Публичное слушание проектов
нового Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» и новой Государственной программы улучшения здоровья населения на 2020-2025 годы на базе Школы Медицины Назарбаев Университета

СТЕНОГРАММА ОБСУЖДЕНИЙ

Актаева Лязат Мейрашевна, Вице- Министр здравоохранения:

Уважаемые коллеги, предлагаю приступить к обсуждению предложенного проекта Госпрограммы, нам необходимо понять и обсудить основные проблемные вопросы, которые волнуют общественность. На текущий период перед нами уникальная возможность, когда 2 глобальных документа здравоохранения идут синхронно.

Призываю активно участвовать в обсуждении.

Поскольку нерешенных вопросов очень много, например, вопрос спортивной медицины, кто занимается данными вопросом, ответственность за Министерсвом здравоохранения, а готовим кадры не мы. Вопросы медицинского обследования допризывное, призывников у Министерства обороны, а ответственность по выявлению на МЗ РК.

Поэтому вопросов очень много, которые необходимо решить в предстоящие 6 лет реализации Госпрограммы и основы вложить в Кодекс.

Доскалиев Жаксылык Акмурзаевич:

– ГПРЗ и НПА – это золотая возможность синхронизировать государственную программу с нормативными документами. Одна из проблем в здравоохранении это качество медицинской помощи, человеческий потенциал и кадры. ВУЗы не имеют материально-техническую базу (только 3 ВУЗа по РК), которая необходима для подготовки квалифицированного специалиста. Многопрофильные медицинские организации имеют в составе кафедры, сотрудников с ученой степенью, необходимо законодательное закрепление за ВУЗом, начать с подготовки врачей.

Ответственность за материально-техническую базу возложить на государственные органы и МИО.

Судебно-медицинский эксперты проходят обучение и выпускаются с медицинских ВУЗов, тем не менее, курирует данную службу МЮ РК, возникают сложности для присутствия студентов медицинских ВУЗов при вскрытии трупа. Необходимо наладить взаимосвязь.

Ибраев Серик Ескендирович, директор клиники «Аланда»:

– Все мероприятия предусмотрены, но есть сомнения и вопросы. Наша проблема в том, что на бумаге ГПРЗ красиво расписана, на деле реализация страдает.

2 цели ГПРЗ: достижение ОПЖ до 75 лет; доведение расходов до 5 %. Возникает сомнение, насколько эти цели будут реализованы? Обеспечит ли 5% ВВП повышение заработной платы в 2,5 раза? Если мы будем равняться

на страны ОЭСР, у которых ВВП 9%, приведет ли это к устойчивому развитию? Может сразу заложить это?

Туткушев Бексултан, Экс-сенатор, организатор здравоохранения:

1. Качество медицинской помощи, без всякого сомнения, улучшается. ГПРЗ – это ответственность. Кодекс –основа для нашего пользования. Досаев Ерболат Аскарбекович ранее поставил цель ВВП 4% и не достиг. Предлагаю в ГПРЗ прописать, что 4% ВВП – государственные расходы, 1 % расходов покрывает пациент.

2. На ОПЖ влияют не только состояние здоровья населения, но и внешние факторы (травмы, несчастные случаи, суицид). За индикаторы, не связанные с состоянием здоровья, необходимо нести ответственность и другим Министерствам.

3. Везде прописано повышение заработной платы врача, при этом средний медицинский персонал тоже нужно прописать. Необходимо в медицинской документации прописать диагноз, ответственность, обязанности медицинской сестры и т.п..

4. МЗ РК разрабатывает нормативку, а возмещает расходы ФСМС. Реальные расходы 1 пролеченного случая не соответствуют затратам.

5. Необходимо прописать в Кодексе и в ГПРЗ амортизацию медицинского оборудования. То, что мы с 1990 годов сделали так и осталось. Каждая МО должна приобретать ту технику, которая им необходима, а не то что продали втридорога.

Баймаханов Болатбек Бимендеевич:

1. Мы построили 100 школ, 100 больниц, туберкулезные диспансеры, которые пустуют, не хватает специалистов (предлагают жилье в районных центрах, подъемные 1 миллион тенге). Предлагаю построить 16 региональных многопрофильных больниц на 1000 койко-мест. Не будет дефицита кадров и простоя койки.

2. Когда я увидел, что поднимут заработную плату в 2,5 раза, обрадовался, пока не увидел, что за счет ФСМС и разочаровался. Мы сможем поднять заработную плату за счет ФСМС, только при условии, что не будут покрывать затраты на лекарственные средства. Нужен четкий механизм, с помощью которого решаться все вопросы.

3. Стационар должен функционировать с хорошей материально-техническим обеспечением.

4.

Ответ Актаевой Лязат Мейрашевны:

– Расчеты должны быть правильными и предусматривать часть ФСМС и государственные расходы, нужно четко прописать распределение по деньгам.

Джамиля Садыкова, Антитабачная коалиция:

– Немного не хватает экономического обоснования, есть в ВОЗ отчет по высокому возврату инвестиций (40-80%). Необходимо предусмотреть гендерный разрыв, среди получивших инфаркт миокарда 44% курящих.

Вместе с тем, необходимо изменить текст ГПРЗ и Кодекса с учетом доклада ООН.

Негай Николай Анатольевич:

1. Служба психотерапии по РК оснащена специалистами на 100%. Имеет ли смысл держать специалистов в военкоматах, если выявление непригодности к армейской службе по части психиатрии составляет всего лишь 0,5%? Это можно проводить на уровне ПМСП. В отделениях принудительного лечения, эффективность которой составляет 0%, постоянно дежурят 4 специалиста, насколько необходимо продолжение данного вида лечения и рассмотреть рациональное использование кадровых ресурсов, провести ревизию эффективности работы кадров.

2. Цифровизация в здравоохранении включает онлайн консультирование пациентов и направление их к специалистам. Можем ли мы доверить диагностику и назначения чат ботам, если работу 10 чат ботов будет курировать 1 врач? В декабре прошлого года, в международном журнале была статья об эксперименте, когда пациент приходит на прием к врачу и когда переписывается с чат ботом, их назначения совпали 1:1.

3. Одной из проблем населения по отношению к своему здоровью является самодиагностика и самолечение посредством интернет ресурсов. Необходимо донести с помощью социальных сетей, что нельзя безоговорочно доверять и следовать рекомендациям из неизвестных источников. Люди перестали обращаться к врачам, им легче прогуглить и вылечиться самостоятельно, необходимо донести до населения ответственность за свое здоровье.

4. У нас есть система страхования пациентов, предлагаю внести страхование врачебного персонала от необоснованных жалоб, страховую службу нанимаемой компанией, которая будет защищать интересы врача и разбираться в данном вопросе. В случае, если жалоба не обоснована или не доказана ошибка врача, оплату за проведенную экспертизу страховой службы производит пациент. В настоящее время, при поступлении жалобы на врача, разбором ситуации занят только врач (на которого поступила жалоба), нужно чтоб разбирательством таких случаев занимались специалисты.

5. Лечащий врач, помимо пациентов, загружен административно-хозяйственными заботами. 80% времени уходит на организационные вопросы Необходимо освободить ношу врачей от бытовых забот.

6. Психиатры, в ходе работы взаимодействуют с другими профильными специалистами (социальные работники, психологи). Нужно прописать в Кодексе междисциплинарное взаимоотношение.

Ответ Актаевой Лязат Мейрашевны:

– Спасибо за Ваши конкретные предложения. На счет страхования врача от жалоб, речь о статусе врача, у нас есть статья Кодекса о статусе врача, дайте конкретные предложения как прописать и в какой редакции Кодекса изложить.

Касательно рационального использования кадровых ресурсов, необходимо пересмотреть штатное расписание и структуру МО, нужно их поменять.

Для разгрузки врача, есть система insourcing и outsourcing, пусть врач отвечает за лечебный процесс, а служба insourcing занимается организационно-хозяйственной деятельностью.

В Кодексе междисциплинарное взаимоотношение не прописано, его нет, чат боты, телемедицина, расширьте их области и, пропишите, необходимо изложить Ваши предложения с указанием в какую статью Кодекса, приказа МЗ РК нужно добавить данный пункт.

То же самое на счет регулирования самопомощи. Все это необходимо пропустить через призму Кодекса и внести предложения.

Байсеркин Бауржан Сатжанович:

1. Уважаемые Лязат Мейрашевна, коллеги! Очень хорошо, что Кодекс выстроен на основе ВОЗовских индикаторов и все показатели синхронизированы с международной практикой. Я хотел бы остановиться на двух аспектах, которые отражают профилактическое направление в здравоохранении. Какова доля расходов на профилактические мероприятия тех или иных заболеваний? Хорошо расписаны моменты связанные с неинфекционной патологией, алкоголь, курение и т.п.. Меня интересует вопрос профилактики инфекционных заболеваний и особая роль нравственно полового воспитания. Многие инфекционные заболевания связаны с биоповеденческими ситуациями, которые не прописаны в Кодексе отчетливо. За распространение ИППП отвечает МЗ РК, в рамках реализации ГПРЗ назначить ответственное Министерство (в лице образования), которое будет заниматься биоповеденческим и нравственно половым воспитанием. Совместно с фондом народа населения провели исследование, которое выявило отсутствие цельной программы нравственного воспитания.

2. В отрасли здравоохранения социальные гранты должны быть не менее 3 лет, т.к. НПО в течении коротких сроков исполнения не успевают выполнить поставленную задачу. Для развития частного неправительственного сектора и достижения индикаторов необходимо продлить сроки социальных грантов.

3. Для профилактики инфекционных заболеваний среди наркоманов, предусмотрена раздача шприцов для разового потребления и презервативов. Данный процесс позволяет за счет затрат на шприцы и презервативы, экономить в будущем на лечении ВИЧ-инфицированных пациентов. Бюджетные средства на данную профилактику нигде не зафиксированы и не предусмотрены, необходимо заложить регламент для профилактики и прописать какая сумма будет выделяться для этого. Спасибо!

Ответ Актаевой Лязат Мейрашевны:

– Коллеги, сейчас есть возможность все прописать в ГПРЗ и в Кодексе. Направьте предложения в виде сравнительной таблицы.

Танирбергенов Серик Тарасович, UNFPA:

1. Добрый день уважаемые коллеги! Результаты конфиденциального аудита материнской смертности за последние годы показывают, что материнская смертность по прямым акушерским (кровотечения и т.д.) причинам снижается. На первый уровень материнской смертности выходят причины связанные с инфекционными заболеваниями. Фондом народа населения предлагает включить мероприятия связанные с разработкой и внедрением в стране конкретной программы эпидемиологического надзора антибиотикорезистентности, программа будет направлена на контроль за условно патогенными микроорганизмами.

2. Следующий вопрос – стандартизация деятельности микробиологических лабораторий. Если с клинической лабораторией ситуация нормализовалась, то в микробиологических лабораториях материальная база устарела, работа мало систематизирована.

3. Следующий вопрос: репродуктивное и сексуальное поведение и здоровье. Радует, что есть мероприятия по обеспечению контрацепцией женщин фертильного возраста, отдельных групп уязвимого населения и молодежи. Фондом народа населения проводилось исследование, согласно которому, расходы на контрацептивы не должны превышать 1% от совокупного дохода. Если стоимость превышает 1%, люди не приобретают контрацептивы. В РК расходы на контрацептивы составляют 10-12%, для населения это неприоритетно, и создает риск и нагрузку, развития нежеланной беременности. В качестве меры по снижению стоимости контрацептивов предлагаем разработать вопрос по закупу контрацептивов через систему закупок UNFPA, где цена на них ниже в 10 раз.

4. UNFPA предлагает МЗ РК начать совместную работу с Национальной академией образования по разработке и внедрению в стандарты среднего и средне-специального образования по вопросам нравственно-полового воспитания. Это является хорошим примером межсекторального взаимодействия.

5. Следующая щекотливая тема ГПРЗ – ИППП. В этом году мы впервые с Центром дерматологии и инфекционных заболеваний будем проводить разумный эпидемиологический надзор по распространению сифилиса, гонореи и трихомониаза. Предлагаем проводить эпидемиологический надзор регулярно, для отслеживания масштаба распространения ИППП. В отношении сифилиса предлагаем внедрить амбулаторное лечение раннего сифилиса. Так как в настоящее время 70% пролеченных больных в дерматологических диспансерах составляют пациенты с ранним сифилисом. Переводу данной категории пациентов на амбулаторный уровень мешает отсутствие пролонгированной формы

пенициллина, который не зарегистрирован на территории РК. Закуп через систему ООН поможет вывести 70% пациентов на амбулаторный уровень.

6. Предлагаем усовершенствовать лабораторной диагностики сифилиса и отказаться от микрореакции заменив их тестами на ИФА, т.к. микрореакция дает 70% чувствительности, 30% не улавливает, что приводит к позднему выявлению сифилиса.

7. Также, для улучшения работы с врожденным сифилисом предлагаем внедрить диагностику плаценты при всех случаях мертворожденности, которое покажет наличие трепонемы во время беременности. По данным ВОЗ большинство антенатальных смертностей происходит не какими-то вирусами, а именно трепонемой.

8. Касательно гонореи, имеется большая проблема связанная с антибиотикорезистентностью. Есть публикации, которые подтверждают, что цефалоспорины 3 поколения не действуют на возбудителя. Предлагаем включить в программу эпидемиологического надзора антибиотикорезистентности. Благодарю за внимание!

Ответ Актаевой Лязат Мейрашевны:

– Если в Кодексе есть препятствующие статьи для Ваших предложений, сообщите нам.

Жунусов Ерсин Турсынханович:

1. Уважаемые Лязат Мейрашевна, коллеги! Позвольте озвучить предложение по статусу научно-педагогических кадров.

2. Касательно стоимости обучения, уменьшить количество абитуриентов и улучшить качество, из 500 желающих выбрать 100 лучших студентов.

3. В рамках инициативы развития health workers полностью поддерживаем, это общемировая практика, однако возникает вопрос, кто будет заниматься подготовкой? Если ВУЗы, то как это будет финансироваться?

4. Если планируется повышение заработной платы медицинским работникам, то и педагогам нужно повышать (сейчас это происходит за счет средств университета).

Ответ Актаевой Лязат Мейрашевны:

– Конкретно сделайте предложения по каждой Вашей задаче. Мы сделаем стенограмму и с каждым будем связываться.

Нургожин Талгат Сейтжанович:

1. Добрый день уважаемые коллеги! Кто решил, что трупы не нужны для медицинских ВУЗов? Анатомия осталась без трупов и органов. Студентов не пускают в МОРГ. Если это возможно, включите в Кодекс пожалуйста.

2. Повышение статуса клинические больниц, т.к. наши студенты обучаются не только в стенах ВУЗа, посредством установления стимулирующих доплат как во время СССР.

3. Возможно ли не менять программу ВУЗов? Магистратура и резидентура находятся на 6 уровне, согласно международному опыту должны находится на 7 уровне за счет проведенных лет в академической среде врачи должны быть и должны иметь возможность обучать уже в стенах клиники, резидентура на 8 уровне.

4. *Позвольте, чтоб учителя могли без ученых степеней занимать должности заведующих.*

Ответ Актаевой Лязат Мейрашевны:

– Прописывая предложения, нужно учитывать и риски. Вы можете написать что программа обучения медицинских ВУЗов не может меняться чаще 1 раза в 5 лет, но если Вам понадобится, не сможете внести изменения. Пропишите Ваши нормы учитывая риски.

Жумадилов Жаксыбай Шаймарданович:

1. Для здравоохранения финансовая устойчивость – действительно хороший вопрос. Но здесь надо говорить прежде всего о финансовой модели. А без этого конечно любые слова о повышении заработной платы в 2,5 раза останутся разговорами. И есть конкретные инструменты, скажем так цель JCI, и это надо обсуждать, мы уже с Елжан Амантаевичем обсуждали и находим понимание. Но пока этот вопрос не двигается с места. А если двинется то это будет конкретный инструмент.

2. Поднимался вопрос ректорами ВУЗов о до-дипломной работе, постдипломной подготовке кадров, так называемой докторантуре и т.д., действительно возникает много вопросов, и я бы сказал, что Назарбаев Университет имеет определенный опыт в этом и, наверное, где-то должно быть как-то прописано, что кто-то должен двигаться впереди, все не могут. Но этот опыт нужно рационально использовать и внедрять.

3. Медицинская наука сегодня в целом, если взять ВВП то это какие-то 0,15% и Вы это все прекрасно знаете. Медицинской науки там вообще нет. Немало глобальных трендов, региональных трендов которые необходимо разрабатывать нам самим, и внедрять в практику, добиваться каких-то результатов, продвигать науку. И вот это наверное в ГПРЗ должно быть обязательно прописано. Спасибо!

Ответ Актаевой Лязат Мейрашевны:

– Тарифы и коэффициенты это не инструменты, это реализация. А реализация источников это входящие потоки. Для входящих потоков это ВВП и ставки, взносы, перечисления. За счет ОСМС у нас есть возможность увеличить ставки ВВП, через ставку страхования, за счет социальных отчислений. А потом уже тарифы, коэффициенты, JCI, поэтому нам в Кодексе нужны и входящие, и исходящие инструменты.

Доскалиев Жаксылык Акмурзаевич:

1. *В ГПРЗ предусмотрено строительство общежития для студентов?*

Ответ Айыпхановой Айнур Токсановны:

– Во второй задаче направления № 4 предусмотрено. В концепции ГПРЗ очень четко все прописано.

Ответ Актаевой Лязат Мейрашевны:

– Не надо умалчивать о проблемах, все что требует финансового обеспечения, если вопрос актуален – включайте в проект ГПРЗ. Мы должны создать цельный, системный документ, который будет включать проблемы, пути решения, финансирование.

РДЦ:

1. *Реальные расходы не соответствуют возмещению затрат. Тарификатор не успевает за реалиями жизни.*
2. *Должно быть адекватное возмещение амортизационных расходов.*
3. *В Кодексе прописать норму запрещающую врачу принимать участие в работе врача-лаборанта.*
4. *В ПМСП нет научно-практического института, который бы отрабатывал модели, а потом внедрял.*

Ответ Актаевой Лязат Мейрашевны:

– Некоторые предложения носят характер проблемы, пожалуйста не проблемой, а нормой в Кодекс и в ГПРЗ.

Клименко Иван Иванович:

1. *Здоровье нации – основа нашего здорового будущего, это безусловно. В ГПРЗ уровень продолжительности жизни указан без корректировки на качество жизни. Мы должны обеспечить качественное старение населения. Количество потребности финансовых ресурсов будет расти, для этого есть объективные причины, новые технологии, то, что раньше было недоступным, но не должно быть опережающего темпа возрасту ассоциированных заболеваний. В ГПРЗ данного индикатора нет, очень важно в Кодексе это сбалансировать.*
2. *Вопрос, связанный с финансовой незащищенностью врача, нет страхования. Даже годовая заработная плата врача не покроет объективных требований пострадавшей стороны. Мы должны это отработать, страхование не должно быть связано с работодателем и фондом заработной платы.*
3. *Врачебная ошибка, халатность (если случай смерти был предотвратимый, то на врача заводят уголовное дело) должны обсуждаться открыто и искренне. Вопрос не простой, но мы должны его обсуждать, иначе мы закрываем пути его улучшения. Врачи не должны бояться.*
4. *Касательно образования, поддерживаю Ректора, что многопрофильные областные больницы могут быть клинической базой для ВУЗов. Почему мы не можем обучать резидентуре на базе многопрофильных*

областных больниц? Да, возможно сертифицировать что многопрофильная областная больница может это делать, есть ли у нее такие возможности. Спасибо!

Доскалиев Жаксылык Акмурзаевич (вопрос к Клименко И.И.):

Как Вы относитесь к тенденции открытия в непрофильных ВУЗах медицинских факультетов?

Клименко Иван Иванович:

Все должны понимать, что я не являюсь экспертом в области образования. Не судите строго, мое личное мнение – это большая ошибка. Почему Гарвард 1? Есть системные экономические предпосылки. Что такое университет? Университет – это профессура, борьба за мозги. Во всем мире в это вкладывается миллионы долларов. Ну не может быть NICE в каждой стране.

Мы проводили исследование, у нас нет дефицита кадров, выпускники закрывают потребность в кадрах 100%. Вопрос стоит в привлекательности профессии врача. Спасибо!

Ответ Актаевой Лязат Мейрашевны:

– Некоторые предложения носят характер проблемы, пожалуйста не проблемой, а нормой в Кодекс и в ГПРЗ.

Бактыбек Жумадил эксперт Всемирного банка:

Мы тоже поддреживаем инициативу Минздрава, то что государственная программа отрабатывается параллельно с кодексом. Государственнаяпрограмма охватывает все ключивые вопросы которые актуальны на сегодняшний день, это усиление акцента на ПМСП, ответсвенное отношение населения к своему здоровью и формирование здорового образа жизни, это качество медицинского обслуживания,это развитие человеческого капитала, цифровизация и так далее. То есть это все вопросы которые дадут возможность продвинуть нашу систему здравоохранения и добиться результатов которые мы перед собой ставим. Но в то же время мы все понимаем что в соответствии с комментариями которые поднимали все выступающие еще есть много вопроов над которыми стоит поработать. И такие вот открытые обсуждения как раз таки будут способствовать для качественной доработки этих документов. Но это вот то что касается документов. ССейчас как мы сказали основная роль за реализацией. Поэтому может быть нужно будет сделать анализ по реализациям текущей государственная программы где были проблемные вопросы в реализации, то есть начиная с центрального уровня до местных исполнительных органов, до межведомственного взаимодействия и постараться эти вопросы решить. То есть отразить в этих документах. Насчет мониторинга реализации, что касается индикаторов здесь вот поскольку государственнаяударственная программа является межведомственном документом есть хорошая теоретическая возможность на показатели здоровья населения, особенно вот сейчас когда на передний план выходит те факторы риска и причины смертности которые зависят не

только от МЗ, это и ожирение, это и ДТП, и тд. Поэтому в отношении индикаторов здесь возможны два подхода. Первый- это такой более осторожный. Если мы не уверенны что у нас вот это вот необходимое взаимодействие будет на должном уровне, то некоторые индикаторы нужно будет формировать очень внимательно и осторожно. Мы можем взять на себя ответственность, но если не будет должного взаимодействия мы эти цели можем не достичь. Потом скажем сектор здравоожраенеия виноват. Либо если мы уверенны в том что мы сможем выстроит это взаимодействие можно поставить более амбициозные выполнимые целевые показатели. И тогда уже принимать все меры, заранее прописав их в государственная программе и кодексе. Для достижения этих показателей с учетом всех соответсвующих заитересованных сторон и ведомств. Например, вот я думаю сейчас более отсроржный подход применяется потому что если посмотреть на показатели смертности от ДТП там предполагается снижение до 12.4 до 1000 населения в 2019 году, до 11.4 на одну единицу в 2025, то есть очень осторжный показатель. То же самое касается ожирения среди детей и взрослого населения, то есть это те вопросы которые возможно нужно сейчас проработать когда есть такая возможность, посмоторев на причины, почему скажем в прошлом мы могли или не могли достичь планируемых показателей и постараться здесь эти влпросы отразить, спасибо.

Баймаханов Болатбек Бимендеевич, АО "Национальный научный центр хирургии" им. А.Н. Сызганова

По поводу внесения изменения в Кодекс. Один из основных пунктов касается профилактики продажи органов, касается донорства от живого человека. Здесь мы предлагали, что живым донором могут быть родственники. Но теперь надо сказать кто такой родственник. Во всем мире это обязательно делается. Завтра родные придут и скажут вот вы забрали у племянника. Где написано, что племянник это рожственник. Здесь уже тем более ничего придумывать не надо. В гражданском кодексе есть такой концепт. Когда вносили изменения мы делали эту ссылку. Вот здесь в гражданском кодексе прямо написано, что это касается наследника. Если мы органичимся на одной линии родители и дети, все трансплантация остановится. В турции приняли закон, шесть линии родства прописали прям в кодексе и все спокойно работают. Потому что мы же все-таки мусульманская страна, понятие родствеников очень широкое, поэтому здесь обязательно. Если мы не примем будут большие проблемы.

Искаков Ержан Сагиевич, НИИ травматологии и ортопедии:

Конкретно по кодексу, очень рад что в кодексе внесено такое понятие как сооплата очень поможет в медицинских организациях. Почему то сооплата касается только амбулаторно- поликлинической помощи. Мне хотелось бы отдельно для травматологии сооплата должна быть в стационаре. Это надо как-то в программе прописать то, что мы можем

осуществлять сооплату в стационарных условиях. При этом не подводя развитие там коррупции мед работников или администрации мед организации. Конкретно по сооплате в стационарах.

Ответ Актаевой Лязат Мейрашевны:

– Вот как в целом вы относитесь чтобы платные услуги в медицинских организациях государство запретить, бюджета не хватит тогда. Если мы сейчас просчитываем делаем актуарные расчеты и причем входящее финансирование будет адекватно для снижения карманных расходов населения. И предполагаем, что мед помощь будет доступна, чтобы регулировать объем платных услуг.

Дело в том что мы встречались с многодетными мамами и то что уже прописано в НПА доступность дорогостоящих медицинских услуг на практике должным образом не реализуется. Там, где есть право населения получить эту медицинскую услугу бесплатно. То есть когда мы говорим о снижении карманных расходов, мы не только говорим о получении финансирования здравоохранения, не только говорим о получении доступности, но и как предложение, о том, что каким мы в свое время пришли к автономной медицинской организации. Но это не значит, что карманные расходы населения должны расти. Прозвучало о том что в стационаре они госпитализируют пациентов по невыгодным тарифе, в таком случае в законе должно быть прописано что не имеет право стационар отказывать если пациент выбрал этот стационар, а амбулаторно поликлиническая медицинская организация определила по выбору пациента данный стационар на госпитализацию. Здесь должно быть равновесие. Давайте думать шире. Наши медицинские организации стационарного уровня не злоупотребляли назначением платных диагностических услуг.

Булекбаева Шолпан Адильжановна, РДРЦ:

Мы сейчас говорим, что нужно тяжесть реабилитации переносить на амбулаторно поликлинический уровень. И развивать в секторе ПМСП. Если в части детского населения более менее у нас развита, то у взрослого населения вообще никакой реабилитации нет. ВОП не справляются со своими функциями, они больше отправляют в стационары. И может как раз таки врачей ВОП обучить на курсах реабилитации и загрузить их именно реабилитационными моментами. Насчет психолога, надо подключать психологов. Как раз в части мультидисциплинарности, там есть специалист психолог, социальный работник и коррекционные педагоги. Можно добавить в штатное расписание не только психолога, но и логопеда. Если мы расширим мультидисциплинарную команду и добавим пару тройку специалистов в ПМСП, и они будут проводить эту работу на уровне амбулаторно поликлинической.

Ответ Актаевой Лязат Мейрашевны:

– Реабилитация сейчас актуальна. Предлагаю в новом кодексе предусмотреть финансирование реабилитации. У нас есть уникальный опыт,

наших реабилитационных центров когда за счет средств системы здравоохранения. Финансирование должно из 3 источников. То есть мы с вами должны эту норму предусмотреть. Далее, мы на практике видим, что есть границы реабилитации, тогда при отсутствии реабилитационного потенциала надо заниматься паллиативной помощью. А то это не эффективное использование средств, так и бюджетных и спонсорских средств. Возможно в кодексе надо прописать что должен делать ВОП и перечень определенных функций. Теперь касательно штатного расписания, компетенция МЗ по назначению штатного расписания исключена. Учитывая нововведения которые есть смотрите что нужно в новой редакции Кодекса включить чтобы те ваши ожидания, мультидисциплинарные группы логопеды психологи чтобы они не выпали. Так нужно в кодексе конкретно определить где минимальный социальный стандарт. Где границы государственной гарантии и все государственные гарантии должны быть четко прописаны детализированы и регламентированы, для того чтобы потом финансово обеспечить.

Национальная палата здравоохранения:

При рассмотрении Кодекса складывается такое впечатление что есть крен в сторону запретительных мер, то есть все действия которые предлагаются в адрес где то там наказать штрафовать какие то запретительные меры. я считаю для того чтобы был больший эффект желательно использовать передовой опыт западный и делать компромиссный вариант с учетом мер стимулирования, поощрения, то есть допустим касательно вопросов вредных привычек, ограничения курения, употребления, везде там идет где то там наказать штрафовать. Половина населения допустим у нас не страдает этими вредными привычками, ну как-то предусмотреть меры, стимулировать поощрения. Необязательно эти меры должны быть монетизированы. Мы понимаем, что бюджет не резиновый, но каким-то образом меры поощрения возможно предусмотреть. То же самое касается, допустим здорового образа жизни. Вот здесь вот меры были прописаны в первой программе. Но там дополнительно допустим какие-то поощрительного характера меры, я думаю были бы вполне уместными.

Теперь, второе, то же самое касательно трехмерной системы финансирования. Если мы говорим о том что с 20-го года у нас вступает в силу ОСМС, мы к этому готовимся. Но честно говоря не все медики четко себе представляют, как будет строиться вся эта работа на практике. Поэтому учитывая вот этот фактор, я считаю необходимым отметить, усилить роль ДМС. Почему, опять же поясню что не все могут четко представить, как будет происходить взаимодействие между ОСМС и ДМС. Вот сейчас проходят тендера по закупу услуг ДМС в национальных компаниях, в группе компании Самрук казына. Я участвую там как независимый эксперт от национальной палаты предпринимателей Атамекен. Позиции руководителей тех компании – эта практический вся экономика

Казахстана. Там работает большая часть нашего населения и позиция руководителей этих организации такова: «да нам бы полгода простоят и продержаться». Они говорят все ОСМС начинается, мы забудем про этот ДМС. Вопрос не только в том что часть наших работников которые сейчас выполняют услуги ДМС могут остаться без объема работы, вопрос еще в том что пострадает качество медицинских услуг. Во-первых, мы понимаем, что к хорошему люди быстро привыкают, вот эти работники национальной компании они уже определённое время получают эти услуги в рамках ДМС. Мы понимаем, что ДМС это более высокие стандарты и уровень, нежели услуги которые мы получаем ГОБМП.

Тут еще вопрос о социальной напряженности, мы знаем такие регионы как допустим, как Жанаозен. Там население нервно реагирует на снижение качества оказания медицинской помощи. Мы знаем, что этот регион, недостаточно высокий, тут еще вопрос непосредственно социального пакета. Мы понимаем, что уровень экономики в данный момент не позволяет всем создать равные условия, но тем не менее для поддержания конкурентоспособности нашей экономики для наших компании вопрос ДМС он достаточно серьезен и важен. И вот этот вот момент, я считаю, что тоже неплохо было бы более детально прописать.

Представитель Кардиохирургического центра:

Более подробно создать описание по статусу научных центров. В действующей статье, научные организации осуществляют только научный и научно-инновационный видения. Мы сейчас знаем, что в нашей научные центры, они по материально техническим базам более современны, являются клиникой, здесь хорошая практика. Врачи занимаются и научной и образовательной деятельностью. Хотели бы чтобы внесли изменения именно в статусе научных центров, потому что они являются и будут оставаться авангардом в своих разделах в развитии. Когда статус будет подробно описан и юридический возможно будет давать например специалистам этих центров. Например, дифференциальное финансирование, например тарифов одинаковый статуса научных центров по клинике и городских больниц. Здесь это не сравнимо, по сложности ведение больных и по материально техническим затратам.

Казахстанская ассоциация лабораторий:

Предложение по профилактике заболеваний. Именно по профилактике ВИЧ инфекций. Касательно статьи 106 Кодекса , мы бы хотели предложить обновить профилактику ВИЧ инфекций, это раннее выявление ВИЧ инфицированных лиц. Мы бы хотели предложить раннюю диагностику ВИЧ инфицированных лиц могут проводить организация здравоохранения разрешающее проводить лабораторную диагностику и структурные подразделения. Как говорил президент Казахстана в 2018 году современное здравоохранение должно ориентироваться на профилактике нежели чем на дорогостоящее лечение в этой связи нам бы хотелось выявить ВИЧ инфекцию

на ранней стадии соответственно лечение было бы более успешным. Кроме того хотелось бы обратить внимание на международный опыт, более чем 77 стран мира это раннее выявление осуществляется во всех организациях здравоохранения как в частной сфере так и в государственной сфере. У нас на сегодняшний день это осуществляется только центрами СПИДа. Кроме того мы здесь ущемляем права пациентов на свободный выбор врача и медицинской организаций. В эти 77 стран мира в том числе входит Российская Федерация. Тем самым мы не претендуем на диагностику ВИЯ инфекций которую осуществляют СПИД центры и будет оставаться в их компетенции. Здесь дет речь только об одном лабораторном исследование являющейся частью первого этапа лабораторной диагностики ВИЧ инфекций и по рекомендациям ВОЗ тестирование должно расширяться всеми доступными мерами, чтоб была польза для каждого гражданина. Тест на ВИЧ является изначальной мерой профилактики.

Со стороны доказательной медицины и экономики здравоохранения я бы хотела отметить в кодексе есть статья 150 о нетрадиционной медицине о том, кто является этими людьми, которые могут этим заниматься и насколько я знаю во многих медицинских ВУЗах в Казахстане уже нет такого факультета, которые занимаются нетрадиционной медициной. И когда мы говорим о доказательной медицине, у нас огромная проблема с людьми которые занимаются всякими, как это называется емші, и у них по сути нет никакой ответственности за то, что они дезинформируют пациентов. Мы сейчас говорим о всевозможных штрафах, про врачебную ошибку, а все эти люди которые занимаются непонятно чем не наказуемы. Это надо изменить внутри Кодекса проработать. В плане государственной программы говорится что главный аспект это улучшение качества жизни, со стороны здравоохранения идет. Но внутри государственной программы не указываются инструменты измерения качества жизни. То есть нужно брать международную практику, мы говорим о кори, про пациент ориентируемых ауткамс которые можно внедрить как стандарты со стороны МЗ и внутри этой государственной программы тоже. В государственной программе есть такое слово пациент ориентированность, то есть мы здесь имеем ввиду пэйжент энд паблик энгейджмент, непонятно какая дефиниция имеется ввиду. И когда мы говорим о цифровизации здесь надо прописывать права пациента, в плане как GDPRP как в Европе делается. О том что они дают права информированного согласия для использования данных на в том числе биоматериалах. Внутри Кодекса там идет два пункта насчет оценки технологий здравоохранения и оно несет научное описание, смысл. Но не идет стэйтмента о том как это используется в принятие решений на уровне здравоохранения. По сути оценка технологий здравоохранения это и есть база доказательная как должны приниматься решения то есть там затраты, эффективность и качество жизни и т.д.. Но внутри Кодекса об этом не сказано. Статус принятия решения на уровне здравоохранения никакой не дается. Вот если мы смотрим какие-то

развитые страны допустим тот же самый UK там, там целый огромны закон о том какой статус идет найс и как они принимают решения.

В части финансирования, доведение до 5 % это большая победа. Если говорить о 20 годе связанное с финансированием со стороны медицинских услуг, в частности государственных и ОСМС то в целом на лечение выделяем более 60%.

Надыров Камалжан Талгатович, Вице-Министр здравоохранения:

Ни слова было сказано об ответственности населения за собственное здоровье. Мы об этом говорим давно, с призывом но на деле это осталось только лозунгом. Мы понимаем, что наши лозунги, продвижение ЗОЖ не эффективны. Между тем, в развитых странах к которым мы стремимся уже давно применяются те или иные инструменты воздействия на пациентов в части вакцинации, прохождении скринингов и т.д.. Когда при игнорировании тех или иных мероприятий со стороны МЗ применяются санкции.

Готовы ли мы внедрять на сегодняшнем этапе развития системы здравоохранении те или иные санкции в отношении наших пациентов которые не следят за собственным здоровьем, игнорируют все призывы врачей, обращаются на последней стадии заболевания, в целом усугубляя текущую ситуацию. Просим вас в этом направлении дать свои предложения. Например Южная Корея при прохождении скрининга пациенту дается право в течение года пройти скрининг. Если пациент без уважительной причины проигнорировал скрининг применяется механизм сооплаты. Где то это справедливо, мы должны как минимум начать об этом думать и в этом как раз таки кроется большой потенциал улучшения системы качества здравоохранения. В этом направлении нам нужно с вами подискутировать.

Бекшин Жандарбек Мухтарович, заместитель председателя КККБТУ:

Хотелось бы остановиться на теме общественного здравоохранения, действительно мы никак не можем определить социальные потребности, именно первых проводников стратегии, политики, МЗ РК на территории. Это наши департаменты, управления сейчас в расширенном составе и по контролю мер и фармацевтической деятельности не говоря уже о наших СЭС. Поэтому на сегодня у нас очень серьезная ситуация по контрольным вопросам мы никак не можем в кодексе найти, ссылаемся на закон на государственной службе. Приезжаем на ярмарки в ВУЗы предлагаем миллион подъемных, квартиры. Что МЗ может предложить своим выпускникам которые идут в санэпиднадзор в лабораторию ни копейки подъемного, никаких социальных льгот. Поэтому у нас на сегодня значит 500 на 4500 государственных служащих, 500 устойчивых вакансий. И 90 из них % на районном уровне. Я считаю, что нам нужно обязательно включить туда социальные льготы, защиту и вопросы и обеспечение детскими садами даже элементарные которые мы могли бы сейчас дать подъемными своим

выпускникам. Поскольку это проводники политики Министерства здравоохранения. Это не контролирующие органы. Сейчас мы делаем профилактику. И не только государственных служащих, это и санэпиднадзор и фармаканадзор и контроль качества медицинских услуг. Сегодня мы остаемся без проводников регионах и районах. Мы в предыдущей программе создали службу общественного здравоохранения, сейчас мы ставим задачу создать современную службу общественного здравоохранения. Но без должного сопровождения не получится у нас создать. На сегодня санэпиднадзор не имеет своих нормальных базовых институтов, вся гигиеническая, эпидемиологическая наука в целом на 90% осталась на территории РФ. Поэтому учитывая наши новые задачи нам нужен тоже институт, может надо переформатировать институт гигиены и эпидемиологии. У нас нету научного центра. Мы все потолочным методом разрабатываем инструкции, методики. Это конечно в корне не правильно. Каждая наша методика должна быть подкреплена наукой. Мы ездим в Россию, там есть два три института, у нас даже нет ни одного. Все риски должны пересматриваться каждые 5, 10 лет.

Досмагамбетова Раушан Султановна Медицинский университет Караганда:

Разработан новый стандарт подготовки специалистов ОЗ. Он сейчас утверждается. Что касается трудоустройства то нам сегодня действительно не понятно куда должен идти работать бакалавр, магистр, PhD. Потому что это нигде не прописано. Естественно каждый уровень требует другой уровень подготовки. Был организован институт ОЗ и профессионального здоровья. Сейчас планируется создание кластеров, по разработке очень многих вопросов касающиеся ОЗ и подготовки кадров. В этом институте мы обсуждали вносили предложения в кодекс, но к сожалению они сейчас не вошли. Они касаются следующего, это оказание медицинской помощи, при инфекционных заболеваниях и оказания медицинской помощи при профессиональных заболеваниях. Необходимо в статье 196 расписать по профессиональной патологии, статья 197 перечень проф. заболеваний. Сейчас в Казахстане нет перечня проф. заболеваний. У нас должен быть перечень, может быть с ВОЗа. Далее статья 198, оказания медицинской помощи проф. заболеваний и отравлениях. Это очень важно, тем более сейчас с июля выходит приказ о стационаре и стационар замещающих помощи. Статья 199, организация медико-социальной помощи в области профессиональных патологий, где и кем, как она должна быть оказана. Статья 200, это порядок направления пациентов с подозрением на профессиональные заболевания медицинскими организациями которые специализируемы на оказание помощи при проф. заболеваниях. Мы предложения уже отрабатывали, с комитетом управлением ОЗ, сейчас письменно тоже внесем вам и просим все это учесть.

Петухова Надежда Михайловна, член бщественного совета по здравоохранению:

Хотелось бы отметить то что высказывалось здесь и по поводу вопросов прежде всего, возвращения судебно-медицинских экспертов, осторожного отношения к индикаторам, ответственного отношения больных за выполнения тех рекомендации которые дают врачи, потому что мы прекрасно знаем когда мы даем рекомендации больным хроническим, а их никто не выполняет. И с каждым годом ухудшается состояние, но за это отвечают медицинские работники.

Хотелось бы еще отметить важный вопрос как сахарный диабет. У нас в стране и во всем мире распространяется с большой скоростью. И вот недавно я слушала выступление президента международной федерации сахарного диабета. Он сказал, что третья мировая война началась тихо. Потому что все инсульты, инфаркты, все гипертонии последствия предиабета. У нас к сожалению идет понятие только диабета, когда уже человек болеет. Раз мы создали общественное здравоохранение, раз мы говорим о том что мы должны заниматься профилактикой, должны поставить вопрос о том что все категории которые имеют большой риск. Расходы государства во всем мире растет. И если сейчас они составляют 10% от бюджета здравоохранения составляют, то в конечном итоге ВОЗ говорит о том что дойдет до 25%. Поэтому в программе это надо точно обозначить.

И хотелось бы обратить внимание на платные услуги. Большинство жалоб и недовольства возникает из-за того что человек получив квоту, он надеется, что он получит все в доступном объеме в стационаре. Но когда он приходит туда, получается, что нужно часть медицинских манипуляций оплатить и плюс еще не хватает зачастую лекарственных препаратов. Поэтому нам этот вопрос нужно еще раз обсудить для того чтобы принят правильное решение, ведь мы стараемся, и программу и кодекс делаем для того чтобы сделать качественные услуги. А качественные услуги будут тогда, когда правильное сбалансированное будет наше обеспечение. И также поднимали вопрос о психологах. У нас ни в одном медицинском ВУЗе нет медицинской психологии. И когда мы спрашиваем кто работает на должности психолога то это бывший завуч, бывший учитель который выгорел на своей старой работе и он идет на эту малооплачиваемою работу для того чтобы работать в поликлинике. И я спрашивала у руководителей поликлиник а чем они занимаются, на что мне отвечали, что не знают чем их занять, что они ходят слоняются туда сюда. Потому что психология которой они обучались в пединституте это психология обучения, а психология медицинская это надо психологу знать, как бороться с болезнью, как помогать родственникам в тяжелых ситуациях, это отличается. То, что их пытались обучить на всяких курсах все равно не дает как нам необходимых результатов. Нам надо обязательно предусмотреть медицинских психологов. К сожалению не имеем таких специалистов. На

западе у всех есть свой психоаналитик. Если бы была хорошая психологическая помощь, я думаю часть вопросов мы бы сняли.