

СОДОКЛАД ИКСАНОВОЙ Г.М.

ЫҚСАНОВА Г.М. Уважаемый Сергей Александрович! Уважаемая Салидат Зекеновна! Уважаемые коллеги! Несомненно, в системе отечественного здравоохранения произошел огромный скачок. Возможности современной медицины значительно отличаются от тех, что были в 90-е годы. Ежегодно происходит увеличение средств, направляемых в сферу здравоохранения.

Своевременное принятие и реализация программ развития отрасли также сыграли и играют важную роль в состоянии здравоохранения.

Ключевые же приоритеты отрасли емко и четко изложены в Послании Главы государства - это предоставление качественных и доступных медицинских услуг, диагностирование и лечение максимально широкого спектра болезней, профилактическая медицина, введение новых подходов к обеспечению здоровья детей. Это и есть целевые индикаторы, и все программы развития отрасли должны ориентироваться на эти индикаторы. В то же время ряд вопросов развития отрасли требует системного и последовательного решения. Позвольте остановиться на некоторых из них.

Прежде всего хотелось обратить внимание на вопрос качества медицинских услуг - это самое главное. В Минздрав, Парламент, акиматы постоянно поступают жалобы и обращения граждан. Число депутатских запросов по вопросам здравоохранения возросло с 42 до 60 в 2012 году по сравнению с 2011 годом. В них поднимаются вопросы доступности и качества медицинских услуг.

Самим министерством в 2012 году направлено в правоохранительные органы 507 материалов по жалобам. Но показатель обоснованных обращений практически остается неизменным. Как сказала Салидат Зекеновна (3,7 - в 2011 году и 3,6 - в 2012 году).

Почему это происходит? Нам видится ряд системных проблем. Главная из них - кадры, ключевой ресурс любой отрасли.

Врач общей практики - основная фигура в национальной системе организации медицинской помощи. Зачастую обучение таких врачей проводится преподавателями, которые сами не подготовлены по этой специальности. В шести вузах страны только 40 процентов преподавателей прошли обучение по этой специальности, а в Западно-Казахстанском государственном медуниверситете и Международном казахско-турецком университете преподаватели вообще не проходили подготовку. Обучение медицинской этике и диэнтологии сейчас ведется только на втором курсе в рамках дисциплины "общая медицина".

В медицину должны идти люди, имеющие особое призвание. Поэтому необходимо создать особые условия отбора абитуриентов при поступлении в медицинские учебные заведения.

Абитуриенты могли бы проходить психологическое тестирование и собеседование еще до сдачи вступительных экзаменов. Такие

международные примеры есть. Самый яркий пример - пример Гарвардского университета. Существует также дефицит кадров по отдельным направлениям узкой специализации, окулистов, эндокринологов, неонатологов, нейрохирургов, травматологов и также менеджеров.

Кроме того, нынешняя система материального стимулирования специалистов устарела. Недооценка труда врача приводит к системным последствиям во всех звеньях.

На правительственном часе в прошлом году было рекомендовано Министерству здравоохранения совместно с Министерством труда и социальной защиты населения разработать меры по дальнейшему совершенствованию оплаты труда медработников. Ни для кого не секрет, что зачастую заработная плата врача состоит из доплат по дополнительным нагрузкам. Многие специалисты, не имея достойную заработную плату в одном медучреждении, вынуждены работать в двух, трех, что однозначно сказывается на качестве оказываемых ими услуг.

Механизм дифференцированной оплаты труда медработников работает не во всех медучреждениях.

Требует дальнейшего совершенствования Единая национальная система здравоохранения. Один из основных принципов, провозглашенный в ней, о свободном выборе врача работает не в полной мере. Если в стационарах этот принцип внедрен, то в амбулаторно-поликлинических учреждениях он требует, естественно, совершенствования. При выделении средств на подушевое финансирование используется неточная статистика по численности людей. Если управление здравоохранения считают реальный комплекс людей, которые будут обращаться в медучреждение, то органы статистики дают другие цифры. Примерно, расхождение с реальностью на 30 процентов, как говорят эксперты. В итоге, в поликлиниках имеет место острый дефицит кадров, особенно в сельских. Они не справляются с очередями в городах, с дополнительными услугами, которые им перекинули, чтобы разгрузить стационары.

Из очередей в поликлиниках граждане вынуждены обращаться в медучреждения, где они не прикреплены, естественно, платить за услуги из собственного кармана. Не все пациенты используют свое право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, а средства на эти цели выделяются.

На наш взгляд, необходимо использовать практику периодически в течение двух, трех месяцев объявлять компанию прикрепления к клиникам по месту проживания. Исходя из этих данных, корректировать, планировать объем подушевого финансирования.

Не отрегулированы механизмы финансовых отношений между акимами областей в случаях обращения жителей одной области к поликлиникам другой. В самой сложной ситуации остаются, естественно, жители сельских районов. Из-за отсутствия специалистов многие из них вынуждены ездить за сотни километров, чтобы получать квалифицированную помощь.

По информационному справочнику Министерства здравоохранения об итогах работы за 2012 год видно качество медобслуживания в регионах. Самая высокая материнская смертность в Южно-Казахстанской области, Жамбылской, Карагандинской, Кызылординской областях. Самая высокая детская смертность в Кызылординской, в Восточно-Казахстанской, Атырауской, Алматинской, Мангистауской областях, Южно-Казахстанской области. Самый высокий уровень заболеваемости туберкулезом в Астане, Костанайской, Атырауской и Восточно-Казахстанских областях. Самая высокая смертность от рака в Павлодарской, Восточно-Казахстанской, Северо-Казахстанской, Акмолинской и Карагандинской областях.

Необходим, на наш взгляд, специальный комплекс мероприятий для изменения ситуации в этом регионе. Необходимость ужесточения контроля здесь также очевидна.

Серьезная внимания требует служба скорой помощи страны. Поздний приезд, мы часто с этим сталкиваемся, неквалифицированное обслуживание, необеспеченность препаратами. Врачей скорой помощи тоже можно понять, из-за перегруженности поликлиник они взваливают на себя непосильный груз. Работа ответственная, сложная, нервная, но низкооплачиваемая.

Несмотря на достаточную оснащенность санитарным автотранспортом, износ машин составляет около 47 процентов. Медленно внедряется система JPS-навигации. Районные больницы испытывают острую нехватку машин.

Необходимо внедрить международные стандарты оказания скорой медицинской помощи и пересмотреть систему материального стимулирования врачей скорой помощи.

В лечебных учреждениях страны в настоящее время имеется большое количество дорогостоящей, требующей квалифицированного инженерного сопровождения, медицинской техники. В этом отношении министерством очень много сделано. Но из-за отсутствия необходимого сервисного обслуживания, этот процесс только начинается, данное оборудование зачастую простаивает. Поэтому необходимо форсировать создание государственного реестра медтехники.

Хроническая тема - это Единая информационная система здравоохранения. Несовершенное программное обеспечение с большим количеством неувязок и нестыковок, постоянных обновлений, а за прошлый год было сделано более 60 обновлений, лишний раз доказывает слабость программного обеспечения.

По данным Казахстанского института социально-экономической информации и прогнозирования, который проводил опрос населения в 2012 году по информированности населения об информационных ресурсах в области здравоохранения:

- с официальным сайтом министерства здравоохранения знакомы лишь более четверти населения страны;
- о портале Бюро госпитализации, где можно просмотреть информацию о наличии свободных коек, знают только 12,7 опрошенных

казахстанцев. Услугами портала Бюро по госпитализации при этом пользовались только 7,5 процента казахстанцев.

Известно, что государство выделяет немалые финансовые средства для проведения скрининговых мероприятий, сейчас Главой государства поставлена полномасштабная задача проведения обязательного скрининга детей до 16-летнего возраста. В целях повышения эффективности выявления болезней необходимо методологическое обеспечение процессов, пересмотр критериев проведения различных скринингов, в том числе по возрастным категориям. Необходима широкая и постоянная информационная поддержка этих масштабных мер.

И последний вопрос - доступность медицинских услуг. В 2009 году был утвержден новый государственный норматив сети организаций здравоохранения Республики Казахстан. Но сейчас не все области придерживаются форм статистической отчетности. В них же отсутствует информация об организациях здравоохранения по видам деятельности в сельской местности. Значит, затруднен анализ ситуации - на сколько обеспечено медуслугами население на селе, насколько условия соответствуют принятым стандартам.

На уровне географической доступности норматив не достигнут на уровне амбулаторно-поликлинического обслуживания в сельских населенных пунктах. Дефицит амбулаторий, в том числе вследствие стационарозамещения в сельской местности по сравнению с нормативными требованиями остается высоким.

В целом, в сфере здравоохранения необходимо четко определить обоснованность существующих нормативов в области минимальных стандартов в соответствии с рекомендациями ВОЗ, МОТ, а также выработать механизмы исполнения этих нормативов. В основе бюджетного планирования должны лежать четкие целевые индикаторы, достижение которых можно контролировать и более точно определять объемы финансирования на их основе.

В заключение хотелось бы отметить весьма конструктивные отношения по взаимодействию с Министерством здравоохранения комитетов Парламента в течение 2012 года и пожелать успехов тем людям, которые ответственны за здоровье нации.

Спасибо за внимание.