

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ПАРЛАМЕНТІ
СЕНАТЫНЫҢ «Өңір» ДЕПУТАТТЫҚ
ТОБЫНЫҢ ОТЫРЫСЫ

2019 жылғы 24 мамыр

Отырысты «Өңір» депутаттық тобының ААжетекшісі, Қазақстан Республикасы Парламенті Сенатының Экономикалық саясат, инновациялық даму және кәсіпкерлік комитетінің мүшесі М.М.БОРТНИК жүргізді.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Құрметті әріптестер, құрметті шақырылғандар! Сегодняшнее заседание круглого стола проводится в соответствии с Планом работы на 2019 год депутатской группы «Өңір» Сената Парламента Республики Казахстан.

Будет рассмотрен вопрос по законодательному обеспечению поручений Елбасы Нурсултан Абишевича Назарбаева по повышению доступности и эффективности медицинской помощи в рамках его посланий народу Казахстана.

В работе круглого стола принимают участие депутаты Сената – члены депутатской группы «Өңір», вице-министр здравоохранения Республики Казахстан Актаева Лязат Мейрашевна, председатель правления «Фонд медицинского социального страхования» Жумагулов Айбатыр Нышанбаевич, заместитель акима Жамбылской области Дауылбаев Еркебулан, руководители управлений здравоохранения Акмолинской, Жамбылской и Кызылординской областей, представитель Министерства финансов, также присутствует председатель правления «Национальный центр независимой экзаменации» Жангереева Гульмира Турегалиевна.

Уважаемые коллеги, нам необходимо утвердить регламент работы. Предлагаю по нашей традиции основным докладчикам до 15 минут, выступающим – 7-10 минут.

После завершения выступлений предоставить время на вопросы и ответы. Есть другие мнения?

ОРНЫНАН. Нет.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Принимается.

Просьба ко всем выступающим придерживаться регламента.

Уважаемые коллеги, уважаемые приглашенные! Сегодня на повестке дня, как я уже сказал, заседания группы стоит тема здравоохранения вообще, а в частности мы хотим посмотреть сельское здравоохранение.

Медицина – это критически важный и особо чувствительный вопрос для нашего населения, вопрос государственной важности для будущего нашей страны.

Елбасы – Нурсултан Абишевич Назарбаев в своих посланиях от 10 января и 5 октября 2018 года четко определил приоритеты дальнейшего развития здравоохранения.

Вопросы социальной стабильности приоритетными были и на XVIII съезде партии «Nur Otan».

Предоставление качественных медицинских услуг, их доступность вне зависимости от места проживания – главная цель в этой сфере.

Качество медицины определяется наличием высококвалифицированных, наверное, и высокооплачиваемых медицинских кадров, сильной материально-технической базой, внедрением современных инновационных технологий, наличием институтов передовой медицины и науки и подготовкой медицинских кадров.

Реализация мер, озвученных в посланиях (а я часть из них хочу вам напомнить), прежде всего это доступность первичной медицинской помощи, особенно в сельской местности, повышение статуса врачей и медицинских работников со снижением их нагрузки до международных стандартов, повышение заработной платы медицинским работникам, внедрение электронного медицинского документооборота, развитие дистанционных медицинских услуг.

На селе прежде всего это внедрение практики мобильного доктора, первичной диагностики, скрининга сельских жителей, внедрение системы обязательного медицинского страхования, новой модели гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и ряд других мер, что позволит отечественной медицине успешно выполнять задачи, поставленные Елбасы в своих посланиях.

Сегодня в медицине есть достижения, есть проблемы, о которых мы должны сегодня поговорить и выработать какие-то рекомендации, которые обязательно лягут в дальнейшем и в нашей законотворческой работе, и в работе Правительства.

Действующий Глава государства Касым-Жомарт Кемелевич Токаев обозначил приоритет: здоровая нация как одна из основных ключевых задач. Я думаю, что всем нам необходимо приложить максимум усилий для решения поставленных задач.

Уважаемые коллеги, я хотел бы предоставить слово для основного доклада вице-министру здравоохранения Актаевой Лязат Мейрашевне.

АҚТАЕВА Л.М. Құрметті Михаил Михайлович, құрметті депутаттар! Денсаулық сақтау саласының алдында төрт негізгі мәселе тұр.

Бірінші, медициналық көмектің сапасы.

Екінші, қолжетімділігі.

Үшінші, жұмысының ашықтығы.

Төртінші халықтың денсаулығының төмен деңгейі.

Для решения проблемных вопросов проводится работа по следующим направлениям:

- улучшение качества и доступности ПМСП;
- снижение дефицита кадров здравоохранения;
- развитие инфраструктуры системы здравоохранения;
- цифровизация медицинских организаций.

Следующий слайд. Здесь показано, что для повышения доступности первичной медико-санитарной помощи открыты 1315 участков врача общей практики, то есть первичная медико-санитарная помощь у нас работает по территориальному принципу, соответственно, очень важный момент для того, чтобы обеспечить качество и доступность – снизить нагрузку на врача общей практики. Это можно достигнуть путем открытия новых участков.

Открыты 1315 участков врача общей практики, 79 педиатрических участков. Нагрузка на одного врача составила 1989 человек прикрепленного населения (в 2017 году было 2096).

На слайде показаны регионы, где нагрузка остается достаточно высокой, и в этих регионах необходимо продолжить далее работу по разукрупнению участков и привлечению специалистов.

В целях реализации Послания Елбасы от 5 октября 2018 года нами утвержден План мероприятий по реализации основных направлений развития первичной медико-санитарной помощи на 2019-2020 годы.

Меры были заслушаны, в целом текущая ситуация была заслушана на очередном заседании Правительства, где Премьер-Министром поручено разработать план мероприятий и утвердить распоряжением Премьер-Министра для того, чтобы максимально поставить на контроль развитие инфраструктуры первичной медико-санитарной помощи в регионах.

Созданы 165 новых объектов ПМСП, открыты более 1 тысячи врачебных участков, что позволило снизить нагрузку на врача ПМСП.

Объем финансирования первичной медико-санитарной помощи в рамках гарантированного объема (ГОБМП) увеличен до 40 процентов.

Высокие показатели на врача общей практики отмечаются в Кустанайской, Западно-Казахстанской и Карагандинской областях.

В текущем году планируется создать дополнительно еще 68 участков, снизить далее нагрузку на одного врача в этом году до 1700 человек, в 2021 году – до 1500 человек на одного врача.

И далее рост финансирования первичной медико-санитарной помощи продолжить и долю увеличить до 50 процентов в следующем году.

В результате ожидается снижение участков на 1 объект, сегодня на одном объекте 20 участков. За счет этого скученность в поликлиниках возникает, поэтому необходимо создавать именно компактные, где-то 10 участков, получается, 17 тысяч прикрепленного населения, объекты, которые

будут находиться в шаговой доступности к населению. Это отразится на качестве.

Необходимо, чтобы была достаточная численность и обеспеченность медицинскими работниками.

Ведется работа по снижению дефицита кадров. Мы говорим, что согласно штатному расписанию в медицинских организациях на сегодняшний день 2400 штатных единиц являются незанятыми, особенно по специальностям «анестезиолог», «терапевт», «акушер-гинеколог». И при этом есть достаточный коэффициент совместительства – 1,4. Врач выполняет свою ставку плюс 40 процентов объема другого врача. Это однозначно будет влиять на качество. Здесь очень важно сводить этот коэффициент по совместительству к 1. И для этого необходимы дополнительные ресурсы.

Вот на таблице тоже показан дефицит кадров между городом и селом. Учитывая, что в селе инфраструктура в любом случае меньше, соответственно дефицит кадров меньше, но там и острее эта проблема. Поэтому очень важно эти 468 единиц заполнить.

Что для этого делается? Есть институт обязательной трехлетней отработки в государственных медицинских организациях. Идет персональное распределение выпускников через сайт «Еңбек.кз».

Порядка 5 тысяч выпускников будут выпущены в этом году из медицинских вузов, из них 1,5 тысячи по специальности врача общей практики, по сути, при обязательном трудоустройстве и достаточной мотивации обеспеченности социальным пакетом будет ликвидирован дефицит во врачах общей практики и первичной медико-санитарной помощи.

В прошлом году в регионы были направлены 1906 специалистов. К сожалению, только 25 процентов, 500 человек, охвачены именно социальным пакетом.

Тут очень важный момент – поручение Премьер-Министра в регионы было внесено. Вместе с тем очень важно распределение, чтобы был максимальный социальный пакет (получить подъемные, обязательно жилье), чтобы уже закрепить кадры на местах.

В прошлом году в недостаточном объеме социальная поддержка была оказана в Актюбинской и Западно-Казахстанской областях.

Законодательно в прошлом году в кодексе были приняты нормы. Создаются университетские клиники. То есть идет дальнейшая работа по развитию стратегического партнерства медицинских вузов. Необходимо продолжить работы и по дальнейшему развитию медицинского образования. Это все будет способствовать подготовке квалифицированных кадров. Уже в этом году планируется 3 тысячи резидентов направить в региональные клиники. Если раньше резиденты были сосредоточены в клинических базах университетов, то есть там, где они расположены, то в этом году они уже

пойдут дальше до районного уровня, распределят в региональные клиники, что опять же должно снизить потребность на местах.

Для обеспечения доступности проводится разукрупнение организаций ПМСП. За последние два года в регионах введены в эксплуатацию 214 объектов, из них 67 объектов построены за счет частных инвестиций. Но все же остается высокая степень износа объектов ПМСП в девяти регионах, в Павлодарской, Кустанайской, Кызылординской, Атырауской, Жамбылской, СКО, ВКО, ЗКО и Акмолинской областях, где степень износа выше среднереспубликанского уровня. При этом в ряде регионов отмечается низкая оснащенность медицинской техникой при ее ежегодном износе.

Также есть цифра, по данным Министерства национальной экономики, 846 сельских населенных пунктов, где отсутствуют медицинские объекты. Там проживают более 200 тысяч человек. Эта информация легла в основу формирования единых перспективных планов.

Опять же в кодекс в прошлом году была введена норма, что Минздрав определяет единый перспективный план, правила по его формированию. А регионы с учетом имеющейся инфраструктуры формируют свои региональные планы развития инфраструктуры.

Вместе с тем в ряде регионов принимаются недостаточные меры по обновлению инфраструктуры. К примеру, в Акмолинской области износ составляет 80 процентов, а за последние два года построено всего три объекта здравоохранения. В ВКО износ более 70 процентов, в 93 сельских населенных пунктах отсутствуют медицинские организации и при этом построен всего один объект. Поэтому при актуализации единых перспективных планов это обязательно нужно учитывать, в том числе плотность населения, имеющуюся инфраструктуру.

Сразу хотела сказать. Здесь присутствует заместитель акима Жамбылской области. Это единственная область, где нет сельских населенных пунктов с отсутствующими медицинскими организациями ПМСП. То есть идет очень активная работа по развитию инфраструктуры.

В ближайшие три года планируется открыть 595 объектов на сумму 120 миллиардов тенге. Половина – это частные инвестиции. Запланирован капитальный ремонт 228 объектов ПМСП, будет оснащено более 11 единиц медицинской техники. На сегодняшний день потребность составляет более 22 миллиардов тенге. То есть нужно будет продолжить работу в рамках региональных перспективных планов развития инфраструктуры для обеспечения шаговой доступности.

Далее. Автомобили скорой помощи и передвижные медицинские пункты. Первый Президент – Елбасы 30 января 2019 года дал поручение, предусмотрено выделение средств в сумме 27 миллиардов тенге. Предполагается приобретение 800 единиц автомобилей скорой медицинской помощи. Если на сегодняшний день 49 передвижных медпунктов

функционируют, планируется приобретение еще 18 передвижных медицинских комплексов.

Передвижные медицинские комплексы выезжают на автомашине с определенным наличием диагностического оборудования, выезжают в удаленные населенные пункты, где проводится профилактический осмотр, оказывается медицинская помощь. В этом году у нас увеличен тариф на услуги передвижных медицинских комплексов с 723 до 1586 тенге.

Далее. Необходимо обеспечение прозрачности системы здравоохранения деятельности медицинских организаций. Здесь важный момент – это проведение дальнейшей цифровизации системы здравоохранения. Для этого необходима инфраструктура. Оснащение компьютерами составляет 95 процентов, доступ к интернету и медицинской информационной системы в городах и районных центрах составляет 100 процентов, но ниже районного уровня все-таки остаются медицинские организации без интернета. В Карагандинской области 32 процента, в СКО – 33 процента, в Туркестанской – 35 процентов, ВКО – 35 процентов. То есть идет низкий охват интернетом. Необходимо при решении вопроса обеспечить этот доступ далее мы будем говорить, что полностью прозрачная система здравоохранения обеспечена.

Безбумажное ведение медицинской документации внедряется. На сегодняшний день более 2 миллионов человек используют мобильное приложение. В целом проведение цифровизации, записи к врачу через «e-gov», мобильные приложения позволили снизить очереди на 60 процентов, визиты в поликлинику сократить в два раза за счет внедрения цифровизации.

Понятно, что решение озвученных вопросов будет дальше способствовать развитию качества, доступности и эффективности медицинской помощи.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет, Ляззат Мейрашевна, за подробный и оптимистичный доклад.

Понятно, что проблемы есть, но то, что вы видите их решение, тоже обнадеживает.

Я хотел бы следующее слово предоставить председателю правления «Фонд медицинского социального страхования» Жумагулову Айбатыру Нышанбаевичу.

ЖҰМАҒҰЛОВ А.Н. Құрметті Михаил Михайлович, құрметті депутаттар! Жалпы әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының жұмыстары туралы қысқаша мәлімдеуге рұқсат етіңіздер.

Как вам известно, фактически фонд определен единым плательщиком услуг в рамках ГОБМП и медицинской помощи в системе ОСМС.

С начала своей деятельности в качестве единого плательщика фондом обеспечены:

1) централизация финансирования ГОБМП на уровне фонда. Сумма средств, администрируемых фондом в 2019 году составила 973 миллиарда тенге.

2) усиление привлекательности ГОБМП для частных поставщиков: в 2019 году с 698 частными поставщиками заключены договора, что составляет 50 процентов. Сумма договоров на 2019 года составляет 16,4. Если сравнивать с 2017 годом, то идет увеличение в два раза.

3) сокращение региональных различий в тарифах на услуги специализированной помощи, ранее финансируемых из средств местного бюджета. Так, в онкологии в 2018 году разница в тарифах была в три раза (наименьший в Актюбинской области, самый высокий в городе Нур-Султане). Эта работа в дальнейшем будет продолжаться с учетом специфики и сложности тех или иных работ;

4) централизация амбулаторного лекарственного обеспечения, экономия по результатам централизованного закупа составила порядка 23 миллиардов тенге. В 2018 году сэкономленные средства были направлены на увеличение расходов ПМСП, скорой медицинской помощи, реализацию закупа лекарственных средств, расширение высокотехнологичных медицинских услуг.

С целью обеспечения населения гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи из республиканского бюджета фонду выделены трансферты на сумму 972 миллиарда тенге, из них:

1) на финансирование медицинских услуг направляется – 878 миллиардов тенге, рост на 55,3 миллиарда тенге по сравнению с 2018 годом;

2) на амбулаторное лекарственное обеспечение – 93,9 миллиарда тенге (2018 году – 101 миллиард тенге), при этом есть экономия.

Увеличение финансирования на 2019 год направлено на:

1) развитие амбулаторно-поликлинической помощи, это порядка 13 миллиардов тенге;

2) выплату доплат работникам участковой службы за внедрение программы управления заболеваниями и патронаж – 5,3 миллиарда тенге;

3) повышение зарплаты низкооплачиваемым работникам – 25,9 миллиарда тенге,

4) реализацию Комплексного плана по борьбе с онкологическими заболеваниями – 8,8 миллиарда тенге,

При этом при росте объемов финансирования на АПП на услуги стационарной медицинской помощи имеется дефицит в размере месячного бюджета стационаров по стране, это порядка 21 миллиарда тенге.

В марте фонд инициировал предложение о выделении дополнительных средств, однако предложение не поддержано и будет внесено повторно.

За 2017 и 2018 годы поступило отчислений и взносов на сумму 132,9 миллиарда тенге. На сегодняшний день сумма накопленных средств на счету фонда составляет порядка 170 миллиардов тенге. По нашим оценкам до конца года сумма составит порядка 240 миллиардов тенге, из которых 107 миллиардов тенге – это взносы за 2019 год.

В 2020 году ожидается поступление взносов и отчислений в сумме 541 миллиарда тенге. За счет отчислений работодателей – 258 миллиардов тенге, в бюджете страны заложено порядка 280 миллиардов тенге на страхование 15 социально уязвимых слоев населения, которые также будут поступать трансфертом в фонд.

Таким образом, у фонда будут дополнительные средства на покрытие части ОСМС порядка на 600-700 миллиардов тенге, это дополнительная сумма, которая пойдет на финансирование медицинских услуг в целом.

Дополнительные расходы на медицинскую помощь будут направлены на медицинскую помощь, увеличение расходов на услуги ПМСП, задачей которой является:

- 1) увеличение доли от 40 до 60 процентов;
- 2) увеличение подушевого норматива амбулаторно-поликлинической и скорой помощи;
- 3) повышение доступности консультативно-диагностических услуг;
- 4) расширение амбулаторно-лекарственного обеспечения (АЛО) для застрахованных граждан.

Также это увеличение доступности и качества медицинских услуг:

- 1) покрытие растущей потребности населения в стационарной и стационарозамещающей помощи, включая увеличение ВТМУ;
- 2) расширение программ реабилитации и восстановительного лечения для застрахованных.

На устойчивое развитие:

- 1) увеличение тарифов на повышение заработной платы медработникам;
- 2) повышение тарифов на медицинские услуги до уровня их безубыточности.

Следующий вопрос касается мониторинга качества и объемов услуг, который также возложен на фонд.

Фонд в соответствии с законодательством проводит мониторинг качества и объем медицинской помощи, оказанной населению в рамках ГОБМП.

В настоящее время мониторинг расширен на всех поставщиков медицинских услуг, с которыми мы имеем договора вне зависимости от формы собственности.

По итогам мониторинга качества и объема медицинской помощи за 2018 год фондом за допущенные дефекты оказания медицинской помощи произведены снятия на сумму 6,3 миллиарда тенге.

По итогам 2018 года отмечается значительный рост количества дефектов по сравнению с результатами 2017 года.

Фонд ужесточает меры ответственности медицинских организаций за предоставление к оплате неподтвержденных случаев или оказанных услуг, также за незаконное прикрепление населения. К сожалению, такие факты на сегодняшний день имеются.

Дальнейшее развитие мониторинга качества и объемов предусматривает оценку удовлетворенности потребителями медицинских услуг и оплату услуг поставщиков по результатам их деятельности.

Данные меры будут достигнуты, в том числе путем автоматизации процесса мониторинга, не исключая человеческий фактор. То есть первый уровень мониторинга мы хотели бы максимально автоматизировать. Предполагается внедрить онлайн-мониторинг в информационных системах Министерства здравоохранения по всем видам помощи, а также с помощью контакт-центра.

Вопрос автоматизации стоит на повестке дня фонда. В целях цифровизации полного цикла деятельности фонда, в том числе элементов планирования, закупок и мониторинга качества и объема медицинских услуг, подготовлены информационные системы фонда. Они на сегодняшний день уже существуют, сейчас проходят тестирование. Таким образом, мы планируем с 1 сентября провести пилотные проекты в отдельных регионах, в частности, на повестке пока Караганды, к этому моменту фонд уже свою систему подготовил.

Интеграция финансовых систем медицинских организаций и фонда на базе платформы 1С позволит полностью автоматизировать процедуры заключения договора, внесения дополнительных соглашений к договору, подписания актов выполненных работ и выставления счетов к оплате.

С целью обеспечения прозрачности деятельности фонда совместно с АО «Центр электронных финансов» (это дочерняя компания, подведомственная организация Министерства финансов). Проводится работа по переводу процедуры выбора поставщиков медицинских услуг в электронный формат уже в текущем году. То есть в планах до конца года этот вопрос реализовать. Работа идет, и основной закуп мы хотели бы или заключения договоров уже организовывать на этой площадке.

Таким образом, медуслуги или поставщики медицинских услуг через портал «e.gov» будут подавать заявку на участие в закупе медицинских услуг для включения в базу данных поставщиков, и вносить в информационные системы Министерства здравоохранения о трудовых ресурсах, то есть о врачах и медсестрах, которые имеются у них в наличии. В принципе, такие

системы есть, нам просто необходимо обновить их данные. Таким образом, процесс будет максимально автоматизирован, все проверки уже через интеграцию системы государственных органов будут проходить онлайн. Это, конечно, уменьшит те документы, которые также дополнительно необходимо предоставлять. Все это значительно упростит процедуру закупа, как для фонда, так и для медицинских организаций, приведет к сокращению сроков подписания договоров, дополнительных соглашений и других необходимых платежных документов, исключит необходимость медицинским организациям выезжать в филиалы фонда, это очень актуально особенно для тех регионов, которые находятся в отдаленности от областного центра. Бывали случаи, когда коллеги несколько раз приезжали только для того, чтобы подписать отдельные договоры или допсоглашения. Поэтому мы этот фактор хотели таким образом нивелировать.

Также фондом проводится информационно-разъяснительная работа о системе обязательного социального медицинского страхования по следующим направлениям: публикации и интервью в СМИ, консультации населения, встречи с населением, обучение медицинских работников, публикации в социальных сетях.

Основные темы для встреч: изменения в законодательстве и заключение контрактов с медицинскими организациями, ежегодная кампания прикрепления, исполнение поручений Главы государства по оптимизации пакета ГОБМП, права пациента в системе здравоохранения, в частности, в условиях введения ОСМС.

В партнерстве с акиматами областей и городов, партией «Nur Otan», Государственной корпорацией "Правительство для граждан" организованы постоянно действующие места консультирования населения в каждом регионе страны. Сотрудники фонда на еженедельной основе консультируют население в определенные дни по всем вопросам ОСМС. Места консультирования организованы на площадках общественных приемных акиматов, в ЦОНах, справочных службах, то есть в тех местах, где есть естественное накопление наших граждан, где люди могли бы открыто спрашивать о тех или иных вопросах, которые их интересуют по системе ОСМС.

Кроме этого у фонда есть постоянно действующие аккаунты в пяти социальных сетях.

Помимо проведения консультаций для населения и разъяснительной работы, фонд делает упор на call-центры. В настоящее время ведется работа с Единым контакт-центром по вопросам оказания государственных услуг – 1414.

Кроме этого, сейчас мы проводим работу по собственному контакт-центру, который также будет интегрирован с контакт-центром по вопросам оказания государственных услуг для разъяснения работ, связанных с ОСМС.

Также в этом году мы проводим опросы по обратной связи. Вы знаете, есть опросы по лекарственному обеспечению, когда через СМС опрашиваем тех граждан, которые получали эти лекарства. Есть, конечно, к сожалению, факты, которые подтверждают, что эти лекарства до пациента не дошли. Такие факты мы анализируем и передаем в правоохранительные органы для полного разбирательства.

В текущем году с апреля мониторинг будет также продолжен.

Обратная связь с населением будет обеспечена через сайт, мобильное приложение фонда, социальные сети, по контактам отделов по работе с населением фонда. Также в текущем году планируется проводить встречи с населением отдельно по тем вопросам, которые будут накапливаться в регионах, совместно с управлением здравоохранения.

По результатам независимой репутационной оценки аудита, проведенного по итогам деятельности фонда, более 60 процентов опрошенных положительно отнеслись к системе ОСМС, 42 процента знают о ключевых принципах ОСМС и повышении доступности медицинских услуг.

И эти показатели, мы считаем, необходимо дальше развивать, и до конца года информационно-разъяснительная работа для фонда будет одним из основных направлений, которые необходимы на сегодняшний день реализовывать.

Спасибо за внимание.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Спасибо, Айбатыр Нышанбаевич.

Я думаю, коллеги, если вопросы появились, все-таки мы регламент выдержим, потом зададим вопросы, я и себе пару пометок сделал, потому что действительно объем работы, который проводится фондом, значительный. Но вместе с тем есть ряд вопросов, к которым мы еще раз вернемся и послушаем.

Я хотел бы предоставить слово заместителю акима Жамбылской области Дауылбаеву Еркебулану Абилхановичу с учетом того, что не так много у нас таких ярко положительных опытов прозвучало от основного органа, контролирующего вопрос здравоохранения.

ДАУЫЛБАЕВ Е.Ә. Құрметті Михаил Михайлович, құрметті депутаттар және мәжіліске қатысушылар! Алғашқы медициналық-санитариялық көмектің қолжетімділігін және сапасын арттыру бойынша Елбасының тапсырмаларын орындау мақсатында бірқатар жұмыстар жүргізілуде.

Облыста емдеу-сауықтыру мекемелерінде тіркелген халық саны 1 миллион 120 мың 524 адамды құрап отыр. 390 денсаулық сақтау ұйымдары қызмет көрсетеді.

2019 жылға денсаулық сақтау саласына бөлінген қаражат көлемі 59,6 миллиард теңге болатын болса, соның ішінде алғашқы медициналық-санитариялық көмекке республикалық бюджеттен 21,6 миллиард теңге бағытталған.

2018 жылы жүргізілген зерделеу жұмыстарының нәтижесінде, 95 алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсету нысандары құрылысының қажеттілігі анықталды. Аталған нысандардың құрылыс жұмыстарын іске асыру 2018 – 2020 жылдарға арналған жол картасы бекітіліп, 2018 жылы 29 нысанның құрылысы мемлекеттік-жекешелік әріптестік аясында іске асырылса, 1 нысан сатып алу жолымен, 9 нысан бюджет қаражаты есебінен салынды. Қалған 65 нысанның құрылысын осы жүйемен 2019 жылы аяқтау жоспарланып отыр.

Нәтижесінде бюджет қаражаты 4,2 миллиард теңгеге үнемделіп, ал жобаларды іске асыру мерзімі 5 жылға қысқартылғалы отыр. Яғни аталған 95 нысанның құрылысы орныққан тәртіппен жобалау-сметалық құжаттамасын (ЖСҚ) әзірлеу арқылы жүзеге асырылса, олардың жалпы құны 6,6 миллиард теңгені құрап, ал іске асыру мерзімі жергілікті бюджет мүмкіндігінің шектеулігіне байланысты 7-10 жылға дейін созылған болар еді. Осылайша, бюджет қаражатын тиімді пайдалану нәтижесінде қажетті 95 нысанның құрылысы небәрі 2 жыл мерзім ішінде 2,4 миллиард теңгеге салынғалы отыр.

Бұл нәтижеге аталған нысандардың қажетсіз алаңын ықшамдау және қолданыстағы құрылыс нормаларында қаралған жобалау-сметалық құжаттамасын (ЖСҚ) әзірлеуге, авторлық қадағалауға, техникалық қадағалаушыға жұмсалатын қаражат, құрылыс коэффициенті, уақытша ғимараттар мен имараттар, қоршау, қысқы қымбаттау, күтілмеген шығыстар сияқты қосымша шығындарды қысқарту арқылы қол жеткізіліп отыр.

Сонымен қатар құны 13,2 миллиард теңгені құрайтын 200 төсектік онкологиялық диспансердің құрылысы жүргізілуде.

2018 жылы дәрі-дәрмекке жалпы 5,5 миллиард теңге қаралып, 111 мың 469 науқас қамтылды. 2019 жылға 5,8 миллиард теңге қаралып отыр.

Оның ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2017 жылғы 28 тамыздағы №666 бұйрығымен бекітілген 49 нозология тізіміне енгізілмеген 83 науқасқа жергілікті бюджеттен 439 миллион теңге жұмсалды. 2019 жылға осындай 89 орфандық науқасқа жергілікті бюджеттен 558 миллион теңге қаралып отыр.

Ағымдағы жылдың 4 айында осы мақсатқа республикалық бюджеттен бөлінген 1,1 миллиард теңгеге жергілікті бюджеттен 227 миллион теңгеге 50 мың 466 науқас дәрі-дәрмекпен қамтылды.

Емдеу ұйымдарының материалдық-техникалық базасын жақсарту мақсатында 2018 жылы жергілікті бюджеттен 2,3 миллиард теңгеге 806 бірлік техника алынды.

2019 жылға 665 бірлік медициналық техниканы сатып алуға 2,3 миллиард теңге қарастырылып отыр.

Сонымен қатар ағымдағы жылы 321 миллион теңгеге 44 бірлік санитариялық автокөлік алу үшін мемлекеттік сатып алу рәсімдері өткізілуде.

2017 жылы 1 жалпы практикалық дәрігер (ЖПД) учаскесіне 1 мың 859 тұрғын тіркеліп, 1 жалпы практикалық дәрігер (ЖПД) жүктеме 2 мың 363 адамды құрады.

Осы жүктемені азайту мақсатында 2018 жылы 72 жалпы практикалық дәрігер (ЖПД) ЖПД учаскесі ашылып, нәтижесінде 1 ЖПД учаскесіне жүктеме 1 мың 675-ке, ал бір дәрігерге жүктеме 2 103-ке дейін төмендеді.

Ағымдағы жылы 100 ЖПД жас мамандарды тарту арқылы облысқа қойылған индикаторлық көрсеткішке қол жеткізу жоспарланып отыр.

Ауылдық жердегі медициналық кадр тапшылығын шешу мақсатында 2018 жылы облысқа келген 122 жас маманның 102-сі ауылдық жерлерге жіберіліп, оның ішінде 76 жас маман жергілікті бюджет есебінен 61 миллион теңге көлемінде көтерме жәрдемақы алды.

Созылмалы аурулардан өлім-жітімді төмендету мақсатында 2018 жылдан бастап науқастарды басқару бағдарламасы барлық алғашқы медициналық-санитариялық ұйымдарына енгізілді.

Бүгінде облыс бойынша диспансерлік есепте 268 мың 621 науқас тұр.

Оның ішінде 3 нозология бойынша диспансерлік есепке алынған 86 мың 342 науқастың 18 мың 573-і ауруларды басқару бағдарламасымен қамтылған, яғни 21,5 пайыз.

2019 жылдың соңына дейін ауруларды басқару бағдарламасымен науқастарды 30 пайыз қамту жоспарлануда.

Ауруларды басқару бағдарламасы бойынша 2 мың 219 учаскелік медициналық қызметкерді оқыту жоспарланған. Оқу курстарынан өткен қызметкерлердің еңбек ақысына 20 пайыз үстеме ақы төлеу үшін 350 миллион теңге қаралған.

2019 жылдың 4 айының қорытындысымен 1 мың 435 маман оқытылып, 1 мың 112 қызметкерге 37,3 миллион теңге қосымша ақы төленді.

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры арқылы ағымдағы жылы 1-маусымынан бастап 20 мың 435 штаттық бірліктегі медицина қызметкерлерінің жалақысы 30 пайызға ұлғайса, облыстағы дәрігерлердің айлығы орта есеппен 151 мың 739 теңгеден 197 мың 260 теңгеге өседі. Жергілікті бюджеттен қаржыландырылатын медициналық ұйымдардағы 389,0 штаттық бірліктегі қызметкерлердің жалақысын ұлғайтуға 45,2 миллион теңге қаралды.

Жедел медициналық көмектің қолжетімділігін жақсарту мақсатында алғашқы медициналық санитариялық көмек деңгейінде 4-санаттағы шұғыл шақыруларды жүзеге асыратын 20 бөлімше ұйымдастырылған.

Денсаулық сақтау ұйымдарында «Damumed» және «ElsiMed» медициналық ақпараттық жүйесі енгізіліп, жұмыс жасауда.

Бүгінде 991 мың 33 тұрғын электронды денсаулық паспортымен қамтылып, ол жалпы бекітілген халық санының 86 пайызын құрап отыр. 233 алғашқы медициналық құжаттама нысанының 198 цифрлық ақпараттық

жүйелерге енгізілді. Жоспарға сәйкес жыл соңына дейін 100 пайыз енгізілетін болады. Бүгінгі күні облыстағы медициналық ұйымдар 100 пайыз компьютерлік техникамен қамтылған.

Құрметті Михаил Михайлович, бүгінгі кеңесті пайдалана отырып, денсаулық сақтау саласында шешуді қажет ететін бір мәселені айтуға рұқсат етіңіз.

Қазіргі уақытта өңірлердегі аудандық маңызы бар қалаларға (Қаратау қаласы, Жаңатас қаласы, Шу қаласы) келген жас мамандарға заңнамаларда көзделген әлеуметтік көмектерді көрсетуге мүмкіндік болмай отыр. Жергілікті бюджет есебінен де қосымша қолдау көрсету мәселесі заңмен қарастырылмаған.

Біздің облыстағы Шу қаласына – 8, Қаратау қаласы бойынша – 5, Жаңатас қаласы бойынша – 5 маман тапшылығы бар.

Жоғарыда аталған мәселені шешу үшін «Агроөнеркәсіптік кешенді және ауылдық аумақтарды дамытуды мемлекеттік реттеу туралы» Қазақстан Республикасының Заңына және Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2009 жылғы 18 ақпандағы №183 Қаулысына өзгерістер мен толықтырулар енгізу қажет.

Осы мәселенің қаралып, оң шешілуіне ықпал етуді сұраймыз.

Облыста денсаулық сақтау қызметінің сапасын арттыруға бағытталған жұмыстар жалғасатын болады.

Назарларыңызға рақмет.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Спасибо, Еркебулан Абилханович, за интересную информацию. Я думаю, что нам надо будет частично эту информацию областям разослать в качестве небольшого обмена опытом и через вашу структуру, и через структуру Сената, потому что при такой густонаселенности в южной области вопросы решаются и решаются достаточно динамично.

Хотел бы предоставить следующее слово для выступления руководителю Управления здравоохранения Акмолинской области Кисиковой Сауле Дюсебековне.

ҚИСЫҚОВА С.Д. Құрметті Михаил Михайлович, құрметті депутаттар! Вашему вниманию предоставляется информация о проделанной работе по решению вопросов доступности и эффективности оказания медицинской помощи населению Акмолинской области.

Здравоохранение региона представлено 570 объектами: 23 организации, оказывающие стационарную помощь, 539 организации, или 94 процента, – амбулаторно-поликлиническую помощь.

Численность населения области составляет 738 тысяч, дети до 18 лет – 27 процентов, лица 60 лет и старше – почти 15 процентов.

По инфраструктурному оснащению в рамках цифровизации системы здравоохранения к сети интернет подключено 61 процент медицинских

организаций, до уровня города/районный центр – 100 процентов, ниже районного – 315 объектов или 59 процентов.

Обеспеченность компьютерами составляет 82 процента. За счет местного бюджета в текущем году будет полностью оснащено.

Комплексными медицинскими информационными системами охвачены полностью 32 государственных и 10 частных медицинских организаций, также 3 медицинских организаций используют специализированные информационные системы. Паспорта здоровья оформлены на жителей 97 процентов.

Мероприятия по региональному и перспективному плану завершены полностью. Оптимизировано 16 больничных организаций. Создано 5 кластеров. Произведена реорганизация 2 амбулаторно-поликлинических организаций с созданием центра первичной медико-санитарной помощи.

Проведенные мероприятия способствуют созданию современной эффективной инфраструктуры, особенно многопрофильных стационаров и дают возможность сконцентрировать все ресурсы здравоохранения, также практический опыт профильных специалистов с организацией мультидисциплинарных команд при оказании своевременной качественной медицинской помощи.

Ежеквартально на заседаниях Координационного совета акимата области с участием заместителей акимов районов и городов проводится заслушивание итогов работы по реализации мероприятий, предусмотренных Государственной программой развития здравоохранения «Денсаулык». По итогам работы определяются приоритетные задачи.

С целью снижения показателя смертности от болезней системы кровообращения и для полного обеспечения медицинской помощи больным, перенесшим инсульт, открыты 4 инсультных центра в городах Нурсултан, Кокшетау, Степногорск, Атбасар.

В регионе два центра чрезожного вмешательства. Один в городе Кокшетау (3-го уровня) с оказанием кардиохирургической помощи и охватом обслуживания около 500 тысяч населения области. Второй был открыт в конце 2018 года в городе Нур-Султан в многопрофильной областной больнице №2 (второго уровня) для жителей восьми пристоличных районов с численностью около 200 тысяч.

С целью недопущения случаев материнской и снижения младенческой смертности в регионе определены три уровня регионализации перинатальной помощи. Работа в данном направлении выполняется согласно Оперативному плану по снижению материнской смертности.

Проводится дооснащение медицинским оборудованием и техникой медорганизаций всех уровней, заключены договоры на поставку 8 единиц лучевой диагностической аппаратуры на

сумму 326 миллионов тенге. Также начаты процедуры государственных закупок на приобретение 12 единиц аппаратов ультразвуковой диагностики экспертного класса на сумму 336 миллионов тенге. Выделено

182 миллиона тенге на оснащение Жаксынской районной больницы для перевода на второй уровень регионализации, 32 миллиона на дооснащение Сандыктауской районной больницы (первого уровня).

В целях повышения доступности и своевременности оказания скорой медицинской помощи в 2018 году были открыты 5 дополнительных постов в пристоличных районах, в 2019 году еще 17 в сельских населенных пунктах области, выделено 350 миллионов тенге из местного бюджета. В результате службой скорой помощи будет охвачено

162 населенных пункта с населением 226 тысяч человек или 58 процентов сельского населения, зона покрытия сельских населенных пунктов скорой помощью составит 29 процентов.

Функционируют два отделения санитарной авиации: в городах Кокшетау на базе Областной станции скорой помощи и Нур-Султане на базе Многопрофильной областной больницы №2.

Решаются вопросы по оснащению санитарным транспортом Областной станции скорой медицинской помощи. По проекту государственно-частного партнерства началась поставка полностью укомплектованных медицинским оборудованием 30 передвижных медицинских комплексов скорой помощи для линейных бригад. Стоимость проекта – 790 миллионов тенге.

Кроме того, за счет средств местного бюджета приобретено и проводится распределение в медицинские организации 10 единиц санитарного автотранспорта на сумму 53 миллиона тенге.

Продолжается реализация мероприятий, направленных на дальнейшее развитие первичной медико-санитарной помощи, доля врачей ПМСП из общего числа специалистов в области составляет 46 процентов.

Значительно снизилась нагрузка на врача общей практики (ВОП) и составляет 1661 человек на начало 2019 года, за три года дополнительно открыт 121 участок.

По итогам реализации Государственной программы за 2018 год в Акмолинской области из 34 не достигнуты два показателя – количество дорожно-транспортных происшествий и материнской смертности.

При этом отмечается положительная динамика по сравнению с 2017 годом, где было отмечено не достижение семи показателей. В этом году работа в данном направлении продолжена.

При ранжировании регионов по результатам 2018 года удельный вес недостигнутых показателей составил 5,9 процента.

В области функционирует два молодежных центра здоровья в городе Кокшетау и поселке Акмол Целиноградского района, в ближайшее время в планах открытие в городах Степногорск и Атбасар.

Основная цель это – активация молодежи в сфере укрепления здоровья, профилактика заболеваний и поведенческих факторов риска.

Внедрение Программы управления заболеваниями в 24 медицинских организациях и задействованы 1013 медицинских работников участковой службы, из них сертифицированы 99 процентов.

За первый квартал произведена доплата на общую сумму 12,4 миллиона тенге.

В данную программу вовлечено более чем 12 тысяч диспансерных пациентов с артериальной гипертензией, сахарным диабетом и хронической сердечной недостаточностью.

Вместе с тем актуальной остается проблема потребности врачебных кадров. По состоянию на сегодняшний день общая потребность во врачебных кадрах 418 физических лиц, из них по наиболее востребованным специальностям – 181. Это 76 врачей общей практики, 24 акушеров-гинекологов, 19 терапевтов, 16 педиатров, 13 анестезиологов и реаниматологов, 13 хирургов и 8 неонатологов.

По предварительному анализу только 105 сельских врачей-специалистов (25 процентов) могут участвовать в программе «С дипломом в село» и получить подъемные в размере 70 МРП и кредит на 1500 МРП на строительство или приобретение жилья.

Остальным 313 врачей-специалистов (75 процентов) в основном по восьми малым городам и одному моногороду не предусмотрены меры социальной поддержки. Данный вопрос заслушан на заседании акимата области. Акимом области даны поручения соответствующим государственным органам.

Подробнее хотела бы остановиться на 64 населенных пунктах, где отсутствуют медицинские пункты. В 34 населенных пунктах (53 процента) население составляет до 50 человек, в 18 населенных пунктах проживает свыше 50, они находятся в радиусе 5 километров от ближайшей медицинской организации.

Нами запланировано открытие медицинского пункта после укомплектования медицинскими кадрами и определением помещения из 15 населенных пунктов с населением от 50 до 100 человек – только восьми, из 13 населенных пунктов с населением более 100 – только в четырех с учетом радиуса нахождения близлежащей медицинской организации более 5 километров.

Также по строительству. В отчетном году продолжается строительство двух врачебных амбулаторий, дополнительно еще началось строительство двух врачебных амбулаторий, продолжается строительство

онкополиклиники. За счет республиканского бюджета на 2019-2020 годы запланировано строительство в поселке Косшы поликлиники на 100 посещений, в поселке Коянды – центра первичной медико-санитарной помощи, в Караоткеле – двух врачебных амбулаторий. Это по Целиноградскому району.

Также в акимае области на рассмотрение проект государственно-частное партнерство на строительство 18 врачебных амбулаторий, в настоящее время находящихся в арендованных помещениях. Аналогичный проект по Жамбылской области после изучения.

По лекарственному обеспечению акиматом области выделено 122 миллиона тенге на закуп для 30 пациентов с редкими орфанными заболеваниями, буллезный эпидермолиз, легочная гипертензия, ювенильный идиопатический артрит, рассеянный склероз.

Общая сумма отчислений и взносов работодателей и индивидуальных предпринимателей по области за ОСМС с 1 июля 2017 года по 4 мая 2019 года составляет 5,8 миллиарда тенге, из них отчисления работодателей – 94 процента, или 5,4 миллиарда тенге. Взносы индивидуальных предпринимателей – 5,8 процента, или 337 миллиона тенге.

Из общего количества прикрепленного населения области 774 тысячи человек, 295 – являются плательщиками ОСМС, что составляет 38 процентов.

Благодарю за внимание.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Спасибо, Сауле Дюсебековна.

Акмолинская область наиболее выраженная сельскохозяйственная. Те проблемы, которые обозначались министерством, что мы услышали из вашего доклада, это кричащие вещи, по которым нужно видеть план и стратегию для их решения, тем более вы находитесь рядом со столицей. Этот контракт будет виден для жителей села, тех, кто приезжает в эту местность. Поэтому я думаю, что по этому поводу выскажутся наши депутаты, нам нужно вместе подумать, как двигать эти проблемы.

Прежде чем перейти к процедуре вопросов и ответов, я хотел бы предоставить слово приглашенному эксперту, председателю правления РОО «Национальный центр независимой экзаменации» Жангереевой Гульмире Турегалиевне.

ЖАНГЕРЕЕВА Г.Т. Құрметті Михаил Михайлович, құрметті денсаулық сақтау вице-министрі Ләззат Мейрашқызы, құрметті әріптестер! Бізге сөз бергендеріңізге үлкен рақмет.

НЦНЭ сегодня признан международным сообществом, имеет статус партнера, Международной ассоциации медицинских регулирующих органов, куда входят 118 организаций из 148 стран мира, также мы входим в состав Международной комиссии по разработке тестовых заданий. Начиная с 2014 года, при поддержке проектов Всемирного банка и Министерства здравоохранения специалисты данного центра прошли практику на базе

Национального медицинского совета экзаменаторов США, которые на сегодняшний день являются мировыми лидерами лицензионного экзамена.

Также в этом году заключены соглашения о сотрудничестве с Оксфордской школой, Французской школой лидеров симуляции.

Также мы проводим активное сотрудничество с Генеральным медицинским комитетом Великобритании.

На сегодняшний день подписана дорожная карта в части автоматизации и интеграции результатов оценки знаний и навыков с четырьмя министерствами, это Министерство здравоохранения, Министерства образования и науки, Министерства информации и коммуникаций Республики Казахстан, Министерства национальной экономики Республики Казахстан.

В рамках визита в США нашими специалистами был изучен опыт применения методов психометрического анализа тестовых заданий, обеспечение цифровой безопасности тестового материала, определяющих валидность тестовых заданий. Разработка тестовых заданий состоит из ситуационных случаев, где претендент использует свои знания по базовым и киническим навыкам, оценивается способность применять их в реальности.

НЦНЭ разработал сегодня информационную систему оценки, которая имеет расширенный функционал и включает в себя интеграцию двух этапов экзамена.

Первый этап экзамена – понимание и применение знаний в решении клинического случая.

Второй этап – оценка у постели больного со стационарированным пациентом СП, после чего с участием стационарированный пациент вносит оценку коммуникативных навыков претендента через компьютер или смартфон. Претендент после общения с пациентом вносит свои данные клинического случая в компьютер.

НЦНЭ на сегодняшний день рад сообщить, что результаты оценки защищены кодом, благодаря чему было выявлено 16 случаев попыток фальсификации результатов со стороны недобросовестных претендентов, а также четыре случая с фактом подмены личности претендентов.

Вся информация о данных случаях передана в МВД и Министерство здравоохранения. По выявленным нарушениям правоохранительными органами Республики Казахстан сегодня ведутся досудебные разбирательства.

Перенимая опыт, НЦНЭ внедрил аналитику данных пройденного тестирования в виде развернутого профиля. На презентации вы видите результаты оценки, где указаны низкая и высокая результативность. Такой развернутый анализ результатов поможет претендентам в качественной подготовке к экзаменам, а центрам образования по повышению

квалификации – обратить внимание на спецификацию с низкой результативностью и скорректировать учебные программы.

Оценка выпускников медицинских колледжей. Актуальной проблемой ряда медицинских колледжей является отсутствие необходимого материала о техническом обеспечении, симуляционные тренажеры, компьютерная техника, в связи с чем не представляется возможным проводить независимую оценку на их базах.

Уважаемые депутаты, на сегодняшний день на территории Казахстана у нас 85 медицинских колледжей, из них 26 государственных, все остальные частные, которые подчиняются местным акимам, а также аккредитацией этих колледжей занимается Министерство образования и науки.

Сегодня я вам покажу результаты. Мы провели оценку при поддержке Министерства здравоохранения всего лишь 27 медицинских колледжей, потому что нет давления со стороны. Министерству здравоохранения эти колледжи не подчиняются, поэтому мы смогли провести оценку только в 27 колледжах и участвовали 3 частных колледжа. И сегодня результаты таковы. Очень низкий уровень показал медицинский колледж в Мангистауской области, всего лишь подтвердили 2,2 процента. Южно-Казахстанская медицинская академия – 7,5 процента. Частный медколледж «Интердент» подтвердил всего на 10,5 процента, хотя одномоментно показывает высокие результаты. Наивысшие результаты продемонстрировали Костанайский медколледж, где 98,8 процента подтвердили свои знания, Туркестанский медколледж – 96 процентов и Шымкентский высший медколледж – 94,8 процента.

Вы здесь видите в разрезе специальностей, наиболее подготовлены по генэпидемиологии, сестринскому делу и очень низкий уровень отмечается у студентов по специальностям «стоматология», «ортопед» и «дантист».

Итак, по итогам проведенной оценки НЦНЭ выступает со следующими предложениями:

- 1) утвердить требования ко всем медицинским колледжам в обеспечении необходимой материально-технической базы;
- 2) утвердить КРІ в рейтинге акимов областей в части результатов независимой оценки медицинских образования и науки;
- 3) использовать результаты независимой оценки как один из индикаторов при аккредитации медицинских колледжей.

Также при поддержке Министерства здравоохранения мы провели оценку знаний 1-го, 2-го и 3-го курсов по вузам. Итак, результаты оценки. Удовлетворительную успеваемость показал только один институт – Южно-Казахстанская медицинская академия, их средний балл составил 61,1 процента. Остальные не достигли порогового уровня освоения программ. Средний балл уровня знаний по Казахстану составил 41,3 процента. Анализ данных оценки знаний выпускников согласно спецификации базы тестовых

вопросов зафиксировал низкий уровень освоения базовых дисциплин. Вузам необходимо утвердить на сегодняшний день единые требования к формированию ключевых компетенций на всех курсах обучения и по каждой специальности, что в свою очередь позволит оценить студентов не по знаниям конкретной дисциплины, а по умению студентов применить полученные знания в решении медицинских проблем.

Также результаты врачей и средних медицинских работников за 2018 год. Низкую результативность оценки врачей демонстрируют Атырауская область, Карагандинская область и ВКО. Высокую результативность показывают врачи ЗКО, Алматы, Костанайской и Акмолинской областей. Низкий и средний баллы показывают средние медицинские работники Алматинской, Атырауской областей и ЮКО. Высокую результативность показывают средние медицинские работники в Костанайской, Акмолинской, Карагандинской областях.

За 2018 год по Казахстану среди врачей достигли порогового уровня всего 62,5 процента, среди медсестер – 48,2 процента. Отмечаем необходимость обратить внимание уполномоченных органов в областях с низкими показателями.

Итак, начиная с 2014 года при поддержке Всемирного Банка, Министерства здравоохранения мы начали готовить студентов медицинских вузов к международному экзамену. Благодаря поддержке Минздрава в 2018 году мы добились того, что наши партнеры – Национальный медицинский совет экзаменаторов США приехал к нам в Казахстан и оценил знания наших студентов 4-6 курсов в 2018 году в трех медицинских вузах, участвовали Караганда, Казахский Национальный медицинский университет имени Асфендиярова, Медицинский университет «Астана». Экзамен проходил на английском языке.

Ввиду того, что остальные семь медицинских вузов проводят обучение на русском языке, мы попросили перевести международный экзамен на русский язык. Нам пошли навстречу. Это впервые в истории, когда международный экзамен НБМИ, который проводится в 23 странах мира, перевели на русский язык. Благодаря этому в феврале текущего года мы провели оценку на русском языке.

Казахстанские семь вузов, из них два частных, все подготовились, мы отработали все вопросы с Министерством здравоохранения.

Мы получили следующие результаты. Международный средний балл по базовым дисциплинам составляет 446, а по Казахстану четвертый курс составил 271, разница 175 баллов.

Международный средний балл по клиническим дисциплинам составляет 505, по Казахстану – 355, разница – 150 баллов.

Здесь я хочу обратить ваше внимание, что есть стандартное отклонение в этом международном экзамене, которое составляет 111 баллов.

Студенты 6-го курса сдали экзамены лучше, чем студенты 4-го курса, но мы немного отстаем от международников. Я думаю, что благодаря тому, что мы их готовили, у нас вышли такие результаты. Если бы не было такой подготовки, то были бы результаты, как у 1-3 курсов.

Несмотря на это, хочу акцентировать внимание на том, что все-таки 10 казахстанских студентов набрали наивысшие баллы, то есть выше международного среднего уровня.

Хотела бы обратить внимание на результаты студента Кожаметова Армана, который набрал 620 баллов, а международный составляет 505 баллов. Он сдавал на английском языке, набрал 618 баллов, на русском языке – 620 баллов. Ему вручили международный сертификат НБМИ, он может поступать в резидентуру любого медицинского вуза Америки.

Во всех развитых международных странах выпускник, который хочет подтвердить статус врача, должен пройти независимую оценку, подтвердить свои знания в таком независимом центре.

Благодаря Министерству здравоохранения и нашей программе «Денсаулық» этот центр у нас на сегодняшний день есть. Мы готовы работать. Все-таки оценку качества знаний нужно проводить независимо.

Министерство здравоохранения – это единственный вуз, где есть такой независимый центр по проведению независимой оценки.

Во всех вузах Казахстана проводят оценку, выпускают своих студентов сами.

Хотела привести еще один пример. Есть частный колледж, который выпускает 3000 студентов, но при обращении к ним мы хотели обучить их преподавателей, они нам ответили таким образом: как мы отправим к вам своих преподавателей, если они все у нас практикуются? То есть практикующие врачи согласовали с ними договор, что якобы они у них преподают.

В этом году благодаря Министерству здравоохранения мы проведем независимую оценку, будут участвовать 79 колледжей. Результаты мы озвучим.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Спасибо за интересную информацию. Я думаю, что она ляжет в одну из наших рекомендаций.

Али Абдикаримович, Вам первому даем возможность выступить.

БЕКТАЕВ Ә.Ә. Я прошу прощения, потому что мне надо будет уйти.

Михаил Михайлович, у меня два вопроса. Первый вопрос к вице-министру здравоохранения Лязат Мейрашевне, второй вопрос к заместителю акима Жамбылской области.

Ләзат Мейрашқызы осыдан 10 жыл бұрын әрбір ауылда ауылдық ауруханалар болаты. Олардың барлығы сол ауылға, сол ауылдың айналасындағы елді мекендерге, отгонный учаскеге, барлығына қызмет жасайтын. Сол жердегі адамдар сол жерден ем алатын, тіпті олардың

жанында перзентханалар болатын. Сол ауылдың әйелдері сол жерде босанатын. Сол аурухананың жанында жедел жәрдем машиналары болатын. Соңғы 8-10 жылдың көлемінде солардың бәрі қысқарып кетті. Қазір адамдардың бәрі сабылып ауданның орталығына барады, болмаса қалаға барады, өте үлкен қиындықтар тудырып жатыр. Сол мәселелерге бізге қандай пайда берді, сол жөнінде ақпаратыңыз бар ма? Не берді бізге? Менің ойымша, халықты қинағаннан басқа ештеңе бермеген сияқты. Мүмкін, экономия болған шығар, бірақ оның барлығының нормативтері не? Ауруханалардың арасындағы арақашықтыққа байланысты ма, әлде адамдардың санына байланысты ма? Соны айтып беріңізші.

АҚТАЕВА Л.М. Норматив бар. Государственный норматив сетей и ранее действовал. Былтыр біз өзгерістерді бекіттік. В целом наличие медицинской организации зависит от численности населения. Начиная от 50 человек, открывается медицинский пункт до 800 человек. Дальше есть фельдшерско-акушерский пункт – до 1,5 тысячи. Врачебная амбулатория – от 10 тысяч. Центр первичной медико-санитарной помощи – от 30 тысяч. И поликлиника.

Енді ауылда халық болмаса, медициналық көмекке ешкім келмесе, там как может находиться медицинская организация? У нас есть, особенно в северной части на центральном районном уровне есть родильные дома, где в неделю могут проходить по несколько родов. А для этого, для квалификации врача, должен быть поток.

Буквально вчера мы проводили республиканский штаб по Кустанайский области. Я коллегам говорила: отправляйте на стажировку на рабочие места врачей в Шымкент, Тараз, где есть достаточный объем медицинской помощи, чтобы они могли постоянно поддерживать свои навыки.

Для инфраструктуры нужен объем. Здесь нельзя думать, что норматив сети или инфраструктура сами меняются. Они меняются в зависимости от численности населения. Там, где в населенных пунктах численность населения уменьшалась, спрос уменьшался, соответственно инфраструктура уменьшалась. Например, на сегодняшний день заболеваемость туберкулезом хорошо снижается, у нас построены новые противотуберкулезные диспансеры в регионах и простаивают. Достаточно большие площади. К сожалению, отток население произошел. По нормативу сети, который утвержден был в прошлом году, если единые перспективные планы будут выстроены (а мы требуем, чтобы они были выстроены, потому что у нас теперь компетенция на это есть, в кодексе регламентировано), если открытие медицинских организаций будет проведено в соответствии с нормативами сети, то доступность медицинской помощи будет. На сегодняшний день инфраструктура не соответствует нормативу сети. Поэтому утверждены единые перспективные планы с прошлого года, теперь идет их актуализация.

И мы предполагаем, что 595 объектов первичной медико-санитарной помощи, 10 больниц, которые будут построены, в целом закроют потребность.

По поликлиникам, осы үш жылдың ішінде ауыл халқының алғашқы медициналық көмектің мекемелерімен толық қамтамасыз етіледі. Вот эти 595 объектов стопроцентно обеспечат потребность.

Вы говорите именно о больницах. Больницы есть, но они являются структурными подразделениями центральной районной больницы. Там, где необходимо и численность населения требует открытия стационарных коек, местные управления здравоохранения могут открывать. У вас же нет препятствий для этого? То есть если есть спрос, они открывают койки. Сельские участковые больницы являются структурными подразделениями центральной районной больницы.

БЕКТАЕВ Ә.Ә. То есть это зависит от количества населения?

АҚТАЕВА Л.М. Это зависит от численности населения и от спроса на медицинскую услугу. Нужно, чтобы было достаточное количество родов для того, чтобы был родильный дом. Есть родильные дома в регионах площадью 2-3 тысячи квадратных метров, а родов за год там проходит всего 500.

БЕКТАЕВ Ә.Ә. Если это зависит от численности населения, почему закрыли в Южно-Казахстанской, нынешней Туркестанской области все участковые больницы?

Я представляю Туркестанскую область, хорошо знаю обстановку там, так как долгое время курировал здравоохранение. Поэтому и спрашиваю. Повально закрывали все участковые аульные больницы, уповая на то, что через 50 километров есть другая районная больница, можно доехать, дойти, расстояние маленькое и так далее.

АҚТАЕВА Л.М. Раньше единого перспективного плана развития инфраструктуры не было, был норматив сети. Теперь у каждого региона есть свой план развития инфраструктуры. Поэтому если местный исполнительный орган говорит «здесь есть население, есть спрос на медицинскую услугу», то он не должен закрывать там медицинский объект.

БЕКТҰРҒАНОВ С.Ш. Я с Вами не соглашусь, Лязат Мейрашевна. Мы знаем, что Министерство здравоохранения жестко следует приказу о нормативе сети государственных медицинских организаций. Шаг влево, шаг вправо, никак не будут поддерживаться. Тем более, все финансы у вас. Если вне норматива будет открыта лечебная организация по решению местных исполнительных органов, она финансироваться через Фонд обязательного медицинского страхования не будет, с ними просто не заключат договор, они не входят в этот приказ.

Вот он приказ, здесь все регламентировано. Сельской больницы не может быть. Сельская номерная районная больница может быть только в

сельском населенном пункте с численностью от 30 тысяч человек, все. Здесь все жестко регламентировано.

БЕКТАЕВ Ә.Ә. Заместителю акима Жамбылской области господину Дауылбаеву.

Маған «Ауыл» партиясының төрағасы ретінде Қордай ауданының тұрғындарынан хат келіп түсті. Ол ең үлкен аудандардың бірі, о жердегі емхананың материалдық жағдайы өте нашар, ескі, жаңа емхана салу керек, елдің барлығы дұрыс ем қабылдау үшін, дәрігерлерден дұрыс консультация алу үшін көршілес Қырғызстанға баратын көрінеді. Стратегиялық жағынан маңызды аудандарда поликлиниканы жаңарту, салу мәселесі бойынша бір жұмыстар бар ма сіздерде?

ДАУЫЛБАЕВ Е.Ә. Рақмет. Өте маңызды сұрақ. Шын мәнінде бізде инфрақұрылымды дамыту бойынша өзіміздің үш жылдық іс-шарамыз бар. Жоспар бекітілген. Соған байланысты Жамбыл облысында 95 алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету нысандарының қажеттілігі анықталып, бүгінгі таңда шешіліп отыр. Одан бөлек өзіңіз айтқандай, поликлиниканың қажеттілігі бізде үш ауданда. Шу ауданы, Байзақ ауданы және Қордай ауданы. Оның ішіндегі ең маңыздысы Қордай ауданы. Өйткені Қордай ауданының халқының саны жоғары, ол жердегі ғимарат ескі, қазір бізде жобалау-сметалық құжаттамасы дайындалып жатыр, жақын арада шығады. Сосын біз министрлікке оны ұсынатын боламыз. Республикалық бюджеттен қаржы бөлініп, қолдау тапқан жағдайда біз емхананың құрылысын келесі жылға жоспарлап отырмыз.

Ал Байзақ ауданы мен Шу ауданы емханасының құрылысына «Ауыл – ел бесігі» бағдарламасы бойынша қазір қаржы бөлінді. Байзақ ауданы мен Қордай ауданының мәселесі бойынша жобалау-сметалық құжаттамалары дайындалып жатыр.

БЕКТАЕВ Ә.Ә. Уважаемые коллеги, хочу добавить по первому вопросу. Что такое норматив? Норматив утверждается приказом министра. Норматив – это бумага, которую можно нарисовать министерству. Этот норматив должен всегда меняться, исходя из реального положения дел.

Лязат Мейрашевна, почему я так говорю? К нам обращается очень много людей, особенно из Туркестанской густонаселенной области. Например, недавно поступило письмо от депутата маслихата Жетысайского района, где проживают 350 тысяч человек. Везде в аулах закрыли участковые больницы и люди вынуждены ехать в районную больницу, а мощность районной больницы ограничена, она не может обслуживать 350 тысяч человек, не говоря уже о других неудобствах, например, по родам и так далее. Мне кажется, министерству здесь надо пересмотреть.

Насколько я помню, Лязат Мейрашевна, этот норматив утверждался 10 лет назад, когда было очень трудно с бюджетом. Тогда придумали расстояние, придумали количество населения и позакрывали, передали все

участковые больницы поликлиникам, ФАПам и так далее. Этот вопрос сейчас надо пересматривать. У нас сейчас хорошее финансовое состояние, население растёт, миграция хорошая, очень много людей к нам приезжают. Әсіресе шетте орналасқан ауылдардың тұрғындары көп қиындықтар көріп жатыр. Мне кажется, в зависимости от региона, от географии, от социального положения, социальных условий этого региона надо пересматривать. Не нужно просто утверждать норматив и сонымен қатып қалмау керек қой. Реальный жағдайға қарап жасау керек. Это первое.

Второе. Наши ПМСП. Клиники, находящиеся вокруг Астаны, например, на «Жағалау», относятся к ПМСП или считаются полноценными клиниками?

АҚТАЕВА Л.М. ПМСП-ның ішінде ВОП, терапевт, педиатор отыр. Осы үшеуі.

БЕКТАЕВ Ә.Ә. Я сам лично столкнулся с этим. Недавно заболела моя внучка. Поскольку мать не смогла, я сам поехал на машине, повез внучку. Там клиника, здание хорошее, большое. Надо было сделать рентген. Нас отправили в Детскую городскую больницу №1, которая находится на карагандинской трассе. Потом надо было обратиться к отоларингологу. Мы поехали в Детскую городскую больницу №2, которая находится в другой части города. Представляете? То есть эта клиника не выполняет функции по обслуживанию населения. Ладно, я, у меня есть возможность, есть транспорт. Я поехал по всем поликлиникам, потерял полдня. А что будет делать простое население? Почему эти клиники не выполняют полноценные функции по медицинскому обслуживанию населения? Почему нельзя их обеспечить элементарными аппаратами УЗИ, рентген-аппаратами, нужными врачами? Если не хватает врачей, пусть они дежурят, в конце концов. Почему их нельзя закрепить в близлежащие больницы? Жағалау шағын ауданынан Қарағанды тас жолына дейін бардық. На все эти вопросы в здравоохранении надо смотреть, исходя из реального положения дел, не надо ссылаться на какие-то нормативы на бумагах.

Третий вопрос. Был случай в Кордайском районе. Иногда здравоохранение – не столько социальный, сколько политический вопрос. Наши жители из Жымбылской области, в частности, Кордайского района из-за слабого материального положения поликлиники ездят в Киргизию, чтобы обследоваться у врачей. Это же уже политический вопрос, не просто социальный. Ұят қой енді, Қазақстанда тұрып Қырғызстанға көрініп жүргендері. Көршілер күлетін шығар, қазақтар бізге келіп емделеді деп. Такие вопросы пора уже решать, мне кажется. Да, не хватает бюджетных средств. Да, везде надо строить больницы, поликлиники. Но именно на такие стратегические объекты надо выделять, мне кажется. Спасибо.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. (МИКРОФОНҒА ЕМЕС).

АҚТАЕВА Л.М. Насчет норматива сети. В нормативе сети написано, что отделения районной больницы, межрайонной больницы создаются в отдаленных сельских населенных пунктах с численностью населения не менее 5 тысяч человек. То есть если в сельском населенном пункте 5 тысяч человек, то там уже можно открыть стационарные койки и это будет отделение районной больницы.

Чем отличается больница от отделения? Только отсутствием административно-управленческого персонала. То есть бас дәрігері мен бухгалтері жоқ, болды. Главный врач будет в районном центре.

Также в зависимости от спроса. Если там достаточное количество рождаемости, значит, надо открыть родильные койки, если много детей, значит, детские койки и так далее. Норматив сети позволяет.

И потом норматив сети – это минимальный социальный стандарт, он закреплен не просто приказом, а законом о минимальных социальных стандартах.

Касательно города Нур-Султана. Да, правильное замечание. Каждая первичная медико-санитарная помощь на эти диагностические услуги должна быть прикреплена к близлежащей поликлинике. И это должно решать Управление здравоохранения города Нур-Султана. А Фонд социального медицинского страхования соответственно должен штрафовать данную поликлинику, если она не обеспечивает доступность медицинской помощи.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. То есть должен заработать механизм, который сейчас есть в правилах.

АҚТАЕВА Л.М. Самое главное – деньги.

Сіз зерттеуді тегін жасадыңыз ба?

БЕКТАЕВ Ә.Ә. Рентген, по-моему, оплатили.

АҚТАЕВА Л.М. Дело в том, что в поликлинике есть комплексный подушевой норматив в этой первичной медико-санитарной помощи, то есть деньги идут за пациентом. За рентген надо заключить договор с близлежащей поликлиникой и рассчитываться с поликлиникой. Также с УЗИ и так далее.

ОРНЫНАН. (МИКРОФОНҒА ЕМЕС).

АҚТАЕВА Л.М. Я согласна с вами, вопрос Управления здравоохранения.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Али Абдикаримович, спасибо за интересные вопросы. Я думаю, что Вы своим примером открыли путь.

Это пример, с которым мы все действительно сталкиваемся. Мы можем говорить о красивых схемах, о цифровизации, о современном оборудовании за миллионы тенге, но если нет организации и рабочего процесса, это отталкивает, тем более, когда разговор идет о жизни, здоровье наших детей и наших близких. Конечно, это всех затрагивает.

МҰСАХАНОВ А.Т. Али Абдикаримович очень правильно заметил.

Денсаулық сақтау министрлігіне. Әли Әбдікәрімұлы дұрыс айтады, қатып қалатын дүние жоқ, бәрі халық үшін істелінеді. Мысалы, Алматы облысында шекарада шалғай үлкен аудандар бар Райымбек ауданы, Кеген ауданы сияқты, шығыста да сондай мәселелер бар. Таулы аумақтарға қыста не машина бара алмайды, бір апта, я болмаса, 10 күнге жол жабылып қалады, я болмаса, вертолет қона алмайды. Сол мәселелерді өздеріңіздің назарларыңызға алып қойыңыздар. Ол нормативке қарасақ, оны мүлдем қараусыз тастадық деген мәселе ғой. Айтылып жатқан мәселе сол. Оны бәріміз білеміз, біз басқа да жерде істедік.

Жамбыл облысы мен Алматы облысының шекарасы бар, шекарада тұратын Ақсүйек елді мекені (Мойынқұм ауданы). Біздегі ең жақын ауыл арасы 150-200 шақырым, пунктке барса қабылдамайды, осы мәселені де көтеру керек. Мысалы, 200 шақырым жерге аяғы сынған адамды, басы жарылған адамды қалай болады? Жақын жерде МЧС те жоқ, әйтпесе мәселе шешілер еді. Осындай мәселелерді де назарларыңызға алсаңыздар. Рақмет.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Спасибо.

Уважаемые коллеги, я думаю, что эти вопросы можно совмещать с небольшой дискуссией, учитывая наш регламент и все остальное.

Пожалуйста.

ӘКІМОВ Р.Қ. Уважаемые участники заседания! Мне кажется, сегодня рассматривается очень актуальный вопрос, важнее здоровья населения нет вопросов. И здесь, наверное, очень правильная тематика, что это напрямую зависит от повышения доступности, эффективности медицинской помощи и обеспеченности врачебными кадрами.

В этой связи наш коллега Али Абдикаримович поднял очень важную тему, которая нашла свое продолжение. По приказу Министерства здравоохранения о развитии сети. Понятно, в свое время была оптимизация, может быть, ситуация не позволяла. Сегодня ситуация несколько лучше, и население во многих регионах по-другому складывается.

Лязат Мейрашевна, скажите, нынешнему состоянию соответствует этот приказ на Ваш взгляд?

Второй вопрос. Установлено ли в этом приказе развитие сети частных медицинских организаций? Они с каждым годом растут. Когда приказ утверждался, была другая ситуация, сегодня уже другая ситуация.

Третий вопрос. Этот приказ коррелируется с утружденным Планом развития территорий Правительства? Есть План развития территорий. Пора какие-то корректировки вносить. Понятно, численность населения, но не полностью обеспечивает медицинскую доступность. Мы прежде всего говорим о повышении доступности, оно не соответствует. Каково Ваше видение в этих вопросах на перспективу?

АҚТАЕВА Л.М. Норматив сети является минимальным, то есть меньше нельзя, меньше медицинская помощь не будет доступна. На практике

инфраструктура в регионах не везде соответствует этому минимальному нормативу, поэтому нужно, чтобы регионы дотянули свою инфраструктуру вначале до этого минимума. Тогда можно говорить о доступности медицинской помощи. Распространяется он на медицинские организации, которые оказывают медицинскую помощь в рамках ГОБМП и ОСМС. То есть частные медицинские организации данным нормативом сети не регулируются, они регулируются собственным бизнес-планом.

План развития территорий напрямую связан с региональным планом развития инфраструктуры, который строится на основе минимального норматива сети. Вопрос с тем, что вначале нужно дотянуть до этого минимума, а потом уже больше. Например, мы в нормативе сети обязательно учли, чтобы в районных больницах были хирургические койки, акушерско-гинекологические койки, педиатрические койки, потому что, когда мы выезжаем в регионы, видим, что может не быть хирургического отделения. Даже с районной больницы пациента с подозрением на острый аппендицит везут в область. Это фактор времени, дороги не везде хорошие. Поэтому мы говорим, что медицинскую помощь нужно приблизить. Написали минимум что необходимо.

Актуализация приказа была в прошлом году с учетом реальной ситуации, сложившейся в регионах. Поэтому норматив сети лежит в основе формирования регионального перспективного плана развития инфраструктуры, а тот, в свою очередь, формирует единый план развития инфраструктуры по стране.

Я в докладе упоминала, что есть проблемы в регионах, что надо развивать, что нет объектов первичной медико-санитарной помощи и так далее.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Пожалуйста, Еламанов Бекмырза Кайыпулы.

ЕЛАМАНОВ Б.Қ. Жалпы денсаулық сақтау саласында біраз жұмыстар жасалып жатыр, оны жаңа баяндамалардан да естіп отырмыз. Қыруар қаржы бөлініп жатыр. Бірақ осы бағдарламалардың нәтижелілігі халықтың толық қамтылуымен байланысты ғой. Оның үстіне 2000 жылдан бастап фонд арқылы қаржыландыруға байланысты басқа жүйеге көшейік деп жатырмыз ғой, сондықтан да халықтың толық қамтылғаны өте жүйелі деп есептейді.

Сіздің есебіңізде берген материалдарыңызға қарап отырмыз, 2 миллион 700 самозанятыларды актуализация жасаған дегенде 18 миллион халықтың қаншасы бірыңғай әлеуметтік төлем төлейтін категорияға жататының есебі шықты ма? Өйткені мына фондқа да керек, ертең ол қалай қаржыландырылады, ол қаржымен қамтамасыз ете ала ма, ете алмай ма, ол керек, біріншіден. Екіншіден, актуализация жасаған кезіңізде 400 мыңдай халық в статусе домохозяйке деп айтып кетіпсіздер. Ондай статус бар ма? Мемлекет домохозяйкаға төлемейді. Баласы барлар, көп балалы аналар

статусыңызда бөлек тұр. 400 мыңдай адам үй шаруасындағы адам, ол да ЕСП төлеуші ғой, солай шығар деп ойлаймын.

Есеп түгел болу керек. Қарағанды облысында пилот жүргізіп жатқан, айналайын, жұмысыңның бәрі дұрыс шығар, бірақ менің бір күмәнім, 1 миллион 400 мың адамнан 37 мың ғана адам СП төлейді дейсіз. Ол мүмкін емес қой. Мына есепті нақтыла, өйткені домохозяйканың өзі осылай болып жатқан кезде, 37 мың ғана 1,5 миллион адамнан мүмкін емес. Әсіресе, елді мекендерде. Сондықтан да нақтылау керек деп есептеймін мен.

Екінші бір мәселе. ЕСП төлейтін адамдардың саны көп болайын деп тұр ғой. Бүгінгі күні 76 мың адам ғана ЕСП-ға төлепті. Ол 1 қаңтардан бастап ақылы медициналық көмекке қол жетпейді деген мәселе, кешегі көп балалы аналар сияқты әлеуметтік айқайдың көкесі сол кезде шығады. Оның бір мәселесі ЕСП-ны төлеудің механизмінің қиындығынан деп есептеймін. Сіздің берген схемаларыңызда СП-ны в банке второго уровня, терминалы дейді. Ол елді мекендерде терминал бар ма, екінші деңгейдегі банк бар ма, білесіздер ме? Олар ертең қай жаққа төлейді?

ОРНЫНАН. (МИКРОФОНҒА ЕМЕС).

ЕЛАМАНОВ Б.Қ. Ағажан-ау «Казпоштаның» филиалы барлық жерде жоқ, оны біліп алыңыз. «Казпоштаны» бәрі жауып тастады, представителі бар дейді, ол газет апарып береді, ақшаны жинап, есебін жүргізуге оның есебін жүргізуге дәрежесі жетпейді. 6 мыңның үстіндегі елді мекеннің қаншасында «Казпоштаның» бөлімі бар екенін біліңіз. Оның бәрін жауып тастады. Ол мына заң қабылданып жатқанда қанша айтылды, ЕСП туралы заң қабылданып жатқандай айтылды. Енді тікелей сізге байланысты емес шығар, Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігіне жазатын шығар, бірақ сіз басшылық жасап жатқаннан кейін, сіздің баяндамаңыз тұрған соң сізге сұрақ қойып отырмын. Осы мәселелер қалай шешіледі?

Ауылдық емханаларға байланысты әріптестерімнің сөздерін құптаймын. Оны облыс шешеді, облздрав шешеді деп айтып отырсыз, бұл жерде ең басты Үкіметтегі өкілді орган сіздерсіздер. Біз сіздерден сұраймыз, ал сіздің әкім шешеді, облздрав шешеді дегеніңіз дұрыс емес. Сіз соны бақылауыңыз керек, шештіруіңіз керек. Біз сізге солай сұрақ қойып отырмыз, сіздің жауабыңыз дұрыс емес. Сондықтан да осы сұрақтарға жауап беріңіздер.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Пожалуйста, вице-министр, потом ФОМС.

АҚТАЕВА Л.М. Мен шешеді демеймін, орындайды деймін. Олар орындау керек. Бізде бұйрық жазылған, сол бұйрықты олар орындау керек.

Осы халықтың ішінде 15 жеңілдікті категория, оның ішінде 10 миллион адам бар. То есть там уже мемлекет оларға взнос төлейді. ЕСП туралы айтсақ, толық бес ай өткен жоқ, басталып жатыр, саны жайлап ұлғайып жатыр. Мы примерно предполагаем, что к концу года ЕСП будет охвачено 200 тысяч.

ЕЛАМАНОВ Б.Қ. (МИКРОФОНҒА ЕМЕС).

АҚТАЕВА Л.М. Тұра тұрыңыз. Это же право, это не обязанность. Она может пойти и заплатить ЕСП, но может пойти, если она не беременная, не смотрит за ребенком, не безработная, не инвалид, не многодетная мама, не обладатель АСП. Я перечисляю 15 категорий.

Сол 400 мыңның ішінде мына 15 категорияның ішіне кіретін адамдар бар ғой.

ЕЛАМАНОВ Б.Қ. Олар бөлек тұр ғой.

АҚТАЕВА Л.М. Домохозяйка деп тұр, статус может повторяться.

ЕЛАМАНОВ Б.Қ. (МИКРОФОНҒА ЕМЕС).

АҚТАЕВА Л.М. Сіздің айтып отырғаныңыз дұрыс, қауіп бар.

ЕЛАМАНОВ Б.Қ. Льготныйлар бөлек категория, 128 мың, ал домохозяйка бөлек тұр. Мен сосын айтып отырмын сізге.

АҚТАЕВА Л.М. Қауіп бар, что для этого сделано? Главный вопрос: для чего? Медициналық көмектің қолжетімділігі, ең негізгі сұрақ сол болып тұр ғой.

Заң бойынша екі пакет бар, гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, екінші – страховой пакет. Былтыр желтоқсанда сол заңға қол қойылды.

Самое главное, что экстренная медицинская помощь перешла в ГОБМП, то есть это самое главное. Раньше делилось, то есть самозанятый пришел с острым аппендицитом, возникает проблема: или он пойдет платить, или ему операцию бесплатно сделают.

Сейчас экстренная медицинская помощь ушла в ГОБМП.

Если мы сегодня говорим, что ГОБМП свыше 900 миллиардов, этот объем денег сохраняется и в системе ОСМС. То есть риски по наиболее рискованным заболеваниям, которые вызывают смертность, инвалидизацию, перешли в ГОБМП. При вашей поддержке те риски, какие были для самозанятого населения, минимизированы. У самозанятого населения право на ЕСП, право на выплату как самозанятому остаются. Это право.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет.

Айбатыр Нышанбаевич, вкратце по вопросу, который поднял коллега.

ЖҰМАҒҰЛОВ А.Н. Рақмет. Бекмырза Қайыпұлы, әлеуметтік жағдайдан көп сұрақтар туындауы мүмкін деп айтып отырсыз. Төтенше емдеу міндетті медициналық көмектің құрамына кіреді де, сақтандырылмаса да, сақтандырылса да міндетті түрде ол медициналық көмекті ала алады.

Сіз домохозяйка деп отырсыз, олар көпбалалы немесе басқа да категорияларға кіруі мүмкін. Мемлекет тарапынан төленген жағдайда біз...

ЕЛАМАНОВ Б.Қ. Ол бөлек тұр, ол категорияны бөлек айтып отырмыз.

ЖҰМАҒҰЛОВ А.Н. Негізінен домохозяйкалардың біразы көпбалалы, олардың бәрі осы категориялардың жартысына кіреді. Кірмеген жағдайда,

егер расында да осы 15 санатқа кірмей, бірақ төлеу қажет болған жағдайда, механизмдер бар. Көбінде бұл жоспарлы емдер, сақтандыруға кіретіндер жоспарлы емдер, ол бүгіндік бір күндік ем емес, сондықтан да бұл жағдайда ол азаматтың сақтандыру төлем жарнасын төлеп, ары қарай жүйеге кіру мүмкіндігі бар.

Жоспарлы емнің көбісі ауылдық жерлерде көрсетілмейді. Керекті үлкен, күрделі операциялар көбіне облыс немесе район деңгейінде істеледі. Ол жағдайда банк немесе «Қазпоштаның» бөлімдері барлық жерде бар.

ЕЛАМАНОВ Б.Қ. «Қазпоштаның» бөлімі жоқ, жабылып қалды.

ЖҰМАҒҰЛОВ А.Н. Район орталықтарында бар.

ЕЛАМАНОВ Б.Қ. Елді мекен не істейді сонда?

ЖҰМАҒҰЛОВ А.Н. Күрделі жоспарлы операцияларды сақтандыру төңірегінде ол...

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Вопросы есть. Действительно, здесь есть отношение по категориям. Если мы записали и внесли в эту категорию 400 тысяч человек, то, наверное, должно быть и понятие. Если они размазаны по другим категориям, тогда их не надо было выделять в эту категорию.

ЕЛАМАНОВ Б.Қ. (МИКРОФОНҒА ЕМЕС).

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Я это вижу, согласен. Давайте мы этот вопрос еще раз посмотрим, и я попрошу министерство более лаконично сформулировать и предоставить нам эту информацию в письменном виде.

АҚТАЕВА Л.М. (МИКРОФОНҒА ЕМЕС).

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Вы свое видение покажите, мы сделаем отдельно запрос.

Уважаемые коллеги, есть еще вопросы?

МАМЫТБЕКОВ Е.Қ. Уважаемые коллеги, меня несколько удивил доклад председателя ФОМС. По соцопросу. Вы ссылаетесь, что 66 процентов населения осведомлены о системе ОСМС. У вас там отмечено, что в опросе участвовали 8 тысяч человек. Населения Казахстана 18 миллионов 300 тысяч человек. Это такой специальный метод? Это первый вопрос.

Второй вопрос по независимой экспертизе. Меня очень удивили эти цифры. У нас подготовка кадров, особенно в вузах, в плачевном состоянии, получается. Я математик и кое-какие выводы у меня вызывают удивление. Например, то, что Южно-Казахстанский университет на первом месте, Алматинский медуниверситет имени Асфендиярова на третьем месте и так далее. По-моему, здесь картина не совсем верная.

БЕКТҰРҒАНОВ С.Ш. (МИКРОФОНҒА ЕМЕС).

МАМЫТБЕКОВ Е.Қ. По промежуточному тестированию, которое вы проводили. Никто не прошел порог в 50 процентов. Конечно, Министерству здравоохранения надо обращать на это внимание, провести проверки.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Мы прослушали комментарий к вашей информации. Я хотел бы ФОМС попросить ответить на первую часть вопроса.

ЖҰМАҒҰЛОВ А.Ш. Едил Куламкадырович, я так понимаю, вопрос возникает в части репрезентативности этой выборки. Как математик я Вас тоже понимаю.

Здесь подход был немножечко иначе, то есть был сужен по категориям. Исходя из этих категорий, были определенные выборки, там опрос происходил. Согласен с Вами, что на первом этапе опрос, может быть, не 6-8 тысяч, это не такая большая выборка, но в дальнейшем в работе мы позицию хотим улучшить, увеличить. То есть не просто выборка, а именно контакт-центры, куда поступает информация, часть вопросов... осведомленность.

МАМЫТБЕКОВ Е.Қ. Мне кажется, если нормально проводить этот опрос, максимум 15-20 процентов населения Казахстана. Я имею в виду 11 миллионов 500 тысяч взрослого населения, не включая детей.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Спасибо.

Пожалуйста, депутат Турегалиев.

ТӨРЕҒАЛИЕВ Н. У меня три вопроса.

Первый вопрос к Вам, Лязат Мейрашевна.

Сіз жаңа баяндамаңызда мемлекет тарапынан квота арқылы оқуға мүмкіндігі үшін міндетті түрде отработкаға қатысты министрлік заңға өзгерістер енгізді деп айтып кеттіңіз. Осыған байланысты біз білетіндей, мемлекеттік грантпен оқу бітірушілері үшін осындай өзгерістер соңғы рет 2015 жылы енді. Ал медициналық мамандықтар үшін кемінде үш жыл міндетті түрде жұмыс өтеуіне қатысты заң нормалары 2015 жылға дейін енгізілді. Соған байланысты мен түсінбей отырмын, сіздер қай уақытта енгіздіңіздер?

АҚТАЕВА Л.М. 2012 жылдары.

ТӨРЕҒАЛИЕВ Н. Сіздің жаңағы информацияңыз бойынша күні кеше енгізген сияқты, сіз жаңа баяндамаңызда солай деп отырсыз. Жақсы түсінікті.

Екінші сұрағым Айбатыр Нышанбайұлына. Объясните мне принцип расходования через ОСМС, в 2020 году 702 миллиарда, расходы – 680? Тут не написана единица измерения.

ЖҰМАҒҰЛОВ А.Ш. Первая часть – поступления 700 миллиардов. У нас есть отдельные суммы, которые мы должны удерживать, держать как резерв – 3 процента, не менее 50 миллиардов, и на 12-ю часть мы не должны инвестировать. Для чего это? Как раз для будущих эпидемий. То есть в случае если будет такая ситуация, то мы будем финансировать из этих источников. Поэтому пока эту сумму резервируем.

Плюс накопления, которые у нас есть за эти два года, не хотели бы сразу выкинуть, потому что мы должны поступательную тенденцию

обеспечить в следующем году, в 2021 году и так далее. С учетом этого сумма другая.

ТӨРЕҒАЛИЕВ Н. И третий вопрос к заместителю акима Жамбылской области. Мына жерде через ГЧП стоимость строительства 34 миллиона, через бюджет – 91 миллион деп жазып отырсыздар. Почему все такие однотипные объекты в три раза дороже за счет бюджета? Спасибо.

ДАУЫЛБАЕВ Е.Ә. Қазір біз бұл практиканы зерделеп шықтық. Бірінші, жекешелік-мемлекеттік әріптестік аясында жұмыс жасаудың өткен 2018 жылғы көрсеткішін алсақ. Сізге көрсетіп отырған 91 миллион дәрігерлік амбулатория, бұл бүгінгі таңда Қазақстандағы нормаларға сәйкес жобалау-металық құжаттамасы ресми әзірленіп, бюджетке енгізіліп, соғылып жатқан нысандар.

Біз біріншіден, уақытты үнемдеу, екіншіден, қаражатты үнемдеу мақсатында басқа жолмен кеттік. Біз жерді өзіміз анықтаймыз, ауылдың ортасынан 2 минуттық жердегі жерді жеке кісілер сатып алады, сол жерде біздің бекітілген жобаға сәйкес құрылыс салып береді. Енді өзіңіз түсінесіз, дәрігерлік амбулатория мен фельдшерлік-акушерлік пункт деген, ол кәдімгі тұрғын үй сияқты үлкен бір қабатты ғимарат. Күрделі ғимарат емес ол. Сол себепті, оның сапасын біз құрылыс барысында өзіміз қадағалаймыз, олар салып береді. Ресурсный метод: осынша қыш кетті...

Өздеріңіз білесіздер, заңда, нормалардың бәрінде, СНиП-терде көрсетілген, біз бұл бойынша ұсыныс та бергенбіз, зимнее удорожание, временные здания и сооружения, коэффициенты всякие и так так далее. С накруткой у нас выходит 90. мы почти в три раза дешевле делаем это, в три раза экономим бюджетные средства.

ТӨРЕҒАЛИЕВ Н. (МИКРОФОНҒА ЕМЕС).

ДАУЫЛБАЕВ Е.Ә. Иә, бюджеттің есебінен бұл нысандарды. Бірақ, екінішке орай, басқа нысандар да бар, күрделі нысандар. Есть сложные объекты, где так же можно пойти, но сегодняшние нормы, увы, нам этого не позволяют. Мы со своей стороны готовим предложения, нормы пересмотреть нужно.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Хорошее предложение. Сформулируйте, мы постараемся поддержать.

ДАУЫЛБАЕВ Е.Ә. Міндетті түрде береміз. Чтобы было понятно, хочу объяснить. Допустим, медпункт, врачебная амбулатория по норме 180 квадратных метров. Мы построили 150 квадратных метров, посещений 15. То есть в сутки всего лишь 15 человек приходит, зачем там вестибюль, регистратура? Процедурную и прививочную объединили, потому что функция одна. Все это лишнее приводит к удорожанию. В СНиП нужно внести изменения.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Интересный момент обозначили, спасибо.

Уважаемые коллеги, я не могу вас ограничивать, но хочу обратить ваше внимание на время. Если есть еще вопросы или выступления у сенаторов-членов депутатской группы «Өңір», мы готовы выслушать.

У нас подготовкой данного вопроса занимался член депутатской группы, секретарь Комитета по социально-культурному развитию, человек, который это дело знает досконально. Работал и в предыдущей должности в области медицины, и сегодня его и конек, с одной стороны, с другой стороны, его боль. Я смотрю, он даже приболел, готовясь.

Пожалуйста, Серик Чингисович.

БЕКТҰРҒАНОВ С.Ш.Я думал, Вы скажете, не вылечили.

Уважаемые коллеги, нет смысла говорить, что система охраны здоровья – очень важная сфера для каждого гражданина страны.

Первый Президент Казахстана – Елбасы Назарбаев Нурсултан Абишевич, постоянно уделяя повышенное внимание росту уровня благополучия населения, неоднократно указывал на необходимость системного решения проблем в сфере здравоохранения. И ряд задач в этой отрасли решен или находятся на стадии разрешения.

Нельзя не отметить стабилизацию вопроса по выдаче бесплатных лекарств. Здесь повлияли две причины – своевременное проведение конкурсов и открытие аптек в государственных лечебных организациях. Мы говорили год назад Министерству здравоохранения, им нужно привлекать частных, в каждой поликлинике открыть аптеки, это решит все вопросы.

Кроме того, наведен порядок с учетом лиц, которые имеют право получать такое лекарственное обеспечение, и планированием объема необходимых медикаментов. Планируется внедрение сооплаты за бесплатные лекарства.

Законодательно введено регулирование цен на лекарственные препараты в розничной сети.

Также мы видим конкретные шаги министерства в четком определении границ между гарантированным объемом бесплатных медицинских услуг и медицинских услуг, которые будут оказываться в рамках обязательного социального медицинского страхования.

Не могут не радовать нас и успехи отечественных врачей в проведении уникальных операций и развитие высокоспециализированной медицинской помощи.

К сожалению, мы видим и другую сторону этой сферы, так как очень часто в регионах к нам обращаются простые граждане с проблемами по получению медицинской помощи и жалобами на медицинское обслуживание. Это и то, что невозможность попасть к узкому специалисту на прием, долгие ожидания плановой госпитализации, непрофессионализм отдельных врачей. Этот список можно продолжать очень долго.

Анализируя сложившуюся ситуацию и не обсуждая очевидных вещей, хотел бы обратить внимание коллег на ряд моментов, которые, на мой взгляд, создают системные проблемы в здравоохранении. Проблем и вопросов достаточно, но хотел бы остановиться только на трех из них.

Первое. Буквально на этой неделе на международной научно-практической конференции «Охрана здоровья населения: политика, наука, образование, практика первичной медико-санитарной помощи» Президент Казахстана Токаев Касым-Жомарт Кемелевич отметил, что первичная помощь должна быть максимально приближенной к людям, и качественные медицинские услуги в полном объеме должны быть доступны всем гражданам независимо от места проживания. И это в полной мере относится к сфере сельского здравоохранения, которая отстает от уровня лечебных организаций городов.

Прежде всего это износ и нехватка оборудования, а также состояние самих объектов. Приведу некоторые цифры по состоянию сети первичной медико-санитарной помощи по стране:

степень износа зданий – 54,3 процента;

степень износа медтехники – 49,2 процента;

оснащенность медтехникой – 51,1 процента;

отсутствуют медобъекты в 846 населенных пунктах (в том числе 475 отдалены от ближайшего медобъекта более чем на 5 километров).

По Акмолинской области цифры слышали, о них не хочется больше говорить. И при этом мы понимаем, что все данные показатели отражают состояние дел и в городах, и в сельских населенных пунктах. То есть если брать только село, то они будут еще хуже. Кстати, и в вопросах цифровизации сельское здравоохранение значительно отстает, в некоторых областях от 32-47 процентов наличие интернета на уровне ниже районного центра.

Как министерство будет в перспективе решать вопросы по телемедицине, введению электронных паспортов здоровья, внедрению медицинского страхования, электронного документооборота и других задач цифровизации в таких регионах, пока не ясно.

Хотел бы два слова сказать о нормативах, о которых Лязат Мейрашевна сегодня говорила.

Во-первых, я прошу дать письменный ответ о том, что это минимальные стандарты, потому что у нас есть информация, что все-таки на сегодняшний день Республиканский центр развития здравоохранения утверждает, что в какой области будет.

Во-вторых, если сегодня вне стандарта больше откроет медицинских организаций акимат, я уверен, что ФОМС их не профинансирует, потому что придет прокуратура и скажет, что там не написано минимальный, там написано медицинский стандарт. По медицинскому стандарту в данном

населенном пункте не может быть сельской врачебной амбулатории. Вы с ними заключили договор незаконно. Для частных это не действует.

Следующее. Я поддерживаю Рашида Каиржановича в том, что Правительством утвержден План территориального развития. А мы сегодня в строительстве медицинских объектов, особенно в сельской местности, ориентируемся на стандарты, которые мы обсуждаем. Однако в планах территориального развития могут быть неперспективные поселки с населением 50 и более человек. Зачем мы будем вкладывать средства для того, чтобы финансировать их? Смысла нет.

Второй пункт по стандартам. Если население менее 50 человек и на расстоянии более 5 километров находится населенный пункт, мы обязаны там открыть медицинский пункт. Какой смысл?

Есть простое предложение – добавить в штат ближайших медицинских пунктов официально автомобиль, который мог бы обслуживать население, которое на расстоянии 5 и более километров. Определить расстояние, которое есть. Если медицинский пункт открыть, где населения меньше 50 человек, это нерентабельно, неэффективно, и потом все равно этого человека в случае чего нужно везти в ближайшую сельскую врачебную амбулаторию.

Поэтому оснащение транспортом было более мобильно, более рационально, более эффективно и без дополнительной нагрузки на дефицит, который сегодня есть. То есть не надо дополнительно искать.

Сегодня мы слышали разговор, СВА на 15 посещений, люди не работают, ждут, когда 15 человек в течение дня придут.

Кстати, о дефиците кадров как важнейшего фактора снижения качества и доступности медицинской помощи населению. Я кратко скажу и поддержу Наримана Турегалиевича. Хочу только напомнить, что в действующем законе Республики Казахстан «Об образовании» есть статьи, которые четко регулируют этот вопрос. В частности, пункт 17 статьи 47 четко определяет, что выпускники после окончания высшего и (или) послевузовского образования по педагогическим и медицинским специальностям, обучавшиеся на основе государственного гранта, обязаны отработать в государственных организациях образования и здравоохранения. А те из них, кто поступил в пределах сельской квоты, должны отработать в сельской местности. То есть законодательно вопрос решен, но раз нет результатов, значит, не срабатывает механизм исполнения закона.

Более того, при Министерстве образования и науки есть специальный орган – акционерное общество «Финансовый центр», за которым закреплены функции по контролю и отработке выпускников по медицинским, ветеринарным и педагогическим специальностям. Как он работает, работает в связке с Министерством здравоохранения и науки, непонятно. По его отчету просто приведу пример.

По его информации, с 2012 по 2017 годы было выпущено 3862 медицинских специалистов, обучавшихся по сельской квоте, из них было освобождено от отработки 2502 выпускника, то есть 64,7 процента, по различным причинам. В законе определены причины, по которым отработка не нужна. Зачем готовим специалистов? Причем 1008 человек, сейчас еще больше удивитесь, из-за отсутствия вакансий в тех местах, куда их направили. О чем мы вообще говорим?! Куда мы деньги тратим?! Как мы регулируем процесс кадровой подготовки? Вот и весь результат нашей работы и эффективности расходования бюджетных средств, решения вопросов кадрового дефицита.

Предлагаю Министерству здравоохранения совместно с Министерством образования и науки не создавать новые механизмы привлечения кадров, а сначала проанализировать ситуацию и понять, почему нормы закона не работают, и внести соответствующие предложения. Мы любое предложение поддержим.

Что касается качества подготовки кадров. Вы слышали, независимый центр сказал о том, кого мы выпускаем, кто работает. Еще хочу сказать, что у нас есть такой Республиканский центр развития здравоохранения, который проводил рейтинг организаций первичной медико-санитарной помощи. К сожалению, на их сайте информация только за 2017 год. Я думаю, что после этого они не проводили или не хотят опубликовать информацию.

Я хочу сказать, за 2017 год 168 организаций добровольно участвовало в этом рейтинге, и по клиническим показателям в категорию пяти звезд вошли всего восемь медицинских организаций, 4 процента. Клинический показатель – основная работа медицинских организаций. Четыре звезды – 30 процентов, три звезды – 28 процентов, две звезды – 44 процента, одна звезда – 3 процента, качество работы организаций первичной медико-санитарной помощи, которые добровольно пошли на этот рейтинг. Они считали, что работают хорошо. Қалғандары вообще даже не пошли. Это о том уровне, которым мы сегодня занимаемся.

Следующее – вопросы финансирования системы здравоохранения. На сегодняшний день дефицит средств сегодня в этой сфере составляет порядка 500 миллиардов тенге. Мы должны это признать и требовать самого высокого качества от работы первичной медико-санитарной помощи, лечебных организаций, наверное, все-таки сложно, пока мы полностью не закрыли самые минимальные потребности в системе здравоохранения. Здесь есть ряд вопросов.

Первое. Мы сегодня очень много слышим, что дали поручение, что должны местные исполнительные органы сделать. Сегодня, надо понимать, все финансы постепенно (в течение нескольких лет) сконцентрированы в центре. Управление здравоохранения располагает финансами только на содержание, управление здравоохранением, все остальное идет сверху. За

исключением, если аким даст деньги, они имеют право материально-техническое снабжение делать, расширить список болезней, по которым выдаются бесплатные лекарства.

Мы живем в унитарном государстве, и если аким социально направленный, как в Жамбылской области, он выделяет деньги на строительство медицинских объектов. А если у них нет дорог, как в Актюбинской области, Уральской области, я не знаю, какое там состояние здравоохранения, им дороги нужно делать, Президент дал им прямое поручение заниматься этими вопросами. Естественно, на здравоохранение дополнительных денег выделяться не будет, будут кивать наверх.

То есть в этом вопросе тоже необходимо что-то делать. Сегодня нам сказали, с введением ОСМС с 1 января 2020 года дополнительно в бюджет должны поступить порядка 600 миллиардов тенге. Но я никак не могу добиться, и прошу Министерство здравоохранения вместе с Фондом обязательного медицинского страхования... Везде ФОМС указывает, что на следующий год из этих 600 миллиардов тенге порядка 260 миллиардов тенге – это взносы государства. То есть они должны быть в бюджете здравоохранения.

Трехлетний бюджет здравоохранения мы с вами утвердили, и 2020-2021 годы от 2019 года сильно в деньгах не меняются.

Таким образом, тут два вопроса: или мы должны эти деньги дополнительно дать, они на это рассчитывают, но они говорят, что не заложены, или эти деньги будут перераспределены за счет других статей расходов, что абсолютно неправильно, потому что тогда мы дополнительно в бюджет здравоохранения вливаем максимум 300 миллиардов тенге. Это взносы работодателей, ЕСП и так далее. Государство дополнительно ничего не даст. Мы должны реально понимать, сколько денег на здравоохранение на 2020 год, и срочно этим вопросом заниматься. Я прошу Министерство здравоохранения вместе с ФОМС разобраться с этим вопросом, чтобы мы четко для себя понимали, что мы будем иметь.

И еще коротко о финансировании. Это те вопросы, по которым мы сегодня очень много спорили. Не хотел говорить, но раз Министерство здравоохранения оспаривает, хотел бы внимание депутатов обратить на эти вопросы.

Со следующего года планируется перевод финансирования центральных районных больниц с поликлиниками с подушевого финансирования, которое сегодня они имеют, им сразу отдали деньги, сколько населения закреплено, на финансирование по тарифу. Что это будет, какие риски происходят? Отдаленные центральные районные в малонаселенных пунктах, имея очень маленький оборот больных в поликлиниках, будут иметь очень маленький доход и огромный дефицит бюджета.

Понятен посыл Министерства здравоохранения о том, что сегодня поликлиники стараются всех отправить в город, а деньги у них те же самые остаются, за пациентом не идут. Но мы во вторую сторону можем качнуться, что отдаленные поликлиники и ЦРБ не смогут финансово выживать. Мы сегодня должны обратить внимание на этот вопрос. Я просил бы коллег в проект рекомендаций включить этот вопрос, во-первых, чтобы еще раз его обозначить заранее, во-вторых, чтобы мы не пропустили этот момент.

Когда в 2015 году принимался Закон «Об ОСМС», наш комитет, я лично говорили, что есть вопрос по самозанятым. Тогда нас министерство убедило, сказав, что разберутся, сделают и так далее. Пока Елбасы не дал конкретное поручение трем министерствам, вопрос не сдвинулся с места. Сейчас вопрос сдвинулся, но пока до конца не решен.

Мы понимаем, что сегодня за них никто не хочет отвечать. Только что Лязат Мейрашевна сказала, что это вопрос Министерства труда и социальной защиты населения. Когда эти люди придут в больницу и не получают плановых вопросов, отвечать будем мы все вместе, как это было в свое время неоднократно, и по автомобильным детским креслам, и по регистрации, и по земельным вопросам, и сегодня по многодетным матерям. Мы наступаем на одни и те же грабли. Здесь параллельный вопрос, как по пенсионному обеспечению. У нас в стране никто не отвечает, не анализирует ситуацию, сколько у нас людей не отчисляют на пенсию. Они через 10-15 лет придут к пенсионному возрасту и скажут: у меня накоплений нет, меня никто не предупредил. Государство останется крайним. У нас всегда государство остается крайним. В данном случае будет то же самое. Да, количество этих людей сократилось, ЕСП они платят, но никто этим вопросом не занимается. Я просил бы на эти основные вопросы обратить внимание.

Еще раз хотел бы сказать, что сделано очень много, но если мы не будем проговаривать проблемы, которые есть, не будем их признавать, тогда мы очень многого не добьемся. Думаю, что Министерство здравоохранения и ответственный государственный орган обратят внимание на сегодняшние замечания. Мы рекомендации отработаем, Михаил Михайлович, до конца. Спасибо.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет, Серік Шыңғысұлы.

Я думаю, что все присутствующие поняли, насколько глубоко мы постарались вникнуть, подготавливая этот вопрос. Я хочу заверить своих коллег-депутатов и присутствующих, что мы обязательно постараемся поднятые проблемы довести до логического конца. Что-то получится, не все, наверное, но какие-то вещи мы обязательно будем продвигать.

В принципе, у нас есть хорошая практика возвращаться к этим делам. Мы можем в конце этого года или в начале следующего года вернуться к той ситуации, которая будет. Наверное, даже в начале следующего года, чтобы посмотреть, как будут решаться вопросы через ЦОН и все остальное.

Давайте, не расслабляться, держать это дело на постоянном контроле и толкать его.

Лязат Мейрашевна, я прошу в течение ближайших четырех рабочих дней передать нам дополнительную информацию, потому что у нас были трудности при подготовке самого заседания, поэтому я надеюсь на Ваш контроль и на то, что Вы обязательно эти данные передадите.

По результатам мы подготовим окончательный вариант рекомендаций, которые будут направлены Премьер-Министру, и выполнение которого мы будем контролировать.

Есть что добавить? Пожалуйста.

ТӨРЕҒАЛИЕВ Н. В рекомендации надо включить вопрос по пересмотру приказа Министерства здравоохранения по сетям.

НҰРАЛИЕВ Ә.Т. Несколько дельных предложений с регионов...

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Предложения Жамбылской области мы тоже обязательно внесем в рекомендации.

Друзья, коллеги, я думаю, что у нас состоялось интересное обсуждение. Прежде всего я хочу поблагодарить наших коллег из Акмолинской, Жамбылской, Кызылординской областей. Представителю Кызылординской области мы слова не дали, но я думаю, обиды нет. Молодому человеку будет польза от того, что увидел, услышал, что ваши проблемы знают в Сенате.

Друзья, еще раз хочу всех поблагодарить. Депутатская группа «Өңір» себя уже зарекомендовала тем, что вопросы, которые не входят в нашу постоянную работу, мы стараемся вытаскивать. Эти вопросы возникают не спроста, мы бываем в регионах. И не всегда в общий план работы Сената можно что-то включить. Эти вещи мы стараемся рассмотреть на депутатской группе.

Я хочу поблагодарить членов депутатской группы. Будем работать.

Сау болыңыздар.

ОТЫРЫСТЫҢ СОҢЫ.

ОРЫНДАҒАН:

Стенографиялау қызметінің
жетекші редакторы

И. Шыныбаева