

**Содоклад Председателя Комитета по социально-культурному развитию
Мажилиса Парламента Республики Казахстан Назарбаевой Д.Н. на
Правительственном часе 17 февраля 2014 года**

Уважаемый Сергей Александрович!

Уважаемая Салидат Зекеновна!

Уважаемые коллеги!

Несомненно, в системе здравоохранения нашей Республики произошли заметные сдвиги. О них министр подробно нам рассказала. Поэтому не буду повторять сказанное. Наша задача высветить болевые точки в надежде на то, что Правительство обратит на них внимание и примет меры для оздоровления ситуации.

В прошлом году по итогам Правительственного часа Мажилисом были направлены рекомендации в Правительство. В них были обозначены основные проблемы, требующие срочного или системного решения в среднесрочной перспективе в здравоохранении (в рамках Государственной программы «Саламаты Қазақстан»). Среди них - оказание населению доступной и эффективной амбулаторно-поликлинической и скорой помощи, особенно для сельских жителей; рациональное использование бюджетных средств, прозрачность закупок лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения, создание Единой информационной системы здравоохранения, а также качество обучения и послевузовской подготовки специалистов. И что же в итоге? По данным министерства, из 21 пункта рекомендаций реализованы лишь 4. Вот и приходится констатировать - поднимаемые нами из года в год проблемы отечественного здравоохранения - одни и те же... Показатели в отчетах Минздрава улучшаются, а проблемы остаются.

Итак, самый, на наш взгляд, насущный вопрос – это географическая доступность больниц и поликлиник для населения.

По программе «100 школ, 100 больниц» построены 71 объект здравоохранения. Из них только 25 – на селе. Оставшиеся объекты планируется закончить в 2016 году, причем на 13 объектах к строительству еще даже не приступали. К примеру, в Жамбылской области из 7 объектов здравоохранения было введено в срок только 2. В Акмолинской области районная поликлиника в поселке Акмол должна была уже в 2013 году принимать пациентов, но до сих пор не достроена. А строительство медицинских пунктов в поселках Каражар, Кызылжар, Кажымукан началось без технических паспортов. Теперь, когда объекты уже возведены, их не могут принять в эксплуатацию. В списке «долгостроев» - Кызылординский перинатальный центр, Усть-Каменогорский

центр переливания крови, сельская амбулатория в селе Явлинка Северо-Казахстанской области и детская инфекционная больница в г. Астана.

Таким образом, не обеспечен ввод объектов здравоохранения, который должен был завершиться еще в 2011 году.

По сути это означает, что проблема доступности людей к качественным медицинским услугам, особенно на селе, не решена. Учитывая отдаленность многих сел от районных центров, погодные условия и качество наших дорог, страшно даже представить, что может случиться с человеком в экстренной медицинской ситуации (острый аппендицит, желчнокаменная болезнь, роды).

В Министерстве плохо обстоит дело с планированием. Ряд объектов были построены без учета фактической потребности в них населения. В одних регионах население ощущает хронический дефицит лечебных учреждений, а в других они попросту не загружены. В результате мы имеем недогруженные мощности и простой оборудования. В девяти же областях страны оборудование общей стоимостью свыше 834 млн. тенге вообще не используется.

По данным Счетного комитета в ходе реализации программы «100 школ, 100 больниц» государству причинен ущерб в 1,5 млрд. тенге.

Вторая проблема – «зуд новаторства в Минздраве».

Министерство здравоохранения постоянно внедряет различные инновации в системе оказания медицинских услуг населению и это похвально. Однако, как говорят практикующие врачи, многие новшества большей частью внедряются без надлежащего анализа последствий, рисков, без апробирования, без обратной связи с медицинскими учреждениями, непосредственно оказывающими услуги гражданам.

К примеру, в начале этого года введен стимулирующий компонент по результатам работы в составе подушевого финансирования медуслуг населению или так называемый принцип фондодержания. Если пациент не обращается повторно в поликлинику или не идет к узкому специалисту, то, лечение считается эффективным, а неиспользованные средства остаются в клинике и могут быть направлены на повышение зарплаты врача. Идея в принципе хорошая, но...

На практике это вылилось в нежелание участковых врачей поликлиник направлять людей к узким специалистам, профильным врачам, даже когда для этого имеются объективные показания. Все сводится к получению желаемых показателей, зачастую недостоверных, с целью оставить стимулирующий компонент для доплаты персоналу поликлиник, не выплачивая его специализированным медучреждениям. В результате страдают люди! В общественную приемную партии «Нур-Отан» обратилась мать ребенка, которому в течении двух лет в поликлинике не могли установить диагноз и назначить лечение. Ребенка с врожденным заболеванием своевременно не направили в специализированный стационар и упустили время для реабилитации.

В этом нововведении ставка сделана на врачей общей практики, которые должны оказать пациентам высококвалифицированную многофункциональную помощь. По данным министерства, лишь 24 % из числа всех врачей в поликлиниках страны соответствуют этому критерию. Большая часть участковых терапевтов не

имеет опыта работы, специализации по нескольким видам специальностей, не умеет работать с диагностической аппаратурой, чтобы провести самые простейшие исследования – УЗИ, кардиограмму, энцефалограмму.

Хорошим семейным врачам не откуда взяться потому что отсутствует система их подготовки.

Участковые врачи, в отсутствие необходимой квалификации, нашли очень простой путь уклонения от ответственности за диагноз и назначенное лечение. Они направляют своих пациентов к «узким специалистам» платных клиник. А затем просто переписывают поставленный в платной клинике диагноз и назначенное там лечение в карту пациента. В случае успешного лечения поликлиника получает оплату за пациента, в т.ч. пресловутый стимулирующий компонент. В случае ошибки вся вина перекладывается на специалиста платной клиники, чей диагноз и лечение использовались. При этом пациент платит за подобную перестраховку участкового врача из собственного кармана. А что же делать тем, кто не имеет возможности воспользоваться платными услугами?

Несмотря на законодательно закрепленное право граждан свободно выбирать медицинское учреждение для обслуживания, во многих поликлиниках требуют адресную справку из ЦОНа.

Третья проблема – кадры, сертификация и аккредитация.

Для повышения уровня квалификации работающих специалистов Министерство ввело два вида сертификации: обязательную (каждые 5 лет) через электронное тестирование и добровольную для получения категории и продвижения по службе. Добровольцы должны пройти электронное тестирование и собеседование с комиссией, состоящей из 30 человек (!). Задача на первый взгляд благородная... Но что происходит на деле? На деле эти процедуры превратились в бизнес- лавочку для чиновников от здравоохранения. По нашим данным теневой тариф для врача составляет 1000 амер.долл, а для медсестры 700 амер.долл.! Как мы понимаем – эти суммы берутся из кармана пациентов. В мировой же практике врачу выдается лицензия на профессиональную деятельность один раз, и он может ее лишиться в случае своей некомпетентности. У нас же свои инновации – чем больше препятствий на профессиональном поприще, тем богаче администраторы. Иначе почему бы не соединить обязательную и добровольную сертификацию в один электронный тест без всяких собеседований?

Для улучшения качества услуг и безопасности пациентов Минздрав ввел аккредитацию для медицинских организаций, ссылаясь на мировую практику. Но мировая практика такова, что аккредитацию должны проводить органы, независимые от государственного контроля. В ряде развитых стран аккредитацией лечебных учреждений занимаются неправительственные организации, уполномоченные государством через специальные законы. Но у нас, у инноваторов, все иначе. Аккредитацией, совершенно формальной по сути, занимается непосредственно Минздрав. Аккредитация практически покупается за деньги. Здесь также существуют свои теневые тарифы. А для того чтобы этот

праздник жизни не кончался уполномоченные органы дают аккредитацию на разные сроки от 1 до 5 лет. Законом это не регулируется. Думаю, комментарии здесь излишни...

Вопрос четвертый лекарственный.

Внедрение системы единой дистрибуции лекарств через «СК-Фармация» до сих пор не решила и не решит проблем бесперебойного снабжения ими наших лечебниц. Министерство создало благодатную почву для коррупции и воровства.

Отечественные лекарства явно не в фаворе органов здравоохранения. «СК-Фармация» сократила закуп казахстанских препаратов на 3 млрд.тенге и замучило отечественных производителей судебными процессами. Правительство меняет правила закупа лекарств 4 раза в год, создавая благоприятные условия для нарушений.

В самих лечебных учреждениях наблюдается крайне халатное отношение к бесплатному снабжению лекарствами населения. В ряде больниц были обнаружены лекарства с истекшим сроком хранения на значительную сумму.

Есть факты назначения лекарственных средств детям до 18 лет, которые были противопоказаны. Имеют место факты передозировки лекарств или замены их на более дешевые, не предусмотренные протоколом лечения. Многим жителям на периферии приходится ездить за бесплатными лекарственными средствами на расстояния до ста и более километров.

В этой связи и **Пятый вопрос паллиативной помощи пациентам.**

Проблема доступности наркотических анальгетиков для людей, обреченных на невыносимую боль и страдания так и не решается.

Нет таблетированного морфина. В чрезвычайно малом количестве закупается фентаниловый пластырь который дает возможность отдохнуть от хронической боли в течение 72 часов. Потребность Казахстана в этих наркотических анальгетиках явно занижена в десятки раз. Необходимо ставить вопрос о производстве дешевых и простых в производстве таблетированных форм наркотических анальгетиков у себя в стране (по примеру Украины).

Вопрос шестой.

Эффективность любой отрасли напрямую зависит от наличия конкурентной среды. Нет конкуренции – нет развития.

Минздрав не допускает и мысли о конкуренции между лизингодателями, что разгрузило бы бюджет и повысило эффективность государственных инвестиций. Напротив, предлагается полностью законодательно закрепить монополию на закуп медицинской техники за единым дистрибьютером, своей

подведомственной организацией - АО «КазМедТех». Его наделяют исключительными полномочиями администратора всего процесса и освобождают от какой бы то ни было ответственности. Фактически это посредник, который не платит налоги и имеет хорошую гарантированную прибыль без всяких рисков. Да чтобы все так жили!!!

Монополизация приведет к тому, что каждый из нас с каждым годом будет платить все больше за содержание единого дистрибьютера и стоимость закупаемого им оборудования.

К слову сказать, мы не смогли добиться никаких цифр относительно средств, которые прокачиваются через СК Фармацию и АО КазМедТех. По всей видимости, это большая тайна...

Вопрос седьмой бюрократический.

В рамках административной реформы был сокращен штат министерства здравоохранения. Но тут же было создано РГП «Республиканский центр развития здравоохранения». На сегодняшний день это предприятие преобразовано уже в два РГП - Центр электронного здравоохранения и Центр развития здравоохранения. Центр электронного здравоохранения уже 7 лет все еще находится «в поиске» лучшей модели электронной информационной системы. Этот «поиск» обошелся казне в кругленькую сумму равную 6 057 290,936 тыс.тенге. Один и тот же руководитель Центра (видно, очень «крутая» у него «крыша») внедряет эту систему уже много лет, и никак внедрить не может. Ведомство меняет вывески, но суть остается прежней. Тем временем врачи и пациенты как не имели электронных амбулаторных карт и историй болезней, так и не имеют.

Думаю нет смысла рассказывать вам о достижениях Центра развития здравоохранения. Медики говорят, что он по сути является статистическим придатком при Министерстве. В этих двух структурах «усердно трудятся» 800 сотрудников. В том числе - порядка 400 врачей. При этом разработку тарифов или клинико-затратных групп перекладывают на главврачей больниц, заведующих поликлиниками и их заместителей. Вместо того, чтобы лечить больных, они вынуждены заниматься подготовкой бесконечных отчетов и справок. Каков коэффициент полезного действия этих двух РГП?

Вопрос восьмой о манипулировании.

Министерство здравоохранения целевыми индикаторами своих программ определяет снижение уровня заболеваемости населения. При этом в программах закладываются завышенные и невыполнимые цели. Что мы имеем в результате? Манипулирование методикой учета для искажения реальной картины, сокрытие случаев заболеваний в лечебных учреждениях с целью улучшения показателей, постановку заведомо неверных диагнозов пациентам. Для главных врачей становится обыденной практикой улучшать статистику по снижению смертности путем перевода больных в другие лечебные учреждения, например в специализированные, или же путем профессионального манипулирования диагнозами.

В 2012 году Казахстан по данным ООН, занял по индексу здоровья – только 129 место. Согласно упомянутому отчету удовлетворенность населения медицинской помощью не превышала 49 %. Эти цифры удручают, учитывая особое внимание Главы государства к проблемам здоровья граждан: с 2004 года финансирование отрасли выросло более чем в 5 раз и составило в 2013 году 735 миллиардов тенге! Результаты проверок уполномоченных государственных органов, материалы СМИ указывают на то, что средства, выделяемые на охрану здоровья населения, расходуются неэффективно и расхищаются в немыслимых размерах. По данным Счетного Комитета в министерстве здравоохранения установлены нарушения бюджетного законодательства на общую сумму 73,7 млрд.тенге!

Кто или что виновато?

В Приложении к Постановлению Правительства от 31 января 2013 года №66 написано: «Министерство здравоохранения Республики Казахстан ... является государственным органом РК, осуществляющим руководство в области охраны здоровья граждан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, санитарно-эпидемиологического благополучия населения, обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, контроля за качеством медицинских услуг». Обратите внимание на ключевое слово РУКОВОДСТВО. Многочисленные встречи депутатов с медиками на местах и представителями Акиматов указывают на то, что Минздрав практически самоустранился от руководства этой сферой. Нет обратной связи с больницами и поликлиниками. Их насущными проблемами практически никто из министерства не интересуется. Сидя в кабинетной тиши чиновники придумывают разные инновации и спускают их на низовые уровни в столице и регионах. И дальнейшая судьба этих нововведений их не волнует. При этом на любые вопросы у министерства всегда готов ответ. За лекарственное обеспечение отвечает СК Фармация, за закуп оборудования – АО Казмедтех, за все остальные безобразия отвечают Акиматы. При таком раскладе в принципе и Министерство можно упразднить! Складывается впечатление, что все функции этого ведомства свелись к придумыванию разных реформ, как повод для выдаивания средств из бюджета, и их освоение любой ценой.

Стоимость тарифов в МЗ – это особое «поле чудес» с уникальной методикой расчета. Сначала выбиваются деньги, а затем под них корректируется базовая ставка. Например, себестоимость стентирования 400 000 тенге, а из бюджета выделяются 1 200 000 тенге за сеанс. Переплата в 3 раза!

Погоня за невыполнимыми показателями в итоге лишь усугубляет проблемы охраны здоровья граждан страны и наносит большой урон государственному бюджету. Неоправданно гигантские средства как из рога изобилия щедро вливаются в данную отрасль, но проблем меньше не становится. Значит вопрос все таки не в деньгах, а в системе управления этой сферой, в уровне людей, решения которых влияют на жизнь и здоровье миллионов казахстанцев.

А над вопросом «Что делать?» предлагаю подумать сообща.

Благодарю за внимание.