

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
ПАРЛАМЕНТІ МӘЖІЛІСІНІҢ
Д Е П У Т А Т Ы



Д Е П У Т А Т
МАЖИЛИСА ПАРЛАМЕНТА
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

010000, Нұр-Сұлтан, Парламент Мәжілісі
20 __ жылғы «__» _____
№ _____

010000, Нұр-Сұлтан, Мажиліс Парламенті
«__» _____ 20 __ года

Оғлашен 16.02.2022 г.

**Премьер-Министру
Республики Казахстан
Смаилову А.А.**

Депутатский запрос

Уважаемый Алихан Асханович!

Сегодня, после событий января 2022 года, как никогда важно извлечь опыт из произошедшего. Особую актуальность приобретает вопрос надлежащего реагирования на чрезвычайные ситуации. Данная проблема затрагивает обширный пласт организационных и законодательных аспектов, относящихся к зоне ответственности целого ряда государственных органов республиканского и местного уровней (МЧС, МЗ, МТСЗН, МВД, МИО и др.).

Как показывает практика участвовавших в последние годы чрезвычайных происшествий и ситуаций (взрыв боеприпасов в Арыси 2019 г., пандемия COVID-19 в 2020 г., события в Алматы и других городах в начале января), система медицины катастроф, как и система здравоохранения в целом, не готовы к таким вызовам. В условиях нестандартной ситуации МЗ и МЧС РК не хватает в первую очередь оперативности, компетенций и практики кризис-менеджмента, а также ответственности и полномочий. В свою очередь ответственные государственные органы и службы местного уровня неспособны к самостоятельной эффективной организации и большей частью пребывают в ожидании приказов и согласований вышестоящих структур. В результате государство не смогло должным образом обеспечить исполнение своей важнейшей функции в сфере здравоохранения – доступность медицинской помощи населению.

Продолжение подобной практики дезорганизации недопустимо. Требуется кардинальное переосмысление системы реагирования на ЧС в новых условиях.

В рамках данного запроса мы актуализируем вопросы, связанные с организацией оказания медицинской помощи, защиты медицинских работников и учреждений в период чрезвычайного положения.

Прежде всего, необходимо отметить самоотверженную работу врачей и медицинских сестер, работавших в стационарах и оказывавших медицинскую помощь как стационарным больным, так и гражданам, пострадавшим в ходе беспорядков.

Вместе с тем, необходимо отметить значительное снижение объема оказания медицинской помощи населению на всех уровнях.

1. **Машины службы скорой помощи** в отсутствие охраны, а также, возможно, без подбора оптимальных маршрутов следования, **подвергались нападениям**, что дополнительно снизило шансы жителей Алматы на получение медицинской помощи в случае родов, инфарктов, инсультов, травм, отравлений, различных кризов и приступов. Оказание неотложной помощи также было затруднено по причине отсутствия или значительных **затруднений в работе каналов связи** между пациентами и медиками, а также между самими медиками.

2. Больницы – стратегические объекты в условиях ЧС – также подвергались нападениям и различному давлению, т.е. надлежащая безопасность и полное функционирование стационарной сети обеспечены не были.

3. **Существенно снизилась госпитализация в круглосуточные стационары города.** Это подтверждает анализ данных информационных систем (применена экстраполяция на полные 31 день января).

Анализ проводился по 14 наиболее критичным профилям коек (следует отметить, что расширенный анализ по всем профилям коек демонстрирует аналогичную картину), в т.ч.: акушерство и гинекология, ангиохирургия, гнойная хирургия, комбустиология, кардиология, кардиохирургия, нейрохирургия, онкология, паллиативная помощь и сестринский уход, торакальная хирургия, травматология, хирургия (включая неонатальную), челюстно-лицевая хирургия, эндокринология.

Сравнение основывалось на данных 2022 года в сопоставлении с усреднёнными показателями госпитализации за соответствующие периоды предыдущих 3 лет (2019, 2020, 2021 гг.).

Наблюдение, явно исключаящие искажающие факторы в виде инфекционных коек и коек для лечения КВИ, показало:

➤ если суммарное количество случаев госпитализации по указанным 14 профилям в декабре 2021 оставалось стабильным (прирост в 2021 г. в среднем на 4%), то в январе 2022 г. по сравнению **снижение составило критические 25%**, даже с учётом наличия дней вне режима ЧС;

➤ **чётко выражен спад госпитализации по профилям «кардиохирургия» (32%), «онкология» (23%), «гнойная хирургия» (37%), а это в основном пациенты с неблагоприятным прогнозом;**

➤ **госпитализация по профилю «эндокринология» сократилась на 47%, «паллиативная помощь и сестринский уход» – на 69% (группа пациентов с высокой социальной значимостью), «комбустиология» – на 86% (а это ожоговые пациенты);**

➤ при этом рост госпитализации в январе наблюдался лишь по двум профилям: торакальная хирургия (+3%) и общая хирургия (+16%), и в основном за счёт дней после 12 января.

Вероятно, после окончательного «закрытия» отчётного периода информационных систем за январь 2022 года, когда станет возможным извлечение данных за определённые даты, статистика за 5 – 11 января в сравнении с аналогичными периодами с 2019 года, покажет ещё более критичную картину.

4. Фактически не работали поликлиники г. Алматы или работали только некоторые дежурные врачи.

Блокировка интернета также отразилась на качестве поликлинической помощи в городах, даже там, где не было беспорядков, поскольку все медицинские базы были не доступны, а локальная резервация базы данных в поликлиниках не предусматривалась. Соответственно практически парализовалась работа медицинских учреждений. По информации граждан, в связи с этим они не могли получить направления на прием.

5. Учреждения здравоохранения и пациенты, пребывавшие на момент ЧС в стационарах, испытали на себе дефицит запасов продовольствия и питьевой воды в связи с прекращением подвоза. Потребности 11 медицинских учреждений Алматы были обеспечены штабом депутатов маслихата города и волонтерами, оперативно собравшими и распределившими 30 тонн продуктов. Для этого из пожертвований граждан была собрана сумма 35 млн тенге. Вместе с тем, в те дни, при обращении и актуализации мной вопроса о необходимости снабжения больниц города, других социальных объектов и граждан продуктами питания из средств государственного материального резерва МЧС, министр ответил о невозможности этого без соблюдения следующего алгоритма: акимат города должен подать заявку с потребностью в Правительство, оно должно рассмотреть, одобрить ее и направить в Министерство по чрезвычайным ситуациям, и только потом министерство может принять решение о выделении продуктов или других жизненно необходимых товаров. Очевидно, что этот алгоритм не отвечает интересам наших граждан.

6. Наблюдались и прямые ограничения доступности: в условиях ЧП продолжали действовать требования о предоставлении справки ПЦР беременными женщинами при поступлении в приемный покой родильного дома. Очевидно, что оно излишне: передвижение по городу в момент антитеррористической операции в поисках лаборатории опасно для жизни женщины и будущего ребенка.

Без сомнения, столь резкое снижение доступности медицинской помощи негативным, и, возможно, в отдельных случаях, трагическим образом сказалось на здоровье и жизни жителей города.

На амбулаторном уровне хронические пациенты без консультативной поддержки (как минимум, дистанционной, о внедрении которой стоит задуматься), в условиях ограничения доступности

периодически выдаваемых лекарственных средств (например, инсулина), а также с учётом высокого психологического напряжения были подвержены риску конвертации в острых пациентов, нуждающихся в неотложной помощи.

В следственных изоляторах города одновременно оказались сотни и тысячи человек, в том числе требовавшие оказания медицинской помощи.

Выше приведены лишь отдельные аспекты общей ситуации, демонстрирующие произошедший коллапс локальной системы здравоохранения.

В целом, ключевая проблема, обнажившаяся в ходе последних ЧС – отсутствие организационной модели обеспечения медицинской помощи в условиях ЧС.

Очевиден вывод: необходимо реформирование системы медицины катастроф в том или ином виде, с расширением функционала, и пересмотром оперативных задач всей системы здравоохранения с позиций межведомственного и межсекторального взаимодействия.

Накопленный практический опыт действий в период ЧС, исследования отечественных экспертов, в т.ч. анализ действующего «Закона о гражданской защите», четко указывают на системные проблемы государственных систем медицины катастроф и здравоохранения, в их готовности реагировать на ЧС, происходящие в стране:

Первое. Пробелы в распределении ответственности между центральными уполномоченными органами.

Министерство здравоохранения обладает лишь одной компетенцией, связанной с ЧС: «выдача заключений (разрешительных документов) на ввоз на территорию РК лекарственных средств и медицинских изделий, в том числе незарегистрированных, в качестве гуманитарной помощи или помощи при ЧС».

Законодательные акты не возлагают на Министерство здравоохранения обязанностей по регулированию оказания медицинской помощи в условиях ЧС.

Второе. Не сформулированы конкретные функции Министерства здравоохранения, направленные на организацию медицинской помощи в условиях ЧС.

Законом о гражданской защите предусматривается наличие отраслевых подсистем (например, в здравоохранении, промышленной безопасности, энергетике, транспорте и т.д.), которые в «мирное» время функционируют для решения «мирных» задач, а при возникновении ЧС должны быть трансформированы в соответствующий режим. Также Законом устанавливаются режимы повседневной деятельности, повышенной готовности и ЧС. Каждый из этих режимов предусматривает ряд мероприятий. Учитывая данное структурирование процессов управления государственной системы гражданской защиты, Министерство здравоохранения могло бы вырабатывать регуляторные инструменты именно в контексте режимов

гражданской защиты, в соответствии с нормой Закона, возлагающей такие функции на отраслевые уполномоченные органы: «... разработка, утверждение и (или) согласование нормативов, нормативных технических документов и правил, ведение государственного отраслевого учета в сфере гражданской защиты ...».

Третье. Отсутствуют алгоритмы сортировки пострадавших и взаимодействия между службой медицины катастроф и медицинскими организациями.

В соответствии с Правилами предоставления медицинской помощи при ЧС, при введении режима ЧП основной объём помощи оказывается сетью «гражданских» медицинских организаций, не являющихся структурами МЧС в целом, и службы медицины катастроф в частности.

Ряд проблем был выявлен в периоды карантина и локдауна весны-лета 2020 года. Например, такие, как:

отсутствие стабилизационных механизмов для объёмов лекарственных средств, медицинских изделий и средств индивидуальной защиты, включённых в пакеты ГОБМП и ОСМС, что породило волну спекуляций на рынке и дефицита в аптечной сети;

задержка в утверждении тарифов на лечение COVID-19 (утверждены 2 апреля текущего года, то есть более двух недель спустя после введения режима ЧС). При этом тарифы не предусматривали капитальные расходы на развертывание и перепрофилирование коечных мощностей;

недополучение стационарной медицинской помощи более чем 2 200 пациентами в день в связи с приостановкой плановой госпитализации;

как следствие, **«заморозка» объёмов финансирования медицинских организаций** с последующей отправкой медицинских работников в отпуска без содержания и образованием внутренней кредиторской задолженности больничных организаций.

Таким образом, накопленная аналитическая база для совершенствования системы реагирования на ЧС уже имеется.

Суммируя вышеозвученное, в целях организационного и ресурсного обеспечения минимизации последствий чрезвычайных ситуаций, **депутаты фракции Народной партии Казахстана предлагают:**

1) Создать межведомственную рабочую группу по изучению проблем в организации реагирования на ЧС (включая вопросы медицины, социальной защиты, охраны правопорядка, коммунальных служб, снабжения, связи, банковской системы и пр.), в том числе по следам январских событий.

2) Вовлечь в работу экспертов и международные организации, такие, как следующие подразделения ООН: UNFPA – по вопросам оказания медицинской помощи в области репродуктивного здоровья при ЧС, UNICEF – в области здоровья детей, UNAIDS – ВИЧ/СПИД и т.д.

3) Произвести полный анализ всех регламентов, алгоритмов и процессов, планов действий, каналов информирования с выявлением барьеров, нестыковок и других препятствующих эффективности факторов.

- 4) На основе выявленных пробелов выработать предложения и меры для улучшения организации реагирования на ЧС, в том числе:
- a. определить организационную модель обеспечения медицинской помощи при ЧС;
 - b. конкретизировать алгоритмы взаимодействия между госорганами республиканского и местного уровней, внутренние регламенты и стандарты операционных процедур;
 - c. обеспечить автономность и оперативность принятия решений в режиме ЧС местными исполнительными органами и органами местного самоуправления, а также организациями здравоохранения и т.д.
 - d. провести аудит готовности плановых мест эвакуации медицинских учреждений, складов лекарств и оборудования, логистики медицинских работников.
- 5) При отключении интернета не отключать медучреждения или обеспечить их собственными серверами с соответствующими базами данных.
- 6) Разработать стандарты, сформировать службу и обеспечить дистанционную консультативную поддержку пациентов в случае введения режима ЧС.
- 7) Изменить алгоритм выделения средств государственного материального резерва МЧС во время режима ЧП для объектов здравоохранения, социальных объектов, населения. Закрепить право принятия решения за местными исполнительными органами или маслихатами.
- 8) Инициировать необходимые поправки в законодательство и подзаконные акты соответствующих государственных органов.

**Депутаты фракции
«Народной партии Казахстана»**

**Е.В. Смайлов
А.О. Конуров
Ж.А. Ахметбеков
Ф.К. Каменов
Г.З. Кулахметов
А.А. Милютин
А.М. Паяев
С.Н. Решетников
А.А. Скакова
И.В. Смирнова**

Исп.: А.Саруарова
тел.: 74-67-46