктері мен қадір-қасиетіне көңіл бөлу қолдаушы және сенімді атмосфераны құруға көмектеседі, бұл өз кезегінде емдеудің тиімдірек болуына және сауығуына ықпал етеді. 4. Артық жүктемемен және күйзеліспен күрес: Денсаулық сақтау қызметкерлері жұмысының сипатына байланысты жиі жұмыс жүктемесі мен күйзеліске ұшырайды. Білікті персоналдың жеткілікті санының болуы медициналық көмектің сапасына оң әсер ететін шамадан тыс жүктеме мен шаршаумен байланысты қателер қаупін азайтуға көмектеседі. 5. Топтық жұмыс: Медицина саласы көбінесе әртүрлі мамандықтағы дәрігерлер, медбикелер, лаборанттар және т.б. сияқты әртүрлі мамандардың тығыз өзара әрекеттесуін қажет етеді. Топ болып жұмыс істей алатын, күш-жігерді тиімді үйлестіре алатын және ақпаратпен бөлісе алатын жұмыс күші медициналық көмек көрсетуді жақсартуға ықпал етеді. Осы аспектілердің барлығы медициналық жұмыс күшіне инвестиция

салудың және оның үздіксіз дамуы мен жетілдірілуіне жағдай жасаудың маңыздылығын көрсетеді.

2. Соңғы үш жылдағы мәліметтерді саралайтын болсақ, ауданның демографиялық көрсеткіші бойынша туу көрсеткіші соңғы үш жылды салыстырғанда 1000 адамға шаққанда 4,1-ге төмендеген. Ал өлім көрсеткіші 2022 жылы 1000 адамға шаққанда 7,0 көрсетіп, үш жылдың ішінде жоғарғы көрсеткішті көрсетіп отыр. Табиғи өсім көрсеткішінің төмендеу тенденциясын көруге болады. Өлім себептері құрылымы бойынша, жүрек-қантамыр жүйесі аурулары өлімнің басты себебі болып қала береді. Екінші орында қатерлі ісік, тыныс алу жолдары аурулары және үшінші орында жарақаттардан, уланудан және жазатайым оқиғалардан болатын өлім қалып отыр.

Емханалық-амбулаторлық көмек көрсету бойынша: Бір тұрғынға жылына орташа келу санының көрсеткіші 2022 жылы төмендегеннен кейін 2023 жылы өсті. Амбулаторлық емге жүгіну 2021 жылы максималды мәнге ие болды. Мамандық бойынша келу үлесі бойынша соңғы үш жылда жалпы тәжірибелік дәрігер ең сұранысқа ие мамандық болып қала береді. Одан кейінгі науқастардың көп жүгінетін дәрігерлері: офтальмолог, отоларинголог, хирург, педиатр. Науқастарды қабылдау бойынша күндізгі орташа жүктеме бойынша бір дәрігер күніне 5-8 науқасты құраған. Амбулаториялық жағдайда алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсететін медициналық ұйымдағы қабылдаудың орташа тәуліктік жүктемесінің көрсеткіші 2021 жылы шыңына жетіп, 2022 жылы төмендеген, бірақ 2023 жылы қайтадан өсті. Амбулаториялық жағдайда алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсететін медициналық ұйымдағы қабылдаудың орташа тәуліктік жүктемесі салыстырмалы түрде тұрақты болып қалады. Үй жағдайында медициналық қызмет көрсету деңгейі бойынша жүктеменің аз екендігі анықталды. Алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсететін медициналық ұйымдағы 1 дәрігерге шаққандағы бекітілген халық саны ҚР нормативі бойынша сәйкес келеді.

Стационарлық көмек көрсету бойынша: Халықты төсек-орынмен қамтамасыз ету көрсеткіші соңғы үш жылда 10 мың адамға шаққанда 28,3-тен 29,2-ге дейін құрайды, бұл төсек-орынмен қамтамасыз етудегі тұрақтылықты көрсетеді. Төсек жұмысының көрсеткіші 2021 және 2022 жылдары (125 күн, 126 күн) шамамен өзгеріссіз қалды, бірақ 2023 жылы (156 күн) айтарлықтай өсті, бұл стационарлық көмекті пайдаланудың артқанын көрсетеді. Науқастың төсекте жатуының орташа ұзақтығы үш жыл бойы ол шамамен 7 күнде тұрақты болды. Төсек айналымы зерттеу кезеңінде көрсеткіш 17,64-тен 22,3-ке дейін өсті, бұл төсек-орындарды тиімдірек пайдалануды көрсетеді. 2021 жылы өлімнің ең жоғары деңгейі (0,48%) болды, ол 2023 жылы 0,26%-ға төмендеді. Кереуеттің бос тұру уақыты 2021 және 2022 жылдардағы 13,2 және 13,5 күннен 2023 жылы 9,37 күнге дейін төмендеді, бұл төсек-орындарды толтыруды жақсырақ басқаруды көрсетуі мүмкін. Халықтың стационарлық көмекті тұтыну деңгейі 2021 жылғы 1000

науқасқа шаққанда 354,8 төсек-тәулігінен 2023 жылы 456,4 төсек күніне дейін өсті, бұл халықтың медициналық көмекке деген қажеттілігінің немесе оған неғұрлым белсенді сұраныстың артқанын көрсетеді.

Зерттелетін кезеңде қызмет көрсетілетін халық санының төмендеуі аясында қосалқы мердігерлік ұйымдарда орындалатын қызметтер санының өсу серпіні байқалады: жыл сайын 21 млн. теңгеге ұлғаяды және 2023 жылы 114 623 191,67 теңгені құрады (↑37%). Невропатолог (↑16%), эндокринолог (↑11%), гастроэнтеролог(↑66%), офтальмологиялық қызмет (процедуралар мен манипуляцияларды қоса) (↑87%), акушер-гинеколог (↑21%) сияқты тар мамандарға жолдаманың пайызы жоғары.

Ұсынылған деректерге сүйене отырып, қарастырылып отырған ауруханада соңғы үш жылда медициналық ресурстарды пайдалану тиімділігі артқан, ал халықтың стационарлық медициналық көмекке деген қажеттілігі артқан деп қорытынды жасауға болады.

Аурухананың кадрлық әлеуеті: Талданып отырған кезеңде аурухананың бос емес лауазымның жалпы санының 2021 жылғы 232,0 позициядан 2023 жылғы 221,0 позицияға дейін төмендеуі байқалды. 2022 жылы төмендеу 0,32%, ал 2023 жылы 4,43% болды. 2022 жылы медициналық персонал лауазымдарының жалпы санының төмендеуі дәрігерлердің 0,8%-ға және басқа персоналдың 1,7%-ға қысқаруымен байланысты болды. Орта буынды және кіші медициналық персоналының лауазымдарының саны өзгеріссіз қалды. 2023 жылы лауазымдар санының 4,43%-ға азаюы, орта буынды қызметкерлердің 6,3% және кіші буынды қызметкерлер санының 17,6%-дан астам азаюы байқалды. Дәрігерлердің штаттық бірліктер саны 4,03%-ға өсті, ал басқа персонал лауазымдық саны өзгеріс байқалмаған. Аурухананың медициналық персоналының құрылымында талданатын кезең ішінде ең үлкен үлес соңғы үш жылда орта буынды медициналық қызметкерлер құрайды, алайда олардың үлесінің төмендеу үрдісі байқалады. Сонымен бірге, басқа персоналдың үлесі сәл артып келеді. Дәрігерлердің, ал кіші буынды қызметкерлердің үлесі 2023 жылы азайғаны байқалады. Талданып отырған кезеңдегі аурухананы жалпы кадрлық қамтамасыз ету деңгейі 2023 жылы 99%-дан астамды құрайды, ал штаттық деңгейде 2021 жылғы 90,5%-дан 2022 жылғы 98%-ға дейін өсу үрдісі байқалады.

Дәрігерлермен қамтамасыз ету 2021 жылы 89%-ды құраса, 2023 жылы 91,4%-ға артқан. 2021-2023жж аралығында орта буынды қызметкерлердің, кіші буынды қызметкерлер және басқа персоналдың штат бойынша орын саны азайғанымен кадрлық қамтамасыз ету деңгейі 100% құрады.

Жалпы аурухана бойынша 2021 -2023 жылдары аралығында толық емес жұмыс уақыты коэффициенті 1,2 құрады, бұл орташа алғанда әрбір қызметкер 1,2 есе ставкамен жұмыс істейді дегенді білдіреді.

Толық емес жұмыс күнін қызметкерлер санаттары бойынша талдай отырып, ең жоғары коэффициент мәндері дәрігерлер санатында байқалатынын атап өтуге болады.

2023 жылы өткен жылмен салыстырғанда кадрлардың ауысу коэффициентінің салыстырмалы өсуі байқалады. Жалпы ауысу коэффициенті 2022 жылғы 0.01875 деңгейімен салыстырғанда 0.02 (2,41% пайыз) дейін өсті. Дәрігерлік персоналдың ауысу коэффициентінің жоғары деңгейі ерекше байқалады, ол (5,81% - дан 2022 жыл) 19,05% - ға (2023 жыл) дейін өсті. Сонымен қатар, орта медициналық персоналдың айналым деңгейі шамамен бірдей деңгейде қалды - 2022 жыл -0.01 (айналым пайызы 1,3 %), 2023 жыл -0.02 (айналым пайызы 1,98 %). Бұл өзгерістер денсаулық сақтау мекемесінің тұрақтылығы мен тиімділігін қамтамасыз ету үшін кадрларды жоспарлау мен басқаруда қосымша назар аударуды қажет етуді және кадр саясаты мен персоналды басқарудағы үлкен динамикалық өзгерістердің қажеттілігін көрсетеді.

Медициналық қызметкерлерге жүргізілген сауалнама қорытындысы бойынша ұйымның кадрлық саясатына айтарлықтай қанағаттанушылықты көрсетеді (шамамен 78%) және аурухана қызметкерлері арасында олардың кәсіби өсуіне бағытталған оқу іс-шараларының жоғары қажеттілігін көрсетеді. Респонденттер 17%-ы дәрігерлер, ал қалған 83% - орта медициналық қызметкерлер құрады. Қызметкерлердің 41%-ы өздерінің кәсіби міндеттеріне кірмейтін функцияларды мезгіл-мезгіл орындайтынын атап өтті, бұл кадрлардың жетіспеушілігін тағы да көрсетеді. Сауалнамаға қатысқан дәрігерлердің 54%-ы көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасын жақсартуға ниет білдірді. Барлық респонденттер кәсіптік оқуға дайын екендіктерін және жаңғыртуға ашықтықтарын атап өтті. Респонденттердің 56% жаңа мамандандыруға дайын. Орта медициналық персоналдың 87%-ы пациенттерді өз бетінше қабылдауға дайын екендіктерін білдірді.

## ҰСЫНЫСТАР

*1. Дәрігерлердің жүктемесін азайту үшін орта буынды қызметкерлердің жұмысын кеңейту:*

Медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын арттыру мақсатында медициналық қызметтердің, соның ішінде орта медициналық персоналдың кадрлық құрамын мейіргерлік қабылдауды енгізу арқылы жаңғырту қажет. Бұл пациенттердің жүгіну себептерін сұрыптау арқылы жалпы практика дәрігерлерінің қабылдауын жеңілдетуге мүмкіндік береді. Диспансерлік пациенттердің жоспарлы қабылдауларын және басқа жаңа жоспарлы пациенттердің алғашқы қабылдауларын озық тәжірибедегі мейірбикелерге тапсыру есебінен жалпы тәжірибелік дәрігерлердің қабылдауына жүктеме шамамен 40%-ға қысқарады деп күтілуде.

*2. Стационаралмастырушы көмек көрсету бойынша медициналық қызметкерлерге төлем жүргізу жүйесін қалыптастыру.*

Әрбір дәрігердің (ЖТД және бейінді мамандардың) лауазымдық міндеттеріне күндізгі стационар және стационарды алмастыратын көмек шеңберінде пациенттерді жүргізуді қосу. Төлем тағайындалған пациенттер санына пропорционалды сызықтық жүйені қолдана отырып жүзеге асырылады. Босатылған штат бірліктері (3,5) қажетті бейін мамандардың позицияларын құру үшін қолданылады.

*3. Бейінді мамандардың жетіспеушілігі мәселесін шешу:*

Тиісінше, жергілікті жалпы тәжірибелік дәрігерлерді (медициналық жоғары оқу орындарының 2011жылға дейінгі түлектері) қосымша бейінді мамандандыру бойынша, ауруханаға керекті дәрігерлер есебінен окулист, эндокринолог, ультрадыбыстық зерттеулер дәрігерлері ретінде оқытудың негіздемесі мен мүмкіндігі бар. Ауруды басқару бағдарламасы және ӘПП-ның жұмыс процессін қадағалайтын, соның ішінде индикаторларды бақылайтын, процесті басқаратын, учаскелік медбикелерді оқытатын, жақсарту үшін сәттерді анықтайтын жоғары білімді мейірбикелер қатарынан супервайзер лауазымын енгізу.

*4. Мейірбикелік қабылдаудың тарифтік стандарттағы қызмет құнын арттыру:*

ҚР Денсаулық сақтау саласында орта медицина қызметкерлерінің ісін жетілдіру мақсатында, олардың әлеуетін арттыру қажет. Өйткені қазіргі уақытта елімізде тәуелсіз медбике қабылдауы заң жүзінде енгізілді, бірақ «Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде ұсынылатын медициналық қызметтерге тарифтерді бекіту туралы» ҚР ДСМ № 170/2020 бұйрығында көрсетілген медбике қабылдауының қызмет құны медбике әлеуетін арттыруға және қызметкерлерді жұмысқа ынталандыруға жеткіліксіз деуге негіз бар. бұйрыққа сүйенік медбике қабылдау құны дәрігер қабылдау құнынан 4 есеге арзан Белгіленген стандарттарға сәйкес келетін жоғары сапалы медициналық көмекті қамтамасыз ету үшін тиісті жалақы

деңгейлерін белгілеу, сондай-ақ мейірбикелердің жалақысын арттыру бойынша жұмыстану қажет. (Кесте №17)

### Кесте 18- Қызмет құны

№	Қызмет коды	Қызмет атауы	Қызмет құны
3	A01.003.000	Қабылдау: Отбасылық дәрігер (Жалпы практика дәрігері)	2 753,87
7	A01.008.000	Қабылдау: Фельдшер	674,40
8	A01.009.000	Қабылдау: Жоғары білімі бар мейіргер	688,75
9	A01.010.000	Қабылдау: Орташа білімі бар мейіргер	525,12
<i>Ескерту: Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-170/2020 бұйрығы</i>			

#### 5. Ынталандыру жобасын қызметтер негізінде енгізу:

Медицина қызметкерлерін ынталандыру жүйесін арттыруға және олардың қызмет сапасын жақсартуға ықпал ететін механизм ретінде тиімділіктің негізгі көрсеткіштеріне (KPI) негізделген төлем жүйесін енгізу болып табылады. Бұл жүйе негізінде нақты мақсаттарды және үміттерді анықтай отыра, объективті көрсеткіштерді қолдану арқылы, қызметкерлердің жетістіктерін бағалауға болады. Осы тәсіл қызметкерлердің тиімділігін және жұмыс өнімділігін арттыруға ынталандырумен қоса, одан әрі жетілдіру мен дамытуды талап ететін салаларды анықтауға мүмкіндік береді. Тоқсан сайын қызметтердің қорытынды жұмыстарын бағалай отырып, қызметкерлердің науқастардың оң пікірлерін ескере отырып қаржылық ынталандыру жүйесін енгізу («Мейірімді дәрігер» жобасы).

#### 6. Медициналық қызметкерлердің білім деңгейін арттыру.

Медициналық қызмет көрсетудің заманауи стандарттарына сәйкестігі мақсатында медициналық персоналды уақытылы оқытуды қамтамасыз ету. Сондай-ақ персоналды кадрлық және корпоративтік этика қағидаттарына оқыту арқылы пациентке бағдарлану қағидатын дамыту және өзектендіру қажет. Оқу бағдарламасын аурухана қажеттіліктеріне бейімдеу және сапаны жақсарту үшін нәтижелерді одан әрі бақылау және бағалау арқылы тұрақты және циклдік түрде жүргізілуі ұсынылады.

## ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Сергеева Н.М. Факторы повышения качества медицинских услуг: ресурсное обеспечение // АНИ: экономика и управление. 2020. №1 (30). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/factory-povysheniya-kachestva-meditsinskih-uslug-resursnoe-obespechenie>
2. Шейман И. М., Сажина С. В. Кадровая политика в здравоохранении: как преодолеть дефицит врачей. 2018;27(3):130–153. <https://doi.org/10.17323/1811-038X-2018-27-3-130-153>
3. Hopkins J, Fassiotto M, Ku MC, Mammo D, Valantine H. Designing a physician leadership development program based on effective models of physician education. *Health Care Manage Rev.* 2022. Dec; 43(4):293–302. <https://doi.org/10.1097/hmr.000000000000146>.
4. Столяров, А. А. Государственное управление кадровым потенциалом в системе здравоохранения (на примере среднего медицинского персонала) / А. А. Столяров, С. А. Живодрова // Actualscience. – 2017. – Т. 3, № 2. – С. 93-95. – EDN ХҮВКРТ.
5. Белостоцкий А. В., Гриднев О. В., Гришина Н. К., Значкова Е. А. Актуальные вопросы развития кадрового потенциала в здравоохранении. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2016;24(4):230–235. <https://doi.org/10.1016/0869-866X-2016-24-4-230-235>
6. Reich MR, Javadi D, Ghaffar A. Introduction to the Special Issue on “Effective Leadership for Health Systems.” *Health Syst Reform.* 2016 Jul 2;2(3):171–175. <https://doi.org/10.1080/23288604.2016.1223978>
7. Көпеев С. Пути решения проблем кадрового обеспечения системы здравоохранения Республики Казахстан, Астана, 2023 год, Академия государственного управления при Президенте Республики Казахстан Институт управления
8. Көпеев С. «Перспективы повышения кадрового обеспечения системы здравоохранения» в сборнике научных трудов международной конференции «Формирование и эволюция новой парадигмы инновационной науки в условиях современного общества» 18 ноября 2022 года в г. Омск, Россия.
9. Одегов Ю.Г., Лабаджян М.Г. Учебник для вузов РЭУ им. Г.В. Плеханова «Кадровая политика и кадровое планирование» Юрайт. Москва, 2014
10. Попсуйко А. Н., Данильченко Я. В., Бацина Е. А., Карась Д. В., Крючков Д. В., Артамонова Г. В. Технологии управления: от теории к практике применения в учреждениях здравоохранения. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. 2020;66(5):2. <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2020-66-5-2>
11. Figueroa CA, Harrison R, Chauhan A, Meyer L. Priorities and challenges for health leadership and workforce management globally: a rapid

review. BMC Health Serv Res. 2019 Apr 24;19(1):239. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4080-7>

12. George AS, Campbell J, Ghaffar A, HPSR HRH reader collaborators. Advancing the science behind human resources for health: highlights from the Health Policy and Systems Research Reader on Human Resources for Health. Hum Resour Health. 2018 Aug 14;16(1):35. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0302-z>

13. Шейман И. М., Сажина С. В. Кадровая политика в здравоохранении: как преодолеть дефицит врачей. Мир России. 2018;27(3):130–153. <https://doi.org/10.17323/1811-038X-2018-27-3-130-153>

14. Hopkins J, Fassiotto M, Ku MC, Mammo D, Valantine H. Designing a physician leadership development program based on effective models of physician education. Health Care Manage Rev. 2018 Dec; 43(4):293–302. <https://doi.org/10.1097/hmr.0000000000000146>

15. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2016. Доступно по: [https://www.who.int/hrh/resources/global\\_strategy\\_workforce2030\\_14\\_print.pdf](https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf)

16. Tricco AC, Langlois EV, Straus SE. Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2017. Доступно по: [https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/alliancehpsr\\_rrguide\\_trainingslides.pdf?ua=1](https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/alliancehpsr_rrguide_trainingslides.pdf?ua=1)

17. Tursunbayeva A. Human resource technology disruptions and their implications for human resources management in healthcare organizations. BMC Health Serv Res. 2019 Apr 29;19(1):268. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4068-3>

18. Бедорева И. Ю., Шалыгина Л. С., Казаков Р. А., Соколов С. В., Латуха О. А., Гусев А. Ф. Основные пути решения проблем кадровой политики в концепции устойчивого развития медицинской организации. Современные проблемы науки и образования. 2016;(6):33

19. Андреева И.Л. Стратегические направления кадровой политики в условиях модернизации системы здравоохранения // Социальные аспекты здоровья населения. 2010. №1. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/165/30/>

20. Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Леонов С.А. Кадровые ресурсы здравоохранения Российской Федерации: состояние, проблемы и основные тенденции развития // Социальные аспекты здоровья населения. 2010. №1. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/171/30/>

21. Улумбекова Г.Э. Анализ численности, структуры и квалификации медицинских кадров в Российской Федерации и ключевые задачи кадровой политики на период до 2020 года // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2010. № 1.С. 11-24

22. Ануфриев А.С. Особенности менеджмента в медицинских клиниках //Менеджер здравоохранения. 2009. №1. С. 6-8.

23. Калининская А.А., Дзугаев А.К., Чижикова Т.В. Кадровая политика в здравоохранении Российской Федерации //Здравоохранение Российской Федерации. 2009. №5. С.11-14
24. Стратегии развития кадров здравоохранения в Европейском регионе, Пятьдесят седьмая сессия ЕРБВОЗ, Белград, Сербия, 17– 20 сентября 2007 г
25. Михайлова, Ю.В. Международный опыт развития медицинских кадров //Материалы Всероссийской научнопрактической конференции "Научно-организационные аспекты прогнозирования, планирования и сохранения кадров в здравоохранении Российской Федерации". – М.: 2013. – С. 8-12
26. Grant V., Smith G. Personnel Administration and Industrial Relations. London, 2007. P.I. – Page 96
27. Кибанов А. Я. Система управления персоналом. - М.: Проспект, 2012. - 174с.
28. Ожегов, С.И. Словарь русского языка / С.И. Ожегов; под ред. Н.Ю. Шведовой. - Москва, 1988. - 750 с
29. Афанасьев В.Я. Введение в государственное управление: учебное пособие в 3 кн. - М.: Финстатинформ, 1998. - Кн.3. - С.48
30. Кабаков В.С. Кадры хозяйственных руководителей: подбор, расстановка, обучение / В.С.Кабаков, В.Ф.Богачев, А.П.Осипов. - М., 1982. - С.8.-10.
31. Киселева Г.В. Организация и управление кадровым потенциалом в потребительской кооперации: дис. канд.экон.наук - Белгород, 1998. - 250 с.
32. Бровкин С.В. Опыт работы МУЗ «Дом сестринского ухода» г. Петрозаводска.// Главная медицинская сестра - 2005. - № 6. - С. 13-23.
33. Васильева А. 3. Инновационные методы подготовки специалистов здравоохранения среднего звена для обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи // Главная медицинская сестра. - 2010. - N 9. - С. 139-145
34. Porter, M. E. The Competitive Advantage of Nations. New York: Free Press, 1990.
35. Diane E. Foundations of a nursing-sensitive outcome indicator suite for monitoring public patient safety in Western Australia, Collegian, Volume 23, Issue 2, 2016, Pages 167-181.
36. Bivins, R. Picturing Race in the British National Health Service, 1948-1988, Twentieth Century British History, Volume 28, Issue 1, 2016, P.83.
37. Vogenberg FR, Santilli J. Healthcare Trends for 2018. Am Health Drug Benefits. 2018;11(1):48–54.
38. Легостаева А.А., Джазыкбаева Б.К. Кадровая политика в системе здравоохранения Казахстана // Вестник РУК. 2021. №3 (45). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kadrovaya-politika-v-sisteme-zdravoohraneniyakazahstana>

39. Джунсяо Г. Кадровая политика - основной инструмент механизма мотивации труда // Вестник КазНПУ. 2011. № 2 (40). URL: <https://articlekz.com/article/10825>.
40. Музыченко В. В. Мастер-класс по управлению персоналом. Москва. - «ГроссМедиаФерлаг». –2009. -С. 83
41. Кибанов А. Я. Управление персоналом организации. Учебник/Под ред. А. Я. Кибанова. –4-е изд., доп. и перераб. – М.: ИНФРА-М. -2010. -С. 244-245.
42. Buchan J, Calman L (2005), Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles // OECD Health Working Papers. – Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 2005. - №17. – P. 26-34
43. Михайлова, Ю.В. Методика расчета потребности субъектов российской федерации в медицинских кадрах. Методическиерекомендации. – М.: 2011. – 48 с.
44. Флек, В.О. Совершенствование подходов к определению потребности в медицинских кадрах в медицинских организациях в условиях реализации Программы государственных гарантий на 2013 -2015 годы // Материалы Всероссийской научно практической конференции "Научно-организационные аспекты прогнозирования, планирования и сохранения кадров в здравоохранении Российской Федерации". – М.: 2013. – С. 156-161
45. World Health Organization: Applying the WISN Method in Practice: Case Studies from Belgium, Denmark and Spain. - Geneva: WHOPress, 2010. – 39p.
46. Available at: <http://www.who.int/hrh/tools/planning/en/> BscherA. (2009) Long-termcareworkforceinGermany. Case studypresented at Policy
47. Gonzalez B Health workforce planning in Spain. Case study presented at Policy Dialogue on workforce planning, European Observatory on Health Systems and Policies, Venice, 11–12 May 2010. Available at: <http://bcdmi.co.uk/EMEA/WHO/>
48. Андреев, И. Х. Анализ заболеваемости и демографических процессов как основа для планирования подготовки врачебных кадров [Текст] :Автореф. дис. ... канд.мед.наук – М., 2006. – 94 с.
49. Силин, А.А. Концепция трудовых и производственных отношений // Труд за рубежом. - 1993. - №1. - С. 5-11
50. Пчела Л.П. Организационная технология внедрения новой системы оплаты труда медицинских работников в организациях здравоохранения федерального подчинения. – Иркутск, 2010. -176 с.
51. Чен А.Н., Куракбаев К.К., Жаппаров З.Ж. К методике мониторинга ресурсного обеспечения организации ПМСП// Денсаулык сактау дамыту журналы -2007. -№2 (43)-С. 47-50.
52. Антропов В.В. Медицинское страхование в Германии// Проблемы управления здравоохранением. -2005. - №4. – С. 16-20

53. Heath I.A general practitioner for every person in the world //BM.-2008 P.336: 861J.
54. Macq J. et al. Quality attributes and organizational options for technical support to health services strengthening // Background paper commissioned for the GAVI-HSS Task Team, Nairobi, August 2007.-P.8-14.
55. Baser H., Morgan P. Capacity, change and performance // Maastricht, European Centre for Development Policy Management, 2008.-56p.
56. OECD. Stat Extracts [online database]. Paris, Organization for Economic Co – operation and Development, 2008.-369 p
57. The World Health Report 2007 – A safer future: global public health security in the 21 st century. Geneva, World Health Organization, 2007. – 131 p
58. Suhrcke M., Rocco L., McKee M. Health: a vital investment for economic development in Eastern Europe and central Asia. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, European Observatory on Heal Systems and Policies, May 2008. – P. 84-92.
59. Аканов А.А., Куракбаев К.К., Чень А.Н., Ахметов У.И. Организация здравоохранения Казахстана: учебник.- Астана; Алматы, 2006. – 231с
60. Moccero D. Delivering cost – efficient public services in healthcare, education and housing in Chile. Paris, Organization for Economic Co – operation and Development, 2008.
61. Waldman R. Health programming for rebuilding states: a briefing paper. Arlington VA, Partnership for Child Health Care, Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS). -2007. – P. 346-388.
62. Аманжолова З.Д., Абеуова Ж.С., Лаврентьева И.К., Тайлакова Н.А. Состояние и перспективы совершенствования ПМСП //Денсаулық сақтау дамыту журналы. -2007.- №2 (43)- С. 25-30.
63. Communication from the commission to the European parliament, the council, the European economic and social committee and the committee of the regions / Strasbourg, 18.4.2012. – 27p.
64. Okello D.R., Gilson L. Exploring the influence of trust relationships on motivation in the health sector: a systematic review // Hum Resour Health–2015. – Vol.31. – №13. –P.16.
65. Misfeldt R., Linder J., Lait J., Hepp S., Armitage G., Jackson K., Suter E. Incentives for improving human resource outcomes in health care: overview of reviews // J Health Serv Res Policy. – 2014. – Vol.19. – №1. –P.52-61.
66. Revere D., Turner A.M., Madhavan A., Rambo N., Bugni P.F., Kimball A., Fuller S.S. Understanding the information needs of public health practitioners: a literature review to inform design of an interactive digital knowledge management system // J Biomed Inform. – 2007. –Vol.40. – №4. – P.410-421.
67. Куракбаева К.К., Чень А.Н., Аманжолова З.Д. К методике оценки финансового обеспечения организаций ПМСП г.Алматы // Центрально –

Азиатский науч.-практ.журн. по общественному здравоохранению.-2006.- №2,3.-с.61-64.

68. Духанина И.В., Духанина М.В. Методические подходы к оценке затрат труда и количества работы врачей // Экономика здравоохранения. – 2005. -№4. –С. 10-14.

69. Турумбетова, Т.Б. Калиева М.А. Абдрахманова А.О. Методика расчета потребности в медицинских кадрах системы здравоохранения РК // Методические рекомендации. – Астана: 2013. – С. 13-17

70. Указ Президента Республики Казахстан от 16 ноября 1998 года N 4153. Режим доступа: [https://adilet.zan.kz/rus/docs/U980004153\\_](https://adilet.zan.kz/rus/docs/U980004153_)

71. О Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы. Указ Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года N 1438. Режим доступа: [https://adilet.zan.kz/rus/docs/U040001438\\_](https://adilet.zan.kz/rus/docs/U040001438_)

72. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан "Саламатты Қазақстан" на 2011 - 2015 годы. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U1000001113>

73. Указ Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан "Денсаулық" на 2016 - 2019 годы. Режим доступа: <http://www.almatycgkb.kz/uploads/fm/docs/govprograms/%D0%94%D0%B5%D0%BD%D1%81%D0%B0%D1%83%D0%BB%D1%8B.pdf>.

74. Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. Режим доступа: [https://www.who.int/hrh/resources /russian\\_global\\_strategyHRH.pdf?ua=1](https://www.who.int/hrh/resources /russian_global_strategyHRH.pdf?ua=1)

75. Султангазиев Т.С. Внедрение эффективной стратегии развития человеческого капитала как основа для укрепления национальной системы здравоохранения // Journal of Health Development. 2020. №3 (38). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vnedrenie-effektivnoy-strategii-razvitiya-chelovecheskogo-kapitala-kak-osnova-dlya-ukrepleniya-natsionalnoy-sistemy>

76. Саринев Ермек Газисович, Купешова Сауле Телеухановна Кадровая политика Республики Казахстан в области здравоохранения // Научные исследования и инновации. 2021. №6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kadrovaya-politika-respubliki-kazahstan-v-oblasti-zdravoohraneniya>

77. Модели и инструменты планирования и прогнозирования потребности в кадровых ресурсах здравоохранения // Обозреватель состояния кадровых ресурсов здравоохранения. – 2010. - №3. – С. 18-24.

78. Grobler L, Marais BJ, Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H, Volmink J. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2009

79. WHO | Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. WHO. 2014; 12. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2016 Dec 17;388(10063):3027–35
80. Grobler L, Marais BJ, Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H, Volmink J. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2009
81. Hon Jillian Skinner MP Minister for Health Minister for Medical Research [Internet]. Available from: [http:// www.health.nsw.gov.au/](http://www.health.nsw.gov.au/)
82. Recruiting and Retaining Allied Health Professionals in Rural Australi by Janet C. Struber [Internet]. Available from: <https://nsuworks.nova.edu/ijahsp/vol2/iss2/2/> 15. Allen CW. Ethics. In: *Crime and Local Television News: Dramatic, Breaking, and Live from the Scene* [Internet]. Taylor and Francis; 2014. p. 70–88. Available from: <https://nsuworks.nova.edu/ijahsp/vol2/iss2/2>
83. Research Papers, Productivity Commission, Government of Australia | IDEAS/RePEc [Internet]. Available from: <https://ideas.repec.org/s/ris/prodrp.html>
84. Stagnitti K, Schoo A, Dunbar J, Reid C. An exploration of issues of management and intention to stay: Allied health professionals in South West
85. Humphreys JS, Kuipers P, Wakerman J, Wells R, Jones JA, Kinsman LD. How far can systematic reviews inform policy development for “wicked” rural health service problems? *Aust Heal Rev*. 2009 Nov;33(4):592–600
86. Murphy GT, Goma F, MacKenzie A, Bradish S, Price S, Nzala S, et al. A scoping review of training and deployment policies for human resources for health for maternal, newborn, and child health in rural Africa. *Hum Resour Health* [Internet]. 2014 Dec 16; 12 (1):72. Available from: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-12-72>
87. World Health Organization Regional Office for Africa Brazzaville. 2013 Adopted by the Sixty-second session of the Regional Committee
88. Van Der Hoeven M, Kruger A., Greeff M. Differences in health care seeking behaviour between rural and urban communities in South Africa. *Int J Equity Health* [Internet]. 2012 Jun 12; 11 (1):31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22691443>
89. Ditlopo P, Blaauw D, Bidwell P, Thomas S. Analyzing the implementation of the rural allowance in hospitals in North West Province, South Africa. *J Public Health Policy*. 2011 Jul 6; 32 (SUPPL. 1):S80–93.
90. Alene M, Yismaw L, Berelie Y, Kassie B. Health care utilization for common childhood illnesses in rural parts of Ethiopia: Evidence from the 2016 Ethiopian demographic and health survey. *BMC Public Health*. 2019 Jan 14;19 (1)
91. Liu X, Dou L, Zhang H, Sun Y, Yuan B. Analysis of context factors in compulsory and incentive strategies for improving attraction and retention of health workers in rural and remote areas: A systematic review [Internet]. Vol. 13,

Human Resources for Health. BioMed Central Ltd.; 2015;p.61. Available from: <http://human-resourceshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-015-0059-6>

92. Meliala A, Hort K, Trisnantoro L. Addressing the unequal geographic distribution of specialist doctors in Indonesia: The role of the private sector and effectiveness of current regulations. *Soc Sci Med*. 2013 Apr 1;82:30–4

93. Hazarika I. Health workforce in India: assessment of availability, production and distribution. *WHO South-East Asia J Public Heal*. 2013; 2 (2):106.

94. Indian Public Health Standards (IPHS) Guidelines for Community Health Centres Guidelines for Community Health Centres. 2012.

95. Iyengar S, Dholakia RH. Specialist Services in the Indian Rural Public Health System for Maternal and Child Healthcare-A Study of Four States Indian institute of management ahmedabad-380 015 INDIA Specialist Services in the Indian Rural Public Health System for Maternal and Child Healthcare-A Study of Four States. Indian Institute of Management Ahmedabad; 2015.

96. Singh A. Shortage and inequalities in the distribution of specialists across community health centres in Uttar Pradesh, 2002-2012. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2019 May 24; 19 (1):331. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4134-x>

97. Shroff ZC, Murthy S, Rao KD. Attracting doctors to rural areas: A case study of the post-graduate seat reservation scheme in Andhra Pradesh. *Indian J Community Med*. 2013 Jan;38(1):27–32

98. Wang J, Su J, Zuo H, Jia M, Zeng Z. What interventions do rural doctors think will increase recruitment in rural areas: A survey of 2778 health workers in Beijing. *Hum Resour Health* [Internet]. 2013 Aug 21; 11(1):40. Available from: <http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-11-40>

99. Chen Y, Yin Z, Xie Q. Suggestions to ameliorate the inequity in urban/rural allocation of healthcare resources in China. *Int J Equity Health* [Internet]. 2014 May 1; 13 (1):34. Available from: <http://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-13-34>

100. Jiang LP, Liang YB, Qiu B, Wang FH, Duan XR, Yang XH, et al. Metabolic syndrome and chronic kidney disease in a rural Chinese population. *Clin Chim Acta*. 2011 Oct 9;412(21–22):1983–8

101. Weeks WB, Kazis LE, Shen Y, Cong Z, Ren XS, Miller D, et al. Differences in health-related quality of life in rural and urban veterans. *Am J Public Health*. 2014;94(10):1762–7

102. Ahmad Kiadaliri A, Najafi B, Haghparast-Bidgoli H. Geographic distribution of need and access to health care in rural population: An ecological study in Iran. *Int J Equity Health* [Internet]. 2011 Sep 22;10(1):39. Available from: <http://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-10-39>

103. Rimmer A. Shortage of doctors across Europe may be caused by migration to UK. *BMJ*. 2014 Sep 25;349:g5874

104. Sibbald B. Putting general practitioners where they are needed: an overview of strategies to correct maldistribution. 2015
105. Obermann K, Müller P, Müller H-H, Schmidt B, Glazinski B. Understanding the German Health Care System. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*. 2015;83:457–502
106. Pantenburg B, Kitze K, Luppä M, König HH, Riedel-Heller SG. Physician emigration from Germany: Insights from a survey in Saxony, Germany. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 May 9;18(1):341. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3142-6>
107. Health policy in Germany [Internet]. 2016. Available from: [www.oecd.org/health](http://www.oecd.org/health)
49. Pantenburg B, Luppä M, Riedel-Heller S. Überlegungen junger Ärztinnen und Ärzte aus der Patientenversorgung auszusteigen – Ergebnisse eines Surveys in Sachsen. *Das Gesundheitswes*. 2014 Sep 10;76(08/09):406–12.
108. Scheidt LRS, Joos S, Szecsenyi J, Steinhäuser J. Überversorgt Unterversorgt – die Sicht von Bürgermeister in BadenWürttemberg: Ein Beitrag zur Diskussion um die wohnortnahe medizinische Versorgung. *Gesundheitswesen*. 2015 Dec 1;77(12):e179–83
109. Obermann K, Müller P, Müller H-H, Schmidt B, Glazinski B. Understanding the German Health Care System. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*. 2015;83:457–502.
110. Starfield B. Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report Gaceta Sanitaria*. 2012;26:20–6
111. FOCUS: Lack of doctors in rural France breeds deep resentment - The Local [Internet]. Available from: <https://www.thelocal.fr/20190207/lack-of-doctors-breeds-deep-resentment-inrural-france>
112. French medics warn health service is on brink of collapse | World news | The Guardian [Internet]. Available from: <https://www.theguardian.com/world/2019/jun/11/french-medicshealth-service-collapse-doctors-nurses-protest-outside-frenchhealth-ministry-strikes>
113. Ministero della Salute [Internet]. Available from: <http://www.salute.gov.it/portale/home>.
114. Rechel B, Džakula A, Duran A, Fattore G, Edwards N, Grignon M, et al. Hospitals in rural or remote areas: An exploratory review of policies in 8 high-income countries. *Health Policy (New York)*. 2016 Jul 1;120(7):758–69
115. Rechel B, Džakula A, Duran A, Fattore G, Edwards N, Grignon M, et al. Hospitals in rural or remote areas: An exploratory review of policies in 8 high-income countries. *Health Policy (New York)*. 2016 Jul 1; 120 (7):758–69.
116. In rural France, Macron seeks remedy for “healthcare deserts” - Reuters [Internet]. Available from: <https://www.reuters.com/article/us-france-health/in-rural-francemacron-seeks-remedy-for-healthcare-deserts-idUSKCN1NJ0HX>

117. Koskull H von, Salonen R. Genetic Services in Finland. *Eur J Hum Genet.* 1997;5(2):69–75
118. Finland's public clinics face acute physician shortage. *Yle Uutiset.* yle.fi [Internet]. Available from: [https://yle.fi/uutiset/osasto/news/finlands\\_public\\_clinics\\_face\\_acute\\_physician\\_shortage/10718411](https://yle.fi/uutiset/osasto/news/finlands_public_clinics_face_acute_physician_shortage/10718411)
119. Finland's public clinics face acute physician shortage. *Yle Uutiset.* yle.fi [Internet]. Available from: [https://yle.fi/uutiset/osasto/news/finlands\\_public\\_clinics\\_face\\_acute\\_physician\\_shortage/10718411](https://yle.fi/uutiset/osasto/news/finlands_public_clinics_face_acute_physician_shortage/10718411)
120. Liu X, Dou L, Zhang H, Sun Y, Yuan B. Analysis of context factors in compulsory and incentive strategies for improving attraction and retention of health workers in rural and remote areas: A systematic review [Internet]. Vol. 13, *Human Resources for Health.* BioMed Central Ltd.; 2015; p. 61. Available from: <http://human-resourceshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-015-0059-6>
121. Rimmer A. Shortage of doctors across Europe may be caused by migration to UK. *BMJ.* 2014 Sep 25;349:g5874
122. Michael Meit A, Alana Knudson M, Gilbert T, Amanda Tzy-Chyi Yu M, Tanenbaum E, Elizabeth Ormson M, et al. The 2014 Update of the Rural-Urban Chartbook [Internet]. 2014 Available from: <http://www.ruralhealthresearch.org/>
123. Rimmer A. Shortage of doctors across Europe may be caused by migration to UK. *BMJ.* 2014 Sep 25;349:g5874.
124. Абылайұлы Ж. В Казахстане расширяется доступность медицинских услуг для сельских жителей. Параграф-*www* [Internet]. Available from: [https://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=30963289#pos=6;-21](https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30963289#pos=6;-21)
125. В городах живут 57% казахстанцев – Капитал [Internet]. Available from: <https://kapital.kz/gosudarstvo/68291/v-gorodakh-zhivut-57-kazakhstantsev.html>
126. Дефицит громадный. В регионах ищут врачей [Internet]. Available from: <https://rus.azattyq.org/a/kazakhstanregions-are-in-desperate-need-of-doctors/30043615.html>
127. Острый дефицит врачей в Северо-Казахстанской области [Internet]. Available from: <https://ru.sputniknews.kz/health/20190226/9454517/vrach-nekhvatka-kazakhstana.html>
128. Джаксылыков С. Сверх большие села юга Казахстана и государственная политика развития сельских территорий. <https://www.soros.kz/ru/extra-large-villages-of-the-south-of-kazakhstan/>
129. Colegrove D.J., Whitacre B.E. Interest in rural medicine among osteopathic residents and medical students. *Rural Remote Health.* 2009;9(3):1192
130. Espenbetova M.Zh. i dr. Podgotovka vrachei obshchei praktiki - osnovnoe napravlenie povysheniya kachestva i effektivnosti sistemy okhrany zdorov'ya naseleniya [Training of general practitioners is the main direction of

improving the quality and efficiency of the public health care system]. *Nauka i zdravookhranenie [Science & Healthcare]*. 2013. № 4. pp. 8–10.

131. Джобалаева Б.С., Смаилова Д.С., Семенова Ю.М. Опыт развития сельской медицины в развитых странах: литературный обзор // *Наука и здравоохранение*. 2021. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-razvitiya-selskoy-meditsiny-v-razvityh-stranah-literaturnyy-obzor>

132. Барковская Г.Ю. Проблемы повышения качества медицинских кадров в условиях модернизации здравоохранения // *Современная экономика: проблемы и решения*. 2015. № 10 (70). С. 48-57.

133. Наджафова М.Н. Трудовые ресурсы как фактор повышения эффективности функционирования отрасли здравоохранения // *Научный альманах Центрального Черноземья*. 2014. № 2. С. 146-148.

134. Быканова И.А. Анализ трудовых ресурсов в сфере регионального здравоохранения // *Экономика и менеджмент инновационных технологий*. 2016. № 8 (59). С. 68-69.

135. Сухинин М.В. Стратегические аспекты управления качеством лечебно-профилактических учреждений // *Экономика строительства и городского хозяйства*. 2016. Т. 12. № 4. С. 199-204.

136. Зюкин Д.А., Беляев С.А. Оптимизации системы управления медицинскими кадрами региона // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2016. № 11-6. С. 1145-1148.

137. Качественная характеристика трудовых ресурсов здравоохранения в России на современном этапе / К.О. Папеева, И.В. Подушкина, А.В. Костромичев и др. // *Медицинский альманах*. 2014. № 3 (33). С. 10-13.

138. ҚР ДСМ № 230/2020 «Медициналық көрсетілетін қызметтер (көмек) сапасына ішкі және сыртқы сараптамаларды ұйымдастыру мен жүргізу қағидаларын бекіту туралы.»

139. Левин К. Теория поля в социальных науках. СПб.: Речь, 2000.

140. Hojat, M., DeSantis, M., & Calabrese, L. (2016). *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*. Springer. (стр. 50-100, 150-200)

141 Lloyd, M. (2015). *Communication Skills for Medicine*. Cambridge University Press. (стр. 30-80)

142 Knapp, M. L. (2002). *Nonverbal Communication in Human Interaction*. Wadsworth Publishing. (стр. 100-150).

## ҚОСЫМША 1

### Құрметті респондент!

Біздің зерттеуімізге қатысқаныңыз үшін рахмет! Сізге ең қолайлы жауапты таңдай отырып, анкетаны толтыруыңызды сұраймыз. Сауалнама анонимді түрде жүргізіледі.

1. Сіздің жасыңыз:
  - a) 18-25
  - b) 26-35
  - c) 36-45
  - d) 46-55
  - e) 56-65
  - f) 65 тен аса
2. Осы ауруханадағы жұмыс тәжірибеңіз: \_\_\_\_\_
3. Аудандық ауруханада жүргізіліп жатқан кадр саясатының тиімділігін қалай бағалайсыз?
  - a) Өте жоғары
  - b) Жоғары
  - c) Орташа
  - d) Төмен
  - e) Өте әлсіз
4. Сіздің лауазымыңызға байланысты міндеттеріңізге кірмейтін жұмыс орындайсыз ба?
  - a) Сирек
  - b) Жүйелі түрде
  - c) Жоқ
  - d) Жауап беру қиынға соғады
5. Қандай өндірістік факторлар сізге кері әсер етеді деп ойлайсыз:
  - a) физикалық ауртпашылықтар
  - b) эмоционалды жүктемелер
  - c) ұжымдағы қарым-қатынас
  - d) жұмыстағы мәжбүрлі кідірістер
  - e) функционалдық міндеттерінен тыс жұмыстарды орындау
6. Біліктілікті арттыру мақсатындағы оқу іс-шараларына қаншалықты жиі қатысасыз?
  - a) Сирек (5 жылда бір рет немесе одан да көп)
  - b) 3-5 жылда бір рет
  - c) 1-2 жылда бір рет
  - d) Жыл сайын
  - e) Оданда жиі
7. Өзіңіз көрсететін медициналық көмектің сапасы мен толықтығына қанағаттанасыз ба?
  - a) Толық қанағаттанамын
  - b) Көбінесе қанағаттанамын, бірақ кейбір кемшіліктер бар

- c) Орташа қанағаттанамын, жақсартуды қажет ететін салалар бар
  - d) Қанағаттанбаймын, айтарлықтай жақсарту қажет
  - e) Мүлдем қанағаттанбаймын
8. Ауруханадағы медициналық көмектің сапасын арттыру мақсатында Кадр саясатындағы қандай өзгерістер қажетті деп санайсыз?
- a) Кадрларды даярлау және дамыту жүйесін жетілдіру
  - b) Қосымша мотивациялық бағдарламаларды енгізу
  - c) Еңбек жағдайлары мен жабдықтарды жақсарту
  - d) Персоналды бағалау және қолдау жүйесін дамыту
9. Қандай қосымша бағдарламалар немесе іс-шаралар аурухана қызметкерлерінің кәсіби дамуы үшін қажетті деп санайсыз?
- a) Жаңа әдістер мен технологиялар бойынша семинарлар мен тренингтер
  - b) Шеберлік сабақтары және әріптестермен тәжірибе алмасу
  - c) Ғылыми конференциялар мен симпозиумдарға қатысу
  - d) Кәсіби қайта даярлау және біліктілігін арттыру мүмкіндіктерін қамтамасыз ету
10. Егер аурухана басшылығы оқу ұйымдастырып, мүмкіндік берсе, Сіз одан әрі оқуға және тағы бір мамандықты игеруге дайынсыз ба?
- a) Иә, дайынмын
  - b) Мүмкін, жағдайға байланысты
  - c) Жоқ, дайын емеспін
  - d) мүлдем жоқ, менде кәсіби күйзеліс бар
11. Лауазымы:
- a) жалпы тәжірибелік дәрігер
  - b) маманды дәрігер
  - c) фельдшер
  - d) медбике
  - e) лаборант
12. Жұмысыңыздың жағымды және жағымсыз жақтарын ескере отырып, жалпы, ұйымыңыздағы жұмысқа қаншалықты көңіліңіз толады?
- a) Толық қанағаттанамын
  - b) Көбінесе қанағаттанамын, бірақ кейбір кемшіліктер бар
  - c) Орташа қанағаттанамын, жақсартуды қажет ететін салалар бар
  - d) Қанағаттанбаймын, айтарлықтай жақсарту қажет
  - e) Мүлдем қанағаттанбаймын
13. Кадр саясатын оңтайландыруға қатысты қосымша ескертулеріңіз немесе ұсыныстарыңыз:
- Медбикелерге арналған сұрақтар:*
14. Егер аурухана сізге оқу және дайындық жұмыстарын ұсынса, біліміңізді жетілдіріп, жаңа дағдыларды алуға дайынсыз ба?
- a) Иә, дайынмын
  - b) Мүмкін, ойлану керек
  - c) Жоқ, дайын емеспін
15. Сіз өз бетінше пациенттерге мейірбикелік қабылдау жүргізуге дайынсыз ба?

- a) Иә, дайынмын
- b) Мүмкін, ойлану керек
- c) Жоқ, дайын емеспін