

*К.Т. Байжиенова ^{*1}, Е.Е. Сайлаубай ²*

¹*Л.Н. Гумилев атындағы ЕҰУ Қазақстан тарихы кафедрасының докторанты
Қазақстан Республикасы, Астана қаласы
E-mail: ktlegenkyzy@mail.ru*

¹*Тарих ғылымдарының кандидаты, доцент, Л.Н. Гумилев атындағы ЕҰУ
«Ел тарихы» ғылыми зерттеу орталығының директоры
Қазақстан Республикасы, Астана қаласы
E-mail: alashorda100@mail.ru*

ҚАЗАҚСТАННЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНЫҢ ЖАҢА БЕТБҰРЫС КЕЗЕҢІ: 1998-2004 ЖЫЛДАР

Аңдатпа

Мақалада Қазақстан денсаулық саласы мен медицинасының 2000 жылғы жаңа бетбұрыс кезеңі қарастырылады. Жұмыстың құндылығы сол, денсаулық сақтау жүйесін қалыптастыру контекстінде қабылданған бағдарламалар мен жобалар қызметінің негізгі бағыттары талданады. Сондай-ақ автор қолданыстағы кеңестік әдістеменің өзгеруі және жаңаларының айналыс алуына жол ашқан жеке тұлғаларға да тоқталып өтеді. Өтпелі кезеңдегі елдің денсаулық ахуалы, жүйенің қалыптасуын тежейтін себептер де, түрлі теріс статистикалар да сипатталады.

Жасыратыны жоқ, 1991-2000 жылдары қабылданған денсаулық сақтау саласындағы реформаларды жалпы ел көлемінде жүзеге асыру сәтсіз аяқталды. Оған себеп: техникалық және әдіснамалық дайындықтың жетілмегендігі, нормативтік-құқықтық базаның әлсіздігі және саяси қолдаудың жеткіліксіздігі. Бұл 2001-2004 жылдардағы денсаулық сақтау саласындағы реформалардың көптеген элементтерінің, әсіресе МСАК саласында, кері шегінуіне әкелді.

Бірақ сол кезеңді біржақты негативпен ғана бағалауға болмайды, позитивті де үдерістердің болғанын атап өту керек. Ең бастысы тектоникалық қозғалыс басталды. Саланы бөліп алу үшін құрылған Денсаулық сақтау істері агенттігі кейінірек Денсаулық сақтау министрлігі болып қайта құрылды.

Тәуелсіздіктің алғашқы жылдары бардан айрылып қалмай, бұрынғы жүйелік қателіктермен жұмыс істеу мәселесі күн тәртібінде тұрды. Ал бергі кезеңде батыстық озық үлгілерге назар аударып, модернизация мен реформа жүргізу қажеттілігі білінді. Нарықтық экономиканың күрделі кезеңіндегі денсаулық сақтау институтын зерттеу, осы шақтың аналитикалық талдамасы елдің әлеуметтік-саяси тарихының маңызды жақтарын ашуға мүмкіндік беретіні атап өтілді.

*Байжиенова К.Т. ^{*1}, Сайлаубай Е.Е. ²*

¹*Докторант кафедрасы тарихы Қазақстан ЕНУ имені Л.Н. Гумилева
Республика Қазақстан, г. Астана
E-mail: ktlegenkyzy@mail.ru*

²*Кандидат исторических наук, доцент, директор научно-исследовательского центра
«История страны» ЕНУ имені Л.Н. Гумилева
Республика Қазақстан, г. Астана, E-mail: alashorda100@mail.ru*

НОВЫЙ ПОВОРОТНЫЙ МОМЕНТ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА: 1998-2004 ГОДЫ

Аннотация

В статье рассматривается новый поворотный момент 2000 года в сфере здравоохранения и медицины Казахстана. Ценность работы заключается в том, что анализируются основные направления деятельности программ и проектов, принятых в контексте формирования системы здравоохранения. Также автор обращает внимание на изменения в действующей советской методике и отдельных лиц, открывших путь для обращения новых. Характеризуется состояние

здоровья страны в переходный период, как причины, тормозящие формирование системы, так и различные отрицательные статистические данные.

Ни для кого не секрет, что реформы здравоохранения, принятые в 1991-2000 годах, не увенчались успехом в масштабах всей страны. Причина: несовершенство технической и методологической подготовки, слабость нормативно-правовой базы и недостаточная политическая поддержка. Это привело к отступлению многих элементов реформ здравоохранения в 2001-2004 годах, особенно в области ПМСП.

Но стоит отметить, что тот же период нельзя судить только об одностороннем негативе, есть и положительные. Самое главное, началось тектоническое движение. Агентство по делам здравоохранения, созданное для разделения отрасли, позже было преобразовано в Министерство Здравоохранения.

В первые годы независимости на повестке дня стоял вопрос работы над прежними системными ошибками, не теряя бара. А в этот период осознавалась необходимость модернизации и реформирования, уделяя внимание передовым западным образцам. Было отмечено, что исследование института здравоохранения в сложный период рыночной экономики, аналитическая аналитика настоящего времени позволяют раскрыть важнейшие аспекты социально-политической истории страны.

*Baizhiyenova K.T.^{*1}, Sailaubay Y. Y.²*

*¹Doctoral student of the Department of History of Kazakhstan ENU named after
L.N. Gumilyov Republic of Kazakhstan, Astana
E-mail: ktlegenkyzy@mail.ru*

*²Candidate of Historical Sciences, Assistant professor Director of the Research Center
«History of the Country» ENUnamed after L.N. Gumilyov
Republic of Kazakhstan, Astana, E-mail: alashorda100@mail.ru*

A NEW TURNING POINT IN THE HEALTHCARE SECTOR OF KAZAKHSTAN: 1998-2004

Abstract

The article considers a new turning point in the year 2000 in the field of healthcare and medicine in Kazakhstan. The value of the work lies in the fact that the main activities of programs and projects adopted in the context of the formation of the health system are analyzed. The author also draws attention to changes in the current Soviet methodology and individuals who have opened the way for new ones to apply. The state of health of the country during the transition period is characterized, as the reasons that slow down the formation of the system, and various negative statistics.

It's no secret that the healthcare reforms adopted in 1991-2000 were not crowned with success nationwide. The reason: the imperfection of technical and methodological training, the weakness of the regulatory framework and insufficient political support. This led to the retreat of many elements of the health care reforms in 2001-2004, especially in the field of primary health care.

But it is worth noting that the same period cannot be judged only on one-sided negativity, there are also positive ones. Most importantly, the tectonic movement has begun. The Agency for Health Affairs, created to separate the industry, was later transformed into the Ministry of Health.

In the first years of independence, the issue of working on previous system errors was on the agenda, without losing the bar. And during this period, the need for modernization and reform was realized, paying attention to advanced Western models. It was noted that the research of the Institute of Healthcare

in a difficult period of the market economy, analytical analysis of the present time allow us to reveal the most important aspects of the socio-political history of the country.

Кіріспе. 2000 жылға қарай Қазақстан Республикасының мемлекеттік тәуелсіздігін жариялағанына ширек уақыт болды. Осы кезеңде ел-жұрт бірауық ес жиып, өткен жолын түсініп, қазіргісін бағамдап, алдағысын болжамдауға барынша тырысты. Бұл жалпыхалықтық деңгейде ғана емес, мемлекеттік масштабта іске асып жатқан үдеріс еді. Өйткені жаңа ғасыр айрығында өзі өз болған Егемендіктің алғашқы қорытындыларын жасау керек болды. Соның бір бағыты отандық денсаулық сақтау саласы мен медицинаға да қатысты еді.

Мәлім болғандай, 1991 жылдан бастап еліміз КСРО басшылығы көптеген ұрпақтар бойына бекіткен кеңестік экономиканың бұрмаланушылығынан туындаған келеңсіздіктерді толығымен өзінің ащы тәжірибесінен өткізді. Белгілі хирург, академик М.Әлиевайтқандай, экономиканы тұрақтандыру үшін халқымызға тым жоғары қаржылық және моральдық құн төлеуге тура келді. Тәуелділік пен теңестіруден арылып, халықтың менталитетін белгілі бір дәрежеде өзгертуге, жаңа кадрларды дайындауға, халықтың әл-ауқаты жағынан орта табын қалыптастырудың алғышарттарын жасауға он жыл қажет болды. Ақырында, кері қайтаруға болмайтын реформалар мен демократияландыру жолында қадам жасау керек болды [1].

Қазандық тарихшы Г.Ф. Галинаның «Становление национальной системы здравоохранения Республики Казахстан в 1990-е годы» атты диссертациясында атап өткендей, сондағы Қазақстанды шарпыған саяси-экономикалық және әлеуметтік дағдарыс денсаулық сақтау мен медицинаны өте қиын жағдайға әкелді. Біртұтас ұлы державаның ыдырауы, дүниежүзінің саяси картасында жаңа тәуелсіз мемлекеттердің пайда болуы, олардың мемлекеттілігінің қалыптасуы, жаһандану мен халықаралық факторлардың әсері, нарықтық қатынастарға көшу – осының барлығы денсаулық сақтау саласының қызметіне және оның посткеңестік республикалардағы одан әрі даму әдістеріне ықпал етті [2].

Ал оған дейінгі кезеңде «Семашко үлгісі» деп аталып кеткен денсаулық сақтау жүйесінің өз уақыты үшін барынша прогрессивті үлгі болғаны рас. Атап айтқанда, 1978 жылы Алматы қаласында өткен Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының алғашқы медициналық-санитарлық көмекті дамытуға арналған конференциясы бұл жүйені халықаралық деңгейде мойындауына алып келді. Бұл толықтай орталықтандырылған және бақыланатын мемлекеттік жүйенің тиімді үлгілерінің бірі болды [3].

1991 жылдан Жеке медициналық тәжірибеге рұқсат етіліп, 1992 жылдан Міндетті медициналық сақтандыруды енгізуге, медициналық-санитариялық алғашқы көмек (МСАК) рөлін күшейтуге, жүйені басқаруды орталықсыздандыруға, жеке медициналық тәжірибені енгізуге, пациенттің дәрігерді еркін таңдау құқығын қамтамасыз етуге және медициналық білімді жетілдіруге шақыратын Денсаулық сақтауды реформалаудың алғашқы тұжырымдамасы қабылданғанына қарамастан елде ұзақ уақыт кеңестік денсаулық сақтау дәстүрі басымдық болып қала берді. Ал сол кездегі жетіспеушілік пен дағдарыс жағдайында саланы құлатып алмай, бұдан әрі ілгерілетудің бүкіл ауыртпалығын 1991 жылға дейін Қазақ ССР Денсаулық сақтау министрі қызметін атқарып келіп, кейіннен қызметін 1991-1992 жылдары аралығында тәуелсіз Қазақстанның тұңғыш Денсаулық сақтау министрі ретінде жалғастырған А.А. Аманбаевпен ең сындарлы шақ – 1992-1997 жылдары салаға басшы болған В.Н. Девятконың иығына түсті. Одан әрмен Қазақстан Республикасы Білім, мәдениет және денсаулық сақтау министрі (1997- 1999 ж.ж.) яки Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау, білім беру және спорт министрі (1999 жылдың қаңтар-қазаны) Қ.Е. Көшербаев, Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау ісі жөніндегі агенттігінің төрайымы М.Н. Омарова (1999-2000 ж.ж.), Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау ісі жөніндегі агенттігі (2000-2001 ж.ж.) яки Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрі (2001-2004 ж.ж.)

Ж.А. Досқалиев еңбек етті.

Жалпы, сол кездегі денсаулық сақтау жүйесінің функциялық сипаттамасын түсіну үшін саланың отандық даму тарихнамасына аздаған анықтама жүргізу керек.

Қазақстан 1920 жылы Кеңес Одағының құрамында автономиялық республика болғаннан кейін, жұкпалы ауруларға және ауылдық жерлерде МСАК инфрақұрылымын құруға басты назар аударылды. 1950-1970 жылдары мамандандырылған және стационарлық көмекке баса назар аударылды. Осы уақытта көптеген ауруханалар мен емханалар салынды және бұл МСАК-қа бөлінетін ресурстардың азаюына әкелді. Халықты дәрігерлік кадрлармен қамтамасыз етуге және ауруханалар салуға шамадан тыс инвестициялар кеңестік Денсаулық сақтау моделінің

қағидаттарына сәйкес келді, онда қызмет көрсету сапасы мен денсаулық сақтау жүйесінің тиімділік көрсеткіштерін жақсартудан гөрі аурухана төсектері мен дәрігерлердің санын көбейту басым бағыт болды.

1980 жылдары денсаулық сақтау жүйесінің жағдайы нашарлай бастады және денсаулық сақтау жүйесін басқару проблемалары айқын болды. Денсаулық сақтау саласына дәстүрлі түрде «өнімді» деп саналатын экономиканың басқа салаларымен салыстырғанда аз көңіл бөлінді. Бюджеттік қаржы-ландыру жеткіліксіз болған жағдайда медициналық қызметтерді ұсыну оларға деген сұранысты қанағаттандыруды тоқтатты, нәтижесінде медициналық ұйымдар шығындардың бір бөлігін халыққа бейресми төлемдер түрінде беруге мәжбүр болды [4].

Кеңестік денсаулық сақтау жүйесінің мемлекеттік сипаты социалистік құрылыспен ажыратылмас байланыстан туындап, төл денсаулық сақтау жүйесінің капиталистік елдердегі денсаулық сақтау жүйесінен аса маңызды принципті айырмашылығы болды[5]. «Социалистік мемлекет, – делінген КПСС Бағдарламасында: – бүкіл халықтың денсаулығын сақтап, оны үнемі жақсарту жөніндегі қамқорлықты өз міндетіне алып отырған бірден-бір мемлекет» [6].

Дейтұрғанмен Тұңғыш Президент бастаған ел басшылығы тарапынаносындай мұраның жағымды-жағымсыз салдарын, дәуірлік дағдарыстық контексті еңсере отырып отандық денсаулық сақтау жүйесін шама-шарқынша реформалап дамытуға күш салынды. Мысалы, 1997 жылы «Қазақстан – 2030» атты 2030 жылға дейінгі даму стратегиясы қабылданып, ол әлеуметтік саясат саласындағы іс-шаралар кешенін, оның ішінде саламатты өмір салтын қалыптастыру мен спорттық өмір салтын насихаттау мен аурулардың алдын алу бойынша басқа да салаларда шара қабылдау секілді денсаулық сақтау жүйесінің мақсаттарына қол жеткізуді қамтыды [7]. Одан соң 1998 жылы қабылданған «Азаматтардың денсаулығын қорғау туралы» Қазақстан Республикасының Заңы елдегі денсаулық сақтау мәселелеріне кең шолу жасап, болашақ реформалардың басым бағыттарын айқындаудың алғашқы қадамы болды. Осыған қосымша сол жылы Үкімет Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының ұлттық орталығын (ҚР ДСМ СӨСҚПҰО) құрды және салауатты өмір салтын қалыптастырудың бірінші ұлттық бағдарламасын бекітті. «Халық денсаулығы» мемлекеттік бағдарламасы іске қосылды. Міне, осылардың шеңберінде Қазақстан денсаулық сақтау бағытын қаржыландыру, медициналық қызметті қамтамасыз ету және басқару бойынша тындырымды болмаса да бірқатар жұмыстар қолға алынды.

Мақсаты мен міндеттері. Денсаулық сақтау – қоғамның саяси-экономикалық, рухани-әлеуметтік өмірінің маңызды саласы. Кеңес кезеңінде бірнеше рет форматталып, Тәуелсіздік жылдары түбегейлі қайта құруды, нешеме реформаларды бастан өткерген және бұдан әрі тұрақты дамуы жоспарланып отырған халық денсаулығы жүйесі – еліміздің ұлттық саясатының басты бағыттарының бірі. Бүгінгі таңда денсаулық сақтау саласын жаңғыртып жақсартуға қыруар қаржы бөлініп, жеке секторды қоса отырып оңтайландыру мен басқарудың жаңа әдістері енгізілуде, дәрігерлерді оқыту және олардың қызығушылығын арттыру үшін жаңа кадр саясаты қалыптасуда, ана мен бала, экологиялық аймақтар мәселелері және осының барлығы бір-біріне жалғасқан бағдарламалар мен стратегиялардың негізінде қарқынды түрде іске асырылып келеді. Ал оның позитивті дамунамасында 2000-жыл белеңіндегі салалық жаңа бетбұрыстың маңызы аса зор жөннен оған қозғау берген, ендігі есімдері әділетсіз ұмыттырылып, көп ауызға алынбай кеткен нақты тарихи персонаждардың барлығын да атап өткен жөн.

Тиісінше, бұл жұмыстың мақсаты – осындай тарихи ақтаңдақтар мен олқылықтардың орнын толтырып, денсаулық саласының реформаларын табысты іске асырып тиімді басқаруды қамтамасыз ететін факторларды кейінгілерге үлгі және сабақ ретінде анықтау мен бағалау, ішкі даму заңдылықтарын зерттеп зерделеу.

Зерттеуге келесі міндеттер қойылды:

- салаға қатысты тарихнамалық теориялық-әдістемелік мәселелердің жиынтығын көрсету;
- саланың белгілі бір уақыт кесіміндегі даму ерекшеліктері мен жай-күйіне талдау жасау;
- саланың даму табыстылығын анықтайтын бетбұрысты-өтпелі кезеңдегі факторларды анықтау және сараптау;
- саланың дамуына қойылатын принциптерді тұжырымдау және негіздеу;
- салаға ішкі және сыртқы ықпал-әсерлерді таразылау.

Материалдар мен әдістемесі. Бұл еңбекте отандық денсаулық сақтау дамуын жалпыелдік ауқымдағы ортақ дамунаманың ішінара бір жобасы ретінде қабылдай отырып, оның іске асу кезеңдерін, саланы модернизациялаудың басты факторларын анықтау және бағалау басты қағидат болып табылады. Бір жағынан бұл тарихты зерттеудің жаңа бағыттары – инновациялар диффузия-

сының концепциясы мен нарративті әдісіне сәйкес келеді. Яғни тарихи оқиғалар туралы нарратив пен олардың белгілі бір логикасына сәйкес құрылған белгілі бір тізбекті басшылыққа алушылық. Жаңа буын тарихшылары бұл әдіснамалар мен әдістемелерді белгілі бір себеп-салдарлық байланыстар мен қалыптасқан фактілер негізінде түсіндіреді. Алынған қорытындылар тарихи оқиғаны немесе дәуірді бастапқы талдау үшін аса маңызды.

Инновациялар диффузиясының концепциясы көптеген заманауи пәндерде практикалық қолдану табуда. Ол тарихпен қатар әлеуметтану, экономика (әсіресе, маркетинг), әлеуметтік коммуни-кациялар (соның ішінде бұқаралық коммуникациялар – қазіргі тарихи кезеңде көбінесе, білім мен жаңа идеяларды тарату процесінде БАҚ шешуші маңыздылыққа ие) сияқты салалардағы мыңдаған ғылыми еңбектердің негізі болды.

Соңғы 30 жылда бұл теория ТМД тарихын зерттеуде белсенді түрде қолданылу үстінде. Оның басты ерекшелігі – диффузияның әртүрлі аспектілері мен деңгейлерін кеңінен қамтудан көрінеді[8].

Нарративті әдіс – «сипаттамалық-баяндамалық» деп те аталады. Ол көп жағдайда тарихи оқиғаларды баяндау әдісі ретінде қолданып келді[9].

Зерттеудің әдістемелік базасы– медицина мен тарих, саланың түрлі бағыты бойынша даму тарихы, статистикалар, денсаулықтық жобаларды басқару саласындағы отандық және шетелдік ғалымдардың («Халық денсаулығы» мемлекеттік бағдарламасы (1998-2005 жылдар)) ғылыми еңбектері.

Сондай-ақ жұмыс барысында библиографиялық талдау, статистикалық талдау, жалпылау, салыстыру, анализ, синтез, жіктеу, сараптамалық бағалау, факторлық талдау, терең талдау жүргізу, негізгі компонент әдісі, фактаж жүргізу сияқты ғылыми әдістер де қолданылды.

Айта кетерлік бір жайт, тәуелсіздіктің алғашқы жылдарындағы денсаулық сақтау саласының қалыптасуының әртүрлі аспектілері шетелдік және отандық ғалымдардың еңбектерінде кеңінен қарастырылғаны. Айталық, отандық ғалымдардың ішінде М.Әлиев, Е.Ә. Байжүнісов, А. Біртанов, Е.А. Біртанов, А.А. Ақанов, В.Н. Девятко, М.К. Құлжанов және басқа авторлардың ғылыми еңбектерінде кеңінен зерттелген. Шетелдік ғалымдар ішінде А.Кацага, М.Караниколос, Б.Речель және тағы да басқа ғалымдар денсаулық бағдарламалары мен стратегиялары, жобаларының теориялық-нәтижелік қырларын егжей-тегжейлі зерттеу нысанына алған. Бұл ретте астаналық экономист Б.С.Өмірбаева қазақстандық медицинаны жаңа рәуіште қалыптастырудың халықаралық бәсекеге қабілеттіліктегі маңызды көзі екенін дәлелдеді[10].

Талқылау. Толымды тарихи тәжірибеге иек артпай мемлекет те, оның құрылымдық бағыттары да ілкімді дами алмайды және ол тарих зерттеп зерделенген, мамандар тарапынан сарапшылық бағасын алған сапалы тарих болғаны жөн. Сондықтан денсаулық сақтау мәселесін зерттеу де бір медиктердің иелігі емес, жалпы пәнаралық сипатқа ие. Екінші жағынан, тақырыптың өзекті болуына денсаулық және денсаулық сақтау жүйесін зерттеу әлеуметтанушылар, тарихшылар, философтар, саясаттанушылар, сондай-ақ мемлекет қайраткерлері мен саясаткерлер арасында өсіп келе жатқан қоғамдық қызығушылық пен халықаралық ғылыми зерттеулердің объектісі болып табылатындығы ықпал етеді.

Денсаулық сақтаудың даму тарихын зерттейтін ғалымдар кеңестік денсаулық сақтаудың келесі кезеңдерге айырады:

- 1918-1930 жж. – денсаулық сақтау қызметін құру және денсаулық сақтау халық комиссариатын құру;
- 1930-1940 жж. – денсаулық сақтауды одан әрі дамыту;
- 1941-1953 жж. – Ұлы Отан соғысы жылдарындағы және елді қалпына келтіру кезеңіндегі денсаулық сақтау;
- 1954-1965 жж. – денсаулық сақтауда ғылымның рөлін арттыру;
- 1965-1985 жж. – денсаулық сақтау және ғылыми-техникалық прогресс;
- 1985-1991 жж. – денсаулық сақтауды қайта құру қажеттілігі [3].

Жоғарыдағы кезеңдерге үстеме және заңды даму сабақтастығы ретінде жалғасын тапқан тәуелсіздік кезеңі туралы ғалым Е.Ә. Байжүнісов «1990-жылдардың басында Кеңес Одағы ыдырады. Ал Қазақстан егеменді ел болып қалыптасу кезеңінде жүйелі сипаттағы экономикалық дағдарысқа тап болды» [3] дейді. Яғни отандық медицина сол кездері өте қиын жағдайды бастан кешіп, сандық және сапалық тұрғыларда көп басымдықтарын жоғалтты.

Мынау Дүниежүзілік банкі тіркеген[11] әлемдік даму кестесіндегі қазақстандық макроқорсеткіштердің деректемесі (1-кесте):

1-кесте

Тармақтар	1990 жыл	1995 жыл	2000 жыл
ЖІӨ ағымдағы бағаларында, АҚШ млрд. доллары	26,90	20,40	18,30
ЖІӨ және Сатып алу қабілетінің паритеті, млрд. доллар	83,70	58,00	71,30
Жан басына шаққандағы ЖІӨ-нің ағымдағы бағалары, АҚШ доллары	1 647	1 288	1 229
Сатып алу қабілеті паритетінің жан басына шаққандағы ЖІӨ-нің ағымдағы бағалары, АҚШ доллары	5 116	3 657	4 792
ЖІӨ-ның жылдық өсімі, %	-8,20	9,80	9,80
Мемлекеттік жалпы шығындар, ЖІӨ %	25,60	23,20	23,20
Оң сальдо/дефицит, ЖІӨ %		0,09	0,09
Салық түсімдері, ЖІӨ %		10,22	10,22
Орталық үкіметтің қарызы, ЖІӨ %		21,62	21,62
Өндірістегі қосымша құн, ЖІӨ %		40,46	40,46
Ауылшаруашылық қосымша құн, ЖІӨ %		12,89	8,69
Қызмет көрсету саласындағы қосымша құн, ЖІӨ %		55,74	50,85
Жұмыс күші, мың адам	7 820	7 723	7 549
Жұмыссыздық, жұмыс күшінің %			10,60
Ресми айырбастау бағамы (АҚШ долларына теңгенің кезеңдегі орташа курсы)		6,95	142,3
Адами даму индексі	0,65		0,614

Расымен де, егемендіктің алғашқы этапында барлық салада жүйелік дағдарыс басталды. КСРО-ның ыдырауынан одақтас республикалар арасындағы бұрын қалыптасқан экономикалық байланыстар үзіліп, өндірістер тоқтап, экономика құлдырағаны белгілі. Бұл әрине медициналық-демографиялық көрсеткіштерге де әсер етпей қоймады. Мәселен, Қазақстанда 1999 жылғы республикалық халық санағы бойынша 14 952,7 мың адам өмір сүрсе, 1991 жылдан бері тұрақты тұрғындарының саны 17 миллионнан астам адамнан кеміді, яғни халықтың азаю үрдісі байқалды. Бұл факторлар тек көші-қон процестерімен ғана емес, сонымен қатар туу деңгейінің төмендеуімен және өлім-жітім деңгейінің жоғарылауымен де байланысты. Салыстыру үшін: 1989 жүргізілген халық санағы кезіндегі көрсеткіш 16,5 миллионнан бұл кезеңде 14-ке дейін төмендеген. 1990 жылы мың тұрғынға шаққандағы туу коэффициенті 21,7 болса, 2003 жылға дейін көрсеткіш 17,2-ге дейін түскен. Сәйкесінше өлім-жітім де 7,7-ден 10,5-ке дейін артқан. Былайша айтқанда, халықтың орташа өмір сүру ұзақтығы қысқарды.

Сонымен қатар әлеуметтік маңызы бар аурулар саны өскен: жұқпалы аурулар саны екі есе, туберкулез және сүт безінің қатерлі ісігі бір жарым, ал мерезбен ауыру (сифлис) 200 есеге жуық артқан. Бұның бәрі экологиялық қолайсыздықтың, халықтың күнкөріс деңгейінің, өмір сүру сапасының, жалпы әлеуметтік ахуалдың нашарлауының көрінісі болды.

1991 жылдан кейінгі он жылда амбулаториялық-емханалық мекемелер саны айтарлықтай қысқарды, бұл әрине олардың әлеуетіне әсер етті. Ауруханалар саны да екі еседен көп азайып, дәрігерлер жұмыссыз қалды. Бәрінен бұрын ауылдық жерлердегі жағдай күрделі болды.

Денсаулық сақтау жүйесінің жаңа әлеуметтік-экономикалық өзгерістерге бейімделуіне тура келді. Қалыптасқан жағдайда басты мақсат мекемелер желісін және саладағы кадрлық әлеуетті оңтайландыруға қойылды.

Дегенмен аталған реформалар күтілгендей нәтиже бермеді. Бөлінген қаражаттан денсаулық сақтау жүйесінің құрылымдық бөлімшелері қайта инвестицияланбады. Стационарларда орындар азай-тылғанымен, оның есебінен алғашқы медициналық-санитарлық көмек күшейе қойған жоқ. Осылайша, денсаулық сақтау жүйесі жаппай дағдарысқа тірелді. Бюджет тапшылығына байланысты медицинаны қаржыландыру екі бағытта ғана жүрді: қызметкерлердің жалақысы және қызмет көрсетуге арналған шығын материалдары.

Жалақының төмендігі медициналық кадрлардың саладан кетуіне әкелді. Медициналық мекемелерде ғылыми-зерттеу жұмыстарын жүргізу қарқыны да айтарлықтай төмендеп кетті. Ал медициналық жабдықтар мен техниканы жаңарту туралы сөз қозғаудың өзі артық еді [12].

Мысалы, айтулы дәрігер А.Ақановтың деректері бойынша 1994-1995 жылдардағы Орта Азиядағы дәрігерлік және мейірбикелік кадрлармен (10 мың тұрғынға шаққанда) қамтамасыз етілу деңгейі [13] төмендегідей болған (2-кесте):

2-кесте

*	Өзбекстан		Түркіменстан		Қазақстан		Қырғызстан	
	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995
10000 тұрғынға дәрігерлер	33	33	34,4	31,4	38	38	31,3	31,8
10000 тұрғынға мед-бикелер	107	109	108	99	105	101	01,0	01,4
Арақатынасы	3,2	3,2	3,1	3,1	2,8	2,7	2,9	2,6

Елдегі сол шақтағы денсаулық сақтаудың ауыр жағдайы, оның ішіндегі кадрлық тапшылық еліміздегі ірі экономикалық жағдайларға және Қазақстанның тәуелсіз мемлекет болып қалыптасу процестерінің күрделі құбылыстарымен тікелей байланысты.

Өз кезегінде, Қазақстан Республикасы Статистика агенттігінің дәрігерлер санына қатысты 1991 жылдан 2000-жылға дейінгі сандық көрсеткіштері [14] келесідей (3-кесте):

3-кесте

Жылдар	Барлық мамандықтағы дәрігерлер саны, мың адам	Орта медициналық персонал саны, мың адам	Аурухана ұйымдарының саны	Төсек орындар саны, мың	Ауру балаларға арналған төсек орын саны, мың
1991	65,1	198,9	1805	230,4	46,1
1992	66,4	196,3	1821	228,4	47,4
1993	64,5	189,5	1899	225,4	46
1994	61,1	177,7	1651	205,7	40,9
1995	60,1	168,4	1518	192,6	37,4
1996	57,9	150,1	1244	164,4	31,4
1997	54,5	129,5	1006	136,4	25
1998	53,2	120,4	991	123,5	22,7
1999	50,6	110,4	917	108,2	18,9
2000	49	106,6	938	106,9	18,6

Бір ғана жыл кесімімен алып айтқанда, 1996 жылдың 1-қаңтарында Қазақстан Республикасында 3527 амбулаторлық-емдеу және 187,6 мың төсек орындық 1518 аурухананың мекемелері жұмыс істеледі. Оның ішінде 19 ересектерге және 17 облыстық балалар, 219 орталық аудандық, 684 селолық учаскелік аурухана, 1364 селолық дәрігерлік амбулаториялар, 44 дербес перзентханалар, 199 диспан-серлер, 10 ҒЗИ клиникалары, 57 дәрігерлік-санаториялық бөлімдер, 4985 фельдшер акушерлік және 1176 фельдшер денсаулық нүктелері болды. Бірақ денсаулық сақтау ұйымдарының материалдық-техникалық базасын ұйымдастыру қанағаттанғысыз жағдайда екенін айта кеткен кеткен орынды. Ауруханалар мен емханалардың 73%-ы бір үлгідегі емес, ыңғайсыз үйлерде орналасты, бар үйлер ескірген, инженерлік тораптары істен шыққан, яғни қаражаттың жеткіліксіздігінен толық жағдайда күрделі жөндеу жүргізілмеген. Еліміздегі тұрғындарға медициналық көмек: I кезең – ФАП, II кезең селолық – дәрігерлік участок, оған СДА, СУА III кезең – ОРА, IV кезең – қалалық, облыстық ауруханалар, V кезең – республикалық орталықтар мен ҒЗН клиникалары аудандық бөлімшелер 12-14, ал облыстық деңгейдегі 30 дәрігерлік мамандықтар бойынша медициналық көмек көрсетілді. Медициналық жедел жәрдем 47 стансалар мен 29 бөлімдерге берілген. Сонымен бірге Қорғаныс, Ішкі істер, Транспорт министрліктері мен басқа да ведомство жүйесіне денсаулық сақтау мекемелерінің тораптары бар. Ведомстволық амбулаториялық емдеу мекемелерінің жалпы саны 346 ауруханалар – 131 бұл 17,4 мың төсек орынға арналған [13].

М.Әлиевтің дерекнамасына сүйенсек, Қазақстандағы денсаулық сақтау жүйесі жай-күйінің сол кездегі талдамасына сәйкес жалпы абсолютті мәнде де, 100 000 адамға шаққандағы мәнде де халықтың жекелеген аурулармен сырқаттануы туралы деректері [1] апатты жағдаймен сипатталады (4-кесте):

4-кесте

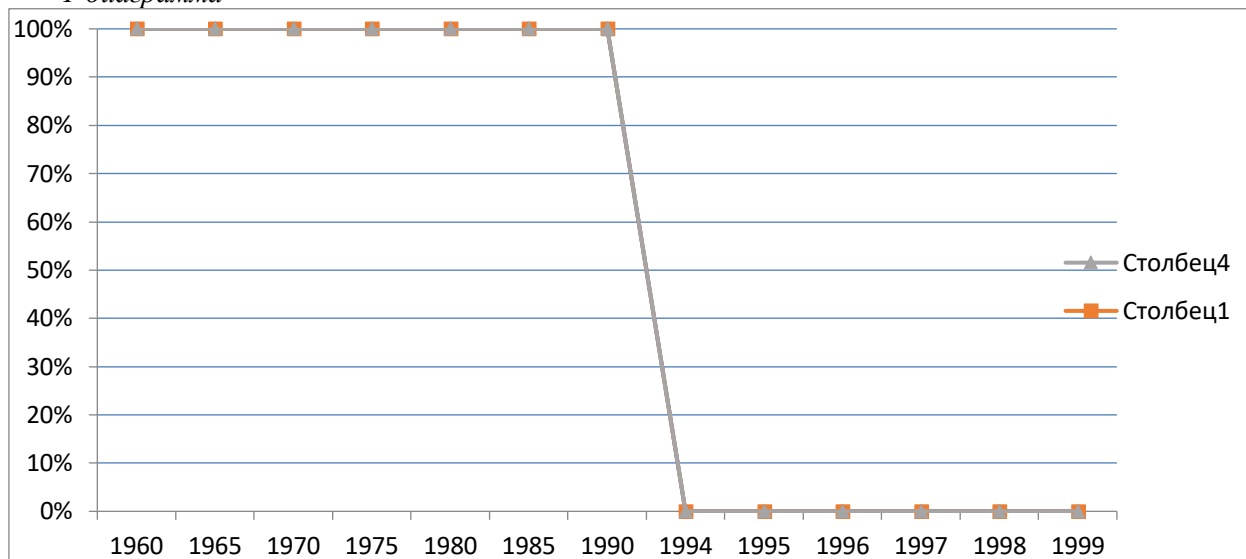
Ауру атауларының тобы	1991		1994		1997		1998		1999	
	Абсолютті	100000 тұрғынға шаққанда	абсолютті	100000 тұрғынға шаққанда	абсолютті	100000 тұрғынға шаққанда	абсолютті	100000 тұрғынға шаққанда	абсолютті	100000 тұрғынға шаққанда
Жалпы ауру көрсеткіші	960609	91183,6	14074530	84081,8	11729861	74398,8	12376246	79464,8	121121057	81202,2
Тыныс алу органдары	2260401	21456,3	4391970	26237,8	3259769	20675,7	3537777	22715,2	3378986	22636,7
Ас қорыту органдары	1062040	10081,1	1366756	8166,2	989856	6278,3	1055373	6776,3	1104035	7396,2
Қан айналым жүйесі	940112	8923,8	991683	59240,4	837498	5319,9	917336	5891,3	938758	6289,0
Жұқпалы және паразитті	380842	3615,0	672061	4014,9	714475	4531,7	708067	4546,5	538103	39933,2
Жарақаттар	751870	7136,9	855085	5108,3	629141	3990,4	603915	3877,6	531646	3561,6
Жүйке жүйесі	1071910	10174,8	1554497	9286,8	467928	2967,9	464293	2981,1	501696	3361,0
Ісік аурулары	224933	2135,1	280522	1556,4	232313	1473,5	221900	1424,8	229931	1540,4

Өз кезегінде бұл көрсеткіштердің шынайы сандардан біршама төмен екендігін ескерген жөн. Себебі осы кезеңдегі жұртшылықтың советтен қалған ділдік-мінезі бойынша ауруға шалдықса да (венерологиялық аурулар, бас ауруы, суық тию, бел ауруы, диарея және т.б.) бәрі бірдей емхана мен ауруханаларға бармайтын және тиісінше ресми статистикаға кірмеді. Тіптен, жалпы аурушандық осы жылдары республика бойынша 12376246 көрсеткішін құрап, кеңестік кезеңмен салыстырғанда 77%-ға дейін өсім берді.

Айта кету керек, 1998-1999 жылдары жүрек-қан тамырлары ауруларының саны артып, статистикада үшінші орынды иеленеді. Сонымен қатар, эхинококкоз сияқты паразиттік аурулармен сырқаттанушылық саны да артқан. Өттегенайы сол, сол шақты қамтитын ресми статистикалық дереккөздерде бұл ауру туралы тұщымды ақпарат жоқ (Оны медицина ғалымдары да мойындайды). Дегенмен бұрындары белгілі бір ауыл-аймақтар үшін қатаң эндемиялық ауруға айналған бұл дерттің ол кезеңде ірі қалалардың, соның ішінде Алматы қаласының тұрғындарына ортақ дертке айналып үлгергені де бұлтартпас факт. Г.Ф.Галина да өз зерттеуінде мұны айрықша талдайды [2].

Туберкулез ауруын[1] алайық (1-диаграмма).

1-диаграмма



Мұның барлығы елдегі санитарлық жағдайдың сол шақта заманауи талаптарға сай келмегеніне және шұғыл түрде денсаулық сақтау жүйесінің (тиісті мемлекеттік органдары және субъектілері) түп тамырымен немесе ішінара реформаны қажетсінгеніне дәлел бола алады. Осыны терең түсінген Т.Шарманов, М.Әлиев секілді кәсіби тұлғалар өзге де жанашыр әріптестерімен бірге консультация және Үкімет құлағына жеткізу үшін «Кез келген реформа реформалар үшін емес, адамдар үшін жасалады емес пе? Өркендеген елде халық ауру немесе мүгедек болып шықса, өзімізді қалай ақтап аламыз? Сонда бұл қайта құруларды кім іске асырмақ? Біздің адамдардың орташа өмір сүру ұзақтығы бұрын-соңды мұндай төмен болған емес, көбі зейнеткерлік жасқа дейін өмір сүрмейді» [1] деп «Казахстанская правда», «Егемен Қазақстан» газеттеріне сұхбат беріп, ұсынымдық-аналитикалық мақалалар жариялап жүретіні осы кез.

«Саяси егемендік әлі толық тәуелсіздік дегенді білдірмейді. Мысалы, денсаулық сақтау саласында толық егемендікке қол жеткіздік деп айту әлі ерте. Өйткені денсаулық сақтау саласындағы тәуелсіздік медициналық қызметтердің көпшілігін өз елінде мұқтаж кез келген адам ала алатынын білдіреді. Бізде әлі күнге дейін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуде тәуелсіздік жоқ, себебі дәрі-дәрмектің басым көпшілігі импортталады. Бұл медицина саласына да қатысты» [15] деп тошшылады М.Әлиев Казправдаға шыққан мақаласында.

Ал сол кезеңдегі ахуалдың жалпы құрылымдық сипаттамасы мынадай болды: 90-жылдардың ортасында оңтайландыру нәтижесінде Денсаулық сақтау министрлігінің аясы комитет деңгейіне дейін төмендетілді. Медицина, мәдениет, білім және спорт өзара қисынсыздығына қарамастан бір құрылымға «сыйдырылды» [12]. Өз кезегінде бұл ведомствалық денсаулық сақтау жүйелерін де қозғап өтті. Атап айтқанда, кеңес заманында және тәуелсіздік жарияланғаннан кейінгі алғашқы жылдары кейбір министрліктер мен ведомстволарда (Ішкі істер министрлігі, Қорғаныс министрлігі, Үкімет, Президент Әкімшілігі, Қазақстан темір жолдары, сондай-ақ кейбір мемлекеттік компаниялар) дәстүрлі түрде республикалық бюджет қаражатынан қаржыландырылатын медициналық мекемелердің өзіндік желісі болды. Кейбір ведомствалық жүйелер соңғы жылдары жұмысын тоқтатты. Олардың инфрақұрылымы, жұмыс істейтін қызметкерлер саны және қызмет көрсету шығындары туралы қосымша ақпарат жоқ. Ресми түрде параллель Денсаулық сақтау жүйелері Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігіне есеп береді, бірақ бұл әрдайым шындыққа сәйкес келе бермейді. [4].

Саланы бөліп алу үшін құрылған Денсаулық сақтау істері агенттігі кейінірек Денсаулық сақтау министрлігі болып қайта құрылды. Алдымен Денсаулық сақтауды қаржыландыру жүйесін реформалау 1996 жылы Міндетті медициналық сақтандыру қорын (ММСК) құру кезеңінен өтті, ол бұрынғы медициналық ұйымдарды орталықтандырылмаған басқару және қаржыландыру жүйесімен қатарлас құрылым ретінде жұмыс істеді. Содан соң келесі даму сатысы – Қазақстан Республикасы Үкіметінің 1998 жылғы 16 қарашадағы Жарлығымен «Халық денсаулығы» мемлекеттік бағдарламасы бекітілді. Онда қазақстандық денсаулық сақтауды дамытудың басым бағыттары, салауатты өмір салтын қалыптастыру, медициналық қызмет көрсету жүйесін, алғашқы

медициналық-санитарлық көмекті жетілдіру, денсаулық сақтаудың көпқабатты жүйесін дамыту, көрсетілетін қызметтердің сапасын арттыру жағы қарастырылды [12].

Сол жылдан бастап Қазақстанның денсаулық сақтау саласы жиынтық бюджетке көшті және мемлекеттік тапсырысты орындай отырып, бағдарламалық-мақсатты қаржыландыру жүйесін құрды. Әлеуметтік әділеттілік қағидатын іске асыру үшін Қазақстан Республикасының Үкіметі Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің тізімін бекітті және оған сәйкес ересектер мен балаларға медициналық-санитариялық алғашқы көмек, мамандандырылған медициналық көмек көрсету бағыты бойынша денсаулық сақтау ұйымдары мен МСАК дәрігерлерінің саны республика-лық және жергілікті бюджеттерге бөлінді.

Алайда А.Ақановтың «Общественное здравоохранение в Казахстане: концепции, проблемы и перспективы» атты кітабында жазғандай, мұның өз кемшін тұстары болды: қатаң, баптық, нормаланған қаржыландыру схемасы нарықтық механизмдерді енгізуге мүмкіндік бермеді және орасан зор қаражатты көлеңкелі экономикаға жіберді [16].

Заңдылық пен сөз бостандығы принципіне сәйкес бұл шаралардың тиімділігін сала мамандары да аяусыз сынға алып, сол кездегі БАҚ-ғы көтерілген мәселелерді (2000 жыл, Егемен-Казправда) тұжырымдай берер болсақ, негізінен нақты 3 пункт бойынша әрекет керектігін атап көрсетіп жатты.

Біріншіден, денсаулық сақтау жүйесіндегі жағдай қаржыландыру деңгейінің тұрақты түрде төмендеуімен сипатталды. Яғни, ұлттық экономиканың барлық салаларының ішінде бұл сала нарықтық қатынастарға ең соңғысы болып, тіпті оның өзінде ішінара ғана енген. Іс жүзінде тек дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету жүйесі ғана нарықтық жағдайда жұмыс істеп, дәрілік заттарды бөлшек және көтерме сауданың барлық желісі жекенің қолын өткен. Бір жақсысы, стоматологиялық қызмет қана нарықтық қатынастарға екпіндеп еніп, бұл әсіресе Алматы және Астана қалаларының мысалын да айқын көрінді.

Екіншіден, ауруханалар мен ғылыми мекемелердің көпшілігі мемлекеттік және коммуналдық қазыналық кәсіпорын мәртебесін алғанымен, олардың қызметінің негізгі көзі мемлекеттік тапсырысты орындау немесе басқаша айтқанда, сол бюджеттік қаражат болып қалды. Ауруханалардың мемлекеттен ажырамағандығының негізгі себептері мыналар: біріншіден, бұл мәселеге Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау істері жөніндегі агенттігінің енжар, кейде тіпті, теріс көзқарасы; екіншіден, халықтың басым бөлігінің төлем қабілеттілігінің төмендігі; үшіншіден, тегін медициналық көмек алуға дағдыланған халықтың санасы.

Үшіншіден, Денсаулық сақтау ведомствосы денсаулық сақтау ұйымдары мен мекемелерінің қызметін тікелей басқармай, халыққа медициналық көмек көрсету сапасын арттыру мақсатында олардың өсуі мен дамуына мүмкіндіктер жасай отырып, мемлекет атынан реттеуші рөл атқару керектігі.

Осы аталған фактордың барлығы ұлттың денсаулық жағдайының тұрақты түрде нашарлауына әкелді. Бірақ осынау бастамалар нәтижесіз кетпеді. Мысалы, осы кезеңде аса зор беделге ие болып отырған М.Әлиевтің (1982 жылдан 1987 жылға дейін Қазақ КСР Денсаулық сақтау министрі, 1987 жылдан бастап А.Н. Сызғанов атындағы хирургия ғылыми орталығының директоры) «Какой должна быть система здравоохранения страны?» [15] атты Казправдаға шыққан мақаласы қоғамдық пікірді барынша қыздырып, атқарушы биліктің шұғыл түрде іс-шаралар жоспарын қабылдауына себеп болды. Онда 2001 жылдан 2030 жыл аралығын қамтитын қадамдық-сатылы 3 кезеңдік Денсаулық сақтау тұжырымдамасы жобасы кеңінен тарқатылып ұсынылған болатын. Сол мақала жарияланбай тұрып академик оны сол шақтағы Қазақстан Республикасы Премьер-Министрі Қ.К.Тоқаевтың атына қызметтік хат түрінде жолдап, Үкімет жағымды қабылдады және Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау агенттігіне негізгі концепциялық-тұжырымдамалық мәселелер бойынша жұмыс топтарын құру тапсырылды. Кейіннен сол шешімдердің негізінде Қазақстан Республикасының Үкіметі ұзақмерзімді перспективада денсаулық сақтауды дамыту тұжырымдамасын әзірлеуді ұсынды [1]. Тарихшы ретінде баға берер болсақ, осылайша Қазақстанның бүгінгі медициналық деңгейіне алып келген басты іс бағыттарында жүйелі де ілкімді алғашқы жұмысы басталды.

Зерттеу нәтижесі. Жұмыс нәтижелері әрі қарай жаңа отандық медициналық тарихи бағыт ретінде рәсімделуі мүмкін. Сала ұйымдарын трансформациялау жобаларында оларды басқарудың отандық жүйесін қалыптастыруға арналған теориялық платформа құруға да әлеуетті. Сонымен қатар ғылыми денсаулық қазақ тілі толықтырылып, жұмыс негізінде «Қазақстанның денсаулық сақтау саласының тарихы» атты өзекті курстың әзірленуіне кезекті бір деректік-ақпараттық алғышарт жасалды.

Сонымен, хронология бойынша айтар болсақ, Мемлекет басшысы 2002 жылды «Денсаулық жылы» деп жариялаған болатын. Саладағы ірі мәселелердің күрмеуі дәл осы жылы шешіледі деген

үміт пен сенім басым болды. Оны белгілі бір деңгейде ақталды деуге де болады. Сол жылы денсаулық сақтау қажеттіліктеріне республикалық бюджеттен 12 миллиард теңгеден астам қаржы бөлінді. Қаражат тегін медициналық көмек, алғашқы медициналық-санитарлық көмек, фармацевтикалық және медициналық өнеркәсіпті дамыту саласына қатысты 46 мақсатты кешенді бағдарламаны іске асыруға бағытталды. «Денсаулық» қоры құрылды, кәсіби медициналық тексеру жанданды, балаларды, бала туу жасындағы әйелдерді, әскерилерді кең ауқымды қарап, тексеру жүзеге асырылды. Жер-жерде дәрігерлердің көшпелі бригадалары ұйымдастырылды.

Үкіметтің қаулысымен стратегиялық мақсаттарда мемлекеттік санитарлық қадағалау және фармация комитеттері құрылды. Бұл заңнамалық және нормативтік базаны жетілдіруге мүмкіндік берді – дәрілік саясат, қаржыландыру, алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету, туберкулезге, нашақорлыққа қарсы күрес бойынша 40-тан астам нормативтік-құқықтық құжаттар дайындалды.

386 нысан жаңартылды және салынды, оның 70%-дан астамы ауылдық жерлерде еді. Соңғы он жылда алғаш рет ауылдық медициналық мекемелерге санитарлық көлік сатып алынды. Денсаулық жылында қабылданған осы және басқа да көптеген шаралар денсаулық сақтауды одан әрі тиімді дамытудың стратегиялық негізіне айналды. Сөйтіп, мақсат-міндеттер айқындалып, саланы дамыту-дың нақты қадамдары, жұмыс істеу алгоритмі белгіленіп, арнасын тапқандай болды. «Золотая книга» редакциясында дайындалған «Денсаулық сақтау: Қазақстан элитасы» кітабында бұл кезеңнің «-«Халық денсаулығын жақсарту мемлекеттің негізгі міндеттерінің алдыңғы қатарында тұрды. Денсаулық сақтау жүйесін қолдау, медициналық қызмет көрсету сапасына қойылатын талаптардың артуын ескере отырып, салауатты өмір салтын насихаттау да қолға алынды» [12] деп сипат-талғанының өзі көп жайттан хабар береді.

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі (Бұл кезеңде Денсаулық сақтау істері жөніндегі агенттігі министрлік мәртебесіне қайтара өтті) алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету, ана мен бала денсаулығын қорғауды нығайту және дамыту, әлеуметтік маңызы бар аурулардың алдын алу, диагностикалау мен емдеуді жетілдіру, санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылықты қамтамасыз ету, фармацевтикалық және медицина өнеркәсібін нығайту және дамыту, медициналық білім мен ғылымды реформалау жөніндегі шараларды әзірледі.

Қазақстан ТМД елдері арасында алғаш болып нәрестелерге сары ауруға қарсы екпе жасады. Сол жылдары республикада полиомиелиттің бірде-бір жағдайы тіркелген жоқ. Дүниежүзілік сауда ұйымы Қазақстанға «Полиомиелиттен таза ел» деп тану сертификатын берді.

Жүкті әйелдердегі анемия мен йод тапшылығы секілді күрделі мәселелер мемлекеттен комбинат-тарда ұндытемір препараттарымен байыту және ас тұзын шығаратын зауыттарда тұзды йодтау секілді кешенді шараларды әзірлеуді талап етті.

Сонымен қатар, психикалық, мінез-құлық бұзылыстары, қант диабеті, қатерлі ісіктер секілді әлеуметтік мәні бар аурулар ерекше назар аударуды қажет етті. Халықты флюорографиялық зерттеу қарқын алды. Бұл туберкулездің деструктивті түрлерінің үлес салмағын, өсу қарқынын төмендетуге және тиісінше жұмсалатын қаражат шығыны мен өлім-жітімді азайтуға мүмкіндік берді.

Үкімет тиісті үйлестіру кеңесін, ғылыми-практикалық орталықтарды құра отырып, нашақорлыққа және есірткі бизнесіне қарсы күрестің мемлекеттік бағдарламасын бекітті. Мәселеелдің Қауіпсіздік Кеңесінің тұрақты бақылауына алынды. АИТВ/ЖИТС-пен күресу бойынша, әсіресе қауіп тобына жататын контингент арасында әлеуметтік алғышарттарды жою бойынша профилактикалық жұмыс өз нәтижесін берді [12].

Ең бастысы, еліміздегі эпидемиологиялық жағдай халықты вакцинациялау арқылы түзеле түсті. «Халықтың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығы туралы» Қазақстан Республикасының Заңы санитарлық дәрігерлерге бақылау-қадағалау функцияларын жүктеді. Дегенмен халықты сапалы ауыз су және сапалы азық-түлікпен қамтамасыз ету, сауда, қоғамдық тамақтандыру объектілерінің, коммуналдық объектілердің, балалар мен жасөспірімдер мекемелерінің санитарлық жағдайы әлі де өткір мәселер қатарында тұрды.

Стратегиялық маңызы бар фармацевтикалық секторды мемлекеттік реттеуді күшейту мақсатында 2002 жылы Фармация, фармацевтика және медициналық өнеркәсібі комитеті құрылды. Бақылау және қадағалау функциялары берілген мұндай арнайы ведомство сол шақта тек Қазақстанда ғана қызмет етті. Бұл дәрі-дәрмектерді мемлекеттік тіркеу, қауіпсіздігін, сапасы мен тиімділігін бақылау жүйесін ретке келтіруге мүмкіндік берді. Өйткені онжылдық соңына қарай фармацевтикалық нарықтың ауқымды іріленіп, кең жүйеге айналды.

Ауыл тұрғындарына дәрі-дәрмектердің қолжетімділігін қамтамасыз ету, дәріханаларда негізінен жеке меншік нысанындағы сертификатталмаған, контрабандалық ВЕСКМАН препараттарын өткізуді шектеу жөніндегі шаралар қабылданды. Дәрілік заттарды әкелу мен әкетуді лицензиялаудың күшін жою фармацевтикалық нарық субъектілерінің сыртқы

экономикалық қызметін жандандыруға мүмкіндік беріп, дәрі-дәрмек бағасының төмендеуіне әкелді.

Фармацевтика өнеркәсібі нарықты қазақстандық өндірістердің сапалы өнімдерімен қамтамасыз ету үшін отандық ғалымдар ойлап тапқан өнімдерді неғұрлым тиімді пайдалануға бет бұра бастады. Себебі ел нарығында импорттық дәрі-дәрмектердің үлесі басым, тіпті өмірлік маңызы бар препараттар да шетелден жеткізілген, ал отандық өнімдер үлесі өте төмен еді.

Денсаулық сақтау саласындағы ең негізгі бөлімнің бірі – медицина ғылымын дамыту үшін де аз тер төгілген жоқ және қол жеткен жетістіктер де аз емес. Тіпті қиын кезеңдердің өзінде қазақстандық ғалымдар микрохирургияның жаңа әдістерін, аортокоронарлы шунттау, бауыр трансплантациясы операцияларын игерді, генетикалық патологияның алдын алу үшін ең жаңа биохимиялық анализаторлар мен скринингтер енгізілді.

Хирургтардың экстракорпоральды сокқы толқыны литотрипсиясындағы, жедел урологиялық патологияларды емдеу бойынша лапароскопиялық және рентгенэндоваскулярлық хирургиядағы, кардиологиядағы магнитотерапия мен лазерлік терапия және басқа да жетістіктерімен мақтануға болады.

Педиатриялық практикада алдын алудың, диагностикалаудың және емдеудің жаңа әдістері әзірленіп, қатерлі ісіктерді ерте диагностикалаудың және аралас емдеудің заманауи әдістері енгізілді. Ұлттық генетикалық тіркелім құрылды.

Орта Азияда алғаш рет Қазақстанда балаларға бүйрек трансплантациясы жасалды. Ұйқы безінің В жасушалары мен бауыр мен қалқанша безінің эмбриональды жасушаларын трансплантациялаудың клиникалық тиімділігін білу бойынша зерттеулер жүргізіліп жатты. Денсаулық сақтау органдары медицина ғылымының жетістіктерін практикалық қолдануға және ғылыми жаңалықтарды күнделікті тәжірибеге енгізу бағытында жұмыс істей бастады.

Сонымен қатар ғылыми «азарт» адамның өмірі мен денсаулығына зиян келтірмеуге тиіс екендігіне мән берілді. Сол үшін Қазақстан Республикасы Үкіметі жанындағы Денсаулық сақтау жөніндегі ұлттық үйлестіру кеңесінің жанынан Биотика жөніндегі комиссия құрылды. Оның міндетіне эксперимент жасау кезінде адам қатыстырылуы керек болған жағдайда ғылыми зерттеулерге этикалық сараптама жүргізу кірді [12].

Қорытынды. Енді 1990-2000 жылдар аралығында, яғни тәуелсіздік кезеңіндегі денсаулық сақтау саласын қаржыландыру көлемі туралы деректер [1] келтірілген кестеге назар салалық (5-кесте).

5-кесте

Жылдар	Қаржыландыру көлемі (млн. USS)	Бір тұрғынға шаққанда
1990	98,2	5,9
1991	124,8	7,4
1992	205,8	12,2
1993	313,7	19,7
1994	240,8	14,5
1995	429,6	25,8
1996	500,5	30,4
1997	455,8	27,8
1998	432,7	27,7
1999	326,1	21,8
2000	228,6	15,2

Бір таңқаларлығы, 2000 жылы бір тұрғынға шаққандағы қаржыландыру көлемі 1996 жылмен салыстырғанда екі есе азайған. «Бұл Қазақстанның кейбір ТМД елдерінен, мысалы, Беларусьтен 2,5 еседен астам, ал алдыңғы қатарлы елдерден – Германиядан 5 еседен астам артта қалғанын көрсетеді. Тіпті, Қазақстанның соңғы орында болуының өзі, аздап айтқанда, түсінбестік тудырып отыр» [1] деген бұған қатысты уақытында М.Әлиев.

Мұның соңы ақырында «Нарықтық қатынастардың дамуы денсаулық сақтаудың қаржылық базасын кеңейтіп, халықтың денсаулығына қосымша инвестиция тартуға жағдай жасайды» деген тұжырымға алып келіп, отандық денсаулық сақтау саласының жаңа парағының бетін ашты. Бұл туралы мемлекет және медицина қайраткері В.Н. Девятко «Здоровье народа и здравоохранение Казахстана в переходной период: опыт, уроки, проблемы» атты еңбегінде тәптіштей көрсеткен [17]. Осыған байланысты Президенттің 2004 жылғы 14 қыркүйектегі Жарлығымен «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ісін реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы» бекітілді. Оның мақсаты – халықтың денсаулығын

жақсартуға бағыт-талған және мемлекеттің, жұмыс берушінің және жеке адамның денсаулығын сақтаудағы бірлескен жауапкершілігі қағидаттарына негізделген, МСАК-ты дамытуға басымдық берілген медициналық көмек көрсетудің тиімді жүйесін құру болды. Саланы қаржыландыру көлемін жыл сайын ұлғайтып, оны 2010 жылға қарай ЖІӨ-нің 4%-на дейін жеткізу көзделді. Аталмыш мемлекеттік бағдарлама өзін денсаулық сақтау саласын жаңғыртудың тиімді институты ретінде көрсетті. Біріншіден, жаңғыртудың іргелі мәселелері бойынша денсаулық сақтау саясатына қатысты көзқарастардың бірлігіне қол жеткізілді. Осы кезеңде денсаулық сақтау саласын қаржыландыру 3,5 есеге өсті.

Әрине, халыққа медициналық қызмет көрсетудің сапасын арттыру мәселелері, денсаулық сақтау жүйесін дамыту перспективалары, осы салада орындалуға тиіс кезек күттірмейтін міндеттер әрқашан Президенттің Қазақстан халқына жыл сайынғы Жолдауларында көрініс тауып келді. Алайда тәуелсіздік жарияланғаннан кейінгі онжылдықта денсаулық сақтау жүйесінде айтарлықтай өзгерістер болған жоқ. Өйткені негізгі басымдықтар саяси және экономикалық реформаларға берілді. Бірақ тарихшылар мен медиктер әділетсіз ұмыта беретін бір тұс бар. Ол – қазіргі тетік-механизм мен бет-бейнедегі денсаулық сақтаудың бүкіл артықшылық-кемшілігімен бірге 2000-жылдардағы батыстық үлгіге ұмтылған жаңа бетбұрыс кезеңінен бастау алатындығын ескере бермеуі.

Рас, Г.Ф. Галина дәлелдегендей, Қазақстан Республикасы тәуелсіздігінің бірінші онжылдығына – 1991-2000 жылдар кіреді. Бұл кезеңде мемлекеттіліктің, жаңа демократиялық және егемен мемлекет құрылысының негіздері қаланып, мемлекеттің әлеуметтік саясатындағы, денсаулық сақтау, білім беру, экономика және т.б. қайта құрулардың негізгі бағыттары қалыптасты [2]. Бірақ ол кезеңнің кеңестік ауыр мұраны артқа тастап, ескіден арылу, бұрынғы жүйелік қателіктермен жұмыс кезеңі болғанын да есте ұстаған жөн. Баршамыз білетіндей, денсаулық сақтау – азаматтардың денсаулығын сақтауға бағытталған медициналық, әлеуметтік-экономикалық, саяси және өзге де шаралардың жиынтығы [18]. Сөздің тура мағынасында, еліміздің әлеуеті мен мүмкіндіктері шеңберінде аса табысты болмаса да салалық модернизация мен реформалар іске асты. Яғни қазіргі талаптарға, заманауи сын-тегеуріндерге сай ету, жаңалау, жаңғырту, өзгерту үрдісі. Ал мемлекет жүзеге асыратын қайта құрулар – қоғамдық өмірдің әлдебір жағын өзгерту яки қайта салу – ешқашан оңай және идеальды болған емес. Б.С. Өмірбаева айтпақшы, өркениетті елдерде жаһандану жағдайында денсаулық сақтау экономиканы дамытудағы маңызды секторлардың бірі ретінде қарастырылады [10]. Қазақстан үшін де бұл мәңгілік басымдық бола бермек. Ендеше, кейінгі ұрпақ тарихтағы жеке тұлғалардың рөлін жоққа шығармай, күрделі кезеңдерде билік пен қоғам тарапынан қайраткерлік етіп, жауапкершілік арқалап, ұлттық қауіпсіздік пен елдің еңбек потенциалы және рухани қабілетінің бір құрауышы – халық саламаттығы үшін барын салып қызмет еткен азаматтар есімдерін ұмытпауға тиіс. Өйткені есте сақтау – бұл түсінумен бірдей, ал көп түсінген сайын өткен шақтан соғұрлым жақсы нәрсені ғана көреміз.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. Мұхтар Әлиев. *Үш томдық жинақ. – Алматы, 2003. Т. 2. Сұхбаттасу, мақалалары. – 352 бет. – кітап*
2. Галина Г.Ф. *Становление национальной системы здравоохранения Республики Казахстан в 1990-е годы: автореферат дис. ... кандидата исторических наук: 07.00.03 / Галина Галия Фанильевна; [Место защиты: Казанский (Приволжский) федеральный университет]. – Казань, 2021. – диссертациялық жұмыс*
3. *Этапы развития здравоохранения Казахстана. Э.А. Байжунусов, Управляющий директор по планированию и закупке медицинских услуг Фонда социального медицинского страхования, Астана, Казахстан. Review article. J Health Dev 2018; 1 (26):12-16 – мақала*
4. Katsaga A, Kulzhanov M, Karanikolos M, Rechel B. *Kazakhstan: Health system review. Health Systems in Transition, 2012; 14(4):1–154. – кітап*
5. *Қазақстандағы денсаулық сақтау ісі / - Алматы: Қазақстан, 1978. – 187 б., [19] п. сурет. - Мәтін қазақ, орыс, ағылшын және француз тілдерінде қатар. – кітап*
6. *Большая советская энциклопедия. в 30-ти томах – 3-е изд.. – М.: Совет. энцикл., 1969 – 1986. ил., карт. – кітап*
7. *Қазақстан-2030 Барлық Қазақстандықтардың өсіп-өркендеуі, қауіпсіздігі және әлауқатының артуы. Ел Президентінің Қазақстан халқына Жолдауы. – Электронды ресурс. Қолжетімділік режимі: https://adilet.zan.kz/kaz/docs/K970002030_info*

8. Диффузия технологий, социальных институтов и культурных ценностей на Урале (XVIII – начало XX в.) / Отв. ред. Е. В. Алексеева. Екатеринбург: УрО РАН, 2011. – кітап
9. Бурдые П. 1998. Структура, габитус, практика. Журнал «Социологии и социальной антропологии» I(2): 44–59. – мақала
10. Омирбаева Б.С. Формирование конкурентоспособного здравоохранения: теория, методология, пути реализации. Диссертация на соискание степени доктора философии (PhD). Республика Казахстан, Астана, 2018. – диссертациялық жұмыс
11. World Bank (2011). World development indicators. Washington, DC, World Bank. – Электронды ресурс. Қолжетімділік режимі: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>
12. Денсаулық сақтау: Қазақстан элитасы: суретті кітап /– Алматы: Тау Қайнар, 2006. – 388 б., фотосурет. – Мәтін қазақ және орыс тілдерінде қатар; «Золотая книга» редакциясында дайындалған; Түркия қаласындағы «Мега Басым» полиграфиялық орталығында басылған. – кітап
13. Біртанов А., Біртанов Е. Алматы медицинасының тарихы: (Қалалық жедел жәрдем клиникалық ауруханасы - ҚЖЖКА) /– Алматы: Санат, 1999. – 253. – кітап
14. Статистический журнал Агентства по статистике РК №09-03/124, 2009 г., 27 апреля. – статистика
15. М.Алиев. Какой должна быть система здравоохранения страны? Общественная газета Казахстана «Казахстанская правда». 20 июня 2000 года. – мақала
16. Аканов А.А. Общественное здравоохранение в Казахстане: концепции, проблемы и перспективы / А.А. Аканов, В.Н. Девятко, М.К. Кульжанов – Алматы, 2001. – 101 с. – кітап
17. Девятко, В.Н. Здоровье народа и здравоохранение Казахстана в переходной период: опыт, уроки, проблемы / В.Н. Девятко, А.А. Аканов. Алматы, 1999. – С. 140. – кітап
18. Қазақстан Республикасы қолданыстағы заңдарының заң терминдері мен ұғымдарының сөздігі. – Астана: «Қазақстан Республикасының Заң шығару институты» ЖШС, 2007. – 1000 б. – кітап

References:

1. Mūhtar Äliev. Üş tomdyq jinaq. – Almaty, 2003. T. 2. Sūhbattasu, maqalalary. – 352 bet. – kitap
2. Galina, G. F. Stanovlenie nasionälnoi sistemy zdravoohranenia Respubliki Kazahstan v 1990-e gody: avtoreferat dis. ... kandidata istoricheskikh nauk: 07.00.03 / Galina Galia Fanilevna; [Mesto zaşity: Kazanski (Privoljski) federälnyi universitet]. – Kazän, 2021. – dissertasiyalq jümys
3. Etapy razvitiia zdravoohranenia Kazahstana. E.A. Baijunusov, Upravläiüşi direktor po planirovaniu i zakupu medisinskih uslug Fonda sosiälno go medisin skogo strahovania, Astana, Kazahstan. Review article. J Health Dev 2018; 1 (26):12-16 – maqala
4. Katsaga A, Kulzhanov M, Karanikolos M, Rechel B. Kazakhstan: Health system review. Health Systems in Transition, 2012; 14(4):1–154. – kitap
5. Qazaqstandaqy densaulyq saqtau ısı / - Almaty: Qazaqstan, 1978 . - 187 b., [19] p. suret. - Mätin qazaq, orys, ağılyşyn jäne fransuz tilderinde qatar. – kitap
6. Böłşaiia sovetskaia ensiklopedia. v 30-ti tomah – 3-e izd.. – M.: Sovet. ensikl., 1969 - 1986. il., kart. – kitap
7. Qazaqstan - 2030 Barlyq Qazaqstandyqtardyñ ösip-örkendeui, qaupsızdıgı jäne äl-auqatynyñ artuy. El Prezidentiniñ Qazaqstan halqyna Joldauy. – Elektron dy resurs. Qoljetimділік rejimi: https://adilet.zan.kz/kaz/docs/K970002030_/info
8. Diffuzia tehnologi, sosiälnyh institutov i külturnyh sennostei na Urale (XVIII – nachalo XX v.) / Otv. red. E. V. Alekseeva. Ekaterinburg: UrO RAN, 2011. – kitap
9. Burde P. 1998. Struktura, gabitus, praktika. Jurnal «Sosiologii i sosiälnoi antropologii» I(2): 44–59. – maqala
10. Omirbaeva B.S. Formirovanie konkurentosposobnogo zdravoohranenia: teoria, metodologia, puti realizasii. Dissertasia na soiskanie stepeni doktora filosofii (PhD). Respublika Kazahstan, Astana, 2018. – dissertasiyalq jümys
11. World Bank (2011). World development indicators. Washington, DC, World Bank. – Elektron dy resurs. Qoljetimділік rejimi: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>
12. Densaulyq saqtau: Qazaqstan elitasy: suretti kitap /- Almaty: Tau Qainar, 2006. – 388 b., fotosuret. – Mätin qazaq jäne orys tilderinde qatar; «Zolotaiia kniga» redaksiasynda daiyndalğan; Türkia qalasyndaqy «Mega Basy m» poligrafialyq ortalyğynda basylğan. – kitap

13. Birtanov A., Birtanov E. *Almaty medisinasyň taryhy: (Qalalyq jedel jârdem klinikalyq auruhanasy - QJJKK) / – Almaty: Sanat, 1999. – 253. – kitap*
14. *Statisticheski jurnal Agentstva po statistike RK №09-03/124, 2009 g., 27 aprelä. – statistika*
15. M.Aliev. *Kakoi doljna byt sistema zdravoohranenia strany? Obşenasionälnaia gazeta Kazahstana «Kazahstanskaia pravda». 20 iunä 2000 goda. – maqala*
16. Akanov A.A. *Obşestvennoe zdravoohranenie v Kazahstane: konsepsii, problemy i perspektivy / A.A. Akanov, V.N. Devätko, M.K. Küljanov – Almaty, 2001. – 101 s. – kitap*
17. Devätko, V.N. *Zdoröve naroda i zdravoohranenie Kazahstana v perehodnoi period: opyt, uroki, problemy / V.N. Devätko, A.A. Akanov. Almaty, 1999. -140 s. – kitap*
18. *Qazaqstan Respublikasy qoldanystağy zañdarynyñ zañ terminderi men üğymdarynyñ sözdıgi. – Astana: «Qazaqstan Respublikasynyñ Zañ şyğaru instituty» JŞS, 2007. – 1000 b. – kitap*