«АУЫЛДЫҚ ЖЕРДЕГІ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ:

ҚАЗІРГІ ЖАЙ-КҮЙІ МЕН ДАМУ ПЕРСПЕКТИВАЛАРЫ» ТАҚЫРЫБЫНДА

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРІ

А.Ғ. ҒИНИЯТПЕН ҮКІМЕТ САҒАТЫ

2022 жылғы 10 қазан

Отырысты Қазақстан Республикасы Парламент Мәжілісі Төрағасының орынбасары Б.Т. КЕСЕБАЕВА жүргізді.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Қайырлы күн, құрметті әріптестер және үкімет сағатына қатысушылар! Жұмысымызды бастайық.

Қазіргі кезде Қазақстанда ел Президентімен жүргізіліп жатқан әлеуметтік саясаттың маңызды құрамдас бөліктерінің бірі өз азаматтары үшін денсаулық сақтаудың жоғары деңгейін қамтамасыз ету болып табылады.

Үкімет сағатында біз ауыл тұрғындарына медициналық көмек көрсету сапасын жақсарту бойынша қандай шаралар қабылданып жатыр және қандай шаралар қабылданатын болады осы мәселелер бойынша егжей-тегжейлі талқылайтын боламыз.

Бүгінде қазақстандықтардың шамамен 41 пайызы ауылдық жерлерде тұрады. Оның ішінде 3,6 миллион адам немесе 46 пайызы балалар мен қарт адамдар болып табылады. Ал оларды медициналық тұрғыдан қамтамасыз ету ерекше назар аударуды және жаңа тәсілдер қолдануды қажет етеді.

Өкінішке орай, бірқатар себептерге байланысты ауылдық жерлерде денсаулық сақтау мәселелерін жедел шешуді қажет ететін көптеген сұрақтар қордаланып қалған. Ауылдық жердегі денсаулық сақтаудың ең өзекті проблемасы медициналық көмектің қолжетімділігі болып отыр. Мұның барлығы ескірген материалдық-техникалық базамен, дәрігерлер мен кіші медициналық персоналдың жетіспеушілігімен, медициналық техниканың жеткіліксіздігімен, дәрі-дәрмектерге қолжетімділіктің болмауымен және басқа да мәселелермен күрделене түседі.

Мысалы, 2021 жылдың қорытындысы бойынша ауыл тұрғындарының қан айналымы жүйесі ауруларынан өлім-жітімі 11 пайызға артып, қатерлі ісіктермен сырқаттанушылық 10,5 пайызға өсті.

Сондықтан Қасым-Жомарт Кемелұлы Тоқаевтың биылғы Жолдауындағы тапсырмаларды орындау мақсатында келесі жылдан бастап «Ауылдық жердегі денсаулық сақтауды жаңғырту» ұлттық жобасы іске асырылатын болады. Бұл жобаның басты мақсаты медициналық инфрақұрылымды кешенді түрде жақсарту болып табылады. Ол үшін алдағы екі жылда 655 алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсету нысандары, 32 ауданаралық көпсалалы ауруханалар ашылатын болады. Бұл мақсаттарға 217 миллиард теңгеден астам қаржы бөлінеді. Мұның барлығы қазіргі кезде ауылдық жердегі азаматтардың денсаулық сақтау жағдайына деген Президенттің ден қоюы.

Біз Денсаулық сақтау министрінің баяндамасында ауылдық жердегі денсаулық сақтау мәселесін жақсарту бойынша ұсынылып отырған барлық жаңашылдықтар толығырақ еститін боламыз.

Үкімет сағаты барысында біз ауылдық жердегі денсаулық сақтаудың осындай проблемаларын және басқа да өзекті мәселелерін талқылайтын боламыз.

Оның қорытындысы бойынша Қазақстан Республикасының Үкіметіне ұсынымдар жіберіледі.

Үкімет сағатына Ұлттық экономика, Қаржы, Цифрлық даму және аэроғарыш өнеркәсібі министрліктерінің, Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының өкілдері де қатысып отыр.

Бейнеконференц байланыс бойынша барлық облыс әкімдерінің орынбасарлары және облыстық денсаулық сақтау басқармаларының, медициналық сақтандыру қоры филиалдарының басшылары қатысуда.

Жұмыс регламентін еске саламын. Негізгі баяндамаға 20 минутқа дейін, қосымша баяндамаға 10 минутқа дейін, жарыссөзге 3 минутқа дейін уақыт беріледі. Регламентті сақтауды сұраймын.

Құрметті әріптестер! «Ауылдық жердегі денсаулық сақтау: қазіргі жай-күйі мен даму перспективалары» деген тақырыпта баяндама жасау үшін сөз Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрі Ғиният Ажар Ғиниятқызына беріледі. Ажар Ғиниятқызы.

ҒИНИЯТ А. Қайырлы күн, құрметті Балайым Туғанбайқызы! Құрметті Парламент Мәжілісінің депутаттары мен Үкімет сағатына қатысушылар! Сіздерге ауылдық медицинасының қазіргі жағдайы мен перспективалары туралы баяндауға рұқсат етіңіздер.

Бүгінде елімізде ауылда 7 миллион 800 адам тұрады, бұл ел халқының 41 пайызын құрайды.

Ауыл халқының 38 пайызы балалар, 62 пайызы ересектер болып табылады. Бала туу жасындағы әйелдер – 1 миллион 700-ден асады.

Елімізде ауылдық медициналық ұйымдардың инфрақұрылымы дамыған.

Ауыл тұрғындарына 5 мыңнан астам медициналық ұйым, оның ішінде 2 мыңнан астам медициналық пункт, 800 фельдшерлік-акушерлік пункт, мыңнан астам дәрігерлік амбулатория, 200-ден астам емхана және 203 аурухана медициналық көмек көрсетеді.

Халықтың денсаулық көрсеткіштерін талдау, ауыл тұрғындарының өмір сүру ұзақтығы қала тұрғындарынан тұрақты жоғары екенін көрсетеді.

2021 жылы ауылдарда туу деңгейі қалаға қарағанда жоғары болды. Ағымдағы жылдың 7 ай қорытындысы бойынша республикалық көрсеткіштен 5 пайызға жоғары.

Былтырмен салыстырғанда, жалпы өлім көрсеткішінің 14 пайызға төмендеуі байқалады.

Ауылдағы ана өлімі ағымдағы жылдың 6 айының қорытындысы бойынша қалаға қарағанда 2 есе төмен. Бүкіл ел бойынша бұл көрсеткіш төмендеп келеді.

Ағымдағы жылы нәресте өлімінің өткен жылдың сәйкес кезеңімен салыстырғанда өсіп тұрғанын көрсетіп тұр.

Бұл ретте, ауылда бала өлімі қаламен салыстырғанда 38,7 пайызға төмен көрсетеді.

Нәресте өлімі әйелдердің денсаулығына тікелей байланысты.

Әйелдердің денсаулығын сақтау және балалардың денсаулығын нығайту үшін жүкті әйелдерді жеке және дисциплинааралық босанғанға дейінгі бақылаумен қамту ұлғайтуда, бүгінгі таңда көрсеткіш 82 пайызды құрап отыр, былтыр 80 пайыз болған. Биылдан бастап жүктілікті ерте анықтау коэффициенті 10 аптаға дейін 11 пайызға өсіп, 40 пайызға жетті, бұған дейін 12 аптадан бастап жүктілік бақылауға алынатын. Бұл жүктіліктің ықтимал асқынуларын уақтылы анықтауға және болжауға мүмкіндік берді.

Балалардың денсаулық жағдайын жақсарту және өлімді азайту үшін елімізде бірқатар жүйелі шаралар жүзеге асырылуда. Атап айтқанда, ауруларды және даму бұзылыстарын уақтылы анықтау үшін жыл сайын 3 миллионнан астам баланы қамти отырып, профилактикалық қарап-тексерулер, 1 миллион 600-дан астам ерте шақтағы балаларды скринингтік зерттеулер жүргізілуде.

Биыл ауылдық жерде ерте шақтағы балаларға күтім жасау мәселелері бойынша консультация беру үшін 400-ден астам баланы дамыту кабинеті ұйымдастырылды.

Сонымен бірге «Қамқорлық» бағдарламасы аясында қазір жер-жерлерде, соның ішінде ауылдық жерлерде оңалту орталықтары ашылуда. Биыл 6 айдың ішінде Еңбекшіқазақ ауданында осындай орталық ашылды.

Материалдық-техникалық жарақтандыруды және дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді арттыру мәселелері пысықталуда.

Ауыл халқының денсаулығына келетін болсақ, слайдта көрсеткендей көбінесе бірінші орында ауыл халқы тыныс алу ағзаларының ауруларынан зардап шегеді, олар 42,7 пайызды құрайды.

Екінші орында ас қорыту аурулары.

Үшінші орында несеп-жыныс жүйесі ауруалры.

Төртінші орында қанайналым жүйесінің аурулары. Содан кейін жазатайым оқиғалар мен онкологиялық аурулар.

Ауылда, жалпы ел бойынша, өлім көрсеткішінің құрылымында қанайналым жүйесінің ауруларынан, қатерлі ісіктерден, тыныс алу ағзаларының ауруларынан және жарақаттардан болатын өлім қала тұрғындарына қарағанда басым.

Коронавирус инфекциясы пандемиясының жалпы халық денсаулығының негізгі көрсеткіштеріне әсер еткенін атап өткен жөн.

Сонымен бірге ауылда денсаулық сақтауда бірқатар проблемалық мәселелер бар.

Динамикалық бақылау сапасының төмендігі, консультациялық-диагностикалық қызметтердің жеткіліксіз қолжетімділігі байқалады. Сонымен қатар созылмалы аурулары бар пациенттерді қымбат дәрі-дәрмектермен қамтамасыз ету ауыл тұрғындары арасында қала тұрғындарымен салыстырғанда екі есе аз. Бірқатар ауылда дәріхана пункттері жоқ.

Ауылдағы кадрлық қамтамасыз етуді талдау 1 мың 700-ден астам медицина қызметкерінің, оның ішінде мыңнан астам дәрігердің тапшылығын көрсетеді.

Мемлекет басшысының тапсырмасы бойынша ауылдағы объектілерге инвентаризация жүргізілді, нәтижесінде 200-ден астам елді мекенде медициналық объектілер жоқ, 400-ге жуық ауылдарда медициналық объекті жалға алынған, апаттық жағдайда немесе бейімделген ғимараттарда орналасқан.

Ауылдық медициналық-санитариялық алғашқы көмектің медициналық инфрақұрылымының тозуы 50 пайыздан асады.

Министрлік жергілікті атқарушы органдармен бірлесіп тиісті жұмыс жоспарлы жүргізілуде.

Бірінші. Медициналық кадрларды ауылға тарту үшін түлектердің міндетті түрде 3 жылдық жұмыс істеу нормасы қабылданды, келген әрбір дәрігерге 1 миллион теңгеден 2 миллион теңгеге дейін көтерме жәрдемақы бөлінеді, ал кейбір әкімдіктер, мысалы, Солтүстік Қазақстан, Қостанай облыстарында жәрдемақыны үш-бес миллионға дейін бөліп отыр.

Әліде ауылға баратын дәрігерлердің әлеуметтік қолдауын күшейту қажет. Мысалы, көршіміз Ресей Федерациясының шалғайға баратын дәрігерлеріне біздің қаражатымызбен 10 миллион теңгеге дейін қаражат бөлінеді екен. Ал солтүстік жаққа баратын дәрігерлеріне, медицина қызметкерлеріне сол қаражатты екіге көбейтіп, асырып береді екен.

Жыл сайын клиникалық бейіндегі 1 мың 500 медициналық кадрды даярлауға мемлекеттік білім беру тапсырысы, гранттар бөлінеді, түлектерді бөлу жүзеге асырылып жатыр.

Бүгінде ауылдық жерлерде 67 мыңнан астам медицина қызметкері, оның ішінде 13 мың дәрігер жұмыс жасайды.

Ауылдағы дәрігерлермен қамтамасыз ету көрсеткішін алатын болсақ, 10 мың тұрғынға шаққанда 17,2 құрайды. Мысалы, Қазақстан бойынша бұл көрсеткіш 41-ді құрап отыр. Ал экономикалық ынтымақтастық және даму ұйымы елдерінің көрсеткішімен 10 мың халыққа шаққанда 33-ті құрайды. Яғни, жалпы елде кадрмен, дәрігерлермен қамтамасыз ету өзіміздің сол ұйымға кіретін мемлекеттерге ұмтылып отырмыз ғой, сол мемлекеттерге қарағанда біздің елімізде оның көп екенін көрсетеді. Бірақ ауылдық жерлерде дәрігерлер жетіспейді.

Ауылда орта медициналық қызметкерлермен қамтамасыз ету көрсеткіші 10 мың халыққа шаққанда 87,2-ні құрап отыр. Республика бойынша 98,7.

Енді бұл мәселені шешу үшін қазір біз ауылға резиденттер міндетті практикадан өту үшін «Резиденттер ауылға» пилоттық жобасын енгізу қарастырылып отыр. Яғни, әрбір резидент дәрігерлер ауылдық деңгейде алты ай практикасын өту керек деп міндеттеп отырмыз. Ол дәрігердің өзінің клиникалық болсын практикалық білімінің әрі қарай көтерілуіне, сондай-ақ халыққа да дәрігерлердің келуін қамтамасыз етеді.

Мемлекет басшысы үш жылдың ішінде резидентураға берілетін гранттар санының жыл сайын 70 пайызға ұлғаюын қамтамасыз етуді тапсырды. Бұл шарада дәрігерлерді көбірек дайындауға септігін тигізеді. Барлық шыққан дәрігерлердің 70 пайыздайы осы республикалық қаражаттың есебінде дайындалатын болады, қалғаны өзінің баратын профильдеріне байланысты өз қалтасынан әрі қарай резидентурада білім алатын болады.

Ағымдағы жылғы практикалық денсаулық сақтау қажеттіліктеріне сәйкес өңірлерге 2 мың 981 жас маман, оның ішінде осы жылы ауылға 797 жас маман бөлінді. Осылайша тапшылықты жабу пайызы 61 пайызды құрады. Министрлік әкімдіктермен бірлесіп тұрақты негізгі мамандардың келу мониторингін жүзеге асырады, ал жергілікті органдар келген жас мамандарды тұрақтандыруға жұмыс жасауы қажет. Мана айтып кеттім, қаражаты бар, үй мәселелері бар, әлеуметтік қолдау көрсетіп, жағдай жасау керек.

Шалғай ауылдардың тұрғындарына медициналық қызметтердің қолжетімділігін қамтамасыз ету мақсатында көлік медицинасы дамыған. Жаңа айтып кеттім, көптеген елдерде медициналық объектілер жоқ немесе ол жерлерде құлап, апатты жағдайда тұрған мекемелерде бір фельдшер ннмесе бір мейірбеке отыр. Жаңа сіздер көргендей үлкен медициналық кешен, медициналық жылжымалы емханалар бүкіл ел бойынша жұмыс жасауда.

Биыл еліміздің 10 өңірінде 64 мың тұрғынға медициналық көмек көрсеткен екі «Жәрдем» және «Саламатты Қазақстан» медициналық пойыздарының жұмысы қайта жанданды. Бүгінгі таңда 117-ден астам біздің барлық облыстар бойынша станцияларға барып халыққа көмек көрсету керек еді. Бүгінгі таңның өзінде 110-нан астам станциядан өтті. Әлі үш облысқа барып көмек көрсететін болады.

Медициналық авиацияны ауыл тұрғындарын тасымалдайтын және шұғыл көмек көрсететін 33 әуе кемесі жүзеге асырып жатыр.

Ауылда жедел медициналық көмек көрсету үшін 595 бригада жұмыс жасап, 1,5 миллион шақыртуға қызмет көрсетілді.

Ауылда медициналық көмектің сапасын жақсарту үшін Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы мақұлдаған «адамға немесе пациентке бағдарланған тәсіл» медициналық-санитарлық алғашқы көмектің озық тәжірибелерінің жобалары енгізілуде.

Мысалы, пациенттерді қолдау қызметі, ақпараттандырылған қоғамдық мониторинг және халыққа кері байланыс механизмі, инфекциялық емес ауруларды ерте анықтау, ауруларды басқару бағдарламалары, дұрыс тамақтануды, өмір салтын үйрету, әмбебап прогрессивті патронаж үлгісі, отбасын жоспарлау, ер адамдардың денсаулығын жақсарту, баланы дамыту кабинет жобалары кеңінен таралуда.

Сонымен қатар, емханаларда жұмыс жасайтын мейіргерлердің функциялары кеңейтілуде. Олар рецепт жазудан, құжаттарды ресімдеуден басқа, созылмалы аурулары бар пациенттердің динамикаларын қадағалайды, пациенттердің проблемаларын шешуді жоспарлайды.

Бұл практикалар бүгін сіздерге көрмеде ұсынылды, таныстырылды. Оларды барлық өңірлерге көрсету, енгізу жүзеге асырылуда.

Алматы облысы Еңбекшіқазақ ауданының аудандық емханасы Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының Еуропалық аймағына мүше 53 мемлекет үшін медициналық-санитарлық алғашқы көмек бойынша демонстрациялық алаң болып танылғанын атап өткім келеді. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы өзінің Еуропалық аймағының үш елінде: Қазақстан, Испания және Швецияда демонстрациялық алаңдар ашты. Енді бұл біздің еліміздің де мерейі. Бір жағынан осы аптаның аяғында бүкіл ел бойынша емханалардың бас дәрігерлерін Жамбыл облысына жинап, Мерке ауданының тәжірибесін көрсетіп, әрбір бас дәрігерді, олардың орынбасарларын жақсы практика енгізілген аудандық ауруханалар мен емханаларға жолдап, осы тәжірибеге трансляция жүргізудеміз.

Емханалар деңгейінде үздік тәжірибелерді енгізумен қатар, көпбейінді орталық аудандық ауруханалар деңгейінде медициналық көмек көрсету тәсілдері жетілдірілуде.

Әлемдік және отандық тәжірибеде қолданылатын диагностика мен емдеудің заманауи әдістері оның ішінде операциялық аз инвазивті араласулар, диагностикалық және емдік лапароскопия, холецистэктомия, аппендэктомия, герниопластика, артроскопия, интрамедулярлық остеосинтездер және тағы басқа енгізілген, өздеріңіз көрген Аягөз көпбейінді аудандық орталық ауруханасында стандарттарды енгізудің және іске асырудың ең үздік тәжірибесін атап өткен жөн. Бүгінде Солтүстік Қазақстан, Ақмола, Жамбыл және басқа өңірлерден келген әріптестер олардың оң жұмыс тәжірибесін қабылдауда. Біз график қойып әрбір облыстың аудандық аурухананың қызметкерлерін осы аудан орталықтарына жіберудеміз.

Коронавирус инфекциясының пандемиясы жылдарында шектеу шараларына байланысты ауыл тұрғындарына мамандандырылған медициналық көмектің қолжетімділігі төмендеді. Соған байланысты, ауруларды ерте анықтау және уақтылы емдеу үшін ауқымды профилактикалық қарап-тексерулер енгізілуде. Жыныстық жас құрамын, халықтың денсаулығын талдауды ескере отырып, нысаналы топ пен ауыл тұрғындарын скринингтеу қызметтерінің тізбесі кеңейтілді, яғни біз арнайы балалар үшін, жастар үшін, қызмет жасындағы адамдар үшін, сонымен қатар зейнеткерлер үшін әртүрлі пакеттер жасадық олардың сол кездегі қозатын ауруларына, жастарына байланысты. Халық қазір чекап дейді, сондай профилактикалық тексерісті бірінші ауыл тұрғындардан бастайын деп отырмыз, бастап кеттік.

15 қыркүйектен бастап Қарағанды облысы Абай ауданының, Ақмола облысы Аршалы ауданының және Алматы облысы Еңбекшіқазақ ауданының аудандық орталық ауруханаларында пилоттық жоба жүргізілуде. ОЛ тек профилактикалық зерттеулер жүргізіп қою емес, сонымен бірге ақпараттық жүйені бірге жасап, әрбір азаматтың мамандарға барып қаралды ма, лабораториялық зерттеулер өткізілді ме жүйеден біз денсаулығын көріп отыруымыз керек. Сондықтан осы белгілі аудандарда пилоттық жоба өткізіп, 20 қазаннан бастап ауылдарда профилактикалық қарап-тексерулер бүкіл ел бойынша жүргізілетін болады.

Екі жылдық дұрыс медициналық қызметтің алынбауы, профилактикалық қарап-тексерулердің жүргізілмеуі, бірінші ауыл тұрғындарының арасында денсаулықтарын біліп, талдау өткізіп, әрі қарай динамикалық бақылауға алып, азаматтарды емдеген дұрыс болады.

Профилактикалық қарап-тексерулер жүрек-қан-тамыр жүйесі ауруларының, қант диабетінің, асқазан мен бүйректің созылмалы ауруларының ерте кезеңдерін анықтауға бағытталған.

Асқазан-ішек жолдарының ауруларын, 18 жастан 70 жасқа дейінгі және одан жоғары жастағы адамдарға арналған несеп бөлу жүйесін, 50 және одан жоғары жастағы адамдарға арналған тыныс алу ағзаларының ауруларын және қуықасты безінің обырын ерте анықтау қызметтері кеңейтілді, яғни жаңағы көрсетілетін қызметтердің тізіміне енгізілді.

18 жасқа дейінгі балалар үшін 1 жас, 3 жас, 6 жас және 14 жас аралығындағы зертханалық зерттеулердің қосымша жалпы клиникалық әдістері енгізілді.

Қалалық және ауылдық пациенттерді амбулаториялық деңгейде тең тегін қамтамасыз ету үшін мынадай жағдайлар жасалған:

- дәрілік заттар амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің бірыңғай тізбесі бойынша беріледі;

- ауылдық жерлерде дәрігер болмаған жағдайда фельдшер тегін рецепт жазып беруге құқылы;

дәріхана жоқ ауылдық елді мекендерде дәрілік заттарды медицина қызметкері медициналық-санитариялық алғашқы көмек объектілері арқылы, сондай-ақ жылжымалы дәріхана пункттері арқылы тегін жібереді.

Құрметті депутаттар! Биыл сіздердің қолдауларыңыздың арқасында ел халқына медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын жақсартуға бағытталған заңнамалық нормалар қабылданды.

Мәселен, амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге кірмейтін дәрілердің қолжетімділігін арттыру үшін салалық заңнамаға ауылдық медициналық ұйымдарда дәріхана пункттерін құру жөніндегі норма енгізілді.

Бұның өзі 4 мың 542 ауылда дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету мәселесі бүгінгі таңда шешілді, жазда қабылданған болатын. Әлі де 1 мың 145 елді мекенде осы шаруа шешілмей отыр. Қазір облыстық басқармалар арқылы бұл жұмысты қадағалап отырмыз.

Сақтандырылмаған азаматтарды қамту және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық көмектің қолжетімділігін арттыру мақсатында «Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы» Заңға толықтырулар енгізілді.

Ауылдық денсаулық сақтауды цифрландыру бойынша шаралар қабылдануда. Ауылдық денсаулық сақтау объектілерінің 87,2 пайызы интернетке қосылған, жұмыс орындарының 98,5 пайызы компьютерлермен жабдықталған, 98,2 пайызы медициналық ұйымдар госпитальдық ақпараттық жүйелерді енгізген.

Мемлекет басшысы телемедициналық қызметтер көрсету жүйесін диагностикалық қызметтер спектрін кеңейтуді және заманауи цифрлық шешімдерді пайдалануды қоса алғанда, халықаралық стандарттарға сәйкестендіруді қамтамасыз етуді тапсырды.

Денсаулық сақтау министрлігі «Ауылдық денсаулық сақтауды жаңғырту» ұлттық пилоттық жобасын іске асыру шеңберінде медициналық қызметтерді қашықтықтан көрсету форматына ауыстыруды жоспарлап отыр.

Бұл медицина қызметкерлерінің бір-бірімен, жеке тұлғалармен қашықтықтан өзара іс-қимылын, сондай-ақ олардың жасаған іс-әрекеттерін құжаттауды қамтамасыз ететін цифрлық технологиялар арқылы медициналық қызметтер көрсету көлемін өсіруге мүмкіндік береді.

Қаржыландыру мәселесіне келетін болсақ 3 жылдың ішінде ауылдық денсаулық сақтауды қаржыландыру 2 триллион 231 миллиард теңгені құрады.

2023 – 2025 жылдарға шамамен 2 триллион 646 миллиард теңге қаражат көзделген.

2022 жылғы 1 қыркүйектегі жағдай бойынша міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде ауылда шамамен 6 миллион адам тіркелген, бұл 79 пайызды құрап отыр. Бұл ретте, 1 миллион 500 адам әлі күнге дейін міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінен тыс қалып отыр.

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруды іске асырудың арқасында медициналық қызметтерді қаржыландыру 2 есе, оның ішінде:

- профилактикалық медициналық қарап-тексерулер – 2 есе;

- консультациялық-диагностикалық қызметтер – 1,5 есе;

- стационарлық көмек – 1,2 есе;

- жоғары технологиялық медициналық қызметтер – 2,2 есе;

- медициналық оңалту–1,5 есе ұлғайды.

Сонымен қатар, қымбат компьютерлік томография, МРТ және ПЭТ зерттеулерінің өсуі байқалады.

Өткен кезеңдегі қарызын жоя отырып, 12 ай бұрын міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жарналарын төлеу жолымен кірудің баламалы тәсілін енгізілді. Ол туралы мен жаңа айтып кеттім. Сіздердің көмектеріңізбен биыл қыркүйектен бастап жаңа норма енді. қазір бұрынғы қарызын төлемей-ақ 12 ай бұрын бір жылға 36 мың теңгесін төлеп, осы жүйеге кіре алады. Бір жылдың ішінде миллионнан астам медициналық қызметті ала алады. Осылайша, еліміздің сақтандырылмаған азаматтары үшін тартымдылық артты.

Ел халқына, оның ішінде ауыл тұрғындарына медициналық-санитарлық алғашқы көмектің қолжетімділігін арттыру үшін биыл денсаулық сақтау ұйымдары желісінің жаңа мемлекеттік нормативін бекіттік. Осылайша, ауылдарда 50 адамға дейінгі медициналық көмекті мейіргер үй-жайсыз жүзеге асыратын болады. Мысалы, бұрын кішкене ауылдарда 50 адам тұратын 10 үй бар. ешқандай медицналық маман болған жоқ. Қазір үй-жайсыз солардың арасында болсын, тіпті ондай маман, ондай шағын ауылдарда болмаса жақын жердегі ауылдардан бір маманды кісі басына бекітіп, ол жерде балалар бар, қариялар бар, жүкті әйелдердің денсаулығына қарап отыратын болады.

Сонымен бірге жаңа норматив бойынша 500 адам тұратын ауылдарда медицина қызметкерлерінің саны бір адамнан ү маманға дейін ұлғайды, яғни бұрын 800 болатын болса, қазір 100 үй бар ауылдарда 3 маман, фельдшер, кейбір дәрігерлік функциялары бар фельдшер, акушер, ол жерде жүкті әйелдер, фельтельді жастағы әйелдерге көмек көрсету үшін. Сонымен бірге бір мейірбеке, үш маман халықтың денсаулығын үнемі қадағалау үшін үлкейтіп отырмыз.

Мемлекет басшысы Қасым-Жомарт Кемелұлының тапсырмасы бойынша ауыл тұрғындарының денсаулық жағдайын жақсартуға арналған «Ауылдық денсаулық сақтауды жаңғырту» жобасы әзірленді.

Жоба екі міндетті қамтиды:

Бірінші - жетіспейтін алғашқы медициналық-санитарлық көмек ұйымдарын: медициналық пункттерді, ФАП-тарды, дәрігерлік амбулаторияларды салу арқылы барлық ауылдық елді мекендерді медициналық инфрақұрылыммен қамтамасыз ету. Ол тек салып қана қоймай осы ауылдағы медициналық қызметкерлердің, оның ішінде профилактикалық қарап-тексерулердің, скрингтердің қолжетімділігі мен сапасын арттыруға, сондай-ақ ауруларды ерте анықтауға және пациентке қашықтықтан көрсетілетін қызметтерге, созылмалы науқастарды сауықтыруға, қалпына келтіруге және медициналық оңалтуға, оның ішінде үйде қарап тексеруге бағдарланған жаңа тәсілдерді енгізуге мүмкіндік береді.

Бірінші рет бұл медициналық пункттерде, фельдшерлік-акушерлік пункттерде, дәрігерлік амбулаторияларда физо-терапиялық кабинет ашқымыз келіп отыр. Оның ішінде, мысалы, облыстық ауруханадан, аудандық ауруханадан, қалалық ауруханалардан емін алып келіп, дәрігерлердің кеңесін үйінің қасынан алу үшін осындай кабинеттер болады, оның ішінде барлық реабилитациялық керекті құрал-жабдықтармен қамтамасыз етеді.

Сонымен бірге әрбір фельдшерлік-акушерлік кабинеттерден бастап телемедицина құралдарымен жабдықталады, дер кезінде сол ауруханалардың дәрігерлеріне шығып, пациенттерді сол жерде қарап, бірге кеңес алуына мүмкіндік болады.

Екінші. Заманауи медициналық жабдықтармен жабдықталған негізгі 5 орталықты қосымша орналастыра отырып, заманауи көпбейінді ауданаралық орталық ауруханалар желісін ұйымдастыру.

Бұл ауыл тұрғындарына дер кезінде шұғыл және мамандандырылған медициналық көмек көрсетуді жоғарлатуға мүмкіндік береді. Мысалы, пандемия кезінде де шектеу шараларына байланысты осы бес орталық:

1) инсульттік орталық;

2) жіті миокард инфаркт болған кезде көмек көрсететін орталық;

3) аз инвазивтік хирургиялық орталық;

4) реабилитациялық орталық;

5) жетілдірілген реанимациялық орталық.

«Алтын сағат» қағидаты бойынша бір сағаттың ішінде медициналық көмек алу үшін ауыл тұрғындарына көмек көрсететін болады.

Өңірлердің әкімдіктерімен бірлесіп 655 медициналық-санитариялық алғашқы көмек объектісінің, оның ішінде 253 медициналық пункттің, 160 дәрігерлік амбулатория, 242 фельдшерлік-акушерлік пункттің құрылысы бойынша дайындық жұмыстары басталды. Бағана әріптестеріміз айтып кеткендей, эскиздік жоба, бас жоспар, жұмыс жобасы әзірленді. Жобалау үшін жер учаскелерін таңдау жүргізілуде. Үкімет қаулысының жобасы келісілуде.

Екінші міндет бойынша. 32 көпбейінді аудандық орталық аурухананы ұйымдастыру жұмыс істеп тұрған 12 аурухананы жаңғыртуды, яғни кейбір аудандық ауруханаларда бір инсульттік орталық немесе осындай орталықтар ашылуда, оны да көрмеде көрсеткен болатынбыз. Және жаңа 20 аурухада қазір бар бір сағаттың ішінде басқа да аудандардан сол жерге келе алатын, картаны көрсетсеңіздер. Барлық ауруханаларды аудан орталықтарында ұйымдастыруға болар еді. Бірақ бүгінгі таңда қаражаттың есебі де және кадрдың мәселесі де оған әлі уақыттың керектігін көрсетіп отыр. Сондықтан «Алтын сағат» қағидаты бойынша бір сағаттың ішінде жеткілікті болу үшін осы 32 қазіргі бар ауруханалар әрі қарай жаңғыртылады, жұмыстары жетілдіріледі.

Инсульт және кардиологиялық, тері арқылы енгізу орталықтары, реанимация және қарқынды терапия, аз инвазивті хирургия, травматология және оңалту бөлімшелерін ашу жоспарлануда. Сондай-ақ аудандық орталық аурухананы заманауи медициналық жабдықтармен (компьютерлік томограф, МРТ, ангиограф, сараптамалық сыныптағы ультрадыбыстық зерттеу, эндоскопиялық, реанимациялық, медициналық оңалтуға арналған жабдықтар) жарақтандыру және күрделі жөндеу жұмыстарын жүргізу көзделген.

Болжам бойынша осы жоба 206,5 миллиард теңге көлемінде қаржыландыруды талап етеді. Бұл қаражат Қаржы министрлігімен пысықталып, келесі жылға бюджетте қаралған.

Жобаны іске асыру нәтижесінде:

ауыл тұрғындарына медициналық көмек қолжетімді болады;

«Алтын сағат» принципін сақтай отырып, ауыл тұрғындарына шұғыл медициналық көмек көрсету қамтамасыз етілді;

қанайналым жүйесі ауруларынан болатын өлім-жітім 20 пайызға төмендейді;

халықтың туу кезіндегі өмір сүру ұзақтығы ұлғаяды.

Бұл өз кезегінде ауыл тұрғындарының әлеуметтік әл-ауқатын жақсартып, болашаққа деген сенімін арттырады.

Назарларыңызға рақмет.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет, Ажар Ғиниятқызы. Өз орныңызға өтуіңізге болады.

Құрметті әріптестер, қосымша баяндама жасау үшін сөз Қазақстан Республикасы Парламенті Мәжілісі Әлеуметтік-мәдени даму комитетінің төрайымы Жәмилә Нүсіпжанқызы Нұрманбетоваға беріледі. Жәмилә Нүсіпжанқызы, сөз кезегі өзіңізде.

НҰРМАНБЕТОВА Ж.Н. Рақмет, құрметті Балайым Туғанбайқызы.

Құрметті депутаттар мен шақырылғандар! Ауылдағы денсаулық сақтау саласының деңгейі қаладағымен салыстырғанда әлдеқайда артта қалып отырғаны баршаға мәлім. Ауылдағы медициналық қызмет көрсету сапасы сын көтермейді.

Ол бірқатар факторға байланысты.

Біріншіден, ауылдағылардың еңбек ету мен тұрмыс жағдайы күрделірек те қолайсыз. Мәселен, ауылдық елді мекендердің 30 пайызы орталықтандырылған сумен жабдықтауға қол жеткізе алмай отырса, 12 пайызында жолдар асфальтталмаған. Ал 850 ауылда денсаулық сақтау ұйымдары мүлдем жоқ.

Екіншіден, ауылда білікті медициналық көмекке қол жеткізу қиын. Бүгінде Ұлттық экономика министрлігінің деректері бойынша ауыл тұрғындарының 11 пайызы тұратын 2 мың 739 ауыл даму әлеуеті бар ауылдар тізбесіне кіргізілмеген. Сол себепті осы ауылдардың тұрғындарына медициналық көмек көрсетуге қатысты мәселелер туындай бастады. Мұның өзі ауылдағы денсаулық сақтау саласының жай-күйін таяу жылдары тіпті күрделендіре түсуі мүмкін.

Үшіншіден, ауыл тұрғындарына медициналық көмек көрсету қолжетімділігінің төмен болуы – медициналық кадрлармен толық қамтылмауға, тозығы жеткен инфрақұрылымға байланысты тарихи түрде қалыптасқан жағдай. Бүгінгі күні ауылда медицина қызметкерлерінің тапшылығы шамамен 2 мың бірлікті құрайды. Бастапқы медициналық-санитарлық көмек объектілерінің тозуы 50 пайызға жетті, соның ішінде 33 апатты объекті бар.

Ауылдық жердегі денсаулық сақтау ісін одан әрі дамыту бойынша мынадай негізгі мәселелерге тоқталғым келеді.

Бірінші. Мемлекет басшысы Қасым-Жомарт Кемелұлы Тоқаевтың тапсырмасы бойынша әзірленген «Ауылдық денсаулық сақтауды жаңғырту» ұлттық жобасын сапалы іске асыру.

Денсаулық сақтау министрі Ажар Ғиниятқызы өз баяндамасында аталған жобаны іске асыру нәтижесін атап өтті.

Сонымен қатар салынып жатқан объектілері сала мамандарымен, оның ішінде ультра дыбыстық зерттеу, МРТ, КТ аппараттарында жұмыс істей алатын медициналық мамандармен қамтамасыз ету бойынша күнтізбелік жоспар әзірлеу қажет деп санаймыз. Ол үшін медицина қызметкерлерінің тапшылығына зерттеу жүргізген жөн.

Ұлттық жобаны іске асырудың маңызды құрамдас бөліктерінің бірі ашылатын объектілердің «қадамдық қолжетімділігі» қағидатын сақтау болып табылады.

Әрбір объект бойынша әкімдіктермен бірлесіп жер учаскесін бөлу, тиісті инженерлік-коммуникациялық инфрақұрылымның болуы мәселелерін пысықтау, дербес жауапты болатын лауазым иелерін бекіту қажет.

Екінші. Ауыл тұрғындарына медициналық көмектің қолжетімділігін арттыру мақсатында келісі істер қажет деп санаймыз.

Біріншіден, диспансерлік есепте тұрған пациенттермен, сондай-ақ тәуекел тобындағы адамдармен жұмыс істеу бойынша бірыңғай алгоритм әзірлеу қажет. Ол үшін осы пациенттерге тұрғылықты жері бойынша, әсіресе шалғай ауылдарда нақты медициналық көмек көрсету мақсатында білікті дәрігерлердің тоқсан сайын көшпелі кешенді зерттеп-қарауын жүзеге асыруды ұсынамыз. «Алтын сағат» ережесін қамтамасыз ету үшін ауыл тұрғындарына жедел жәрдем, медицина, авиация қызметтерін жоғары деңгейде жетілдіру қажет деп санаймыз.

Екіншіден, цифрлық технологиялар дамыған қазіргі заманда науқастар жоғары мамандандырылған медициналық көмек алуы үшін барлық жерде телемедицинаны енгізу қажет. Ол жоғары білікті мамандардың ауылдық жерлердегі дәрігерлерге консультациялық көмек көрсетуге мүмкіндік береді. Әрине, бұл ретте елді мекендерді жоғары жылдамдықты интернетпен қамтамасыз ету талап етіледі.

Үшіншіден, ауыл тұрғындарын дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету мәселесі ең күрделі мәселелердің бірі болып саналады. Себебі бірқатар шағын және шалғай елді мекенде дәріхана жоқ. Бұл проблеманы шешу мақсатында биылғы көктемде депутаттық корпус «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодекске өзгерістер енгізді. Енді денсаулық сақтау ұйымдарына ауылдық елді мекен тұрғындарына дәрі-дәрмек сату құқығы берілді, яғни қазір ауыл адамдарының қажетті дәрі-дәрмектерді сатып алу мүмкіндігі бар. Осыған орай Фармацевтикалық бақылау комитеті қабылданған норманың нақты іске асырылуын тексеруі қажет деп санаймыз.

Төртіншіден. Бүгінгі таңда барлық жұмыскер міндетті медициналық сақтандыру жүйесі қорына жарналар төлеуге міндетті. Алайда ауыл шаруашылығындағы еңбек жағдайларының ерекшелігіне, жұмыстың маусымдылығына байланысты ауыл тұрғындарын міндетті медициналық сақтандыру жүйесінен тыс қалып отыр.

Сондықтан олар үшін жұмысқа орналасудың баламалы мүмкіндіктерін жасау қызметін күшейту орынды деп санаймыз.

Бұған қоса, ауылдық жерлердегі өзін-өзі жұмыспен қамтушылардың арасында 2019 жылдан бастап енгізілген Бірыңғай жиынтық төлемнің маңыздылығы туралы түсіндіру жұмыстарын үзбей жүргізу қажет.

Үшінші. Ауылдағы медицина қызметкерлерін әлеуметтік қолдау.

10 жылдан бері «Дипломмен – ауылға!» жобасын іске асырып келеміз. Аталған әлеуметтік жобаның тиісінше іске асырылуына және одан күтілетін нәтижеге қол жеткізген жоқпыз. Мысалы, 2021 жылы ауылдық жерлерге келген 606 жас маманның 28 пайызына (170 адамға) ғана көтерме жәрдемақы берілді, 24 пайызына баспана бөлінді. Өкінішке қарай, Ақтөбе облысында 32 жас маманының ешқайсысына әлеуметтік қолдау шаралары мүлдем көрсетілмеген.

Медицина қызметкерлерінің ауылда тұрақтап қалуын ынталандырудың басты шаралары – олар үшін лайықты еңбек жағдайларын жасау, сондай-ақ ауылға жұмысқа келетін түлектерге жан-жақты әлеуметтік қолдау көрсету. Ауылға жұмысқа келген әрбір жас маман әкімдіктерінің тұрақты назарында болуға тиіс.

Медицина қызметкерлерін даярлау кестесін әзірлеуі жөн деп санаймыз. Оның негізінде нысаналы білім беру ваучері болуы тиіс, яғни ауыл әкімдігі 10-11 сынып оқушыларының ішінен медициналық білім алғысы келетіндерді анықтайды. Ондай түлектерге жергілікті бюджет есебінен нысаналы білім беру ваучері немесе олар үшін республикалық бюджет есебінен мемлекеттік білім беру гранттарын бөлу кезінде қосымша жеңілдіктер қарастыру қажет деп ойлаймыз. Әрбір түлекпен оқуын бітіргеннен кейін өзі тұратын ауылға жұмыс істеу үшін қайтып оралатыны жөнінде шарт-міндеттеме болу керек. Осылайша ауыл үшін медицина қызметкерлерін мақсаткерлікпен даярлау кадр тапшылығы мәселесін шешуге мүмкіндік береді деп пайымдаймыз.

Сөзімді қорытындылай келе, құрметті әріптестер, ауылдық жердегі денсаулық сақтауды жаңғырту «жаңа шаруашылық тетігі» қағидатына негізделуі тиіс екенін атап өткім келеді, бұл жерде Денсаулық сақтау министрлігі мен әкімдіктер өзара тығыз іс-қимыл жасау кезінде өздерінің жауапкершілігін нақты білуге тиіс.

Назарларыңызға рахмет.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет, Жәмилә Нүсіпжанқызы.

Құрметті әріптестер, біз баяндамашыларды тыңдап болдық. Енді сұрақтар мен жауаптар рәсіміне көшеміз.

Ажар Ғиниятқызы, мінбеге өтуіңізді сұраймын.

Сұрақ қою үшін сөз депутат Торғаев Бекқали Нұрғалиұлына беріледі.

ТОРҒАЕВ Б.Н. Рақмет, құрметті Балаим Туғанбайқызы.

Құрметті Ажар Ғиниятқызы! Алдағы денсаулық сақтау саласының дәл қазіргі жайын біз айтпай-ақ әр ауылға барсаңыз, тайға таңға басқандай көрініп тұр. Былай айтқанда, көңіл көншітпейді. Ауылдағы тұрғындар санына қарамай-ақ жатып емделетін ауруханалар салынып, заманауи құрал-жабдықтармен қамтамасыз етілсе, әсіресе неврологиялық аурулары бар балаларды оңалту және ана мен бала жағдайын алаңдатады.

Сондай-ақ ауылдық жерде профосмотр, балаларға скрининг пен ауруды анықтау қиынға түседі. Ауылдық өңірлерде білікті медицина қызметкерлері жетіспейді. Айта берсең, мәселе көп.

Өзіңізге мәлім, Мемлекет басшысының тапсырмасы бойынша мұғалімдер тапшылығы немесе білім сапасы нашар өңірлерге үздік педагогтерді тарту үшін арнайы бағдарлама әзірленді. Осыған байланысты менде екі сұрақ бар.

Бірінші сұрақ. Білікті медицина қызметкерін ауылдарға тарту үшін осыған ұқсас арнайы бағдарлама әзірленеді ме?

Екінші сұрақ. Әр ауылға жақын аудандарда балаларды оңалту орталықтарын салу жоспарда бар ма? Немесе балалар ауруханасын бөлек салу. Кейде ауылдағы тұрғындар балаларын емдету үшін орталықтар мен ауруханалардың есігін аша алмай жатады, жетіспейді. Рақмет.

ҒИНИЯТ А. Сұрағыңызға рақмет.

Қазіргі кезде жылына 3 мыңнан астам жас маман дәрігері әзірленеді. Ол мамандардың барлығы өңір-өңірлерге тарап, өздерінің таңдаған мекемелерінде жұмыс жасағысы келіп барады. Оның ішінде 50 пайыздан астамы әкімшіліктердің гранттарымен оқыған азаматтар. Мен баяндамамда білікті мамандарды тұрақтандыру мәселесі бүгінгі таңда өзекті деп айтып кеттім. Заң бойынша тек үш жылды өтеуіміз керек деген норма бар. Бұл норма толыққанды бүгінгі таңда жұмыс жасап жатқан жоқ. Оны айтып кеткім келеді. Өйткені көптеген жас мамандар сол бөлінген қаражатты төлеп, өзінің қалаған жеріне жұмысқа кетіп жатыр. Сондықтан бағана баяндамамда айтқандай, қазір ауылға баратын өзі мың-ақ дәрігер жетіспейді. Сол мың дәрігерге ауылдық жерге баратын қаражатты көтеру керек. Оны айтып отырған себебім, пандемия кезінде дәрігерлердің жалақысы көтерілгенге, тіпті инфекцияға бұрын кірмейтін дәрігерлер, мықты дәрігерлер, хирургтер деп те айтуға болады қаражаттың көтерілуіне байланысты коронавирустық стационарда жұмыс жасағысы келіп, бәрі құлшынды. Ол жерде дәрігерлерге көп дефицит болған жоқ. Соған қарағанда бүгінгі таңда ауылдық жерде дәрігерлерді әлеуметтік қолдауды күшейту қажет. Жаңа Жәмилә Нүсіпжанқызы да жақсы-жақсы кеңестер берді. Сіздермен бізге барлық шаралар бойынша ойланып, берілетін қаражатты, оларға берілетін әлеуметтік көмекті күшейту қажет деп ойлаймын. Білікті медициналық қызметкерлер және дәрігерлер үшін өте маңызды ол жаңа технологиялар. Елге баратын жаңа технологиялардың өзі аудандық ауруханаларда мамандардың тұрақтанып жұмыс жасауына септігін тигізеді. Өйткені олардың бәрі де жаңа технологиялармен жұмыс жасағысы келеді, сол жаңа технологиялардың көмегімен жақсы оталар жасағысы келеді. Сондықтан құрал-жабдықты осы айтып кеткен ұлттық жоба арқылы қамтамасыз ететін боламыз.

Ұлттық жоба бойынша аудандық орталықтарда оңалту орталықтары болады деп айтып кеттім. Қазірдің өзінде осындай аудан ауруханаларында балалардың оңалту орталықтары ашылып жатыр. Осы екі-үш жылдың ішінде балалар үшін көптеген оңалту орталықтары ашылды. «Қамқорлық» бағдарламасының көмегімен тығыз жұмыс жасаймыз. Келесі жылдары аудандық ауруханалардың оңалту орталықтары ашылатын болады.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет. Сөз депутат Павловец Лариса Павловнаға беріледі.

ПАВЛОВЕЦ Л.П. Спасибо, уважаемая Балаим Туганбаевна.

Уважаемая Ажар Гиниятовна! Совершенно верно, одной из основных проблем в области здравоохранения является острая нехватка кадров, а именно – врачей на селе. На сегодня в стране дефицит врачей составляет 7072 единицы, а среднемедицинского работника и более того – 7606 единиц. Из них более не 1000, как Вы озвучили, а 1700 единиц врачей не хватает на селе.

К сожалению, вами не услышаны боль, чаяния сельского населения по оказанию своевременной медицинской помощи. Они были услышаны Главой государства Касым-Жомартом Кемелевичем Токаевым через Национальный проект «Модернизация села».

Кроме того, по вашим прогнозным расчетам, вновь на вводимые объекты (это 655 ПМСП и 32 многопрофильные районные центральные больницы) дополнительно надо будет 309 медицинских работников для пунктов, ФАП, врачебных амбулаторий, врачей ВОП, акушерки, фельдшера и 793 врача узкой профильности. Вы знаете их, это кардиологи, реаниматологи, анестезиологи. Их можно много перечислять.

К сожалению, на сегодня мы обеспокоены тем, что, как всегда это случается, а, возможно, не случается, а получится, что объекты будут построены, а нужных кадров не быть.

Трудоустройство выпускников, о которых вы сегодня говорили много, наших медицинских вузов на селе не достигают значимых результатов.

Скажите, пожалуйста, уважаемая Ажар Гиниятовна, какие вы предпринимаете меры по обеспечению вновь вводимых объектов необходимыми кадрами?

ҒИНИЯТ А. Спасибо, Лариса Павловна.

Все-таки хочу уточнить, что на сегодняшний день на селе не хватает 1700 медицинских работников, их них 733 – это средний медицинский персонал и 1000 врачей.

Мы провели анализ, когда готовили проект «Модернизация сельского здравоохранения», чтобы реализовать 32 многопрофильных специализированных медицинских центров, а также врачебные амбулатории, которые будут новые открываться. Нужно 544 врача и 249 среднего медицинского работника. С сегодняшнего дня, как начали разрабатывать с регионами, мы прорабатываем вопрос, чтобы готовить с сегодняшнего дня. Те медицинские организации ПМСП, как мы говорим, 200 новых объектов – это в основном у нас медицинские пункты, фельдшерские, акушерские пункты – это средние медработники. По стране 91 медицинских колледжей, в некоторых регионах их 2-3 и свой регион они покрыть могут. Поэтому мы с акиматами работаем. Они выделяют для них гранты из бюджета, чтобы они покрывали именно эти проекты в рамках Национального проекта «Модернизация сельского здравоохранения».

По врачам, я уже отметила, что на резидентуру ежегодно будут повышаться гранты из республиканского бюджета. Также будут целевые гранты акимов. И целенаправленно будем готовить врачей для районов, в основном из жителей данных районов данной области. Такой план мероприятий с акиматами у нас имеется.

На сегодняшний день чтобы качественно готовить медицинские кадры, большая работа проводится Министерством здравоохранения, пересматриваются все образовательные стандарты. Те колледжи, которые в рамках республиканского бюджета, местного бюджета готовят средних медработников, их целенаправленно мы направляем на подготовку фельдшеров, медицинских сестер именно на селе, а также целевые медицинские работники, которые работают в хирургических стационарах, операционных, и нам нужны акушерки. Это все также запланировано. Спасибо.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет. Сөз депутат Төлепберген Мейрамбек Мылтықбайұлына беріледі.

ТӨЛЕПБЕРГЕН М.М. Рақмет, құрметті Балайым Туғанбайқызы. Жалпы денсаулық сақтау саласының сапалық деңгейін көтеру әрине, мамандарға байланысты, сонымен бірге әлеуметтік қолдауға да тікелей қатысты деп өзіңіз айтып отырсыз. Қазір Денсаулық сақтау министрі Ажар Ғиниятқызының баяндамасынан кейін де тағы бір сұрақтар туындайды. Мәселен, біздің қолымыздағы анықтамалық деректерге сүйенсек, өткен жылы, яғни 2021 жылы медициналық оқу орындарының 606 түлегі жолдама бойынша өңірлерге жіберілген. Алайда тиісті көтерме жәрдемақылар, бюджеттік кредиттер және өзге де әлеуметтік қолдауды сол түлектердің жартысы да алған жоқ.

Мәселен, Алматы облысында медициналық кадрлар тапшылығын 216 деп көрсетіледі. Осындай жағдайда сол өңірге барған 105 түлектің тек 18-іне ғана әлеуметтік қолдау шаралары көрсетілген. Түркістан облысында да дәл осы сияқты, 200 маман жетіспейді деген дерек береді. Сол елге зор үмітпен барған 114 түлектің тек 22-сіне ғана әлеуметтік қолдау шаралары жасалған. Меніңше, министрдің баяндамасында да осы өңірлерде осы жағы ашық айтылуға тиіс деп санадым.

Осыған байланысты Алматы және Түркістан облыстарының әкімдіктеріне мынадай сұрақтар туындайды. Мұндай орын алып отырған жағдайдың себептерін қалай түсіндіресіздер және кадр тапшылығы мәселесін қалай шешуге болады деп ойлайсыздар?

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Алматы облысы Тұрлашов Лаззат Махатұлы.

ТҰРЛАШОВ Л.М. Сәлеметсіздер ме, құрметті депутаттар, құрметті әріптестер! Иә, расында да, өкінішке орай, бүгінгі таңда дәрігерлер мен орта медицина қызметкерлерінің тапшылығы бар.

Әлбетте, біріншіден, әсіресе ауылды жерлерде мемлекеттік қызметкерлерге жағдай жасалу керек, үй мәселесі шешілу керек. Бүгінгі таңда, мысалы, резидентура гранттарына 2023 жылдан бастап 70 пайызға дейін ұлғайтылуда. Енді 2023 жылдан бастап медицина қызметкерлерінің жалақысы экономикадағы орташа жалақыдан екі есе артуда.

Енді бөлініп шығып жатырмыз. Бюджеттің мүмкіндігіне қарай үй мәселелері, пәтер мәселелері де қарастырылуда. Жалпы, осы мәселелерді, біздің ойымызша, үнемі бақылауда ұстау керек. Рақмет.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Сұраққа нақты жауап беріңіз. 105 түлектің 18-іне ғана әлеуметтік қолдау шаралары көрсетілді. Не себепті төмен?

ТҰРЛАШОВ Л.М. Біз бөлінбей тұрғанда үлкен Алматы облысында болған дүние ғой енді. Дер кезінде тапсырыс түсіп, дер кезінде ақша бөлінбей қалған себептен болуы мүмкін.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Депутатқа толық жазбаша жауап жіберіңіз.

Қазіргі кезде Президенттің осы мәселеге көңіл аударып, бастама көтеріп отырғаны да осы. Меніңше, жергілікті жерде әкімдіктер тарапынан осы мәселе бойынша ауылдық жерлердегі медицинаның сапасын жақсарту мәселелері бойынша шаралардың жеткіліксіздігі.

Түркістан облысы әкімінің орынбасары Сәбитов Арман Сәбитұлы.

ПАШИМОВ М.О. Сәлеметсіздер ме, құрметті депутаттар!

Денсаулық сақтау басқармасының бастығы Пашимов Марат Орынбасарұлы.

Арман Сәбитұлы Қазақстан Республикасы Премьер-Министрінің жиналысына қатысып отыр

Бізге 113 адам келу керек еді. 77 адамға жекеменшікке жолдама берілген. 113 адамның 48-і жұмысқа орналастырылды, қалған 45 адам ол резиндентураға түскен. Келмеген 25 адамды қазір анықтап жатырмыз. Ары қарай жұмыс жасаймыз.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Жұмыс жасайсыз. Әрине, бұл келген жас түлектерге әлеуметтік көмек көрсету керек. Негізгі проблема – ауылдарда дәрігерлік көмек көрсететін мамандардың болмауы. Оларды сол ауылда қалдыру үшін қандай жағдай жасау керек, сол мәселені түсіндіру керек. Бұл мәселеге, жаңа министр де айтып кетті, әкімдермен бірге іс-шараларымыз бар деп. Формальды іс-шаралар емес, қажетті іс-шараларды, ауылдағы бауырларымыздың медициналық көмекке қолжетімділігін қамтамасыз ету, солардың денсаулық жағдайы. Осыны түсінулеріңізді сұраймыз. Рақмет.

ПАШИМОВ М.О. Рақмет.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет.

Сұрақ қою үшін сөз депутат Бижанова Гүлнар Қадыржанқызына беріледі.

БИЖАНОВА Г.Қ. Рақмет, құрметті Балайым Туғанбайқызы. Рұқсат болса, менде сұрақ және ұсыныс бар.

Дегенмен кадр тапшылығына қатысты күрделі мәселені Ажар Ғиниятқызына емес, Ұлттық экономика министрлігіне қоюымыз керек сияқты. Өйткені региональное развитие у нас за Министерством национальной экономики.

Осында қатысып отырған Бауыржан Бақытұлы, сұрақ сізге. Сіздің министрлігіңіздің өңірлік даму саласындағы басшылықты жүзеге асыратынын ескере отырып, ауылдық денсаулық сақтау ұйымдарын кадрлық қолдау үшін қандай қосымша шаралар ұсынасыздар? Бұл бір.

Ажар Ғиниятқызы, екінші сұрағым сізге.

У нас есть одна из острых проблем, это получение медицинских услуг безработными гражданами. По определению правил регистрации лиц, ищущие работу безработные и осуществление трудового посредничества, оказываемого Центрами занятости населения, безработное лицо – физическое лицо, осуществляющее поиск работы и готовые приступить к работе. Но у нас есть категория граждан, которые в силу хронических заболеваний, не могут воспользоваться предлагаемыми услугами по трудоустройство на конкретную работу и в то же время их не признают инвалидами. В итоге их снимают с учета как безработных, и они ни там, ни там не могут получить эти медицинские услуги.

Как решаются вопросы с этой категорией граждан? И как планируется решить вопросы, учитывая сегодняшнюю ситуацию? Рақмет.

ОМАРБЕКОВ Б.Б. Құрметті Балайым Туғанбайқызы, құрметті депутаттар, бізге қатысты қойылған сұраққа жауап берейін. «Дипломмен ауылға» бағдарламасын біздің министрлік жүргізеді. 2009 жылдан бастап 2021 жылға дейінгі атқарған жұмыстардың нәтижесі: 85 мыңнан астам азамат 14 миллиард теңгеден аса көлемде көтерме жәрдемақы алды, 40 мыңнан астам маманға 123,5 миллиард теңгенің көлемінде тұрғын үй сатып алуға несие берілді. Ал енді осы биылғы жылға айтатын болсақ, жалпы 20 миллиард теңгенің бөлініп, соның ішінде медицина саласына 3,2 миллиарды арналып отыр, ол 723 азаматқа көтерме қолдау және тұрғын үй сатып алуға бағытталатын болады. Бұл жердегі негізгі талаптарды өздеріңіз де білесіздер, бүгінге дейін әрекеттегісі 100 АЕК көлеміндегі көтерме жәрдемақы, ал 1,5 АЕК көлемінде тұрғын үй сатып алуға несиелер алуға қолдау. Осы тұрғыда біз бұған дейін «AMANAT» партиясында болған жиындарда да айттық, қазіргі таңда ауылдық елді мекендерді дамыту концепциясы Премьер-Министрдің тапсырмасына сәйкес орындалуда. Оның жобасы да дайын, жуық арада Үкіметте көрсетілетін болады. Сонда «Дипломмен ауылға» бағдарламасы саласында да бірнеше өзгерісті жоспарладық, оның ішінде біздің көздеп отырғанымыз – көтерме жәрдемақыны 100 АЕК-тен 200 АЕК-ке, яғни екі есе ұлғайту. Ал бюджеттік кредиттерге деген талаптардың аудан орталықтарындағы көрсеткішін 1, 5 мың АЕК-тен 2,5 мың АЕК-ке дейін ұлғайту, ал басқа елді мекендерге 200 АЕК-ке дейін ұлғайтуды көздеп отырмыз. Оны өзіміздің әріптестерімізбен талқыладық, жалпы алдын ала түсіністік бар. Сонымен қатар жалпы елімізде ауыл деген түсініктің ауқымы кең ғой, ауыл дегенде ауылдық елді мекен ғана деген түсінік емес, кез келген азамат өзінің туған жерін айтқан кезде ауылға бара жатырмын деп айтады. Елде 39 шағын қала бар, «Дипломмен ауылға» бағдарламасының талаптарын да сол шағын қалаларға да тарату мәселесін сол концепцияда қарастырып отырмыз. Егер қабылданған жағдайда осы жаңашылдықтар қолға алынатын болады. Рақмет.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Ажар Ғиниятқызы.

ҒИНИЯТ А. Разрешите ответить на второй вопрос. На сегодня категория безработных входит в 15 категорий населения, которые страхуются государством.

Но, как Вы отметили, многие, особенно сельчане не соглашаются на ту работу, которую предлагает Биржа труда. Если конкретно в зависимости от его состояния здоровья, заболевания, то надо будет, наверное, нам с Министерством труда и социальной защиты населения отработать, посмотреть, сколько таких людей, и конкретно сделать обоснование, можно предложить расширить этот перечень 15 категорий. А так, необходимо создавать рабочие места, это тоже работа, которую мы будем проводить вместе с государственными органами.

А по поводу заболевания я беру как домашнее задание – с Министром труда и социальной защиты населения мы подумаем, при каких заболеваниях, пока еще не показана инвалидность, можно расширить этот перечень.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Құрметті депутаттар, Ажар Ғиниятқызы және Үкімет сағатына қатысып отырған әкімдіктегі әріптестер! Бірнеше депутаттың көтеріп отырған мәселесі ауылдағы денсаулық сақтаудың ең өзектісі мәселесі – кадрмен қамтамасыз ету және оның ішінде арнаулы дәрігерлермен қамтамасыз ету.

Қазіргі кезде Президент берген тапсырма аясында жаңа тәсілдерді толықтыратын түбегейлі жаңа тәсілдер қажет деп ойлаймыз.

Біріншіден, әр елді мекенге кадрларды нысаналы түрде даярлау.

Екіншіден, жаңа депутаттардың көтеріп отырған жас мамандарға арналған кеңейтілген әлеуметтік пакетпен қамтамсыз ету. Түркістан, Алматы облыстарындағы мәселелерді депутаттар көтеріп отыр. Бұл мәселелерге формальды қарауға болмайды. Әр маманды ауылдық жерге қалуға мүмкіндік жасау, бұл барлық әкімдіктердің жауапкершілігі деп ойлаймыз.

Үшіншіден, Ажар Ғиниятқызы, әлеуметтік мәселелерден басқа кәсіптік ынталандыру шараларында қолдану қажет. Біліктілікті арттыру, шетелдерге барып тағылымдамадан өту және ауылдық жерлерде жұмыс істеген және өзі жұмыста айрықша көрсеткіштер көрсеткен мамандар үшін әрі қарай мансаптық өсу және ілгерілеу жөніндегі шараларды да нақты қолға алу керек деп санаймыз.

Сұрақ қою үшін келесі сөз депутат Нұркина Айгүл Қабдешқызына беріледі.

НҰРКИНА А.Қ. Рақмет, құрметті Балаим Туғанбайқызы.

Уважаемая Ажар Гинаятовна, с целью снижения дефицита узких специалистов на селе Министерством здравоохранения ежегодно размещается государственный образовательный заказ на подготовку специалистов по клиническим специальностям в резидентуре. При этом Вами указывается динамика снижения дефицита узких специалистов на селе на 21 процент, что, на наш взгляд, является маловероятным. Мы все понимаем, что молодые врачи, закончившие резидентуру, к сожалению, не всегда едут в село.

Ранее наши депутаты направляли Вам депутатский запрос и предлагали, что одним из решений проблемы является возрождение первичной специализации врачей.

В Вашем ответе было предложено, что будут введены краткосрочные обучающие курсы, что-то наподобие первичной специализации, когда врач сможет получить дополнительную специальность.

Также было обещано, что во втором квартале текущего года будут разработаны и утверждены правила по определению контингента слушателей и сроков деятельности данных курсов.

К сожалению, сейчас уже октябрь, но пока никаких сдвигов в этом направлении мы не видим.

В связи с этим, уважаемая Ажар Гинаятовна, скажите, пожалуйста, когда министерство начнет реализовывать то, что ранее было заявлено? Спасибо.

ҒИНИЯТ А. Айгүл Қабдешқызы, сұрағыңызға рақмет.

Вообще подготовка медицинских работников, врачей во всем мире является длительной и сложной. Как мы раньше привыкли готовить узких специалистов за три месяца, я считаю, это неприемлемым, это моя принципиальная позиция.

Дело в том, что с каждым годом и вы, и население поднимаете вопрос о качестве медицинской помощи. Мы готовим врачей общей практики, узких специалистов, выпускаем на рынок некачественно подготовленных медицинских работников и этим самым поступают постоянно жалобы на уровень отечественной медицины. Поэтому в соответствии с международным стандартом во всем мире врачей готовят 10-12 лет. В первом этапе, понятно, базовые требования, во втором этапе – три года обучаем базовым требованиям, три года обучаем клиники навыкам, а еще три-пять лет в зависимости какую узкую специальность они выбирают, готовим клиническому мышлению, аналитике, готовим проводить дифференцированную диагностику. Как можно за три месяца из терапевта сделать кардиолога? Потом мы говорим, что кардиологи у нас не совсем подходят по квалификации. Поэтому понимая, что есть дефицит, мы сегодня рассматриваем сертификационные курсы и хотим утвердить только в рамках одного профиля. Например, если хирург хочет стать травматологом, конечно, мы посмотрим, какие специальности он прошел по образовательной программе, а какие должны пройти. Если эту программу он должен пройти за шесть-восемь месяцев или за год, он должен проходить. В общем наши врачи должны быть всесторонне подготовленными, готовыми лечить, врачевать по узкому профилю, который он выбрал. Поэтому я категорически против готовить как раньше – за три-четыре месяца – нового специалиста.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет.

Сөз депутат Паяев Айбек Мінаимбекұлына беріледі.

ПАЯЕВ А.М. Рақмет, құрметті Балаим Туғанбайқызы.

Құрметті Ажар Ғиниятқызы! Өзіңіз білесіз, бүгін денсаулық сақтау ұйымдары желісінің нормативіне сәйкес 1 мың 500 адамнан аз ауылдарда медициналық көмек фельдшерлік-акушерлік пункттерде жүзеге асырылады. Ол жердегі ең басты мәселе – мың адамнан аз ауылдар. Ол жердегі халқымыздың да денсаулығына қарайтын азаматтар керек. Ол ауылда алтын шығуы мүмкін, ол ауылда мұнай шығуы мүмкін немесе ол ауылда үлкен мал шаруашылығы, ауыл шаруашылығы болуы мүмкін 50, 100 немесе мың адам тұрғанына қарамастан. Бірақ нормативтік жиеліктеріңізге сәйкес бір дәрігер бөле алмай отырсыздар. Өзіңіз білесіз, одан бөлек ауыл мен аудан, қалалардың медицина саласындағы қызмет көрсету сапасы да бірдей емес.

Осы орайда менің сұрағым, мың адамнан төмен ауылдарға, сіз дәрігерлерді енгізу практикасын қарастырып жатырсыздар ма? Одан бөлек Президенттің жаңа Жолдауына сәйкес осы аталған штатты бекіту қарастырылып отыр ма? Бұл бірінші сұрақ.

Екінші сұрақ. Өзіңіз білесіз, қазір елімізде үлкен дау жүріп жатыр, ол Денсаулық сақтау министрлігі мен Цифрлық даму, инновациялық және аэроғарыш өнеркәсібі министрлігінің біздегі цифрлық платформаны жүзеге асыру мәселесі жөнінде. 2022 жылы тамызда дайын болады деп айтқансыздар, бірақ бүгін қазан, ешқандай есеп көрмейміз. Ол бір.

Екіншіден, сізге дейін болған министр Цой ол 99 пайызға дайын деп айтып кеткен, бірақ оны көрмей отырмыз. Оған триллиондаған ақша кетті деп жатыр, атап айтсақ 3 триллион.

Осы себептен екінші сұрақ, бұл мәселе шешілді ме? Кемшіліктерді Цифрлық даму, инновациялық және аэроғарыш өнеркәсібі министрлігімен қарап, егжей-тегжейлі талдап, нақты шештіңіздер ме? 3 триллион ақша ашық жұмсалды ма? Олар қайда, қандай дәрежеде? Рақмет.

ҒИНИЯТ А. Сұрағыңызға рақмет.

Жақсы сұрақ көтердіңіз дәрігерлік амбулаторияларды ашу жөнінде. 500 адам тұратын елді мекендерде дәрігерлік амбулатория ашылады деп мемлекеттік денсаулық сақтау жүйесінде жазылған болатын. Дәрігерлер жеткілікті болып жатса, тапшылық болмаса, мыңға жетпей де, мыңнан бастап аша беруге болар еді. Бүгінгі таңда желіде солай жазылғанмен, министрліктің биылғы бұйрығында, егер де жергілікті атқарушы органдар сол жерде дәрігер болған болса, бірақ елді мекенде 1 мың 500-ден төмен халық орналасса, өздерінің шешімімен аша беруге болады деген норманы енгіздік.

Сіз айтып кеткен жергілікті атқарушы органдар жақсы ауылдар бар, оның қасында дәрігерлер болуы мүмкін, тіпті сол ауылда дәрігер болуы мүмкін. Онда жергілікті атқарушы органның шешімімен елді мекенде мыңнан, 500-ден төмен болса да аша беруге болады. Бұл сіздің бірінші сұрағыңыз бойынша.

Дәрігерлерді 900 адамға да қоюға болар еді, бірақ айтып кеткендей кадрлық тапшылық бар. Дәрігер болса өздерінің аша беруге құқықтары бар.

Екінші сұрағыңыз цифрлық платформа бойынша. Бүгінгі таңда министрліктің құрамында 47 әртүрлі информациялық ақпараттық жүйелер бар. Медициналық мекемелерде, яғни әрбір аурухана, емханалардың өзінде жиырма шақты әртүрлі медициналық ақпараттық жүйелер бар. Соған 70-ке жуық жүйені біркелкі платформаға отырғызу үшін министрлікпен жұмыс жүріп жатыр. Түсінікті, біз Денсаулық сақтау министрлігіміз, көбіне дәрігерлер жұмыс жасайды. Сондықтан сіз айтып кеткен Цифрлық даму, инновациялық және аэроғарыш өнеркәсібі министрлігімен бірігіп, осы платформаны біркелкі, бірыңғай жасау үшін екі министрлік бірігіп, Қаржы министрлігі қаражат бөліп, келесі жылдың аяғына дейін біркелкі платформа етіп біріктіретін болып жоспарлап отырмыз. Ол платформа келесі жылдың аяғында дайын болады.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет.

Шынында да депутаттар ауылды жерге барған кезе ең көп көтерілетін мәселелердің бірі сол ауылдағы дәрігердің болу мәселесі. Шалғай ауылдар бар, ол ауылдардан келесі ауылға дейін жету үшін немесе аудан орталықтарына жету үшін жолдың жағдайы мәз емес, оған көлік керек. Сондықтан мына мәселе дәрігер болған жағдайда ашу мүмкіндігін қарастыру өте жақсы шара деп ойлаймыз.

Президент тапсырмасымен жүргізіліп жатқан ауылдық денсаулық сақтау ұлттық жобасының шеңберінде көптеген осындай мәселелерді шешу үшін шаралар...

(МИКРОФОН ӨШІРУЛІ).

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Келесі сөз депутат Нұрымова Гүлдара Алданышқызына беріледі.

НҰРЫМОВА Г.А. Рақмет, құрметті Балаим Туғанбайқызы.

Құрметті Ажар Ғиниятқызы! Пациенттерге жедел бару мақсатында 2017 жылдан бастап «Жедел жәрдем» диспетчерлік қызметі облыстық деңгейде орталықтандырылған. Іс жүзінде жедел жәрдем бригадасы шақырған жерге бармай, ауылдық дәрігерлік амбулаторияға жіберетін жағдайлар кездеседі. Сонымен қатар баратын жер шалғай болғандықтан немесе жергілікті жерді білмегендіктен диспетчер кей кездері бригадаларды қате мекенжайға жіберіп жатады. Осындай оқиғалардың орын алуына байланысты науқас қайтыс болған жағдайларда бар.

Жекелеген өңірлерде сайлаушылар депутаттармен кездесулер барысында жедел жәрдем қызметін тез арада орталықсыздандыру туралы сұрақты үнемі қояды. Бұл мәселені біз депутаттық сауалдарда бірнеше рет көтердік, алайда бұл жағдай әлі күнге дейін шешімін таппай отыр.

Жаңа әріптесім көтерген тағы бір мәселе – ол тұрғындардың қауіпсіздігін қамтамасыз ету мақсатында Астана қаласы мен Қызылорда облысында бірыңғай кезекшілік диспетчерлік қызмет «112» пилоттық жобасы енгізілді, бірақ өзін ақтамады.

Қазіргі уақытта «112» және «103» қызметтерінің өзара әрекеттесу тиімділігі, атап айтқанда жобаның жалғыз критерий жеделділік төмен. Өйткені «112» пультіне жедел медициналық көмек көрсету бойынша қоңыраулар қолмен «103» номеріне қайта бағытталады. Енді бірыңғай қызмет толығымен Денсаулық сақтау министрлігіне тапсыру жоспарланып отыр. Осы мәселе бойынша сіздің пікіріңіз қандай? Бұл бірінші сұрақ.

Екінші сұрақ. «Жедел жәрдем» қызметін орталықсыздандыру мәселесі қашан шешілетін болады? Рақмет.

ҒИНИЯТ А. Гүлдара Алданышқызы, сұрағыңызға рақмет.

Өзіңіз айтып кеттіңіз, 2017 жылы барлық жедел жәрдем қызметі Канада елінің тәжірибесі бойынша орталықтандырылған болатын. Бүгінгі таңда осы жүйенің көптеген олқылықтары білініп отыр. Өзім де көп өңірлерге барып жүрмін, кешегі Жаңаөзен қаласында болған мәселесі, Қызылорда облысына барып қайттым, «Жедел жәрдем» станциясының көтерген мәселелері де ауыл тұрғындарының, әсіресе шалғай орналасқан ауылдардың жедел жәрдем көмегінен құр қалып отырғаны белгілі болды. Қазір осы саланың барлық мамандары ел елге барып, ұсыныстарды жинауда. Көптеген облыстар өздеріне ыңғайлы екенін, мысалы, Павлодар облысы бізге ыңғайлы, біздің облысымыз орталықтандырылған бір жүйеде басқару, қарап отыру, қай жерде қандай санитарлық автокөліктің кетіп бара жатқанын көрсетіп отыру, бізге өте ыңғайлы дейді. Кейбір облыстар, әсіресе ауылдық жерлері көп облыстар жедел жәрдемнің шалғай ауыл тұрғындарына жетпеуі ол өз алдына. Сондықтан қазір менің бұйрығыммен жұмыс тобы құрылып, осыған өзгеріс енгізілетін болады халыққа қалай ыңғайлы солай жедел жәрдем көмегі қайтадан қаралатын болады. 100 мыңнан аса тұрғыны бар қалаларда бұрынғыдай қайтадан дербес станцияларды ашуды көздеп отырмыз. Мысалы, Жаңаөзен қаласындағы 150 мың халқы бар жедел жәрдемді бір кезекші дәрігердің басқарып отырғаны да дұрыс емес деп ойлаймын. Сондықтан бұл бұйрықты екі-үш айдың ішінде қайтадан қарайтын боламыз. Бұл бірінші сұрағыңызға жауап.

Екінші сұрағың «112» пилоттық жүйе жөнінде. Сол жүйеге түсетін барлық қоңыраулардың 70 пайызы ол жедел жәрдемге келетін қоңыраулар екен. Қалғандары басқа министрліктерге келеді, денсаулық сақтау саласына жүктеменің көптігін ескере отырып, бұл қазір пилоттық жүйе, әлі де талқыланатын болады. Оны денсаулық сақтау саласына беру дұрыс емес деп ойлаймын. Егер біз барлық халықаралық тәжірибені қарап, «911» саласы бойынша жасағымыз келсе, мүмкін, Төтенше жағдайлар министрлігі қарау керек шығар. Әлі де пилоттық жоба болғандықтан мемлекеттік органдар бұл мәселені талқылайтын болады.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет.

Депутат Жаңбыршин Еділ Терекбайұлы.

ЖАҢБЫРШИН Е.Т. Рақмет, құрметті Балаим Туғанбайқызы.

Еліміздің басшысы Қасым-Жомарт Кемелұлы Тоқаев өткенде айтқан болатын, Қазақстанның әрбір азаматы өзінің тұрған жеріне қарамастан сапалы медициналық қызмет алу керек.

Қазір көріп отырмыз осы медицина саласының ішінде жедел жәрдем қызметінде үлкен проблемалар бар. Бұл қордаланып қалған мәселелер деп кезінде шешілмегендіктен қазір тек халықтың тарапынан емес мемлекеттік қызмет атқарып жүрген немесе жедел жәрдем қызметкерлерінің өздерінің арасында наразылықтар туып жатыр. Мысалы, Жаңаөзен қаласында, Маңғыстау облысының Мұнайлы ауданда көптеген наразылық акциялары болды. біз Самат Базарбайұлы екеуіміз Маңғыстауды аралап елді мекендерге барған кезде тек медицина қызметкерлері емес тұрғындарда осы мәселені қайта-қайта көтеріп жүр. Яғни бұл салада сұрақтардың бар екені белгілі.

Ең бастысы жедел жәрдем қызметіндегі медперсональдың және жүргізушілердің жалақысының төмендігі. Мәселен, Маңғыстау облысында орташа жалақы 414 мың теңге, ал орташа медперсональдың жалақысы 190 мың теңге жобасында. Ал жүргізушілер, кіші медперсональдың жалақысы бар болғаны 102 мың теңге. Күні-түні жұмыс жасап, қысы жазына қарамай, 24 сағат, 365 күн медицина саласының алдыңғы қатардағы жауынгерлері осындай жалақы алуы бұл өте әділетсіздік деп есептеймін.

Екінші бір мәселе – «жедел жәрдем» көліктерінің сапасының төмендігі, кей жерлерде жетіспейтіндігі. Мысалы, алып жатқан қосалқы бөлшектердің тез істен шығып қалуы, оларды сатып алудағы проблемалар (оны біз пандемия кезінде көрдік), мысалы, Павлодар облысында қазір «жедел жәрдем» көліктерімен жарақтандыру деңгейі 50 пайызды құрап отыр деген және оның 83-ін ауыстыру керек деген ақпарат бар. Яғни науқастарға баратын көліктер дер кезінде шықпай қалады, ал ол дер кезінде бармағаннан кейін адамдар өліп қалуы мүмкін немесе мүгедек болып қалуы мүмкін, оны бір құдай біледі.

Біз елге барғанда мынадай бір мысал айтқан, ауылдардан аудандарға жүкті әйелдерді, ауыр науқастарды апару үшін халық «таблетка» деп атап кеткен «УАЗ» машинасына мінгізіп салдырлатып апарады екен. Ол жерде жаңа көрсетілгендей «жедел жәрдем» көліктері жоқ.

Үшінші мәселе. Маңғыстау облысының облыс орталығы Ақтау қаласында екі «жедел жәрдем» подстанциясы жұмыс жасайды, оның екеуі де жалға ғимарат алып отыр. Жалпы, нонсенс, мұнайлы, донор облыста, «жедел жәрдем» станциясының ғимараты жоқ. Ол жерде 300-ге жуық адам жұмыс жасайды, ол жерде медициналық персонал мен жүргізушілерге жағдай жасалмаған.

Менің сұрағым құрметті Ажар Ғиниятқызына.

Жалпы, сіз дұрыс жасап жүрсіз, елді аралайсыз, өзіңіз де өңірде жұмыс жасадыңыз, елдің жағдайын жақсы білесіз. Сапалы қызмет көрсететін заманауи аппараттармен жабдықталған «жедел жәрдем» көлігі бар және дұрыс жалақы алатын «жедел жәрдем» жүйесін біз қашан іске қосамыз? Әсіресе денсаулық сақтау ұйымдарының медициналық емес қызметкерлерінің еңбекақы төлеу жүйесі қашан қаралады? Жалпы, осы бағытта қандай жұмыстар жасап жатырсыздар? Қандай жұмыстар атқарылды?

Маңғыстау облысының өкіліне сұрақ.

Жаңа көтерілген мәселелер бойынша облыс басшылығы қандай жұмыстар жасап жатыр? Өткенде «жедел жәрдем» көлігінің жүргізушілерімен болған жағдай қалай шешілді? Қандай нақты қолдаулар көрсетіп жатырсыздар? Рақмет.

ҒИНИЯТ А. Сұрағыңызға рақмет.

Жалақы жөнінде. Сіздер білесіздер, Президентіміздің қолдауыменен былтырдан бастап барлық медицина қызметкерлеріне – дәрігерлерге жыл сайын 30 пайыздан, орташа медицина қызметкерлеріне 20 пайыздан, биылдан бастап медициналық қызметкер емес, бірақ медициналық ұйымдарда жұмыс жасап жүрген қызметкерлерге 20 пайыздан жалақы өсіп жатыр. Орташа жалақы биыл дәрігерлердікі 420 мыңдай, орташа медицина қызметкерлерінікі 250 мыңдай, енді біздің салада жұмыс жасап жүрген медициналық емес қызметкерлердікі 120 мыңдай болып есептеледі. Сондықтан биыл «жедел жәрдем» көлігінің жүргізушілері 100 мыңнан астам еңбекақы алады.

Бәрін түсінемін, мұнайлы өңір, ол жердегі халықтың орташа жалақысы жоғары болуы мүмкін, бірақ медицина қызметкерлеріне қаулыменен барлығына ортақ қаражат қаралған. Дәрігердің деңгейіндегі 350 мыңдай қаражатты заң бойынша біз бере алмаймыз. Енді бұл жерде қалай көтеруге болады деген мәселені талқылағанда, министрлік бұл мәселеде халықаралық стандарттарға шығу үшін жүргізуші емес «парамедик» деген мамандық енгізу керек деп отыр. Бір «жедел жәрдем» көлігінде отырған жүргізуші де сол шұғыл бригаданың ішіне кіріп, сол шұғыл медициналық көмектің маманы болып, «парамедик» деген мамандық алғаннан кейін олардың жалақысын көтеруді жоспарлап отырмыз. Сондықтан заң жүзінде қазір сондай ұғым кіргізіп жатырмыз, «парамедик» деген ол кім, оның қандай жалақысы болу керектігі жөнінде. Сөйтіп біз жүргізушілердің жалақысы 20 пайыз көтерілуі былай болсын, одан да жоғары көтеруге мүмкіндік береміз.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Депутат Жаңбыршиннің микрофонын қосыңыздар.

ЖАҢБЫРШИН Е.Т. Иә, республикалық деңгейде деп айтып отырғаныңыз дұрыс. Сіз барлық республикаға байланысты норма қабылдайсыз. Жергілікті билік жергілікті бюджеттің есебінен сол жүргізушілерге қосымша 50 пайыз ақша төлей ала ма? Мысалы, біз ауыл шаруашылығына субсидия жасаймыз ғой, сол сияқты жүргізушілерді сондай өңірлерге тарту үшін, мүмкін, біз заңға өзгеріс енгізіп немесе нормативтік құқықтық актілерге өзгерістер енгізіп, республикалық бюджеттен берілетін ақшадан басқа, жергілікті бюджеттен қосымша субсидия жасап көбейте аламыз ба? 120 мың деген қазір ақша емес қой, кемінде ол 200 мыңдай алу керек.

ҒИНИЯТ А. Ол бойынша Қаржы министрлігі жауап беретін шығар, заңға ондай өзгерістер енгізуге бола ма, болмай ма дегенге. Бүгінгі таңда біздің салалық заңда... Ғимараттар жетпей жатыр деп сіз жақсы көтеріп отырсыз. Республикалық бюджетке министрлік ұсыныс жасап, қазір ғимараттар салғызып жатырмыз. Заң бойынша Денсаулық сақтау кодексі бойынша норма бар, материалдық-техникалық база сол елді мекеннің әкімшілігінің мойнында, сондай-ақ қосымша қаражат бөле алады деген норма бар. Ал енді жалақы жөнінде Қаржы министрлігінің өкілі жауап береді деп ойлаймын.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Татьяна Михайловна, есть что сказать?

САВЕЛЬЕВА Т.М. Наверное, я в целом скажу, что роль акиматов в сфере здравоохранения, начиная от подготовки кадров и финансирования каких-то отдельных важных моментов конкретного населенного пункта, нужно усиливать. И если для этого потребуется внесение изменений в нормативные правовые акты, мы готовы по предложению депутатов все это рассмотреть.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Маңғыстау облысы әкімінің орынбасары Тналиев Ұлықбек Серікұлы.

ТНАЛИЕВ Ұ.С. Қайырлы күн, құрметті депутаттар, құрметті әріптестер! Шынында да, Еділ Терекбайұлы көтерген мәселе бойынша біздер жұмыс жасап жатырмыз.

Ғимаратқа келетін болсақ, облыстық «жедел жәрдем» станциясының ғимаратын салу үшін жобалық-сметалық құжаттамасы дайындалып жатыр. 34-ші шағым ауданынан 2,6 гектар жер бөлінді. Сол жасақталғаннан кейін ары қарай жобаны жүзеге асыру бойынша қаржы сұралатын болады.

Жалақы мәселесіне келетін болсақ, өздеріңіз естіген боларсыздар, бізде орташа жалақысы 90 мың шеңберінде. Біз осы жылы жергілікті бюджеттің есебінен қосымша 236 миллион теңге қарап отырмыз. Оны, әрине, біздер тікелей жалақысына бөле алмаймыз, біздер материалдық-техникалық базасына сол қаражатты бөліп, соның есебінен материалдық-техникалық базаға бөлінген ақшадан босатып, 90 мың жалақыға қосымша 90 мың төленіп жатыр. Ол тек желтоқсан айына дейін.

Бізде «жедел жәрдем» қызметкерлері жалпы 778 адамды құрайды, оның ішінде 220-сы жүргізушілер. Біз, әрине, өзгерістер болса, жергілікті бюджеттен мүмкіндік болса немесе басқа да коэффициент немесе тарифтер болса, біз қуана қарсы алар едік. Себебі, шынында да, орташа жалақыны салыстыратын болсақ, бізде азық-түліктің 84 пайызы басқа өңірлерден әкелінеді. Сондықтан бізде қажеттілік бар. Рақмет.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет.

Сөз депутат Омарбекова Жанат Әнуарбекқызына беріледі.

ОМАРБЕКОВА Ж.Ә. Рақмет, құрметті Балаим Туғанбайқызы.

Менің сұрағым баяндамашыға және Қаржы министрінің өкіліне.

Бүгінгі таңда медициналық жабдықтардың тозуы еліміз бойынша орта есеппен 87 пайызды құрайды, ал Ақтөбе, Атырау, Жамбыл облыстарының ауылдарында 90 пайызға дейін жетеді. Көбіне медициналық пункттер бұрыннан жөнделмеген ескі ғимараттарда орналасқанын өзіңіз айтып кеттіңіз. Мәселен, Ақмола, Абай, Алматы облыстарының ауылдарындағы медициналық ұйымдардың ғимараттарының тозуы 69-72 пайыз болса, ал Батыс Қазақстан, Солтүстік Қазақстан облыстарында 83 пайызға дейін жетеді. Ауылда сапалы медициналық қызмет шектеулі екенін осы көрсетіп отыр. Енді әкімдіктер өздері мүмкіндіктерінше жөндеуге, жабдықтарды жаңартуға қаражат бөледі, бірақ олар жеткіліксіз. Бұл өзара жергілікті әкімдіктермен жауапкершілік, қаржы тетіктерін қалыптастыру өзекті екенін көрсетіп отыр. Сондықтан біз бүгінгі таңда негізгі құралдарды жаңартуға шығыстары жоқ медициналық қызметтерге арналған тарифтер есебінен медициналық ұйымдарды қорландыру мүмкіндігін бір жолы ретінде қарастыруды ұсынамыз.

Ажар Ғиниятқызы, бұл ұсыныс бойынша сіздің көзқарасыңыз қандай? Егер амортизация тарифке енгізілсе, бұл қалай көмектеседі және қай кезеңде материалдық-техникалық базаны жаңартуды күтуге болады?

Осы мәселе бойынша Қаржы министрлігінің ұстанымы қандай екенін білгім келеді.

ҒИНИЯТ А. Сұрағыңызға рақмет. Бұл мәселені көп жылдар бойы медициналық мекемелер де көтеріп жүр, тарифке амортизациялық шығындарды қосқандарымызды сұрайды.

Бүгінгі таңда тарифтер қарастырылмаған, министрлік өз саласында актуарлық есептерін жасап қойды, бірақ бюджетте келесі жылға тарифке қосуға қаражат қарастырылмаған. Сондықтан қаражат болғанда біз бұл амортизациялық шығындарға тарифті үлкейтіп қосатын боламыз.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Қаржы вице-министрі Савельева Татьяна Михайловна.

САВЕЛЬЕВА Т.М. Действительно амортизационные расходы не предусмотрены, но материально-техническое оснащение будет осуществляться на три года, это больше 324 миллиардов тенге. На 2023 год -107,6 миллиарда тенге, которые предусмотрены в рамках трансфертов общего характера местным бюджетом, из них на проведение капитальных ремонтов объектов здравоохранения – 27 миллиардов.

Вообще сам по себе принцип амортизации не плохой, но не всегда механизмы, которые применяются, приводят действительно к обновлению техники. Это не только касается системы здравоохранения, мы уже столкнулись по некоторым другим сферам, что предусматривается амортизация, но как таковое обновление оборудования не происходит. Здесь нужен анализ в целом этой системы амортизационных затрат для того, чтобы он 100-процентно работал.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Спасибо.

ҒИНИЯТ А. Еще хочу дополнить, что очень хорошо показали опыт в системе здравоохранения лизинговые платежи, когда в лизинг оборудование берут. Мы хотим это возобновить, чтобы медицинские организации сами были ответственны и через свои услуги покрывали. Этот вопрос мы тоже рассматриваем.

Как уже отметила Татьяна Михайловна, отдельно рассматривается строительство крупных больниц, поликлиник через республиканский бюджет. Ежегодно около 50 миллиардов мы отдаем на закуп медицинского оборудования. В этом направлении работа будет продолжаться. Это только из республиканского бюджета, также каждый местный бюджет обязан оснащать медицинские объекты.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет.

Депутат Ахметов Мәди Абылайұлы.

АХМЕТОВ М.А. Рақмет, құрметті Балайым Туғанбайқызы. Менің сұрағым екі министрлікке, біріншісі баяндамашыға, екіншісі Цифрлық даму, инновациялар және аэроғарыш өнеркәсібі министрлігіне.

Қазіргі таңда елімізде аудандық деңгейден төмен 732 елді мекен интернет желісіне қосылмаған. Жаңа сіз елуге жуық ақпараттық жүйе бар деп өзіңіз айттыңыз, сол ақпараттық жүйеге мәліметтерді толтыру үшін сол жерде жұмыс жасайтын медицина қызметкерлері басқа аудандарға шығуға, интернет бар жерге шығуға мәжбүр, сонымен қатар ол шығындарды ешкім өтеп жатқан жоқ. Бұған қоса жалпы ауылдардағы медициналық мекемелердің 10 пайызға жуығы арнайы компьютерлік техникалармен қамтамасыз етілмеген және олар әбден тозығы жетіп ескірген. Алысқа барудың қажеті жоқ, қазір біз шалғайдағы ауылдардың жағдайын айтпас бұрын, елордадан 10-15 шақырым жерге шығатын болсаңыз, Талапкер, Қаражар, Қараөткел деген ауылдардың өзінде жедел жәрдем жүйесі де, сонымен қатар осы интернетпен қамтамасыз ету де толық деңгейде жасақталып отырған жоқ. Жалпы сіздің министрлік бұл мәселені 2018 жылы көтерген, бірақ әлі күнге дейін күн тәртібінен түскен жоқ. Осы бағыт бойынша қос министрлік, яғни Цифрлық даму, инновациялар және аэроғарыш өнеркәсібі министрлігі мен Денсаулық сақтау министрлігі қандай жұмыстарды атқарып жатыр? Қандай есептік көрсеткіштер бар? Қашан бұл жұмысты толыққанды жүз пайыз аяқтап бітесіздер? Рақмет.

ҒИНИЯТ А. Жедел жәрдем көмегінен бастағым келіп тұр. Қазіргі уақытта орталықтандырылған жедел жәрдем көмегі бойынша алатын автокөліктер осы үш жылдың ішінде толық қамтамасыз етілді. Қазір емханаларда төртінші категория шақыртуларға көрсететін жедел жәрдемнің жағдайы мен ауылдық жердегі фельдшерлік-акушерлік пункттегі, дәрігерлік амбулаториядағы, медициналық пункттегі жедел жәрдемдердің жағдайы көтеріліп отыр. Енді бұл әкімшілікпен бірге жұмыс жасайтын мәселе, біз өзіміздің жағымыздан қазір жедел жәрдемді 98 пайыз жабдықтадық. Бітіргеннен кейін келесі жылдардан бастап бюджетке сіздер айтып кеткен емханадағы төртінші шақырымды көрсететін жедел жәрдем мен ауылдық жерлердегі жедел жәрдем мәселесін көтереміз. Бюджет бойынша республикалық деңгейде, сосын әкімшіліктермен бірігіп отырып жергілікті бюджеттен алынатын болады.

Интернетті мен айтып кеттім, 85 пайызбен қамтылған, ол аудандық ауруханадан төмен медициналық мекемелер. Бүгінгі күні 98 пайыз компьютерлер бар деп отырмыз.

Біздер медициналық көмек көрсетуге тарифтер бойынша толыққанды қаржыны бөліп отырмыз, ал ары қарай материалдық-техникалық базаны жергілікті әкімшілік арқылы алу керек. Компьютерлер қымбат емес, ең бастысы халықтың денсаулығы. Әрбір ауылдың әкімі болсын, ауданның әкімі болсын, облыстың әкімі болсын, халықтың денсаулығы үшін ең болмаса компьютерлерін алып беруге мүмкіндіктері бар деп ойлаймын. Сондықтан сіздердің кеңестеріңізбенен бұл мәселені де осы хаттамаға қосып қойсақ жақсы болар еді.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Цифрлық даму, инновациялар және аэроғарыш өнеркәсібі министрлігі.

ОРАЗБЕК А.Е. Сәлеметсіз бе, құрметті Балайым Туғанбекқызы.

Құрметті депутаттар! Қазіргі уақытта 6400 ауылдық елді мекеннің ішінде 1477 ауылдық елді мекендер интернетпен қамтамасыз етілген. Ол 23 пайыз, сонда медициналық объектілер 13 пайыз ғана қалды. Қазіргі уақытта біз тағы бір жобаны дайындап жатырмыз, 1207 ауылдық елді мекенді кең жолақты қолжетімді интернетпен қамтамасыз ету үшін осы жобаны келесі жылы бастаймыз. Менің ойымша сол уақытта осы фельдшерлік пункттерді интернетпен қамтимыз. Рақмет.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Сөз депутат Әміреев Ғалым Махмұтбайұлына беріледі.

ӘМІРЕЕВ Ғ.М. Рақмет, құрметті Балайым Туғанбайқызы. Менің сұрағым министрге және Қаржы министрлігінің өкіліне.

Бүгінгі күні Қызылорда облысының халқы жиырма жылдан бері шешімін таппай отырған онкологиялық аурухана қажеттігін айтып, күрмеуі шешілмеген күрделі мәселемен толассыз шағымдануда.

«Арал өңіріндегі экологиялық қасірет салдарынан зардап шеккен азаматтарды әлеуметтік қорғау туралы» Қазақстан Республикасының Заңына сәйкес Қызылорда өңірінің аумақтары экологиялық апат және экологиялық дағдарыс аймақтарына кіреді. Сонымен бірге тұрғылықты халықтың 30 пайыздан астамы тікелей Арал өңірінде және Байқоңыр ғарыш айлағының маңында, ал 20 пайыздан астамы уран өндіретін аймақтарда тұрады. Мұндай қолайсыз экологиялық жағдай облыс тұрғындары арасында қатерлі ісіктердің жоғары жиілігін тудырып, соңғы бес жылда облыста қатерлі ісік ауруы 14 пайызға, алға қан қатерлі ісігі 36,5 пайызға артып, әсіресе балалар арасында өршіп отыр. Қазіргі өңірдегі қолданыстағы облыстық онкологиялық орталықтың және көпбейінді қалалық аурухананың инфрақұрылымы құрылыс нормалары мен санитариялық талаптарға сәйкес келмейді. Нақты айтқанда, дәретханалар саны жеткіліксіз, жуынатын бөлмелер мүлдем қарастырылмаған, ғимараттардың 80 пайызының тозуы медициналық көмектің толық және қажетті деңгейді көрсетілуіне мүмкіндік бермей отыр. Мәселен, радиологиялық бөлімшенің құрал-жабдықтары 20 жылдан бері жаңартылмай, тозығы жетіп, гамма-терапиялық аппарат жеті рет істен шыққан. Мұның өзі онкологиялық науқастардың мерзімінде жергілікті жерден ем алуына мүмкіндік бермей, басқа қалаларға шектен тыс шығынданып, Шымкент, Астана, Алматы қалаларына баруына мәжбүр етуде. Осыған орай халықтың арыздарына бойынша облыс әкімдігі Қызылорда қаласында 100 келушіге арналған емханасы бар 300 орындық көпбейінді аурухана құрылысы жобасы бойынша жобалық-сметалық құжаттама әзірленіп, 2022 жылғы 14 наурызда мемлекеттік сараптама қорытындысы алынған деп жауап беруде.

Оған қоса, Мемлекет басшысының 2020 жылғы 1 қыркүйектегі «Жаңа жағдайдағы Қазақстан: іс-қимыл кезеңі атты» Қазақстан халқына Жолдауын іске асыру жөніндегі Жалпыұлттық іс-шаралар жоспарының 86-тармағында Қызылорда қаласын қоса алғанда елімізде 2025 жылға дейін заманауи 20 ірі аурухана салу көзделген. Дегенмен облыс халқының жанайқайы, жергілікті нысандардың мүшкіл жағдайлары қатты толғандырып отыр.

Мемлекет басшысы жылда Қазақстан халқына жолдауларында азаматтарымыздың денсаулығына ерекше назар аударып келеді. Оған қарамастан, Сыр өңірінде аталған көпбейінді аурухананы салуға Үкіметте қаражат жоқ.

Ажар Ғиниятқызы, бұл мәселе қашан шешіледі? Айтыңызшы, Татьяна Михайловна, осы мәселе бойынша не себепті аурухана құрылысына қаржы бөлінбей отыр? Осы мәселенің шешілмей келе жатқанына қанша жыл болды. Бұл мәселе қашан шешіледі? Рақмет.

ҒИНИЯТ А. Сұрағыңызға рақмет.

Тек Сыр өңірінде ғана емес, бес өңірде осындай онкологиялық орталық және онкологиялық толық көмек көрсету үшін керекті құрал-жабдықтармен жабдықтайтын сұраныстар бар.

Мен кеше өзім де елге барып қайттым. Бұл әкімнің де көтерген мәселесінің бірі болды. Бізге сұраныс келді. Егер қаржы мәселесі шешілетін болса, Денсаулық сақтау министрлігі тарапынан біз қолдау көрсетеміз.

Қасым-Жомарт Кемелұлы да бұл проблемалар бойынша біледі. «Қазақстан халқы» қоры арқылы да көмек көрсетіңдер, елдің, халықтың жосымай, өз елінде, жерінде медициналық көмек алуына қолдау жасаңдар деген тапсырмасы бойынша келесі жылы 50 миллиард теңгеге «Қазақстан халқы» қоры арқылы құрал-жабдықтар алатын болдық. Соның ішінде сіз айтып кеткен радиологиялық блоктарды, оның ішіндегі лучевая терапия дейді, ол комплексті көмек көрсету үшін ең басты аппараттың бірі, сондай аппараттарды тек Қызылорда облысына ғана емес, барлық облыстарға алатын болып жоспарладық. Енді құрылыс жөнінде Татьяна Михайловна айтатын шығар.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Савельева Татьяна Михайловна.

САВЕЛЬЕВА Т.М. В целом определение необходимой инфраструктурой здравоохранения за Министерством здравоохранения. Мы все такие заявки рассматриваем на возможность их финансирования. Но по Кызылординской области конкретно у нас на следующие три года средства не предусмотрены. В рамках лимита возможности финансирования новых проектов не было. В этом году реализуется строительство областного центра крови.

То, что касается проектов в рамках ГЧП. По Кызылорде планируется строительство объектов уже на втором этапе реализации в целом проектов, это после 2026 года.

По онкоцентру. Если будут предложения, если, действительно, Министерство здравоохранения нам подтверждает, что это первая очередная необходимость, мы готовы рассматривать, конечно.

ҒИНИЯТ А. Кызылординская область, строительство больниц с онкологией 34 миллиарда стоимостью. Мы со своей стороны поддержим, если рассмотрите. Действительно, запланировано строительство Областного центра крови, Кызылординской области средства выделены на это.

ӘМІРЕЕВ Ғ.М. Қосымша сұрақ қоюға бола ма?

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Депутат Әмреевтің микрофонын қосыңыздар.

ӘМІРЕЕВ Ғ.М. Мен нақты сұрағыма нақты жауап алған жоқпын. Мен айтқан ауруханаға қаржы бөліне ме, бөлінбей бе?

ҒИНИЯТ А. Ұсынысты біз Қаржы министрлігіне қолдап жібереміз. Ол Республикалық бюджеттік комиссияда қаралатын болады.

ӘМІРЕЕВ Ғ.М. Татьяна Михайловна жаңа сізге сілтеді. Сіздер шешім қабылдайды деді.

ҒИНИЯТ А. Осы ұсынысты қолдаймыз деп жауап берді.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет. Сөз депутат Камасова Зарина Айдарханқызына беріледі.

КАМАСОВА З.А. Спасибо, уважаемая Балаим Туганбаевна.

У меня вопрос к министру и председателю Фонда социального медицинского страхования.

Как вы знаете, на сегодня у нас 3,5 миллиона граждан Казахстана не охвачены системой обязательного медицинского страхования. Из них 46 процентов проживают на селе. То есть на сегодня 1,6 миллиона (какая цифра) сельских жителей могут получить медицинские услуги только в экстренных случаях, а остальное они могут получить только платно.

Тем не менее по итогам 2021 года, мы знаем, на селе растет смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 11 процентов, идет рост онкологических заболеваний на 10,5 процента.

В связи с этим вопрос к председателю фонда. Во-первых, что они планируют и как планируют улучшить работу по вовлечению сельского населения в систему социально-медицинского страхования?

Ажар Гиниятовна, поясните. Может быть, возникла необходимость проводить все-таки не профосмотры (как сейчас в докладе сказали, пилотный проект, что сельскому населению), а все-таки всем без исключения гражданам села независимо от статуса застрахованный или незастрахованный проводить скрининги и другие жизненно важные медицинские услуги? Спасибо.

АШУЕВ А.Ж. Спасибо за вопрос.

Мы в рамках разъяснения нормы, которую с 5 сентября внедрили в закон об ОСМС, 12 месяцев вперед оплата, будет проводить разъяснительную работу с местными исполнительными органами. Уже есть соответствующий план, все филиальные подразделения фонда работают активно с местными исполнительными органами, будем проводить соответствующую работу о плюсах вступления в ОСМС и в целом по всем законодательным нормам, которые сейчас приняты.

ҒИНИЯТ А. Спасибо за вопрос, Зарина Айдархановна.

Да, я как врач сама поддерживаю, чтобы все профосмотры, скрининги были в рамках ГОБМП, но на сегодня в гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи средств недостаточно. Поэтому сейчас мы проводим профосмотр, а в дальнейшем рассмотрим этот вопрос. Это очень важный вопрос, поэтому рассмотрим. Возможно, подходы поменяем.

Скрининги внедряем около 10 лет, видим, что выявляемость очень низкая, всего 5-7 процентов составляет. Поэтому вообще и к скринингам подход надо поменять.

Сейчас мы профосмотры проведем, посмотрим состояние здоровья сельского населения, а потом будут приняты меры вообще к проведению скринингов, профосмотров, целевые наиболее эффективные методы будут внедряться.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет. Сөз депутат Смирнова Ирина Владимировнаға беріледі.

СМИРНОВА И.В. Спасибо, уважаемая Балаим Туганбаевна.

Уважаемая Ажар Гиниятовна! Поддерживаем Ваше отношение к медицине и желание обеспечить медицину высококлассными специалистами, но мы понимаем, что скорее всего в село не поедут специалисты, которые являются высококлассными, туда поедут молодые специалисты, или, к примеру, там находятся медсестры.

Так вот одна из прагматичных и рациональных возможностей обеспечить качественным здравоохранением на селе – это организация инструментальной телемедицины. Это не просто общение по WhatsApp врача и пациента, а это инструментальная телемедицина.

Так вот, например, за эти полгода даже простая телемедицина не была применена в Алматинской и Карагандинской областях.

Как Вы предполагаете развитие инструментальной телемедицины в дальнейшем, в особенности в тех сельских пунктах, которые сейчас открываются при этом грандиозном подходе нашей страны к организации качественной медицинской помощи? Спасибо.

ҒИНИЯТ А. Спасибо за вопрос, Ирина Владимировна.

Это очень актуальный вопрос, я и в докладе говорила, что инструментальную телемедицину надо развивать. На сегодняшний день разрабатывается план мероприятий, и во всех новых, строящихся, и которые будем строить, медицинских объектах, начиная с уровня фельдшерско-акушерских пунктов, телемедицина будет внедряться. Для этого мы сейчас изучаем опыт других стран, где большие территории, похожие на Казахстан, и отдельно представим свой план мероприятий, как это будем делать, и представим, конечно же, расчеты, бюджет, который потребует данный проект.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Сөз депутат Әшімжанов Жанарбек Садықанұлына беріледі.

ӘШІМЖАНОВ Ж.С. Рақмет, құрметті Балаим Туғанбайқызы.

Менің баяндамашыға бірнеше сұрағым бар.

Бірінші мәселе. Жалпы, қазіргі кезде ауылдық жердегі денсаулық сақтау саясаты түбегейлі күйреп тұр деп айтуға болады. Бағана сіздің баяндамаңызда жақсы деректер келтірілді. Жыл сайын миллиардтаған қаржы бөлінеді, қанша қаржы бөлінгенмен, бірақ мәселе жүйелі түрде шешімін таппай тұр.

Бүкіл ауыл халқының жаппай ағайын-туыс жағалап, қалаға келіп емделуін біз қалай тоқтатамыз? Бұның жүйелі түрде шешімін табу керек. Амбулаториялардың, акушерлік пункттер бойынша, жедел жәрдем көліктері бойынша, жалпы, алғашқы медициналық көмек көрсету жүйесі бойынша сіздің мемлекеттік органның мынадай, мынадай шешімі бар деген белгілі бір позициясы бар ма?

Екінші сұрақ. Өңірлердегі мұғалімдер бойынша, әскерилер бойынша профосмотрлардың бәрін біз бәсекелестік ортаға бердік. Мысалы, Нарынқолдағы профосмотрды сонау Маңғыстаудағы адам ұтып алады. Осындай бәсекелестік орта аяғында жемқорлыққа әкеліп жатыр. Сіздің мемлекеттік орган бұның шешімін қалай жүйеге келтіреді? Сол жергілікті орында баяғы өзінің ырғағымен шешуге болмай ма?

Сонымен қатар әлеуметтік медициналық сақтандыруға қатысты. Әлеуметтік медициналық сақтандыру бойынша скринингтік тексеруден тек сақтандырылған адамдар ғана өтуге құқылы. Бүкіл ауыл халқын 100 пайыз скринингтен өткізу мүмкін емес. Скринингтік тексеруден сақтандыру статусына қарамастан, барлық азаматтарды өткізуге не кедергі? Бұның жолын қалай шешуге болады?

Келесі сұрақ. Қазіргі біздің денсаулық саласында тәжірибелі дәрігер дейтін жүйе бар (врач общей практики). Бұл 2000 жылдары пайда болған жүйе. Осы жүйе қалай пайда болды, біздің медициналық оқу орындарында педиатр факультеттері жабылды. Бағана сіз баяндамаңызда келтіргеніңіздей, қазір елімізде 50 пайызға жуық халық елде тұрады, оның 37 пайызы балалар. Ал ауылға барып көрсеңіз, аурушаң балалардың қатары көбейді. Педиатр маманы жоқ. Сондықтан баяғы кезеңдегідей учаскелік педиатр мамандарын біз қайтадан қалпына келтіруіміз керек қой деп ойлаймыз.

Мемлекет басшысы әр жолдауда, Үкіметпен өткен жиында нақты тапсырмалар беріп жатады. Бірақ баяндамада жақсы-жақсы деректер келтірілгенімен, осының жүйелі шешімін оңтүстік болсын, солтүстік, батыс, шығыс демей, жүйелі түрде бірігіп табуымыз керек.

Қазір денсаулық саласында көптеген мәселелер туындап тұр. Осыған нақты жауап берсеңіз.

ҒИНИЯТ А. Сұрағыңызға рақмет.

Миллиардтаған қаржы бөлініп жатыр, қалай жүйелі түрде шешім табу керек деген сұрағыңызға мен баяндамамда толық жауап беруге тырысқанмын. Ол тек ауылда ғимараттарды салып қою емес, бағана көрсетіп кеткен озық технологиялар бар, тәжірибелер бар, соларды енгізіп, әрбір медициналық пункттің мейірбикенің қандай міндеті бар, ол міндетін қалай жүзеге асыру керек, сол алгоритмдерін дұрыстап жасап, әрбір медициналық қызметкерді оқытып, аттестациядан өткізіп, әркім өзінің міндетін білу керек. Қазір скринингті бір чемоданмен барып өткізетін озық технологиялар, телемедицина, басқа да аппараттар бар. Олар экспресс аппараттар, экспресс диагностика деп аталады.

Мен бағана реабилитациялық оңалту көмектері, физиотерапия кабинеттері көп қаражат керек етпейді дедім. Оның бәрі халықтың ауырған, сырқаған жерлерін өзінің ауылдарында емдеуге мүмкіндік береді. Сондықтан бағдарлама жүйелі түрде ауылдық медицинаны жан-жақты көтеруге мүмкіндік береді.

Бізге де қиын, біздің саламызды да нарықтық жүйеге беру керек, нарықтық конкурстармен өту керек деп заң бойынша міндеттейді. Сіз айтып кеткен мәселені мен бөлек қарармын. Біздің жылымыздың жарты жылы осы монополияға қарсы комитетпен бірге осындай бір сұрақтармен өтіп кетеді. Ондай проблемалар бар. Бұл мәселені біз әріптестерімізбен бірге жүйелі түрде шешерміз.

МӘМС туралы айтып кеттіңіз, сол мәселе болғандықтан, биыл біз ауыл тұрғындарының бас-басын профилактикалық зерттеуден өткіземіз дедік. Сол мәселе болғандықтан, халыққа медициналық көмекті жеткізіп, әркімнің үйіне барып, профилактикалық тексерістен өтіңіз дейміз. Енді көп жылдар бойы тексерістен өтпеген адамдарға бұл үлкен көмек болар еді. Оған қосымша қаражат та алдық. Қаржы министрлігі сол профилактикалық тексеруді өткізуге қаражат бөлді. Сол жұмысты қазір жүргіземіз. Мен скрининг жөнінде, профилактикалық зерттеу жөнінде бөлек шешім қабылдау керек деп айтып кеттім. Жыл сайын қанша миллиардтар беріліп жатыр. Соның тиімділігіне қарай бөлек шешім қабылдану керек. Бұл шешім мамандармен бірлесіп қабылданатын болады.

Педиатрлар жөнінде. Ауылдық жерлерде аудандық ауруханаға дейін, енді өзім көп жылдар ауылда да жұмыс жасадым, өңірлерде жұмыс жасадым, аудандық ауруханаға дейін бөлек бала дәрігері деген болған жоқ. Ал аудандық аурухананың деңгейінде бар. Ауылдарда бізде жалпы практикалық дәрігерлер, ол советтік заманнан бері солай, яғни бір дәрігер баладан бастап кәріге дейін барлығын қарайтын. Педиатр мамандықтары бойынша қазір факультеттер, кафедралар ашылды.

Қазір отбасылық медицинаны дамытамыз деп он жыл болып кетті, дұрыс айттыңыз, дүниежүзілік жақсы озық тәжірибе де енгізілді. Ауылдық жерлерде ол тәжірибе болғанын айтып кеттім. Ал қалалық жерлерде, аудандық орталықтарда оны халық қабылдаған жоқ. Сондықтан қайтадан педиатрларды әзірлеп жатырмыз, қайтадан педиатры бар жерлерге учаскелер ашып жатырмыз. Педиатры жоқ, учаске ашуға бала саны жетіспейтін жерлерге, 5 мың балаға бір педиатр консультация қойып жатырмыз. Сөйтіп қайтадан педиатрларды заң бойынша, сіз айтқандай, жүйелі түрде енгізіп жатырмыз.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет. Сөз депутат Амирханян Аветик Рубеновичке беріледі.

АМИРХАНЯН А.Р. Рақмет, құрметті Балаим Туғанбайқызы.

Құрметті Ажар Ғиниятқызы! В данное время для оказания доступной медицинской помощи в сельских населенных пунктах в 10 областях работают поезда «Жәрдем», которые оказывают определенный объем медицинских услуг – 25 тысяч консультаций врачей, манипуляции, мини-операции и так далее.

Это очень востребовано и хорошо. Медицинскими услугами медицинских поездов охвачены не все населенные пункты регионов.

Например, в Западно-Казахстанской области сотни километров в населенных пунктах нет железной дороги. Как быть в таких населенных пунктах в сельских местах? Спасибо.

ҒИНИЯТ А. Спасибо за вопрос.

Медицинские поезда ездят по железнодорожным станциям. Понятно, где нет станций, они не смогут поехать. В 147 станциях, в основном малые станции, где врачей нет, останавливаются сутками и оказывают медицинскую помощь. Те врачебные амбулатории, медпункты, которые там находятся, заранее готовят пациентов для профосмотров, для оказания помощи. Поэтому если вы точно скажете, какой поселок или аул, где не остановились, а станция имеется, тогда я это учту. А где нет железных дорог, они не могут поехать.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Сөз депутат Қаратаев Фахриддин Әбдінабиұлына беріледі.

ҚАРАТАЕВ Ф.А. Рақмет, құрметті Балаим Туғанбайқызы.

Құрметті Ажар Ғиниятқызы! Ауыл тұрғындарының көптеген өтініштері мен шағымдары амбулаториялық-емханалық деңгейде консультациялық-диагностикалық қызметтердің қолжетімсіздігіне байланысты болып отыр.

Емхананың учаскелік дәрігерлері бейімді мамандарының консультацияларына зертханалық және инструменталдық зерттеулерге жолдама бермейді. Мұны медициналық сақтандыру қорының қаржыландыруы жоқ деп негіздейді. Бұл халықтың шағымдарын одан әрі ушықтыруда.

Осы мәселе депутаттар тарапынан бірнеше рет көтерілген болатын, бірақ бүгінгі күнге дейін шешімін таппады.

Айтыңызшы, сіздер бұл мәселені қалай шешесіздер? Осы мәселеге толық жауап берсеңіз. Рақмет.

ҒИНИЯТ А. Сұрағыңызға рақмет.

Бүгінгі таңда қаржыландыру мәселесі бойынша тек стационарлық көмек көрсететін ауруханалар қосымша қаржыландыруды сұрап отыр. Алғашқы медициналық көмек көрсететін емханаларда бұндай проблема жоқ, өйткені берілген қаражатты қазір толық игере алмай отырған өңірлер бар. Сондықтан қазіргі таңда халықтан түскен шағымдарға байланысты барлық жолдаманың бәрін учаскелік дәрігерлерден аламыз, ол жерде кезек көп болады немесе жаңа сіз айтқандай, берілмейді деген соң биыл министрліктің бұйрығына қосымша енгізіліп, тікелей онкологқа, гематологқа, басқа да көпбейінді дәрігерлерге, соның ішінде стоматологияға, тағы да тоғыз бағыт бойынша учаскелік дәрігердің жолдамасынсыз бара алатынға арнайы бұйрық қабылданды. Көп елді мекендерге барғанда көрдік, халықтың сұранысы болды. Қазіргі таңда 56-58 пайыз алғашқы медициналық көмекке беріп жатқандықтан, қаржыны тіпті оңды-солды тиімсіз игеру көбейіп кетті. Сондықтан осы мәселені біз қарастырып отырмыз. Стоматология көп көтеріліп жатыр. Сондықтан келесі жылдан бастап стоматологиялық көмекті емханалар арқылы емес, тікелей МӘМС-тің қоры тікелей өздері қадағалайтын болады. Жылға берілген қаржы пациенттердің жағдайына байланысты. Қазір талдау жасап қарасақ, тіпті кейбір адамдарда 52 тісі бар екен, 52 тісін де емдеткен. Сол сияқты қазір тиімсіз пайдалану көбейіп кетті. Бұны да білеміз, бұнымен айналысатын боламыз.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет.

Сөз депутат Унжакова Ирина Сергеевнаға беріледі.

УНЖАКОВА И.С. Спасибо, уважаемая Балаим Туганбаевна.

Ажар Гиниятовна, сегодня Вы в докладе, вопросах очень много рассказали о перспективах развития сферы здравоохранения, так сказать, долгосрочные и среднесрочные горизонты. Но когда мы выезжаем в регионы, мы сталкиваемся с откликами людей о том, что происходит и с чем они на месте ежедневно встречаются здесь и теперь. То есть это мы видим в каждодневной практике.

Моя коллега Нуркина Айгуль Кабдушевна задала Вам вопрос по специализации по среднесрочному или краткосрочному обучению. Сельским врачам, которые уже в этих селах живут, не нужны подъемные, гранты на обучение, у них очень обширная практика, потому что они много лет работают в этих поликлиниках. Это не какие-то «зеленые» ребята, которые только что закончили учебное заведение, и для них целая проблема переехать в деревню, и мы потратили кучу денег…

Кстати, вот тоже мой коллега подсказал вопрос, вы контролируете то, сколько из тех, кто обучен на гранты, вообще по специальности работают? То есть это куча денег, которые мы тратим на это, и имеем результат, что 50 процентов наших граждан, живущих в сельской местности, считают услуги здравоохранения низко доступными. Мытарства между тем, что есть этот специалист или нет.

Поэтому большую гибкость проявляя… Я понимаю и разделяю Вашу озабоченность тем, что это должны быть качественные услуги. Конечно, здесь никто не возражает. Вместе с тем эти услуги нужны здесь и теперь. Какие инструменты сейчас имеет Министерство здравоохранения для того, чтобы, к примеру, конструкцию краткосрочной специализации все-таки дополнить еще каким-то сопровождением и так далее, чтобы снять эту всю социальную нагрузку с бюджета, а те люди, которые там живут, хотят работать, готовы работать по новой специальности, все-таки такую возможность получили, соответственно, наши граждане, наконец, здесь и теперь получили доступ к этим услугам? Спасибо.

ҒИНИЯТ А. Вопрос о специализации, об узких специалистах, которых надо готовить краткосрочными курсами. Я Вас услышала. В этом направлении мы готовим сертификационные курсы с учетом того, если она действующий доктор-терапевт, то что она умеет и знает, что должна знать, если хочет переспециализироваться на кардиолога или гастроэнтеролога.

Сколько времени займут сегодня дополнительные обучающие программы, столько же будут дополнительно обучаться.

Спасибо, что услышали. Мы в свое время хотели быстро насытить врачами поликлиники и начали ускоренными темпами готовить врачей общей практики. Сегодня, когда прошло пять-десять лет, и население сталкивается с докторами, не удовлетворяются или не получают лечение на должном уровне, уходят дальше к узким специалистам, почему и такая большая потребность, далее уходят на дорогостоящее лечение в стационарах, и, конечно, еще ухудшается состояние. Поэтому сегодня большое внимание уделяется качеству обучения, и не хотелось бы, чтобы еще десять лет страдало качество медицинской помощи. Конкретно Вам ответ, что организуются сертификационные курсы по тем востребованным остродефицитным специальностям. Разницу мы посмотрим по образовательным программам. Это может быть у кого-то шесть-восемь месяцев в году, чтобы им пройти обучение и были достойны сертификата профильного специалиста, на которого он хочет перепрофилироваться.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Депутат Унжакованың микрофонын қосыңыздар.

УНЖАКОВА И.С. Балаим Туганбаевна, большое спасибо за то, что Вы еще раз дали мне возможность.

Ажар Гиниятовна, я Вас услышала. Вместе с тем, Вы во время ответа на один из вопросов говорили о том, что 10 лет назад мы думали, что международная шикардосная практика по семейным врачам будет у нас работать, она у нас не работает и мы вернулись к прежнему. Нам врачи говорят: это хорошо работало. Это один момент.

Второй момент. Я не прошу Вас отвечать дальше на вопрос, но мой вопрос звучал не про программы, про программы уже все рассказали. Я спросила, какие есть инструментарии у Министерства здравоохранения для того, чтобы обеспечить сопровождение? Не надо сейчас отвечать на этот вопрос, просто в рекомендации мы включим.

Большое спасибо.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет.

Сөз депутат Бейсембаев Ернұр Сабыржанұлына беріледі.

БЕЙСЕНБАЕВ Е.С. Рақмет, құрметті Балаим Туғанбайқызы.

Құрметті әріптестер, расында бұл ауылдағы денсаулық сақтау жүйесі барлығымызға аса маңызды салалардың бірі. Әрдайым біз өзіміздің дауыс беруші азаматтармен, жергілікті тұрғындармен кездескен уақыттағы бірінші қоятын сұрағы осы – қашан Қазақстанда біз азаматтарымызды дұрыс емдей аламыз?

Расында да, байлар Қазақстанда емделмейтін, ал кедейлерді емдей алмайтын жағдайға жеткен сияқтымыз, құрметті әріптестер.

Елімізде 6 мыңнан астам ауыл бар, сол ауылдарда 8 миллионға жуық азаматтар тұрады. Ал жастардың саны 4 миллионға жуық болса, соның 2 миллионы ауылда тұрады. Солардың кез келгенінен әлеуметтік бір сауалнама жүргізетін болсаңыздар, бірінші айтатыны медицина саласына сенімсіздік. Ажар Ғиниятқызы, оны сіз жақсы білесіз.

Неге кадрлар жетіспейді? Өйткені жергілікті әкімдіктер тарапынан әлеуметтік қолдау жоқ. Рас қой? Рас. «Дипломмен – ауылға!» деген бағдарлама, расында да, өте сәтсіз аяқталды деп айтуға болады. Онымен келісу қажет. Бұл тікелей медицина бағыты бойынша сәтсіз бағдарламалардың бірі болды. Ұлттық экономика министрлігі бұл мәселені жіті бақылауына алса дейміз.

ФАП-тар салу мәселесі әлі күнге дейін көптеген ауылдарда шешілмеген, шешімін таппай да келе жатыр.

Келесі – емханалардың кредиторлық қарыздар мәселесі. Әлі күнге дейін сақтандыру мәселесі бұны біржақты қылған жоқ, не жергілікті әкімдіктер оған қаржы бөлген жоқ. Кейбір емханалардың қарызы тіпті 2 миллиард теңгеден асып кеткен. Ол Астана қаласында да бар, басқа ауыл-аймақтарда да бар. Ажар Ғиниятқызы, бағанадан бері сіз өз сөзіңізде жергілікті әкімдіктер деп айттыңыз, менің ойымша, жергілікті әкімдіктер қалдықты принциппен қарап отырған сияқты. Тән саулығынан асқан идеология, одан асқан бағыт-бағдар жоқ, құрметті Балаим Туғанбайқызы. Бағана Алматы облысы әкімінің де жауабы мардымсыз, Түркістан облысындағы басқарма басшысының да жауабы мардымсыз. Жергілікті әкімдіктер мәдени іс-шараларға, ескерткіш ашуға келген кезде миллиондап қаражат табады. Ал халықты, ауылдағы азаматтарды емдеуге келген кезде, ФАП-тар мәселесін шешуге келгенде, Маңғыстау облысындағы жедел жәрдемнің әлі күнге дейін осында арендаторлық жерде отыру мәселесіне келгенде жергілікті әкімдіктерде қаржы табылмай қалады.

Бір ғана мысал, біз осы соңғы үш жылда... Ренжімеңіз, сіздер сөйлеген кезде мен сіздерді бөлмедім ғой, бір-бірімізге құрметпен қарайық, азаматтар. Бұндай үкімет сағаттары ұзақ бола бермейді, сол себепті бір-бірімізге құрметпен қарайық. Біз де үндемей, тыңдап отырамыз ғой.

Енді осы мәселеде менің сізге бір-ақ сұрағым бар. Әкімдіктер жергілікті медицина мәселесін шешуде ондық балдық есеппен алатын болсақ, сіз облыс әкімдерінің жұмысын қанша балға есептейсіз? Мен, мысалы, оларға «3» деген баға қояр едім. Сіз неше деген баға қоясыз? Өйткені бұқаралық ақпарат құралдары қатысып отыр. Мәселе біз мұнда бір қызықты сұрақты қойғанда емес. Мен ауылда өстім, ауылдағы бір емхана бүкіл мәселені шешіп отыратын. Қазір ауылдарға барсаң, емхана жоқ, не ФАП жоқ, не медицина саласы жоқ, ем-шара кабинеті жоқ. Бюджет әлденеше төмен уақытта біз осы мәселені шеше алдық та, қазір миллиардтаған қаражат бар, скрининг дейміз, профосмотр дейміз, бірақ бір ауылдың мәселесін шеше алмай келе жатырмыз. Еліміздің 50 пайызы ауылдарда тұрады. Бұл менің жанайқайым емес, бұл бүкіл Қазақстандағы ауылдағы тұрғындардың жанайқайы. Қазақстанда байлар емделмейді, кедейлерді өзіміз емдей алмаймыз. Осы әкімдіктерге баға беріңізші. Сол ғана. Рақмет.

ҒИНИЯТ А. Мен әкімдіктерге баға беретін құзыретім жоқ.

Сізді құрметтеймін, бірақ сіздің кейбір сөздеріңізге келісе алмаймын. Халықты емдемейтін медицинаға сенімсіздік деп осы жерде отырғандарыңыздың көбіңіз дәрігерлерге барып ем алып жүргендеріңізді білемін. Және барлығына олай айтудың қажеті жоқ сияқты. Тек бір статистиканы айтып кетейін деп едім. Осы статистикаға көңіл бөлсеңіздер.

Осы жарты жылдың ішінде емханаға 550 миллион адам барыпты. Бір тәуліктің ішінде 22 мың адам «жедел жәрдем» шақыртыпты. Бір тәуліктің ішінде 3,5 мың операция жасалады екен. 3 мыңнан астам әйел босанады екен. Соның бәрін жасап жатқан медицина қызметкерлеріне сіздің берген бағаңызға мен келісе алмаймын. Қазіргі таңның өзінде былтырғы жылмен салыстырғанда өлім-жітім 55,6 пайызға төмен. Коронавирустық инфекция қаншама халыққа қасірет әкелді. Сол кезде қаншама медициналық қызметкерлердің өздері қиын жағдайға тап болды. Жылдың аяғына экстраполяция жасасақ, біздер 2019 жылдың көрсеткішіне жақындап қалады екенбіз. Оның бәрі медициналық қызметкерлердің арқасы деп ойлаймын. Енді әкімдіктерге сіздер баға бере алатын боларсыздар, халықтың қалаулылары ретінде.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Депутат Бейсенбаевтың микрофонын қосыңыздар.

БЕЙСЕНБАЕВ Е.С. Құрметті Ажар Ғиниятқызы, бұл негізі сіздің тарапыңызға айтылған да сын болу керек, бірақ, менің ойымша, бұл жерде сын көбіне жергілікті әкімдіктерге. Өйткені сіздер көптеген мәселені көтеріп бірге реттейік дейсіздер, ал жергілікті әкімдіктер тарапынан қолдау өте төмен. «Қалдықты принциппен» қарап отыр. Мен бұл жердегі мәселені жергілікті әкімдіктерге арнағым келген. Өйткені олар түсіну қажет. Адамның тәнінің саулығынан асқан идеология, одан асқан жұмыс жоқ. Осымен келісетін уақыт жетті. Мүмкін, біз жол салмай қоятын шығармыз, мүмкін, бір мәдени іс-шараны қысқартатын шығармыз, бірақ біз үшін ауылда сау баланың дүниеге келуі, адам капиталын көтеруден асқан байлық жоқ. Бұл сын сіздердің істеріңізге емес, негізі тікелей сол азаматтарға. Меніңше, сіздермен бірге жұмыс жасауы қажет. Рақмет.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет.

Сөз депутат Саиров Ерлан Бияхметұлына беріледі.

САИРОВ Е.Б. Рақмет, құрметті төрағалық етуші.

Менің екі сұрағым бар. Бірінші сұрақ министр Ажар Ғиниятқызына.

Шекаралық аймақтардағы ауылдар осы медицина қызметінен мүлдем ада деп айтуға болады. Мысалы, Тарбағатай ауданындағы Асусай, Жаңаталап, Ахметбұлақ деген жерде медициналық пункт жоқ. Зайсан ауданының Қарасай, Жалши немесе Марқакөлдегі Ұраңқай мен Топқайыңда мүлдем медициналық қызметі жоқ. Міне осы мәселені біз қалай шешеміз? Ол жерде мыңдаған адам тұрады. Біз өзіміз айтамыз, сіздер сол жақта тұрыңыздар деп, ал бірақ біз қарапайым медицина сол жаққа апара алмаймыз.

Екінші сұрағым Цифрлық даму, инновациялар және аэроғарыш өнеркәсібі министрлігінің өкіліне. Мына ақпаратта денсаулық сақтауды цифрландыруды аудандық деңгейге дейін 87,2 пайыз деп жазылған екен. Ал енді қазіргі таңда, аудандық деңгейдің өзінде интернеттің өзі 30 пайызды ғана құрайды. Біз халыққа өтірік айтпайық. Енді цифрландыруды сол аудандарда интернет жетпей тұрған кезде қалай әрі қарай дамытамыз? Бұл цифрландырудың аудандық деңгейге жетпеуі бүгінгі таңда біздің халқымыздың арасындағы теңсіздікті туғызып отыр. Цифрлық теңсіздік дегеніміз бүгінгі таңдағы ең үлкен әлеуметтік теңсіздіктің нағыз факторы. Сондықтан, менің ойымша, осы мәселе бойынша біз терең ойлануымыз керек. Президент Тоқаев Қазақстанды цифрландыруды бүгінгі таңда ең негізгі басымдық дейтін болса, ал 42 пайыз халық тұратын ауданда цифрлық деңгейі мүлдем жоқ деп айтуға болады. Рақмет.

ҒИНИЯТ А. Құрметті Ерлан Бияхметұлы, Сіздің көтерген мәселеңізді осы ұлттық жобамен шешпекшіміз. Сіз айтып кеткен Тарбағатай ауданындағы Ахметбұлақ ауылында, Жамбыл ауылында, Қазақстан ауылында, Шолақорда ауылында, Асусай ауылында, Байтоғас ауылында медициналық пункттер салынатын болады.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Сөз депутат Елеуов Ғалымжан Алмасбекұлына беріледі.

ЕЛЕУОВ Ғ.А. Рақмет, құрметті Балаим Туғанбайқызы.

ОРНЫНАН. (МИКРОФОНҒА ЕМЕС).

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Цифрлық даму, инновациялық және аэроғарыш өнеркәсібі министрлігі жауап беріңіз.

ОРАЗБЕК А.Е. Рақмет, өте орынды сұрақ. Ойымды дұрыстап жеткізу үшін орысша айтайын.

Біріншіден, цифрлық теңсіздік бар екені рас. Бізде екі сала бар. Бірінші сала – широкополосного доступа фиксированного и второе – это мобильный широкополосный доступ. То, о чем все говорят, есть серьезные проблемы с мобильным широкополосным доступом в Интернет, это правда, и в селах, и даже в наших пригородах. С этим мы боремся посредством контроля качества. Еще я говорил про проект, который мы будем делать, это фиксированный широкополосный доступ в села. Мы сегодня реализовали один проект, 1257 населенных пунктов обеспечили оптикой. В первую очередь среди этих объектов, которые мы там охватывали более 3,5 тысячи, были медицинские объекты.

Следующий проект, который мы делаем, я говорил сегодня, это 1207 сельских населенных пунктов будем охватывать, то же самое в первую очередь будем идти в медицинские объекты, проводить оптоволокно. Поэтому это немного разные вещи. То есть то, что нет качественной мобильной связи у населения и хорошей, качественной интернет-связи для телемедицины, в первую очередь мы делаем на этой фокус. Сегодня мы можем говорить, что именно фельдшерско-акушерские пункты не обеспечены качественной оптоволоконной связью. Поэтому мы думаем, что совместно с Министерством здравоохранения мы в ближайшее время, если в следующем году мы этот проект запустим, естественно, самыми первыми такими объектами будут медицинские объекты, куда мы оптику доведем.

Есть населенные пункты, которые находятся в городах, в первую очередь Восточный Казахстан, куда мы будем вынуждены доходить через негеостационарные спутниковые группировки. Этих сел значительно меньше, их порядка 617, которые мы будем так обеспечивать, но во все остальные мы будем доводить качественную оптоволоконную связь. Спасибо.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет.

Сөз депутат Ғалымжан Алмасбекұлына беріледі.

ЕЛЕУОВ Ғ.А. Рақмет, құрметті Балаим Туғанбайқызы.

У меня два вопрос к министру.

Ажар Гиниятовна, по поручению Главы государства Касым-Жомарта Кемелевича Токаева реализуется проект модернизации сельского здравоохранения, который направлен на сокращение разрыва между сельским и городским здравоохранением. Все мы очень рады, это долгожданная национальная программа. В рамках этого проекта планируется обеспечить медицинской инфраструктурой все сельские населенные пункты. В связи с этим мои вопросы.

К сожалению, с каждым годом число пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности растет. Консервативным методом лечения данных пациентов является амбулаторный программный гемодиализ, перинатальный гемодиализ и радикальным методом является трансплантация почки. В настоящее время в Казахстане амбулаторный гемодиализ получают более 8 тысяч жителей нашей страны. Около 60 процентов из этих 8 тысяч это жители на селе.

Зачастую у сельского жителя, заболевшего в терминальной стадии хронической почечной недостаточностью, нет возможности переехать жить в город, вы это знаете, 200-300 километров ехать из села или из районного центра в город, снимая в аренду жилье, живя у родственников, тем самым создаются такие проблемы. Да, я знаю, создаются кабинеты гемодиализа, но, к сожалению, не во всех районных центрах, не говоря уже об отдаленных поликлиниках.

Второй вопрос. Программа доступности ПМСП для сельского здравоохранения связана с недостаточным темпом развития мобильной доступности к клинико-диагностическим услугам через передвижные мобильные комплексы, особенно для отдаленных малонаселенных районов. Фактически затраты на состав специалистов и содержание ПМПК не покрывают объемы финансирования за оказанные услуги. В действующих НПА нет разделения на ПМК и медицинские поезда по материально-техническому оснащению и штатному нормативу. В этой связи возникают сложности планируемого финансирования. Вопрос: как планирует Министерство здравоохранения решить данную проблему? Рақмет.

ҒИНИЯТ А. Ғалымжан Алмасбекұлы, сұрақтарыңызға рақмет, өзекті мәселе көтеріп отырсыз.

По вопросу больных с хронической и почечной недостаточностью или с хронической болезнью почек. Я говорила, что мы начнем профосмотр с сельского населения. Одним из дешевых, эффективных лабораторных исследований является уровень креатинина.

В основном у сельских жителей выявляют на 4-5 стадии хронической болезни почек и сразу их берут на гемодиализ. Это, вы сами знаете, прикованные к аппарату люди пожизненно, если не проведут трансплантацию почек. Поэтому, чтобы своевременно выявляться не на 4-5 стадии, а на первых стадиях и лечить этих больных, не доводить до ХПН, до ХБП, мы сегодня в профосмотры включили креатинин, особенно детей, чтобы не допустить такой хронизации.

Сегодня вносятся изменения и дополнения в приказ по оснащению медоборудований, что в каждом реанимационном отделении должен быть аппарат гемодиализа.

И там, где мы сказали, что точка роста 32 районных больниц, где будут центры амбулаторного гемодиализа, это тоже метод, который приближает к пациентам. Есть передвижные машины, где имеется аппарат искусственной почки.

Учитывая, что после кризиса страна восстанавливается, экономика восстанавливается, со временем, может быть, будем и передвижные, но пока будем этот вопрос так решать.

По поводу передвижных медицинских комплексов (ПМК). В прошлом году они охватили где-то больше 1 миллиона человек, в этом году планируем охватить 2 миллиона человек. Уже почти 70 процентов освоили тот план, который имеется.

В прошлом году мы пересмотрели тарифы ПМК и он отличается от поездов. Поезда оплачиваются по амбулаторному базовому тарификатору каждая услуга, а в ПМК отдельно идет расчет тарифов. Туда мы включили расходы, в том числе бензин и так далее. Мы этот вопрос рассмотрели и НПА совершенствовали.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет.

ОРНЫНАН. (МИКРОФОНҒА ЕМЕС).

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Құрметті әріптестер, Регламент уақыты өтті. Сондықтан әрі қарай жалғастырамыз ба, жоқ қысқартамыз ба?

ОРНЫНАН. Екі сұрақ берейік.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Қысқартамыз ба, мәселені айтамыз десеңіздер, сөз сөйлеуге жазылыңыздар.

Құрметті әріптестер, енді баяндаманы талқылауға көшеміз. Депутаттар ұсыныстарыңызды айтуларыңызға болады.

Сөз денсаулық сақтау саласының ардагері, Қызылорда облысының ауылдық денсаулық сақтау саласындағы сарапшысы Қадырбаев Амангелді Жұбатқанұлына беріледі.

ҚАДЫРБАЕВ А.Ж. Сәлеметсіздер ме, құрметті жиынға қатысушылар, Балаим Туғанбайқызы, Ажар Ғиниятқызы! Мен осы салада ауылдық, селолық ауруханадан бастап орталық ауруханада, ауданда 40 жылға жуық қызмет жасадым. Селолық учаскелік дәрігерден бастап қалалық учаскелік дәрігер болдым, аудандағы денсаулық сақтау саласын басқардым.

Мен бүгін сіздердің бүгінгі баяндамаларыңызды тыңдап отырып, қазір ардагер есебінде біздің селоға дәрігерлік қызмет жасаудың жылдан-жылға жақсарып келе жатқанын көріп отырмын, соған іштей қуанып отырмын. Бірақ сонда да болса әлі күнге дейін, жаңа депутаттардың қойған сұрақтарына қарап бізде әлде де көптеген проблема бар екенін түсінемін.

Қызылорда облысы бойынша кішкене ақпарат беріп кетейін. Қызылордада 800 мыңнан астам халық тұрады, оның 450 мыңы ауылдық жерде. Өздеріңіз көріп отырсыздар, жартысынан жуығы ауылдық жерде тұрып жатыр.

Енді Денсаулық сақтау министрлігіне ме, болмаса Ұлттық экономика министрлігіне ме екі-үш проблемаларды айтайын.

Бірінші. Мемлекет басшысы 2022 жылғы 1 қыркүйектегі Қазақстан халқына Жолдауында денсаулық саласында 2025 жылға дейін ауданаралық аурухананы көпбейінді аурухана ретінде қайтадан бейіндеуді тапсырған болатын. Біздің өңірде 2025 жылға дейін жоспарланған төрт аудандық ауруханалар бар, ол Шиелі, Жаңақорған, Қазалы, Арал. Ол ауруханаларды қайта бейімдеуді, өздеріңіз білесіздер, қажетті қымбат тұратын құрал-жабдықтармен және бөлімшелермен жабдықтау керек.

2019 жылдан бастап бейімделу Қазалы ауданында бірінші рет 2019 жылы басталды. Мемлекеттік-жекеменшік әріптестік шеңберінде Қазалы ауданында тері арқылы Коронарлық араласу орталығын ашып, ангиограф... орнатылған болатын. Қазіргі таңда ол жақсы жұмыс істеп тұр, халық та оған бейімделді. Себебі Қазалы ауданы Қызылорда орталығынан 350 километр жер алыс тұрады.

Енді аурухананың ішкі мәселесіне келетін болсақ, көпбейінді аурухана болғанмен оның қызметі дұрыс қаржыландырылмағандықтан аурухананың бюджетінің көп бөлігін осы уақытқа дейін алып келді. Өздеріңіз айтып отырған профосмотр бар, тағы басқа ауруды емдеуі бар, дәрі-дәрмектері бар соған қиындық туғызып отыр. Бұл мәселенің шешілетін түрі бар, жаңа өздеріңіз айтып отырсыздар, бірақ ендігі менің айтайын дегенім, үш аудан бар көпбейінді орталық аурухана ашылатын. Сонда осы мәселелер туындамаса екен. Барлығы ашылғаннан кейін өз қаражаты өзімен бірге келіп, аудандық аурухананың бюджетіне ешқандай қиындық туғызбаса.

Екінші мәселе – бастапқы медициналық-санитарлық көмек ұйымдарға қызметкерлерге кешенді жан басына шаққанда нормативтік ынталандыру компоненті беріліп келеді. Соның құны 2011 жылдан бастап бір жан басына шаққанда 100 теңгені құрайды. Сол 100 теңге осы уақытқа дейін ешқандай көбейген жоқ, елде инфляция болғанмен, бірақ ынталандыру көмегі әлі күнге дейін болған жоқ. Сол ынталандыру көмегін тариф бойынша көтерсе екен деген ұсыныс бар.

Үшінші мәселе – Қызылордада бес жылжымалы медициналық кешен шалғай елді мекендердің тұрғындарына қызмет көрсетеді және оны қаржыландыру көрсетілген медицина қызметкерлерінің санына қарай төленіп келеді. Бұл дұрыс шығар, алайда басқа қызметкерлер, мысалы, көлік жүргізуші, механик, олардың іссапар шығыны бюджетте қаралмаған. Осыны ескерсеңіздер. Осы үш мәселені мен айтып, сіздерден алдағы уақытта осылардың оң шешімін табуларыңызды сұраймын. Тыңдағандарыңызға рақмет. Жұмыстарыңызға сәттілік тілеймін.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет.

Келесі сөз денсаулық сақтау саласының ардагері, 20 жылдан астам Солтүстік Қазақстан облысында еңбек еткен, денсаулық сақтау саласының үздік менеджер ұйымдастырушысы Рафальский Анатолий Павловичке беріледі.

РАФАЛЬСКИЙ А.П. Рақмет.

Құрметті депутаттар, я хочу особенно подчеркнуть, что мы, сельчане, ждем национальный проект. Он сегодня актуален и своевременен. Ведь из-за нашей слабой организации здравоохранения на селе все проблемы перекладываются на плечи пациента. Поэтому мы ждем от национального проекта по модернизации сельского здравоохранения очень многое, чтобы решить проблему и здравоохранения, и медицинского персонала. Даже неважно, сколько будет выделено средств на реализацию данного проекта, главное, куда и на что пойдут данные средства, чтобы улучшить качество оказания медицинской помощи на селе. Национальный проект должен решить две глобальные проблемы, и пациента, и медперсонала. После реализации Национального проекта в первую очередь сельский пациент и его родственники должны почувствовать облегчение своих страданий, а медперсонал должен быть мотивирован работать на селе в условиях полного оснащения медицинского оборудования. Медицинского пункта, ФАП, врачебной амбулаторией, районной больницей.

Для решения данных проблем необходимо в первую очередь довести до логического завершения ранее начатые проекты, ныне работающие, но имеющие некоторые нестыковки сегодня. Это и по экстренной неотложной помощи на селе, и плановой госпитализацией сельских больных.

Возьмем неотложную помощь. Хочу особо подчеркнуть слабую организацию нами работы по неотложной экстренной помощи для сельчан.

Сегодня скорая помощь на селе обслуживает вызовы первой, второй, третьей категорий только для населения райцентра, остальное население вне работы скорой помощи. Допустим, наш район – 40 тысяч населения, райцентр – 10 тысяч. Скорая помощь обслуживает 10 тысяч, оставшиеся 30 тысяч – вне скорой помощи.

Мне кажется, настала пора сегодня организовать работу скорой помощи по обслуживанию вызовов первой, второй, третьей категорий на все население, охватить все села.

Считаю, что на каждые 10 тысяч сельского населения организовать одну общую бригаду скорой помощи по обслуживанию этих категорий вызовов. Бригада скорой помощи должна обслуживать население в радиусе 25-50 километров. Скорая помощь должна базироваться в районе обслуживания участка. Это позволит для наших сельчан, наших сельских пациентов экстренную неотложную помощь сделать в рамках золотого часа. Ведь сегодня сельский пациент вне золотого часа. Он приходит в стационар для оказания экстренной помощи через сутки.

Теперь о медицинских кадрах. Медицинские кадры на селе – особая проблема на сегодня, из года в год мало решаемая еще.

Считаю, необходимо при строительстве медицинского пункта или ФАП, которые мы будем строить, врачебной амбулатории предусмотреть жилую зону для медицинских работников. И медпункт есть, и ФАП есть, и сразу жилье.

Для среднего звена в медицинских колледжах необходимо учитывать в программе обучения требования существующих дорожных карт по оказанию медицинской помощи, чтобы медицинская сестра или специалист понимали с полуслова профильных специалистов центра, будь это областная больница или республиканского значения. Профильные специалисты центра после выписки больного на селе, например, после операции АКШ курируют таких больных по месту жительства в течение 6-12 месяцев, только после этого передают больного в общую медицинскую сеть.

Такая практика в мире есть. Мы, наша делегация Казахстана, 8 лет назад была в Швеции, и я там видел, как курирует центр кардиологов своих больных в дальнем селе и только после этого, когда больной адаптируется, передают в общую медицинскую сеть. Они до нуля довели все осложнения после лечения этих тяжелых больных.

Я хочу поднять еще один вопрос по плановой госпитализации сельского больного. Необходимо облегчить сельскому больному маршрут обследования на плановую госпитализацию. Даже не больному, а здоровому пациенту пройти этот маршрут очень тяжело. И часто сельский больной не выдерживает нагрузку по обследованию в плане узких специалистов, дорогостоящего оборудования и так далее (чаще всего это в поиске этих вещей), бросает это обследование, и вынужден поступать уже в срочном порядке, но с запущенной формой заболевания.

Поэтому, я считаю, что все необходимые обследования, которые нужны для плановой госпитализации сельского пациента, которые он не может пройти в поликлинике из-за отсутствия специалистов и оборудования, должен проходить в стационаре при госпитализации. Такая практика тоже в мире есть, и очень свободна, доступна, и самое главное – это облегчит страдания больного и его родственников. Рақмет.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Большое спасибо.

Келесі сөз «SENIM» Денсаулық сақтау жүйесі қызметкерлерінің салалық кәсіптік одағы» республикалық қоғамдық бірлестігінің Қостанай облыстық филиалының төрайымы Булгацевич Татьяна Борисовнаға беріледі.

БУЛГАЦЕВИЧ Т.Б. Добрый день, уважаемая Балаим Туганбаевна, уважаемые депутаты и приглашенные! Спасибо за возможность принимать участие в таком важном деле. Я не буду повторять то, что говорили все предыдущие докладчики. Очень правильно сделаны акценты, и практически все проблемы названы.

Я хочу сказать, что наш профсоюз занимается кадровыми вопросам в контексте заработной платы и условий работы труда.

По заработной плате хочу сказать, что наш региональный уровень выплачивает дополнительно из местного бюджета 25 процентов. Я хочу сказать, что это немало, это очень поддерживает наших сельских медиков, выделяя их, как особую категорию.

Кроме того, Ажар Гинаятовна уже озвучила, что у нас есть максимально подъемные средства для привлеченных специалистов, это 1,5 миллиона тенге в зависимости от того, какая востребованнность в данных специалистах.

Я хочу сказать, что сегодня у главных врачей есть механизм, потому что это предприятия на праве хозяйственного ведения, устанавливать повышающие коэффициенты, которые в два-три раза увеличивают оклады по аналогичным должностям с городскими медицинскими организациями.

Но в чем складывается проблема? Сегодня просто как картинка, которую можно привести в качестве примера… Главный врач Карасуской районной больницы готов платить заработную плату врачу акушеру-гинекологу в размере 1 миллиона тенге, но, к сожалению, специалиста нет.

Знаете, это характеристика того, какой сейчас запрос на заработную плату у наших врачей. Они, действительно, сегодня хотят достойную оплату за свой труд, и я очень благодарна Министерству здравоохранения за то, что сейчас приняты поправки, которые обсуждаются в открытых НПА о внесении изменений в постановление №1193, где врачам существенно повышен коэффициент до 5, и средним медицинским работникам до 2,6, что тоже увеличит заработную плату на 2023 год.

По условиям работы. У нас имеются достаточно хорошо отремонтированные, оснащенные ФАП. Более того, крестьянские хозяйства, руководители ТОО готовы доплачивать медицинским работникам, готовы ремонтировать, принимать участие в улучшении нашей инфраструктуры. К сожалению, это тоже не приводит к тому, что специалисты едут в село.

Я думаю, что проблема здесь больше профессионального плана, потому что на сегодня наши молодые специалисты хотят профессионального развития, хотят быть конкурентоспособными на рынке медицинских услуг, чтобы потом, если поменяются какие-то тренды, они могли бы приехать в городскую медицинскую организацию, и чувствовать там себя комфортно.

Не секрет, что сегодня районные больницы, действительно, превратились в пункты по перенаправлению больных, и уже не обеспечивают профессионального роста нашим молодым специалистам. То есть централизация медицинской помощи, которая должна была решить вопросы повышения качества, к сожалению, привела к тому, что обесточила наши районные больницы именно в контексте возможностей работы и развития в профессии.

Какие есть предложения? Предложения есть. Это выделить сельскую категорию, как некую специальность, которая, действительно, будем так утрировать, жертвует профессиональным ростом, но она работает на обеспечение доступности и качество все-таки на отдаленных участках. Поэтому скорее всего нужно будет принять решение о том, чтобы как-то их выделять, может быть, какие-то льготы по уходу на пенсию, какие-то специальные звания, какие-то другие приоритеты в карьерном росте и так далее. Мне кажется, категорию медиков, которые работают и разделяют вместе с нашими сельскими жителями трудности проживания в сельской местности со всеми вытекающими последствиями, можно все-таки как-то поощрять.

Здесь уже говорили, я не буду повторять о том, что сегодня нет у нас курсов первичной специализации, у нас есть только резидентура. В каждом населенном пункте, куда мы ездили, все об этом говорили, потому что полноценной загрузки на врача-офтальмолога, лор-врача не будет в сел, потому что там население небольшое. Поэтому вот эти совместительные функции, то есть смежные навыки, очень сильно выручали на каком-то этапе. Может быть, на переходный период все-таки рассмотреть возможность возврата к этим возможностям.

Кроме того, есть социальные проблемы. Я хочу сказать, что только делегировать Министерству здравоохранения проблемы кадрового обеспечения на селе это неправильно, потому что, мне кажется, совместная работа местной исполнительной власти и Министерства здравоохранения должна дать, наверное, лучший результат, потому что в нашей области принято решение о строительстве домов для сельских медиков, но хочу сказать, что как и выплата 25 процентов для села не во всех регионах есть, наш профсоюз проводит мониторинг в масштабах республики по исполнению этих возможностей, потому что мы наполняем отраслевые, региональные соглашения с расширением возможностей по социальной поддержке.

Хочу сказать, что не во всех регионах это возможно, потому что там имеется дефицит средств и другие приоритеты, и нашим медикам не предоставляется жилье, не выплачиваются подъемные, не компенсируется оплата за отопление и так далее, что тоже способствует, к сожалению, оттоку специалистов из сельской местности.

Мы просим, если возможно, может быть, на законодательном уровне определить обязательные для исполнения меры социальной поддержки для сельских медиков. Спасибо за внимание.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Спасибо. Келесі сөз депутат Смайлов Ерлан Валерьевичке беріледі.

СМАЙЛОВ Е.В. Спасибо, уважаемая Балаим Туганбаевна.

Уважаемая Ажар Гиниятовна! Модернизация сельского хозяйства предполагает значительные инвестиции в строительство медицинской инфраструктуры и ее обеспечение. Это, безусловно, важно, и эту меру депутаты фракции Народной партии Казахстана поддерживают. Но при этом абсолютно открытым вопросом без ответа остается важнейшая проблема доступности и качества медицинских услуг для казахстанцев с инвалидностью, проживающих в сельской местности.

В предполагаемой модернизации сельской медицины в сегодняшней презентации мы не увидели ни одного тезиса, ни одной цифры, которая бы давала ответ на этот вопрос. Сегодня у нас в сельской местности проживает 311 тысяч 768 казахстанцев с инвалидностью, это дети, взрослые и пенсионеры. Например, в Северо-Казахстанской области в сельской местности это 16 тысяч человек проживает, в Алматинской и Жетысуской областях – 50 тысяч, в Туркестанской – 74 тысячи человек в сельской местности казахстанцев с инвалидностью проживает, в Жамбылской – 29 тысяч.

Знаете, вчера во второе воскресенье октября у нас в Казахстане отмечается День людей с инвалидностью, для нас важно, чтобы этот день был не просто днем в календаре, а для нас важно, чтобы конкретные меры были предусмотрены для этой категории наших сограждан. Какие проблемы здесь есть? Отсутствие квалифицированных специалистов прежде всего, это приводит к тому, что диагноз устанавливаются неверно либо очень поздно, что приводит к тяжелым формам заболевания и, соответственно, к более тяжелой инвалидности, чего возможно было бы избежать.

Согласно данным ВОЗ, вторичные нарушения здоровья происходят в дополнение к первичному нарушению здоровья и в связи с ним, они предсказуемы и поэтому предотвратимы. От эффективной организации своевременной комплексной помощи в определяющей степени зависят предупреждение инвалидности или снижение степени ограничения жизнедеятельности и трудоспособности. Это главные вопросы профилактики инвалидизации населения. Я думаю, в этой программе обязательно должны быть даны ответы на эти вопросы и предложены конкретные меры.

Остро стоит вопрос установления инвалидности. Очень много обращений поступает с жалобами на работу медико-социальных экспертиз в регионах. Люди жалуются на то, что им занижают группу инвалидности либо снимают ее. Из-за низкой правовой грамотности и отсутствия качественной юридической помощи люди, проживающие в сельской местности, не могут отстоять свои права. Это вопрос отработки межведомственного взаимодействия Министерства здравоохранения и Министерства труда и социальной защиты населения.

В целом почему-то не видно вообще в этой модернизации сельской медицины позиции Министерства труда и социальной защиты населения, в частности, по своей категории лиц с инвалидностью.

Медицинские учреждения практически не имеют диагностическое оборудование, которое может использоваться для людей в инвалидных колясках или других категорий маломобильных лиц с инвалидностью.

Проблемным является отсутствие современного диагностического оборудования и недостаток специалистов для диагностирования и лечения детей и взрослых, страдающих редкими заболеваниями, например, такими как, Спина Бифида, целиакия и другими.

Актуальным является вопрос реабилитации людей с инвалидностью, для чего требуется соответствующая специализированная инфраструктура в виде реабилитационных центров, кабинетов реабилитации и специалистов. Особенную актуальность данная проблема имеет для детей с инвалидностью. В данном случае время играет против них, особенно для маленьких казахстанцев. Здесь важно начать реабилитацию как можно более раньше. Проблемой является доступ в медицинские учреждения.

Считаю важным и абсолютно необходимым четко сформулировать и конкретизировать в программе модернизации сельского здравоохранения меры, направленные на повышение доступности и качества медицинских услуг для казахстанцев с инвалидностью (детей, взрослых и пенсионеров).

Кроме того, программа должна иметь четкий качественный индикатор улучшения их состояния и качества жизни. Спасибо.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет.

Сөз депутат Нұрымова Гүлдара Алданышқызына беріледі.

НҰРЫМОВА Г.А. Рақмет, құрметті Балаим Туғанбайқызы.

Ауылдық пен қалалық денсаулық сақтау саласының арасындағы айырмашылық зор, сондықтан оны бөлек және мүлдем басқа қырынан қарау керек.

Халқымыздың жартысына жуығы ауылда тұратынын ұмытпауымыз керек. Олардың көпшілігі – егде жастағы адамдар.

Басты мәселе – кадр тапшылығы, бұл өңірлерге дәрігерлерді тартуға және ұстап тұруға ынталандырудың болмауына байланысты.

Екіншіден, бұл жылу жүйесінің, ауызсудың, интернеттің болмауына байланысты нашар жұмыс және тұрмыс жағдайлары.

Үшінші себеп – кадр жетіспеуіне байланысты бір дәрігерге шамадан тыс жүктеме артылатын жағдайлар аз емес, түнгі ауысымдар көп, оқуға немесе демалысқа бару қиын.

Сондықтан ауылдық елді мекендегі медицина қызметкерлерінің штатын анықтаған кезде халықтың санына қарамастан, көрсетілетін көмектің нормативі мен көлемін, мекеннің алыстығын негізге алу керек.

Ауылдық жерлерде медициналық көмектің көбісі қанағаттанарлық емес. Мысалы, ағымдағы жылдың 7 айында сәби өлімі өткен жылмен салыстырғанда 31 пайызға өсті, аймақтар бойынша Солтүстік Қазақстан, Қостанай, Батыс Қазақстан, Түркістан облыстарында 2 есеге артты. Ана өлімі 60 пайызға азайған. Бірақ Павлодар, Маңғыстау, Қызылорда облыстарында қатты өсу байқалады. Ауылдағы әйелдерді, әсіресе жүкті әйелдерді динамикалық бақылау және емдеу қиынға соғуда. Аудандарда гемодиализ бөлімшелері жоқ десек те болады. Ауылдық жерлерде онкоаурулардың саны өсуде.

Шұғыл және мамандандырылған медициналық көмек көрсетуге арналған санитарлық авиация қызметінің дамуы нашар.

Тұрғындарға толық әрі сапалы жедел және шұғыл көмек көрсету үшін аудандық ауруханаларға жедел жәрдем бөлімшелерін қайтарып, ауылдарда кіші станциялар ұйымдастыру қажет.

Ауылдық жердегі, жалпы республика бойынша да денсаулық сақтаудың маңызды және негізгі проблемаларының бірі медициналық қызметтердің тарифтері төмен, барлық шығындарды өтемейді.

Сонымен қатар ауылдық жерлерде жан басына шаққандағы нормативтің төмен коэффициентіне назар аударған жөн. Мұның бәрі, қорыта айтқанда, үлкен кредиторлық берешек.

Егер мемлекеттің жарналарын есептеу Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы заңның 26-бабының сәйкес орташа айлық жалақы бойынша жүргізілсе, бұл проблемаларды шешуге болады.

Біз дәрігердің ғана емес, азаматтың да өз денсаулығы үшін жауапкершілігін, сондай-ақ мемлекеттің ортақ жауапкершілігін ұмытпауымыз керек.

Әрбір азаматтың Конституциялық құқығын іске асыру – олардың мәртебесіне қарамастан шұғыл көмек, скринингтер бұрын көзделгендей тегін көрсетілуі керек.

Мекеменің жұмысын оңайлату, дәрігер жұмысының тиімділігін арттыру үшін тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі мен Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандырудың қаржы ағындарын біріктіру керек, сондай-ақ стоматологиялық қызметтерді сатып алу шарттарын тікелей қызмет көрсетушілермен жасау қажет деп есептейміз.

Бұл мәселелердің барлығы да маусым айында өткен дөңгелек үстелде көтерілді, бірақ әзірге өз шешімін таппай отыр.

Жедел жәрдем көрсетудегі тағы бір маңызды мәселе, ол – 80 пайыз көліктердің тозуы.

Алғашқы медициналық-санитарлық көмектің тиімді жұмыс істеуі және дамуы үшін ауылдық дәрігерлік амбулаториялардың құқықтық, әкімшілік және қаржылық тәуелсіздігін қайтаруды қарастыруды ұсынамыз. Емханаларды аудандық ауруханалар жанындағы консультативтік-диагностикалық орталыққа айналдыруға болады.

Ауыл медицинасы стандартқа сай және ауыл тұрғындарына қолжетімді болуы керек.

Ауылдық жердегі денсаулық сақтаудың ауқымы өте кең, оны бір баяндамада қамтып айту мүмкін емес.

Соңғы мәселе. Республикалық бюджетке жүктемені азайту мақсатында Президенттің тапсырмасы бойынша ауылдық жердегі денсаулық сақтауды жаңғырту жөніндегі ұлттық жобаны іске асыру үшін ауылдардағы бос тұрған қолайлы ғимараттарда медициналық объектілерді ашуды қарастыруға болады деп есептейміз. Рақмет.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет.

Сөз депутат Бұларов Ілияс Жүсіпұлына беріледі.

БҰЛАРОВ І.Ж. Рақмет, құрметті Балаим Туғанбайқызы.

Уважаемая Ажар Гинаятовна! Государством делается многое для сельского здравоохранения, но проблемы еще есть.

Посещая сельские регионы, мы, депутаты, столкнулись с ними, а именно в Кордайском районе Жамбылской области. Общее население района составляет более 160 тысяч человек, в районе находится районная больница и поликлиника, построенные много лет назад, не хватает рабочих кабинетов.

Но мой вопрос в другом – в строительстве поликлиники и оказании медицинских услуг не в райцентре, а в другом удобном селе. Очень остро стоит вопрос в том, что более десяти поселков этого же района, которые находятся далеко от райцентра в 60 и более 100 километрах, население которых не может получить у себя в сельских округах необходимый стационарную или амбулаторную помощь. Но в близи этих поселков находится село Сортобе, где имеются пункты скорой помощи, больница и поликлиника, прекрасный коллектив, работающий много лет круглосуточно, и много лет обслуживающий эти же близлежащие села. Плюс обслуживают население своего села Сортобе, которое составляет более 25 тысяч человек.

Получается, здесь обслуживается почти половина населения района. Больница и поликлиника этого села Сортобе, построенная методом асар еще в 70-е годы, где недостаточно условий и рабочих кабинетов. Также в этом селе в 1996 году в связи с высокой рождаемостью был построен методом асар роддом. И вот уже более 20 лет ежегодно в этом селе рождается более 1000 детей. Роддом также обслуживает указанные близлежащие села.

Все эти годы жители этих сел мечтают о строительстве поликлиники в этом удобном селе Сортобе. И вот в 2019 году была разработана, наконец, проектно-сметная документация на строительство современной поликлиники в селе Сортобе, однако строительство не начато до сих пор, и недавно опять отложили на 2024 год.

Уважаемая Ажар Гинаятовна! Пользуясь случаем, прошу Вас по возможности посетить данный регион и оказать содействие в решении данного вопроса. Спасибо.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет.

Сөз депутат Рау Альберт Павловичке беріледі.

РАУ А.П. Рақмет, Балаим Туганбайқызы.

Уважаемые коллеги, прошу прощения. Я вижу, что регламент. Я не готовился к выступлению. Времени на вопрос не хватило, а хотел бы сказать коротко вот, что.

Национальный проект – это замечательно, но давайте не будем забывать, что у нас есть национальный проект «Ауыл – ел бесігі». По решению Главы государства сейчас это будет отдельным национальным проектом.

К чему я это говорю? Когда мы с вами рассматривали ход программы «Ауыл – ел бесігі», то увидели, что системы нет. Все вот так, да? А мы должны понимать, что по сельским жителям, жителям районного центра, сельского округа у нас стандарты определены, и мы с вами поставили задачу, чтобы эти стандарты были выполнены в полной мере. При этом я, конечно, согласен, что здравоохранение – это номер один среди этих стандартов, но, согласитесь, если не будет воды, что в больнице, что у врача дома, то мы не добьемся ни закрепления кадров, ни качественного оказания медицинских услуг.

Поэтому хотелось бы, чтобы мы, как договаривались с вами, прежде всего по районным центрам к 2025 году все стандарты с вами выполнили. Что под этим подразумевается? Конечно, не только наличие центральной районной больницы, но и полный спектр услуг, который должны оказывать.

Я полностью поддерживаю, Ажар Гинаятовна, мысль по многопрофильным центральным районным больницам. Я всегда говорил, что Аркалык не просто центр района, это центр целого Торгайского региона, плюс часть Акмолинской, как исторически было. Люди продолжают туда ездить. Конечно, его надо оснастить должным образом.

Уважаемый министр, давайте мы все-таки сделаем скрининг всех районных больниц на соответствие элементарным стандартам. Я не понимаю, когда в области строятся престижные, так называемые, объекты, а больницы уже 20 лет ремонта не видели. Соответственно, это условия для работы того же врача.

Поэтому я предлагаю все-таки в сегодняшней рекомендации записать, что к 2025 году все районные больницы довести до необходимого уровня.

Второе. Я опять не знаю, что отвечать людям по скорой помощи. Здесь с доктором Рафальским полностью согласен. Потому что говорят же: смерть одного человека – трагедия, смерть 100 человек – статистика уже. Давайте не будем заниматься статистикой, а все-таки решим в рамках этого национального проекта как этот золотой час распространить на всех сельских жителей. Рақмет.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет.

Сөз депутат Сартбаев Бауыржан Мейрамбекұлына беріледі.

САРТБАЕВ Б.М. Рақмет, Балаим Туғанбайқызы.

У меня тоже выступление будет коротким. Заслушав выступление Министра здравоохранения Республики Казахстан, мы видим, что проводится большая работа для улучшения состояния здоровья нашего населения, но в основном все эти меры однако направлены именно на устранение последствий заболеваний, на борьбу с заболеваниями.

Вообще во многим странах в медицине будущего наблюдается такая тенденция, где все усилия, наоборот, направлены на исследования причин заболеваний, устранение, профилактику заболеваний и пропаганду здорового образа жизни.

Поэтому как предложение Министерству здравоохранения. Может быть, разработать специальную программу, которая, может быть, приведет к тому, что появятся новые работники в этой сфере и, если, действительно, будет улучшение состояния здоровья населения, во многом сократит расходы на медицину. Спасибо.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет.

Сөз депутат Әлтай Аманжол Дүйсенбайұлына беріледі.

ӘЛТАЙ А.Д. Рақмет, Балаим Туғанбайқызы.

Құрметті Ажар Ғиниятқызы! Біздің елімізде ұлттың өсімінің негізгі көзі – ол көпбалалы аналар. Сондықтан көпбалалы аналарға медициналық заңда, жәрдем көрсетуде ерекше көзқарас болу керек деп есептеймін. Сол үшін көпбалалы аналарды елордамыз Астана төріндегі, облыс орталықтарындағы жоғары деңгейлі диагностикалық орталықтардан денсаулығын тексеру үшін кешенді арнайы квоталар бөліну керек деп ойлаймын. Өйткені көпбалалы аналарға ерекше көзқарас, бірінші кезекте олардың денсаулығын жақсарту бағытында болу керек. Бұл бірінші мәселе.

Екінші мәселе, жаңа біраз әріптестерім айтып кетті, ауыл дәрігерлерінің жедел жәрдем көліктерінің ескіргендігі туралы. Бұл тұрғыда аудандық ауруханалардың техникалық базасын, жедел жәрдем көліктерін жаңартуда біраз жұмыс жасап жатқандарыңызды біз жақсы білеміз. Ол дұрыс. Сіздер ендігі жағдайда негізгі көңілді шалғай ауылдарға бөлсеңіздер. Ауданның ескірген жедел жәрдем көліктерін ауылға беруді тоқтату керек. Жаңа жедел жәрдем көліктері бірінші кезекте аудан орталығы емес, бірінші кезекте шалғайдағы ауылдарға керек. Осы мәселеге мән беріп, қарасаңыздар.

Жаңа министр ханым баяндамаңызда бүгінгі таңда мың дәрігер жетіспейді деп айтып кеттіңіз. Дейтұрғанмен ауылдық жерлерде дәрігерлер жетіспесе де дәрігерлерді 0,5 ставкамен жұмыста ұстау фактілері орын алады. Осыған мән берсеңіздер, бұл дұрыс емес. Бір жағынан дәрігер жетіспейді дейміз, екінші жағынан оларға толық ставкада жұмыс бермейміз. Бұл ешқандай логикаға сыймайтын нәрсе.

Келесі үшінші айтайын дегенім, бағанадан бері біз халықтың, әсіресе ауыл халқының денсаулығы төмендеп бара жатыр дейміз. Бұл тұрғыда біз әр нәрсенің себебін ойламаймыз да салдарымен күресеміз. Аурудың болуының 99 пайызы ол суға байланысты. Ішетін су таза болмағаннан кейін ауыл халқының денсаулығы төмендеп кететіні ақиқат.

Сондықтан ортамызда Қаржы вице-министрі отыр, құрметті Татьяна Михайловна, ауылды таза сумен қамтамасыз ету маңыздылығы Президенттің баяндамаларында жүйелі түрде айтылып келе жатыр. Дей тұрғанменен Қаржы министрлігі осыған неге салғырт қарап келе жатқандығы түсініксіз. Ауылдардың жобалық-сметалық құжаттары жасалып, арнайы жобалары министрліктің қоржынында жылдап жатады. Биылғы ұсынған жасалу керек жоба келесі жылдарға белгісіз себептермен ысырыла береді.

Құрметті вице-министр ханым, сіз үйіңіздегі су тазалау қондырғыңызды ай сайын тазалайсыз, ал ауылдағы батпақ жалап, тас жұтып жатқан халықтың денсаулығын неге ойламайсыздар? Сондықтан ауылды таза сумен қамту мәселесі бұл мемлекетіміздің халықтың денсаулығы үшін аса маңызды. Осыған мән беріп қараңыздар дегім келеді. Рақмет.

ТӨРАҒАЛЫҚ ЕТУШІ. Рақмет.

Құрметті әріптестер, бүгін біз ауыл тұрғындарына медициналық көмек көрсетудің негізгі мәселелерін егжей-тегжейлі қарадық.

Үкімет сағатын қорытындылай келе, бұл проблемалардың бүгін туындап отырғанын емес, бірнеше жылдан бері бәрімізге таныс екенін білеміз. Бүгін депутаттар тарапынан туындаған қызығушылықтар осыны көтеріп отыр.

Мұндағы басты мәселе – орталық пен өңір арасында да, сондай-ақ өңірдің өзінде де дәйекті түрде өзара іс-қимыл жүргізу қажет.

Ел президенті Қасым-Жомарт Кемелұлы Тоқаевтың ауылдық денсаулық сақтау жүйесін жаңғырту жөніндегі бастамасын сапалы әрі уақтылы іске асыру өте өзекті мәселе және міндетіміз.

Қабылданып жатқан шаралар кешені ауыл тұрғындарының қалалық медициналық ұйымдарға бармай-ақ, олардың сапалы мамандандырылған медициналық көмекке қолжетімділігін кеңейтуге мүмкіндік береді деп үміттенеміз.

Жалпы, Денсаулық сақтау министрлігі, әкімдіктер, Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры алға қойылған міндеттерге қол жеткізу үшін тығыз тиімді және шұғыл шаралар қабылдауы қажет.

Құрметті әріптестер, бүгінгі Үкімет сағатының нәтижелері бойынша ұсынымдар жобасы сіздерде бар. Әлі де ұсыныстар болатын болса, оларды тұжырымдап бүгінгі күннің соңына дейін Әлеуметтік-мәдени даму комитетіне жазбаша түрде берулеріңізді сұраймын.

Барлықтарыңызға бүгінгі Үкімет сағатына қатысқандарыңыз үшін алғысымды білдіремін. Сау болыңыздар.

ОТЫРЫСТЫҢ СОҢЫ.

Орындаушы: Г. Молдашева,

Материалдық-техникалық қамтамасыз ету

басқармасының Инженерлік орталығы