



**ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ОТЧЕТ**  
**по итогам проведенного анализа по вопросам**  
**дебюрократизации государственного аппарата в Министерстве**  
**здравоохранения Республики Казахстан, его ведомствах и**  
**подведомственных организациях**

**Астанинский хаб государственной службы**

**2023**

Данный отчет подготовлен на основе исследования, проведенного национальным консультантом Б.С. Уакпаевым по заказу Астанинского хаба государственной службы (ACSH) в соответствии с запросом Агентства Республики Казахстан по делам государственной службы.

Публикация предназначена для политиков, практиков, экспертов, ученых, студентов и всех, кто интересуется вопросами совершенствования государственного управления и государственной службы.

Пожалуйста, для цитирования используйте следующий формат:

ACSH (2023). Заключительный отчет по итогам проведенного анализа по вопросам деbüroкратизации государственного аппарата в Министерстве здравоохранения Республики Казахстан, его ведомствах и подведомственных организациях. Астана: Астанинский хаб государственной службы.

Номер и название проекта: 00123513 – Институциональная поддержка регионального хаба государственной службы.

© Астанинский хаб государственной службы 2023

---

Взгляды и мнения, выраженные в этом отчете, не обязательно отражают точку зрения Астанинского хаба государственной службы. Фотокопирование и воспроизведение выдержек разрешено при наличии соответствующих ссылок.

Данная работа размещена на сайте Хаба в авторской редакции. В случае возникновения вопросов рекомендуется обращаться на электронную почту эксперта: [igip2015@yandex.ru](mailto:igip2015@yandex.ru) (Уакпаев Бауржан).

---

## **Астанинский хаб государственной службы**

Астанинский хаб государственной службы является флагманской инициативой правительства Казахстана и ПРООН. Он был создан в 2013 году 5 международными организациями и 25 странами. Сейчас в него входят 43 страны-участницы. Географический диапазон его участников простирается от Америки и Европы через СНГ, Кавказ и Центральную Азию до стран АСЕАН, демонстрируя, что партнерство для повышения качества государственной службы является постоянной и универсальной потребностью для всех стран.

Его мандат заключается в содействии повышению эффективности государственной службы путем поддержки усилий правительств стран-участниц по наращиванию институционального и человеческого потенциала; и, таким образом, способствуя совершенствованию систем государственной службы в странах региона и за его пределами.

Астанинский хаб государственной службы — это многосторонняя институциональная платформа для постоянного обмена знаниями и опытом в области развития государственной службы, направленная на поддержку правительства в регионе и за его пределами путем развития партнерских отношений, наращивания потенциала, взаимного обучения, исследований.

Больше информации на [www.astanacivilservicehub.org](http://www.astanacivilservicehub.org)

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ</b>	4-6
<b>ВВЕДЕНИЕ</b>	7
<b>1. ДЕБЮРОКРАТИЗАЦИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО АППАРАТА И ОРГАНИЗАЦИОННОЙ СТРУКТУРЫ</b>	11
1.1. Кардинальная трансформация деятельности государственного аппарата и административных процедур	19
1.2. Демонополизация государственного аппарата и экстерриториальные процедуры	64
1.3. Децентрализация деятельности государственного аппарата, централизация и оптимизация вспомогательных служб, лиц, работающих по трудовому договору, и подведомственных организаций	65
1.4. Делегирование полномочий, установление персональной ответственности и недопустимость передачи принятия решений и согласования вопросов на вышестоящий уровень и коллегиальным органам	68
1.5. Недопущение излишних, неоправданных и дублирующих функций, отчетности, поручений, согласований и совещаний	72
1.6. Оптимизация функций, структуры и штатной численности, в том числе посредством соотношения количества государственных органов, служащих и круга задач, стоящих перед ними, должностей руководящего и исполнительного звена, а также необходимых на их содержание и обслуживание расходов, повышение кадрового потенциала	86
<b>2. СЕРВИСНАЯ И КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО АППАРАТА</b>	94
2.1. Проактивные и композитные административные процедуры	94
2.2. Создание клиенториентированных условий и минимизация сроков, документов, звеньев и участников процедуры	105
2.3. Цифровые решения и сервисные административные процедуры	114
2.4. Открытость государственных органов, доступность информации и государственных услуг	128
<b>3. УСТРАНЕНИЕ АДМИНИСТРАТИВНЫХ БАРЬЕРОВ, НЕДОСТАТКОВ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ И ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ</b>	131
3.1. Избыточное правовое регулирование и государственный контроль, завышенные правовые требования и условия, неоправданные издержки и платежи	132
3.2. Мнимая автоматизация, недостатки информационных систем, цифровое неравенство и барьеры	137
3.3. Правовые коллизии, пробелы и недостатки правового регулирования	150
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>	171
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b>	177

## ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

РК	Республика Казахстан
ВС	Верховный Суд
ГО	Государственные органы
АДГС	Агентство РК по делам государственной службы
АЗРК	Агентство по защите и развитию конкуренции Республики Казахстан
УКПСиСУ	Управление Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры РК
УЗ	Территориальные управления здравоохранения
КНБ	Комитет Национальной безопасности РК
МО	Министерство обороны РК
МИД	Министерство иностранных дел РК
МФ	Министерство финансов РК
МКС	Министерство культуры и спорта РК
МЭ	Министерство энергетики РК
МОН	Министерство образования и науки РК
МЮ	Министерство юстиции РК
МВД	Министерство внутренних дел РК
МНЭ	Министерство национальной экономики РК
МСХ	Министерство сельского хозяйства РК
НБ	Национальный Банк РК
МИИР	Министерство индустрии и инфраструктурного развития РК
МИОР	Министерство информации и общественного развития РК
МТСЗН	Министерство труда и социальной защиты населения РК
МЗ	Министерство здравоохранения РК
МЦРИАП	Министерство цифрового развития, инноваций и аэрокосмической промышленности РК
МТИ	Министерство торговли и интеграции РК
МЭГПР	Министерство экологии, геологии и природных ресурсов РК
МИО	Местные исполнительные органы РК
ЦГО	Центральные государственные органы РК
ЦОН	Центр обслуживания населения
ИС	Информационная система

## ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ СТРУКТУР МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КМФК	Комитет медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан
КСЭК	Комитет санитарно-эпидемиологического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан
АД	Административный департамент
ДВА	Департамент внутреннего аудита
ДСР	Департамент стратегии и развития
ДОМП	Департамент организации медицинской помощи

ДОЗМИР	Департамент охраны здоровья матери и ребенка
ДКОСМС	Департамент координации обязательного социального медицинского страхования
ДЛП	Департамент лекарственной политики
ДМСИ	Департамент международного сотрудничества и интеграции
ДИП	Департамент инвестиционной политики
ДРЭЗ	Департамент развития электронного здравоохранения
ДНЧР	Департамент науки и человеческих ресурсов
БД	Бюджетный департамент
ДБУО	Департамент бухгалтерского учета и отчетности
ДПКУ	Департамент проектного и корпоративного управления
ЮД	Юридический департамент
ДУП	Департамент управления персоналом
ДСБ	Департамент собственной безопасности
ДСО	Департамент по связям с общественностью
УЗГС	Управление защиты государственных секретов
УМР	Управление мобилизационной работы и гражданской защиты

## **ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

РЦСМБ	ГУ «Республиканский центр специального медицинского обеспечения»
РПБСТиИН	ГУ «Республиканская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением»
КРЛ	ГУ «Казахский республиканский лепрозорий»
НЦЭ	РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы»
НЦЭЛС	РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий»
ДКС «Алатау»	РГП на ПХВ «Детский клинический санаторий «Алатау»
РЦК	РГП на ПХВ «Республиканский центр крови»
РЦКТВМУ	РГП на ПХВ «Республиканский центр по координации трансплантации и высокотехнологичных медицинских услуг»
РЦ «Балбулак»	РГП на ПХВ «Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак»
ЦКГ для инвалидов Отечественной войны	РГП на ПХВ «Центральный клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны»
РКГ для инвалидов Отечественной войны	РГП на ПХВ «Республиканский клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны»
ЦР «Бурабай»	РГП на ПХВ «Республиканский центр реабилитации «Бурабай»
КНЦДИЗ	Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний
НКЦЭМ	РГП на ПХВ «Национальный координационный центр экстренной медицины»
КНМУ имени С.Д. Асфендиярова	НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»

ЗКМУ имени Марата Оспанова	НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»
«Turar Healthcare»	НАО «Turar Healthcare»
ФСМС	НАО «Фонд социального медицинского страхования»
НЦОЗ	РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения»;
ННЦФ	РГП на ПХВ «Национальный научный центр фтизиопульмонологии Республики Казахстан»
РНПЦПЗ	РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»
ННЦТО	РГП на ПХВ «Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпенова Н.Д.»
ННЦООИ	РГП на ПХВ «Национальный научный центр особо опасных инфекций имени Масгута Айкимбаева»
НПЦТ	РГП на ПХВ «Научно-производственный центр трансфузиологии»
ННОЦ	ТОО «Национальный научный онкологический центр»
«СК-Фармация»	ТОО «СК-Фармация»
МУ Семей	НАО «Медицинский университет Семей»
МУ Астана	НАО «Медицинский университет Астана»
НЦН	АО «Национальный центр нейрохирургии»
ННЦРЗ	РГП на ПХВ «Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой»
МУ Караганды	НАО «Медицинский университет Караганды»
РЦЭЗ	РГП на ПХВ «Республиканский центр электронного здравоохранения»

## **ВВЕДЕНИЕ**

В сфере здравоохранения со стороны населения в последние годы сформировался значительный запрос на качественные, доступные медицинские услуги, ориентированные непосредственно на потребности граждан.

Со стороны государства был принят широкий спектр мер, направленных на повышение эффективности отечественной системы здравоохранения, предусмотренных Государственной программой реформирования и развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы, Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы, которые были призваны вывести отечественное здравоохранение на качественно новый уровень.

Вместе с тем, здравоохранение, основанное на административной форме взаимодействия государства и населения, а также наличие бюрократических процедур и барьеров не способствовало эффективности и результативности принимаемых решений.

В Республике, все еще отмечается недоступность медицинской помощи для населения, недостаточный уровень качества медицинских услуг, профессиональной подготовки врачей, нехватка медицинского персонала, недостаточная оснащенность медицинских организаций современным оборудованием, недостаток финансирования здравоохранения, недостаточное обеспечение лекарственными средствами и медицинскими изделиями, ненадлежащий контроль за качеством медицинских услуг (медицинской помощи), отсутствие эффективной системы страховой медицины.

Глава государства К.К. Токаев в январе 2022 года на заседании Мажилиса Парламента Республики Казахстан в качестве главной причины некачественной реализации реформ назвал тотальную бюрократию.

В Послании народу Казахстана «*Справедливое государство. Единая нация. Благополучное общество*» Президент Республики Казахстан К.К. Токаев особо указал на факт усталости людей от пустых деклараций и бесконечных презентаций светлого будущего, наличия со стороны граждан ожиданий фактического, а не формального исполнения обещаний со стороны государственных органов.

Главой государства для достижения структурных реформ в Послании народу Казахстана «*Справедливое государство. Единая нация. Благополучное общество*» поставлена задача по перезагрузке системы государственного управления с акцентом на децентрализацию системы государственного управления, сосредоточении Правительства на решении межотраслевых вопросов, министров на отраслевой политике, при одновременном повышении персональной ответственности политических служащих.

В Указе Президента Республики Казахстан от 13 апреля 2022 года № 872 «О мерах по дебиюрократизации деятельности государственного



аппарата» перед государственными органами поставлен комплекс системных и прикладных мер, реализация которых обеспечит ускорение принятия решений в государственном аппарате, повышение самостоятельности и персональной ответственности первых руководителей государственных органов, сокращение документооборота и отчетности.

Ключевыми принципами такой работы должны стать приоритет сущности над формой, цифровизация по умолчанию, управленческая ответственность, непрерывное совершенствование, оптимальность регламентации.

Реализация задач по перезагрузке системы государственного управления и дебюрократизации государственного аппарата позволило поднять на государственный уровень вопрос формирования сервисной и «человекоцентричной» модели государственного управления, в которой главными ценностями являются граждане и их благополучие.

В рамках проведения настоящего анализа установлен комплекс системных проблем государственного управления, а также системных проблем, связанных с невыполнения запросов и потребностей общества, причинами которых стали бюрократические процедуры, ненадлежащее правовое регулирование и искусственные административные барьеры.

Среди основных системных проблем государственного управления в сфере здравоохранения следует выделить:

- закрепление за уровнем государственного управления излишних, неоправданных и дублирующих функций;
- закрепление большого количества вспомогательных и не профильных функций, направленных на «поддержание» самого государственного органа, что приводит к неэффективности управления и ненадлежащей реализации профильных функций;
- принятие коллективных, коллегиальных решений при отсутствии персональной ответственности;
- передача принятия решений и согласования вопросов на вышестоящий уровень и коллегиальным органам при возможности решения вопроса на уровне государственного органа, делегировавшего такие полномочия и функции;
- практика создания излишней, дублирующей отчетной документации на всех уровнях здравоохранения, что приводит к значительному сокращению времени на выполнение профессиональных должностных инструкций государственными служащими, работниками подведомственных организаций и медицинских организаций;
- выполнение работниками несвойственных нагрузок и функций, создающее условия дефицита мотивации работников, распространение синдрома эмоционального выгорания;
- ненадлежащее распределения нагрузки на управленческий и исполнительский звенья государственного органа, ввиду некачественного

формирования структуры государственного органа;

- при наличии возможности оказания государственных и медицинских услуг или иных функций в проактивном и/или композитном формате государственными органами и субъектами здравоохранения не иницируются и не принимаются решения о применении таких сервисных форматов оказания услуг;

- отсутствие цифровизации бизнес-процессов и интеграции информационных систем, используемых в сфере здравоохранения;

- не выполнение принципов «реалистичности» и «человекоцентричности» при планировании, направлении незначительных ресурсов на практическое звено и сельское здравоохранение;

- наличие в практическом здравоохранении необоснованных бюрократических требований.

Среди основных системных проблем, связанных с невыполнением запросов и потребностей общества и граждан следует выделить следующие:

- граждане в связи с наличием сложных, многоэтапных внутренних процедур и процессов сталкиваются с некачественным, несвоевременным оказанием медицинских услуг (медицинской помощи), недоступностью лекарственных средств и медицинских изделий;

- граждане в связи ненадлежащим правовым регулированием и недостатками в работе информационных систем сталкиваются с фактической недоступностью государственных услуг, формальными отказами в их оказании;

- гражданам в медицинских организациях, оказывающих услуги в рамках ГОБМП и системе ОСМС предлагают наименьшие сроки оказания тех же бесплатных медицинских услуг, но на платной основе;

- пациенты при получении медицинских услуг (медицинской помощи), в том числе при обращении к профильному специалисту или получении направления на госпитализацию по квоте вынуждены проходить излишние «промежуточные» звенья и обращаться к участникам, не имеющим влияния на принятие решения;

- граждане при получении дорогостоящей, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, а также при обращении к профильным специалистам сталкиваются с фактами бюрократической волокиты, что ведет к упущению «терапевтического окна», отодвигающее сроки выздоровления пациентов, к осложнениям заболевания, хронизации, инвалидизации, летальным исходам;

- в связи ненадлежащим правовым регулированием и отсутствием условий для реализации принципа «человекоцентричности» пациенты из города и села испытывают разный уровень доступности к медицинским услугам, медицинской помощи, лекарственным средствам;

- для пациентов и граждан отсутствуют доступная и полная

информация о медицинских услугах, оказываемых в рамках ГОБМП, системе ОСМС, а также платных услугах.

Причины возникновения указанных проблемных вопросов и пути их решения приведены ниже в соответствии с разделами Методики проведения мониторинга и анализа по вопросам де бюрократизации государственного аппарата<sup>1</sup>, подготовленного с учетом приоритетов и основных задач, поставленных Главой государства К.К. Токаевым в Послании народу Казахстана «Справедливое государство. Единая нация. Благополучное общество» и Указе Президента Республики Казахстан от 13 апреля 2022 года № 872 «О мерах по де бюрократизации деятельности государственного аппарата».

Объектами анализа по вопросам де бюрократизации государственного аппарата стали: Министерство здравоохранения Республики Казахстан, его ведомства и подведомственные организации.

Основная цель настоящего анализа заключалась в выработке мер по совершенствованию деятельности объектов анализа и преодолению бюрократических процедур.

Для достижения цели были поставлены задачи по формированию рекомендаций для устранения причин и условий, создающих:

- 1) дублирующие и излишние задачи, функции, а также полномочия, компетенции, права и обязанности должностных лиц и объектов анализа;
- 2) завышенные, избыточные, необоснованные требования и (или) затраты;
- 3) мнимую, фиктивную и неоправданную деятельность, в том числе связанную с осуществлением административной процедуры;
- 4) препятствия в восполнении пробелов и совершенствовании недостатков правовых актов, информационных систем и ресурсов, а также управленческой деятельности;
- 5) барьеры и трудности, а равно вмешательство, невыполнение или ненадлежащее выполнение мер по де бюрократизации, а также пассивное поведение и отсутствие инициативы.

Основными направлениями анализа стали:

I. Де бюрократизация управленческой деятельности государственного аппарата и организационной структуры;

II. Сервисная и клиентоориентированная деятельность государственного аппарата;

III. Устранение административных барьеров, недостатков правового регулирования и информационного обеспечения.

---

<sup>1</sup> Разработана в соответствии с п.14 Указа Президента Республики Казахстан от 13 апреля 2022 года № 872 «О мерах по де бюрократизации деятельности государственного аппарата» и одобренной решением Консультативно-экспертной группы по вопросам формирования сервисного государственного аппарата и де бюрократизации его деятельности от 26 мая 2022 года.

# **I. ДЕБЮРОКРАТИЗАЦИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО АППАРАТА И ОРГАНИЗАЦИОННОЙ СТРУКТУРЫ.**

Министерство здравоохранения Республики Казахстан (далее министерство или МЗ) является государственным органом, осуществляющим руководство, а также межотраслевую координацию в 7 сферах (Положение о Министерстве здравоохранения Республики Казахстан, утверждено постановлением Правительства Республики Казахстан от 17 февраля 2017 года):

- охраны здоровья граждан;
- медицинской и фармацевтической науки, образования и промышленности;
- обращения лекарственных средств, медицинских изделий и контроля за его обращением;
- контроля за качеством оказания медицинских услуг (помощи);
- санитарно-эпидемиологического благополучия населения, контроля и надзора за соблюдением требований, установленных техническими регламентами и нормативными документами;
- безопасности пищевой продукции на стадии ее реализации;
- биологической безопасности.

За министерством закреплены 2 задачи:

1) формирование и реализация государственной политики, осуществление межотраслевой координации и государственное управление в 3 сферах:

- охраны здоровья граждан Республики Казахстан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, санитарно-эпидемиологического благополучия населения, контроля за обращением лекарственных средств и медицинских изделий, контроля качества оказания медицинских услуг (помощи);
- обеспечения в соответствии с законодательством Республики Казахстан получения гражданами бесплатной медицинской помощи в пределах гарантированного государством объема;
- организации обеспечения населения и организаций здравоохранения безопасными, эффективными и качественными лекарственными средствами;
- медицинской и фармацевтической промышленности;

2) осуществление иных задач, возложенных на Министерство, в пределах своей компетенции.

Структура министерства состоит:

- из двух ведомств (Комитет санитарно-эпидемиологического контроля Министерства здравоохранения РК, Комитет медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения РК);
- 18 департаментов (См: Определения, обозначения и сокращения структур министерства здравоохранения, стр.4);

➤ двух управлений (См: Определения, обозначения и сокращения структур министерства здравоохранения, стр.4).

➤ 32 подведомственных организаций (См: Определения, обозначения и сокращения подведомственных организаций министерства здравоохранения, стр.4-5).

В Плане развития Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2024 годы направления и цели деятельности министерства определены исходя из Посланий Президента Республики Казахстан народу Казахстана от 14 декабря 2012 года «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства», Концепции по вхождению Казахстана в число 30-ти самых развитых государств мира, Национального плана развития Республики Казахстан до 2025 года.

Стратегическими направлениями работы Министерства являются укрепление здоровья граждан и повышение пациент ориентированности системы здравоохранения.

Согласно Национального плана развития Республики Казахстан до 2025 года по стратегическому направлению 1. Укрепление здоровья граждан установлены 9 макроиндикаторов, характеризующих развитие отрасли и две цели – «1.1. Усиление профилактики заболеваний и развитие управления заболеваниями на ранних стадиях», «1.2. Улучшение доступности и качества медицинских услуг».

В качестве 9 макроиндикаторов, характеризующих развитие отрасли на 2021 год по плану определены следующие:

- ожидаемая продолжительность жизни населения при рождении (73,3 лет);
- снижение стандартизованного коэффициента смертности (7,9);
- снижение младенческой смертности (7,6);
- снижение материнской смертности (35,0);
- снижение заболеваемости ожирением среди детей (0 – 14 лет) (94,3);
- снижение стандартизованного коэффициента смертности от болезней системы кровообращения (174,0);
- снижение заболеваемости туберкулезом (46,5);
- уровень удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинских услуг, предоставляемых медицинскими учреждениями (66,1);
- инвестиции в основной капитал в сфере здравоохранения (175,7).

По результатам 2021 года **уровень невыполнения** министерством основных целевых индикаторов Плана развития министерства по стратегическому направлению «1. Укрепление здоровья граждан» составил - **66,7 %** (из 9 индикаторов не достигнуты – 6) (Таблица 1).

**Не достигнуты показатели** по снижению младенческой и материнской смертности, смертности от болезней системы кровообращения, продолжительности жизни, уровню удовлетворенности населения качеством

и доступностью медицинских услуг, уровню инвестиций в основной капитал в здравоохранении.

**Таблица 1. Стратегическое направление 1. Укрепление здоровья граждан**

№	Наименование	Срок завершения	Факт 2020 года	2021		О ходе реализации
				План	Факт	
1.	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении до 75 лет	2025 год	71,37	73,3	70,23	Показатель не достигнут (95,85 %)
2.	Снижение стандартизованного коэффициента смертности	2025 год	-	7,9	6,11	Показатель достигнут 100 %
3.	Младенческая смертность до 7,2 на 1000 родившихся живыми	2025 год	7,79	7,6	8,44	Показатель не достигнут (90,04 %)
4.	Материнская смертность до 10,0 на 100 тыс родившихся живыми	2025 год	36,5	35,0	44,71	Показатель не достигнут (78,2 %)
5.	Снижение заболеваемости ожирением среди детей (0 – 14 лет)	2025 год	-	94,3	44	Показатель достигнут
6.	Снижение стандартизованного коэффициента смертности от болезней системы кровообращения	2025 год	-	174,0	230,80	Показатель не достигнут (75,3 %)
7.	Снижение заболеваемости туберкулезом	2025 год	-	46,5	36,0	Показатель достигнут
8.	Уровень удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинских услуг, предоставляемых медицинскими учреждениями, до 80 %	2025 год	53,3	66,1	57,7	Показатель не достигнут (87,29 %)
9.	Инвестиции в основной капитал в здравоохранение до 372,2 % в 2025 году реального роста к уровню 2019 года	2025 год	-	175,7	144,4	Показатель не достигнут (82,1 %)

По стратегической цели 1.1. Плана развития министерства «Усиление профилактики заболеваний и развития управления заболеваниями на ранних стадиях» по 3 целевому индикатору «Рост удельного веса выявленных первичных злокачественных новообразований на 0-I стадиях (уровень ранней диагностики)» уровень выполнения при плановом значении 31,8 % фактически составил 27,1 %.

По итогам 2021 года заболеваемость злокачественными новообразованиями составила 190,3 на 100 тыс. населения – 36 140 случаев (в 2020 году – 173,4 на 100 тыс. населения, 32 490 случаев), рост заболеваемости на 9,8 %.

	Наименование	Ед. изм.	План	Факт
3.	Рост удельного веса выявленных первичных злокачественных новообразований на 0-I стадиях (уровень ранней диагностики)	%	31,8	27,1

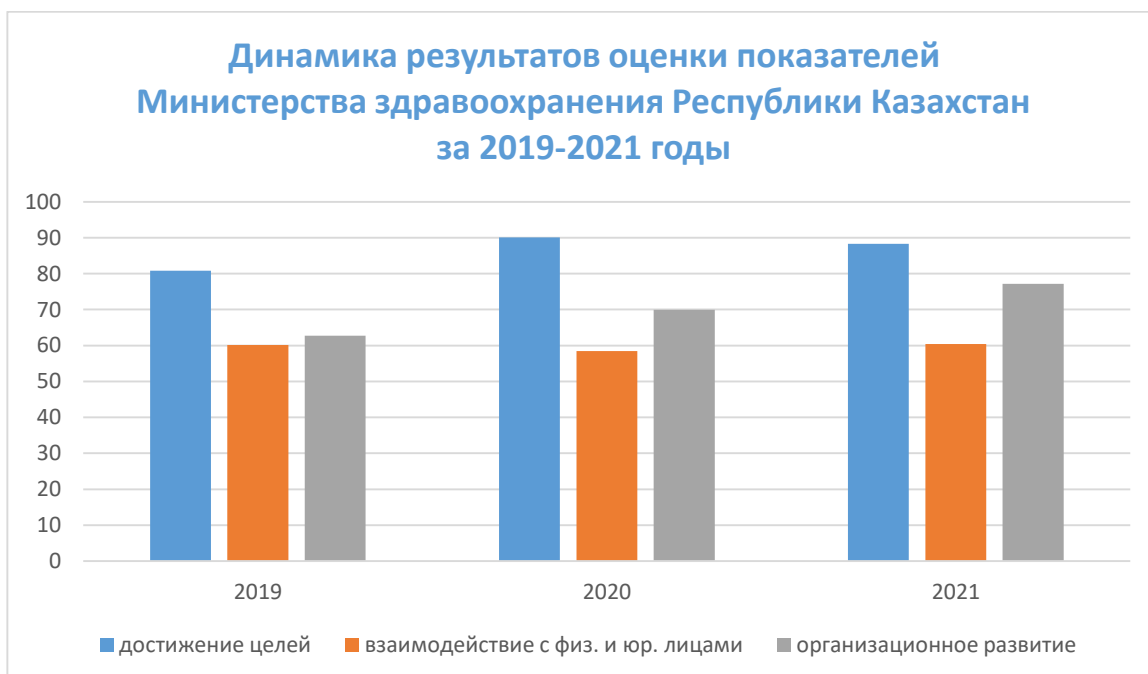
На неэффективность деятельности министерства здравоохранения указывают и результаты анализа показателей эффективности министерства за 2021 год, проведенного ТОО «Центр исследований, анализа и оценки эффективности» Счетного комитета по контролю за исполнением республиканского бюджета.

**Министерство по трем показателям эффективности деятельности государственного органа - «достижение целей», «взаимодействие с физическими и юридическими лицами», «организационное развитие» не достигло ни одного результата с высокой степенью эффективности.**

По показателю «достижение целей» установлена средняя степень эффективности (88,3 баллов) (2019г - 80,85, 2020г. – 90,13), по показателю «взаимодействие с физическими и юридическими лицами» - низкая степень эффективности (60,44 баллов) (2019г – 60,13, 2020г. – 58,43), по показателю «организационное развитие» - средняя степень эффективности (77,2 баллов) (2019г – 62,69, 2020г. – 69,92).

По сравнению с результатами 2020 года имело место ухудшение по показателям «достижение целей» (- 1,83, балла) и снижение результата с высокой на среднюю степень эффективности (данные ТОО «Центр исследований, анализа и оценки эффективности» Счетного комитета по контролю за исполнением республиканского бюджета (<https://www.bagalau.kz/results/govagency/1/11>)).

По показателям «взаимодействие с физическими и юридическими лицами», «организационное развитие» отмечается положительная тенденция роста показателя.



90 и выше баллов - высокая степень эффективности  
70 - 89,99 - средняя степень эффективности  
50 - 69,99 - низкая степень эффективности  
до 49,99 - неэффективная деятельность

По результатам проведенного анализа установлено, что Планы развития территорий (акиматов) (далее – ПРТ) не синхронизированы с Планом развития министерства здравоохранения и содержат разный перечень макропоказателей, что свидетельствует об отсутствии единых подходов к реализации стратегических документов на уровне центра и территорий.

По итогам 2021 года по регионам Казахстана установлена следующая ситуация с включением вышеуказанных макропоказателей в ПРТ и их реализацией:

– Акмолинская, Жамбылская, Западно-Казахстанская области, г.Шымкент: включен один макропоказатель – *«Стандартизированный коэффициент смертности»* (не достигнут);

– Актюбинская, Восточно-Казахстанская, Карагандинская, Костанайская, Мангистауская, Туркестанская области, г.Астана: включен один макропоказатель – *«Стандартизированный коэффициент смертности»*. Показатель реализации не представлен;

– Алматинская область: включено три макропоказателя *«Ожидаемая продолжительность жизни при рождении»* (не достигнут), *«Младенческая смертность»* (достигнут), *«Материнская смертность»* (достигнут); макроиндикатор *«Уровень удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинских услуг, предоставляемых медицинскими учреждениями»* отнесен к Целевым индикаторам, взаимозавязанным с финансовыми расходами (достигнут);

– г.Алматы: включено четыре макропоказателя *«Ожидаемая продолжительность жизни при рождении»* (не достигнут), *«Уровень материнской смертности»* (не достигнут), *«Уровень младенческой смертности»* (достигнут), *«Уровень удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинских услуг, предоставляемых медицинскими учреждениями»* (достигнут);

– Атырауская область: включено три макропоказателя – *«Стандартизированный коэффициент смертности»* (не достигнут), *«Младенческая смертность»* (достигнут), *«Материнская смертность»* (не достигнут);

– Кызылординская, Павлодарская области: включено три макропоказателя – *«Ожидаемая продолжительность жизни при рождении»*, *«Младенческая смертность»*, *«Материнская смертность»*. Показатели реализации не представлены;

– Северо-Казахстанская область: включено три макропоказателя – *«Ожидаемая продолжительность жизни при рождении»* (показатель реализации не представлен), *«Младенческая смертность»* (не достигнут), *«Материнская смертность»* (не достигнут).

Анализ результатов за 2021 год по местным исполнительным органам в части реализации макропоказателей сферы здравоохранения свидетельствует о преимущественном их не достижении.



Указанная ситуация требует кардинального пересмотра подходов в системе планирования, а также синхронизации государственной политики центра и территорий в части ее формирования и реализации.

На наличие бюрократических процедур в сфере здравоохранения указывают и результаты аудита, проведенного Счетным комитетом.

В частности, по причине наличия бюрократических процедур и ненадлежащего выполнения функций **не освоение бюджета по итогам 2021 года по министерству здравоохранения составило 7 447,1 млн. тенге (Таблица 2).**

**Справочно:**

Из неосвоенных 7 447,1 млн. тенге: 2 943,9 млн. тенге приходится на оплату за фактически оказанный объем услуг; 1 915,7 млн. тенге - позднее предоставление счета к оплате в органы казначейства; 897,4 млн. тенге - отсутствие или непредставление документов, подтверждающих обоснованность платежа; 807,9 млн. тенге - длительное согласование документов по оплате; 459,9 млн. тенге - несостоявшиеся конкурсы по государственным закупкам; 317 млн. тенге - несвоевременное проведение запланированных мероприятий; 67,6 млн. тенге – судебные разбирательства, 37,4 млн. тенге - несвоевременное принятие нормативных правовых актов по реализации бюджетных программ (подпрограмм); 0,3 млн.тенге - некомплектная поставка товаров поставщиками (Счетный Комитет. Заключение к отчету правительства РК об исполнении республиканского бюджета за 2021 год).

**Таблица №2. Бюджет государственного органа на 2021 год (млн. тенге).**

Утвержденный бюджет	Скорректированный бюджет	Исполнено	% исп.	Не исполнено	в том числе:	
					экономия	неосвоение
1 626 351,7	2 116 258,4	2 090 571,2	98,8	-25 687,2	-18 240,1	<b>-7 447,1</b>

По итогам 2021 года Счетным комитетом в сфере здравоохранения установлены финансовые нарушения на 3,3 млрд. тенге, неиспользование выделенных средств - 18,1 млрд. тенге, неэффективное использование - 1,2 млрд. тенге.

Среди основных причин финансовых нарушений: длительное согласование документов к оплате; длительное проведение конкурсных процедур; оплата проведена за фактически оказанный объем услуг, выполненные работы; несвоевременное предоставление актов выполненных работ, счетов-фактур; длительное согласование договоров, дополнительных соглашений; отсутствие потребности в расходовании средств в отчетном месяце.

Наличие фактов бюрократии, ненадлежащего правового регулирования и планирования, искусственных административных барьеров, невыполнения ожиданий и требований граждан в наиболее чувствительных вопросах в сфере здравоохранения подтверждаются результатами проверок, проведенных правоохранительными органами.

Генеральной прокуратурой в 2020 году выявлено неудовлетворительное состояние лекарственного обеспечения медицинских учреждений и пациентов со стороны ТОО «СК-Фармация».

За 2019-2020 годы учреждения здравоохранения не получили в срок порядка 700 наименований медикаментов (для лечения сахарного диабета, пневмонии, эпилепсии, онкологии, ВИЧ-инфекции).

В целом в ходе проверки лекарственного обеспечения внесено 93 акта надзора, в том числе представление в Правительство. К ответственности привлечено 173 лица (к дисциплинарной - 119, к административной - 54).

В 2021 году органами прокуратуры установлены системные нарушения законодательства, такие как закуп медоборудования и изделий по завышенным ценам, хищения, незаконные выплаты надбавок медперсоналу, и, напротив, невыплат участникам противоэпидемических мероприятий и другие нарушения.

Всего по результатам проверок внесено 129 актов надзора, в т.ч. представление в Правительство, к дисциплинарной ответственности привлечено 141 лицо, к административной – 52, защищены конституционные права 44 500 граждан. По материалам только этих проверок возбуждено 14 уголовных дел.

Проверки прокуроров, проведенные в 2022 году в регионах страны, свидетельствуют о многочисленных нарушениях законодательства, допускаемых организациями здравоохранения на всех стадиях закупа медицинского оборудования, начиная от его необоснованного приобретения, заканчивая необеспечением надлежащего сервисного обслуживания.

Ввиду неправильного планирования в Акмолинской, Атырауской, Восточно-Казахстанской, Западно-Казахстанской, Мангистауской и Павлодарской областях медицинскими учреждениями закуплена разного вида техника стоимостью свыше миллиарда тенге, которая простаивает либо не используется в полной мере.

Повсеместно выявлены факты закупа медицинской техники по завышенным ценам.

В 2020 году Актюбинским медицинским центром закуплен комплекс передвижной неотложной медицинской помощи за 72,9 млн. тенге. Его таможенная стоимость составила 16,6 млн. тенге, т.е. в 4 раза меньше. При этом, согласно законодательству, поставщик мог добавить лишь 15 % наценки на медоборудование с учетом фактически понесенных расходов.

Схожие факты установлены в г.Алматы, Акмолинской, Атырауской, Карагандинской, Костанайской, Восточно-Казахстанской, Жамбылской, Западно-Казахстанской и Павлодарской областях.

Причинами является полное отсутствие контроля со стороны уполномоченного органа - Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения, грубые нарушения со стороны экспертов РГП, руководителей управления здравоохранения областей,

больниц и поликлиник, недобросовестность и обман предпринимателей, несовершенство законодательства.

Всего по итогам проверок в 2022 году прокурорами внесено 208 представлений об устранении нарушений законности, в том числе представление в Правительство. К дисциплинарной и административной ответственности привлечено 405 лиц, в правоохранительные органы передано 13 материалов, начато досудебное расследование 6 уголовных дел.

Результаты анализа, проведенного в рамках настоящего раздела, позволили установить круг проблем и условий, способствующих бюрократизации управленческой деятельности государственного аппарата и организационной структуры в сфере здравоохранения.

Среди них следует выделить:

- наличие условий и необходимости изменения подведомственности компетенций или передачи функций в конкурентную среду;
- не удовлетворение запросов граждан в таких наиболее чувствительных вопросах как обеспечение и доступность лекарственных средств, обеспечение медицинскими кадрами, сроки ожидания медицинских услуг (медицинской помощи) и другие;
- наличие монопольных функций государственного органа или подведомственной организации и не выполнение принципа «экстерриториальности»;
- наличие большого неоправданного количества вспомогательных служб, лиц, работающих по трудовому договору;
- неоправданное делегирование полномочий и необоснованная передача принятия решений и согласований на вышестоящий уровень и коллегиальным органам, отсутствие персональной ответственности;
- наличие излишних, неоправданных и дублирующих функций, отчетности, поручений, согласований и совещаний.
- нерациональное распределение кадрового потенциала.

## **1.1. Кардинальная трансформация деятельности государственного аппарата и административных процедур.**

В целях выявления условий для повышения эффективности деятельности государственного аппарата и административных процедур проведен анализ на предмет пересмотра определенных видов деятельности, целесообразности их дальнейшего осуществления, перевода в частный сектор, аутсорсинг либо изменения подведомственности процедуры (компетенции).

В сфере здравоохранения изучены компетенции Правительства, министерства, его ведомств, подведомственных организаций, МИО с учетом их соответствия требованиям и запросам гражданам, общества и государства,

Посредством метода интервьюирования по указанным вопросам проведены встречи с руководителями ведомств, структурных подразделений и подведомственных организаций министерства.

### **Справочно:**

Закрепление функций согласно Положений:

Министерство здравоохранения - 324 функции

Комитет медицинского и фармацевтического контроля – 98 функций

Комитета санитарно-эпидемиологического контроля – 58 функций

Департаменты, управления министерства здравоохранения – 721 функций

По результатам проведенного анализа:

– сформирован **перечень из 13 компетенций, рекомендованных для изменения подведомственности и передачи в конкурентную среду;**

– **установлены системные проблемы в вопросах обеспечения лекарственными средствами и медицинскими изделиями;**

– **установлены системные проблемы, не способствующие удовлетворению требований и запросов граждан в 4 наиболее чувствительных вопросах в сфере здравоохранения:**

- 1) стратегическое планирование в сфере здравоохранения;
- 2) обеспечение медицинскими кадрами и уровня их квалификации;
- 3) сроки ожидания оказания медицинских услуг (медицинской помощи);
- 4) система квотирования бесплатной медицинской помощи.

### **1.1.1. Компетенции, рекомендованные для изменения подведомственности и передачи в конкурентную среду.**

По результатам проведенного анализа установлена возможность:

– **изменения подведомственности по 9 компетенциям;**

– **передачи в конкурентную среду 4 компетенций.**

**Компетенции, рекомендованные для изменения подведомственности.**

**1) Наименование и субъект компетенции:**

**Органы здравоохранения в пределах своей компетенции организуют представление органу уголовного преследования и суду отчета (доклада) о проведенном социально-психологическом обследовании несовершеннолетнего и составление карты социально-психологического сопровождения несовершеннолетнего** (п.п.6-2) ст.15 ЗРК «О профилактике правонарушений среди несовершеннолетних и предупреждении детской безнадзорности и беспризорности»).

Указанная функция органами здравоохранения по факту не исполняется.

В Кодексе «О здоровье народа и системе здравоохранения» и в положениях за управлениями здравоохранений указанная компетенция не закреплена.

Отчет (доклад) о проведенном социально-психологическом обследовании несовершеннолетнего и карту социально-психологического сопровождения несовершеннолетнего органу уголовного преследования и суду на практике предоставляют учреждения образования (педагог - психолог, социальный педагог).

Сложившаяся практика, свидетельствует о наличии возможности передачи указанной компетенции по подведомственности органам образования посредством исключения п.п.6-2) из ст.15 Закона «О профилактике правонарушений среди несовершеннолетних и предупреждении детской безнадзорности и беспризорности» и закрепления компетенции в ст.12 ЗРК «О профилактике правонарушений среди несовершеннолетних и предупреждении детской безнадзорности и беспризорности».

**2) Наименование и субъект компетенции:**

**Государственный орган в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения организует и осуществляет в пределах своей компетенции санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия при пищевых отравлениях, инфекционных, паразитарных, профессиональных заболеваниях** (п.п.17) ст.9 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»).

По результатам проведенного анализа установлено, что территориальными департаментами КСЭК осуществляются санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия при пищевых отравлениях, инфекционных, паразитарных, профессиональных заболеваниях, в том числе за **туберкулезом, который не относится к группе опасных заболеваний.**

Компетенции диагностики туберкулеза, основанной на стандартных исследованиях (бактериологических: микроскопия, посев и ТЛЧ), клинко-рентгенологических и постановке туберкулиновых проб Манту 2 ТЕ, а также дополнительных методах (инструментальных и радиологических) в регионах

закреплены за КГП на ПХВ «Областной центр фтизиопульмонологии» управления здравоохранения.

Работники Областных центров фтизиопульмонологии и территориальных департаментов КСЭЖ посещают очаги и медицинские организации по вопросам профилактики туберкулеза, что приводит к дублированию функций.

Сложившаяся практика, свидетельствует о наличии возможности передачи функции осуществления санитарно-профилактических мероприятий за инфекционным заболеванием по туберкулезу, не относящегося к опасному инфекционному заболеванию от территориальных департаментов КСЭЖ на уровень Областных центров фтизиопульмонологии.

### **3) *Наименование и субъект компетенции:***

*Для определения степени годности граждан к воинской службе на постоянной основе в областях, городах республиканского значения, столице, городах и районах решением местных исполнительных органов создаются медицинские комиссии (п.3) ст.140 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»).*

Рекомендуется пересмотреть подведомственность закрепления функции в части создания персонального состава медицинских комиссий, характеризующиеся закрытым, непрозрачным характером ввиду отсутствия правовой регламентации.

Фактически процесс подготовки «Постановления» ведет Департамент (Департамент по делам обороны направляет письмо о начале призыва в Управление здравоохранения, которое готовит приказ о составе медкомиссии и передает его в Департамент для подготовки проекта постановления «О создании постоянно действующей медицинской комиссии для проведения медицинского освидетельствования граждан»).

В указанной ситуации управления здравоохранения по факту делегируют функцию создания комиссии территориальным департаментам по делам обороны.

Рекомендуется устоявшуюся практику закрепить на уровне компетенций территориальных департаментов по делам обороны, внося соответствующую поправку в п.3. ст.140 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения».

### **4) *Наименование и субъект компетенции:***

*Должностные лица, осуществляющие государственный контроль в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий, помимо прав, предусмотренных п.1 ст.154 Предпринимательского кодекса Республики Казахстан, имеют право запрещать и (или) приостанавливать ввоз, производство, изготовление, хранение, применение и реализацию на территории Республики Казахстан*

**лекарственных средств и медицинских изделий, пришедших в негодность, с истекшим сроком годности, фальсифицированных, контрафактных лекарственных средств и медицинских изделий и других не соответствующих требованиям законодательства Республики Казахстан в области здравоохранения;** (п.п.3) п.1 ст.54 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»).

По результатам проведенного анализа установлено не выполнение должностными лицами всего перечня предоставленных прав.

На практике должностными лицами на территориях производится лишь изъятие образцов проб лекарственных средств, медицинских изделий и направление их в экспертную организацию, которая, в свою очередь, результаты предоставляет в КМФК для принятия соответствующего решения.

Территориальный департамент извещает МИО и размещает результаты в СМИ только по итогам решения КМФК.

В связи невозможностью исполнения функции на уровне территориальных департаментов КСФК рекомендуется указанную функции в полном объеме передать в компетенцию КМФК и внедрить единую информационную платформу для обмена информацией между Комитетом и его территориальными подразделениями (обмен информацией происходит путем официальной переписки внутри одного ведомства).

#### **5) Наименование и субъект компетенции:**

**Уполномоченный орган участвует в формировании и реализации государственной политики в сфере медицинской и фармацевтической промышленности;** (п.п.101) ст.7 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»).

**КМФК участвует в реализации государственной политики в сфере медицинской и фармацевтической промышленности (п.п.90) п.15 Положения о РГУ «КМФК МЗ РК».** Приложение 1 к приказу Министра здравоохранения РК от 8 октября 2020 года № 645).

#### **Справочно:**

В соответствии с постановлением Правительства от 7 декабря 2021 года № 868 функции по развитию медицинской и фармацевтической промышленности переданы от Министерства индустрии и инфраструктурного развития в министерство.

В соответствии с Положением КМФК за Комитетом закреплены контрольно-надзорные функции за обращением лекарственных средств и медицинских изделий, в том числе осуществление фармацевтических инспекций на производственные площадки, осуществление контроля за оборотом товаров, подлежащих маркировке и др.

Комитетом также осуществляются функции государственной регистрации лекарственных средств и медицинских изделий, а также ряд

разрешительных функций, в том числе выдача сертификата на фармацевтический продукт (СРР) и др.

В 2021 году, несмотря на наличии у КМФК указанных контрольно-надзорных и разрешительных функций, за КМФК были дополнительно закреплены функции по участию в реализации государственной политики в сфере медицинской и фармацевтической промышленности.

При этом отмечаем, что медицинская и фармацевтическая промышленность относится к приоритетным видам деятельности обрабатывающей промышленности.

В результате Комитет участвует в реализации государственной политики в сфере медицинской и фармацевтической промышленности, путем содействия в оказании решения проблемных вопросов отечественной фармацевтической индустрии, в осуществлении мер государственной поддержки.

Сложившаяся ситуация привела к централизации и совмещению в одном государственном органе контрольных, разрешительных и регулятивных функций в сфере медицинской и фармацевтической промышленности.

Учитывая изложенное, на сегодняшний день существует риск «конфликта интересов» между контрольно-надзорными, разрешительными функциями и функцией по развитию отечественной фармацевтической отрасли Комитета.

Рекомендуется функции, закрепленные за министерством и КМФК в п.п.101) п.1 ст.7 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» и п.п.90) п.15 Положения о РГУ «КМФК МЗ РК» (Приложение 1 к приказу Министра здравоохранения РК от 8 октября 2020 года № 645) передать по подведомственности в Министерство индустрии и инфраструктурного развития.

***б) Наименование и субъект компетенции:***

***МИО областей, городов республиканского значения и столицы организуют и проводят профилактическую дезинсекцию и дератизацию с оценкой их эффективности (за исключением дезинсекции и дератизации на территории природных очагов инфекционных и паразитарных заболеваний, а также в очагах инфекционных и паразитарных заболеваний);*** (п.п.26) п.2 ст.12 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»).

Указанная функция включена в перечень функций управлений здравоохранений.

Анализом установлено, фактическое неисполнение данной функции управлениями здравоохранения ввиду отсутствия финансирования.

При этом, согласно ст.9 Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» санитарно-эпидемиологический мониторинг, проведение санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических



мероприятий отнесена в компетенцию государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

В этой связи, рекомендуется пересмотреть подведомственность функции по дезинсекции и дератизации, закрепленной в п.п.26) п.2 ст.12 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» путем ее передачи от местных исполнительных органов в соответствующие структурные подразделения департамента КСЭК.

#### **7) Наименование и субъект компетенции:**

**РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы» КСЭК МЗ РК осуществляет разрешение на корректировку внесенных данных в едином комплексном программном обеспечении «Лабораторная информационная система».**

С 2022 года при допущении ошибок, сотрудниками филиала РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы» КСЭК МЗ РК (далее – НЦЭ) при работе в едином комплексном программном обеспечении «Лабораторная информационная система» (далее – ЛИС) требуется официальное разрешение от центрального аппарата НЦЭ для внесения корректировок, для чего филиалом НЦЭ направляется многочисленное количество служебных записок в НЦЭ, что в свою очередь препятствует своевременному предоставлению актов выполненных работ и счет-реестров.

Оперативное внесение корректировок и изменений на уровне филиала НЦЭ позволит сэкономить время и сократить излишние этапы согласования. В этой связи, рекомендуется передать функции по корректировке ошибок в программе «Лабораторная информационная система» с центрального аппарата РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы» КСЭК МЗ РК в его филиалы.

#### **8) Наименование и субъект компетенции:**

**Уполномоченный орган внедряет новые методы профилактики, диагностики, лечения заболеваний и состояний медицинской реабилитации, а также контроля за ними (п.п.4) ст.7 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»).**

Согласно п.2 ст.133 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», порядок проведения оценки технологий здравоохранения и их применение определяются уполномоченным органом.

В рамках указанной функции Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-215/2020 года были утверждены Правила проведения оценки технологий здравоохранения и их применения.

Согласно указанных Правил, Объединенная комиссия по качеству медицинских услуг и Формулярная комиссия, являющихся постоянно действующими консультативно-совещательными органами при уполномоченном органе в области здравоохранения, наделены компетенциями на основании представленных материалов принимать решение об одобрении или об отказе технологии здравоохранения.

Таким образом, министерство здравоохранения в вопросах профилактики, диагностики, лечения заболеваний и состояний медицинской реабилитации наделено регулятивными, реализационными и контрольными функциями, что приводит к необъективной централизации полномочий и конфликту интересов.

В целях исключения конфликта интересов и концентрации в одном государственном органе регулятивных, реализационных и контрольных функций рекомендуется передать функции по проведению контроля за применением новых методов профилактики, диагностики, лечения заболеваний и состояний медицинской реабилитации от министерства здравоохранения в Комитет медицинского и фармацевтического контроля МЗ РК.

***9) Наименование и субъект компетенции:***

***Уполномоченный орган не чаще одного раза в полугодие не позднее десятого числа первого месяца полугодия утверждает по согласованию с антимонопольным органом предельные цены производителя на торговое наименование лекарственного средства, предельные цены на торговое наименование лекарственного средства для розничной и оптовой реализации, включенного в перечень лекарственных средств, подлежащих ценовому регулированию*** (п.2 ст.245 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»).

**Уполномоченный орган разрабатывает и утверждает предельные цены на торговое наименование лекарственного средства для розничной и оптовой реализации** (п.п.96) ст.7 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»).

Согласно п.п.15), 43), 92), 95) ст.7 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» уполномоченный орган:

– определяет перечень лекарственных средств и медицинских изделий, закупаемых у единого дистрибьютора (п.п.15));

– разрабатывает и утверждает перечень лекарственных средств и медицинских изделий, закупаемых единым дистрибьютором в рамках долгосрочных договоров поставки лекарственных средств и медицинских изделий (п.п.43));

– определяет порядок и методику формирования потребности в лекарственных средствах и медицинских изделиях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, дополнительного объема медицинской помощи лиц, содержащихся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы, за счет бюджетных средств и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования (п.п.92));

– формирует и утверждает предельные цены и наценки на лекарственные средства и (или) медицинские изделия в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования (п.п.95));

Таким образом, министерство здравоохранения при выполнении функции *по установлению предельной цены производителя на торговое наименование лекарственного средства, предельные цены на торговое наименование лекарственного средства для розничной и оптовой реализации, включенного в перечень лекарственных средств, подлежащих ценовому регулированию* также:

– определяет перечень лекарственных средств и медицинских изделий, закупаемых у единого дистрибьютора;

– определяет перечень лекарственных средств и медицинских изделий, закупаемых единым дистрибьютором в рамках долгосрочных договоров;

– определяет порядок и методику формирования потребности в лекарственных средствах и медицинских изделиях;

– устанавливает предельные цены и наценки на лекарственные средства и (или) медицинские изделия в ГОБМП и (или) в системе ОСМС;

– через Единого закупает лекарственные средства и медицинские изделия в рамках ГОБМП и в системе ОСМС.

Указанное сосредоточение функций у уполномоченного органа приводит к «конфликту интересов», что актуализирует вопрос передачи функции по утверждению предельных цен на торговое наименование лекарственного средства для розничной и оптовой реализации по подведомственности иному государственному органу.

Как показывает зарубежная практика, в большинстве стран государственное прямое и/или косвенное регулирование цен на лекарственные средства является обычной практикой.

В своей основе регулированию подлежат цены на препараты (как правило, рецептурные), стоимость которых возмещается за счет бюджетных средств и/или фондов медицинского страхования в целях осуществления

контроля за расходами на социальное обеспечение. Ценообразование безрецептурных препаратов, стоимость которых не возмещается системой социального страхования, обычно не подлежит контролю со стороны государства.

В ряде стран Евразийского экономического союза применяется метод предоставления полномочий по регулированию цен на лекарственные средства органам антимонопольной службы.

В Республике Беларусь, контроль над регулированием цен возложено на Министерство антимонопольного регулирования и торговли (МАРТ) и ведется на основании нормативно-правового акта от 19 ноября 2018 года «Инструкция о методике расчета предельных отпускных цен производителей на лекарственные средства».

В Российской Федерации данная функция возложена на Федеральную антимонопольную службу (ФАС) (Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» от 12 апреля 2010 года).

В Республике Азербайджан Секретариат Тарифного (ценового) Совета Азербайджанской Республики утверждает оптовые и розничные цены на лекарственные средства на основе базовых цен и определенной наценке, а Министерство экономики осуществляет контроль ценовой дисциплины на фармацевтическом рынке.

Учитывая данный зарубежный опыт, в целях исключения условий для конфликта интересов, рекомендуем передать функции по утверждению предельных цен на торговое наименование лекарственного средства для розничной и оптовой реализации по подведомственности от министерства здравоохранения в Агентство по защите и развитию конкуренции РК.

**Компетенции, рекомендованные для передачи в конкурентную среду - в организации здравоохранения.**

**1) *Наименование и субъект компетенции:***

*Местные органы государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы в пределах своей компетенции: «предоставляют клинические базы в коммунальных юридических лицах в области здравоохранения для организаций образования в области здравоохранения» (п.п.10) ст.13 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»).*

На законодательном уровне медицинским организациям предоставлена возможность без участия управления здравоохранения самостоятельно предоставлять клинические базы для организаций образования.

### **Справочно:**

Согласно п.п.128) п.1. ст.1 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» клиническая база – организация здравоохранения, которая используется организацией образования для подготовки и повышения квалификации кадров в области здравоохранения по договору о совместной деятельности;

Организации образования в области здравоохранения в соответствии с п.5 ст.220 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» наделены правом заключать договоры с медицинскими организациями в сфере образовательной, научной, клинической деятельности.

Наличие у организаций образования права напрямую заключать договоры с медицинскими организациями в сфере образовательной, научной, клинической деятельности позволяет передать функцию управлений здравоохранения по предоставлению клинических баз в коммунальных юридических лицах в области здравоохранения для организаций образования в области здравоохранения в конкурентную среду непосредственно организациям здравоохранения.

### **2) Наименование и субъект компетенции:**

**Органы здравоохранения в пределах своей компетенции организуют разработку и реализацию мероприятий по профилактике немедицинского потребления психоактивных веществ среди несовершеннолетних и связанных с этим правонарушений (п.п.2) ст.15 ЗРК «О профилактике правонарушений среди несовершеннолетних и предупреждении детской безнадзорности и беспризорности»).**

Проведенным анализом установлено, что в Кодексе «О здоровье народа и системе здравоохранения» и в положениях за управлениями здравоохранений указанная компетенция не закреплена.

Нормы, закрепленные в ст.109 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» в вопросах профилактики зависимости от психоактивных веществ» не устанавливают особенностей реализации функций в отношении несовершеннолетних и не устанавливает соответствующие компетенции в отношении органов здравоохранения.

В регионах компетенция по первичной профилактике наркомании, алкоголизма и табачной зависимости выполняются на уровне Межведомственной комиссией при акиме области.

На основе ежегодных планов Межведомственной комиссии профилактикой наркомании среди несовершеннолетних занимается областной Центр психического здоровья.

Как правило, профилактика направлена на тематические мероприятия, семинары, лекции, беседы с родителями и молодежью.

Сложившаяся практика, свидетельствует о наличии возможности передачи вопроса профилактики немедицинского потребления

психоактивных веществ среди несовершеннолетних в конкурентную среду или передачи по подведомственности в Центры психического здоровья.

### **3) Наименование и субъект компетенции:**

**Органы здравоохранения организуют распространение санитарно-эпидемиологических знаний среди несовершеннолетних, их законных представителей, а также пропаганду здорового образа жизни (пп.1) ст.15 Закона «О профилактике правонарушений среди несовершеннолетних и предупреждении детской безнадзорности и беспризорности») и проведение социально-психологического обследования несовершеннолетнего с целью уточнения данных о его личности и подготовки предложений о мерах по его реабилитации (п.п.6-1) ст.15 Закона «О профилактике правонарушений среди несовершеннолетних и предупреждении детской безнадзорности и беспризорности»).**

Указанные функции в Положениях управлений здравоохранений не предусмотрены. В свою очередь, в уставах организаций здравоохранения предусмотрено, что одним из видов их деятельности является профилактика заболеваний и пропаганда здорового образа жизни.

В настоящее время пропаганда здорового образа жизни на территориях осуществляется организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) во взаимодействии с организациями образования, а также самого управления здравоохранения с управлениями образования.

В медицинских организациях области функционируют профильные школы здоровья и школы поведенческих факторов риска.

В рамках Школа здоровья организаций здравоохранения проводятся консультации, диспуты, встречи, лекции; сотрудниками медицинских организаций проводится работа по обучению населения навыкам здорового образа жизни и пропаганде ЗОЖ, формированию мотивации у пациентов к целенаправленным действиям по преодолению поведенческих факторов риска развития заболеваний, повышению компетентности в вопросах, от которых зависит их здоровье.

Мероприятия по данному направлению реализуется в рамках государственного социального заказа.

Указанная ситуация свидетельствует о наличии возможности передачи двух функций: «организация распространения санитарно-эпидемиологических знаний среди несовершеннолетних, их законных представителей, а также пропаганда здорового образа жизни» (пп.1) ст.15 Закона «О профилактике правонарушений среди несовершеннолетних и предупреждении детской безнадзорности и беспризорности») и «проведение социально-психологического обследования несовершеннолетнего с целью уточнения данных о его личности

и подготовки предложений о мерах по его реабилитации» (пп.6-1) ст.15 Закона «О профилактике правонарушений среди несовершеннолетних и предупреждении детской безнадзорности и беспризорности») в конкурентную среду – медицинским организациям.

#### **4) Наименование и субъект компетенции:**

*К компетенции территориальных подразделений уполномоченного органа в области социальной защиты населения относятся проведение медико-социальной экспертизы (п.п.1) п.2 ст.7 Закона РК «О социальной защите лиц с инвалидностью в Республике Казахстан»).*

В соответствии с п.п.1) п.2 ст.7 Закона РК «О социальной защите лиц с инвалидностью в Республике Казахстан» и Правилами проведения медико-социальной экспертизы, утвержденными приказом министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 января 2015 года №44, деятельность медико-социальной экспертизы осуществляется учреждениями, подведомственными министерству труда и социальной защиты населения Республики Казахстан.

Со стороны поликлиники составляется и отбирается консилиум с целью направления или представления больных на инвалидность, а задачей работников МСЭ является только определение группы инвалидности отобранному больному.

В составе комиссии МСЭ отсутствуют практикующие врачи и профильные специалисты, имеющие допуск к клинической практике.

Проще говоря, МСЭ, проводят чиновники, имеющие медицинское образование.

О состоянии пациента знают только врачи, которые ежедневно наблюдают пациента в поликлинике, и по принципу «здесь и сейчас» избавляют пациента от необходимости хождения по инстанциям.

Рекомендуется пересмотреть подведомственность функции по проведению медико-социальной экспертизы (п.п.1) п.2 ст.7 Закона РК «О социальной защите лиц с инвалидностью в Республике Казахстан») путем ее передачи от территориальных подразделений уполномоченного органа в области социальной защиты населения в медицинские организации по прикреплению пациента.

### **1.1.2. Обеспечение лекарственными средствами и медицинскими изделиями.**

Одним из важных индикаторов доступности медицинских услуг (медицинской помощи) является уровень доступности лекарственных средств (далее – ЛС) и медицинских изделий (далее – МИ).

Согласно Положения за министерством в вопросах обеспечения лекарственными средствами и медицинскими изделиями закреплены функции по реализации государственной политики в области здравоохранения, в сфере

обращения лекарственных средств и медицинских изделий (п.п.1) п.15), разработке и реализация программ в области здравоохранения, в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий (п.п.2) п.15), разработке и утверждение правил обеспечения лекарственными средствами и медицинскими изделиями в рамках ГОБМП, дополнительного объема медицинской помощи лиц, содержащихся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной системы (далее – УИС), за счет бюджетных средств и (или) в системе ОСМС (п.п.34) п.15), определению перечня лекарственных средств и медицинских изделий, закупаемых у единого дистрибьютора (п.п.50) п.15) и др.

Департаментом лекарственной политики МЗ РК согласно Положения реализуется 10 функций, непосредственно связанных с вопросами обеспечения лекарственными средствами и медицинскими изделиями.

**Справочно:**

За Департаментом лекарственной политики МЗ РК согласно Положения закреплены функции (извлечение):

- 1) реализация государственной политики, в области организации обеспечения населения и организаций здравоохранения безопасными, эффективными и качественными лекарственными средствами в рамках ГОБМП и в системе ОСМС (п.п.1) п.5);
- 2) осуществление государственного регулирования цен на лекарственные средства и медицинские изделия в рамках ГОБМП и ОСМС (п.п.2) п.5);
- 3) участие в разработке перечня лекарственных средств и медицинских изделий для обеспечения граждан в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, в том числе отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) бесплатными и (или) льготными лекарственными средствами, медицинскими изделиями и специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне (п.п.3) п.5);
- 4) координация Единого дистрибьютора в части обеспечения лекарственными средствами и медицинскими изделиями (п.п.8) п.5);
- 5) осуществление мониторинга использования лекарственных средств и медицинских изделий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и системы обязательного социального медицинского страхования, в том числе в сфере обращения наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, оборота спирта этилового безакцизного (п.п.10) п.5);
- 6) реализация государственной политики в сфере обращения медицинских изделий, требующих сервисного обслуживания (п.п.1) п.6);
- 7) разработка нормативных правовых актов по вопросам осуществления сервисного обслуживания медицинских изделий, требующих сервисного обслуживания в Республике Казахстан, осуществления экспертной оценки оптимальных технических характеристик и клинико-технического обоснования медицинских изделий, требующих сервисного обслуживания и участие в разработке Правил организации и проведения закупок лекарственных средств и медицинских изделий, фармацевтических услуг, в части медицинских изделий, требующих сервисного обслуживания (п.п.2) п.6);
- 8) осуществления мониторинга за эффективным использованием медицинскими изделиями требующих сервисного обслуживания в организациях здравоохранения (п.п.3) п.6);



9) разработка перечня медицинских изделий, требующих сервисного обслуживания, закупаемых у единого дистрибьютора (п.п.4) п.6);

10) формирование потребности и планирование бюджетных средств на закуп медицинских изделий, требующих сервисного обслуживания, в том числе согласования бюджетных программ местных исполнительных органов в рамках целевых текущих трансфертов (п.п.5) п.6).

Единым дистрибьютором в 2022 году не осуществлен закуп 3 % (48 ЛС и МИ) лекарственных средств, медицинских изделий от заявленной потребности 2022 года.

**Справочно:**

В списке Единого дистрибьютора 1 719 наименований лекарственных средств и медицинских изделий.

На 2022 год осуществлен закуп 97 % ЛС, МИ от заявленной потребности 2022 года (1 566 наименований ЛС, МИ на сумму более 344,4 млрд. тенге)

По результатам проведенного анализа установлен ряд проблем, не способствующих надлежащему обеспечению лекарственными средствами пациентов, что, безусловно, не способствует реализации принципа «клиентоориентированности» системы здравоохранения.

Среди них:

- не выполнение принципа «пациентоориентированности» при закупе лекарственных средств;
- ненадлежащее обеспечение лекарственными средствами в рамках амбулаторного лекарственного обеспечения;
- ненадлежащее обеспечение лекарственными средствами в рамках стационарного лекарственного обеспечения;
- проблемы в вопросах своевременности поставки лекарственных средств и медицинских изделий по долгосрочным договорам;
- проблемы доставки лекарственных средств в населенные пункты ниже районного уровня;

Также отмечают низкие предельные цены на лекарственные средства и медицинские изделия, на которые не выходят поставщики, а также продолжительная по времени процедура изменения цены.

В целях определения соотношения предельной и рыночной цены на лекарственные средства и медицинские изделия необходимо пересмотреть подходы в определении предельных цен на лекарственные средства и медицинские изделия, а также срок выполнения процедуры по изменению предельной цены на лекарственные средства и медицинские изделия.

Несмотря на вышеуказанные проблемы, в Республике на системной основе не проводится мониторинг по запасам лекарственных средств и медицинских изделий, мониторинг их применения пациентами.

В целях обеспечения прозрачности бизнес-процессов и реализации принципа «клиентоориентированности» на основе информационных систем, используемых в медицинских организациях и Единого дистрибутора рекомендуется ввести цифровую систему отслеживания обеспеченности пациентов на амбулаторном и стационарном уровнях по каждому пациенту, нуждающемуся в лекарственных средствах с предоставлением пациенту информации посредством «SMS» о сроке обеспечения лекарственными средствами и дате непосредственного предоставления.

Путем интеграции комплексных информационных систем (МИС) и информационных систем, находящихся на балансе министерства рекомендуется внедрить электронную систему мониторинга обеспеченности пациентов лекарственными средствами и медицинскими изделиями, мониторинга по запасам лекарственных средств и медицинских изделий, а также мониторинга их применения пациентами.

В этой связи необходимо утвердить график внедрения цифровизации процесса формирования учетных данных и отчетности по поступлению, передвижению и остаткам лекарственных средств с утверждением графика проведения интеграции соответствующих информационных систем, находящихся на балансе министерства и частных организаций (КМИС).

#### **1) Не выполнение принципа «пациентоориентированности» при закупе лекарственных средств.**

По результатам проведенного анализа установлен ряд проблем в вопросах закупа лекарственных средств и медицинских изделий.

В первую очередь, отмечается отсутствие принципа «пациентоориентированности» в перечне принципов и способов, связанных с закупом лекарственных средств и медицинских изделий.

#### **Справочно:**

Согласно п.п.1)-4) п.3 *Правил организации и проведения закупа лекарственных средств, медицинских изделий и специализированных лечебных продуктов в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, дополнительного объема медицинской помощи для лиц, содержащихся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы, за счет бюджетных средств и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, фармацевтических услуг и признании утратившими силу некоторых решений Правительства Республики Казахстан*, закуп производится с соблюдением следующих принципов:

- 1) предоставление потенциальным поставщикам равных возможностей для участия в процедуре проведения закупок;
- 2) добросовестная конкуренция среди потенциальных поставщиков;
- 3) гласность и прозрачность процесса закупок;
- 4) поддержка отечественных товаропроизводителей.

Согласно требованиям действующего законодательства закуп лекарственных средств производится по принципу наименьшей цены.

Согласно позиции Единого дистрибьютора, в вопросах обеспечения лекарственных средств и медицинских изделий имеются следующие проблемы:

- отсутствие взаимодействия между научным сообществом Казахстана с производителями;
- низкий уровень научно-исследовательского, образовательного потенциала в сфере фармацевтики, а также их финансирование;
- отсутствие производства субстанций и оригинальных препаратов;
- портфель отечественных товаропроизводителей представлен низкорентабельными генерическими препаратами.

В результате значительный объем закупаемых в Республике лекарственных средств представлен не оригинальными препаратами, а генериками.

Не редко закупаются неэффективные или малоэффективные лекарственные средства под разными торговыми наименованиями или генерики, не зарегистрированные в стране производства, что может привести к снижению качества лечения, серьезным побочным реакциям.

К примеру, в 2021 г. пациенты с диагнозом эпилепсия обеспечивались препаратами Депакин Хроно (Вальпроевая кислота) и Финлепсин (Карбамазепин).

В 2022 г. СК-Фармация закуплен препарат Мезакар SR (Карбамазепин) и Вальпрокс (Вальпроевая кислота), в связи с чем, участились жалобы от пациентов с диагнозом Эпилепсия на отсутствие препаратов Депакин и Финлепсин.

В Республике не проводится оценка генериков при закупе для подтверждения его соответствия нормам и стандартам с точки зрения безопасности, качества и эффективности лекарственных средств, отсутствует процедура разделения генериков в зависимости от степени терапевтической эквивалентности (соответствия) оригиналу (в случае отсутствия на рынке – референтному ЛС).

Для организаторов закупа не доступна информация о результатах доклинических, клинических испытаний или исследованиях, подтверждающих биоэквивалентность генериков, а также данные обо всех подтвержденных экспертным органом случаях серьезных нежелательных явлений и отсутствия эффективности для обеспечения оптимального закупа эффективных и безопасных генериков.

Принимая во внимание, что дефицит необходимых лекарственных средств, а также низкое их качество создает серьезные риски для казахстанского общества и системы национальной безопасности страны рекомендуется кардинально изменить подход при закупе лекарственных средств.

Приоритетным должен быть определен принцип «пациентоориентированности», который, в первую очередь, определяется качеством закупаемого лекарственного средства, а не ценой, предлагаемого лекарственного препарата.

Принцип оказания поддержки отечественным производителям товаров, а также отечественным поставщикам работ и услуг в той мере, в которой это не противоречит международным договорам, ратифицированным Республикой Казахстан, не должен применяться в случае наличия противоречия с принципом «пациентоориентированности».

Указанные рекомендации потребуют внесения изменений и дополнений в Правила организации и проведения закупок лекарственных средств, медицинских изделий и специализированных лечебных продуктов в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, дополнительного объема медицинской помощи для лиц, содержащихся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы, за счет бюджетных средств и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, фармацевтических услуг и признании утратившими силу некоторых решений Правительства Республики Казахстан (утверждены Постановлением Правительства РК от 4 июня 2021 года № 375).

## 2) **Ненадлежащее обеспечение лекарственными средствами в рамках амбулаторного лекарственного обеспечения.**

### **Справочно:**

По Республике в АЛО в рамках ГОБМП и ОСМС задействованы порядка **616** медицинских организаций (далее – МО).

Из числа больных, состоящих на диспансерном учете в ИС ЭРДБ по Республике Казахстан 4,8 млн. за 6 мес. 2022 г. обеспечены 2,9 млн. пациентов уникальных (62,1%) (ГОБМП – 1,8 млн.; ОСМС – 1,1 млн.).

Общая сумма освоения по АЛО за 6 мес. 2022 года составила 83,9 млрд. тенге или 53% от суммы договоров с ЕД, в рамках ГОБМП – 65,2 млрд. тенге, ОСМС – 18,7 млрд. тенге.

В рамках обеспечения амбулаторного лекарственного обеспечения (далее - АЛО) нагрузка на одну медицинскую организацию составила 4 793 пациента, наблюдается некоторая загруженность на медицинских организациях в Акмолинской, Алматинской, Жамбылской, Карагандинской, КЗО и Северо-Казахстанской областях (Таблица 6).

**Таблица 6. Обеспечение бесплатными препаратами в разрезе регионов (за 6 мес. 2022 года).**

№	Регион	Медицинские организации	Кол-во обеспеченных пациентов (уникальные)	Нагрузка на МО (кол-во обслуживаемых пациентов на 1 МО)
1	Акмолинская	27	143 276	5 307
2	Актюбинская	34	145 624	4 283
3	Алматинская	38	228 231	6 006
4	Алматы	76	302 686	3 983

5	Атырауская	24	48 910	2 038
6	Восточно-Казахстанская	66	322 398	4 885
7	Жамбылская	26	136 992	5 269
8	Западно-Казахстанская	28	130 323	4 654
9	Карагандинская	51	286 161	5 611
10	Костанайская	32	146 074	4 565
11	Кызылординская	23	133 795	5 817
12	Мангистауская	23	66 121	2 875
13	Нур-Султан	38	187 161	4 925
14	Павлодарская	32	158 325	4 948
15	Северо-Казахстанская	18	136 411	7 578
16	Туркестанская	41	238 626	5 820
17	Шымкент	39	141 344	3 624
	<b>Общий итог</b>	<b>616</b>	<b>2 952 458</b>	<b>82 188</b>

Из перечня амбулаторного лекарственного обеспечения по 176 заболеваниям (ГОБМП - 53, ОСМС взрослые – 50, ОСМС дети - 73) обеспечено по 170 заболеваний (ГОБМП - 50, ОСМС взрослые – 49, ОСМС дети - 68) и 6 не обеспеченных в рамках:

- ОСМС взрослый – церебральный паралич;
- ОСМС дети – печеночная недостаточность, токсоплазмоз, чесотка, угревая болезнь и поражение тройничного нерва.

Доля обеспеченности пациентов лекарственными препаратами при амбулаторном лекарственном обеспечении от общего числа выписанных бесплатных рецептов за 6 мес. 2022 года составила – 76 %.

Общий процент обеспечения пациентов составил:

- в рамках ГОБМП – 40 %. Низкий процент обеспечения от 0,01 % до 10 % - (поражение клапанов сердца (больные с протезированными клапанами сердца), буллезный эпидермолиз, хронический гепатит С, церебральный паралич, мышечная дистрофия Дюшенна, онкологические заболевания, прогрессирующие гломерулярные заболевания);

- в рамках ОСМС взрослые – 46 %. Низкий процент обеспечения от 0,01 % до 10 % - (Гематологические заболевания, включая апластическую анемию, Узелковый полиартериит и родственные состояния; Поражение черепных нервов, Острый/хронический гнойный средний отит, Доброкачественная дисплазия молочной железы, Прогрессирующие гломерулярные заболевания).

- в рамках ОСМС дети – 79 %. Низкий процент обеспечения от 1,0 % до 10 % - (Гастроэзофагеальнорефлюксная болезнь, Гастрит и дуоденит, Трещина и свищ области заднего прохода и прямой кишки, Целиакия, Холецистит/ Холангит, Псориаз, Острый/хронический турбулонионтерстициальный нефрит, Узелковый полиартериит и родственные состояния).

По результатам проведенного анализа выявлен комплекс проблем и вопросов, создающих барьеры для обеспечения лекарственными средствами в рамках амбулаторного лекарственного обеспечения (далее - АЛО).

Среди них:

- закуп неэффективных торговых наименований лекарственных средств. Долгое внесение изменений в НПА;
- при заполнении желтой карты и отправке в НЦЭС отсутствует обратная связь и информация о принятых мерах и решениях;
- при отсутствии закупки лекарственных средств и медицинских изделий от ТОО «СК-Фармация», медицинским организациям не предоставлена возможность самостоятельного закупа лекарственных средств и медицинских изделий. Пациенты в рамках АЛО остаются необеспеченными до момента закупа таких лекарственных средств и медицинских изделий ТОО «СК-Фармация»;

Особо следует отметить на несовершенство методики Анализа обеспеченности пациентов на амбулаторном уровне.

Медицинскими организациями анализ обеспеченности пациентов проводится с использованием данных медицинских информационных систем «Электронный регистр диспансерных больных» (ИС «ЭРДБ») и «Лекарственное обеспечение» (ИС «ИСЛО»).

Данные ИС «ЭРДБ» представляют общее количество пациентов, состоящих на динамическом наблюдении у врача, в том числе пациентов по амбулаторному лекарственному обеспечению и не отражают реальное количество нуждающихся пациентов по ряду причин:

- в ИС «ЭРДБ» по категории населения «Все категории, состоящие на диспансерном учете» не соответствуют перечню нозологий приказа АЛО;
- для пациента в ИС «ЭРДБ» не назначена врачом лекарственная терапия;
- для пациента в ИС «ЭРДБ» назначена врачом лекарственная терапия, но не востребована им;
- для пациента в ИС «ЭРДБ» выписанные врачом рецепты на лекарственные препараты имеют отсроченное обслуживание по временно-отсутствующим лекарственным препаратам (несвоевременный закуп, длительный цикл производства препарата и пр.).

В результате процент обеспеченности пациентов рассчитывается от количества пациентов, состоящих на диспансерном учете ИС «ЭРДБ» к фактическому обеспечению пациентов амбулаторного лекарственного обеспечения данных ИС «ИСЛО».

Данный показатель не стабилен, имеет накопительный, кумулятивный эффект из периода в период и используется как показатель факта обеспечения пациентов по амбулаторному лекарственному обеспечению (Таблица 7).

Наряду с этим применение разнотипной структуры кодирования Международной классификации болезней - 10 (далее - МКБ-10) для перечня хронических заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению, приводит к некорректной обработке статистических данных в информационных системах и,

следовательно, к получению некорректной численности пациентов в разрезе заболеваний.

**Таблица 7. Процент обеспеченности пациентов в рамках ГОБМП, системе ОСМС (за 6 мес. 2022 года).**

№	Регион	Кол-во пациентов в, состоящих на Д учете по ЭРДБ*	в т.ч.			Кол-во обеспеченных пациентов в по ИСЛЮ**	в т.ч.			%
			ГОБМП	ОСМС взр.	ОСМС дети		ГОБМП	ОСМС взр	ОСМС дети	
1	Акмолинская	206 834	160 775	41 636	4 422	143 276	92 031	40 901	10 344	69,3%
2	Актюбинская	184 783	137 379	39 398	8 006	145 624	80 042	49 952	15 630	78,8%
3	Алматинская	389 808	275 147	91 233	23 428	228 231	135 137	57 985	35 109	58,5%
4	Алматы	544 853	391 609	138 086	15 158	302 686	229 093	57 802	15 791	55,6%
5	Атырауская	154 924	87 283	57 983	9 658	50 010	29 877	14 107	6 026	32,3%
6	Восточно-Казахстанская	465 858	346 230	106 163	13 466	322 398	174 630	123 101	24 667	69,2%
7	Жамбылская	241 676	163 509	61 521	16 645	136 992	91 545	24 228	21 219	56,7%
8	Западно-Казахстанская	204 492	143 262	52 502	8 729	130 323	76 560	40 326	13 437	63,7%
9	Карагандинская	425 041	322 854	93 583	8 604	286 161	185 822	88 844	11 495	67,3%
10	Костанайская	220 026	169 382	45 694	4 950	146 224	79 190	53 321	13 713	66,5%
11	Кызылординская	212 561	129 097	68 352	15 112	133 795	79 036	23 533	31 226	62,9%
12	Мангистауская	144 049	86 828	43 682	13 539	66 121	37 681	18765	9 675	45,9%
13	Нур-Султан	260 587	205 278	46 627	8 682	188 469	109 645	68 568	10 256	72,3%
14	Павлодарская	221 642	163 378	53 292	4 971	159 372	78 996	63 696	16 680	71,9%
15	Северо-Казахстанская	179 277	148 433	28 629	2 216	137 498	75 809	56 877	4 812	76,7%
16	Туркестанская	447 264	289 570	111 652	46 042	239 626	162 750	46 252	30 624	53,6%
17	Шымкент	280 289	160 490	71 443	28 356	142 344	85 763	45 490	11 091	54,6%
	<b>Общий итог</b>	<b>4 763 965</b>	<b>3 380 506</b>	<b>1 151 475</b>	<b>231 984</b>	<b>2 959 150</b>	<b>1 803 607</b>	<b>873 748</b>	<b>281 795</b>	<b>62,1 %</b>

\* данные ЭРДБ, по состоянию на 20.07.2022 г.

\*\* данные ИСЛЮ, по состоянию на 20.07.2022 г.

В результате применения несовершенной методики имеют место факты фактической необеспеченности пациентов лекарственными средствами на амбулаторном уровне, что вызывает справедливые нарекания со стороны пациентов.

Для обеспечения пациентов лекарственными средствами по всем востребованным нозологиям рекомендуется разработать и внедрить новую методику Анализа обеспеченности пациентов на амбулаторном уровне лекарственными средствами с внедрением цифровых решений и интеграции информационных систем.

Для обеспечения корректной обработки статистических данных в информационных системах и получения корректной численности пациентов в разрезе заболеваний следует внедрить однотипную структуру кодирования болезней в соответствии с 4-значной подгруппой МКБ-10.

При отсутствии закупки лекарственных средств и медицинских изделий ТОО «СК-Фармация», управлениям здравоохранения территорий рекомендуется передать полномочия и компетенции по закупу таких лекарственных средств и медицинских изделий от ТОО «СК-Фармация» за счет средств ГОБМП и ОСМС.

Также рекомендуется рассмотреть механизм введения порядка сооплаты лекарственных средств, согласно приказу МЗ РК от 16.06.2021 г. № ҚР ДСМ-61, в части получения препарата под необходимым пациенту торговым наименованием.

### **3) Ненадлежащее обеспечение лекарственными средствами в рамках стационарного лекарственного обеспечения.**

По результатам проведенного анализа выявлен комплекс проблем и вопросов, создающих барьеры для обеспечения лекарственными средствами в рамках стационарного лекарственного обеспечения (далее – СЛО).

*Согласно Правил организации и проведения закупок лекарственных средств, медицинских изделий и специализированных лечебных продуктов в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, дополнительного объема медицинской помощи для лиц, содержащихся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы, за счет бюджетных средств и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, фармацевтических услуг и признании утратившими силу некоторых решений Правительства Республики Казахстан (утверждены Постановлением Правительства Республики Казахстан от 4 июня 2021 года № 375), подача предварительной заявки, является основанием для заключения договора.*

Вместе с тем, за период с 1 июня по 15 декабря календарного года объем и перечень заявленных лекарственных средств и медицинских изделий может претерпеть значительные изменения.

Несмотря на это ТОО «СК-Фармация» обязывает медицинские организации, оказывающие стационарную помощь заключать договор на объемы и перечень, предоставленный ранее в предварительной заявке, что приводит к закупу лекарственных средств и медицинских изделий, фактически не востребованных уже на период заключения договора.



Указанная ситуация требует внесения соответствующих изменений в Постановление Правительства РК от 4 июня 2021 года № 375 в части исключения предварительной заявки из оснований для заключения договора с ТОО «СК-Фармация».

Наряду с вышеуказанным в случае отсутствия потребности в отгруженных и не отгруженных лекарственных средствах и медицинских изделиях у медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь отсутствует возможность в полном объеме (100 %) вернуть на склад ТОО «СК-Фармация» такие лекарственные средства и медицинские изделия. Действующим законодательством установлена возможность на возврат не востребованных лекарственных средств и медицинских изделий лишь в объеме не превышающим 25 % от полного объема.

Что также, безусловно, нуждается в корректировке и пересмотру в сторону возможности 100 % возврата не востребованных лекарственных средств и медицинских изделий медицинскими организациями на склад ТОО «СК-Фармация».

Проведенным анализом также выявлены проблемы, связанные:

- длительными сроками предоставления информации об объеме закупаемых лекарственных средств и медицинских изделий ТОО «СК-Фармация» (с 1 июня по 15 декабря). В результате медицинские организации, оказывающие стационарную помощь вплоть до 15 декабря, не владеют информацией по объему фактически закупаемого ТОО «СК-Фармация» и объему, который следует закупить самостоятельно медицинской организации, оказывающей стационарную помощь, ввиду отсутствия закупа со стороны ТОО «СК-Фармация»;

- со значительными фактическими сроками закупа дополнительного объема лекарственных средств и медицинских изделий со стороны ТОО «СК-Фармация» (более одного квартала);

- отсутствия реальных сроков для проведения самостоятельного закупа лекарственных средств и медицинских изделий по перечню не закупленному ТОО «СК-Фармация» в календарном году. После 15 декабря календарного года медицинские организации, оказывающие стационарную помощь по перечню, не закупленному ТОО «СК-Фармация» не в состоянии провести все тендерные процедуры по запуску таких лекарственных средств и медицинских изделий в срок до 31 декабря, ввиду того, что согласно действующему законодательству минимальный срок проведения таких тендеров - 41 календарных дня и 4 рабочих дня;

- ненадлежащей логистикой при доставке в медицинские организации. Компании, доставляющие лекарственные средства и медицинские изделия в медицинские организации, оказывающие стационарную помощь, оказывают услуги в продолжительные сроки, что вынуждает медицинские организации самостоятельно вывозить со складов лекарственные средства и медицинские изделия;

Для преодоления указанных проблемных вопросов рекомендуется внести изменения и дополнения в *Правила организации и проведения закупок лекарственных средств, медицинских изделий и специализированных лечебных продуктов в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, дополнительного объема медицинской помощи для лиц, содержащихся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы, за счет бюджетных средств и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, фармацевтических услуг и признании утратившими силу некоторых решений Правительства Республики Казахстан* (утверждены Постановлением Правительства РК от 4 июня 2021 года № 375), направленные на:

- сокращение срока закупок дополнительного объема лекарственных средств и медицинских изделий, закупаемого ТОО «СК-Фармация»;
- установление срока подписания договора ТОО «СК-Фармация» с медицинскими организациями до 15 ноября;
- пересмотр системы оплаты за лекарственные средства и медицинские изделия. Рекомендуется оплату за ЛС и МИ проводить поставщику после отпуска препарата пациенту в отделении;
- установление системы электронного мониторинга со стороны поставщика по оставшимся объемам лекарственных средств и медицинских изделий на складе (аптеке) медицинских организациях и поставки необходимых объемов при остатке менее месячного запаса;
- обеспечить выполнение обязательств по поставке лекарственных средств и медицинских изделий в медицинские организации организациями, работающими на основе аутсорсинга.

#### **4) Проблемы в вопросах своевременности поставки лекарственных средств и медицинских изделий по долгосрочным договорам.**

В части своевременности поставки ЛС по графику реализации долгосрочных договоров (далее - ДД) имеются ряд проблемных моментов.

Более 80 % наименований в рамках долгосрочных договоров заключены на медицинские изделия, реализовано только 13 долгосрочных договоров из 96.

На сегодняшний день действуют 94 долгосрочных договора, заключенные Единым дистрибьютором с 34 отечественными товаропроизводителями на поставку 806 наименований лекарственных средств и 3 955 медицинских изделий, из них 51 долгосрочных договоров заключены на лекарственные средства и 43 долгосрочных договоров на медицинские изделия.

Согласно данным Единого дистрибьютора, в 2022 году наблюдается не освоение инвестпроектов в части своевременной поставки лекарственных средств по графику реализации долгосрочных договоров: так, на 2022г. в рамках долгосрочных договоров поставляется 317 лекарственных средств (39 %) из 806. При этом, только по 352 лекарственным средствам не подошел срок реализации

долгосрочных договоров (137 лекарственных средств не поставляется по графику).

По медицинским изделиям процент реализации долгосрочных договоров составляет всего 11 %, то есть 427 медицинских изделий поставляется в рамках долгосрочных договоров на 2022 год из 3 955 наименований медицинских изделий. При этом, только по 2 913 медицинских изделий не подошел срок реализации долгосрочных договоров (615 МИ не поставляется по графику).

Не выполнение поставок по долгосрочным договорам отражается на уровне доступности лекарственных средств и медицинских изделий пациентам.

Согласно позиции Единого дистрибьютора, в вопросах обеспечения лекарственных средств и медицинских изделий имеются следующие проблемы:

В рамках выполнения функции по координации Единого дистрибьютора в части обеспечения лекарственными средствами и медицинскими изделиями рекомендуется разработать предложения по изменению приоритета при заключении долгосрочных договоров с медицинских изделий на лекарственные средства, внедрению эффективных механизмов государственного, внутриведомственного и общественного контроля за реализацией долгосрочных договоров, заключенных с Единым дистрибьютором, созданию R&D центров, локализации оригинальных препаратов с целью заключения долгосрочных договоров с Единым дистрибьютором, а также заключению долгосрочных договоров на дорогостоящие инновационные препараты.

#### **5) Проблемы доставки лекарственных средств в населенные пункты ниже районного уровня.**

ТОО «СК-Фармация» осуществляет доставку лекарственных средств только до уровня учреждений здравоохранения сельских районов, а также в аптечные склады медицинских организаций.

Согласно абз.2 п.п.1) п.1 Государственного норматива сети организаций здравоохранения (Приложение 1 к приказу и.о Министра здравоохранения РК от 15 октября 2020 года № ҚР ДСМ-133/2020) на районном уровне в каждом населенном пункте (сельском округе) с численностью населения от 50 (пятьдесят) до 500 (пятьсот) человек должен быть медицинский пункт.

По результатам проведенного анализа Государственный норматив сети организаций здравоохранения во многих регионах не обеспечивается, в штате многих медицинских пунктов отсутствуют специалисты с фармацевтическим образованием.

Пациенты населенных пунктов ниже районного уровня, не обеспеченных объектом здравоохранения, а также населенных пунктов с численностью населения до 50 человек для выписки рецепта вынуждены выезжать в населенные пункты, где имеется медицинский пункт согласно своего участка и далее для обеспечения данного рецепта вынуждены выезжать в районный центр.

Принимая во внимание значительные расстояния между населенными пунктами и районными центрами пациенты вынуждены уплачивать

собственные финансовые средства на транспортные и иные расходы, а также испытывать иные многочисленные неудобства, что свидетельствует об отсутствии клиенториентированных условий для пациентов из отдаленных населенных пунктов при обеспечении лекарственных средств, а в ряде случаев и недоступности лекарственных средств для определенной категории граждан.

К примеру, в Северо-Казахстанской области из 635 населенных пунктов, в 516 действуют медпункты, в 119 населенных пунктах медицинские объекты отсутствуют. В 11 населенных пунктах из 119, в которых медицинские объекты отсутствуют, численность населения составляет 50 и более человек, т.е. в отношении 1,7 % сел не обеспечивается Государственный норматив сети организаций здравоохранения.

Принимая во внимание ограниченность материальных и кадровых ресурсов, для решения вопросов обеспечения лекарственными средствами пациентов, проживающих в населенных пунктах ниже районного уровня министерству здравоохранения, рекомендуется в Государственный норматив сети организаций здравоохранения в сельских населенных пунктах с численностью менее 50 человек ввести медицинского работника либо парамедика для обслуживания на дому.

Для формирования системного, качественного контроля и мониторинга необходимо разработать и ввести в эксплуатацию электронную систему мониторинга исполнения дорожной карты по обеспечению Государственного норматива сети организаций здравоохранения в части обеспеченности медицинскими пунктами населенных пунктов с численностью населения от 50 (пятьдесят) до 500 (пятьсот) человек и медицинского работника либо парамедика в населенных пунктах с численностью менее 50 человек.

В целях цифровизации бизнес-процессов при обеспечении лекарственными средствами пациентов, проживающих в населенных пунктах ниже районного уровня следует внедрить PUSH-уведомления пациентов с возможностью электронного подписания рецептов посредством ЭЦП либо SMS либо QR.

#### **б) Дополнительное лекарственное обеспечение из местного бюджета.**

Здоровье и жизнь многих пациентов находится в непосредственной зависимости от сроков принятия решения и последующего обеспечения необходимыми дополнительными лекарственными средствами.

Согласно п.п.5) п.1 ст.12 Кодекса МИО областей, городов республиканского значения и столицы принимают решение о дополнительном предоставлении гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, в том числе лекарственных средств, специализированных лечебных продуктов, медицинских изделий, отдельным категориям граждан Республики Казахстан при амбулаторном лечении бесплатно и (или) на льготных условиях.

Решения маслихатов регистрируются в Министерстве юстиции в качестве нормативных правовых актов (согласно Закона РК «О правовых актах»).

Проведенным анализом установлено сложность и множественность процедур при осуществлении данной компетенции МИО (Таблица 8).

По ряду этапов не установлены четкие сроки исполнения (этапы 7,8,12,15,16).

Наиболее продолжительными являются сроки, связанные рассмотрением проекта на очередном заседании маслихата и поиском поставщика лекарственных средств (этапы 12 и 17).

Сроки обеспечения дополнительными лекарственными средствами через маслихаты составляет от 90 – 120 рабочих дней.

К примеру, в Мангистауской области. Уведомление о получении необходимых препаратов при болезнях «Буллёзный эпидермолиз» было начато 26 мая 2021 года, а полный процесс завершен 21 июля 2022 года. Процесс государственных закупок начался в октябре 2021 года. Фактический срок изъятия из местного бюджета лекарств, не включенных в список, составил около 1 года 2 месяцев.

#### **Таблица 8. Процедуры обеспечения дополнительного лекарственного обеспечения.**

<b>№/№</b>	<b>Процедуры обеспечения дополнительного лекарственного обеспечения</b>
1.	заявление о предоставлении дополнительного лекарственного обеспечения
2.	рассмотрение заявления УЗ, формирование проекта решения для включения в решение Маслихата
3.	направление письма Председателю Общественного совета области для включения данного вопроса в ближайшую повестку сессии Маслихата с приложением проекта (7-10 рабочих дней)
4.	направление проекта на одобрение и рассмотрение Аппарата акима области (10 рабочих дней для дачи заключения антикоррупционной экспертизы)
5.	размещение проекта на сайте открытых НПА (10 рабочих дней и рассмотрение 3 рабочих дня)
6.	размещение на сайте «Управления здравоохранения акимата Северо-Казахстанской области» (10-14 рабочих дней)
7.	получение протокола Общественного совета области
8.	загрузка проекта с полным пакетом документов на ИПГО
9.	согласование и подписание проекта Заместителем, а затем Руководителем Управления в ИПГО (10 рабочих дней)
10.	согласование и подписание проекта юридической службой акимата, а затем акимом области в ИПГО (10 рабочих дней)
11.	согласование и подписание проекта Министерством Юстиции для согласования и подписания (10 рабочих дней)
12.	направление проекта в Маслихат для вынесения решения
13.	регистрация решения в Министерстве юстиции РК (10 рабочих дней)
14.	введение в действие

15.	при выделении денежных средств направляется ходатайство в Управление Финансов области о выделении денежных средств
16.	подача заявки на закуп лекарственного средства
17.	объявление и проведение конкурса для закупа лекарственного средства
18.	вскрытие конвертов
19.	размещение итогов протокола вскрытия конвертов на сайте государственных закупок
20.	направление договора на закуп лекарственного средства поставщику
21.	подписание договора

В целях обеспечения доступности лекарственных средств из местного бюджета и сокращения срока принятия решения, рекомендуется провести работу по оптимизации процесса обеспечения пациентов необходимыми дополнительными лекарственными средствами путем:

- исключения излишней процедуры по размещению проекта на сайте открытых НПА (10 рабочих дней и рассмотрение 3 рабочих дня) и размещения на интернет-ресурсе управлений здравоохранения (10-14 рабочих дней) ввиду специфики предмета указанных НПА;

- сокращения срока исполнения процедуры на этапах: «Направление письма Председателю Общественного совета области для включения данного вопроса в ближайшую повестку сессии Маслихата с приложением проекта» (с 7-10 рабочих дней до 1 рабочего дня), «Направление проекта на одобрение и рассмотрение Аппарата акима области (с 10 рабочих дней для дачи заключения антикоррупционной экспертизы до 5 рабочих дней), «Согласование и подписание проекта Заместителем, а затем Руководителем Управления в ИПГО (с 10 рабочих дней до одного рабочего дня), «Согласование и подписание проекта юридической службой акимата, а затем акимом области в ИПГО (с 10 рабочих дней до одного рабочего дня), «Согласование и подписание проекта Министерством юстиции для согласования и подписания» (с 10 рабочих дней до 3 рабочих дней), «Регистрация решения в Министерстве юстиции РК (с 10 рабочих дней до 3 рабочих дней);

- установления точного срока исполнения процедуры на этапах: «рассмотрение заявления УЗ, формирование проекта решения для включения в решение Маслихата», «получение протокола Общественного совета области», «загрузка проекта с полным пакетом документов на ИПГО», «направление проекта в Маслихат для вынесения решения», «при выделении денежных средств направляется ходатайство в Управление Финансов области о выделении денежных средств», «подача заявки на закуп лекарственного средства», «объявление и проведение конкурса для закупа лекарственного средства»;

- цифровизации бизнес-процедур на этапах: «подачи заявления о предоставлении дополнительного лекарственного обеспечения», «рассмотрения заявления УЗ, формирования проекта решения для включения в решение Маслихата», «направления письма Председателю Общественного

совета области для включения данного вопроса в ближайшую повестку сессии Маслихата с приложением проект», «направления проекта на одобрение и рассмотрение Аппарата акима области», «получения протокола Общественного совета области», «согласования и подписания проекта Заместителем, а затем Руководителем Управления в ИПГО», «согласования и подписания проекта юридической службой акимата, а затем акимом области в ИПГО»; «согласования и подписания проекта Министерством Юстиции для согласования и подписания», «направления проекта в Маслихат для вынесения решения»;

– закрепления за исполнительными органами областей, городов республиканского значения и столицы компетенции по закупке лекарственных средств без внесения на рассмотрение в Маслихаты по перечню нозологий и заболеваний и/или основаниям, утвержденным министерством здравоохранения РК.

### **1.1.3. Системные проблемы, не способствующие удовлетворению требований и запросов граждан в наиболее чувствительных вопросах в сфере здравоохранения.**

#### **1) Стратегическое планирование в сфере здравоохранения.**

Важнейшей задачей при государственном стратегическом планировании целей, задач и целевых индикаторов является реализация принципов реалистичности и человекоцентричности.

От того насколько правильно и синхронно с учетом потребностей и ожиданий граждан и фактических статических показателей осуществлено планирование, зависит качество жизни казахстанцев, уровень удовлетворенности граждан качеством медицинских услуг (медицинской помощи) и их доступность.

Согласно Положения за министерством закреплены функции по осуществлению стратегических функций в пределах компетенции (п.110) и по разработке и утверждению стратегии цифровизации здравоохранения (п.183).

За первым руководителем министерства закреплены полномочия по утверждению стратегических и программных документов Министерства (п.п.6) п.19).

Департаментом стратегии и развития МЗ РК согласно п.п.5) п.5 Положения реализуется функция «разработка и утверждение, корректировка, анализ и мониторинг реализации Плана развития Министерства».

В ходе анализа в вопросах стратегического планирования в сфере здравоохранения и реализации стратегических документов выявлены системные недостатки и проблемы.

Среди них:

– **отсутствие качественного прогнозирования плановых значений показателей и анализа с учетом принципов реалистичности**

(установление целей, задач и показателей, возможность достижения которых обоснована при условии достоверности изначальных параметров и выделения соответствующих ресурсов) (п.п.7) п.3 Системы государственного планирования в РК)) и «человекоцентричности»;

– не обеспечение надлежащих правовых условий посредством своевременного принятия нормативных правовых актов, определяющих методики оценки и прогнозирования;

– наличие стратегических показателей системы здравоохранения, мотивирующих медицинских работников на укрытие данных и фактов;

– не обеспеченность синхронизированности системы государственного планирования в сфере здравоохранения со статистикой;

– не прозрачность процедуры стратегического планирования в сфере здравоохранения;

– допущение необоснованного удержания ведомственной и статистической информации, используемой в сфере стратегического планирования;

– отсутствие объективных критериев и методики оценки и прогнозирования уровня удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинских услуг с учетом принципа реалистичности.

В части невыполнение принципов реалистичности и «человекоцентричности» в процессе государственного стратегического планирования и реализации стратегических показателей установлены нижеуказанные факты и проблемы.

Во-первых, отмечается не актуальность фактического достигнутого показателя уровня удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинских услуг в **57,7 %**, указанного в Отчете министерства по итогам реализации Плана развития. Показатель не совпадает с фактическими результатами и данными АСПиР за 2021 год, противоречит показателям динамики изменения качества оказания государственных услуг среди центральных государственных органов, полученных по результатам проведенного в 2022 году общественного мониторинга качества оказания государственных услуг (Отчет о результатах общественного мониторинга качества оказания государственных услуг, ОО «Жана Шабыт», 2022) и не находится в прямой зависимости от суммы бюджетных расходов на сферу здравоохранения.

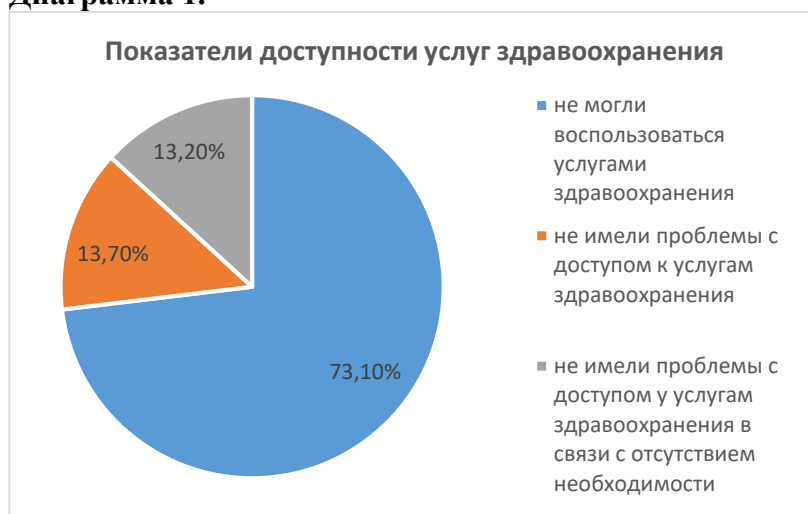
Прогнозный прирост целевого индикатора «**Уровень удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинских услуг**» **+15,1 %** за 2021 год (согласно Стратегическому плану: 2018 г. – 47,8%, 2019 г. – 48 %, 2020 г. – 51 %, согласно Плану развития: 2021 г. – 66,1 %) не основан на объективных критериях, реалистичной методике оценки и прогнозирования.

В частности, согласно данным АСПИР в **2021 году 73,1 % респондентов не могли воспользоваться услугами здравоохранения**, 13,7 % респондентов не имели проблемы с доступом к услугам здравоохранения, 13,2 % респондентов не имели проблемы с доступом к услугам



здравоохранения в связи с отсутствием необходимости (Диаграмма 1.) (АСПиР. Качество жизни населения в Республике Казахстан. 26 серия. 2021 год).

Диаграмма 1.



Основные причины недоступности услуг: занятие самолечением – 40%, отсутствие специалиста – 22,2%, большие очереди – 18,8%, слишком дорогое лекарство – 12,1%, высокая стоимость услуг – 10%, решил, что и так выздоровлю – 7,6%, плохое обслуживание – 5,9%, значительные расстояния до учреждения здравоохранения – 3,8%, отсутствие лекарств – 2,2%, другие причины – 3,5% (АСПиР. Качество жизни населения в Республике Казахстан. 26 серия. 2021 год).

Согласно результатам общественного мониторинга качества оказания государственных услуг за период 2020-2022 годы отмечается отрицательная динамика изменения качества оказания государственных услуг министерства здравоохранения (2020 – 4,8 (средний балл) (уровень удовлетворенности - 83,8 %); 2021 – 4,7 (80 %); 2022 – 4,3 (59,6 %)) (См: Таблица 3).

За 2022 год по сравнению показателем 2020 года по уровню удовлетворенности отмечается **отрицательная динамика минус - 24,2 %**.

По итогам 2022 года Министерство здравоохранения со средним баллом в 4,30 и уровнем удовлетворенности 59,6 % является аутсайдером рейтинга динамики изменений оценки качества оказания государственных услуг ЦГО.

**Таблица 3. Динамика изменений оценки качества оказания государственных услуг ЦГО за 2020–2022 годы.**

№	Наименование госоргана	2020		2021		2022		Динамика 2021-2022		Среднее значение 2019-2022	
		Балл	Удовлетворенность	Балл	Удовлетворенность	Балл	Удовлетворенность	Изменение балла	Изменение %	Балл	Удовлетворенность
1	НБ РК	4,81	81,6%	4,82	86,1%	4,96	96,5%	0,14	10,4%	4,86	88,1%
2	МТИ РК	4,75	78,8%	4,88	90,7%	4,94	95,7%	0,06	5,0%	4,86	88,4%
3	АСПИР РК			4,77	79,5%	4,91	60,7%	0,14	-18,8%	4,84	70,1%
4	МЦРИАП РК	4,59	72,1%	4,78	78,9%	4,87	85,4%	0,09	6,5%	4,75	78,8%

5	МИД РК	4,81	87,6%	4,8	79,3%	4,86	81,2%	0,06	1,9%	4,82	82,7%
6	МЭ РК	4,67	77,9%	4,79	86,1%	4,86	72,7%	0,07	-13,4%	4,77	78,9%
7	МВД РК	4,71	80,2%	4,72	80,1%	4,82	76,5%	0,10	-3,6%	4,75	78,9%
8	Госкорпорация	4,68	78,8%	4,58	79,7%	4,80	86,9%	0,22	7,2%	4,69	81,8%
9	МЧС РК			4,81	86,9%	4,79	78,6%	-0,02	-8,3%	4,80	82,8%
10	КНБ РК	4,72	80,5%	4,49	92,6%	4,72	87,6%	0,23	-5,0%	4,64	86,9%
11	МО РК	4,86	88,7%	4,88	90,2%	4,67	78,1%	-0,21	-12,1%	4,80	85,7%
12	МСХ РК	4,69	80,6%	4,58	74,9%	4,66	75,5%	0,08	0,6%	4,64	77,0%
13	АРРФР РК	4,77	87,3%	4,92	92,4%	4,66	51,4%	-0,26	-41,0%	4,78	77,0%
14	МТСЗН РК	4,8	86,7%	4,77	79,5%	4,65	59,6%	-0,12	-19,9%	4,74	75,3%
15	МИИР РК	4,49	70,6%	4,93	89,3%	4,62	74,8%	-0,31	-14,6%	4,68	78,2%
16	АДГС РК	4,86	85,0%	4,93	89,6%	4,61	72,0%	-0,32	-17,6%	4,80	82,2%
17	МЮ РК	4,59	79,4%	4,72	81,8%	4,53	68,3%	-0,19	-13,5%	4,61	76,5%
18	АЗРК РК			4,64	74,6%	4,51	82,9%	-0,13	8,3%	4,58	78,8%
19	МНВ РК	4,71	81,8%	4,94	90,8%	4,46	64,3%	-0,49	-26,5%	4,70	79,0%
20	МНЭ РК	4,87	88,1%	4,92	88,2%	4,44	74,8%	-0,48	-13,4%	4,74	83,7%
21	МКС РК	4,76	80,8%	4,83	83,4%	4,44	71,2%	-0,40	-12,2%	4,68	78,5%
22	МЭГПР РК	4,69	82,4%	4,89	89,6%	4,41	58,9%	-0,48	-30,7%	4,66	77,0%
23	МИОР РК	4,53	72,6%	4,76	75,2%	4,38	65,8%	-0,38	-9,4%	4,56	71,2%
24	МП РК					4,36	58,3%			4,36	58,3%
25	ГП РК	4,77	83,0%	4,76	79,6%	4,33	74,0%	-0,43	-5,6%	4,62	78,9%
26	МСХ РК			4,58	74,9%	4,33	66,3%	-0,25	-8,6%	4,46	70,6%
27	ВС РК	4,7	84,5%	4,84	89,2%	4,3	70,7%	-0,54	-18,5%	4,61	81,5%
28	МЗ РК	4,8	83,8%	4,7	80,0%	4,30	59,6%	-0,41	-20,5%	4,60	74,5%
29	МФ РК	4,81	85,4%	4,76	84,4%	4,04	58,8%	-0,72	-25,6%	4,54	76,2%

В-вторых, за период 2018-2021 годы индикатор «Уровень удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинских услуг» не находился в прямой зависимости от суммы бюджетных расходов по годам (2018 г. – 47,8%, 2019 г. – 48 %, 2020 г. – 51 %, 2021г. – 66,1 %), допускал ненадлежащее выполнение обязанностей медицинскими работниками и не ориентировал медицинских работников на повышение качества медицинской помощи (Таблица 4).

Согласно заключения Счетного комитета на здравоохранение использовано 2 095,2 млрд. тенге с ростом по сравнению с 2020 годом на 14%.

**Таблица 4. Динамика расходов в разрезе функциональных групп за 2017 – 2021 годы (млрд. тенге).**

Наименование	2017	2018	2019	2020	2021
Социальный сектор	3 754,7	4 274,9	5 214,5	6 638,7	7 548,5
Здравоохранение	1 018,6	1 071,2	1 197,1	1 664,3	2 095,2

В-третьих, согласно фактическим данным за 2021 год, количество пациентов, ожидающих плановую госпитализацию 10 дней и более в 2021 году увеличилось на 17 % в сравнении с 2020 годом.

С 1 января 2022 года вне системы ОСМС остаются свыше 15,4 % казахстанцев (3 млн. из 19 503159 человек).

Медицинская помощь в системе ОСМС не доступна для безработных, не зарегистрированных в центрах занятости.

Имеется выпадение наемных работников из системы ОСМС (отправленных в отпуск без содержания, попавших под сокращение и др.).

Из поступивших в КМФК в 2021 году жалоб 70 % составляют жалобы на некачественное лечение, обследование – 1242;

По данным ФСМС, в сравнении с 2020 годом в 2021 году наблюдался рост снятия суммы по дефектам на 141 % или 2,4 раза за счет роста подтвержденных предотвратимых случаев (В 2021 году снято с оплаты 147 млн тенге по 984 дефектам, в том числе предотвратимые случаи - 221, в 2020 году снято 61 млн тенге по 1110 дефектам, в том числе предотвратимые случаи - 187).

В сравнении с 2020 годом в 2021 году наблюдается рост сумм снятия на 180,5% за допущенные дефекты оказания медицинской помощи (в 2021 году на 25,76 млрд тенге по 1 101 тыс. дефекту, в 2020 году - 9,18 млрд тенге)

В 2021 году по сравнению с 2020 годом отмечен рост объема платных медицинских услуг на 58 %.

Вклад казахстанских домохозяйств в доходы государственных медицинских организаций составляет 1,9 % (34,1 млрд тенге из 1,8 трлн), в доходах частных медицинских организаций – почти 37 % от общих доходов (809 млрд тенге).

В условиях снижения доступности медицинских услуг и медицинской помощи для населения, рост платных медицинских услуг может свидетельствовать о замещении бесплатной медицинской помощи платной.

По результатам опросов за четвертый квартал 2021 года в общих расходах казахстанцев на здравоохранение (20 861 тенге): 51,7 % (10 789 тенге) составили расходы на фармацевтическую продукцию; 42,9 % – услуги больниц (7,8 %, 1619 тенге), стоматологические услуги (22,3 %, 4 653 тенге), медицинские услуги (4,4 %, 925 тенге), парамедицинские услуги (8,4 %, 1 757 тенге); 2,7 % (559 тенге) – лечебное оборудование и аппараты; 2 % (365 тенге) – прочая продукция медицинского назначения, 0,92 % (365 тенге) – неформальные расходы на здравоохранение (АСПиР. Расходы и доходы домашних хозяйств Республики Казахстан. Статистика уровня. 26 серия. IV квартал 2021 год).

Указанные результаты за 2021 год, безусловно, не способствовали изменению показателя уровня удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинских услуг в сторону увеличения на +15,1 % (по сравнению с показателями за 2020 год).

В части наличия стратегических показателей системы здравоохранения, мотивирующих медицинских работников на укрытие данных, на основании фактов, имевших место в Республике Казахстан в последние годы, следует указать на такие макропоказатели как «снижение младенческой смертности» и «снижение материнской смертности».

В целях реализации принципа «человекоцентричности» и

«реалистичности» в сфере здравоохранения рекомендуется пересмотреть макропоказатели и целевые индикаторы национального проекта «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» (Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 725) и Плана развития Министерства, а также провести комплексный реинжиниринг внутренних бизнес-процессов системы государственного стратегического планирования в сфере здравоохранения.

Для качественного проведения замера макропоказателей «уровня удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинских услуг», «снижение младенческой смертности», «снижение материнской смертности» необходимо разработать и утвердить критерии и методики оценки и прогнозирования указанных плановых макропоказателей.

Для надлежащего мониторингования Плана развития министерства необходимо регламентировать критерии, сроки и требования проведения анализа и мониторинга реализации Плана развития министерства. При этом следует обеспечить прозрачность процедуры стратегического планирования и доступность ведомственной и статистической информации в сфере стратегического планирования для всех пользователей.

## **2) Обеспечение медицинскими кадрами и уровня их квалификации.**

Реализация принципа «клиентоориентированности» в сфере здравоохранения, а также качество и доступность медицинских услуг обеспечивается наличием достаточного количества квалифицированных медицинских кадров.

Согласно Положения за министерством закреплены функции по подготовке профессиональных научно-педагогических, медицинских и фармацевтических кадров, специалистов общественного здоровья и иных специалистов для системы здравоохранения и повышение их квалификации (п.п.22) п.15), разработке и утверждению государственного норматива сети организаций здравоохранения (п.п.60) п.15), определению порядка учета кадровых ресурсов в области здравоохранения (ведения профессионального регистра) (п.п.214) п.15) и др.;

Департаментом науки и человеческих ресурсов МЗ РК согласно Положения реализуется 14 нижеуказанных функций, непосредственно связанных с вопросами обеспечения квалифицированными медицинскими кадрами.

### **Справочно:**

Департамент науки и человеческих ресурсов МЗ РК согласно Положения (извлечение):

- 1) разрабатывает предложения для формирования государственной политики и стратегии в управлении кадровыми ресурсами здравоохранения (п.п.2) п.5);
- 2) разрабатывает нормативные правовые акты по вопросам развития кадровых ресурсов здравоохранения; (п.п.3) п.5);

- 3) проводит анализ и мониторинг состояния кадровых ресурсов здравоохранения (п.п.6) п.5);
- 4) модернизирует систему планирования и прогнозирования кадровых ресурсов здравоохранения (п.п.8) п.5);
- 5) вырабатывает меры по привлечению и трудоустройству кадровых ресурсов здравоохранения (п.п.9) п.5);
- 6) осуществляет взаимодействие с общественными объединениями по реализации государственной политики в области управления кадровыми ресурсами здравоохранения (п.п.12) п.5);
- 7) осуществляет планирование подготовки медицинских и фармацевтических кадров в пределах своих полномочий с учетом потребности отрасли (п.п.13) п.5);
- 8) размещает государственный образовательный заказ на подготовку, переподготовку и повышение квалификации кадров в области здравоохранения (п.п.14) п.5);
- 9) организует подготовку, повышение квалификации и переподготовку кадров в области здравоохранения, в том числе и за рубежом (п.п.15) п.5);
- 10) утверждает порядок повышения квалификации и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров, а также квалификационные требования к организациям, реализующим программы дополнительного медицинского и фармацевтического образования (п.п.16) п.5);
- 11) организывает подготовку, повышение квалификации и переподготовку кадров здравоохранения внутри страны и за рубежом (п.п.14) п.6);
- 12) размещает государственный заказ на подготовку по медицинским и фармацевтическим специальностям, а также по повышению квалификации и переподготовке медицинских и фармацевтических кадров в области здравоохранения (п.п.19) п.6);
- 13) организывает подготовку, повышение квалификации и переподготовку кадров технического и профессионального, послесреднего, высшего и послевузовского образования в области развития сестринского дела внутри страны и за рубежом (п.п.14) п.7);
- 14) размещает государственный заказ на подготовку, повышение квалификации и переподготовку медицинских и фармацевтических кадров технического и профессионального, послесреднего, высшего и послевузовского образования в области развития сестринского дела (п.п.19) п.7).

Проведенным анализом установлен комплекс проблем, в том числе опосредованных ненадлежащим выполнением вышеуказанных функций министерством и департаментом науки и человеческих ресурсов МЗ РК, наличием бюрократических процедур, а также неэффективных решений.

За последние пять лет (с 2017 по 2021 год) дефицит медицинских кадров в Казахстане увеличился в два раза и достиг 23,1 тысячи единиц (в 2017 году - 10 тысяч).

Имеется дисбаланс в обеспечении кадрами между городским и сельским здравоохранением. 83 % всех врачей работают в городской местности, 17% – в сельской.

**Справочно:**

**Дефицит медицинских кадров:**

**в городе - 57 врачей на 10 тыс. населения**

2017г. – 10 000; 2021г – 23,1	на селе – 17 врачей на 10 тыс. населения
<b>Численность врачей всех специальностей:</b>	<b>Численность среднего медицинского персонала:</b>
2017г. – 72 134	2017г. – 175 246
2021г. – 78 227	2021г. – 188 800

Среди основных причин кадрового дефицита работников здравоохранения и дисбаланса в обеспечении кадрами между городским и сельским здравоохранением:

- не обеспечение надлежащих правовых условий посредством своевременного принятия нормативных правовых актов (профессиональных стандартов, несовершенство процедур закупок и наличия бюрократических процедур в вопросах повышения квалификации медицинских работников и др.);
- неэффективность системы установления потребностей в медицинских кадрах. Объекты здравоохранения определяют необходимое количество специалистов самостоятельно. Вместо прогноза, основанного на анализе прибытия/убытия специалистов и иных коррелирующих данных, в плановое значение переносится фактическая потребность;
- отсутствие единой информационной системы по качественному и эффективному учету кадровых ресурсов здравоохранения;
- отсутствие устойчивых инструментов прогнозирования кадров, в том числе на уровне ПМСП;
- низкий потенциал кадровых служб на уровне управлений здравоохранения и организаций ПМСП в вопросах планирования и управления кадрами;
- выполнение врачами несвойственных функций;
- высокие риски профессионального выгорания;
- недостаточное число молодых людей, желающих получить или уже получивших профессию врача;
- не отнесение вопросов привлечения молодых врачей и их распределения по конкретным регионам к компетенции МЗ. При высокой потребности в специалистах мерами социальной поддержки (подъемное пособие, бюджетный кредит) занимаются исключительно МИО (приказ Министра национальной экономики от 6 ноября 2014 года № 72);
- высокая внутренняя и международная миграция работников здравоохранения (отток специалистов, имеющих медицинское образование за рубеж за пять лет 5 тысяч единиц, ежегодный отток в среднем составляет 1100 человек);
- переход медицинских работников на более высокооплачиваемую работу, ввиду отсутствия стимулирующих моральных и материальных факторов;
- старение работников здравоохранения и их выход на пенсию;
- отсутствие специалистов, приходящих на освободившиеся места;



– отсутствие надлежащих стимулирующих факторов для медицинских работников в сельском здравоохранении.

Наибольший дефицит врачей в Костанайской (396), ЗКО (284), Акмолинской (259), Алматинской (255) областях.

Проблема дефицита кадров решается путем совмещения должностей.

Общий коэффициент совместительства варьируется от 1,5 до двух ставок, что приводит к высокой нагрузке на медицинских специалистов и снижению качества оказания медицинских услуг.

В части обеспечения уровня квалификации медицинских работников имеются вопросы правового, организационного и институционального характера.

В 2021 году и первом квартале 2022 года 112 355 медицинских специалистов, ввиду отсутствия, разработанных министерством профессиональных стандартов, были сертифицированы в нарушение правил сертификации специалистов и правил оценки навыков и знаний.

По состоянию на 19 апреля 2022 года из зарегистрированных 324 279 специалистов медицины у 36 954 специалистов, или 11 %, отсутствует информация о наличии сертификатов специалистов, позволяющих осуществлять клиническую практику.

Из них врачебный персонал - 11 000 и средний медперсонал - 25 646 человек.

В 2021 году в сфере подготовки медицинских кадров ввиду несовершенства процедур закупок и наличия бюрократических процедур не достигнуты целевые индикаторы по стратегической цели 1.2. «Улучшение доступности и качества медицинских услуг»:

По 8 целевому индикатору Плана развития министерства «Доля медицинских работников, прошедших обучение по программам дополнительного образования» при плане 6,1% фактически составила 0 % (индикатор не достигнут) (Таблица 5).

**Таблица 5. По 8 целевому индикатору Плана развития министерства**

	Наименование индикатора	Ед. изм.	План	Факт
8.	Доля медицинских работников, прошедших обучение по программам дополнительного образования	% от общего количества медицинских работников	6,1	0

В 2021 году на повышение квалификации 11 780 специалистов здравоохранения (из них внутри страны: врачи – 8 140, средние медицинские работники – 3 602; обучение за рубежом – 38) были предусмотрены средства в сумме 459,9 млн. тенге, которые не были освоены.

В 2021 году процедуры государственных закупок способом открытого конкурса не состоялись по причинам отсутствия заявок на участие в конкурсе, несоответствие потенциальных поставщиков, предъявляемым квалификационным требованиям, что вызвано несовершенством правового регулирования, отсутствием реалистичных критериев и требований.

Для преодоления указанных проблем за министерством здравоохранения следует закрепить компетенцию по разработке и утверждению методики прогнозирования кадровых ресурсов здравоохранения.

Рекомендуется пересмотреть порядок и требования установления фактической потребности в медицинских кадрах, посредством утверждения единого подхода по определению потребности и утверждения алгоритма расчетов прогнозирования потребности в кадровых ресурсах.

В рамках выполнения возложенных функций необходимо утвердить профессиональные стандарты для сертификации специалистов, утвердить новый порядок и требования проведения конкурса по оказанию услуг по обучению по программам дополнительного образования, с исключением нереалистичных критериев и требований, излишних звеньев, сокращением срока проведения конкурса.

Наряду с этим необходимо пересмотреть функционал врачей с исключением несвойственных функций и делегированием ряда врачебных функций медицинским сестрам (прикладным и академическим бакалаврам).

В целях цифровизации бизнес-процедур следует разработать и внедрить в промышленную эксплуатацию единую информационную систему по качественному и эффективному учету медицинских кадров с расширением возможности внедрения электронной системы прогнозной потребности в медицинских кадрах.

При выполнении функции по разработке предложений для формирования государственной политики и стратегии в управлении кадровыми ресурсами здравоохранения в целях реализации принципа «клиентоориентированности» также рекомендуется:

- разработать стимулирующие меры для медицинских работников, направленные на дальнейшее повышение средней заработной платы медицинских работников, увеличение престижа и привлекательности медицинских профессий;

- разработать стимулирующие меры по дополнительным выплатам врачам остродефицитных специальностей, врачам, трудоустроившимся в сельских учреждениях здравоохранения, врачам с вредными условиями труда, молодым специалистам;

- разработать пакет мер по совершенствованию деятельности HR служб на уровне регионов и медицинских организаций, способных эффективно планировать и управлять кадрами;

- разработать пакет предложений в Правительство РК по:



- предоставлению земельных участков, жилья медицинским работникам на безвозмездной основе и/или на льготных условиях;
- наделению медицинских работников правом приватизации выделенного жилья после 10-ти летнего стажа работы в регионе (*согласно действующей программе поддержки молодых специалистов, по причине отсутствия нового жилья в селах, предоставляется возможность специалисту самому находить жилище из вторичного рынка и заключать договор, часть суммы которого субсидируется в рамках этой программы*);
- внеконкурсного и внеочередного предоставления мест в дошкольных учреждениях для детей медицинских работников;
- повышению подъемных для молодых специалистов более в 3 раза (*Справочно: подъемное пособие выделяются по стране в разных объемах от 1 до 5 млн.тенге (СКО, Костанайская область и др.)*).
- введению льготных условий для кредитования по сниженным процентным ставкам на все виды займов (ипотека, автокредитование, потребительские кредиты).

### **3) Сроки ожидания оказания медицинских услуг (медицинской помощи).**

Реализация принципа «клиентоориентированности» в сфере здравоохранения, а также качество и доступность медицинских услуг обеспечивается минимальными, своевременными сроками ожидания оказания медицинских услуг (медицинской помощи).

Ввиду ограниченности кадровых, материальных, технических и иных ресурсов системы здравоохранения, государство на системной основе должно регулировать процесс доступа пациентов к тем или иным видам медицинских услуг (медицинской помощи).

От установления понятных, реализуемых Правил ожидания консультаций, обследований, плановых операций, а также обеспечения прозрачных и доступных средств, регулирования, отслеживания и оповещения очередности зависит своевременность оказания медицинской помощи и уровень удовлетворенности пациентов качеством ее оказания.

В большинстве западных стран с развитым общественным здравоохранением сроки ожидания медицинской помощи контролируются, и проводится государственная политика их снижения.

В зарубежных системах мониторинга ожидания плановой медицинской помощи используются два понятия.

Первое – лист ожидания, или длина очереди на получение помощи. Он измеряется числом ожидающих пациентов. Ведение листов ожидания предполагает наличие определенной системы учета. Главной тенденцией развития мониторинга в западных странах является создание централизованных компьютеризованных систем учета пациентов, ожидающих определенной вид медицинской помощи. Такие системы

призваны сформировать единую очередь и обеспечить ее прохождение пациентами по единым правилам.

Второе понятие – срок ожидания. Это время, необходимое для получения лечения всеми пациентами, стоящими в очереди, - с момента выбранной точки отсчета ожидания (она может быть разной) до реального получения лечения. Для пациентов наиболее важный показатель – фактический срок ожидания.

В большинстве развитых западных стран проводится целенаправленная политика упорядочивания учета и сокращения сроков ожидания плановой медицинской помощи, установлены государственные гарантии в отношении предельных сроков ожидания, связанные с финансовыми возможностями государства, действуют развитые системы управления очередью и мониторинга усредненных показателей сроков ожидания.

Главная характеристика этих систем – единый порядок движения очереди и учета сроков ожидания, который распространяется на все медицинские организации, финансируемые за счет государственных средств. Наличие единого порядка обеспечивает прозрачность прохождения очереди, снижает уровень неопределенности в отношении доступности медицинской помощи, расширяет возможности для обоснованного выбора поставщиков медицинских услуг с меньшими сроками ожидания.

Обзор международных данных о медицинских последствиях длительных сроков ожидания, подготовленный группой канадских исследователей, показал, что из-за задержек предоставления плановых медицинских вмешательств растут частота осложнений заболеваний, объемы экстренной помощи и уровень летальности.

По результатам проведенного анализа установлен комплекс ниже указанных проблем и фактов, свидетельствующих о невыполнении государственными органами и медицинскими организациями принципа «клиентоориентированности» в вопросах срока ожидания медицинских услуг (медицинской помощи).

В частности, в Республике Казахстан распространена практика выдачи направления пациентам на оказание консультативно-диагностической помощи и операций с продолжительными сроками ожидания (до двух и более месяцев), в том числе на основе системы квотирования.

Повсеместно получила распространение тенденция приоритетного оказания платных медицинских услуг, в том числе в государственных субъектах здравоохранения.

Медицинские услуги (медицинская помощь) с продолжительными сроками ожидания, в том числе в государственных субъектах здравоохранения могут оказываться на платной основе в день обращения пациента или в течении непродолжительного срока после обращения пациента. Граждане вынуждены проходить процедуры на платной основе.

В этой связи необходимо отметить, что в 2021 году количество пациентов, ожидающих плановую госпитализацию 10 дней и более увеличилось на 17 % в сравнении с 2020 годом.

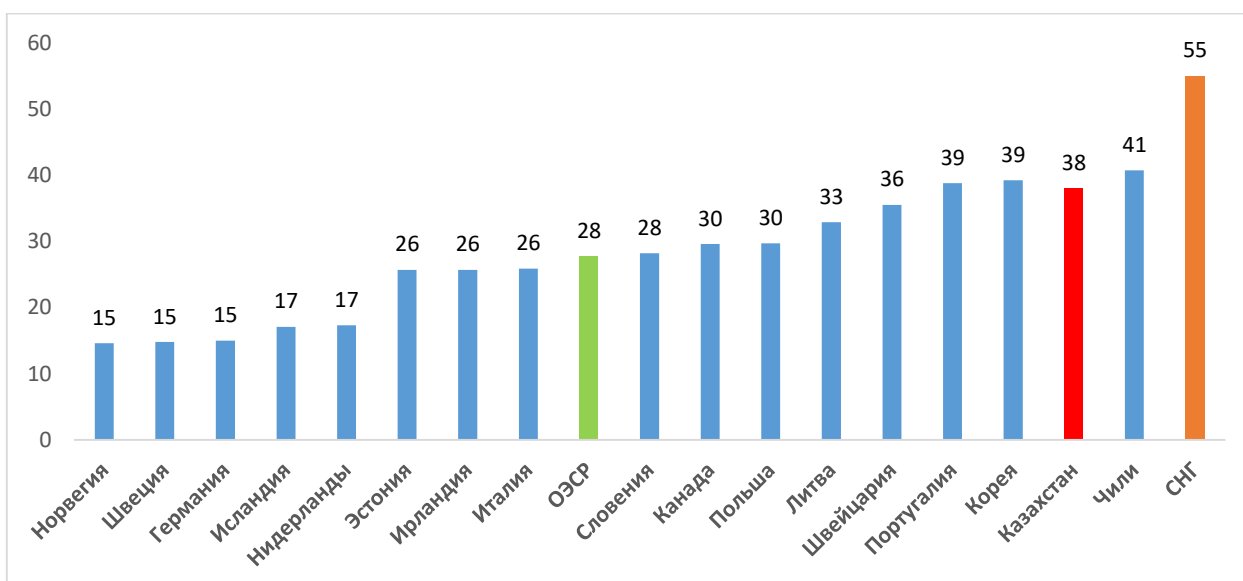
Длительность ожидания, наличие платной альтернативы по прохождению процедуры в ускоренном порядке, заинтересованность медицинских организаций и медицинских работников в оказании платных услуг, при наличии обязанности и возможности оказания услуг в бесплатной форме, приводит к росту доли частных расходов на здравоохранение в Казахстане.

По данным на декабрь 2019 года, непосредственно платежи населения за услуги здравоохранения составляли 38 % от текущих расходов (Таблица 9).

По рекомендациям ОЭСР и ВОЗ указанный показатель не должен превышать 20 % от текущих расходов на здравоохранение.

Предполагается, что по итогам 2021 года указанный показатель в Казахстане значительно превысил показатель 2019 года (38 %), поскольку в 2021 году по сравнению с 2020 годом отмечен рост объема платных медицинских услуг на 58 %.

**Таблица 9. Частные расходы на здравоохранение в Казахстане и в странах ОЭСР и СНГ в 2019г. (в % к ТРЗ).**



Принимая во внимание, что примерно 46 % объемов потребления стационарной помощи за год приходится на экономически неактивное население (несовершеннолетние, пенсионеры, инвалиды, безработные и др.) и почти половина бесплатных лекарств выписывается по рецептам хроническим больным, состоящим на учете в поликлиниках, вопросы обеспеченности населения ЛС, МИ и бесплатными медицинскими услугами значительно актуализируются и приобретают социальный характер.

В перспективе с ростом ожидаемой продолжительности жизни и рождаемостью увеличится численность наиболее интенсивных потребителей медицинских услуг (численность пожилого населения к 2025 году вырастет на 41 % и более чем на 20 % увеличится численность детского населения), что, безусловно, в геометрической прогрессии отразится на росте затрат на медицинскую помощь.

Таким образом, актуализируется задача по сокращению частных расходов граждан за услуги здравоохранения.

При наличии вышеуказанных проблем в Республике отсутствует централизованная эффективная система электронного листа ожидания, имеющая опции «обратной связи» и оповещения пациентов, а также электронная система мониторинга сроков ожидания.

Медицинскими организациями не выполняются требования Приказа Министра здравоохранения РК от 29 октября 2020 года № ҚР ДСМ-170/2020 «Об утверждении правил оказания платных услуг субъектами здравоохранения и типовой формы договора по предоставлению платных медицинских услуг (помощи)» в части обеспечения открытости и доступности информации.

На Интернет-ресурсах, несмотря на требования Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» и Приказа Министра здравоохранения РК от 29 октября 2020 года № ҚР ДСМ-170/2020 отсутствует информация, позволяющая пациенту определить какие услуги он может получить бесплатной и на платной основе с указанием следующей информации (перечень платных услуг с указанием стоимости, сведений об условиях, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, сведений о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, а также сведений о льготах при предоставлении платных услуг для отдельных категорий граждан).

Государственными органами на системной основе также не осуществляются контрольные мероприятия:

– по выполнению медицинскими организациями требований Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» и Приказа Министра здравоохранения РК от 29 октября 2020 года № ҚР ДСМ-170/2020 при предоставлении платных услуг;

– по использованию медицинских изделий (изделия медицинского назначения (материалы, изделия, растворы, реагенты, комплекты, наборы, используемые для оказания медицинской помощи в соответствии с функциональным назначением и инструкцией производителя) и медицинской техники (аппараты, приборы, оборудование, комплексы, системы), закупленных для оказания услуг в рамках ГОБМП по прямому назначению.

**Справочно:**

➤ платные медицинские услуги согласно п.п.2),3),4),5),7 п.3 ст.202 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» предоставляются при:

- оказании медицинской помощи сверх ГОМП и (или) в системе ОСМС (п.п.2));
- лечении лекарственными средствами, не включенными в лекарственный формуляр организации здравоохранения (п.п.3));
- проведении медицинских исследований, не входящих в перечень ГОБМП и (или) перечень медицинской помощи в системе ОСМС, и (или) без медицинских показаний (п.п.4));
- восстановительном лечении и медицинской реабилитации, оказываемой в санаторно-курортных организациях сверх ГОБМП и (или) в системе ОСМС, за исключением лиц, содержащихся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы (п.п.5));
- медицинском обследовании, не предусмотренном ГОБМП и сверх объема обязательного социального медицинского страхования (п.п.7));
- государственным субъектам здравоохранения запрещено предоставление на платной основе медицинской помощи, оказываемой в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС (п. 9. ст. 202 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения», приказ Министра здравоохранения от 29 октября 2020 года № КР ДСМ-170/2020).

В качестве основных причин установления продолжительных сроков ожидания оказания медицинских услуг (медицинской помощи) и госпитализаций следует выделить:

- не выполнение медицинскими организациями запрета на предоставление на платной основе медицинской помощи, оказываемой в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС (п. 9. ст. 202 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения»);
- приоритетное использование медицинских изделий и медицинской техники, закупленных для оказания услуг в рамках ГОБМП для оказания платных услуг;
- недостаточное вовлечение частных медицинских организаций в перечень организаций здравоохранения, оказываемых медицинские услуги в рамках ГОБМП и системе ОСМС;
- ненадлежащий уровень координации работы по оказанию медицинской помощи со стороны уполномоченного органа;
- ненадлежащий уровень контроля и мониторинга со стороны уполномоченного органа, ФСМС и территориальных управлений здравоохранений;
- отсутствие прозрачных и доступных средств отслеживания и оповещения очередности оказания медицинских услуг (медицинской помощи) и электронной системы мониторинга сроков ожидания;
- отсутствие доступности и прозрачности информации об услугах, оказываемых медицинскими организациями в рамках ГОБМП, системе ОСМС и на платной основе.

Для решения вопросов сокращения сроков ожидания необходимо разработать и ввести в эксплуатацию электронную систему мониторинга использования медицинских изделий и медицинской техники, закупленных для оказания услуг в рамках ГОБМП.

Посредством интеграции МИСов и информационных систем рекомендуется разработать и ввести в эксплуатацию:

- систему электронного листа ожидания с обеспечением обратной связи с пациентом, наличием опции оповещения состояния очередности и предполагаемой даты оказания медицинских услуг (медицинской помощи);
- электронную систему мониторинга сроков ожидания оказания медицинских услуг (медицинской помощи) и госпитализаций;
- электронную систему мониторинга оказания медицинских услуг в рамках ГОБМП, системе ОСМС и платных услуг в разрезе пациентов.

В целях правового обеспечения цифровизации процесса мониторинга и контроля рекомендуется разработать проект Закона РК о внесении изменений и дополнений в Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения», направленный на:

- закрепление за КМФК контрольных функций по соблюдению медицинскими организациями приоритетности использования медицинских изделий и медицинской техники, закупленных для оказания услуг в рамках ГОБМП по прямому назначению, т.е. для оказания услуг в рамках ГОБМП;
- закрепление за местными исполнительными органами функций по проведению мониторинга использования медицинских изделий и медицинской техники, закупленных для оказания услуг в рамках ГОБМП;
- закрепление за ФСМС компетенции по мониторингу деятельности медицинских организаций по показателям оказанных услуг в рамках ГОБМП, системе ОСМС и платных услуг в разрезе пациентов.

Следует проработать вопрос об увеличении доли частных медицинских организаций в перечне организаций здравоохранения, оказываемых медицинские услуги в рамках ГОБМП и системе ОСМС.

В целях обеспечения доступности информации об оказываемых медицинских услугах на платной основе необходимо закрепить за управлениями здравоохранения компетенцию по проведению на ежеквартальной основе мониторинга интернет-ресурсов государственных организаций здравоохранения на предмет выполнения требований, связанных с опубликованием перечней платных услуг с указанием стоимости, сведений об условиях, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, сведений о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, а также сведений о льготах при предоставлении платных услуг для отдельных категорий граждан.

#### **4) Система квотирования бесплатной медицинской помощи.**

Согласно действующему законодательству, каждый гражданин имеет право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе и с применением дорогостоящих лечебно-диагностических технологий, посредством получения квоты.

В Республике при оказании экстренной медицинской помощи очередность отсутствует.

Очередность оказания медицинских услуг (медицинской помощи) устанавливается при оказании плановой медицинской помощи в связи с ограниченностью ресурсов (койко-мест, пропускной способности медицинской организации, ограниченности возможности оказания по высокотехнологичным медицинским услугам (ВТМУ)).

Требования по формированию направления на госпитализацию по квоте регламентируются Правилами оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, утверждёнными Приказом Министра здравоохранения РК от 8 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-238/2020 года.

Процедура получения квоты и фактического оказания медицинской услуги (медицинской помощи) состоит из 10 этапов и может по сроку составлять минимум сорок рабочих дней, максимально 3-4 месяца и более:

1) обращение (заявление) пациента в организацию, оказывающую ПСМП (по прикреплению) (срок ожидания приема врача общей практики, участкового врача-терапевта/педиатра по факту 1 – 10 календарных дня и более);

2) выписка направления специалистом ПСМП на лабораторные исследования (результат получения по факту - 1 - 3 рабочих дня).

3) выписка направления специалистом ПСМП на инструментальные исследования (результат получения по факту - 1 – 30 рабочих дней и более);

4) выписка направления специалистом ПСМП к профильному специалисту (срок ожидания приема по факту - 1 –30 рабочих дней и более);

5) направление организацией ПСМП документов пациента в комиссию по высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Комиссия ВТМП) (срок не установлен);

6) рассмотрение Комиссией ВТМП пакет документов пациента заочно (определение обоснованности направления пациента в организацию здравоохранения, предоставляющую ВТМП и принятие решения - в течение двух рабочих дней с момента поступления);

7) регистрация (при принятии положительного решения) направления Комиссией ВТМП на госпитализацию в Портале «Бюро госпитализации» (далее – Портал) с прикреплением пакета документов пациента (срок не установлен);

Процедуры электронного оповещения пациента посредством sms-оповещения отсутствует (направление в мед.организацию на госпитализацию, сформированное в электронном формате, пациент получает: на веб-портале; в приемном покое при госпитализации в организацию здравоохранения, предоставляющую ВТМП; по запросу в организации здравоохранения по месту прикрепления).

8) рассмотрение организацией здравоохранения, предоставляющей ВТМП, в Портале поступившее направление на госпитализацию с документами пациента (срок - в течение двух рабочих дней с момента поступления и определяет дату госпитализации в стационар);

9) организация ПСМП по месту прикрепления пациента просматривает в Портале дату госпитализации в направлении, установленную организацией здравоохранения, предоставляющей ВТМП и в течение одного рабочего дня информирует пациента о дате госпитализации в стационар.

Информирование пациента о дате госпитализации в организацию, предоставляющую ВТМП, осуществляется путем устного оповещения; sms-оповещения; электронного оповещения в кабинете пользователя; в медицинских информационных системах, в том числе с использованием мобильных приложений.

Несмотря на указанное в Республике отсутствует централизованная эффективная система электронного листа ожидания для пациентов по квоте, имеющая опции «обратной связи» и оповещения пациентов, а также электронная система мониторинга сроков ожидания госпитализаций пациентов по квоте.

10) госпитализация пациента по квоте (максимальный срок госпитализации пациента в организацию, предоставляющую ВТМП с момента направления пациента на госпитализацию в Портале «Бюро госпитализации» в законодательстве не установлен).

Вышеуказанный алгоритм оказания медицинской помощи пациенту по квоте не способствует своевременности оказания медицинской помощи, что сказывается на состоянии и здоровье пациентов.

В целях оптимизации процессов и сокращения срока оказания медицинской помощи по квоте Министерству здравоохранения рекомендуется внести изменения и дополнения в Правила оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, утверждённые Приказом Министра здравоохранения РК от 8 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-238/2020 года, направленные на сокращение количество этапов.

В частности, из 10 этапов следует исключить 4 этапа: «направление организацией ПСМП документов пациента в комиссию по высокотехнологичной медицинской помощи» (5 этап), «рассмотрение Комиссией ВТМП пакет документов пациента заочно» (6 этап), «рассмотрение организацией здравоохранения, предоставляющей ВТМП, в Портале поступившее направление на госпитализацию с документами пациента» (8 этап), «организация ПСМП по месту прикрепления пациента просматривает в Портале дату госпитализации в направлении, установленную организацией здравоохранения, предоставляющей ВТМП» (9 этап).

В целях придания организациям ПСМП по месту прикрепления гибкости, оперативности и самостоятельности в принятии решений о направлении пациента на ВТМУ, исключения излишних звеньев при принятии решений, а также ввиду наличия заключения профильного специалиста и наличия медицинских кадров в организации ПСМП по месту прикрепления исключить деятельность Комиссий ВТМП при принятии решений на госпитализацию по квоте;



Организации ПСМП по месту прикрепления рекомендуется наделить полномочиями по рассмотрению пакета документов пациента и принятию решения о направлении пациента на госпитализацию в Портале «Бюро госпитализации» (далее – Портал) с прикреплением пакета документов пациента.

В целях оптимизации процесса также рекомендуется:

- цифровизировать бизнес-процедуру назначения даты госпитализации в стационар, исключив из полномочий организации здравоохранения, предоставляющей высокотехнологичные медицинские услуги полномочие определять дату госпитализации пациента в стационар по квоте;

- сократить сроки на четырех этапах (1 этап - «обращение (заявление) пациента в организацию, оказывающую ПСМП» - до 1-3 рабочих дней, 2 этап «выписка направления специалистом ПСМП на лабораторные исследования» – до 1 рабочего дня, 3 этап «выписка направления специалистом ПСМП на инструментальные исследования» – до 3 рабочих дней, 4 этап – «выписка направления специалистом ПСМП к профильному специалисту» – от 1 до 10 рабочих дней);

- установить максимальный срок госпитализации пациента в организацию, предоставляющую высокотехнологичные медицинские услуги с момента направления пациента на госпитализацию в Портале «Бюро госпитализации» в 30 календарных дней, в исключительных случаях;

- ввести систему электронного листа ожидания для пациентов по квоте с обеспечением обратной связи, наличием опции оповещения состояния очередности и предполагаемой даты оказания медицинских услуг (медицинской помощи) по квоте;

- внедрить электронную систему мониторинга сроков ожидания госпитализаций по квоте.

## **1.2 Демонполизация государственного аппарата и экстерриториальные процедуры.**

По результатам проведенного анализа установлены условия для исключительной подведомственности информационных систем РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы» КСЭК МЗ РК и программы медико-социальной экспертизы.

### **1.2.1. Исключительная подведомственность информационных систем РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы» КСЭК МЗ РК.**

Сотрудники департаментов КСЭК при проведении проверок изымают пробы и передают в филиал РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы» КСЭК МЗ РК (далее – НЦЭ) для лабораторного исследования. Предоставление протоколов лабораторных исследований и инструментальных замеров ДКСЭК производится на бумажном носителе, нарочно.

Бумажное предоставление результатов большого количества исследований приводит к трате времени и канцелярских ресурсов.

Для минимизации бюрократических процессов рекомендуется обеспечить доступ работников департаментов КСЭК к единому комплексу программного обеспечения «Лабораторная информационная система» (далее – ЛИС) с возможностью просмотра соответствующих результатов исследований. Аналогичную демонополизацию по доступу к ЛИС необходимо провести и на районном уровне.

### **1.2.2. Исключительная подведомственность программы медико-социальной экспертизы.**

Управление здравоохранения на территориях указывает на отсутствие доступа к программе медико-социальной экспертизы для осуществления мониторинга инвалидности.

Управления здравоохранения в пределах своих компетенции обеспечивает направление детей с ограниченными возможностями на психологические, медицинские и педагогические консультации с согласия родителей или иных законных представителей.

В целях надлежащего выполнения указанной функции необходимо предоставить доступ управлениям здравоохранения к программе медико-социальной экспертизы.

### **1.3. Децентрализация деятельности государственного аппарата, централизация и оптимизация вспомогательных служб, лиц, работающих по трудовому договору, и подведомственных организаций.**

Оптимальное сочетание централизации и децентрализации в государственном управлении с учетом принципа человекоцентричности, приоритета прав, свобод и законных интересов граждан перед интересами государства является основой для перераспределения компетенций на всех уровнях государственного управления.

В целях подготовки предложений по гармоничному и эффективному соотношению и перераспределению полномочий между вышестоящими и нижестоящими государственными органами, между структурными подразделениями и подведомственными организациями МЗ в рамках анализа были рассмотрены вопросы по пересмотру определенных видов деятельности.

Посредством метода интервьюирования по указанным вопросам проведены встречи с руководителями ведомств, структурных подразделений и подведомственных организаций министерства.

По результатам проведенного анализа:

– сформирован **перечень из 28 компетенций, рекомендованных для полного или частичного перераспределения** между вышестоящими и нижестоящими государственными органами.

### **1.3.1. Компетенции, рекомендованные для полного или частичного перераспределения между вышестоящими и нижестоящими государственными органами.**

По результатам проведенного анализа законодательства Республики Казахстан и правоприменительной практики, Послания Главы государства «Справедливое государство. Единая нация. Благополучное общество», стратегических документов в сфере здравоохранения, а также предложений, поступивших от государственных органов, в целях реализации стратегии по формированию государственного аппарата, направленного на реализацию принципа «человекоцентричности» и «результативности», сформированы общие подходы и принципы по гармоничному и эффективному соотношению и перераспределению полномочий между вышестоящими и нижестоящими государственными органами в сфере здравоохранения.

Предлагается перераспределить между уровнями государственного управления полномочия:

- по формированию и реализации государственной политики в сфере здравоохранения от Правительства в министерство здравоохранения, в том числе по разработке основных направлений государственной политики в сфере здравоохранения;
- по реализации государственной политики и контрольные функции (частично) в сфере здравоохранения от отраслевого министерства и его ведомств в МИО областей, городов республиканского значения (столицы);
- по обеспечению реализации прав граждан РК, кандасов, а также иностранцев и лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории РК, на медицинскую помощь в системе ОСМС от МИО областей, городов республиканского значения (столицы) в МИО районов (городов областного значения).

Передача полномочий Правительства по формированию и реализации государственной политики в сфере здравоохранения профильному министерству соответствует установке Главы государства, озвученной в Послании «Справедливое государство. Единая нация. Благополучное общество»: *«за конкретную отраслевую политику должен отвечать конкретный министр, а не «коллективный кабинет».*

Предложенный подход позволит исключить избыточные функции из компетенций Правительства, создав условия оперативности и самостоятельности в принятии стратегических решений отраслевому министерству, а также расширить полномочия МИО за счет функций, обеспечивающих решение задач местного значения в пределах соответствующей административно-территориальной единицы.

Безусловно, рекомендованное перераспределение полномочий будет способствовать повышению персональной ответственности первых руководителей министерства здравоохранения за эффективность формирования и реализации государственной политики в сфере

здравоохранения в целом и акимов всех уровней за эффективность реализации государственной политики в сфере здравоохранения на местном уровне.

В качестве существенного шага в процессе децентрализации государственного аппарата видится процесс исключения условий для централизации и совмещения в одном государственном органе контрольных, разрешительных и регулятивных функций, а также функций по оказанию государственных услуг и управлению государственным имуществом.

Практические действия государственного органа по исполнению таких функций приводит к ситуации, связанных с конфликтом интересов и становятся сдерживающими факторами в развитии сферы здравоохранения в целом.

Предлагается функции по выдаче разрешительных документов в сфере здравоохранения перераспределить между уровнями государственного управления на местах. При этом, наделить МИО функциями по проведению контроля за деятельностью физических и юридических лиц, а за ведомствами отраслевого министерства закрепить полномочия по контролю за соблюдением законодательства МИО.

Данный подход позволит оптимизировать компетенции ведомств министерства здравоохранения, ряд полномочия которых на сегодняшний день по факту направлены на решение вопросов местного значения.

Исходя из вышеуказанных принципов и подходов 28 компетенций в сфере здравоохранения рекомендованы для полного или частичного **перераспределения** между вышестоящими и нижестоящими государственными органами:

– **18 компетенций Правительства для передачи в МЗ** (см: Приложение 1);

– **6 компетенций МЗ для полной или частичной передачи в МИО** (см: Приложение 2);

– **2 компетенция КМФК и 1 компетенция КСЭК для полной передачи МИО областей, городов республиканского значения (столицы)** (см: Приложение 3, 4);

– **1 компетенция МИО областей, городов республиканского значения (столицы) для передачи МИО районов (городов областного значения)** (см: Приложение 5).

Из 18 компетенций Правительства, рекомендованных для передачи в министерство здравоохранения, 2 функции относятся к категории «стратегических» функций («разрабатывает основные направления государственной политики в области здравоохранения» (п.п.1) ст.6 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»; разработка основных направлений государственной политики в области биологической безопасности и организация их осуществления (п.п.1) ст.8 Закона РК «О биологической безопасности Республики Казахстан»), 16 функций к категории «регулятивных».

Перечень 18 компетенций Правительства, предложенный в настоящем анализе совпадает с перечнем компетенций Правительства, рассмотренных Рабочей группой по децентрализации при Администрации Президента РК для передачи министерству здравоохранения.

Из 6 компетенций министерства, рекомендованных для полной или частичной передачи в МИО, 5 функций относятся к категории «регулятивных» функций, 1 функция к категории «реализационных».

Из 2 компетенций КМФК и 1 компетенции КСЭК, рекомендованных для полной передачи МИО областей, городов республиканского значения (столицы), все 3 функции относятся к категории «реализационных».

Из МИО областей, городов республиканского значения (столицы) для передачи МИО районов (городов областного значения) рекомендована передача 1 «реализационной» функции.

### **1.3.2. Отсутствие необходимых компетенций ФСМС, связанных с перераспределением средств между медицинскими организациями.**

Согласно ст.35 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» медицинская помощь в системе ОСМС потребителям медицинских услуг предоставляется на условиях договора закупа услуг, заключенного между субъектом здравоохранения и ФСМС.

Кодексом и иными НПА не регламентированы требования, процедуры и сроки перераспределения финансовых средств между медицинскими организациями.

В ситуации отсутствия финансовых средств у медицинской организации ввиду увеличением объема оказываемых услуг и наличия излишков финансовых средств у иной медицинской организации на практике требует проведения согласований с управлением здравоохранения и руководством медицинских организаций.

Не редко указанные согласования и сроки принятия решений имеют продолжительный характер, что влияет на оперативность принимаемых решений, качество оказываемых медицинских услуг.

В этой связи, рекомендуется разработать проект Закона РК о внесении изменений и дополнений в п.5 ст.18 и п.1. ст.20 и иные нормы Закона Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании» по вопросам закрепления процедуры, требований, оснований и сроков перераспределения финансовых средств между организациями здравоохранения, а также закрепления за ФСМС компетенции по перераспределению финансовых средств между организациями здравоохранения.

### **1.4. Делегирование полномочий, установление персональной ответственности и недопустимость передачи принятия решений и**

**согласования вопросов на вышестоящий уровень и коллегиальным органам.**

В Республике Казахстан управленческая ответственность и оптимальность регламентации определены в качестве основополагающих, базовых принципов процесса деbüroкратизации государственного аппарата (Указ Президента РК «О мерах по деbüroкратизации деятельности государственного аппарата» от 13 апреля 2022 года № 872).

В целях подготовки предложений по повышению эффективности и оперативности принятия решений в государственном аппарате, исключения излишней законодательной регламентации деятельности исполнительной власти, повышения самостоятельности и персональной ответственности руководителей государственных органов были изучены вопросы корпоративного управления организаций здравоохранения, компетенции МЗ, МИО, Наблюдательных советов в указанном процессе с учетом их соответствия требованиям и запросам гражданам, общества и государства, соответствия принципам процесса деbüroкратизации, а также целесообразности их дальнейшего осуществления.

По результатам проведенного анализа и сложившейся правоприменительной практики выявлены **3 компетенции, связанные с согласованиями.**

2 компетенции рекомендованы для полного исключения из компетенций министерства здравоохранения, 1 компетенция для полного исключения из компетенций руководителей организаций здравоохранения.

#### **1.4.1. Неоправданное делегирование согласования на вышестоящий уровень в сфере корпоративного управления организаций здравоохранения.**

Согласно п.2.и п.3 *«Правил проведения конкурса на вакантную должность руководителя, единолично осуществляющего функции исполнительного органа, или руководителя коллегиального исполнительного органа государственного предприятия на праве хозяйственного ведения с наблюдательным советом в области здравоохранения»* (утвержден приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 мая 2020 года № ҚР СМ-58/2020) Наблюдательный совет Предприятия осуществляет конкурсный отбор на вакантную должность руководителя, единолично осуществляющего функции исполнительного органа, или руководителя коллегиального исполнительного органа Предприятия, проводит собеседование с участниками конкурса и по итогам собеседования определяет участника, получившего положительное решение, вносит в уполномоченный орган соответствующей отрасли (местный исполнительный орган) представление о назначении участника, получившего положительное решение, руководителем Предприятия.

В п.п.20) ст.13 Кодекса установлено требование о проведении местными органами государственного управления здравоохранением областей, городов

республиканского значения и столицы процедуры согласования с министерством кандидатуры руководителя, единолично осуществляющего функции исполнительного органа, или руководителя коллегиального исполнительного органа Предприятия, предложенной Наблюдательным советом.

Обязательная процедура согласования, установленная в п.п.20) ст. 13 Кодекса создает условия:

- для передачи принятия решений и согласования вопросов, входящих в сферу компетенций руководителя МИО на вышестоящий уровень в МЗ, что не способствует реализации принципа управленческой ответственности;
- для недостаточно обоснованных бюрократических требований в части согласования кандидатуры, предложенной Наблюдательным советом;
- не способствует установлению оптимально необходимого уровня регламентации деятельности МИО;
- для снижения оперативности в части срока принятия решения;
- для формирования коррупционных рисков ввиду отсутствия четких сроков и требований процедуры согласования.

Отрицательный результат согласования кандидатуры со стороны министерства не является основанием для принятия решения о не назначении представленной кандидатуры на вакантную должность.

Указанный правовой пробел способствует полной формализации процедуры согласования.

Наличие 100 % положительных результатов согласований за период 2021 год и первое полугодие 2022 года является свидетельством и основанием для признания указанной процедуры излишней и способствующей бюрократизации административной процедуры при осуществлении МИО компетенции по организации кадрового обеспечения руководителей государственных организаций здравоохранения.

К примеру, за 2021 год и за 1 полугодие 2022 года министерством осуществлены согласования кандидатур 18 руководителей организаций здравоохранения по Восточно-Казахстанской области. Положительно согласованы 100 % представленных кандидатов.

В 2022 году кандидатура руководителя поликлиники № 1 города Усть-Каменогорска МЗ была согласована по истечении 56 дней, районной больницы Абайского района после истечения 16 дней, со дня направления соответствующих сведений о кандидате.

Для исключения условий неоправданного делегирования полномочий по согласованию кандидатуры руководителя, единолично осуществляющего функции исполнительного органа, или руководителя коллегиального исполнительного органа Предприятия министерству здравоохранения рекомендуется разработать проект Закона РК о внесении изменений и дополнений в п.п.20) ст.13 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа

и системе здравоохранения» по вопросу исключения процедуры согласования при осуществлении компетенции по организации кадрового обеспечения руководителей государственных организаций здравоохранения.

#### **1.4.2. Неоправданное делегирование согласования на вышестоящий уровень при назначении руководителей управлений здравоохранения.**

Согласно п.п.12) п.2 ст.12 Кодекса МИО областей, городов республиканского значения и столицы назначают на должность и освобождают от должности руководителей местных органов государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы по согласованию с уполномоченным органом.

Обязательная процедура согласования, установленная в п.п.12) п.2 ст.12 Кодекса, как и в вопросах корпоративного управления организаций здравоохранения создает условия:

- для передачи принятия решений и согласования вопросов, входящих в сферу компетенций МИО областей, городов республиканского значения и столицы на вышестоящий уровень в МЗ, что не способствует реализации принципа управленческой ответственности;
- для недостаточно обоснованных бюрократических требований в части согласования кандидатур на должность руководителей УЗ;
- не способствует установлению оптимально необходимого уровня регламентации деятельности МИО;
- для снижения оперативности в части срока принятия решения;
- для формирования коррупционных рисков ввиду отсутствия четких сроков и требований процедуры согласования.

Отрицательный результат согласования кандидатуры со стороны МЗ не является основанием для принятия решения о не назначении представленной кандидатуры на вакантную должность.

Указанный правовой пробел способствует полной формализации процедуры согласования.

Согласно пояснений руководителей департаментов МЗ в правоприменительной практике согласования по указанной процедуре имеют 100 % положительный результат, что, безусловно, является основанием для признания указанной процедуры излишней и способствующей бюрократизации административной процедуры при осуществлении МИО компетенции по назначению на должность и освобождению от должности руководителей местных органов государственного управления здравоохранения областей, городов республиканского значения и столицы.

Для исключения условий неоправданного делегирования полномочий министерству здравоохранения рекомендуется разработать проект Закона РК о внесении изменений и дополнений в п.п.12) п.2 ст.12 Кодекса РК «О Здравье народа и системе здравоохранения» по вопросу исключения



процедуры согласования при осуществлении компетенции по назначению на должность и освобождению от должности руководителей местных органов государственного управления здравоохранения областей, городов республиканского значения и столицы.

### **1.4.3. Неоправданное делегирование полномочий при выдаче листа или справки о временной нетрудоспособности.**

Согласно приложению 2 к Правилам проведения экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности (утверждены Приказом МЗ РК от 18 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-198/2020) (далее – Правила) форма листа о временной нетрудоспособности помимо «подписи врача», содержит графу «подпись главного врача».

В ходе интервьюирования медицинского персонала поликлиник установлено, что получатель больничного листа фактически не бывает на приеме у главного врача, и соответственно главный врач проставляет подпись в больничном листе «вслепую», не ознакомившись с процессом лечения пациента.

Помимо этого, в силу загруженности главного врача встречаются факты делегирования этой функции заместителю главного врача по лечебному делу, что противоречит Правилам.

Также установлено, что заместители главного врача при проставлении подписи в больничных листах ссылаются на уже проставленную подпись лечащего врача и оправдывают свою подпись тем, что бремя ответственности за выдачу больничного листа возлагается на лечащего врача. Тем не менее, согласно Правилам, лицом принимающее окончательное решение по выдаче больничного листа остается главный врач (по факту их заместители).

Таким образом, усматривается передача принятия решения на вышестоящий уровень, который может привести к ослаблению персональной ответственности лечащих врачей за обоснованность выдачи больничных листов.

В целях минимизации бюрократических процессов, рекомендуется исключить графу «подпись главного врача» в приложении 2 Правил проведения экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности (утверждены Приказом МЗ РК от 18 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-198/2020), что позволит освободить главных врачей от излишней деятельности по согласованию больничных листов и усилит персональную ответственность лечащих врачей.

### **1.5. Недопущение излишних, неоправданных и дублирующих функций, отчетности, поручений, согласований и совещаний.**

Эффективность и результативность управленческой деятельности во многом определяются соразмерностью определения функций

государственного органа, а также эффективность работы по исключению неоправданных административных процедур.

В целях подготовки предложений по недопущению излишних, неоправданных и дублирующих функций, отчетности, поручений, согласований и совещаний были изучены соответствующие НПА и правоприменительная практика.

По результатам проведенного анализа выявлены:

- неоправданные, излишние, дублирующие отчеты;
- излишние функции, рекомендованные для полного исключения из компетенций департаментов КСЭК;
- дублирующие функции ФСМС и КМФК, структурные подразделения департаментов КСЭК, департаментов КСЭК и управлений здравоохранения;
- неоправданные (необоснованные) функции (процедуры);
- процедуры, связанные с согласованиями, не установленными законодательством или требующими создания дополнительных условий для исполнения;
- функции, фактически не исполняемые государственными органами.

#### **1.5.1. Неоправданная, излишняя и дублирующая отчетность.**

По результатам проведенного анализа в области здравоохранения **установлены 28 профильных видов отчетов** (Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020) **и 11 лиц, представляющих отчеты** (См: Таблица 10, Приложение 62).

**Таблица 10. Отчетность в сфере здравоохранения по лицам, представляющим отчет.**

<b>№/№</b>	<b>Круг лиц, представляющих отчет</b>	<b>Кол-во отчетов</b>	<b>периодичность</b>
<b>1.</b>	Организации здравоохранения районов, областей, города республиканского значения и столицы	<b>25</b>	<b>ежемесячно – 5 ежеквартально – 2 ежегодно – 18</b>
<b>2.</b>	филиал "НПЦСЭЭМ" РГП на ПХВ "ННЦОЗ" МЗ	<b>5</b>	<b>ежемесячно – 3 ежегодно – 2</b>
<b>3.</b>	областные Департаменты СЭК	<b>3</b>	<b>ежемесячно – 1 ежемесячно – 2</b>
<b>4.</b>	Районные и городские Управления СЭК	<b>3</b>	<b>ежемесячно – 1 ежегодно – 2</b>
<b>5.</b>	районные, городские больницы и (или) поликлиники	<b>2</b>	<b>ежемесячно – 2</b>
<b>6.</b>	Амбулаторно-поликлинические организации (АПО) системы здравоохранения	<b>2</b>	<b>ежемесячно – 2</b>

7.	негосударственные медицинские организации, организации (подразделения) других гос. органов, оказывающие мед помощь детям, подросткам и взрослым	2	ежемесячно – 2
8.	фельдшерско-акушерские пункты сельской местности	2	ежемесячно – 2
9.	областные УЗ	2	ежемесячно – 2
10.	Департаменты СЭК на транспорте	1	ежегодно – 1
11.	отделенческие управления СЭК	1	ежегодно – 1

По 5 нижеуказанным отчетам имеет место необоснованное дублирование информации, представляемой несколькими лицами:

- 1) об отдельных инфекционных и паразитарных заболеваниях;
- 2) о результатах лабораторного исследования крови методом иммуноферментного анализа на вирус иммунодефицита человека (ВИЧ – инфекцию);
- 3) о движении вакцин и других иммунобиологических препаратов;
- 4) об охвате профилактическими прививками;
- 5) об отдельных инфекционных и паразитарных заболеваниях.

Имеет место дублирование отчетности об охвате профилактическими прививками (формирует департаментами КСЭК) и о движении вакцин и других иммунобиологических препаратов (формирует управления здравоохранения).

Указанные отчеты формируют ежемесячно два государственных органа департамент КСЭК и управления здравоохранения с последующим направлением в министерство.

Учетные данные по отчетности об охвате профилактическими прививками формируются в МИСах, информационных системах: «Амбулаторно-поликлиническая помощь» (АПП), «Система управления лекарственного обеспечения, мониторинга лекарственных средств», ИС «ИСЛО».

Учетные данные по движению вакцин и других иммунобиологических препаратов формируются в информационных системах: МИС, «Система управления ресурсами» (далее – ИС «СУР»), АПП, «Система управления лекарственного обеспечения, мониторинга лекарственных средств», ИС «ИСЛО».

Сложившаяся ситуация влияет на оперативность и достоверность предоставляемых сводных данных в МЗ и фактическое дублирование при предоставлении, по сути, однотипных данных.

Имеет место дублирование отчетности о медицинских и фармацевтических кадрах.

Согласно п.5. Правил учета кадровых ресурсов в области здравоохранения (ведения профессионального регистра) (Утвержден приказом Министр здравоохранения РК от 11 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-253/2020), учет

медицинских и фармацевтических работников осуществляется МИО посредством автоматизированного функционала Профессионального регистра.

Согласно результатам проведенного анализа, управлениями здравоохранения областей, городов республиканского значения, столицы на ежеквартальной основе, вручную на основании сведений, истребованных от организаций здравоохранения формируются и направляются в адрес МЗ отчеты со сведениями процессов движения кадровых ресурсов и их текущего состояния в организациях здравоохранения.

Указанные процедуры отвлекают значительные человеческие ресурсы и рабочее время работников управлений здравоохранения и подведомственных организаций.

Анализом установлено, что необходимые сведения для мониторинга кадровых ресурсов должны содержаться в МИСах и ИС «СУР» и доступны к выгрузке, что свидетельствует о ненадлежащем уровне формирования учетных данных в указанных информационных системах и выполнении неоправданных процедур при формировании указанной формы отчетности.

Проведенным анализом установлено, что 27 видов отчетов при условии надлежащего формирования учетных данных, интеграции информационных систем и наличии доступа к выгрузке могут формироваться самими государственными органами, принимающими отчеты (по отчету о деятельности санитарно-эпидемиологической службы Республики Казахстан требуется разработка и внедрение самостоятельной информационной системы с возможностью формирования учетных данных и выгрузки).

Из данной категории отчетов организации здравоохранения районов, областей, города республиканского значения и столицы в зависимости от видов оказываемых медицинских услуг (медицинской помощи) предоставляют в министерство и филиалы РЦЭЗ 25 видов отчетов (ежемесячно - 5, ежеквартально – 2, ежегодно - 18) (Основание: Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 декабря 2020 года № КР ДСМ-313/2020 «Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения» в зависимости от перечня оказываемых услуг).

По факту аналогичные отчеты (25 отчетов) предоставляются и управлениями здравоохранения.

Отчеты в своей основе формируются в МИСах и информационных системах, находящихся на балансе министерства.

Вместе с тем, утвержденные формы отчетов в указанных информационных системах не формируются, некоторые таблицы и выгрузки выдают разные цифры и результаты.

Таким образом, при отсутствии корректных учетных данных в информационных системах и при отсутствии возможности выгрузки, отчеты формируются вручную, что также повышает степень недостоверности предоставляемых данных.

Не редко ввиду некорректности учетных данных в информационных системах, сдача отчетных форм в министерство и в РЦЭЗ производится как в электронной форме, так и на бумажных носителях.

Работники министерства и филиалов РЦЭЗ не обладают правом доступа к МИСам и им не доступны выгрузки по учетным данным.

При наличии корректных учетных данных в информационных системах, интеграции информационных систем, а также при наличии доступа к выгрузкам, работники министерства и филиалов РЦЭЗ имели бы возможность формировать указанные отчеты самостоятельно, без привлечения большого количества работников медицинских организаций.

Наряду с вышеуказанным установлена излишняя отчетность о работе по внутреннему контролю за качеством оказания государственных услуг.

Согласно Правилам государственного контроля за качеством оказания государственных услуг (утверждены Приказом Председателя Агентства РК по делам государственной службы и противодействию коррупции от 8 декабря 2016 года № 78), отчет о работе по внутреннему контролю за качеством оказания государственных услуг предоставляется в Агентство по делам государственной службы и его территориальные органы на ежеквартальной основе (Приложение 1 и 2 к Правилам государственного контроля за качеством оказания государственных услуг).

Результаты проведенного анализа деятельности управлений здравоохранения, департаментов КМФК и КСЭК, подведомственных медицинских организаций свидетельствуют о направлении в службу внутреннего контроля вышестоящих МИО, КМФК, КСЭК информацию о количестве оказанных государственных услуг на ежемесячной основе.

Акиматы ряда областей, районов и городов на ежемесячной основе ведут также излишнюю внутреннюю отчетность.

К примеру, управлением здравоохранения Восточно-Казахстанской области сведения о количестве государственных услуг на ежемесячной основе вносятся также в систему «Ситуационный центр акима Восточно-Казахстанской области».

Указанная отчетность и процедуры сбора информации на ежемесячной основе не основаны на требованиях Закона и НПА, поэтому являются излишними.

В ходе анализа установлены признаки избыточной отчетности территориальных подразделений ЦГО.

ЦГО с территориальных подразделений запрашиваются отчеты по административным штрафам, о вынесенных предписаниях и иная информация, которую можно получить посредством электронных баз данных.

По результатам анализа установлена неоправданная отчетность в структурах департаментов КСЭК по наложенным административным взысканиям и рассмотренным обращениям.

Структурные подразделения департаментов КСЭК направляют еженедельно и ежеквартально отчет по наложенным административным взысканиям, еженедельно отчет по рассмотренным обращениям в табличном виде, ежеквартально анализ по рассмотренным обращениям в текстовом виде.

Отчеты по рассмотренным обращениям дублируются. Работники департаментов КСЭК имеют возможность формировать указанные отчеты на основе выгрузок ИС «ЕРАП», ИС «Е-otinish».

Установлена излишняя отчетность о движении гражданских дел по критерию «Претензионно-исковая работа государственных органов».

К примеру, приказом министра здравоохранения от 31 марта 2017 года № 112 утверждена форма «Отчет о движении гражданских дел по критерию «Претензионно-исковая работа государственных органов», согласно которому территориальные департаменты КСЭК предоставляют информацию о судебных делах в министерство.

Данный отчет дублирует приложения 8, 9 приказа председателя Комитета по защите прав потребителей МНЭ РК от 3 февраля 2015 года №13 (далее – Приказ №13), согласно которому территориальные подразделения по санитарно-эпидемиологическому контролю предоставляют информацию о судебных делах ежемесячно.

Помимо этого, приложения 6, 7, 10 Приказа № 13 предусматривают ежемесячное предоставление отчетов по административному производству и о вынесенных предписаниях, информацию по которым можно получить с электронных баз ЕРАП и ЕРСОП.

Установлена излишняя информация, запрашивая филиалами «Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга» РГП на ПХВ «НЦОЗ» МЗ РК.

В письме Филиала «Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга» РГП на ПХВ «НЦОЗ» МЗ РК (далее - Филиал НПЦСЭСиМ) от 21 декабря 2021 года №09-01-20/10920 указывается перечень отчетов и информации, предоставляемых территориальными органами Комитета.

Помимо указанной информации, перечень содержит пункт «численность населения по каждому возрасту, полу и профессиональной принадлежности». Соответственно территориальные подразделения Комитета запрашивают эту информацию с территориальных подразделений Бюро национальной статистики АСПиР РК и передают в Филиал НПЦСЭСиМ.

В ходе анализа установлены признаки избыточной отчетности со стороны органов прокуратуры.

К примеру, согласно письму прокуратуры Кызылординской области от 27 мая 2019 года №2-10-19-05694 Кызылординский департамент КСЭК еженедельно направляет информацию о взыскании административных штрафов.

Департаментом КСЭК и его районными управлениями еженедельно формируются 9 писем-ответов по данному запросу, которые достигают количества 468 к концу года. Информация предоставляется в нарастающем порядке, что усугубляет немалый объем корреспонденции.

Кроме этого, данный запрос дублирует требование областной прокуратуры от 22 февраля 2017 года №2-10070-17-02022, согласно которому аналогичная информация по административным штрафам направляется ежемесячно.

В ходе анализа установлено, что данные запросы прокуратуры потеряли актуальность, а для получения информации по взысканиям административных штрафов прокуратурой может быть использована база ЕРАП.

В ходе анализа установлены признаки избыточной отчетности со стороны НПП «Атамекен».

К примеру, с 2021 года НПП «Атамекен» запрашивают отчеты по Отечественным производителям (Казахстанского содержания). Имеется практика заполнения таблиц сотрудниками подведомственных организации (сначала выгружать сведения из портала государственных закупок).

В деятельности подведомственных организаций выявлены факты предоставления отчетов в соответствии с нормативными правовыми актами, утратившими силу.

К примеру, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ Ежеквартально предоставляет в РЦРЗ «Отчет о движении медицинских и фармацевтических кадров» в соответствии с Приказом Министра здравоохранения РК от 6 марта 2013 года № 128 «Об утверждении форм, предназначенных для сбора административных данных субъектов здравоохранения», утративший силу.

В целях оптимизации отчетности в сфере здравоохранения рекомендуется:

- сократить круг лиц, представляющих отчет по перечню, установленному Приказом Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020;

- внести изменения в приложения 4 к Приказу Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 в части передачи функции по своду и направлению ежемесячных отчетов об охвате профилактическими прививками в управления здравоохранения. Перевести бизнес-процедуру в электронный формат с доступностью выгрузки необходимых сведений;

- провести мониторинг информационных систем на предмет надлежащего формирования достоверных учетных данных по 28 видам отчетов и возможности выгрузки;

- на основе данных информационной системы «Система управления ресурсами» и автоматизированного функционала Профессионального

регистра обеспечить цифровизацию бизнес-процесса подготовки отчетов со сведениями процессов движения кадровых ресурсов и их текущего состояния;

- обеспечить работникам министерства, РЦЭЗ и его филиалов доступа к МИСам по учетных/отчетным данным и выгрузкам по 27 видам отчетов;

- обеспечить работникам департаментов КСЭК доступ к базам данных ИС «ЕРАП», ИС «Е-otinish» при подготовке отчетов;

- подготовить поэтапный план по исключению видов отчетов из обязанностей медицинских организаций и субъектов квазигосударственного сектора;

- исключить дублирование при предоставлении структурными подразделениями департаментов КСЭК отчетов по наложенным административным взысканиям, по рассмотренным обращениям;

- исключить дублирование отчетов по судебным делам, путем отмены одного из дублирующих приказов (приказ министра здравоохранения от 31 марта 2017 года № 112 утверждена форма «Отчет о движении гражданских дел по критерию «Претензионно-исковая работа государственных органов» или приказ председателя Комитета по защите прав потребителей МНЭ РК от 3 февраля 2015 года №13), также исключить приложения 6, 7, 10 Приказа № 13 и обеспечить сбор данных из электронных баз данных;

- исключить условия и факты предоставления отчетов территориальными подразделениями ЦГО отчетов по административным штрафам, о вынесенных предписаниях и иной информации, которую можно получить посредством электронных баз данных;

- исключить практику запроса статистических данных филиалами «Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга» РГП на ПХВ «НЦОЗ» МЗ РК через территориальные органы КСЭК и перейти к прямому использованию электронных баз данных Бюро национальной статистики АСПиР РК;

- исключить практику предоставления еженедельной информации по взысканиям административных штрафов в областную прокуратуру;

- исключить практику предоставления отчетности НПП «Атамекен», а также информации, находящейся в свободном доступе или информационных системах;

- исключить условия и факты предоставления отчетов подведомственными организациями в соответствии с нормативными правовыми актами, утратившими силу;

- исключить практику запроса информации и подготовки отчетов о работе по внутреннему контролю за качеством оказания государственных услуг на ежемесячной основе.

### **1.5.2. Излишние функции.**



По результатам проведенного анализа установлены факты наделения территориальных департаментов КСЭЖ излишней функцией «проведение аттестации руководителей организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения».

Согласно п.п.40) п.14 Положения КСЭЖ, Комитет осуществляет проведение аттестации руководителей организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Согласно п.353 Реестра государственных услуг (утвержден приказом и.о. Министра цифрового развития, инноваций и аэрокосмической промышленности РК от 31 января 2020 года № 39/НК) КСЭЖ является услугодателем по государственной услуге «Аттестация руководителей организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения».

В соответствии с п.п.31) п.15 Положения, департаменты КСЭЖ осуществляют *проведение аттестаций руководителей организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.*

Функция, закрепленная в п.п.31) п.15 Положений департаментов КСЭЖ не выполняема и является излишней, поскольку является функцией КСЭЖ.

***Функция «Создание в пунктах пропуска через государственную границу РК санитарно-карантинных пунктов».***

В соответствии с п.п.15) п.14 Положения департаментов КСЭЖ на транспорте, за департаментами закреплена функция *«создание в пунктах пропуска через государственную границу РК, совпадающую с таможенной границей Евразийского экономического союза, санитарно-карантинных пунктов».*

В соответствии с п.п.23) п.15 Положения департаментов КСЭЖ, за департаментами закреплена функция *«создание в пунктах пропуска через государственную границу РК санитарно-карантинных пунктов».*

Функция, закрепленная в п.п.23) п.15 Положений департаментов КСЭЖ не выполняема и является излишней, поскольку закреплена за департаментами КСЭЖ на транспорте.

В связи с наличием излишних функций, министерству здравоохранения в приложениях к приказу министра МЗ № 644 от 08 октября 2020 года из функций территориальных департаментов КСЭЖ необходимо исключить п.п.31) п.15 «проведение аттестации руководителей организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения» и п.п.23) п.15 «создание в

пунктах пропуска через государственную границу РК санитарно-карантинных пунктов».

### **1.5.3. Дублирующие функции.**

По результатам проведенного анализа установлено дублирование функций ФСМС и КМФК по вопросу оценки и проверки качества оказания медицинских услуг (медицинской помощи) медицинскими организациями.

КМФК и его территориальные департаменты осуществляют государственный контроль и надзор в сферах оказания медицинских услуг (помощи) (п.п.3) п.15 Положения КМФК, ДКМФК).

ФСМС и его Филиалы проводит мониторинг исполнения субъектами здравоохранения договорных обязательств по качеству и объему медицинской помощи, является администратором пакета медицинских услуг ОСМС и ГОБМП, осуществляя при этом мониторинг качества и объема медицинских услуг на основании заключенного договора.

В рамках указанных функций КМФК и его территориальные департаменты, ФСМС и его Филиалы осуществляют внешнюю экспертизу качества медицинских услуг (помощи) (Правила организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи), утверждены Приказом Министра здравоохранения РК от 3 декабря 2020 года № КР ДСМ-230/2020).

Экспертиза качества медицинских услуг (помощи) осуществляется на соответствие оказанных медицинских услуг стандартам в области здравоохранения.

Таким образом, функции КМФК и его территориальных департаментов частично дублируются с функциями ФСМС и его Филиалов.

ФСМС и его Филиалы при осуществлении внешней экспертизы качества медицинских услуг (помощи) не являются независимым субъектов, поскольку КМФК и его территориальные департаменты наделены функцией осуществлять государственный контроль при обжаловании субъектами здравоохранения результатов мониторинга договорных обязательств по качеству и объему медицинских услуг, проводимого ФСМС ((п.п.23) п.15 Положения КМФК, ДКМФК);

Наряду с дублированием функций ФСМС и КМФК установлено дублирование функций структурных подразделений департаментов КСЭК при проведении актов сверок с управлением КПСиСУ.

Такие акты на ежемесячной основе составляются по проведенным проверкам, административным правонарушениям и лицам их совершившим, обращениям физических и юридических лиц.

Аналогичные акты сверок составляются департаментами КСЭК и управлениями здравоохранения.

В ходе анализа запросов, поступающих в управление здравоохранения установлено дублирование в рассмотрении обращений на предмет действительности листов о временной нетрудоспособности, выдаваемых медицинскими организациями.

Департаменты КМФК по указанным обращениям проводят государственный контроль с посещением медицинских организаций (в том числе и с выездом за пределы областного центра).

В целях исключения дублирования при выполнении функций рекомендуется:

– исключить дублирование бизнес-процессов КМФК и ФСМС при проведении проверок и мониторинга качества оказания медицинских услуг (медицинской помощи) медицинскими организациями;

– из перечня функций структурных подразделений территориальных департаментов КСЭК следует исключить функцию составление актов сверок с управлением КПСиСУ по проведенным проверкам, административным правонарушениям и лицам их совершившим, обращениям физических и юридических лиц;

– установить только электронную форму выдачи листов о нетрудоспособности, обеспечить их хранение в ИС «КМИС» и предоставить доступ к такой информации контролирующих государственных органов, что позволит исключить излишний документооборот между государственными органами и сократит командировочные расходы, выделяемые на выездные проверки работникам КМФК.

#### **1.5.4. Неоправданные функции (процедуры).**

**Осуществление процедур и функций, возложенных на иные государственные органы и организации при рассмотрении обращений.**

В деятельности МЗ в период с 2018 года по 2020 год наблюдался ежегодный прирост обращений на **22-24 %** (2018 г. – 5837, 2019 г. – 7266, на 17.11.2020 г. - 8931). При этом число служащих министерства, участвовавших в данном процессе, с 2018 года по 2020 год увеличилось на **43 %** (с 203 до 290).

В период 2021 - 2022 годы наблюдается значительный прирост обращений почти на **235 %**, в том числе за счет увеличения каналов и источников поступления обращений и увеличения дублирующих обращений и информационных запросов (по данным за 1 полугодие 2022 года количество обращений в МЗ - **14 079** ед., за 2021 год - **4 212** обращений (обращений Е-Өтініш - 6 936 (2021г – 0), ОДО – 3596 (2021г – 2137), блог Министра – 1500 (2021г – 853); интернет-ресурс – 2047 (2021г – 1222)).

Обращения поступают в МЗ из 6 источников:

1. ИС «е-Өтініш» (6524);
2. ИС «Documentolog» (3514);
3. Блог-платформу Министра здравоохранения РК портала «Открытый диалог» (1500);

4. Официальный интернет-ресурс МЗ РК (2047);
5. Нарочно (сканируется и внедряется в ИС «е-Өтініш»);
6. По электронной почте (внедряется в ИС «е-Өтініш»).

Число служащих министерства, участвовавших в процессе рассмотрения, согласно информации МЗ по сравнению с 2018-2020 годами значительно увеличилось, качество рассмотрения снизилось.

подавляющее количество обращений напрямую или косвенно связаны с вопросами, отнесенными к компетенции субъектов здравоохранения и территориальных управлений здравоохранения.

В результате МЗ и его структурные подразделения на практике осуществляют процедуры и функции, возложенные на иные государственные органы и организации.

Отвлечение значительного количества служащих министерства стало причиной ненадлежащего осуществления функций, закрепленных непосредственно за МЗ и ее структурными подразделениями.

Основные причины осуществления неоправданных функций:

- отсутствие системы поэтапного рассмотрения обращений;
- неэффективная система распределения обращений по структурным подразделениям министерства по компетенции и функционалу;
- необоснованное отнесение к категории «обращения» «запросов» и «информационных запросов», порядок и сроки рассмотрения которых регулируется Законом РК «О доступе к информации»;
- не соблюдение особенности рассмотрения жалоб по вопросам оказания государственных услуг, установленных Законом РК «О государственных услугах».

В целях исключения условия для выполнения неоправданных функций при рассмотрении обращений рекомендуется внести изменения и дополнения в Административный процедурно-процессуальный кодекс Республики Казахстан (далее – АППК) по вопросам внедрения системы поэтапного рассмотрения обращений.

Для систематизации процедуры распределения обращений по структурным подразделениям министерства по компетенции и функционалу министерству здравоохранения рекомендуется внести изменения и дополнения в приказ и.о. руководителя аппарата Министерства от 23 февраля 2021 года № 103 «О некоторых вопросах по рассмотрению обращений физических и юридических лиц», а также разработать и утвердить методическое руководство министерства по рассмотрению «обращений», «жалоб по вопросам оказания государственных услуг», «запросов», «информационных запросов».

#### **1.5.5. Выполнение неоправданной функции при направлении корреспонденции в КПМ.**

Согласно установленным требованиям, корреспонденция в КПМ направляются только за подписью руководства области на в бумажных носителях (п.117 Регламента Правительства РК. Утвержден постановлением Правительства РК от 2 июня 2022 года № 355).

Указанное требование создает дополнительные процедуры по регистрации документов в канцелярии аппарата акима области, что влияет на сроки и оперативность направления корреспонденция в КПМ.

В этой связи необходимо исключить из Регламента Правительства РК, утвержденного постановлением Правительства РК от 2 июня 2022 года № 355 требования об обязательности направления корреспонденции, адресованной на имя Премьер-Министра, в том числе по кадровым вопросам, только за подписью первого руководителя, а также требования по предоставлению корреспонденции, адресованной на имя Премьер-Министра, в том числе по кадровым вопросам, в электронной форме за электронной подписью первого руководителя.

#### **1.5.6. Процедуры, связанные с согласованиями, не установленными законодательством или требующими создания дополнительных условий для исполнения.**

**По результатам проведенного анализа установлены 2 функции, не установленных законодательством.**

##### **1) Осуществление не установленных законодательством процедур согласований по введению ограничительных мероприятий на соответствующих административно-территориальных единицах.**

Согласно п.2 и п.3 ст.104 Кодекса, в случае угрозы распространения инфекционных и паразитарных заболеваний на соответствующих административно-территориальных единицах (на отдельных объектах) главные государственные санитарные врачи вводят ограничительные мероприятия, в том числе карантин, на соответствующих административно-территориальных единицах (на отдельных объектах) с особыми условиями предпринимательской и (или) иной деятельности и жизни населения.

Ограничительные мероприятия, в том числе карантин, вводятся (отменяются) постановлением главного государственного санитарного врача Республики Казахстан или главного государственного санитарного врача соответствующей административно-территориальной единицы.

Кодекс, а также иные НПА, не содержат требования, порядок и сроки согласования проектов постановлений главных государственных санитарных врачей соответствующих административно-территориальных единиц Главным государственным санитарным врачом РК.

В ходе проведенного анализа установлены факты введения указанных ограничительных мероприятий, в том числе карантина на территории административно-территориальных единиц после согласования с главным государственным санитарным врачом РК.

Фактическая обязательная процедура согласования решений главных государственных санитарных врачей соответствующих административно-территориальных единиц с главным государственным санитарным врачом РК, создало условия:

- для передачи принятия решений и согласования вопросов, входящих в сферу компетенций главных государственных санитарных врачей соответствующих административно-территориальных единиц на вышестоящий уровень, что не способствует реализации принципа управленческой ответственности;
- для введения процедур согласований, не установленных законодательством РК;
- для снижения оперативности в части срока принятия решения;
- для формирования коррупционных рисков ввиду отсутствия четких сроков и требований процедуры согласования.

Наличие излишнего звена при принятии решения оказывает негативное влияние на оперативность и сроки введения ограничительных мер и карантина.

В этой связи, необходимо исключить условия и незаконную практику по согласованию решений главных государственных санитарных врачей соответствующих административно-территориальных единиц о введении ограничительных мероприятий, в том числе карантина.

## **2) Отсутствие оперативности при согласовании заявлений и служебных записок о командировке руководителей и заместителей руководителей ДКСЭК.**

В департаментах КСЭК должности руководителя и его заместителей отнесены к номенклатуре КСЭК.

Согласование заявлений и служебных записок о командировке в системе «Е-Kuzmet» занимает чрезмерно много времени.

Утвержденный срок согласований отсутствует.

К примеру, по заявлению на очередной отпуск заместителя руководителя количество согласующих составляет 8 человек, интервал согласования заявления составляет 15 дней, интервал согласования приказа 8 дней.

По служебной записке о командировании руководителя департамента КСЭК количество согласующих составляет 9 человек, интервал согласования служебной записки 4 дня, приказа 9 дней.

Министерству здравоохранения рекомендуется сократить количество согласующих лиц при согласовании заявлений и служебных записок о командировке руководителей и заместителей руководителей ДКСЭК. Установить для каждого согласующего лица конкретный срок для согласования заявлений и служебных записок.

### **1.5.7. Функции, фактически не исполняемых государственными органами.**

По результатам проведенного анализа выявлены функции, не исполняемые государственными органами.

Среди них, функция территориальных департаментов КСЭК «создавать консультативно-совещательные и экспертные комиссии (рабочие группы) в пределах своей компетенции», функция управлений департаментов КСЭК по координации деятельности организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

В частности, согласно п.п.5) п.14 Положения о департаменте КСЭК, департамент вправе создавать консультативно-совещательные и экспертные комиссии в пределах своей компетенции (Приказ Министра здравоохранения РК от 8 октября 2020 года № 644. «Об утверждении положений республиканского государственного учреждения «Комитет санитарно-эпидемиологического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан" и его территориальных подразделений»).

По результатам проведенного анализа установлено не выполнение территориальными департаментами КСЭК указанной функции.

Фактическое неисполнение функции, а также существующая возможность передачи принятия ряда решений коллегиальному органу создает условия для размывания ответственности и создания излишней бюрократической процедуры при принятии решений, что, безусловно, повлияет на оперативность и сроки принятия решений.

Для решения указанной проблем рекомендуется в приложении 1-19 Приказа Министра здравоохранения РК от 8 октября 2020 года № 644 исключить п.п.5) п.14 приложения 1-19 с функцией *«5) создавать консультативно-совещательные и экспертные комиссии (рабочие группы) в пределах своей компетенции»*.

Проведенным анализом также установлено не исполнение управлениями территориальных департаментов КСЭК функции по координации деятельности организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения (п.п.10) п.15 Положения).

Функция не исполняется ввиду того, что такие организации отсутствуют в поле его деятельности.

Указанная ситуация требует исключения из положений управлений территориальных департаментов КСЭК п.п.10) п.15, устанавливающей функцию по координации деятельности организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

### **1.6. Оптимизация функций, структуры и штатной численности, в том числе посредством соотношения количества государственных**

**органов, служащих и круга задач, стоящих перед ними, должностей руководящего и исполнительного звена, а также необходимых на их содержание и обслуживание расходов, повышение кадрового потенциала.**

По результатам проведенного анализа и сложившейся правоприменительной практики установлены:

- функции, свидетельствующие о бюрократической, громоздкой структуры государственного аппарата, препятствующей эффективному его функционированию;
- факты нерационального распределения кадрового потенциала.
- факты недостаточного материально-технического обеспечения.

### **1.6.1. Функции, свидетельствующие о бюрократической, громоздкой структуре государственного аппарата, препятствующей эффективному его функционированию.**

Действующая структура министерства не в полной мере направлена на выполнение возложенных компетенций, задач и функций.

**Справочно:**

Структура МЗ:

- ❖ 18 департаментов:
  - 9 основных профильных департаментов МЗ (ДСР, ДОМП, ДОЗМИР, ДКОСМС, ДЛП, ДИП, ДРЭЗ, ДНЧР, БД)
  - 9 вспомогательных непрофильных департаментов МЗ (АД, ДВА, ДМСИ, ДБУО, ДПКУ, ЮД, ДУП, ДСБ, ДСО, УЗГС, УМР).
- ❖ два управления (УЗГС, УМР, не профильные)
- ❖ два ведомства (КМФК - 98, КСЭК -58)
- ❖ территориальные подразделения ведомств.

Из 18 департаментов министерства и двух управлений (УЗГС, УМР) более 50 % являются вспомогательными (АД (15), ДВА (8), ДМСИ (9), ДБУО (11), ДПКУ (11), ЮД (10), ДУП (11), ДСБ (5), ДСО (4), УЗГС (3), УМР (3))

По штату за вспомогательными департаментами и управлениями закреплено 38 % административных служащих (90 из 237).

Согласно штатной численности работников, обеспечивающих техническое обслуживание и функционирование министерства количество работников категории D-1 (34 человек) С-3 (2 человек), составляет 36 служащих.

Общее количество работников исполнительского звена (категория С4-С-5), закрепленных за вспомогательными департаментами и управлениями и работников, обеспечивающих техническое обслуживание и функционирование министерства (категории D-1, С-3) составляет 126 человек, что составляет 88,1 % от количества служащих исполнительского звена министерства ((категория С4-С-5) – 143).

За министерством закреплено 324 функции, ведомствами – 156 (КМФК - 98, КСЭК -58), департаментами, управлениями министерства – 721.



471 функция закреплена за 9 профильными департаментами МЗ (ДСР, ДОМП, ДОЗМИР, ДКОСМС, ДЛП, ДИП, ДРЭЗ, ДНЧР, БД).

На ведомства, департаменты, управления министерства возложено 877 функций, что в 2,7 раза, превышает количество функций, возложенных на само министерство (324 - МЗ, 877 – ведомства, департаменты, управления МЗ).

250 функций закреплены за 9 вспомогательными департаментами и 2 управлениями МЗ (АД (15), ДВА (8), ДМСИ (9), ДБУО (11), ДПКУ (11), ЮД (10), ДУП (11), ДСБ (5), ДСО (4), УЗГС (3), УМР (3)).

Функции вспомогательных департаментов и управлений в подавляющем большинстве не относятся к профильным функциям министерства и представляют собой процессы, подпроцессы и даже отдельные операции в деятельности отдельных департаментов и управлений, являющихся по факту внутренними административными процедурами государственного органа, направленными на «поддержание» деятельности самого министерства и реализацию внутриведомственных интересов, что не способствует реализации принципа «клиентоориентированности».

Такие процессы, подпроцессы и отдельные операции в соответствии с АППК не могут рассматриваться в качестве государственных функций, подлежащих перераспределению между вышестоящими и нижестоящими государственными органами или подлежащими полной или частичной передаче в конкурентную среду.

За основными профильными департаментами (ДСР, ДОМП, ДОЗМИР, ДКОСМС, ДЛП, ДИП, ДРЭЗ, ДНЧР, БД) закреплено 471 функция, из них 6,2 % (29 функций (ДСР (11), ДОМП (5), ДОЗМИР (7), ДКОСМС (1), ДЛП (3), ДИП (1), ДРЭЗ (1)) не относятся к профильным функциям министерства.

Указанные недостатки и факты при формировании и непосредственном закреплении функций за структурными подразделениями министерства не способствует надлежащей реализации принципа «клиентоориентированности» государственного органа и выполнению требований АППК при закреплении функций.

В связи, с наличием функций, свидетельствующих о бюрократической, громоздкой структуры государственного аппарата необходимо провести оптимизацию структуры министерства с учетом реализации принципа «клиентоориентированности» и выполнения требований АППК и Конституционного закона РК «О Правительстве Республике Казахстан» в части закрепления функций за структурными подразделениями центрального государственного органа.

В рамках оптимизации перевести вспомогательные непрофильные департаменты с численностью менее 9 штатных единиц и невысоким уровнем сложности задач и функциональной нагрузки в категорию управлений.

Рекомендуется рассмотреть вопрос о передаче внутренних административных процедур, связанных с материально-техническим, информационным, организационным и иным не профильным обеспечением

деятельности министерства в государственное предприятие, по аналогии с возложением функции обеспечения деятельности, а также хозяйственного обслуживания Председателей Палат Парламента, депутатов Парламента и аппаратов Палат Парламента Республики Казахстан в ГУ «Управление материально-технического обеспечения».

### **1.6.2. Нерациональное распределение кадрового потенциала.**

По результатам проведенного анализа установлены факты нерационального распределения штатной численности в министерстве, ведомствах и территориальных департаментах, что является существенным признаком наличия бюрократизации управленческой деятельности.

#### **Справочно:**

##### **По штатному расписанию МЗ и структурных подразделений МЗ:**

- ❖ штатная численность МЗ с ведомствами и
- ❖ терр. департаментами - 4926 единиц
- ❖ 590 вакансий

##### **По штатному расписанию МЗ:**

- ❖ в штате МЗ - 243 единицы
- ❖ административные служащие - 237
- ❖ политические служащие и рук АП - 6
- ❖ руководящее звено – 93 (категория С1-С-3)
- ❖ исполнительское звено – 143 (категория С4-С-5))

##### **По штатной численности работников, обеспечивающих техническое обслуживание и функционирование министерства:**

- ❖ работники категории D-1 (34 человек) С-3 (2 человек) - 36 работников.

Количество работников исполнительского звена (категория С4-С-5 – 90 ед.), закрепленных за вспомогательными департаментами и управлениями и работниками, обеспечивающих техническое обслуживание и функционирование министерства (категории D-1 – 36 ед.) - 126 человек, что составляет 88,1 % от количества служащих исполнительского звена министерства ((категория С4-С-5) – 143).

Соотношение должностей руководящего и исполнительского звена по министерству составляет 1:1,5 (руководящее звено (категория С1-С-3) – 93, исполнительское звено ((категория С4-С-5) – 143).

В 3 департаментах соотношение составило 1:1 (по связям с общественностью (2/2), внутреннего аудита (4/4), юридический департамент (5/5)).

Нерациональность распределения штатной численности выявлена в 88,9 % подразделениях министерства (кроме вышеуказанных – в департаментах собственной безопасности (2 руководителя/3 исполнителя), международного сотрудничества и интеграции (4/5), инвестиционной политики (4/6), стратегии и развития (6/10), развития электронного здравоохранения (5/7), лекарственной политики (5/8), охраны здоровья матери и ребенка (5/7), науки и человеческих ресурсов (7/10), стратегии и развития (6/10), исполнения бюджета (4/7), корпоративного управления подведомственных

организаций и государственных активов (4/7), управления персоналом (4/7), административном департаменте (6/9)).

Аналогичная ситуация установлена и в территориальных департаментах КСЭК.

К примеру, штатная численность департамента санитарно-эпидемиологического контроля Карагандинской области составляет 252 единицы, из них профильных специалистов - 199, специалистов вспомогательных отделов – 53, что составляет почти 21 % от штатной численности департамента.

В министерстве, его ведомствах выявлена высокая доля штатных вакансий, доходящих до 43 %.

Установлена значительное количество работников, находящихся вне штата и обеспечивающих техническое обслуживание и функционирование государственных органов. Соотношение таких работников к количеству штатных работников по некоторым ведомствам и территориальным департаментам доходит до 44 % и более.

В 2022 году из 4926 штатных единиц министерства и его структурных подразделений 12 % составляли вакансии (590 вакансий).

По состоянию на 1 сентября 2022 года в КМФК вакантными были 43 % штатных должностей (28 из 65 единиц).

Штатная численность работников, обеспечивающих техническое обслуживание и функционирование КСЭК составляет 11 % (11) от штатных единиц КСЭК (103 ед.), в КМФК указанное соотношение составляет 11 % (7 ед.) от штатных единиц КМФК (65 ед.).

Штатная численность работников, обеспечивающих техническое обслуживание и функционирование территориальных департаментов КСЭК составляет 43,9 % (1803 ед.) от штатных единиц территориальных департаментов КСЭК (4109 ед.), в территориальных департаментах КМФК такое соотношение составляет 18 % (73 ед.) от штатных единиц территориальных департаментов КМФК (406 ед.).

Штатная численность работников, обеспечивающих техническое обслуживание и функционирование управления здравоохранений, составляет 32,6 % (197 ед.) от штатной численности государственных служащих управлений здравоохранений (604 ед.).

В 2022 году текучесть кадров в министерстве, ведомствах и территориальных департаментах составила 27,6 % (из 4926 единиц 1359 человек сменились (680 внутри МЗ, 191 в другие госорганы, 8 по отр. мотивам, 291 по другим причинам, 189 ушли с госслужбы).

Высокий уровень текучести кадров, постоянная переработка при неравномерном распределении кадрового потенциала, наличие большого количества вакансий (12 %, 590 из 4926) свидетельствует о чрезмерной нагрузке отдельных служащих исполнительского звена.

В целях повышения эффективности деятельности министерства необходимо провести перераспределение кадрового потенциала в министерстве, ведомствах и территориальных департаментах с учетом изменения соотношения должностей руководящего и исполнительного звена в минимальных значениях 1:5 и более 1:6, 1:7 и далее. При этом следует исключить системные условия и факторы переработки служащих, принять меры по сокращению вакансий.

### **1.6.3. Фактическое исполнение работниками территориальных подразделений государственного органа, подведомственных организаций должностных обязанностей работников ЦГО, ведомств и МИО.**

По результатам проведенного анализа установлены факты многочисленных нарушений при процедуре привлечения на выполнение функций министерства, ведомств и МИО работников территориальных подразделений государственного органа и подведомственных организаций.

Отвлечение работников территориальных подразделений государственного органа, подведомственных организаций на постоянной основе от основной деятельности приводит к ненадлежащему осуществлению основных задач и функций по основному месту работы, отсутствию работников на непосредственном рабочем месте, ненадлежащему оказанию медицинских услуг и снижению их качества.

В частности, руководством министерства и структурных подразделений на системной основе к выполнению функций уполномоченного органа привлекаются работники подведомственных организаций, ведомств и их территориальных подразделений.

Указанные нарушения приводят к фактическому увеличению количества работников министерства.

К примеру, согласно результатам интервьюирования, при отсутствии утвержденного штата помощников вице-министров, фактическое количество помощников вице-министров за счет привлечения работников подведомственных организаций в некоторые периоды доводится до 4-5 человек.

В КМФК на постоянной основе в целях исполнения компетенций ведомства с территориальных департаментов командированы работники территориальных департаментов.

В МИО с на системной основе в рамках утвержденных графиков к выполнению компетенций МИО привлекаются работники подведомственных медицинских организаций.

К примеру, в Восточно-Казахстанской области в управлении здравоохранения работа телефона доверия обеспечивается путем ежедневного привлечения работников 13 подведомственных организаций здравоохранения в соответствии с утвержденным графиком.

Для исключения условий фактов незаконного возложения на работников территориальных подразделений государственного органа и подведомственных организаций обязанностей, не включенных в должностную инструкцию работника, необходимо на законодательном уровне установить персональную и дисциплинарную ответственность за привлечение работников территориальных подразделений государственного органа и подведомственных организаций для выполнения компетенций государственных органов и выполнение обязанностей, не включенных в должностную инструкцию работника.

#### **1.6.4. Решение вопроса нехватки профильных специалистов частными медицинскими организациями путем заключения субподряда с государственными организациями.**

Частные медицинские организации заключают договоры субподряда с государственными организациями, где прикрепленное население не всегда получает своевременно медицинские услуги (включение в очередь на получение помощи по остаточному принципу, отдаленность государственных организаций).

Данный подход к решению проблем со стороны частных организаций является нарушением принципа шаговой доступности населения к медицинской помощи на уровне ПМСП.

На уровне управлений здравоохранений отсутствуют рычаги воздействия на частные медицинские организации, в том числе посредством применения мер дисциплинарного воздействия к их руководителям за допущенные проступки ввиду моратория на проверки.

В целях исключения условий для доступа к оказанию медицинских услуг медицинских организаций, не обладающих возможности обеспечения качественными услугами, рекомендуется при получении государственного заказа на уровне ПМСП в отношении медицинских организаций здравоохранения в качестве обязательного условия ввести требование о наличии аккредитации.

#### **1.6.5. Отсутствие необходимых полномочий у филиалов ФСМС.**

Закуп медицинских услуг в рамках ГОБМП и системе ОСМС осуществляет филиал ФСМС. Медицинские организации заключают договора с директором филиала ФСМС.

Согласно результатам проведенного анализа полномочия по перераспределению финансовых средств с одного месяца на другой по лотам, в том числе по высокотехнологической медицинской помощи, а также иные полномочия организационного характера местного уровня решаются только по согласованию с центральным аппаратом ФСМС.

Четкие требования к процедуре согласования не установлены.

Продолжительный срок согласования влияет на снижение оперативности принятия решений по эффективному использованию бюджетных средств и решению текущих вопросов местного уровня, что не способствует повышению качества и обеспечению доступности медицинских услуг (помощи).

В этой связи рекомендуется рассмотреть возможность перераспределения полномочий между ФСМС и его филиалами в части передачи филиалам ФСМС компетенций по самостоятельному размещению заказов по лотам по потенциальным поставщикам, вопросам перераспределения финансовых средств с одного месяца на другой по лотам.

#### **1.6.6. Не обеспечение условий для рассмотрения фактов материнской смертности и обращений на качество оказания медицинских услуг.**

В территориальных департаментах КМФК процесс государственных закупок централизован. Соответственно договора заключаются на центральном уровне. В связи с поздним заключением договоров с ассоциациями независимых медицинских экспертов рассмотрение обращений затрудняется.

Каждый факт материнской смертности и каждое обращение на качество оказания медицинских услуг предусматривает проведение внешней экспертизы качества оказания медицинских услуг (медицинской помощи).

Позднее заключение договоров, а также нехватка независимых медицинских экспертов затрудняет процесс рассмотрения фактов материнской смертности и обращений на качество оказания медицинских услуг.

К рассмотрению обращений приходится часто привлекают профильных специалистов, не состоящих в Реестре независимых экспертов путем официального запроса в областное управление здравоохранения или подведомственные медицинские университеты, что влияет на сроки и качество рассмотрения обращений.

К примеру, в 2021 году договор с ассоциациями независимых медицинских экспертов заключен 16 июля 2021 года, а в 2022 году – 11 августа 2022 года.

Для обеспечения качественного состава медицинских работников при проверке случаев материнской смерти и обращений граждан по фактам некачественного оказания медицинских услуг, рекомендуется изменить процедуры формирования Реестра независимых экспертов и систему финансирования их работы посредством определения в Республике Единого оператора по привлечению независимых экспертов и цифровизации процесса привлечения независимых экспертов в создаваемые Комиссии.

## **II. СЕРВИСНАЯ И КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО АППАРАТА.**

В современных условиях новые подходы и инновации все больше вводятся в систему государственного управления.

Главными целями таких инноваций является внедрение новых сервисных начал в работе государственных органов, активное сотрудничество с гражданским обществом путем привлечения населения к решению общественных проблем.

Президентом Страны К.К. Токаевым перед государственными органами поставлен комплекс задач и приоритетов, связанных со стремлением сделать государственный аппарат максимально прозрачным и отзывчивым на общественные ожидания и требования.

В решении этого комплекса задач большое место уделено вопросам формирования сервисных услуг и реализации принципа «клиентоориентированности» деятельности государственных органов.

В рамках настоящего анализа был проведен анализ на наличие условий для перевода государственных услуг и функций в проактивную и композитную форму, на поиск решений по созданию клиентоориентированных условий путем формирования сервисных административных процедур, внедрение цифровых решений, обеспечение открытости государственных органов, доступности информации и государственных услуг.

### ***2.1. «Проактивные и композитные административные процедуры».***

Анализ Реестра государственных услуг, подзаконных нормативных правовых, регламентирующих вопросы оказания государственных услуг в сфере здравоохранения, а также правоприменительная практика свидетельствует о административном характере оказания государственных услуг в сфере здравоохранения и не применении механизмов и принципов сервисной модели государственного управления в указанной сфере отношений.

#### **Справочно:**

- ❖ в сфере здравоохранения 49 гос.услуг
- ❖ (МИО – 19, КСЭК, КМФК, тер.подразделениями и НЦЭЛС– 29, ФСМС - 1)
- ❖ в бумажной форме – 4
- ❖ в электронной/бумажной форме – 21
- ❖ в электронной форме – 24
- ❖ степень автоматизации гос.услуг 91,8% (45 автоматизированных гос.услуг).
- ❖ одна гос.услуга - композитная.

При оказании 49 государственных услуг отсутствуют и не применяются проактивные, опережающие механизмы по реализации субъективного права граждан, организаций либо полномочий должностных лиц, государственных

органов либо по оказанию содействия в выполнении обязанностей граждан, организаций, должностных лиц, государственных органов.

Не нашли широкого применения формы оказания государственных услуг по «одному» заявлению.

По результатам проведенного анализа установлены условия для перевода:

- **14 государственных услуг в проактивный формат;**
- **10 государственных услуг в композитный формат.**
- **4 административных процедур в композитный формат.**

### **2.1.1. Государственные услуги, рекомендованные для перевода в проактивную форму.**

По результатам проведенного анализа установлен перечень из 14 нижеуказанных государственных услуг, по которым имеются условия для перевода в проактивный формат.

- 1) Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров;
- 2) Присвоение учетного номера объекту производства пищевой продукции, подлежащего государственному контролю и надзору в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- 3) Выдача заключения о нуждаемости в санаторно-курортном лечении;
- 4) Выдача выписки из медицинской карты стационарного больного
- 5) Выдача документов о прохождении повышения квалификации и сертификационных курсов кадров отрасли здравоохранения;
- 6) Выдача сертификата иностранного специалиста в области здравоохранения;
- 7) Выдача сертификата менеджера в области здравоохранения;
- 8) Аккредитация организации, осуществляющей оценку знаний и навыков обучающихся, выпускников профессиональной подготовленности и специалистов в области здравоохранения;
- 9) Аккредитация субъектов здравоохранения, осуществляющих независимую экспертизу в области здравоохранения;
- 10) Аккредитация профессиональной ассоциации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- 11) Аккредитация физических и юридических лиц на осуществление деятельности по проведению санитарно-эпидемиологического аудита;
- 12) функция местных органов государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы по образованию специальной медицинской комиссии для проведения медицинского освидетельствования осужденных по перечню заболеваний, являющихся основанием для освобождения от отбывания наказания;



13) Предоставление информации об участии в качестве потребителя медицинских услуг и о перечисленных суммах отчислений и (или) взносов в системе обязательного социального медицинского страхования;

14) Прием и рассмотрение документов о целесообразности направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж и (или) привлечения зарубежных специалистов для проведения лечения в отечественных медицинских организациях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

В процессе оказания государственной услуги «Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров», форма оказания которой предполагает как бумажную, так и электронную форму, требуется заключении нарколога и психиатра.

Услугополучатель вынужден выезжать к услугополучателям государственных услуг «*Предоставление сведений с Центра психического здоровья «Психиатрия»*», «*Предоставление сведений с Центра психического здоровья «Наркология»*», что не соответствует принципу «одного окна».

Определенные трудности у услугополучателей возникают в связи с платным характером таких услуг.

Анализом установлена возможность оказывать указанные услуги в проактивной форме, путем делегирования полномочии психиатра и нарколога в медицинскую организацию, оказываемую государственную услугу «*Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров»*.

При этом рекомендуется исключить бумажную форму результата государственной услуги *Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров*.

По результатам проведенного анализа установлена возможность оказания государственной услуги *Присвоение учетного номера объекту производства пищевой продукции, подлежащего государственному контролю и надзору в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения* в проактивной форме при выдаче санитарно-эпидемиологического заключения, поскольку согласно п.10 Правил оказания государственной услуги результат оказания услуги по принципу «одного заявления» – санитарно-эпидемиологическое заключение и подтверждение о присвоении учетного номера объекту либо мотивированный ответ об отказе в ее оказании.

Также представляется возможным перевести в проактивный формат государственные услуги:

– *Выдача заключения о нуждаемости в санаторно-курортном лечении;*

– *Выдача выписки из медицинской карты стационарного больного.*

В частности, согласно результатам проведенного анализа, комплексные информационные системы, используемые в медицинских организациях, содержат в себе необходимые медицинские данные, результаты лабораторных, инструментальных исследований, заключения профильных

специалистов, касающихся пациента, необходимые для принятия решения о выдаче результата оказания по вышеуказанным государственным услугам.

Согласно Правил и стандартов оказания медицинской помощи, выписка из медицинской карты стационарного больного должна предоставляться пациенту при выписке.

Проведенным анализом установлены срок действия в 5 лет для сертификата иностранного специалиста в области здравоохранения, сертификата менеджера в области здравоохранения, аккредитации организации, осуществляющей оценку знаний и навыков обучающихся, выпускников профессиональной подготовленности и специалистов в области здравоохранения, аккредитации субъектов здравоохранения, осуществляющих независимую экспертизу в области здравоохранения, аккредитации профессиональной ассоциации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, аккредитации физических и юридических лиц на осуществление деятельности по проведению санитарно-эпидемиологического аудита.

Принимая во внимание, что перечень документов, представляемых заявителем по 6 государственным услугам, формируется услугополучателями до истечения срока действия сертификата и аккредитации (*Выдача сертификата иностранного специалиста в области здравоохранения, Выдача сертификата менеджера в области здравоохранения, Аккредитация организации, осуществляющей оценку знаний и навыков обучающихся, выпускников профессиональной подготовленности и специалистов в области здравоохранения, Аккредитация субъектов здравоохранения, осуществляющих независимую экспертизу в области здравоохранения, Аккредитация профессиональной ассоциации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, Аккредитация физических и юридических лиц на осуществление деятельности по проведению санитарно-эпидемиологического аудита*). И на момент истечения срока сертификата, аккредитации такие документы и информация содержатся в информационных системах или у услугополучателей, рекомендуется в случаях повторного оказания услуги или переподтверждения сертификатов и аккредитаций перевести указанные государственные услуги в проактивный формат.

К примеру, сертификат иностранного специалиста в области здравоохранения действует на территории Республики 5 лет со дня вынесения решения о его выдаче. По истечении данного срока действие сертификата прекращается. Сертификат иностранного специалиста подлежит подтверждению каждые пять лет.

На момент истечения срока сертификата, необходимый перечень документов и сведений по иностранному специалисту уже сформирован и содержится в информационных системах.

В этой связи процедуру подтверждения сертификации специалиста целесообразно проводить в проактивном формате, когда государственный орган на опережение уведомляет иностранного специалиста об окончании

срока действия сертификата и предлагает вновь получить государственную услугу с помощью СМС - сообщения.

По результатам проведенного анализа установлена возможность оказания в проактивной форме функции местных органов государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы по образованию специальной медицинской комиссии для проведения медицинского освидетельствования осужденных по перечню заболеваний, являющихся основанием для освобождения от отбывания наказания, закрепленная в пп.21-1) ст.13 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Указанная функция в Положениях управлений здравоохранения не закреплена.

Между тем, порядок проведения медицинского освидетельствования осужденных определен в Правилах проведения медицинского освидетельствования осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с заболеванием, и перечня заболеваний, являющихся основанием освобождения от отбывания наказания (приказ МЗ РК от 30 июня 2022 года №ҚР ДСМ-58, далее - Правила).

Правилами предусмотрено, что в течение 3-х рабочих дней после решения консилиума медицинской организации в УИС осужденный направляется на освидетельствование СМК для проведения освидетельствования (п.8 Правил).

Полагаем, что предусмотренный в Правилах бизнес-процесс освидетельствования осужденных имеет признаки административных барьеров.

В свою очередь, явка осужденного на освидетельствования требует его сопровождения, обеспечения транспортными средствами, что сопряжено с определенными финансовыми затратами.

Более того, согласно требованиям Правил срок проведения освидетельствования осужденного составляет 12 рабочих дней, 15 календарных дней, а также отводится месячный срок управлению здравоохранения на направление посредством почтовой связи в учреждение, из которого осужденный освобожден, информации о постановке его на учет в организации здравоохранения, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

Между тем, в целях уменьшения бумажной волокиты и упрощения процесса установления инвалидности с 1 октября 2021 года в Республике реализуется проект по проведению заочного формата медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ).

В частности, МСЭ проводится экспертами разных регионов на основании обезличенных медицинских документов, поступивших из медицинских организаций в электронном формате посредством интегрированных информационных систем, без объективного осмотра.

При этом ряд нозологий из Перечня заболеваний, являющихся основанием для освобождения осужденных, уже экспертами МСЭ проводится в заочном формате (туберкулез, злокачественные новообразования, злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, органические, включая симптоматические психические расстройства: деменция при болезни Альцгеймера, сосудистая деменция, деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках и др.).

В соответствии с пп.16) ст.58 Кодекса организациями здравоохранения на пациентов формируется электронный паспорт здоровья – набор структурированных персональных медицинских данных о состоянии здоровья физического лица и оказываемой ему медицинской помощи, формируемых субъектами цифрового здравоохранения из электронных источников на протяжении всей жизни и доступных как физическому лицу, так и работникам здравоохранения (сведения о пациенте вносятся в КМИС).

Наряду с этим, действующим законодательством определено, что осужденные так же, как и другие категории населения прикрепляются к организации здравоохранения и при необходимости осужденные ставятся на диспансерный учет.

Таким образом, из вышеуказанного следует, что медицинская организация в учреждении УИС и организация здравоохранения, к которой прикреплен осужденный, располагают полными и достоверными сведениями о состоянии его здоровья осужденного.

Перевод медицинского освидетельствования осужденных в проактивный формат позволит исключить финансовые затраты и использование человеческих ресурсов медицинских организаций, а такжекратно сократит сроки проведения освидетельствования.

Принимая внимание опыт органов в сфере труда и социальной защиты населения, целесообразно интегрировать информационные системы УИС, судебных органов и КМИС, что упростит процедуру проведения освидетельствования.

В целях защиты прав и законных интересов осужденных видится целесообразным перевести в разряд государственных услуг функцию по проведению медицинского освидетельствования осужденных.

Проведенным анализом также установлена возможность перевода в проактивный формат государственных услуг:

- Предоставление информации об участии в качестве потребителя медицинских услуг и о перечисленных суммах отчислений и (или) взносов в системе обязательного социального медицинского страхования

- Выдача документов о прохождении повышения квалификации и сертификационных курсов кадров отрасли здравоохранения»

- Прием и рассмотрение документов о целесообразности направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж и (или) привлечения зарубежных специалистов для проведения лечения в

отечественных медицинских организациях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

В частности, оказание государственной услуги *«Предоставление информации об участии в качестве потребителя медицинских услуг и о перечисленных суммах отчислений и (или) взносов в системе обязательного социального медицинского страхования»* может представляться услугополучателям на ежемесячной или ежеквартальной основе в проактивной форме ввиду наличия необходимой информации в информационных системах

Государственная услуга *«Выдача документов о прохождении повышения квалификации и сертификационных курсов кадров отрасли здравоохранения»* может оказываться в проактивной форме с момента полного освоения образовательной программы, или после завершения обучения не зависимо от продолжительности курсов повышения квалификации и сертификационного курса.

Государственная услуга *«Прием и рассмотрение документов о целесообразности направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж и (или) привлечения зарубежных специалистов для проведения лечения в отечественных медицинских организациях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»* всем пациентам, имеющих законные основания для ее оказания, может оказываться в проактивном формате, поскольку к моменту соответствия пациента установленным требованиям в информационных системах и медицинских организациях имеется весь необходимый перечень документов, а также результатов лабораторных, инструментальных исследований и заключений профильных специалистов.

### **2.1.2. Государственные услуги, рекомендованные для перевода в композитную форму.**

По результатам проведенного анализа установлен перечень из 14 нижеуказанных государственных услуг, по которым имеются условия для перевода в композитный формат.

- 1) Вызов врача на дом (госуслуга);
- 2) Вызов скорой медицинской помощи (госуслуга);
- 3) Запись на прием к врачу (госуслуга);
- 4) Выдача направления пациентам на госпитализацию в стационар (госуслуга);
- 5) Предоставление лекарственных средств, специализированных лечебных продуктов, изделий медицинского назначения отдельным категориям граждан (госуслуга);
- 6) Выдача справки о временной нетрудоспособности (госуслуга);
- 7) Выдача справки с медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (госуслуга);

8) Прикрепление к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (госуслуга);

9) Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров (госуслуга)

10) Государственная регистрация, перерегистрация лекарственного средства или медицинского изделия, внесение изменений в регистрационное досье лекарственного средства или медицинского изделия (госуслуга)

11) включение лекарственных средств в Казахстанский национальный лекарственный формуляр (бизнес-процедур, функция)

12) включение в перечень лекарственных средств и медицинских изделий, закупаемых у Единого дистрибьютора (бизнес-процедур, функция)

13) включение в перечень лекарственных средств и медицинских изделий в рамках амбулаторного обеспечения (АЛЮ) (бизнес-процедур, функция)

14) включение в перечень лекарственных средств и медицинских изделий подлежащих ценовому регулированию (бизнес-процедур, функция).

**Первой группой государственных услуг, наиболее востребованных населением и рекомендованных к оказанию в форме композитной услуги** являются государственные услуги: *Вызов врача на дом, Вызов скорой медицинской помощи, Запись на прием к врачу, Выдача направления пациентам на госпитализацию в стационар, Предоставление лекарственных средств, специализированных лечебных продуктов, изделий медицинского назначения отдельным категориям граждан, Выдача справки о временной нетрудоспособности, Выдача справки с медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.*

В частности, при заболевании у пациента возникают сложности с записью к участковому или профильному специалисту через приложение или регистратуру медицинской организации. Также возникают проблемы с приемом у врача посредством «живой» очереди (обслуживаются в основном пациентов по записи).

Пациенту при каждом новом обращении по разным основаниям и вопросам (выдача лекарств, открытие и закрытие больничного листа, справки, при госпитализации) приходится повторно записываться или проходить одни и те же процедуры, которые влияют на сроки оказания медицинских и/или получения результата государственных услуг.

В медицинских организациях из-за отсутствия записи и не полной автоматизации работы происходят конфликтные ситуации в очередях и распространение вирусов и инфекций (минимизация пересечений здоровых и больных пациентов).

В целях реализации принципов «клиентоориентированного» и сервисного государства в сфере здравоохранения предлагается 5-7 государственных услуг оказывать композитно.

Так, в рамках одной записи предлагается оказывать следующие государственные услуги: *Вызов врача на дом, Вызов скорой медицинской помощи, Запись на прием к врачу, Выдача направления пациентам на госпитализацию в стационар, Предоставление лекарственных средств, специализированных лечебных продуктов, изделий медицинского назначения отдельным категориям граждан, Выдача справки о временной нетрудоспособности, Выдача справки с медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.*

Перевод вышеуказанных услуг в композитный формат позволит сократить количество обращений пациента в медицинские организации.

Предполагается, что для пациента при первом обращении к врачу или первом предоставлении заявки на вызов врача на дом, в приложении будет открыто окно и в зависимости от диагноза и состояния здоровья можно будет также через приложение оформить вызов скорой медицинской помощи (не нужно будет звонить и ждать оператора), а также через приложение при необходимости оформить направление пациенту на госпитализацию в стационар (не нужно отдельно записываться к врачу и ходить за направлением к врачу, распечатывать направление).

Более того, за получением бланка на предоставление лекарственных средств, специализированных лечебных продуктов, изделий медицинского назначения пациент не будет дополнительно записываться к врачу, все это будет осуществляться через открытое окно в электронной форме (врач через ЭЦП в приложении оформит рецепт и электронный бланк).

Предполагается, что врач поликлиники, за которой закреплен услугополучатель, будет в электронной форме выписывать рецепты и уведомление, которые будут поступать в личный кабинет услугополучателя. Одновременно электронный рецепт будет поступать в аптеку поликлиники. Услугополучателю в аптеке поликлиники после сверки фармацевта по удостоверению личности будут выдаваться бесплатные лекарственные препараты.

По итогам получения лечения, пациенту также не нужно будет дополнительно записываться к врачу, т.к. через открытое окно в электронной форме услугополучателю будет выдана справка о временной нетрудоспособности и/или справка с медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

Данная композитная государственная услуга позволит сократить время ожидания медицинских услуг, обеспечения лекарственными средствами и выдачи справок из медицинских организаций.

**Второй группой государственных услуг, наиболее востребованных населением, и рекомендованных к оказанию в форме композитной услуги являются государственные услуги: *Прикрепление к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» и Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров.***

Прикрепление физического лица к организации первичной медико-санитарной помощи является основанием для реализации права на получение медицинской помощи и выполнения обязательств организаций здравоохранения по оказанию медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС.

Для формирования базы данных о фактическом количестве прикрепленного населения к каждой организации здравоохранения, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в рамках ГОБМП разработана ИС «Регистр прикрепленного населения».

Профилактические медицинские осмотры целевых групп населения – скрининговые осмотры, направленные на выявление заболеваний на ранних стадиях и предупреждение развития заболеваний, факторов риска, способствующих возникновению заболеваний, формирование и укрепление здоровья населения.

После прикрепления к медицинской организации необходимо провести оповещение целевых групп взрослого населения о необходимости и условиях прохождения профилактических медицинских осмотров. Необходимо обеспечить своевременное прохождение профилактического медицинского осмотра целевыми группами населения, как в Больнице Медицинского центра Управления Делами Президента РК для государственных служащих.

Вместе с тем, в поликлиниках и СВА не ведется учет прикрепленных и соответственно своевременно не проводят оповещение целевых групп взрослого населения о необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров.

Более того, в 2021 году в СВА столицы не был проведен патронаж новорожденного ребенка до 1 года на дому.

В этой связи, государственные услуги *«Прикрепление к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»* и *«Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров»* рекомендуется перевести в композитный формат и оказывать на основе принципа одного обращения.

**Третьей группой государственных услуг, наиболее востребованных населением, и рекомендованных к оказанию в форме композитной услуги являются государственные услуги:** *Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров, Предоставление сведений с Центра психического здоровья «Психиатрия»», Предоставление сведений с Центра психического здоровья «Наркология».*

В частности, результатом оказания государственной услуги *Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров* является Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение), выданная по форме № 075/у, утвержденной приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 30 октября 2020 года № КР ДСМ-175/2020. Срок оказания услуги – 1 рабочий день.



При оказании указанной государственной услуги требуется заключение нарколога и психиатра, что предполагает получение результата по двум государственным услугам *Предоставление сведений с Центра психического здоровья «Психиатрия», Предоставление сведений с Центра психического здоровья «Наркология»*.

Необходимость приложения заключения нарколога и психиатра, на практике приводит к увеличению срока оказания государственной услуги *Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров* больше 1 рабочего дня.

Анализом установлена возможность оказания трех государственных услуг: *Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров, Предоставление сведений с Центра психического здоровья «Психиатрия», Предоставление сведений с Центра психического здоровья «Наркология»* в композитной форме, не вынуждая услугополучателей выезжать в места, оказания каждой государственной услуги.

**Четвертой группой государственных услуг и бизнес-процедур (функций), наиболее востребованных населением и субъектами бизнеса и рекомендованных к оказанию в форме композитной услуги** являются государственная услуга *Государственная регистрация, перерегистрация лекарственного средства или медицинского изделия, внесение изменений в регистрационное досье лекарственного средства или медицинского изделия (госуслуга)* и четыре бизнес-процедуры (функции): *«включение лекарственных средств в Казахстанский национальный лекарственный формуляр, «включение в перечень лекарственных средств и медицинских изделий, закупаемых у Единого дистрибьютора, «включение в перечень лекарственных средств и медицинских изделий в рамках амбулаторного обеспечения (АЛО)», «включение в перечень лекарственных средств и медицинских изделий подлежащих ценовому регулированию»*.

Проведенным анализом установлены, что процесс вывода лекарственных средств на рынок является сложным по своей этапности и протяженным по сроку реализации.

Вышеуказанная государственная услуга и 4 бизнес-процесса (функции) являются определяющими в данном процессе.

В целях сокращения сроков по выводу лекарственных средств на рынок, рекомендуется осуществлять процедуры по государственной регистрации лекарственных средств, по включению лекарственных средств в КНФ, в список Единого дистрибьютора, в список перечень АЛО, в перечень лекарственных средств, подлежащих ценовому регулированию по принципу «Единого окна» в одном информационном поле, что позволит сократить количество излишних обращений услугополучателей услугодателям, а также сократить сроки вывода лекарственных средств на рынок.

В целях создания клиентоориентированных условий при оказании государственных услуг и выполнении иных бизнес-процессов рекомендуется

перевести 14 государственных услуг в проактивный формат, 10 государственных услуг и 4 бизнес-процедуры в композитный формат.

## **2.2. Создание клиентоориентированных условий и минимизация сроков, документов, звеньев и участников процедуры.**

В целях подготовки предложений по созданию клиентоориентированных условий и минимизация сроков, документов, звеньев и участников процедуры были изучены соответствующие НПА и правоприменительная практика, вопросы физической доступности объектов и информации, связанных с оказанием государственных услуг, создания благоприятных условий граждан и лиц с ограниченными возможностями.

По результатам проведенного анализа:

– рекомендовано к реализации два проекта **«Институт семейного врача», «Клиентоориентированные медицинские услуги (медицинская помощь)»;**

– установлена «скрытая» государственная услуга при проведении оценки технологий здравоохранения;

– установлено **7 проблем**, связанных с вопросами отсутствия клиентоориентированных условий, наличия излишних звеньев и участников процедуры:

1) наличие лишних звеньев и участников при получении медицинских услуг у профильных специалистов;

2) наличие лишних звеньев и участников при проведении медицинского освидетельствования граждан Республики Казахстан в интересах воинской службы;

3) наличие лишних звеньев и участников при оказании государственной услуги «Выдача лицензии на медицинскую деятельность».

4) наличие лишних звеньев и участников при получении больничных листов;

5) отказ в оказании государственной услуги по формальным основаниям;

6) наличие лишних звеньев и участников при прижизненном донорстве органа (части органа) и (или) тканей (части ткани);

7) наличие условий замедляющих трансферт технологий в системе здравоохранения.

### **2.2.1. Проект «Институт семейного врача».**

Основной целью проекта является обеспечение индивидуального первичного и непрерывного медицинского обслуживания семей и населения, независимо от возраста, пола или вида заболевания.

В зарубежных странах успешно развита система обращения к услугам семейного врача, который знает не только каждого члена семьи лично, но и его историю болезни, обращение к нему дает возможность получить помощь

от одного специалиста, избежав, тем самым, посещения многочисленных врачей и длинных очередей, облегчает доступ к узкопрофильным специалистам.

В тех странах, где активно используется практика семейных врачей, заметно снижен уровень госпитализации и общий уровень здоровья населения в этих государствах выше.

То есть семейный врач – альтернатива участковому врачу, который обслуживает закрепленный за ним участок в общем порядке, при этом, у участкового врача нет мотивации к качественному и оперативному обслуживанию.

В этой связи, видится целесообразным внедрение в практику оказания медицинских услуг семейными врачами, посредством заключения соответствующего договора и оплаты их услуг через ФСМС.

### **2.2.2. Проект «Клиентоориентированные медицинские услуги (медицинская помощь)».**

Основная цель проекта - обеспечить качественный уровень лечения, дать свободу выбора врачу способов и методов лечения с усилением его ответственности.

В настоящее время в сети Интернет и СМИ имеется значительное количество фактов некачественного оказания медицинских услуг, пациенты сравнивают времена, когда пациент приходил к врачу и его осматривали, опрашивали, в целом внимание оказывалось самому пациенту, а не процессу его оформления, и сейчас, когда врач занят больше внесением в компьютер сведений.

Многие перемены вызваны изменением приоритетов. В настоящее время ФСМС уменьшает сумму финансирования организации по причине даже небольших отклонений от стандарта и протокола лечения.

Поэтому врач, назначающий лечение должен смотреть не на особенности организма пациента, а на стандарт и протокол лечения, принимая во внимание высокую вероятность выписки штрафа, забывая при этом особенности пациента и его состояния.

В связи с чем, целесообразно снизить фактор влияния штрафных санкций на организацию здравоохранения для повышения качества услуг и применять режим мониторинга ФСМС для корректировки назначений врача и рассмотрения его ответственности, а не для назначения очередного штрафа в целом медицинской организации, что повысит степень ответственности и персональной ответственности самого врача.

### **2.2.3. Наличие «скрытой» государственной услуги при проведении оценки технологий здравоохранения.**

В настоящее время в мире созданы прорывные технологии в отрасли здравоохранения: развитие нанотехнологии, лучевой диагностики, генной инженерии, лечения и т.п.

В практике здравоохранения РК новые методы диагностики, лечения и медицинской реабилитации применяются в рамках ГОБМП и (или) системе ОСМС (на основании решения Министерства здравоохранения, рекомендаций Комиссии, результатов оценки технологий здравоохранения (ОТЗ) и заключения локальной комиссии по биоэтике), или на платной основе или из иных источников финансирования.

По результатам проведенного анализа отмечается низкое развитие медицинской науки и внедрение новых методов в организациях здравоохранения.

В Республике Казахстан за 10 месяцев 2022 года 5 заявок было одобрено из 5 внесенных на рассмотрение Комиссии, а в 2021 году 1 заявка включена в Тарификатор (т.е. на внедрение нового метода в рамках ОСМС или ГОБМП) из 14 одобренных заявок (из 17 внесенных на рассмотрение Комиссии).

Установлены ряд причин, сдерживающих внедрение новых методов в отечественную систему здравоохранения.

Среди них: отсутствием финансирования (одобренные новые методы годами не финансируются), упрощенной процедуры получения разрешения на внедрение новых методов (МЗ, два постоянно действующих КСО при уполномоченном органе и локальная комиссия (региональная)), четкой регламентации сроков прохождения заявки на применение новых методов (через все инстанции), возможности подачи заявки на проведение оценки технологий здравоохранения на региональном уровне, наличие условий для монополизации деятельности по проведению ОТЗ со стороны ННЦРЗ, отсутствие разграничений полномочий консультативно-совещательных органов при уполномоченном органе в области здравоохранения (ОКК и ФК) при проведении ОТЗ.

По результатам анализа установлены признаки, позволяющие отнести функцию по проведению оценки технологий здравоохранения к категории государственных услуг.

В целях внедрение новых инновационных методов в организациях здравоохранения и исключения бюрократическим процессов рекомендуется:

– поставить на утрату Приказ Министра здравоохранения РК от 27 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-208/2020 «Об утверждении правил применения новых методов диагностики, лечения и медицинской реабилитации», в связи с фактическим неприменением и несовершенством;

– разработать Правила применения новых методов диагностики, лечения и медицинской реабилитации в новой редакции с включением новых подходов к развитию инновационной деятельности в сфере здравоохранения, исключением бюрократических процедур, восполнением правовых пробелов, сокращением сроков проведения оценки технологий здравоохранения (на этапе внесения и рассмотрения заявки до 5 раб.дн., внесения и рассмотрения результатов

Комиссией до 5 раб.дн.), исключением монополии ННЦРЗ на проведение оценки технологий здравоохранения, разграничением компетенций консультативно-совещательных органов министерства при проведении ОТЗ;

– внести предложения в МЦРИАП по включению в Реестр государственных услуг функции по проведению оценки технологий здравоохранения;

– включить данную услугу в состав государственной услуги, оказываемой по принципу «одного заявления» (композитная государственная услуга);

– исключить внесение заявки по применению нового метода в случае получения положительного результата оценки технологий здравоохранения (проактивная государственная услуга);

– предусмотреть внесение заявки на проведение оценки технологий здравоохранения через веб-портал «электронного правительства» (экстерриториальность).

#### **2.2.4. Наличие лишних звеньев и участников при получении медицинских услуг у профильных специалистов.**

Согласно требованиям законодательства (п.1. Положение о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, утверждено приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 7) амбулаторно-поликлиническую помощь, включает первичную медико-санитарную помощь (далее – ПМСП) и консультативно-диагностическую помощь (далее – КДП).

ПМСП оказывается специалистами ПМСП (врач общей практики, участковый врач-терапевт/педиатр, участковая медицинская сестра/медицинская сестра общей практики, фельдшер, акушер (ка)) (п.12. Положения).

КДП оказывается профильными специалистами.

Потребности населения в оказании медицинских услуг профильными специалистами являются значительно высокими.

Пациенты в рамках ГОБМП для получения в плановом порядке направления профильному специалисту в обязательном порядке вынуждены обращаться медицинским работникам, оказывающих ПМСП (п.15 Положения).

Процедура фактического оказания медицинской услуги (медицинской помощи) у профильного специалиста состоит из 4 этапов и может по сроку составлять минимум 5-7 рабочих дней, максимально 30 рабочих дней и более:

1) обращение (заявление) пациента в организацию, оказывающую ПМСП (по прикреплению) (срок ожидания приема врача общей практики, участкового врача-терапевта/педиатра по факту 1 – 10 календарных дней и более);

2) выписка направления специалистом ПМСП на лабораторные исследования (результат получения по факту - 1 - 3 рабочих дня).

3) выписка направления специалистом ПМСП на инструментальные исследования (результат получения по факту - 1 – 30 рабочих дней и более);

4) выписка направления специалистом ПСМП к профильному специалисту (срок ожидания приема по факту - 1 –30 рабочих дней и более);

Отсутствует централизованная эффективная система электронного листа ожидания для пациентов с направлениями к профильным специалистам, имеющая опции «обратной связи» посредством sms-оповещения.

Отсутствует электронная система мониторинга сроков ожидания пациентом приема профильным специалистом.

В указанных условиях не обеспечивается оперативность при установлении диагноза, наличии осложнений и определении дальнейшей тактики ведения пациента, что сказывается на состоянии и здоровье пациента.

Представленный алгоритм направления профильному специалисту закреплен и в Стандарте организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан (утвержден приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 3 февраля 2016 года № 85).

Приказ и.о. Министра здравоохранения РК от 5 января 2011 года № 7 и приказ Министра здравоохранения и социального развития РК от 3 февраля 2016 года № 85 разработаны в соответствии с Кодексом РК от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения», утратившим силу и содержат нормы и отсылки на НПА, также утратившие силу.

На практике указанные приказы не применимы.

В целях оптимизации бизнес-процессов, связанных с получением медицинских услуг у профильных специалистов рекомендуется разработать и утвердить Положение о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь и Стандарт организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан, с установлением нового алгоритма направления пациентов к профильным специалистам с обеспечением оперативности при установлении диагноза, наличии осложнений и определении дальнейшей тактики ведения пациента, с учетом нижеуказанных рекомендаций:

- определить перечень оснований оказания КДП без направления специалиста ПМСП;

- цифровизировать процедуру обращения (заявление) пациента напрямую к профильному, в случаях наличия оснований оказания КДП без направления специалиста ПМСП;

- сократить сроки на четырех этапах (1 этап – «обращение (заявление) пациента в организацию, оказывающую ПСМП» - до 1-3 рабочих дней, 2 этап – «выписка направления специалистом ПСМП на лабораторные исследования» - до 1 рабочего дня, 3 этап – «выписка направления специалистом ПСМП на инструментальные исследования» - до 3 рабочих дней, 4 этап – «выписка направления специалистом ПСМП к профильному специалисту» - от 1 до 10 рабочих дней);

- поставить на утрату Приказ и.о. Министра здравоохранения РК от 5 января 2011 года № 7 «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую

помощь» и приказ Министра здравоохранения и социального развития РК от 3 февраля 2016 года № 85 «Об утверждении Стандарта организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан».

В целях цифровизации бизнес-процессов мониторинга срока ожидания приема профильным специалистом и создания «клиентоориентированных» условий в процессе ожидания услуг рекомендуется:

- ввести систему электронного листа ожидания для пациентов с направлениями к профильным специалистам, имеющая опции «обратной связи» посредством sms-оповещения, опции оповещения состояния очередности и предполагаемой даты приема профильного специалиста;
- внедрить электронную систему мониторинга сроков ожидания пациентом приема профильным специалистом.

#### **2.2.5. Наличие лишних звеньев и участников при проведении медицинского освидетельствования граждан Республики Казахстан в интересах воинской службы.**

Местные исполнительные органы областей, городов республиканского значения и столицы создают медицинские комиссии для проведения медицинского освидетельствования граждан Республики Казахстан в интересах воинской службы и обеспечивают их деятельность (п.п.6-1) ст.15 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения»).

Порядок медицинского освидетельствования и состав медицинских комиссий определяются Правилами проведения военно-врачебной экспертизы и Положениями о комиссиях военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Республики Казахстан (утверждены Приказом Министра обороны РК от 21 декабря 2020 года № 716).

Медицинская комиссия создается на районном, городском и областном уровнях.

В целях исключения дублирования процедуры работы медицинской комиссий и упразднения процедуры утверждения дополнительно состава в случае нехватки специалистов на районном уровне предлагается исключить функцию по созданию призывной комиссии на районном уровне, оставив персональный состав медицинских комиссии только на городском и областном уровнях.

В целях оптимизации процесса проведения медицинского освидетельствования граждан Республики Казахстан в интересах воинской службы в п.3 ст.140 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» из перечня административно-территориальных единиц рекомендуется исключить уровень района.

#### **2.2.6. Наличие лишних звеньев и участников при оказании государственной услуги «Выдача лицензии на медицинскую деятельность».**

Согласно действующего законодательства РК при оказании государственной услуги «Выдача лицензии на медицинскую деятельность» департаменты КМФК проводят разрешительный контроль в соответствии с п.п.1) ч.11 п.3 3 ст.141 Предпринимательского кодекса, по результатам которого принимается решение о соответствии или несоответствии заявителя квалификационным или разрешительным требованиям.

При наличии оснований для отказа в оказании государственной услуги услугодатель согласно статье 73 АППК уведомляет услугополучателя о предварительном решении об отказе оказания государственной услуги, а также о времени и месте (способе) проведения заслушивания для возможности выразить услугополучателю позицию по предварительному решению.

Уведомление о заслушивании направляется согласно п.12. Правил оказания государственной услуги «Выдача лицензии на медицинскую деятельность» (утвержден Приказом Министра здравоохранения РК от 1 июня 2020 года № ҚР ДСМ-59/2020) не менее чем за 3 рабочих дня до завершения срока оказания государственной услуги. Заслушивание проводится не позднее 2 рабочих дней со дня уведомления.

Процедура заслушивания проводится в соответствии со статьей 73 АППК.

По результатам разрешительного контроля оформляется Заключение, которое регистрируется в Управлении КПСиСУ Генеральной прокуратуры РК. В заключении указывается о наличии или отсутствии выявленных нарушений. Заключение подписывается должностным лицом (лицами), проводившего профилактический контроль, а также руководителем проверяемого субъекта.

Таким образом, в случае выявления нарушений, заявитель уже ознакомлен с наличием основания для отказа, о чем расписывается в Заключении.

Проведение заслушивания является излишней бюрократической процедурой, не влияющей на результат оказания услуги и способствующей увеличению срока оказания услуги, а также практической невозможности выполнения сроков оказания услуги.

Срок оказания услуги с процедурой заслушивания по факту может составлять – более 13 рабочих дней, по Стандарту оказания гос.услуги – 13 рабочих дней.

Излишняя процедура также входит в противоречие с нормами Закона РК «О государственных услугах» (ст.25) и п.12 Правил оказания государственной услуги, которые устанавливают сроки и особенности процедур обжалования в случае несогласия с решением, действием (бездействием) услугодателя.

В целях оптимизации бизнес-процессов при оказании государственной услуги «Выдача лицензии на медицинскую деятельность» и сокращения срока ее оказания рекомендуется исключить процедуру заслушивания из Правил оказания государственной услуги «Выдача лицензии на медицинскую



деятельность» (утвержден Приказом Министра здравоохранения РК от 1 июня 2020 года № ҚР ДСМ-59/2020).

### **2.2.7. Наличие лишних звеньев и участников при получении больничных листов.**

В ходе анализа работы амбулатории села Шаган, Сырдарьинского района установлено, что в 2021 году 168 жителей села Шаган обращались за оформлением больничных листов, а за 8 месяцев 2022 года 91 житель.

При этом, для завершения оформления больничных листов жителям села необходимо ехать в районный центр для получения подписи заместителя главного врача и проставления печати.

Указанная ситуация характерна для сел всех регионов страны.

В целях недопущения волокиты рекомендуется обеспечить условия для выдачи больничных листов жителям сел без обязательного посещения районного центра, а также исключить излишние этапы согласования вышестоящим медицинским персоналом, либо внедрить повсеместно практику удаленного согласования при оформлении больничных листов.

### **2.2.8. Отказ в оказании государственной услуги по формальным основаниям.**

Анализ информационной системы «Е-лицензирования» показал, что при подаче услугополучателями заявок на разрешения и лицензии не по территориальности и (или) при предоставлении неполного пакета документов, государственный орган из-за отсутствия соответствующих функций в системе, вынужден отказать в оказании государственной услуги (рассмотрении заявления), в связи с чем заявитель вынужден самостоятельно обратиться в надлежащий орган или направить заявку повторно, прикрепив повторно нужные документы. Это отнимает время, как заявителя, так и лицензиара.

Указанная проблема имеет системный характер, поскольку характерна для всех государственных услуг, ввиду наличия в законодательстве указанных оснований для отказа в оказании государственной услуги.

Для создания «клиентоориентированных» условий рекомендуется внести изменения в законодательство в сфере оказания государственных услуг, предусматривающие возможность перенаправления заявлений и их доработку при неполном пакете документов (ненадлежащем оформлении) по аналогии с АППК РК, а также в системе «Е-лицензирование».

### **2.2.9. Наличие лишних звеньев и участников при прижизненном донорстве органа (части органа) и (или) тканей (части ткани).**

В соответствии со ст.210. Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее - Кодекс) прижизненным донором органа (части органа) и (или) тканей (части ткани) может быть человек в возрасте восемнадцати лет и старше, дееспособный, находящийся с реципиентом в

генетической связи и (или) имеющий с ним тканевую совместимость, выразивший письменное нотариально-удостоверенное согласие на изъятие органа (части органа) и (или) тканей (части ткани) для дальнейшей трансплантации.

На основании данной статьи был утвержден приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 23 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-318/2020 «Об утверждении Положения об Этической комиссии по установлению генетической связи между потенциальным реципиентом и прижизненным донором для проведения трансплантации», где отмечено что при областных управлениях здравоохранения создается Этическая комиссия по установлению генетической связи между потенциальным реципиентом и прижизненным донором для проведения трансплантации.

Полномочием Этической комиссии является подтверждение либо не подтверждение генетической связи между потенциальным реципиентом и прижизненным донором.

Однако, основная цель указанной комиссии не до конца ясна, так как согласно Кодексу трансплантацию можно проводить лицам, не только имеющим генетическую связь между донором и реципиентом, но и имеющим тканевую совместимость.

В связи с этим, согласно Кодексу вне зависимости от заключения Этической комиссии трансплантацию проводить не воспрещается.

На практике же отмечаются множество конфликтных ситуаций при не подтверждении генетической связи, так как родственники донора, а также некоторые медицинские организации, проводящие трансплантацию, расценивают данный факт в качестве барьера для проведения трансплантации.

В целях исключения излишнего звена в лице Этической комиссии по установлению генетической связи между потенциальным реципиентом и прижизненным донором для проведения трансплантации поставить на утрату приказ Министерства здравоохранения РК от 23 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-318/2020 «Об утверждении Положения об Этической комиссии по установлению генетической связи между потенциальным реципиентом и прижизненным донором для проведения трансплантации».

#### **2.2.10. Наличие условий замедляющих трансферт технологий в системе здравоохранения.**

Медицинские изделия (изделие медицинского назначения, медицинская техника) в соответствии с действующим законодательством требуют в обязательном порядке государственной регистрации и получения регистрационного удостоверения.

Однако, данная процедура сложна и требует от производителя дополнительных финансовых и временных затрат, что значительно снижает их мотивацию по завозу высокотехнологичного медоборудования и техники на территорию страны.

Экспертиза медицинского изделия в экспертном органе с выдачей экспертного заключения составляет: для медицинского изделия порядка 4-6-ти месяцев.

Срок может быть увеличен, если Производитель впервые производит регистрацию своей продукции, необходимо произвести оценку условий производства с выездом представителей экспертной организации на производственную площадку.

В результате замедляется процесс трансферта технологий в системе здравоохранения.

В целях преодоления указанных барьеров, рекомендуется утвердить перечень зарубежных организаций, результаты которых в части регистрации медицинской техники, изделий медицинского назначения и их комплектующих признаются на территории страны или перечень оснований, по которым регистрация медицинской техники, изделий медицинского назначения и их комплектующих не осуществляется.

Например, такие организации, как Агентство по фармацевтике и медицинскому оборудованию (PMDA) – Япония, Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) – США, Агентство по контролю за лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения (MHRA) – Великобритания и другие авторитетные на мировом рынке организации.

### **2.3. Цифровые решения и сервисные административные процедуры.**

В целях подготовки предложений по созданию цифровых решений и сервисных административных процедур были изучены соответствующие НПА и правоприменительная практика, вопросы доступности сведений из информационных систем, наличия действующей информационной системы, готовой для осуществления процедуры, либо возможности ее разработки.

По результатам проведенного анализа:

- рекомендованы к реализации два проекта проект «Электронная оценка качества оказания медицинских услуг (медицинской помощи)», «е-финансирование»;
- установлены проблемы и недостатки, требующие внедрения информационной платформы и/или цифровых решений:
- при собирании показателей (отраслевых данных) по 56 видам отчетов;
- при формировании 54 отчетов;
- при оказании 3 государственных услуг (Выдача справки о допуске к управлению транспортным средством; Прием и рассмотрение документов о целесообразности направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж и (или) привлечения зарубежных специалистов для проведения лечения в отечественных медицинских организациях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской

помощи; Выдача документов о прохождении повышения квалификации и сертификационных курсов кадров отрасли здравоохранения);

- при приеме пациентов;
- при заполнении структурами департаментов КСЭК эпидемиологических карт.
- при оказании услуг Филиалами РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы» КСЭК МЗ РК;
- при приостановлении действия разрешительного документа;
- при документообороте в территориальных подразделениях департаментов КСЭК;
- при подачи бюджетной заявки;
- при документообороте между управлениями здравоохранения и подведомственными организациями;
- при выписке рецептов.

### **2.3.1. Рекомендованные к реализации проекты.**

**Проект «Электронная оценка качества оказания медицинских услуг (медицинской помощи)».**

Основной целью проекта является внедрение системы онлайн мониторинга качества оказания медицинских услуг.

Одной из основных задач государства является обеспечение граждан качественной медицинской помощью. Вместе с тем, даже при поверхностном анализе работы поликлиник выявляются проблемы:

- длительный срок записи на прием к отдельным специалистам, сроки ожидания для получения обследования;
- отсутствие системы оценки работы врачей и медицинской организации и др.

В этой связи, видится целесообразным разработку электронной системы обратной связи, системы контроля и мониторинга посредством разработки механизма автоматизированного обзвона пациентов по результату оказанного приема с использованием искусственного интеллекта.

К примеру, после формирования записи об оказанном приеме, голосовой робот обзванивает пациентов и просит оценить качество и доступность медицинской помощи. Автоматический сервис аналитики строит необходимую отчетность, предоставляя сведения в разрезе организаций здравоохранения, профиле, врача.

Такая система обратной связи станет точным и объективным индикатором восприятия пациентом медицинской организации, что в последующем позволит сформировать их рейтинг, который может влиять на дополнительное финансирование.

### **Проект «е-финансирование».**

Основная цель проекта - обеспечение прозрачности финансирования медицинских организаций посредством определения одного источника финансирования и одной информационной системы.

В настоящее время источниками финансирования медицинских организаций являются:

- 1) бюджетные средства;
- 2) активы фонда социального медицинского страхования;
- 3) средства, полученные за оказание платных услуг.

Таким образом, финансирование из 3-х источников по опросу руководителей медицинских организаций вызывает бюрократию при формировании и использовании бюджета.

МИО осуществляет закуп лекарственных средств, профилактических препаратов, медицинских изделий в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, медицинских изделий, санитарного транспорта, услуг на проведение капитального ремонта организаций здравоохранения.

Финансирование данных расходов осуществляется за счет бюджетных средств.

Кроме того, между ФСМС и организациями заключается договор закупа медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ФСМС, т.е. финансирование осуществляется через ФСМС.

Также, организации здравоохранения сами оказывают платные услуги.

В целях снижения административных процедур, а также исключения излишней бюрократии видится целесообразным разработка и внедрение в эксплуатацию ИС «е-финансирование», посредством которой организации здравоохранения с заявками на обеспечение лекарственными средствами, медицинскими изделиями и услугами на проведение текущего, капитального ремонта обращались бы непосредственно в указанную информационную систему.

Информационная система в автоматическом режиме формировала бы общий необходимый бюджет, но уже с учетом данных, внесенных управлением здравоохранения, ФСМС, расходов за оказанные услуги.

«Е-финансирование» разгрузит управления здравоохранения и ФСМС от обработки бумажных документов, обеспечит прозрачность и оперативность решения вопросов, даст возможность анализировать доходы и затраты организаций здравоохранения.

### **2.3.2. Собираение показателей (отраслевых данных) в ручном режиме.**

Министерство здравоохранения согласно данным министерства цифрового развития, инноваций и аэрокосмической промышленности собирает показатели (отраслевые данные) **по 60 видам отчетов** (Реестр показателей (отраслевых данных) (Приложение 2 к приказу исполняющего обязанности

Министра цифрового развития, инноваций и аэрокосмической промышленности Республики Казахстан от «27» июня 2022 года № 220/НК).

Из них, по **93,4 % (по 56 видам отчетов)** отчетов процесс **собираения показателей (отраслевых данных)** осуществляется **ручном режиме и только по 6,6 % отчетов (по 4 видам отчетов)** указанный процесс **осуществляется автоматически (См: Приложение 7).**

Среди отчетов, по которым **процесс собираия показателей (отраслевых данных)** осуществляется в автоматическом режиме следует указать:

- количество оказанных дистанционных медицинских услуг (в том числе телемедицинских консультаций и сеансов видеоконференцсвязи) (код отчета 050004);
- штатное количество медицинских и фармацевтических кадров (код отчета 050018);
- отчет о движении медицинских и фармацевтических кадров в количественном выражении (код отчета 050036)
- доля обеспеченных рецептов от выписанных на ЛС и МИ в рамках ГОБМП и ОСМС на амбулаторном уровне (код отчета 050031).

Процесс собираия показателей (отраслевых данных) по 56 видам отчетов в ручном режиме значительно повышает уровень нагрузки на работников и не способствует выполнению ими своих непосредственных обязанностей, что влияет на эффективность работы в целом государственного органа.

Анализом установлено, что в процесс собираия показателей (отраслевых данных) по 56 видам отчетов вовлечены управления здравоохранения территорий, подведомственные и медицинские организации.

В целом по отрасли здравоохранения это приводит к значительному отвлечению людских ресурсов от непосредственно процесса лечения пациентов и обеспечения необходимых для этого условий, что, безусловно, отрицательно отражается на качестве и сроках оказания медицинских услуг (медицинской помощи).

Для преодоления вышеуказанных негативных последствий необходимо провести цифровизацию процесса собираия показателей (отраслевых данных) по 56 видам отчетов, формируемых в ручном режиме согласно Приложения 7.

### **2.3.3. Отсутствие информационных систем, формирующих отчет.**

Министерство здравоохранения согласно данным министерства цифрового развития, инноваций и аэрокосмической промышленности **предоставляет 57 видов отчетов** (Реестр показателей (отраслевых данных) (Приложение 2 к приказу исполняющего обязанности Министра цифрового развития, инноваций и аэрокосмической промышленности Республики Казахстан от «27» июня 2022 года № 220/НК).

Из них, **94,8 % (54 видов отчетов) отчетов формируется в ручном режиме и только 5,2 % отчетов (3 вида отчета) формируются автоматически (См: Приложение 8).**

Среди отчетов, формируемых в автоматическом режиме следует указать:

- численность детей с инвалидностью (общая) (Автоматизированная информационная система «Централизованный банк данных лиц, имеющих инвалидность»);
- численность впервые признанных детьми с инвалидностью (первичная инвалидность среди детей) (Автоматизированная информационная система «Централизованный банк данных лиц, имеющих инвалидность»);
- структура первичной инвалидности среди детского населения (по нозологиям) (Автоматизированная информационная система «Централизованный банк данных лиц, имеющих инвалидность»).

Процесс подготовки 57 видов отчетов в ручном режиме без информационной системы, формирующей отчет значительно повышает уровень нагрузки на работников и не способствует выполнению ими своих непосредственных обязанностей, что влияет на эффективность работы в целом государственного органа.

Анализом установлено, что в процесс подготовки 57 видов отчетов вовлечены управления здравоохранения территорий, подведомственные и медицинские организации.

В целом по отрасли здравоохранения это приводит к значительному отвлечению людских ресурсов от непосредственно процесса лечения пациентов и обеспечения необходимых для этого условий, что, безусловно, отрицательно отражается на качестве и сроках оказания медицинских услуг (медицинской помощи).

Для преодоления вышеуказанных негативных последствий необходимо провести цифровизацию процесса формирования 54 видов отчетов согласно Приложения 8.

#### **2.3.4. Возможность перевода государственных услуг исключительно в электронную форму.**

По результатам проведенного анализа установлены условия для перевода 3 нижеуказанных государственных услуг исключительно в электронную форму:

- Выдача справки о допуске к управлению транспортным средством;
- Прием и рассмотрение документов о целесообразности направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж и (или) привлечения зарубежных специалистов для проведения лечения в отечественных медицинских организациях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;

– Выдача документов о прохождении повышения квалификации и сертификационных курсов кадров отрасли здравоохранения.

В целях цифровизации бизнес-процессов оказания государственных услуг рекомендуется внести изменения и дополнения в п.177, 305, 311 Реестра государственных услуг, Приказ и.о. Министра здравоохранения РК от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-172/2020, Приказ Министра здравоохранения РК от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-303/2020, Приказ Министра здравоохранения РК от 26 мая 2021 года № ҚР ДСМ -45 по вопросу перевода оказания государственных услуг «Выдача справки о допуске к управлению транспортным средством», «Прием и рассмотрение документов о целесообразности направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж и (или) привлечения зарубежных специалистов для проведения лечения в отечественных медицинских организациях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи», «Выдача документов о прохождении повышения квалификации и сертификационных курсов кадров отрасли здравоохранения» исключительно в электронную форму.

### **2.3.5. Прием пациентов по записи и в порядке «живой очереди».**

По результатам проведенного анализа установлены процедуры, связанные с одновременным приемом пациентов по записи и в порядке «живой очереди» в поликлиниках.

Действующими НПА не регламентируется порядок и сроки приема пациентов по указанным двум основаниям.

Имеющиеся каналы записи на прием к врачу на сегодняшний день не отвечает принципам оперативности и доступности.

Отсутствует система «цифровой очереди» для пациентов, пришедших на прием к врачу не по записи.

В результате при приеме пациентов не редко возникают конфликтные ситуации между пациентами, а также с участием медицинских работников, сопровождаемые жалобами.

В целях регулирования потоков очередей, исключения конфликтных ситуаций и жалоб от пациентов рекомендуется разработать и внедрить информационную платформу «цифровая очередь» для получения талона на приём к специалистам ПМСП и профильным специалистам круглосуточно в онлайн-режиме, а также интегрировать платформу «цифровая очередь» с call-центрами, регистратурами организаций здравоохранения, терминалами в отделении и с МИСами.

### **2.3.6. Цифровизация процедуры заполнения эпидемиологических карт.**

По результатам проведенного анализа выявлено отсутствие цифровизации процедуры заполнения эпидемиологических карт.



Согласно п.3 ст.105 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», регистрация и расследование, ведение учета и отчетности случаев инфекционных, паразитарных заболеваний и (или) отравлений, неблагоприятных проявлений после иммунизации производятся в порядке, определяемом уполномоченным органом.

Результаты эпидемиологического расследования заносятся в Карту эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания (п.28 Правила регистрации и расследования, ведения учета и отчетности случаев инфекционных, паразитарных заболеваний и (или) отравлений, неблагоприятных проявлений после иммунизации. Приложение к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 октября 2020 года № ҚР ДСМ-169/2020).

Процедура осуществляется вручную.

**Справочно:**

По Мангистауской области.

Карта открывается в бумажной форме, регистрируется под регистрационным номером и представляется отчет в департамент по ее движению. За 2021 год открыто 5218 карт по обследованию очагов инфекционных заболеваний, за 7 месяцев 2022 года-2633 карты. После заполнения Карта регистрируется в специальном журнале.

При необходимости указанные карты сканируются в электронный формат и пересылаются в соответствующие органы по запросу либо по необходимости дальнейшего расследования очага.

Отсутствие цифровизации процедуры и возможности электронной формы заполнения карты не обеспечивает оперативность заполнения документа и эффективность эпидемиологических расследований.

В целях цифровизации процесса заполнения эпидемиологических карт рекомендуется в рамках разрабатываемой информационной системы «Эпидемиолог» предусмотреть перевод в цифровой формат процедуры заполнения электронных эпидемиологических карт при расследованиях инфекционных, паразитарных, особо опасных т.п. инфекций.

### **2.3.7. Цифровизация процедур оказания услуг Филиалами РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы» КСЭК МЗ РК.**

Потенциальные клиенты лабораторных услуг приходят в Филиал РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы» КСЭК МЗ РК по Кызылордингской области (далее - Филиал НЦЭ), либо в районные отделения для заполнения заявлений, подписания договоров оказания услуг и передачи проб для исследований. По завершению исследований услугополучатель повторно посещает филиал, либо отделение для оплаты и получения результатов на бумажном носителе.

Для создания удобства получения услуг корпоративным клиентам специалистами Филиала доставляются результаты лабораторных исследований крупным объектам. Некоторые объекты расположены за чертой города, доставка документов которых занимает до 2 часов рабочего времени.

Также в коммерческой деятельности филиалов при обращении физических и юридических лиц (индивидуальные предприниматели) практикуется составление договоров, актов выполненных работ, счет фактур на бумажном носителе.

Каждое обращение обрабатывается в бумажном формате подписание которых занимает длительное время (3-4 дня).

В целях устранения бюрократизма при оказании услуг, рекомендуется разработать информационную систему, в том числе на базе мобильного приложения для взаимодействия услугополучателей с Филиалами РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы» КСЭК МЗ РК с возможностью передачи результатов лабораторных исследований в электронной форме.

### **2.3.8. Цифровизация процедуры приостановления действия разрешительного документа.**

На основании п.1-1 ст.45 Закона РК «О разрешениях и уведомлениях», лицензиат (держатель разрешительного документа) имеет право добровольно обратиться в разрешительный орган для временного приостановления действия разрешительного документа или его возобновления в письменном виде.

На сегодняшний день данная бизнес-процедура оказывается только в бумажной форме.

В целях исключения бюрократизма и контакта с услугополучателями рекомендуется в п.1-1 ст.45 Закона РК «О разрешениях и уведомлениях» реализовать возможность электронной подачи заявления для временного приостановления действия разрешительного документа или его возобновления, а также провести работу по цифровизации бизнес-процесса приостановления действия разрешительного документа или его возобновления через личный кабинет услугополучателя в государственной базе «Е-лицензирование».

### **2.3.9. Отсутствие электронного документооборота в территориальных подразделениях департаментов КСЭК.**

В территориальных департаментах КСЭК отсутствует информационная система «Документолог» (либо ЕСЭДО).

Электронная переписка с районными (городскими) управлениями санитарно-эпидемиологического контроля осуществляется посредством ИПГО. Официальная переписка ведется в бумажной форме и доставляется до адресата нарочно.

Отсутствие курьерской службы приводит к нерациональному использованию рабочего времени сотрудниками территориальных подразделений и способствует нарушению сроков исполнения поручений.

Для обеспечения условий для ведения документооборота между структурными подразделениями департаментов КСЭЖ необходимо провести работу по переводу документооборота с территориальными подразделениями КСЭЖ исключительно в электронную форму с утверждением графика таких работ.

#### **2.3.10. Наличие возможности подачи бюджетной заявки в бумажной форме.**

Согласно п.73 Правил составления и представления бюджетной заявки (утверждены Приказом Министра финансов РК от 24 ноября 2014 года № 511), управлением здравоохранения в управление экономики и бюджетного планирования области бюджетные заявки предоставляется как в бумажном виде, так и в электронном виде через информационную систему «Парус».

Указанная ситуация не позволяет перейти на полную автоматизацию внутренних процессов в акиматах при формировании бюджетной заявки.

В этой связи, необходимо внести изменения и дополнения в п.73 Правил составления и представления бюджетной заявки (утверждены Приказом Министра финансов РК от 24 ноября 2014 года № 511) в части исключения бумажной формы бюджетной заявки.

#### **2.3.11. Отсутствие электронного документооборота между управлениями здравоохранения и подведомственными организациями.**

В подведомственных организациях Управления отсутствует система электронного документооборота, в связи с чем, сотрудниками медицинских организаций отчетность запросы в вышестоящий орган направляются нарочно.

Для обеспечения условий для ведения документооборота между структурными подразделениями департаментов КСЭЖ необходимо провести работу по переводу документооборота между управлениями здравоохранения и подведомственными организациями исключительно в электронную форму с утверждением графика таких работ.

#### **2.3.12. Отсутствие электронного вида рецептов.**

Проведенным анализом установлены ряд проблем по функции «Электронный рецепт».

Согласно Правилам выписывания, учета и хранения рецептов (утверждены приказом Министра здравоохранения от 2 октября 2020 года № ҚР ДСМ-112/2020), рецепты выписываются в бумажном и (или) электронном виде медицинскими работниками организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторную, профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную или паллиативную помощь, в пределах своей компетенции при наличии соответствующих медицинских показаний.

Однако, до настоящего времени электронный вид рецептов не работает, при этом в сервиса МИСов, в том числе КМИС «Datumed» предусмотрен раздел «Рецепты», который возможно использовать для данных целей.

Рецепты в бумажной форме заверяются подписью медицинского работника, выписавшего рецепт. Рецепты на получение лекарственных средств бесплатно или на льготных условиях дополнительно подписываются уполномоченным лицом, определенным приказом медицинской организации и заверяются печатью организации здравоохранения «Для рецептов» или электронно-цифровой подписью уполномоченного лица.

Выписка в электронном формате рецептов на получение лекарственных средств бесплатно значительно облегчила бы процедуру получения необходимых лекарств пациентам.

В настоящее время пациентам для получения бесплатных лекарств приходится несколько раз обращаться в поликлинику.

В этой связи, рекомендуется настроить в МИСах автоматическую выписку электронного рецепта на льготные лекарства для диспансерных больных с хроническими заболеваниями один раз в 3 месяца, а для больных с тяжелыми заболеваниями, получающими дорогостоящие препараты, ежемесячно.

Выписка электронных рецептов в целом позволит исключить безрецептное получение лекарств в аптеках, а также обеспечит прозрачность и контроль за эффективным использованием лекарственных средств.

#### **2.4. Открытость государственных органов, доступность информации и государственных услуг.**

В современных условиях информационная прозрачность и открытость деятельности государственных органов, реальная доступность получения информации о принимаемых ими решениях, об их текущей деятельности являются средством эффективного функционирования государственного аппарата.

Открытый для всех граждан доступ к государственным услугам высокого качества, сочетающийся с особым вниманием к потребностям определенной категорий населения, является одним из основных приоритетов государственной политики в сфере государственных услуг.

В рамках настоящего анализа были исследованы проблемные вопросы, возникающие у граждан в связи с ненадлежащим уровнем открытости и доступности информации и государственных услуг.

##### **2.4.1. Доступность государственных услуг.**

Несмотря на принятие со стороны государства комплекса мер граждане разных регионов страны все еще сталкиваются с проблемами недоступности государственных услуг.

Многие проблемы, вызваны не совершенством информационных систем, низкой скоростью и пропускной способностью Интернета, удаленностью услугополучателей от услугодателей, не обеспечением условий для лиц с инвалидностью.

Анализ доступности государственных услуг проводился по четырем критериям:

- критерий доступности государственной услуги в связи с местом нахождения услугодателя;
- критерий доступности государственной услуги на портале «электронного правительства»;
- критерий наличия возможности подачи заявления;
- критерий «доступная среда для инвалидов».

В процессе анализа также привлекались результаты общественного мониторинга качества оказания государственных услуг, проведенного в 2022 году ОО «Жаңа шабыт».

По результатам проведенного анализа установлены:

- **3 государственных услуги**, оказываемые услугодателями при наличии барьера удаленности от услугополучателя от 20 и более 100 км (См: **таблица 11**);
- **2 государственных услуги**, отсутствующие на портале «электронного правительства»;
- **1 государственная услуга**, не доступная на портале «электронного правительства» для жителей областей Абай, Жетісу, Ұлытау
- **5 государственных услуг**, по которым отсутствует возможность подать заявление;
- **192 государственных органах в 6 МИО**, не обеспечивающие «доступную среду для инвалидов» при оказании государственных услуг;
- **61,6 % услугополучателей**, испытывавших сложности в процессе получения государственных услуг.

В частности, **в 3 МИО** (Костанайская (1), Северо-Казахстанская (2), Восточно-Казахстанская (1)) при удаленности от услугополучателя более 100 км **оказываются 3 государственных услуги**:

- 1) Прием и рассмотрение документов о целесообразности направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж и (или) привлечения зарубежных специалистов для проведения лечения в отечественных медицинских организациях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;
- 2) Выдача документов о прохождении повышения квалификации и сертификационных курсов кадров отрасли здравоохранения;
- 3) Выдача справки о допуске к управлению транспортным средством.

Указанные 3 государственных услуги также оказываются в 4 МИО (Костанайская (1), Кызылординская (1), Северо-Казахстанская (2), Восточно-Казахстанская

(1)) при удаленности от услугополучателя от 50-100 км и в 2 МИО (Северо-Казахстанская (2), Восточно-Казахстанская (1)) при удаленности от услугополучателя от 20 до 50 км (См: Таблица 11).

**Таблица 11. Государственные услуги, оказываемые в бумажной форме при удаленности от услугополучателя от 20 и более 100 км (в разрезе регионов)**

№ п/п	Регион	Наименование государственной услуги
<b>При удаленности от услугополучателя более 100 км</b>		
1.	Костанайская Северо-Казахстанская	Прием и рассмотрение документов о целесообразности направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж и (или) привлечения зарубежных специалистов для проведения лечения в отечественных медицинских организациях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи
2.	Северо-Казахстанская	Выдача документов о прохождении повышения квалификации и сертификационных курсов кадров отрасли здравоохранения
3.	Восточно-Казахстанская	Выдача справки о допуске к управлению транспортным средством
<b>При удаленности от услугополучателя 50-100 км</b>		
1.	Костанайская Кызылординская Северо-Казахстанская	Прием и рассмотрение документов о целесообразности направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж и (или) привлечения зарубежных специалистов для проведения лечения в отечественных медицинских организациях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи
2.	Северо-Казахстанская	Выдача документов о прохождении повышения квалификации и сертификационных курсов кадров отрасли здравоохранения
3.	Восточно-Казахстанская	Выдача справки о допуске к управлению транспортным средством
<b>При удаленности от услугополучателя 20-50 км</b>		
1.	Северо-Казахстанская	Прием и рассмотрение документов о целесообразности направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж и (или) привлечения зарубежных специалистов для проведения лечения в отечественных медицинских организациях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи
2.	Северо-Казахстанская	Выдача документов о прохождении повышения квалификации и сертификационных курсов кадров отрасли здравоохранения
3.	Восточно-Казахстанская	Выдача справки о допуске к управлению транспортным средством

Проведенным анализом на портале «электронного правительства» установлено отсутствие **2 государственных услуг** «Выдача сертификата специалиста в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения» (по Реестру форма оказания: электронная (полностью автоматизированная)), «Выдача сертификата специалиста в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий» (по Реестру форма оказания: электронная (полностью автоматизированная)).

На портале «электронного правительства» для жителей областей Абай, Жетісу, Ұлытау **недоступна государственная услуга «Прикрепление к медицинской организации, оказывающей первичную медико-**

**санитарную помощь»** (по Реестру форма оказания: электронная (частично автоматизированная)/бумажная).

Также установлены **4 нижеуказанные государственные услуги**, по которым отсутствует возможность подать заявление посредством веб-портала «электронного правительства»:

- 1) Выдача листа о временной нетрудоспособности;
- 2) Выдача справки о временной нетрудоспособности;
- 3) Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров;
- 4) Выдача справки о допуске к управлению транспортным средством.

Указанные услуги не доступны для оказания в электронной форме.

Также установлено отсутствие возможности подать заявления по государственной услуге «Выдача сертификата менеджера в области здравоохранения».

В соответствии с п.п.7) п.8 приложения 3 к Правилам проведения сертификации менеджера в области здравоохранения, подтверждения действия сертификата менеджера в области здравоохранения (утверждены Приказом Министра здравоохранения РК от 11 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-254/2020), услугополучатель должен предоставить заключение о подтверждении подготовленности к управленческой деятельности менеджера в области здравоохранения.

В Республике Казахстан аккредитованная организация, уполномоченная на выдачу указанного заключения отсутствует, что делает данную государственную услугу недоступной для услугополучателя.

Анализ доступности государственной услуги по критерию «доступная среда для инвалидов» осуществлялся на предмет отсутствия или наличия условий физической доступности при оказании государственных услуг для людей с нарушением зрения, слуха, передвигающихся на креслах колясках, с нарушением опорно-двигательного аппарата в части выполнения государственными органами Конвенции ООН о правах инвалидов, ратифицированной Законом РК от 20 февраля 2015 года, Закона РК «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан» (п.3 ст.25) и Свода Правил РК СП РК 3.06-101-2012 «Проектирование зданий и сооружений с учетом доступности для маломобильных групп населения».

Проведенным анализом установлена в целом высокая степень выполнения требований по обеспечению «доступной среды для инвалидов» (См: приложение 10).

Нарушения требований законодательства Республики Казахстан в части обеспечения условий физической доступности зданий и мест оказания государственных услуг МЗ, ведомствах МЗ, а также в 11 МИО (Акмолинская, Актюбинская, Алматинская, Карагандинская, Кызылординская, Павлодарская, Северо-Казахстанская, Туркестанская, Восточно-Казахстанская, Алматы, Шымкент).

Факты, связанные с необеспечением «доступной среды для инвалидов» выявлены в 6 МИО в 192 государственных органах (Атырауская (4 госоргана-услугодателя), Жамбылская (15), Мангистауская (8), Костанайская (47), Западно-Казахская (90), г. Астана (28)).

Наибольшее количество государственных органов, не обеспечивших условия для физической доступности зданий и мест оказания государственных услуг выявлено в 4 МИО (Западно-Казахская (90), Костанайская (47), г.Нур-Султан (28), Жамбылская (15)) (Приложение 1.).

В Западно-Казахской области нарушения требований законодательства Республики Казахстан в части обеспечения условий физической доступности зданий и мест оказания государственных услуг установлены в 90 Аппаратах акима (для людей с нарушением зрения в 90 Аппаратах акима, для людей с нарушением слуха в 88 Аппаратах акима, для людей передвигающихся на креслах колясках в 89 Аппаратах акима, для людей с нарушением опорно-двигательного аппарата в 87 Аппаратах акима).

В Костанайской области в 47 Акиматах, отделах и Аппаратах акима.

В г.Нур-Султан в 28 государственных учреждениях и Аппаратах акима (для людей с нарушением зрения в 5 государственных учреждениях, для людей с нарушением слуха в 11 государственных учреждениях и Аппаратах акима, для людей с нарушением опорно-двигательного аппарата в 12 государственных учреждениях и Аппаратах акима).

В Жамбылской области в 15 отделах и Аппаратах Акима (для людей с нарушением зрения в 1 Аппарате акима, для людей с нарушением слуха в 15 отделах и Аппаратах Акима).

Наименьшее количество государственных органов, не обеспечивших условия для физической доступности зданий и мест оказания государственных услуг выявлены в 2 МИО (Атырауская (4), Мангистауская (8)) (Приложение 1.).

В Атырауской области условия физической доступности зданий и мест оказания государственных услуг для лиц с ограниченными возможностями не созданы в 4 отделах и учреждениях (для людей с нарушением зрения в 3 отделах, для людей с нарушением слуха в 3 отделах, для людей передвигающихся на креслах колясках в 4 отделах, для людей с нарушением опорно-двигательного аппарата в 4 отделах)

В Мангистуской области в 8 Аппаратах акима (См: приложение 10).

Наряду вышеуказанными фактами и причинами недоступности по четырем критериям, в рамках общественного мониторинга качества оказания государственных услуг, проведенного в 2022 году ОО «Жаңа шабыт» был выявлен широкий перечень сложностей, ставших причиной недоступности государственных услуг.

В большей степени данные сложности связаны с техническими неполадками работы интернет-порталов, низкая скорость интернет соединения, отсутствие, либо нехватка навыков работы на компьютере и других гаджетах, усложненный поиск информации об услуге, низкий уровень консультаций сотрудников и операторов услугодателей, и иные сложности технического, организационного и сервисного характера обеспечения



государственных услуг, а также иных процедур при взаимодействия с государственными органами и организациями.

В ходе опроса 61,6 % услугополучателей указали данные трудности, в качестве причин, не позволившим получить государственную услугу.

В целях обеспечения доступности государственных услуг рекомендуется:

- перевести государственные услуги «Выдача справки о допуске к управлению транспортным средством», «Прием и рассмотрение документов о целесообразности направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубежом и (или) привлечения зарубежных специалистов для проведения лечения в отечественных медицинских организациях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи», «Выдача документов о прохождении повышения квалификации и сертификационных курсов кадров отрасли здравоохранения» исключительно в электронную форму;

- обеспечить возможность подачи заявления через веб-портал «электронного правительства» по государственным услугам: «Выдача листа о временной нетрудоспособности», «Выдача справки о временной нетрудоспособности», «Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров», «Выдача справки о допуске к управлению транспортным средством»;

- обеспечить доступ на портале «электронного правительства» к государственным услугам «Выдача сертификата специалиста в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения», «Выдача сертификата специалиста в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий»;

- обеспечить доступ на портале «электронного правительства» к государственной услуге «Прикрепление к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» для жителей областей Абай, Жетісу, Ұлытау;

- исключить п.п.7) п.8 приложения 3 к Правилам проведения сертификации менеджера в области здравоохранения, подтверждения действия сертификата менеджера в области здравоохранения (утверждены Приказом Министра здравоохранения РК от 11 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-254/2020);

- исключить сложности технического, организационного и сервисного характера при обеспечении государственных услуг;

- обеспечить «доступную среду для инвалидов» при оказании государственных услуг.

#### **2.4.2. Открытость государственных органов, доступность информации.**

В части необеспечения прозрачности деятельности министерства, ведомств, подведомственных организаций и медицинских организаций следует указать на

выявленные нарушения требований, закрепленных в законах РК «О государственных услугах» (п.п.3) п.1 ст.23; п.2 ст.23), «О доступе к информации» (п.п. 3), 5), 10), 12), 13) п.2 ст.9; п.п.1) п.3 ст.16).<sup>2</sup>

В частности, согласно п.п.3) п.1 ст.23 Закона РК «О государственных услугах» информация о порядке оказания государственных услуг предоставляется посредством размещения подзаконных нормативных правовых актов, определяющих порядок оказания государственных услуг, на веб-портале «электронного правительства», интернет-ресурсах услугодателей и других средствах массовой информации.

Услугодатели согласно п.2 ст.23 Закона РК «О государственных услугах» в течение трех рабочих дней с даты утверждения или изменения подзаконного нормативного правового акта, определяющего порядок оказания государственной услуги, актуализируют информацию о порядке ее оказания и направляют в Единый контакт-центр.

В соответствии с п.п. 3), 5), 10), 12), 13) п.2 ст.9 Закона РК «О доступе к информации» министерства и ведомства как обладатели информации обязаны: предоставлять достоверную и полную информацию; обеспечивать соблюдение установленных законом сроков предоставления информации; проводить внутренний контроль за качеством и своевременностью предоставления информации; размещать на постоянной основе в виде открытых данных информацию на интернет-портале открытых данных, не относящуюся к информации с ограниченным доступом; осуществлять иные обязанности, предусмотренные настоящим Законом и законодательством Республики Казахстан.

В соответствии с п.п.1) п.3 ст.16 Закона РК «О доступе к информации» обладатели информации в пределах своей компетенции обязаны размещать на интернет-ресурсах отчеты и доклады о проделанной работе.

В соответствии с п.п.4) п.9 ст.16 Закона РК «О доступе к информации» государственные органы в пределах своей компетенции также должны размещать на интернет-ресурсах подзаконные нормативные правовые акты, определяющие порядок оказания государственных услуг.

К примеру, на интернет-ресурсе министерства размещены не актуальный Закон РК «О государственных услугах», Реестр государственных услуг.

В ходе мониторинга интернет-ресурсов акимата Кызылординской области и управления здравоохранения Кызылординской области установлено отсутствие сведений о видах и порядке оказываемых государственных услуг в сфере здравоохранения.

Имеет место несвоевременная актуализация информации, и публикация сведений, не подходящих к теме соответствующего раздела.

Результаты ряда социологических опросов, свидетельствуют о недостаточной информированности граждан о медицинских услугах, оказываемых в рамках ГОБМП, системе ОСМС и платных услугах.

---

<sup>2</sup>.

К примеру, в Кызылординской области только 22 % опрошенных указали, что хорошо осведомлены информацией о бесплатной медицинской помощи, тогда как 13,5 % опрошенных ответили, что вовсе не знают о бесплатных медицинских услугах. Остальные участники опроса указали, что частично осведомлены о бесплатных медицинских услугах и бесплатных лекарствах.

35 % респондентов указали, что получают информацию о медицинских услугах в социальных сетях, 43 % в поликлиниках и больницах, остальные у своих знакомых.

Незнание граждан о бесплатных медицинских услугах и способах их получения не способствует доступности медицинских услуг.

Для полноценного информирования граждан о государственных услугах в сфере здравоохранения, а также о медицинских услугах, оказываемых в рамках ГОБМП, системе ОСМС и платных услугах рекомендуется усилить работу в социальных сетях по своевременному и качественному информированию граждан о бесплатных медицинских услугах, лекарствах с указанием их преимуществ и устранить условия, способствующие невыполнению требований, закрепленных в законах РК «О государственных услугах», «О доступе к информации».

### **III. УСТРАНЕНИЕ АДМИНИСТРАТИВНЫХ БАРЬЕРОВ, НЕДОСТАТКОВ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ И ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ**

Вопросы правового обеспечения и цифровизации сферы здравоохранения, а также открытости, прозрачности деятельности услугодателей возведены в ранг приоритетных в процессе принятия системных мер в сфере повышения качества оказания государственных услуг, а также в вопросах устранения административных барьеров, недостатков правового регулирования и информационного обеспечения.

Результаты анализа, проведенного в рамках настоящего раздела, позволили установить круг проблем и условий, не способствующих совершенствованию правового регулирования и информационных систем.

Среди основных следует указать на:

- завышенные правовые требования в отношении субъектов в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий;
- несовершенство системы финансового планирования деятельности медицинских организаций;
- отсутствие интеграции между информационными системами;
- преобладающий «ручной» характер внесения учетных/отчетных данных в информационных системах;
- отсутствие единых требований к стандартизации бизнес-процессов в комплексных медицинских информационных системах;
- широкий круг проблем, связанных с использованием МИС;
- дублирование информации в информационных системах, вследствие недоступности данных из одной информационной системы для другой;
- наличие большого количества технических сбоев и «зависаний» информационных систем»;
- ограниченные возможности получения консолидированной информации, необходимой для свода данных на уровне регионов или по республике в целом;
- мнимая автоматизация при использовании МИС;
- недостатки информационных систем при формировании предельных цен на лекарственные средства;
- отсутствие самостоятельной информационной системы, консолидирующей в себе данные пациентов, отчетные и статистические данные в санитарно-эпидемиологической сфере;
- медленная скорость Интернета, невозможность качественной цифровой коммуникации;
- использование компьютерного парка, не соответствующего требованиям к унифицированному рабочему месту.

По результатам проведенного анализа установлены:

- правовые пробелы в правовых актах по 9 государственным услугам;
- отсутствие утвержденных форм по 25 видам отчетов;
- ненадлежащий правовой механизм при проведении внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи).
- правовые коллизии в правовых актах, регламентирующих отношения по 5 государственным услугам и др.

### **3.1. Избыточное правовое регулирование и государственный контроль, завышенные правовые требования и условия, неоправданные издержки и платежи.**

По результатам проведенного анализа по данному кругу вопросов установлены **5 проблем**, в своей основе, связанные с несовершенством правового регулирования, финансового планирования, отсутствием понятных и четких тарифов государственной услуги:

- завышенные правовые требования в отношении субъектов в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий;
- несовершенство системы финансового планирования деятельности организаций ПСМП;
- применение линейной шкалы при финансировании медицинских организаций;
- излишний разрешительный контроль со стороны ДКМФК при выдаче лицензии и (или) приложения к лицензии в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров;
- отсутствие четких требований по стоимости платных государственных услуг.

#### **3.1.1. Завышенные правовые требования в отношении субъектов в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий.**

Согласно п.4 ст.250 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» лекарственные средства и медицинские изделия, пришедшие в негодность, с истекшим сроком годности, фальсифицированные лекарственные средства и медицинские изделия и другие, не соответствующие требованиям законодательства Республики Казахстан, считаются непригодными к реализации и медицинскому применению и подлежат уничтожению субъектами в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий, в распоряжении которых они находятся, в порядке, определяемом уполномоченным органом.

Согласно п.3 Правил уничтожения субъектами в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий в распоряжении которых находятся лекарственные средства и медицинские изделия, пришедшие в негодность, с истекшим сроком годности, фальсифицированные лекарственные средства и медицинские изделия и другие, не соответствующие

требованиям законодательства Республики Казахстан (утверждены приказом И.о. министра здравоохранения РК от 27 октября 2020 года № ҚР ДСМ-155/2020), указанные выше обязанности должны осуществляться непосредственно субъектами с соблюдением требований законодательства РК в области охраны окружающей среды и санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Проведённым анализом установлено, что у субъектов в сфере обращения лекарственных средств (аптек и аптечных пунктов) отсутствует доступ в промышленную канализацию, а также условия для сжигания с соблюдением требований законодательства в области охраны окружающей среды.

Согласно Закона РК «О разрешениях и уведомлениях» деятельность по переработке, обезвреживанию, утилизации и (или) уничтожению опасных отходов лицензируется (п.84. Приложения 1 к Закону РК «О разрешениях и уведомлениях»). Лицензия на выполнение работ и оказание услуг в области охраны окружающей среды).

**Справочно:**

**Приказ и.о. Министра экологии, геологии и природных ресурсов Республики Казахстан от 6 августа 2021 года № 314 «Об утверждении Классификатора отходов».**

**Классификатор отходов** (Приложение к приказу И.о. министра экологии, геологии и природных ресурсов РК от 6 августа 2021 года № 314):

– отходы медицинского обеспечения людей или животных и/или связанных с медицинским обеспечением научных исследований (за исключением отходов кухонь и ресторанов, не связанных с оказанием скорой медицинской: Медицинские препараты по перечню (п.18);

**Виды опасных отходов** (Приложение 1 к Классификатору отходов):

2) фармацевтические препараты, медицинские и ветеринарные компоненты.

В Республике указанные процедуры осуществляют организации, имеющие лицензию на выполнение работ и оказание услуг в области охраны окружающей среды (переработка, обезвреживание, утилизация и (или) уничтожение опасных отходов).

Таким образом, вышеуказанные обязанности в отношении субъектов в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий являются не выполнимыми и противоречащими требованиям Закона РК «О разрешениях и уведомлениях».

В этой связи, необходимо привести п.4 ст.250 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» и п.3 Правил уничтожения субъектами в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий в распоряжении которых находятся лекарственные средства и медицинские изделия, пришедшие в негодность, с истекшим сроком годности, фальсифицированные лекарственные средства и медицинские изделия и другие, не соответствующие требованиям законодательства Республики Казахстан (утверждены приказом И.о. министра здравоохранения РК от 27 октября 2020 года № ҚР ДСМ-155/2020) в соответствии с требованиями Закона РК «О

разрешениях и уведомлениях» в части обязательного закрепления обязанности в отношении субъектов в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий по уничтожению лекарственных средств и медицинских изделий посредством заключение договора с организацией, имеющие лицензию на выполнение работ и оказание услуг в области охраны окружающей среды (переработка, обезвреживание, утилизация и (или) уничтожение опасных отходов).

### **3.1.2. Несовершенство системы финансового планирования деятельности организаций ПСМП.**

По результатам проведенного анализа выявлены проблемы в части недостаточного финансирования поликлиник по договорам ОСМС в связи с ненадлежащим планированием.

1) поликлиниками заключены договора в системе ОСМС из расчета консультативно-диагностических услуг (далее – КДУ) на 1 жителя.

Факт исполнения за 1 полугодие по ряду поликлиник составляет 77 % и более от суммы договора.

Причины перевыполнения:

– в 2022 году значительно увеличилось количество оказываемых стоматологических услуг прикрепленному населению частными стоматологическими организациями, принимающих пациентов без направления, без учета плана финансирования Поликлиник;

– в системе ОСМС по лоту КДУ имеет место объединение 3-х лотов (КДУ, профилактические осмотры, ПЦР-исследования), без учета заявленной потребности в консультативно-диагностических услугах прикрепленного населения.

2) выявлены факты недостаточности средств по договору на восстановительное лечение и медицинскую реабилитацию АПП по ОСМС:

Факт исполнения по ряду поликлиник за 1 полугодие составляет 80 % от суммы договора.

Причины перевыполнения: увеличение количества пациентов, не получивших услуги по реабилитации в связи с пандемией.

В целях обеспечения надлежащего финансирования поликлиник по договорам ОСМС, необходимо принять меры по совершенствованию системы планирования расходов в системе ОСМС на консультативно-диагностические услуги, восстановительное лечение и медицинскую реабилитацию с учетом заявленной потребности прикрепленного населения и планируемого количества стоматологических услуг, оказываемых прикрепленному населению.

### **3.1.3. Применение линейной шкалы при финансировании медицинских организаций.**

В настоящее время планы по месячной разбивке по заключенным договорам с ФСМС не соответствуют возможностям и объемам оказания медицинских услуг, востребованных населением.

Следует обратить внимание, что планирование объемов исполнения планов финансирования по месяцам без превышения, или в полном объеме не представляется возможным.

Так, при оказании плановой госпитализации, соответственно при возможности определения даты плановой госпитализации и выписки пациента, объемы оказания услуг прогнозируемы и возможны к корректировке. В свою очередь объемы экстренной госпитализации, ввиду возложенных на предприятие задач, не прогнозируемы, не несут систематический характер, чем затрудняет планирование объемов оказания услуг.

Однако, при превышении плана финансирования, в соответствии с Приказом Министра здравоохранения РК от 20 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-291/2020 «Об утверждении правил оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования» применяется линейная шкала, согласно расчета по форме приложения №27 сумма превышения снимается и не подлежит к оплате.

Говоря при превышении лимитов финансирования в месяц (поступление большего числа пациентов в экстренном порядке) ФСМС применяется линейная шкала и перевыполнение объема медицинских услуг просто снимается.

Соответственно пациенты получили помощь в полном объеме, финансирование на них снято ФСМС и эти расходы несёт медицинская организация.

Кроме этого, отсутствует прозрачный механизм возмещения и планирования объемов помесечной разбивки договора на оплату случаев по летальным исходам.

Так случаи по летальным исходам декабря 2021 года приняты и частично оплачены в марте, апреле месяцах 2022 года.

При оказании медицинских услуг в текущем месяце, возможно возмещение сумм по летальным исходам за предшествующие месяцы, при этом сумма, принятая по летальным исходам заранее неизвестна, что влечет увеличение предъявленной суммы к оплате, сверх суммы, предусмотренной по плану финансирования на месяц.

Применение ФСМС линейной шкалы на пролеченные случаи за отчетный период (за месяц) приводит к искусственному отказу в госпитализации пациентам и сдерживанию (оттягиванию) сроков госпитализации, в том числе плановой госпитализации на следующий отчетный период, что в итоге приводит к ухудшению состояния пациентов.



Рекомендуется внести изменения в Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 декабря 2020 года «Об утверждении правил оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования» в части применения линейной шкалы при экстренной госпитализации и принятия сумм по летальным исходам сверх суммы, предусмотренной по плану финансирования текущего месяца с учетом финансирования по факту оказания медицинских услуг.

#### **3.1.4. Излишний разрешительный контроль со стороны ДКМФК при выдаче лицензии и (или) приложения к лицензии в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров.**

При оказании государственной услуги «Выдача лицензии на деятельность, связанную с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров» департаменты КМФК направляют запрос на согласование в территориальное подразделение уполномоченного государственного органа в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров (далее - ТД МВД) по месту осуществления деятельности услугополучателя для получения письма-согласования на соответствие требованиям технической укрепленности, т.е. на соответствие квалификационным требованиям в соответствии с утвержденным приказом Министра внутренних дел РК от 26 декабря 2014 года № 943 «Об утверждении квалификационных требований и перечня документов, подтверждающих соответствие им, для деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров».

ТД МВД на основании запроса ДКМФК направляют ответ о соответствии или несоответствии услугополучателя, предъявляемым при лицензировании или при осуществлении разрешительных процедур требованиям.

На основании письма-согласования на соответствие требованиям технической укрепленности услугополучателя по квалификационным требованиям услугодатель проводит разрешительный контроль в соответствии с п.п.1) ч.11 п.3 ст.141 Предпринимательского кодекса Республики Казахстан, по результатам которого принимается решение о соответствии или несоответствии заявителя квалификационным или разрешительным требованиям.

Так как предъявляемые квалификационные требования находятся в компетенции МВД РК, имеет место дублирование функции со стороны ДКМФК.

Предлагается исключить разрешительный контроль со стороны ДКМФК при выдаче лицензии и (или) приложения к лицензии в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, т.к. основанием выдачи письма-согласования на соответствие требованиям

технической укрупненности услугополучателя по квалификационным требованиям ТД МВД в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров по месту осуществления деятельности ДКМФК в соответствии с приказом министра МВД РК от 26 декабря 2014 года № 943 «Об утверждении квалификационных требований и перечня документов, подтверждающих соответствие им, для деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров».

### **3.1.5. Отсутствие четких требований по стоимости платных государственных услуг, оказываемых частным сектором.**

Согласно п.п.3-1) ст.14 Закона РК «О государственных услугах» приложение с перечнем основных требований к оказанию государственной услуги, должно содержать размер платы, взимаемой с услугополучателя при оказании государственной услуги.

Согласно результатам проведенного анализа установлены 3 государственные услуги, по которым отсутствуют конкретные размеры платы, взимаемой с услугополучателя при оказании государственной услуги.

В частности, по государственной услуге «Аккредитация медицинских организаций в целях признания соответствия их деятельности стандартам аккредитации» стоимость услуг размещается на официальном сайте аккредитующей организации.

Средняя стоимость внешней комплексной оценки составляет 1 450 976 тенге на 3 года и охватывает все структурные подразделения, филиалы и представительства медицинской организации.

По государственным услугам «Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров» и «Выдача справки о допуске к управлению транспортным средством» стоимость оказания государственной услуги определяется в соответствии со ст.202 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», т.е. на договорной основе.

Соответственно по Республике имеется практика установления разных тарифов на оказание данных государственных услуг.

В целях выполнения требований п.п.3-1) ст.14 Закона РК «О государственных услугах» установить в стандартах государственных услуг «Аккредитация медицинских организаций в целях признания соответствия их деятельности стандартам аккредитации», «Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров», «Выдача справки о допуске к управлению транспортным средством» размеры платы, взимаемой с услугополучателя.

## **3.2. Мнимая автоматизация, недостатки информационных систем, цифровое неравенство и барьеры.**

### **3.2.1. Мнимая автоматизация, недостатки информационных систем.**

По результатам проведенного анализа выявлено **17 нижеуказанных проблем**, связанных с вопросами автоматизации административных и бизнес-процессов, недостатками информационных систем, отсутствием интеграции:

1) отсутствие на национальном уровне единой платформы, интегрирующей из разных источников медицинскую информацию по конкретному пациенту.

2) преобладающее применение информационных систем для определенных внутренних задач медицинской организации (ведение документации, статистики, бухгалтерия, учет и т.д.).

3) отсутствие интеграции между информационными системами (наличие разрозненных и нередко несовместимых между собой программ затрудняет их взаимный информационный обмен и использование на уровне медицинской организации. Необходимость интеграции ИС Е-лицензирование с ИС МОН - НОБД, Е-кызмет, Енбек.kz при оказании гос.услуги «Выдача сертификата иностранному специалисту для допуска к клинической практике»);

4) преобладающий «ручной» характер внесения учетных/отчетных данных в информационных системах;

5) отсутствие единых требований к стандартизации бизнес-процессов в МИС (отсутствие возможности объективно оценить качество МИС);

6) широкий круг проблем, связанных с использованием МИС;

7) дублирование информации в информационных системах, вследствие недоступности данных из одной информационной системы для другой;

8) разрозненность ввода и сбора информации с учетом различных МИС, которые между собой не связаны;

9) несоответствие реализованных бизнес-процессов в МИС нормам обновленных приказов МЗ, в том числе несвоевременное обновление МИС по формам учетных медицинских документов;

10) наличие большого количества технических сбоев и «зависаний» информационных систем»;

11) трудности полноценного отражения фактически оказанных услуг в информационных системах, в том числе при передачи данных на оплату в ФСМС;

12) ограниченные возможности получения консолидированной информации, необходимой для свода данных на уровне регионов или по республике в целом.

13) не высокая востребованность информационных систем, находящихся на балансе министерства;

14) мнимая автоматизация при использовании МИС;

15) недостатки информационных систем при формировании предельных цен на лекарственные средства;

16) отсутствие в филиалах ФСМС удалённого доступа к необходимым информационным системам;

17) отсутствие самостоятельной информационной системы, консолидирующей в себе данные пациентов, отчетные и статистические данные в санитарно-эпидемиологической сфере.

**Справочно:**

- 1) На балансе МЗ находится 18 информационных систем.
- 2) В Республике 64 МИС (зарегистрировано)
- 3) Интеграция МИС проведена с 7 информационными системами МЗ
- 4) 10 информационных систем 6 подсистем МЗ с МИС не интегрированы
- 5) Информационные системы МЗ, интегрированные с МИС:
- 6) СУР, РПН, «Единая платежная система», ЭРДБ, «Бюро госпитализации», ЭРСБ, ДКПН
- 7) Информационные системы МЗ, не интегрированные с МИС:
- 8) РБиЖФВ, РОКС, СУКМУ, «Система управления лекарственного обеспечения, мониторинга лекарственных средств», «Амбулаторно-поликлиническая помощь», ЭРОБ, ИСЛО, СУМТ, Медицинская информационная система для учета доноров и реципиентов, ИС «Патронажная медсестра» («Национальный регистр больных туберкулезом» ИС «ЭРДБ»; Подсистема «Учет больных с хронической почечной недостаточностью» ИС «ЭРДБ»; Подсистема «Регистр психических больных» ИС «ЭРДБ»; Подсистема «Национальный регистр сахарного диабета» ИС «ЭРДБ»; Подсистема «Электронный регистр наркологических больных» ИС «ЭРДБ», Подсистема «Регистр пациентов с вирусными гепатитами» ИС «ЭРДБ»)

В частности, из 18 ИС, находящихся на балансе МЗ, интегрированы с МИС только 7 информационных систем, имеются недостатки технического характера.

Имеют значительные проблемы в части интеграции и с иными информационными системами, что не способствует высокому качеству выполнения государственными органами субъектами здравоохранения своих компетенций и функций.

Среди информационных систем, находящихся на балансе министерства, наибольшее количество замечаний со стороны медицинских работников вызвали ИС «ЭРОБ» и ИС «ЭРСБ» (См: Таблица 12).

**Таблица 12. Недостатки и проблемы информационных систем ЭРОБ и ЭРСБ.**

№/№	наименование ИС	недостатки и проблемы
1.	ЭРОБ	<ul style="list-style-type: none"> <li>– не интегрировано с другими программами МИС, что приводит к недостоверному результату индикаторов онкослужбы, снижается охват лечения первичных пациентов, впервые взятых в текущем году</li> <li>– не отображаются информация больных, пролеченных в других медицинских организациях города, республиканских, городских клиниках. Возможность самостоятельно вводить сотрудниками ОМО такую информацию отсутствует</li> <li>– информация о больных, пролеченных в других медицинских организациях не актуализируются с ИС «ЭРСБ». Пациенты, пролеченные за рубежом, при ручном вводе попадают в счет реестр на</li> </ul>

		<p>оплату, в форме 7. Таблица 2300 лечение не подтягивается с ИС «ЭРСБ»</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ТОО СК «Фармация» несвоевременно вносятся остатки препаратов, в результате период подтверждения 066-2/у форм заканчивается и для разрешения открытия периода и подтверждения статистических карт неоднократно направляются письма в филиал РЦЭЗ, в филиал ФСМС. По состоянию на 21.01.2022 не посажены остатки химиопрепаратов</li> <li>– отсутствует отчетность по детской онкологии, список и отчеты по заболеваемости, отсутствует отчетность по дневному стационару, нет разделения на «мужчин и женщин»</li> <li>– некорректно отображаются первично множественные опухоли, из них синхронные раки в отчетной форме 7, подтаблица 2101</li> <li>– в результате несвоевременного исправления технических ошибок или необходимых корректировок, накапливаются проблемы, которые в дальнейшем не подлежат исправлениям или требуют направления многочисленных писем в ФСМС с указанием таких проблем</li> </ul>
2.	ЭРСБ	<ul style="list-style-type: none"> <li>– отсутствует отчетность по КВИ инфекционным, список беременных, отчеты по профилям, информация по степени тяжести состояния по иногородним пациентам, иностранцам, ЭКМО, по детям и подросткам, по вакцинации, ф.4 по скорой помощи.</li> </ul>

По ряду информационных систем, находящихся на балансе министерства установлена низкая востребованность со стороны пользователей.

11,1 % (2 ИС) из 18 информационных систем МЗ (в таблице нумерация 16), 17)) имеют нулевой показатель по количеству пользователей:

- платформа для информатизации и обеспечения интероперабельности информационных систем здравоохранения (Платформа интероперабельности) (не введена в промышленную эксплуатацию);

- медицинская информационная система для учета доноров и реципиентов.

Информационная система «Система управления лекарственного обеспечения, мониторинга лекарственных средств» имеет не высокий показатель востребованности – 35 пользователей.

Информационная система «Система управления качеством медицинских услуг» пользуется меньше 3 500 пользователей.

Не высокая востребованность отмечается у информационных систем «Регистр острый коронарный синдром» (2958), «Система управления медицинской техникой» (4109).

Количественные показатели по востребованности информационных систем «Система управления лекарственного обеспечения, мониторинга лекарственных средств» (35 пользователей), «Система управления качеством медицинских услуг» (3500 пользователей), «Электронный регистр онкологических больных» (2784 пользователей), «Система управления

медицинской техникой» (4109 пользователей) (по количеству пользователей) не сопоставимы с такими количественными показателями за 2021 год как количество посещений организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по республике - 101 199 905, общий объем госпитализаций в круглосуточные стационары - 2 979 130 случаев (из них 2 017 627 на средства активов Фонда ОСМС и 961 502 по бюджету ГОБМП), количество объектов сети здравоохранения - 5 363, количество медицинских работников - 262 200 (врачей – 76 443), средних медицинских работников – 185 757) и других ведомственных показателей в сфере здравоохранения.

Таблица 13. Информационные системы МЗ по количеству пользователей.

№	Наименование ИС	Кол-во пользователей
1)	ИС "Бюро госпитализации"	7 413
2)	ИС "Регистр прикрепленного населения"	42 710 (из них РПН - 31 150; Модуль вакцинации - 11 560)
3)	ИС "Система управления качеством медицинских услуг"	3 408
4)	ИС "Электронный регистр диспансерных больных"	23 400
5)	ИС "Система управления лекарственного обеспечения, мониторинга лекарственных средств"	35
6)	ИС "Регистр беременных и женщин фертильного возраста"	18 567
7)	ИС "Амбулаторно-поликлиническая помощь"	12 958
8)	ИС "Единая платежная система"	5 920
9)	ИС "Система управления ресурсами"	7 386
10)	ИС "Электронный регистр стационарных больных"	15 004
11)	ИС "Электронный регистр онкологических больных"	1 703 (ПБ) 1 081 (ФБ)
12)	ИС "Дополнительный компонент подушевого норматива"	16 507
13)	ИС "Лекарственное обеспечение"	28 726
14)	ИС "Система управления медицинской техникой"	4 109
15)	ИС "Регистр острый коронарный синдром"	2 958
16)	Платформа для информатизации и обеспечения интероперабельности информационных систем здравоохранения (Платформа интероперабельности);	-
17)	Медицинская информационная система для учета доноров и реципиентов;	-
18)	Информационная система "Патронажная медсестра" (мобильное приложение).	8 389

Анализом установлено низкий уровень интеграции между указанными информационными системами, МИСами и иными информационными системами.

Не высокая востребованность указанных информационных систем и не соответствие их установленным критериям и требованиям, не способствует процессу цифровизации здравоохранения и эффективному расходованию бюджетных средств.

По результатам проведенного анализа при использовании КМИСов выявлен следующий круг проблем:

- параллельное ведение медицинской документации в электронной и бумажной форме;
- преимущественное ведение в стационарах Республики медицинской документации в бумажной форме с последующим дублированием в электронной форме, что приводит к дополнительным финансовым затратам;
- использование в МИС не актуальных форм учетной и отчетной медицинской документации;
- отсутствие цифровизации бумажных носителей в медицинских организациях при наличии МИС;
- отсутствие механизма обеспечения информационной безопасности информационных ресурсов МИС и невыполнение требований по защите персональной медицинской информации пациентов.

Имеет место значительные затраты на услуги информационных систем в сфере здравоохранения в регионах.

К примеру, в Мангистауской области затрачено 158 878 332 тенге на обслуживание МИСов. Вместе с тем, все еще существуют препятствия в функционировании одной системы (таблице 10).

Таблица 14. Израсходованные средства на обслуживание информационных систем, используемых в сфере здравоохранения Мангистауской области в 2021 году.

№/№	Наименование учреждения	Сумма/тенге
1.	ГКП на ПХВ «Мангистауская областная больница»	16 567 200,00
2.	ГКП на ПХВ «Мангистауская областная детская многопрофильная больница»	5 526 000,00
3.	ГКП на ПХВ «Мангистауская областная станция скорой и неотложной медицинской помощи»	3 000 000,00
4.	ГКП на ПХВ «Областной стоматологический центр»	3 758 544,00
5.	ГККП «Мангистауский областной противотуберкулезный санаторий имени Е. Оразакова»	375 792,00
6.	ГКП на ПХВ» Областной центр психического здоровья"	7 213 016,00
7.	ГКП на ПХВ «Мангистауский областной центр по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита»	4 094 161,00
8.	ГКП на ПХВ «Областной перинатальный центр»	3 389 760,00
9.	ГКП на ПХВ «Мангистауский областной центр фтизиопульмонологии»	3 151 082,00
10.	ГКП на ПХВ «Мангистауский областной кожно-венерологический диспансер»	1 397 099,00
11.	ГКП на ПХВ «Областной центр крови»	6 070 894,00
12.	ГКП на ПХВ «Мангистауский областной медицинский колледж»	341 736,00
13.	ГКП на ПХВ «Актауская городская поликлиника№1»	8 009 600,00
14.	ГКП на ПХВ «Актауская городская поликлиника№2»	9 676 487,00
15.	ГККП «Актауский городской перинатальный центр»	3 499 400,00
16.	ГКП на ПХВ «Жанаозенская городская поликлиника№ 1»	9 766 968,00

17.	ГКП на ПХВ «Жанаозенская городская поликлиника № 2»	11 212 000,00
18.	ГКП на ПХВ «Жанаозенская городская поликлиника № 3»	8 359 000,00
19.	ГКП на ПХВ " Жанаозенская многопрофильная городская больница»	9 312 336,00
20.	ГКП на ПХВ «Тупкараганская центральная районная больница»	424 691,00
21.	ГККП «Боранкульская районная больница»	4 127 068,00
22.	ГКП на ПХВ «Каракиянская центральная районная больница»	3 627 200,00
23.	ГКП на ПХВ «Жетыбайская сельская больница»	6 687 626,00
24.	ГКП на ПХВ «Мангистауская центральная районная больница»	14 606 607,00
25.	ГКП на ПХВ «Мунайлинская центральная больница»	10 978 779,00
26.	ГКП на ПХВ «Бейнеуская центральная районная больница»	10 392 912
	<b>ИТОГО:</b>	<b>158 878 332</b>

На несовершенство МИС и недостатки технического характера также указывают нижеуказанные 11 проблем, выявленных в процессе анализа:

- проблема интеграции МИС внутри медицинской организации, а также между МИС (Damumed, Акгюн, Авицена и др.);
- в г.Нур-Султан отсутствует полная интеграция - между ИС «Комек» и МИСами (не все поля заполняются, нет точных данных, отсутствует информация о степени тяжести пациента);
- отсутствует интеграция портала РНБ, РПБ, ИСЛО с КМИС «Damumed»;
- отсутствует интеграция МИС с ИС РБиЖФВ, ИСЛО;
- отсутствует взаимосвязь и обмен данными между порталами ЭРОБ и МИС;
- отсутствует возможность для выгрузки всех необходимых отчетных сведений (отчет об использовании коечного фонда медицинских организаций, оказывающих стационарную и стационарозамещающую помощь (форма 6), отчет о контингентах больных, выбывших из стационара» (форма 16), отчет лечебно-профилактической организации (форма 19), отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам (форма 21));
- функционал диспансерного учета пациентов между порталами ЭРОБ и КМИС не объединен, вследствие чего приходится вводить информацию дублируя в два портала ручным методом;
- отсутствует возможность проверки информации о пациенте (диагноз, 90 форма «Онкологическая помощь в форме амбулаторно-поликлинической помощи» и переводы в клинические группы). Данная информация проверяется на портале ЭРОБ;
- в КМИС «Damumed» не формируются отчетные формы (ежемесячные, ежеквартальные, годовые), не вносятся первичные посещения по заболеваемости;
- в МИС отсутствует отчетность по КВИ инфекционным (списка беременных, отчета по профилям, по степени тяжести состояния, иногородние пациенты, иностранцы, ЭКМО, по детям и подросткам, по вакцинации, ф.4 по скорой помощи);



– отсутствует разделение скрининг карт по направлениям. (скрининговое исследование проводится для выявления болезней системы кровообращения, глаукомы и сахарного диабета. В МИСах предусмотрена только одна скрининговая карта. Пациенты, состоящие на учете с одной из вышеуказанных болезней, не могут подлежать скринингу на выявление остальных).

По результатам анализа установлены основные причины неэффективности внедрения и использования МИС:

– не выполнение требований, установленных законодательством Республики Казахстан в отношении МИСов;

– отсутствие интеграции и модификации МИСов и информационных систем, находящихся на балансе МЗ;

– отсутствие надлежащего контроля со стороны уполномоченного органа в части выполнения владельцами и собственниками МИСов минимальных требований, установленных в Приказе и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 августа 2021 года № ҚР ДСМ-80 «Об утверждении минимальных требований к медицинским информационным системам в области здравоохранения»;

– отсутствие надлежащего контроля со стороны МЦРИАП в части выполнения требований, установленных законодательством Республики Казахстан в отношении МИС, в том числе в сфере обеспечения информационной безопасности МИС;

– отсутствие надлежащего контроля со стороны территориальных управлений здравоохранения в части обеспечения цифровизации процедур и документооборота в медицинских организациях при использовании МИС.

В результате имеют место следующие отрицательные последствия:

– фактическое увеличение времени работы врача в МИСах;

– фактическое увеличение времени при приеме пациентов при использовании МИС;

– отсутствие информационной поддержки преемственности медицинской помощи;

– отсутствие оцифровки результатов лабораторных исследований;

– наличие рисков несанкционированного разглашения и распространения персональных медицинских данных.

**Наряду с недостатками в работе МИС установлены недостатки информационных систем при формировании предельных цен на лекарственные средства.**

Государственное регулирование цен осуществляется на зарегистрированные и находящиеся в обращении в Республике Казахстан лекарственные средства, в соответствии с Правилами регулирования, формирования предельных цен и наценки на лекарственные средства, а также медицинские изделия в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального

медицинского страхования (утверждены приказом Министра здравоохранения РК от 11 декабря 2020 года № КР ДСМ-247/2020») (далее – Правила).

Согласно п.18 Правил для регистрации цены на лекарственное средство заявитель прилагает данные по таможенным расходам.

Виду отсутствия интеграции информационной системы КГД МФ «Астана-1» с информационной системой РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий» при подаче отдельных заявок для регистрации цены, заявителем вместо фактических данных, прикладывается расчет или информация о таможенных расходах в процентном выражении от цены производителя, что значительно влияет на объективность формирования предельных цен на лекарственные средства.

**При анализе бизнес-процедур оказания государственной услуги «Выдача сертификата иностранному специалисту для допуска к клинической практике»** определена необходимость интеграции информационных систем Е-лицензирование с ИС МОН - НОБД, Е-кызмет, Енбек.kz для получения сведений об образовании, повышении квалификации, трудовой деятельности.

Установлена недоработка при заполнении формы сведений в ИС «Е-лицензирование» (отсутствует пометка об обязательности заполнения данных полей: стаж работы, сведения о трудовом стаже, контактные данные и т.д., при истечении срока действия сертификата специалиста отсутствуют сведения по какой специальности истек срок сертификата в портале [elicense.kz](http://elicense.kz)).

**Несовершенство информационной системы «Е-лицензирование» также выявлено при выдаче разрешительных документов.**

В частности, департаментами КМФК при выдаче разрешительных документов сталкиваются с непредставлением другими государственными органами согласования в установленные сроки, и в таких случаях система «Е-лицензирование» не предусматривает функционал «согласования по умолчанию».

Отсутствие указанного функционала делает невозможным реализацию п. 3 ст. 25 Закона РК «О разрешениях и уведомлениях», согласно которому в случае непредставления государственными органами ответа в установленные сроки, выдача разрешения считается согласованной.

**Проведенным анализом установлены недостатки в работе ИС «Регистр прикрепленного населения».**

В частности, при смене места жительства или при переезде граждан за границу, а также при смерти, данные в ИС «Регистр прикрепленного населения» не обновляются. Это затрудняет работу участковых медицинских работников, которые вынуждены для уточнения сведений осуществлять обход закрепленного участка.

Снятие с учета происходит при появлении в портале соответствующих сведений. При этом со стороны филиала ФСМС за отсутствие актуальных сведений предусмотрены штрафные санкции.

Наряду с вышеуказанными проблемами установлено отсутствие в филиалах ФСМС удалённого доступа к информационным системам «Көмек» (скорая медицинская помощь), «InfoDonor», «InfoBlood» (центры крови).

Сведения из информационной системы «Сактандыру» не соответствуют данным государственной базы данных «Физические лица», что затрудняет проведение удаленного мониторинга качества медицинской помощи.

Программа управления заболеваниями (ПУЗ) не интегрирована с МИС.

Имеют место проблемы в ИС ЕРСОП с интегрированным модулем МНЭ РК база данных категорий предпринимательства, а также в ИС ЕРАП отсутствует возможность онлайн регистраций уполномоченных лиц.

В КСЭК и в Департаментах СЭК установлено отсутствие единой информационной системы, консолидирующей в себе данные пациентов, отчетные и статистические данные.

Для преодоления выявленных проблем и исключения условий их порождающих рекомендуется:

- в рамках формирования новой цифровой архитектуры электронного здравоохранения eHealth провести интеграцию, совершенствование и модификацию МИСов, информационных систем, находящихся на балансе министерства и иных информационных систем, используемых в сфере здравоохранения и государственными органами;

- расширить потенциал МИС в части возможности выгрузки учетных/отчетных сведений и данных;

- подготовить предложения по формированию самостоятельной информационной системы, консолидирующей в себе данные пациентов, отчетные и статистические данные в санитарно-эпидемиологической сфере;

- на базе действующих информационных систем создать автоматизированные рабочие места медицинского эксперта;

- исключить из баланса министерства информационные системы, не отвечающим критериям и требованиям цифровизации здравоохранения;

- в целях обеспечения необходимых условий для оказания государственной услуги «Выдача сертификата иностранному специалисту для допуска к клинической практике», а также для получения сведений об образовании, повышении квалификации, трудовой деятельности провести работы по интеграции информационных систем «Е-лицензирование» с ИС МОН - НОБД, Е-кызмет, Енбек.kz;

- в целях обеспечения необходимых условий для оказания государственной услуги «Выдача сертификата иностранному специалисту для допуска к клинической практике» исключить недоработки в ИС Е-лицензирование (отсутствует пометка об обязательности заполнения данных полей: стаж работы, сведения о трудовом стаже, контактные данные и т.д., при истечении срока действия сертификата специалиста отсутствуют сведения по какой специальности истек срок сертификата в портале [elicense.kz](http://elicense.kz)).

- обеспечить надлежащий контроль со стороны МЦРИАП в части выполнения требований, установленных в отношении МИСов и обеспечения информационной безопасности МИСов;
- разработать и принять комплекс мер по исключению рисков несанкционированного разглашения и распространения персональных медицинских данных при использовании МИСов;
- внести корректировки в МИСы с разделением скрининг карт по направлениям;
- в целях цифровизации бизнес-процессов при формировании предельных цен на лекарственные средства провести интеграцию информационной системы КГД МФ «Астана-1» и РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий»;
- в государственной базе «Е-лицензирование» предусмотреть осуществление выдачи разрешительного документа по истечении сроков согласования в случаях отсутствия ответа о соответствии или несоответствии согласующих государственных органов. Это позволит привести государственную базу «Е-лицензирование» в соответствие к требованиям Закона «О разрешениях и уведомлениях» и устранил риск нарушения сроков выдачи разрешительных документов;
- провести интеграцию МИСов с информационными системами органов регистрации актов гражданского состояния и миграционной службы в целях своевременного внесения данных в информационную систему «Регистр прикрепленного населения».

### **3.2.2. Цифровое неравенство и барьеры.**

По результатам проведенного анализа выявлено **2 нижеуказанные проблемы**, связанные с вопросами цифрового неравенства между регионами страны:

- 1) медленная скорость Интернета, невозможность качественной цифровой коммуникации;
- 2) использование компьютерного парка, не соответствующего требованиям к унифицированному рабочему месту.

Во многих организациях здравоохранения продолжают использоваться морально и физически устаревшие модели компьютеров. На селе много устаревшей медицинской техники, которая не передает результаты исследований в цифровом формате, либо использует устаревшие технологии.

**Справочно:**

Постановлением Правительства РК от 20 декабря 2016 года № 832<sup>3</sup> установлены Единые требования в области информационно-коммуникационных технологий и обеспечения информационной безопасности (далее – ЕТ).

Приказом Министра цифрового развития, инноваций и аэрокосмической промышленности РК от 25 ноября 2019 года № 322/НК<sup>4</sup> закреплены Требования к унифицированному рабочему месту или терминальной системе государственных органов и местных исполнительных органов, а также компонентам объектов информационно-коммуникационной инфраструктуры<sup>5</sup> (далее – Требования к унифицированному рабочему месту).

По результатам, проведенного в 2021 году по министерству здравоохранения установлены низкие показатели по уровню выполнения требований к унифицированному рабочему месту - 20,2 %.

Техническое оснащение 100 % компьютеров МЗ (10 единиц), 79,8 % (71 единица) компьютеров ведомств и территориальных подразделений, задействованных в оказании государственных услуг, не соответствуют требованиям к унифицированному рабочему месту.

Компьютерный парк министерства при оказании государственных используется более 5 лет.

В ведомствах и территориальных подразделениях министерства указанный показатель составил в среднем 5-9 лет.

39,3 % компьютеров ведомств и территориальных подразделениях министерства, задействованных при оказании государственных услуг подлежит списанию.

По состоянию на 1 марта 2022 года по КМФК процент оснащенности составил 93 % (53 компьютера) из них со стопроцентным износом 83 % (44 компьютера).

В территориальных департаментах КМФК по состоянию на 1 марта 2022 года процент оснащенности составил 87 % (358 компьютера) из них со стопроцентным износом 77 % (275 компьютера).

Согласно результатам проведенного анализа в территориальных подразделениях ведомств министерства отмечается низкая скорость и пропускная способность каналов сети, доходящих до самых низких показателей в 512 Кбит/сек.

Отсутствие Интернет-соединения, недостатки по скорости и пропускной способности каналов сети привели к отсутствию необходимых технических условий для выполнения функций по оказанию государственных услуг в

---

<sup>3</sup> Постановление Правительства РК от 20 декабря 2016 года № 832 «Об утверждении единых требований в области информационно-коммуникационных технологий и обеспечения информационной безопасности».

<sup>4</sup> Приказ Министра цифрового развития, инноваций и аэрокосмической промышленности Республики Казахстан от 25 ноября 2019 года № 322/НК «Об утверждении требований к унифицированному рабочему месту или терминальной системе государственных органов и местных исполнительных органов, а также компонентам объектов информационно-коммуникационной инфраструктуры».

<sup>5</sup> Утверждены Приказом Министра цифрового развития, инноваций и аэрокосмической промышленности РК от 25 ноября 2019 года № 322/НК.

соответствии с подзаконными правовыми актами, определяющими порядок их оказания, в том числе в электронной форме.

При отсутствии необходимых технических условий территориальные подразделения вынуждены оказывать государственные услуги только в бумажной форме, тем самым ограничивая право услугополучателей получать их дистанционно в электронной форме, что создает дополнительные административные барьеры при получении государственных услуг.

В разрезе регионов скорость подключения 512 Кбит/сек - 2 Мбит/сек отмечены в 2 областях и городе Шымкент:

- Алматинской области: ГУ «Алматинская областная территориальная инспекция Комитета ветеринарного контроля и надзора МСХ РК»;

- Костанайской области: РГУ «Костанайское отделенческое управление санитарно-эпидемиологического контроля на транспорте»;

- г.Шымкент: ДКМФК МЗ РК, СЭК на транспорте,.

Скорость подключения 2-4 Мбит/сек отмечены в 2 областях:

- Акмолинской области: 19 территориальных управлений департамента КСЭК МЗ РК;

- Костанайской области: районные управления КСЭК;

Скорость подключения 4-10 Мбит/сек отмечены в 5 областях и городе Шымкент:

- Акмолинской области: 16 территориальных инспекций Комитета ветеринарного контроля и надзора МСХ;

- Атырауской области: департамент санитарно-эпидемиологического контроля Атырауской области (в том числе городские и районные управления), ДКМФК МЗ РК;

- Костанайской области: ДКМФК МЗ РК;

- Мангистауской области: ДКСЭК МЗ РК, управление санитарно-эпидемиологического контроля на транспорте;

- Туркестанской области: ДКМФК МЗ РК;

- г.Шымкент: ДКСЭК МЗ РК.

Скорость подключения в 10-20 Мбит/сек отмечен в городе Алматы: г.Алматы: ДКСЭК МЗ РК.

Проблемы с низкой пропускной способностью каналов сети и отсутствием технической возможности оказания государственных услуг отмечены в 3 регионах.

По Алматинской области: ДКМФК МЗ РК, ДСЭК (7168 кбит/с и 1024 кбит/с).

По Атырауской области: ДСЭК Атырауской области (10 Мбит/с) (в том числе городские и районные управления), ДКМФК МЗ РК (8 Мбит/с).

По г.Алматы ДСЭК – 10 Мбит/сек с и в районных управлениях ДЭСК – (5 Мбит/сек).

В целях преодоления цифрового неравенства между регионами страны рекомендуется:

- выделить бюджетные средства на 2023 год и последующие годы на выполнение требований по оснащению компьютерного парка, создание необходимых технических условий при оказании государственных услуг, выполнение функций по совершенствованию и интеграции информационных систем;
- ввести систему ежегодного мониторинга государственных услуг, внесенных в «Реестр государственных услуг»<sup>6</sup> на предмет наличия или отсутствия необходимых технических условий оказания государственных услуг в электронной форме. По результатам принимать решения об исключении из «Реестра государственных услуг» электронной формы оказания по государственным услугам, не обеспеченным необходимыми техническими условиями.

### **3.3. Правовые коллизии, пробелы и недостатки правового регулирования**

Согласно результатам проведенного анализа, правовые пробелы установлены в правовых актах, регламентирующих отношения при оказании государственных услуг по **10 государственным услугам**.

Установлено отсутствие:

- утвержденных форм по 25 видам отчетов;
- надлежащего правового механизма при проведении внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи);
- НПА, устанавливающего перечень услуг, оказываемых круглосуточными травматологическими пунктами в системе ОСМС;
- перечня предельных цен на медицинскую технику;
- закрепления функции в Положении управлений здравоохранения.

Правовые коллизии установлены в правовых актах, регламентирующих отношения по **4 государственным услугам**.

Установлены противоречия в НПА в части закрепления прав и обязанностей получать обязательные профилактические прививки против инфекционных и паразитарных заболеваний и отказать в получении таких прививок.

#### **3.3.1. Правовые пробелы в правовых актах, регламентирующих отношения при оказании государственных услуг.**

Согласно результатам проведенного анализа, правовые пробелы установлены в правовых актах, регламентирующих отношения при оказании государственных услуг по **10 нижеуказанным государственным услугам**:

---

<sup>6</sup> Приказ и.о. Министра цифрового развития, инноваций и аэрокосмической промышленности Республики Казахстан от 31 января 2020 года № 39/НК «Об утверждении реестра государственных услуг».

- 1) Выдача лицензии на медицинскую деятельность;
- 2) Выдача лицензии на оказание услуг по дезинфекции, дезинсекции, дератизации в области здравоохранения;
- 3) Выдача сертификата специалиста в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- 4) Выдача сертификата специалиста для допуска к клинической практике;
- 5) Выдача сертификата специалиста в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий;
- 6) Выдача согласования и (или) заключения (разрешительного документа) на ввоз зарегистрированных и не зарегистрированных в Республике Казахстан лекарственных средств и медицинских изделий.
- 7) Прикрепление к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь;
- 8) Выдача лицензии на фармацевтическую деятельность;
- 9) Выдача санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии объекта высокой эпидемической значимости нормативным правовым актам в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- 10) **Аккредитация физических и юридических лиц на осуществление деятельности по проведению санитарно-эпидемиологического аудита.**

***1) Государственная услуга «Выдача лицензии на медицинскую деятельность».***

За 6 месяцев 2022 года Департаментами КМФК оказано – 3 813 госуслуг «Выдача лицензии на медицинскую деятельность», выдано лицензий (приложений к ней) – 2 050, за 2021 год оказано – 9 498 госуслуг, выдано лицензий (приложений к ней) – 4 991.

**Показатель отказов** в оказание госуслуги за 2021 год и 6 мес. 2022 года по Республике составил **более 46 %** (6 мес. 2022 год - 1 763 (46,2 %), 2021 год - 4 507 (47,5 %)).

Высокий уровень отказов опосредован отсутствием необходимых правовых условий для оказания государственной услуги в части невозможности оценить соответствие заявителя требованиям, установленным законодательством Республики Казахстан.

**Основными требованиями для получения лицензии является соответствие услугодателя:**

- квалификационным требованиям;
- стандартам организации оказания медицинской помощи профильных служб по заявляемым подвидам медицинской деятельности (далее – Стандарт организации медпомощи);



– минимальным стандартам оснащения организаций здравоохранения медицинскими изделиями (далее – Минимальный стандарт оснащения). (п.15. Правила оказания государственной услуги «Выдача лицензии на медицинскую деятельность» (Приложение к приказу Министра здравоохранения РК от 1 июня 2020 года № ҚР ДСМ-59/2020), п.1,2 квалификационных требований, предъявляемым к медицинской и фармацевтической деятельности (Приложение 1 к приказу Министр здравоохранения РК от 22 октября 2020 года № ҚР ДСМ-148/2020).

По результатам проведенного анализа установлено отсутствие и/или не актуальность Стандартов организации медпомощи и Минимальных стандартов оснащения:

– не утверждены Стандарты организации медпомощи для 26,3 % подвидов медицинской деятельности из числа лицензируемых (35 из 133);

– не актуальность и/или несоответствие требованиям Кодекса (п.п.5),6) п.2 ст.138) 16,5 % Стандартов, разработанных в соответствии с Кодексом, утратившим силу (22 из 133). (Среди них: (список не полный) Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 3 февраля 2016 года № 85 «Об утверждении Стандарта организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан», Приказ Министра здравоохранения РК от 20 ноября 2019 года № ҚР ДСМ-144 «Об утверждении Стандарта организации оказания медицинской помощи при инфекционных заболеваниях в Республике Казахстан», Приказ Министра здравоохранения РК от 30 декабря 2019 года № ?Р ДСМ-152 "Об утверждении Стандарта организации оказания детской хирургической помощи в Республике Казахстан", Приказ Министра здравоохранения и социального развития РК от 2 февраля 2016 года № 77 "Об утверждении Стандарта организации оказания населению медицинской помощи при туберкулезе", Приказ Министра здравоохранения РК от 16 октября 2017 года № 763 "Об утверждении Стандарта организации оказания анестезиологической и реаниматологической помощи в Республике Казахстан", Приказ Министра здравоохранения РК от 27 декабря 2013 года № 759 «Об утверждении стандарта организации оказания медицинской реабилитации населению Республики Казахстан», Приказ Министра здравоохранения и социального развития РК от 6 июня 2016 года № 478 "Об утверждении Стандарта организации оказания эндокринологической помощи в Республике Казахстан").

– применение по 33,1 % подвидам медицинской деятельности Стандартов, разработанных в соответствии с Кодексом, утратившим силу (44 из 133);

– не соответствие 11 Стандартов организации медпомощи, разработанных в соответствии с действующим Кодексом РК требованиям Кодекса (п.п.5),6) п.2 ст.138 Кодекса);

– не утверждены Минимальные стандарты оснащения для 75,2 % подвидов медицинской деятельности (100 из 133);

– утверждены Минимальные стандарты оснащения только для 24,8% подвидам медицинской деятельности (33 из 133);

По данной государственной услуге выявлен также правовой пробел по вопросу соответствия квалификационным требованиям по штату работников, поскольку критерии не установлены.

К примеру, ст.38 Кодекса содержит только формулировки «рекомендуемый штат работников» и «рекомендуемое оснащение медицинскими изделиями».

В соответствии с п.8 Приложения 1 к правилам оказания государственной услуги, в перечне документов для получения лицензии и приложения к лицензии необходимо предоставить удостоверение о прохождении переподготовки или свидетельства о прохождении повышения квалификации; тогда как, данное требование отсутствует в п.4 Приложения 1 квалификационных требованиях включающее наличие повышения квалификации за последние 5 (пять) лет по заявляемым подвидам медицинской деятельности.

Для исключения правового пробела при оказании государственной услуги «Выдача лицензии на медицинскую деятельность», рекомендуется:

- разработать проект Приказа о внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения РК от 29 октября 2020 года ҚР ДСМ-167/2020 в части установления для **100** подвидов медицинской деятельности Минимальных стандартов оснащения организаций здравоохранения медицинскими изделиями;

- разработать проекты Приказов, направленные на разработку, утверждение и актуализацию стандартов организации оказания медицинской помощи;

- разработать проект Закона РК о внесении изменений и дополнений в Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» по вопросу закрепления за уполномоченным органом компетенции по разработке и утверждению стандартов организации оказания медицинской помощи профильных служб;

- внести изменения и дополнения в ст.138 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» и п.1.2 Приложения «Минимальные стандарты оснащения организаций здравоохранения медицинскими изделиями» к приказу Министра здравоохранения РК от 29 октября 2020 года № ҚР ДСМ-167/2020, направленные на закрепление критериев по квалификационным требованиям по штату работников.

**2) Государственные услуги «Выдача лицензии на оказание услуг по дезинфекции, дезинсекции, дератизации в области здравоохранения», «Выдача сертификата специалиста в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения».**

Согласно п.п.19) и п.п.32) п.15 Положения департаментов СЭЖ, за департаментами закреплены функции: «осуществление выдачи лицензии на оказание услуг по дезинфекции, дезинсекции, дератизации в сфере здравоохранения», «проведение сертификации в отношении специалистов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения».

Согласно п.355-1 и п.331 Реестра государственных услуг (утвержден приказом и.о. Министра цифрового развития, инноваций и аэрокосмической промышленности РК от 31 января 2020 года № 39/НК) территориальные

департаменты СЭК являются услугодателем по государственным услугам «Выдача лицензии на оказание услуг по дезинфекции, дезинсекции, дератизации в области здравоохранения», «Выдача сертификата специалиста в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения».

Согласно п.п.1) п.2 ст.5 Закона РК «О государственных услугах» услугодатели обязаны оказывать государственные услуги в соответствии с подзаконными НПА, определяющими порядок оказания государственных услуг.

Анализом установлено отсутствие подзаконных НПА, определяющих порядок оказания данных государственных услуг.

Департаментами СЭК указанные государственные услуги не осуществляются, соответственно не исполняются две функции, закрепленные за департаментами СЭК.

Услугополучатели по факту лишены возможности реализовать свое право на получение результатов по данным государственным услугам.

Для исключения правового пробела при оказании государственных услуг «Выдача лицензии на оказание услуг по дезинфекции, дезинсекции, дератизации в области здравоохранения», «Выдача сертификата специалиста в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения» необходимо разработать и утвердить НПА, определяющий порядок оказания государственных услуг «Выдача лицензии на оказание услуг по дезинфекции, дезинсекции, дератизации в области здравоохранения», «Выдача сертификата специалиста в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения».

### **3) *Государственная услуга «Выдача сертификата специалиста для допуска к клинической практике».***

В соответствии с п.82) ч.1 ст.1 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения», сертификация специалистов в области здравоохранения должна проводиться на соответствие квалификационным требованиям.

Стандарт государственной услуги не содержит требования по объему часов курсов повышения квалификации, установленные в Приложении 1 к приказу Министр здравоохранения РК от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-303/2020.

В п.9 Приложения 1 к приказу Министр здравоохранения РК от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-303/2020 не определена продолжительность программ дополнительного образования для повышения квалификации и сертификационных курсов применительно к конкретным профилям и специальностям.

Для курсов повышения квалификации в части объем обучения установлен широкий размах в количестве часов 210 часов (в пределах от 60 до

270 часов). Для сертификационных курсов при минимальном объеме обучения в 300 часов, максимальный объем не определен.

Для исключения правового пробела при оказании государственной услуги «Выдача сертификата специалиста для допуска к клинической практике» необходимо разработать и утвердить НПА, определяющий продолжительность программ дополнительного образования для повышения квалификации и сертификационных курсов применительно к конкретным профилям и специальностям.

#### **4) Государственная услуга «Выдача сертификата специалиста в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий».**

Согласно п.322 Реестра государственных услуг (утвержден приказом и.о. Министра цифрового развития, инноваций и аэрокосмической промышленности РК от 31 января 2020 года № 39/НК) территориальные департаменты КМФК являются услугодателем по государственной услуге «Выдача сертификата специалиста в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий».

Согласно п.п.1) п.2 ст.5 Закона РК «О государственных услугах» услугодатели обязаны оказывать государственные услуги в соответствии с подзаконными НПА, определяющими порядок оказания государственных услуг.

Анализом установлено отсутствие подзаконного НПА, определяющего порядок оказания данной государственных услуг и соответственно Стандарта оказания данной государственной услуги.

Данная государственная услуга не оказывается

Для исключения правового пробела при оказании государственной услуги «Выдача сертификата специалиста в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий» необходимо разработать и утвердить НПА, определяющий порядок оказания государственной услуги «Выдача сертификата специалиста в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий».

#### **5) Государственная услуга «Выдача согласования и (или) заключения (разрешительного документа) на ввоз зарегистрированных и не зарегистрированных в Республике Казахстан лекарственных средств и медицинских изделий».**

В Законе РК «О разрешениях и уведомлениях» не утверждено разрешение «Согласование и (или) заключение (разрешительный документ) на ввоз зарегистрированных и не зарегистрированных в Республике Казахстан лекарственных средств и медицинских изделий», однако при оказании государственной услуги выдается разрешительный документ.

Согласно п.2 Приложения 2 к Правилам оказания государственной услуги, результат оказания государственной услуги – «согласование/

заклучение (разрешительный документ) на ввоз/вывоз зарегистрированных и незарегистрированных в Республике Казахстан лекарственных средств и медицинских изделий, либо мотивированный ответ об отказе в оказании государственной услуги» (Приказ Министра здравоохранения РК от 8 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-237/2020.Об утверждении Правил ввоза на территорию Республики Казахстан и вывоза с территории Республики Казахстан лекарственных средств и медицинских изделий и оказания государственной услуги «Выдача согласования и (или) заключения (разрешительного документа) на ввоз (вывоз) зарегистрированных и не зарегистрированных в Республике Казахстан лекарственных средств и медицинских изделий»).

Согласно Приложения 9 к Правилам оказания государственной услуги утверждены формы разрешительных документов с пунктом «Заклучение действительно до», однако, срок действия согласования и (или) заключения на ввоз незарегистрированных (зарегистрированных) лекарственных средств не утвержден нормативным правовым актом.

В связи с отсутствием норм, устанавливающих основания и порядок реализации функций и полномочий, закрепленных за услугодателем по государственной услуге *«Выдача согласования и (или) заключения (разрешительного документа) на ввоз зарегистрированных и не зарегистрированных в Республике Казахстан лекарственных средств и медицинских изделий (функции и полномочия)»*, в целях исключения правового пробела при оказании государственной услуги «Выдача согласования и (или) заключения (разрешительного документа) на ввоз зарегистрированных и не зарегистрированных в Республике Казахстан лекарственных средств и медицинских изделий» необходимо внести изменения и дополнения в Закон РК «О разрешениях и уведомлениях» в части включения в перечень разрешений второй категории «Согласование и (или) заключение (разрешительный документ) на ввоз зарегистрированных и не зарегистрированных в Республике Казахстан лекарственных средств и медицинских изделий» с утверждением срока действия разрешения.

***б) Государственная услуга «Прикрепление к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь».***

В Республике отмечается высокий уровень обращения пациентов из регионов в медицинские организации, находящиеся в столице, городах республиканского значения и областных центрах.

Для получения медицинских услуг такая категория граждан прикрепляется к поликлиникам по месту фактического проживания в соответствии с государственной услугой «Прикрепление к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь».

После получения медицинских услуг такая категория пациентов выбывают по месту постоянного жительства, оставшись прикрепленными к поликлинике, что отрицательно сказывается на процессе планирования и реальных показателях поликлиник.

В настоящее время, процедура и основания открепления от поликлиники пациентов на законодательном уровне не урегулирована.

В ходе анализа также выявлено отсутствие норм, устанавливающих основания и порядок реализации функций и полномочий, закрепленных за услугодателем при оказании данной государственной услуги.

Согласно п.3 Правил оказания данной услуги, прикрепление физических лиц к организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь (далее – ПМСП) является основанием для оказания ПМСП и осуществляется на принципах... (далее по тесту).

Вместе с тем, в соответствии с п.4 ст. 123 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения», прикрепление физического лица к организации ПМСП является основанием для реализации права на получение медицинской помощи и выполнения обязательств организаций здравоохранения по оказанию медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования».

В целях исключения правового пробела при оказании государственной услуги «Прикрепление к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» рекомендуется:

- разработать проект Закона РК о внесении изменений и дополнений в Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения» по вопросам закрепления за уполномоченным органом компетенции по разработке и утверждению Правила открепления физических лиц от организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также по вопросам закрепления оснований для открепления физических лиц от организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;

- разработать проект приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении правил открепления физических лиц от организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь»;

- привести п.3 Приложения 1 к приказу Министра здравоохранения РК от 13 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-194/2020 «Правила прикрепления физических лиц к организациям здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь» в соответствии с п.4 ст. 123 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения», приняв во внимание, что по факту основанием для оказания ПМСП является факт обращения физического лица за медицинской помощью.

**7) Государственные услуги «Выдача лицензии на медицинскую деятельность» и «Выдача лицензии на фармацевтическую деятельность».**

По результатам анализа выявлено отсутствие НПА, устанавливающее требования в отношении юридических и физических лиц о наличии оборудования и мебели, инвентаря, приборов и аппаратуры для обеспечения контроля качества и соблюдения условий производства, изготовления, хранения и реализации лекарственных средств и медицинских изделий.

В соответствии с Приложением 2 к квалификационным требованиям, предъявляемым к медицинской и фармацевтической деятельности (утвержден приказом Министерства здравоохранения РК от 22 октября 2020 года за №КР ДСМ-148/2020 «Об утверждении квалификационных требований, предъявляемых к медицинской и фармацевтической деятельности») квалификационные требования включают наличие для юридических и физических лиц: оборудования и мебели, инвентаря, приборов и аппаратуры для обеспечения контроля качества и соблюдения условий производства, изготовления, хранения и реализации лекарственных средств и медицинских изделий в соответствии с нормативными правовыми актами.

По результатам анализа установлено отсутствие таких нормативных правовых актов.

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 июня 2015 года № 535 «Об утверждении типовых положений объектов в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники», утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 мая 2019 года № ҚР ДСМ-84.

Указанный правовой пробел не позволяет оказать государственные услуги «Выдача лицензии на медицинскую деятельность» и «Выдача лицензии на фармацевтическую деятельность», поскольку при оказании услуг осуществляется оценка на соответствие заявителя квалификационным требованиям.

В рамках квалификационных требований, предъявляемых к медицинской и фармацевтической деятельности, в целях исключения правового пробела при оказании государственных услуг «Выдача лицензии на медицинскую деятельность» и «Выдача лицензии на фармацевтическую деятельность» рекомендуется разработать проект Приказа, направленный на установление требований в отношении юридических и физических лиц о наличии оборудования и мебели, инвентаря, приборов и аппаратуры для обеспечения контроля качества и соблюдения условий производства, изготовления, хранения и реализации лекарственных средств и медицинских изделий.

**8) Государственная услуга «Аккредитация физических и юридических лиц на осуществление деятельности по проведению санитарно-эпидемиологического аудита».**

Согласно п.335 Реестра государственных услуг (утвержден приказом и.о. Министра цифрового развития, инноваций и аэрокосмической промышленности РК от 31 января 2020 года № 39/НК) профессиональные ассоциации, аккредитованные ведомством в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения являются услугодателями по государственной услуге «Аккредитация физических и юридических лиц на осуществление деятельности по проведению санитарно-эпидемиологического аудита».

Согласно п.п.1) п.2 ст.5 Закона РК «О государственных услугах» услугодатели обязаны оказывать государственные услуги в соответствии с подзаконными НПА, определяющими порядок оказания государственных услуг.

Анализом установлено отсутствие подзаконного НПА, определяющего порядок оказания данной государственных услуг и соответственно Стандарта оказания данной государственной услуги.

Данная государственная услуга не оказывается.

Для исключения правового пробела при оказании данной государственной услуги необходимо разработать и утвердить НПА, определяющий порядок оказания государственной услуги «Аккредитация физических и юридических лиц на осуществление деятельности по проведению санитарно-эпидемиологического аудита».

### **3.3.2. Отсутствие утвержденных форм отчетов.**

Министерство здравоохранения согласно данным министерства цифрового развития, инноваций и аэрокосмической промышленности **предоставляет 57 видов отчетов** (Реестр показателей (отраслевых данных) (Приложение 2 к приказу исполняющего обязанности Министра цифрового развития, инноваций и аэрокосмической промышленности Республики Казахстан от «27» июня 2022 года № 220/НК).

Из них, по **43,8 % (по 25 видам отчетов) отчетов отсутствуют утвержденные формы, по 56,2 % отчетов (3 вида отчета) формы утверждены** (См: Приложение 9).

Наличие указанного правового пробела не позволяет осуществлять сбор и формирование отчетов по единым требованиям, что влияет на уровень корректности и объективности полученных отчетных показателей, не позволяющих осуществлять надлежащее планирование в сфере здравоохранения.

Для исключения правового пробела необходимо утвердить единые формы по 25 видам отчетов согласно Приложения 9.

### **3.3.3. Отсутствие надлежащего правового механизма при проведении внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи).**



Правила организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи) (Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-230/2020) определяют порядок организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи), оказываемых субъектами здравоохранения независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности.

ФСМС внешняя экспертиза проводится в рамках мониторинга исполнения договорных обязательств по качеству и объему медицинских услуг в соответствии Правилами проведения мониторинга исполнения условий договора закупа медицинских услуг у субъектов здравоохранения в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС (приказ И.о. Министра здравоохранения РК от 24 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-321/2020).

В соответствии с Правилами организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи) определены этапы экспертизы, а также субъекты экспертизы и источники информации.

<b>Этапы экспертизы:</b>
– анализ учетной и отчетной документации
– проведение клинического аудита
– обобщение результатов экспертизы качества медицинских услуг (помощи)
<b>Субъекты экспертизы и источники информации</b>
<b>Внутренняя экспертиза</b>
– комиссии по исследованию летальных исходов
– служба поддержки пациента и внутренней экспертизы
– медицинский работник (самоконтроль)
– структурное подразделение (самоконтроль)
– главная медсестра и (или) заместитель руководителя по сестринскому делу (самоконтроль)
– заместитель руководителя по мед.части (самоконтроль)
<b>Внешняя экспертиза:</b>
– КМФК и его территориальные департаменты
– территориальные УЗ
– ФСМС
– независимые эксперты в области здравоохранения
– ведомство УДП в отношении подведомственных организаций
<b>Источники информации:</b>
– медицинская документация
– электронные информационные ресурсы в области здравоохранения

Анализ нормативных правовых актов и правоприменительной практики выявил правовые пробелы и недостатки правоприменительной практики по этапам проведения экспертизы, а также недостатки и пробелы общего характера.

<b>Правовые пробелы и недостатки правоприменительной практики по первому этапу: анализ учетной и отчетной документации</b>
– отсутствие ряда форм учетной медицинской документации в Приказе и.о. Министра здравоохранения РК от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020
– отсутствие норм, устанавливающих сроки ведения, формирования и закрытия учетной медицинской документации
– отсутствие критериев и требований по проведению анализа качества заполнения медицинской документации на уровне самоконтроля
– отсутствие норм, устанавливающих право доступа к информационным системам для субъектов внешнего контроля
– отсутствие электронного формата процедур информированного добровольного согласия пациента и направления мед.документов формы 001/у в патологоанатомические бюро
– неурегулированность вопроса формирования электронного архива учетных медицинских документов

<b>Правовые пробелы и недостатки правоприменительной практики по второму этапу: проведение клинического аудита:</b>
– отсутствие Стандартов организации оказания медицинской помощи по ряду профильных служб
– несовершенство правовых актов и конкурсных процедур по привлечению независимых экспертов
– отсутствие независимости и наличие подчиненности «службы поддержки пациента и внутренней экспертизы» администрации МО
– отсутствие норм, устанавливающих запреты и ограничения при наличии «конфликта интересов» при проведении внутренней экспертизы
– наличие норм, позволяющих привлекать к проведению внешних экспертиз профильных специалистов

<b>Недостатки и пробелы общего характера:</b>
– наличие «конфликта интересов» по субъекту внешней экспертизы – УЗ
– отсутствие норм, устанавливающих механизм проведения мониторинга качества проведенных экспертиз
– отсутствие ответственности за некачественное проведение экспертиз

<b>Последствия ненадлежащего правового регулирования:</b>
– осуществление экспертизы при отсутствии Стандартов организации оказания медицинской помощи, форм учетных мед.документов;
– некачественное проведение внутренней экспертизы;
– в 2021 году рост сумм снятия на 180,5% за допущенные дефекты оказания медицинской помощи;
– в 2021 году рост снятия суммы по дефектам на 141 % или 2,4 раза за счет роста подтвержденных предотвратимых случаев;
– не обеспечение непредвзятости независимой экспертизы;

–	не правомерное привлечение профильных специалистов, в том числе по фактам материнской смертности;
–	введение в заблуждение и предоставление субъектам экспертизы, подкорректированной мед.документации;
–	потенциальные риски бюджетных потерь ввиду приписок;
–	подавляющее ведение мед.документации в бумажной форме

В целях исключения правового пробела при проведении внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи) рекомендуется:

- разработать проект Приказа о внесении изменений и дополнений в Приказ и.о. Министра здравоохранения № ҚР ДСМ-175/2020 в части установления форм первичной медицинской документации, сроков ведения, формирования и закрытия учетной медицинской документации;

- разработать проект Приказа о внесении изменений и дополнений в Приказы Министра здравоохранения РК в части утверждения стандартов организации оказания медицинской помощи, исключения норм по ведению учетных медицинских документов в бумажной форме, перевода в электронный формат процедур информированного добровольного согласия пациента и направления медицинских документов формы 001/у в патологоанатомические бюро, установления требований при проведении самоконтроля;

- исключить коллизию между п.4 ст. 35 Кодекса и п.26 Приказа Министра здравоохранения РК от 3 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-230/2020 «Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи)» в части неправомерного привлечения к экспертизе профильных специалистов, исключения в качестве субъекта внешней экспертизы - УЗ;

- разработать предложения для иных государственных органов (по компетенции) в части обеспечения независимости «служб поддержки пациента и внутренней экспертизы», внедрения электронного архива учетных медицинских документов в медицинских организациях, наделения субъектов внешнего контроля правом доступа к информационным системам, внедрения мониторинга качества проведенных экспертиз;

- внести предложения по переводу в электронный формат бизнес-процедур внешней экспертизы качества медицинских услуг (помощи), проводимых КМФК, ДКМФК, ФСМС.

### **3.3.4. Отсутствие НПА, устанавливающего перечень услуг, оказываемых круглосуточными травматологическими пунктами в системе ОСМС.**

ФСМС с 2021 года размещает лот о закупе медицинских услуг круглосуточного травматологического пункта в системе ОСМС.

По результатам проведенного анализа НПА, устанавливающий перечень услуг, оказываемых круглосуточными травматологическими пунктами в системе ОСМС отсутствует.

В расчете тарифа на медицинские услуги не учитывается амортизация оборудования.

В результате финансовые средства, выделенные в 2021 году по указанному лоту не освоены и возвращены в бюджет.

Указанная ситуация актуализирует вопрос разработки проекта Приказа министерства, направленного на установление перечня услуг, оказываемых круглосуточными травматологическими пунктами в системе ОСМС.

### **3.3.5. Отсутствие перечня предельных цен на медицинскую технику.**

Проведение государственных закупок лекарственных средств, медицинских изделий в рамках ГОБМП и системе ОСМС осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства РК от 4 июня 2021 года №375.

В соответствии с ч.2 п.7 ст. 245 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» не допускается закуп и со оплата зарегистрированных в Республике Казахстан лекарственных средств и медицинских изделий без предельной цены на торговое наименование лекарственного средства или медицинского изделия в рамках гарантийного объёма бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования.

Согласно пп.161) п.1 ст.1 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», медицинские изделия – это изделия медицинского назначения и медицинская техника.

Согласно Приказа Министра здравоохранения РК от 5 августа 2021 года № ҚР ДСМ -77 утверждены предельные цены на торговое наименование лекарственных средств и медицинских изделий в рамках ГОБМП и системе ОСМС.

Однако в данном перечне предельных цен медицинских изделий отсутствуют предельные цены на медицинскую технику.

Наряду с этим предельные цены на лекарственные средства и изделия медицинского назначения не позволяют закупать необходимые для лечения пациентов лекарства, что способствуют несвоевременному оказания медицинской помощи.

Предельные цены, установленные Приказа Министра здравоохранения РК от 5 августа 2021 года № ҚР ДСМ -77, ниже рыночных.

Также отсутствуют информационные системы, по которым можно было бы проверить действие прикладываемых поставщиками заключений.

В целях обеспечения доступности медицинской техники, рекомендуется утвердить перечень предельных цен на медицинскую технику с условием обеспечения конкурентной цены, а также систематизировать выдаваемые

заключения об анализе предельных цен на медицинскую технику, лекарственные средства и изделия медицинского назначения.

### **3.3.6. Отсутствие закрепления функции в Положении управлений здравоохранения.**

В соответствии с п.2 ст. 11 Закона РК «О биологической безопасности Республики Казахстан» МИО областей, городов республиканского значения, столицы в пределах в пределах компетенции, установленных законодательством Республики Казахстан: по вопросам гражданской защиты Республики Казахстан при локальных чрезвычайных ситуациях проводят мероприятия по предупреждению биологических угроз и ликвидации их последствий, которые обеспечиваются в рамках штабов чрезвычайных ситуаций, создаваемых в соответствии с действующим законодательством.

В результате анализа было установлено, что данная функция не включена в Положения управлений здравоохранения.

Соответственно, функция не выполняется.

Рекомендуется включить в Положения управлений здравоохранения функцию, установленную в п.2 ст. 11 Закона РК «О биологической безопасности Республики Казахстан».

### **3.3.7. Правовые коллизии в правовых актах, регламентирующих отношения по государственным услугам.**

Согласно результатам проведенного анализа, правовые коллизии установлены в правовых актах, регламентирующих отношения **по 4 государственным услугам:**

- 1) Выдача сертификата специалиста для допуска к клинической практике.
- 2) Выдача санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии объекта высокой эпидемической значимости нормативным правовым актам в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- 3) Выдача лицензии на фармацевтическую деятельность;
- 4) Регистрация прижизненного отказа или согласия на посмертное донорство органов (части органа) и (или) тканей (части ткани) в целях трансплантации;

Также установлены противоречия в закреплении прав и обязанностей получать обязательные профилактические прививки против инфекционных и паразитарных заболеваний.

#### ***1) Государственная услуга «Выдача сертификата специалиста для допуска к клинической практике».***

Стандарт данной государственной услуги в части требований по объему часов курсов повышения квалификации не приведен в соответствие с

приказом Министра здравоохранения РК от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-303/2020 и содержит требования, установленные в Приказе Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 ноября 2009 года № 691, утратившим силу приказом Министра здравоохранения РК от 21.12.2020 № ҚР ДСМ-303/2020.

В п.п.8) п.8 Стандарта государственной услуги для претендента с высшим, средним и послесредним медицинским образованием, осуществляющих клиническую практику установлено требование о представлении копии документа о прохождении повышения квалификации по заявляемой специальности за последние 5 лет на момент сертификации в общем объеме не менее 108 часов.

Специалист, имеющий перерыв трудовой деятельности по специальности более 5 лет, для получения сертификата проходит повышение квалификации по заявляемой специальности в общем объеме не менее 216 часов.

Согласно п.9. Приложения 1 к приказу Министр здравоохранения РК от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-303/2020, продолжительность программ дополнительного образования составляет от 2 кредитов (60 часов) до 9 кредитов (270 часов) для повышения квалификации, от 10 (300 часов) и более для сертификационных курсов. Один кредит равен 30 академическим часам.

В целях исключения коллизий при оказании государственной услуги «Выдача сертификата специалиста для допуска к клинической практике» рекомендуется привести стандарт государственной услуги в соответствие с приказом Министра здравоохранения РК от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-303/2020 в части требований по объему часов курсов повышения квалификации

**2) Государственная услуга «Выдача санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии объекта высокой эпидемиологической значимости нормативным правовым актам в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения».**

Согласно п.п.2) п.9 Стандарта данной государственной услуги основанием для отказа в оказании государственной услуги является «несоответствие представленных данных и сведений, необходимых для оказания государственной услуги требованиям, установленным нормативными правовыми актами в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, утвержденными согласно пункту 4 статьи 94 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения»».

В ходе анализа нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения установлены противоречия в части установления требований к санитарно-защитным зонам.

Согласно п.п.5) п.9 Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам по производству пищевой продукции (утверждены Приказом Министра здравоохранения РК от 28 апреля 2021 года № ҚР ДСМ -36) «допускается размещение: объектов малой мощности в жилых зданиях, во встроенных, пристроенных и встроено-пристроенных помещениях жилых зданий и зданиях гражданского назначения, при условии отсутствия вредного воздействия на человека факторов среды обитания и здоровью человека, наличии санитарно-эпидемиологического заключения на проект обоснования санитарно-защитной зоны на уровне нуля метров, соответствии документам нормирования и настоящим Санитарным правилам».

Но при этом согласно Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к санитарно-защитным зонам объектов, являющихся объектами воздействия на среду обитания и здоровье человека» (утверждены Приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 11 января 2022 года № ҚР ДСМ-2) минимальные размеры санитарной защитной зоны объектов устанавливается от 50 метров, при этом отсутствует классификатор на уровне нуля метров.

Данное противоречие может привести к необоснованному отказу в оказании государственной услуги.

В целях исключения коллизий при оказании государственной услуги «Выдача санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии объекта высокой эпидемической значимости нормативным правовым актам в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения» рекомендуется исключить противоречия в части требований к санитарно-защитным зонам между нормами Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам по производству пищевой продукции (утверждены Приказом Министра здравоохранения РК от 28 апреля 2021 года № ҚР ДСМ-36) и Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к санитарно-защитным зонам объектов, являющихся объектами воздействия на среду обитания и здоровье человека» (утверждены Приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 11 января 2022 года № ҚР ДСМ-2).

### **3) Государственная услуга «Выдача лицензии на фармацевтическую деятельность».**

По данной государственной услуге выявлены противоречия между Стандартом государственной услуги и требованиями Закона РК «О разрешениях и уведомлениях».

Согласно п.4 Стандарта, форма оказания государственной услуги – электронная, а в п.п.3) п.1 ст.20 Законе РК «О разрешениях и уведомлениях» у заявителя предусмотрено право выбирать электронную или бумажную форму заявления для получения разрешения и или приложения к нему или для направления уведомления, в законе все еще прописана альтернативная форма предоставления государственной услуги.

В приказе (МЗ РК от 16 мая 2022 года №ҚР ДСМ-45) предусмотрено согласование с органами СЭС на предмет соответствия услугополучателя требованиям, установленным нормативными правовыми актами на объекты высокой эпидемической значимости, а ППРК от 23.10.2018 года № 669 «О некоторых вопросах лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности» указано согласование эпидемически значимых объектов.

Руководствуясь Правилами оказания государственной услуги «Выдача лицензии на фармацевтическую деятельность» утвержденных приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 мая 2022 года №ҚР ДСМ-45 государственные органы на основании запроса услугодателя обязаны в течение 10 (десяти) рабочих дней направить ответ о соответствии или несоответствии услугополучателя предъявляемым при лицензировании или при осуществлении разрешительных процедур требованиям, в случаях когда проверка открывается на микро предпринимателей на 5 дней, предоставление ответа в течение 10 рабочих дней не представляется возможным, так как нужно закрыть проверку в базе ЕРСОП в течение пяти дней, а согласующий орган имеет право предоставить его позже. Данное несоответствие, может негативно отразиться при закрытии проверки в ЕРСОП.

Наряду с вышеуказанным выявлены коллизии по сумме оплаты, взимаемой с услугополучателя при оказании государственной услуги

В п.п.2) п.6 Стандарта государственной услуги размер оплаты, взимаемой с услугополучателя при оказании государственной услуги, и способы ее взимания за переоформление лицензии составляет 10 % от соответствующей ставки.

Вместе с тем в законодательстве отсутствует определение понятия «соответствующая ставка». Платежным шлюзом на портале выставляется платеж в размере 1 МРП.

На основании выводов о выявленных противоречиях между правовыми актами рекомендуется исключить коллизии:

– между п.п.3) п.1 Постановления Правительства Республики Казахстан от 23 октября 2018 года № 669, п.8. Правил оказания государственной услуги «Выдача лицензии на фармацевтическую деятельность» (приложение 1 к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 мая 2022 года № ҚР ДСМ-45) в части конкретизации объектов эпидемической значимости на которые требуется проведение согласования при выдаче лицензии на медицинскую и фармацевтическую деятельность;

– стандарте государственной услуги «Выдача лицензии на фармацевтическую деятельность» в части суммы оплаты, взимаемой с услугополучателя при оказании государственной услуги;

– устранить имеющиеся противоречия между п.п.3) п.1 ст.20 Закона РК «О разрешениях и уведомлениях» и п.4 Стандарта государственной услуги «Выдача лицензии на фармацевтическую деятельность» в части формы получения государственной услуги.



**4) *Государственная услуга «Регистрация прижизненного отказа или согласия на посмертное донорство органов (части органа) и (или) тканей (части ткани) в целях трансплантации».***

Согласно п.5 Правил дачи прижизненного волеизъявления человека на посмертное донорство органов (части органа) и (или) тканей (части ткани) и уведомления супруга (супруги) или одного из близких родственников об этом» (далее – Правила) (Приложение к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 год № ҚР ДСМ-308/2020) услугополучатель подает заявление о прижизненном отказе либо о прижизненном согласии на посмертное донорство органов в целях трансплантации.

Согласно п.5 Стандарта государственной услуги результатом услуги является справка о регистрации прижизненного отказа либо согласия на посмертное донорство органов.

Согласно п.3 ст.212 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» *«изъятие органов (части органа) и (или) тканей (части ткани) у посмертного донора для трансплантации не допускается, если медицинская организация на момент изъятия поставлена в известность о том, что данное лицо при жизни либо после его смерти иные лица, указанные в части второй настоящего пункта, заявили о своем несогласии на изъятие его органов (части органа) и (или) тканей (части ткани)»*

*В случае отсутствия прижизненного волеизъявления человека право письменно заявить о своем несогласии (согласии) на изъятие его органов (части органа) и (или) тканей (части ткани) для трансплантации имеют супруг (супруга), а при его (ее) отсутствии – один из близких родственников.».*

Таким образом, после смерти изъятие органов (части органа) и (или) тканей (части ткани) у посмертного донора для трансплантации допускается при наличии прижизненного согласия донора на посмертное донорство органов в целях трансплантации.

При наличии прижизненного согласия донора на посмертное донорство органов в целях трансплантации, согласие супруга (супруги) или одного из близких родственников изъятие органов (части органа) и (или) тканей (части ткани) у посмертного донора для трансплантации не требуется.

Вместе с тем, в соответствии с п.19. Правил - супруг (супруга), а при его (ее) отсутствии - один из близких родственников после их уведомления заявляют о своем несогласии или согласии на изъятие органов у умершего в письменной форме. При этом не устанавливается случаев, когда требуется такое согласие (несогласие).

В целях преодоления противоречий рекомендуется исключить коллизии между п.3 ст.212 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» и п.19 Правил дачи прижизненного волеизъявления человека на посмертное донорство органов (части органа) и (или) тканей (части ткани) и уведомления супруга (супруги) или одного из близких родственников об этом» (далее –

Правила) (Приложение к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 год № ҚР ДСМ-308/2020) в части не применения нормы о несогласии или согласии на изъятие органов у умершего в письменной форме от супруга (супруги), а при его (ее) отсутствии - одного из близких родственников при наличии прижизненного согласия на посмертное донорство органов в целях трансплантации.

### **3.3.8. Противоречия в закреплении прав и обязанностей получать обязательные профилактические прививки против инфекционных и паразитарных заболеваний.**

Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» допускает добровольное согласие на прививки (пп.18) п.1 ст.77) и обязательные профилактические прививки против инфекционных и паразитарных заболеваний (п.4 ст.85).

Согласно п.п.18) п.1 ст.77 Кодекса граждане РК имеют право на дачу информированного согласия или отказа на лечение и проведение других медицинских вмешательств, в том числе профилактических прививок.

Согласно п.4 ст. 85 Кодекса физические лица, постоянно находящиеся на территории Республики Казахстан, обязаны получать обязательные профилактические прививки против инфекционных и паразитарных заболеваний.

Согласно Постановлению Правительства №612 (п.1 Приложения 1 Постановления Правительства РК от 24 сентября 2020 года № 612 «Об утверждении перечня заболеваний, против которых проводятся обязательные профилактические прививки в рамках гарантированного объема медицинской помощи, правил, сроков их проведения и групп населения, подлежащих профилактическим прививкам») обязательные профилактические прививки проводятся после получения информированного согласия прививаемого лица на проведение вакцинации.

Обязательство, установленное в п.4 ст. 85 Кодекса не предполагает оснований для отказа в получении обязательных профилактических прививок.

К примеру, в законодательстве РК наряду с правом граждан отказаться в проведение медицинских вмешательств, установлены требования при проведении вакцинации.

Вакцинации не подлежат лица, имеющие постоянные и временные медицинские противопоказания к профилактическим прививкам.

Кроме того, в соответствии с приказом министра здравоохранения РК №484 от 17 июня 2004 года «О работе с вакцинами и другими медицинскими иммунобиологическими препаратами», прививки детям и подросткам делаются после предварительного оповещения родителей. В случае отказа родители могут проинформировать об этом медицинского работника учебного заведения, где обучается их ребенок. Отказ от профилактических прививок оформляется письменно в медицинской документации.

Таким образом, вышеприведенные нормы Кодекса содержат явные противоречия.

В этой связи, необходимо исключить противоречие между п.п.18) п.1 ст.77 и п.4 ст.85 Кодекса путем внесения в п.4 ст.85 Кодекса оснований для отказа от профилактических прививок против инфекционных и паразитарных заболеваний по аналогии с п.1 Приложения 1 Постановления Правительства РК от 24 сентября 2020 года № 612 с включением всех оснований для отказа в проведении профилактических прививок против инфекционных и паразитарных заболеваний, установленных в законодательстве РК.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Результаты проведенного анализа свидетельствуют о необходимости корректировки государственной политики в сфере здравоохранения.

Наличие бюрократических процедур и барьеров не способствовали эффективности и результативности принимаемых решений.

Уровень невыполнения министерством основных целевых индикаторов Плана развития отрасли по итогам 2021 года составил - 66,7 %.

Министерство по трем показателям эффективности деятельности государственного органа не достигло ни одного результата с высокой степенью эффективности.

Не достигнуты показатели по снижению младенческой и материнской смертности, смертности от болезней системы кровообращения, продолжительности жизни, уровню удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинских услуг, уровню инвестиций в основной капитал в здравоохранении.

По причине наличия бюрократических процедур и ненадлежащего выполнения функций не освоение бюджета по итогам 2021 года по министерству здравоохранения составило 7 447,1 млн. тенге

По результатам проведенного анализа установлен комплекс проблем и условий, способствующих бюрократизации управленческой деятельности государственного аппарата и организационной структуры в сфере здравоохранения.

Среди них:

- наличие условий и необходимости изменения подведомственности компетенций или передачи функций в конкурентную среду;
- наличие большого количества вспомогательных служб и лиц, работающих по трудовому договору;
- неоправданное делегирование полномочий и необоснованная передача принятия решений и согласований на вышестоящий уровень и коллегиальным органам, отсутствие персональной ответственности;
- наличие излишних, неоправданных и дублирующих функций, отчетности, поручений, согласований и совещаний.

Наряду с вышеуказанными проблемами установлены функции, свидетельствующие о бюрократической, громоздкой структуры министерства здравоохранения, ведомств, субъектов квазигосударственного сектора, препятствующих эффективному их функционированию, а также условия для нерационального распределения кадрового потенциала.

Выявлены системные проблемы, не способствующие удовлетворению требований и запросов граждан в таких наиболее чувствительных вопросах в сфере здравоохранения как стратегическое планирование; обеспечение медицинскими кадрами и уровня их квалификации; обеспечение лекарственными средствами и медицинскими изделиями; доставка

лекарственных средств в населенные пункты ниже районного уровня; сроки ожидания оказания медицинских услуг (медицинской помощи); система квотирования бесплатной медицинской помощи.

Среди основных системных проблем, связанных с невыполнением запросов и потребностей общества и граждан следует указать на наличие сложных, многоэтапных внутренних процедур и «излишних звеньев» при оказании медицинских услуг (медицинской помощи), ненадлежащее правовое регулирование и недостатки в работе информационных систем, наличие наибольшей доступности и приоритетности оказания платных услуг в медицинских организациях, оказывающих услуги в рамках ГОБМП и системе ОСМС, разный уровень доступности к медицинским услугам, медицинской помощи, лекарственным средствам на селе и в городе, отсутствие доступной и полной информации о медицинских услугах, оказываемых в рамках ГОБМП, системе ОСМС, а также платных услугах.

В целях исключения условий, способствующих бюрократизации управленческой деятельности государственного аппарата и организационной структуры в сфере здравоохранения по всему комплексу выявленных проблем сформировано 89 рекомендаций, имеющих правовой, организационный, институциональный и финансовый характер.

Среди них:

- перечень из 13 компетенций, рекомендованных для изменения подведомственности и передачи в конкурентную среду;
- рекомендации по решению системных проблем в вопросах обеспечения лекарственными средствами и медицинскими изделиями;
- рекомендации по решению системных проблем, не способствующих удовлетворению требований и запросов граждан в таких наиболее чувствительных вопросах в сфере здравоохранения как сроки ожидания оказания медицинских услуг (медицинской помощи), система квотирования бесплатной медицинской помощи, обеспечение медицинскими кадрами и уровня их квалификации.
- перечень из 29 компетенций, рекомендованных для полного или частичного перераспределения между вышестоящими и нижестоящими государственными органами (18 компетенций Правительства в МЗ; 7 компетенций МЗ в МИО; 2 компетенция КМФК и 1 компетенция КСЭК в МИО областей, городов республиканского значения (столицы); 1 компетенция МИО областей, городов республиканского значения (столицы) в МИО районов (городов областного значения)).

Результаты анализа, проведенного в рамках раздела «Сервисная и клиентоориентированная деятельность государственного аппарата», позволили установить круг проблем и условий, не способствующих формированию сервисной, клиентоориентированной модели государственного аппарата.

Среди них:

- не применение при оказании государственных услуг в сфере здравоохранения проактивных форм, а также формы оказания услуг по «одному» заявлению;
- наличие лишних звеньев и участников при получении медицинских услуг у профильных специалистов;
- наличие лишних звеньев и участников при проведении медицинского освидетельствования граждан Республики Казахстан в интересах воинской службы;
- наличие лишних звеньев и участников при оказании государственной услуги «Выдача лицензии на медицинскую деятельность».
- наличие лишних звеньев и участников при получении больничных листов;
- отказ в оказании государственной услуги по формальным основаниям;
- наличие лишних звеньев и участников при прижизненном донорстве органа (части органа) и (или) тканей (части ткани);
- наличие условий замедляющих трансферт технологий в системе здравоохранения.

Наряду с вышеуказанным установлены:

- 3 государственные услуги, оказываемые услугодателями при наличии барьера удаленности от услугополучателя от 20 и более 100 км;
- 2 государственные услуги, отсутствующие на портале «электронного правительства»;
- 1 государственная услуга, не доступная на портале «электронного правительства» для жителей областей Абай, Жетісу, Ұлытау;
- 5 государственных услуг, по которым отсутствует возможность подать заявление;
- проблемы и недостатки, требующие внедрения информационной платформы и/или цифровых решений (при собирании показателей (отраслевых данных) по 56 видам отчетов; при формировании 54 отчетов; при оказании 3 государственных услуг (Выдача справки о допуске к управлению транспортным средством; Прием и рассмотрение документов о целесообразности направления граждан Республики Казахстан на лечение за рубеж и (или) привлечения зарубежных специалистов для проведения лечения в отечественных медицинских организациях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи; Выдача документов о прохождении повышения квалификации и сертификационных курсов кадров отрасли здравоохранения); при приеме пациентов; при заполнении структурами департаментов КСЭК эпидемиологических карт; при оказании услуг Филиалами РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы» КСЭК МЗ РК; при приостановления действия разрешительного документа; при документообороте в территориальных подразделениях департаментов КСЭК; при подачи бюджетной заявки; при документообороте между управлениями

здравоохранения и подведомственными организациями; при выписке рецептов;

- 192 государственных органа в 6 МИО, не обеспечивающие «доступную среду для инвалидов» при оказании государственных услуг;
- 61,6 % услугополучателей, испытывавших сложности в процессе получения государственных услуг.

В целях формирования сервисной, клиентоориентированной модели государственного управления по всему комплексу выявленных проблем сформировано 39 рекомендации, имеющих правовой, организационный, институциональный и финансовый характер.

Среди них:

- 11 компетенций, рекомендованных для изменения подведомственности и передачи в конкурентную среду;
- 28 компетенций, рекомендованных для полного или частичного перераспределения между вышестоящими и нижестоящими государственными органами (18 компетенций Правительства в МЗ; 6 компетенций МЗ в МИО; 2 компетенция КМФК и 1 компетенция КСЭК в МИО областей, городов республиканского значения (столицы); 1 компетенция МИО областей, городов республиканского значения (столицы) в МИО районов (городов областного значения));
- 14 государственных услуг, рекомендованных для перевода в проактивный формат;
- 10 государственных услуг и 4 административных процедур, рекомендованных для перевода в композитный формат;
- четыре проекта «Институт семейного врача», «Клиентоориентированные медицинские услуги (медицинская помощь)», «Электронная оценка качества оказания медицинских услуг (медицинской помощи)», «е-финансирование», рекомендованных к реализации.

Результаты анализа, проведенного в рамках раздела «Устранение административных барьеров, недостатков правового регулирования и информационных систем», позволили установить круг проблем и условий, не способствующих совершенствованию правового регулирования и информационных систем.

Среди них:

- завышенные правовые требования в отношении субъектов в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий;
- несовершенство системы финансового планирования деятельности организаций ПСМП;
- несовершенство линейной шкалы при финансировании медицинских организаций;
- излишний разрешительный контроль со стороны Департаментов КМФК при выдаче лицензии и (или) приложения к лицензии в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров;

- отсутствие на национальном уровне единой платформы, интегрирующей из разных источников медицинскую информацию по конкретному пациенту;
- преобладающее применение информационных систем для определенных внутренних задач медицинской организации (ведение документации, статистики, бухгалтерия, учет и т.д.);
- отсутствие интеграции между информационными системами;
- преобладающий «ручной» характер внесения учетных/отчетных данных в информационных системах;
- отсутствие единых требований к стандартизации бизнес-процессов в комплексных медицинских информационных системах (КМИС или МИС) (отсутствие возможности объективно оценить качество МИС);
- широкий круг проблем, связанных с использованием МИС;
- дублирование информации в информационных системах, вследствие недоступности данных из одной информационной системы для другой;
- разрозненность ввода и сбора информации с учетом различных МИС, которые между собой не связаны;
- несоответствие реализованных бизнес-процессов в МИС нормам обновленных приказов МЗ, в том числе несвоевременное обновление МИС по формам учетных медицинских документов;
- наличие большого количества технических сбоев и «зависаний» информационных систем»;
- трудности полноценного отражения фактически оказанных услуг в информационных системах, в том числе при передачи данных на оплату в ФСМС;
- ограниченные возможности получения консолидированной информации, необходимой для свода данных на уровне регионов или по республике в целом;
- не высокая востребованность информационных систем, находящихся на балансе министерства;
- мнимая автоматизация при использовании МИС;
- недостатки информационных систем при формировании предельных цен на лекарственные средства;
- отсутствие в филиалах ФСМС удалённого доступа к необходимым информационным системам;
- отсутствие самостоятельной информационной системы, консолидирующей в себе данные пациентов, отчетные и статистические данные в санитарно-эпидемиологической сфере;
- медленная скорость Интернета, невозможность качественной цифровой коммуникации;



– использование компьютерного парка, не соответствующего требованиям к унифицированному рабочему месту.

По результатам проведенного анализа установлены правовые пробелы в правовых актах, регламентирующих отношения при оказании государственных услуг по 10 государственным услугам, правовые коллизии по 4 государственным услугам, отсутствие утвержденных форм по 25 видам отчетов, ненадлежащий правовой механизм при проведении внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи), отсутствие перечня предельных цен на медицинскую технику и др.

В целях устранения административных барьеров, недостатков правового регулирования и информационных систем по всему комплексу выявленных проблем по третьему разделу анализа сформирована 51 рекомендация.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### ПРИЛОЖЕНИЕ 1

#### Перечень компетенций Правительства, рекомендованных для передачи в министерство здравоохранения

№ / №	Наименование компетенции Правительства, рекомендованной для передачи в МЗ	Обоснование
<b>Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»</b>		
1.	разрабатывает основные направления государственной политики в области здравоохранения (п.п.1) ст.6 Кодекса)	формирование и реализация гос.политики в области здравоохранения осуществляется МЗ. При этом, Правительство разрабатывает основные направления гос.политики. В целях реализации унификации
2.	определяет порядок закупа услуг по хранению и транспортировке лекарственных средств и медицинских изделий, услуг по учету и реализации лекарственных средств и медицинских изделий единым дистрибьютором в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, дополнительного объема медицинской помощи для лиц, содержащихся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы, за счет бюджетных средств и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования (п.п.4) ст.6 Кодекса)	Постановление Правительства РК от 9 февраля 2021 года №47. Формирование и реализация гос.политики в области здравоохранения осуществляется МЗ. При этом, Правительство разрабатывает основные направления гос.политики
3.	определяет порядок, виды и объем медицинской помощи населению при чрезвычайных ситуациях, введении режима чрезвычайного положения (п.п.2) ст.6 Кодекса)	Постановление Правительства РК от 26 ноября 2020 года №796. В целях повышения эффективности и оперативности принятия решений в гос.аппарате, исключения излишней законодательной регламентации деятельности исполнительной власти, сокращения документооборота и отчетности, повышения самостоятельности и персональной ответственности руководителей гос.органов согласно Указу Президента РК от 13 апреля 2022 года № 872 «О мерах по

		дебюрократизации деятельности государственного аппарата».
4.	определяет порядок организации и проведения закупок лекарственных средств, медицинских изделий и специализированных лечебных продуктов в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, дополнительного объема медицинской помощи для лиц, содержащихся в следственных изоляторах и учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы, за счет бюджетных средств и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования, фармацевтических услуг (п.п.3) ст.6 Кодекса)	Постановление Правительства РК от 4 июня 2021 года №375. В целях повышения эффективности и оперативности принятия решений в гос.аппарате, исключения излишней законодательной регламентации деятельности исполнительной власти, сокращения документооборота и отчетности, повышения самостоятельности и персональной ответственности руководителей гос.органов согласно Указу Президента РК от 13 апреля 2022 года № 872 «О мерах по дебюрократизации деятельности государственного аппарата».
5.	определяет перечень сильнодействующих веществ, оказывающих вредное воздействие на жизнь и здоровье человека (п.п.6) ст.6 Кодекса)	Постановление Правительства РК от 10 июня 2021 года №396. Формирование и реализация гос.политики в области здравоохранения осуществляется МЗ. При этом, Правительство разрабатывает основные направления гос.политики.
6.	определяет единого дистрибьютора (п.п.7) ст.6 Кодекса)	Постановление Правительства РК от 9 февраля 2021 года №48. Формирование и реализация гос.политики в области здравоохранения осуществляется МЗ. При этом, Правительство разрабатывает основные направления гос.политики.
7.	определение случаев ввоза на территорию Республики Казахстан в качестве гуманитарной помощи лекарственных средств и медицинских изделий, не прошедших государственную регистрацию в Республике Казахстан (п.п.5) ст.6 Кодекса)	Постановление Правительства РК от 14 октября 2020 года №662. В целях повышения эффективности и оперативности принятия решений в гос.аппарате, исключения излишней законодательной регламентации деятельности исполнительной власти, сокращения документооборота и отчетности, повышения самостоятельности и персональной ответственности руководителей гос.органов согласно Указу Президента РК от 13 апреля 2022 года № 872 «О мерах по дебюрократизации деятельности государственного аппарата».

8.	определяет национального оператора в области здравоохранения, его функции и полномочия (п.п.8) ст.6 Кодекса)	Постановление Правительства РК от 10 июня 2021 года №723. формирование и реализация гос.политики в области здравоохранения осуществляется МЗ. При этом, Правительство разрабатывает основные направления гос.политики.
9.	определяет функционального оператора в области здравоохранения (п.4 ст.66 Кодекса)	Функциональный оператор в области здравоохранения определяется Правительством для осуществления деятельности, связанной с функциональным обслуживанием объекта концессии. В настоящее время не определён. Формирование и реализация государственной политики в области здравоохранения осуществляется МЗ. При этом, Правительство разрабатывает основные направления государственной политики.
10.	Перечень гарантированного объема бесплатной медицинской помощи утверждается Правительством Республики Казахстан (п.1 ст.196 Кодекса)	Формирование и реализация государственной политики в области здравоохранения осуществляется МЗ. При этом, Правительство разрабатывает основные направления государственной политики.
<b>ЗРК «Об обязательном социальном медицинском страховании»</b>		
11.	определяет перечень финансовых инструментов для инвестирования активов фонда (п.п.3) ст.10)	Формирование и реализация гос.политики в области здравоохранения осуществляется МЗ. При этом, Правительство разрабатывает основные направления гос.политики. Рекомендация направлена на повышение эффективности и оперативности принятия решений в гос.аппарате, исключения излишней законодательной регламентации деятельности исполнительной власти, сокращения документооборота и отчетности, повышения самостоятельности и персональной ответственности руководителей гос.органов согласно Указу Президента РК от 13 апреля 2022 года № 872 «О мерах по де бюрократизации деятельности государственного аппарата».
12.	устанавливает нормы и лимиты, обеспечивающие финансовую устойчивость фонда (п.п.5) ст.10)	
13.	устанавливает размер резерва фонда на покрытие непредвиденных расходов (п.п.4) ст.10)	
14.	определяет порядок формирования и использования резерва фонда на покрытие непредвиденных расходов (п.п.5-1) ст.10)	
15.	Ежегодное установление величины процентной ставки комиссионного вознаграждения фонда не выше предельной величины, установленной Правительством Республики Казахстан, но не более двух раз в год (п.п.5) ст.11)	Согласно п.11 ст.19 ЗРК «Об обязательном социальном медицинском страховании» (далее- Закон об ОСМС) Фонд социального медицинского страхования (далее – Фонд)

		<p>осуществляет свою деятельность за счет комиссионного вознаграждения, получаемого от активов Фонда.</p> <p>В силу подпункта 3) статьи 1 Закона об ОСМС Фонд – некоммерческая организация, производящая аккумуляцию отчислений и взносов, а также осуществляющая закуп и оплату услуг субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в объемах и на условиях, предусмотренных договором закупы медицинских услуг, и иные функции, определенные законами Республики Казахстан.</p> <p>Виды деятельности, права и обязанности Фонда ограничены Законом об ОСМС. Комиссионное вознаграждение является единственным источником доходов, за счет которого Фонд полностью отвечает по обязательствам, возникшим в ходе текущей деятельности.</p> <p>До установления предельной величины, Фонд испытывает риски ликвидности для покрытия расходов по операционной деятельности.</p> <p>В целях исключения финансовой несостоятельности Фонда предлагается за Правительством РК оставить компетенцию по установлению предельной величины комиссионного вознаграждения, а <u>компетенцию по установлению размера ежегодной величины процентной ставки</u> наделить уполномоченный орган в области здравоохранения.</p>
16.	утверждает перечень медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования (п.п.1) ст.10)	Рекомендуется за Правительством оставить межведомственное взаимодействие
<b>ЗРК «О биологической безопасности Республики Казахстан»</b>		
17.	утверждение критериев отнесения патогенных биологических агентов к вызывающим особо опасные инфекционные заболевания и перечня патогенных биологических агентов с учетом классификации патогенных биологических агентов по патогенности и степени опасности (п.п.3) ст.8 ЗРК)	формирование и реализация гос.политики в области здравоохранения осуществляется МЗ. При этом, Правительство разрабатывает основные направления гос.политики.
18.	разработка основных направлений государственной политики в области биологической безопасности и организация их осуществления (п.п.1) ст.8 ЗРК)	Оставить за Правительством, межведомственное взаимодействие гос. органов: МЗ, МСХ, СГО, МОН и другие. Всего 13 гос. органов

Перечень компетенций министерства здравоохранения, рекомендованных для полной или частичной передачи МИО

№/№	Форма передачи (полная, частичная)	Наименование компетенции МЗ	Наименование компетенции, передаваемой МИО	Обоснование
<b>Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»</b>				
1.	полная	организует проведение профилактических прививок населению (п.п.3) ст.7 Кодекса)	организует проведение профилактических прививок населению	формирование и реализация гос.политики в области здравоохранения осуществляется МЗ. МИО реализуют гос.политику в области здравоохранения на территории соответствующей административно-территориальной единицы
2.	частичная	осуществляет координацию и мониторинг деятельности по вопросам корпоративного управления в государственных юридических лицах в области здравоохранения (п.п.27) ст.7 Кодекса)	осуществляет координацию и мониторинг деятельности по вопросам корпоративного управления в государственных юридических лицах в области здравоохранения <b>на соответствующих административно-территориальных единицах, за исключением организаций, подведомственных уполномоченному органу</b>	
3.	частичная	осуществляет деятельность по формированию, мониторингу реализации и оценке результатов государственного социального заказа в области охраны здоровья граждан для неправительственных организаций, в том числе для ключевых групп населения; (п.п.97) ст.7 Кодекса)	осуществляет деятельность по формированию, мониторингу реализации и оценке результатов государственного социального заказа в области охраны здоровья граждан для неправительственных организаций, в том числе для ключевых групп населения, <b>за исключением организаций, подведомственных уполномоченному органу</b>	В целях децентрализации между уровнями государственного управления и повышения властных полномочий и ответственности МИО. МИО реализуют гос.политику в области здравоохранения на территории соответствующей административно-территориальной единицы.
<b>ЗРК «О специальных социальных услугах»</b>				

4.	полная	обеспечивает ведение мониторинга по предоставлению специальных социальных услуг в области здравоохранения <b>(п.п.3) ст.8-1 ЗРК)</b>	обеспечивает ведение мониторинга по предоставлению специальных социальных услуг в области здравоохранения	В целях децентрализации между уровнями государственного управления и повышения властных полномочий и ответственности МИО
5.		обеспечивает проведение анализа потребностей населения в специальных социальных услугах в области здравоохранения <b>(п.п.3) ст.8-1 ЗРК)</b>	обеспечивает проведение анализа потребностей населения в специальных социальных услугах в области здравоохранения	
6.		осуществляет координацию деятельности организаций здравоохранения в сфере предоставления специальных социальных услуг в области здравоохранения <b>(п.п.4) ст.8-1 ЗРК)</b>	осуществляет координацию деятельности организаций здравоохранения в сфере предоставления специальных социальных услуг в области здравоохранения	

### ПРИЛОЖЕНИЕ 3

**Перечень компетенций Комитета медицинского и фармацевтического контроля министерства здравоохранения РК, рекомендованных для полной или частичной передачи МИО областей, городов республиканского значения (столицы).**

№/№	Наименование компетенции КМФК	Обоснование
<b>Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»</b>		
1.	осуществляет лицензирование медицинской деятельности, за исключением судебно-медицинской, судебно-наркологической, судебно-психиатрической экспертиз, в соответствии с Законом Республики Казахстан «О разрешениях и уведомлениях» (п.п.5) ст.8 Кодекса)	КМФК реализует гос.политику в сфере оказания мед.услуг (помощи), разрабатывает и утверждает в пределах своей компетенции правовые акты и формы учетной и отчетной документации в сфере оказания мед.услуг (помощи), осуществляет гос.контроль в сфере оказания мед.услуг (помощи). Совмещение функций лицензирования и государственного контроля в одном государственном органе (ведомстве) создает условия для конфликта интересов. МИО реализуют гос.политику в области здравоохранения на территории соответствующей административно-территориальной единицы
2.	осуществляет лицензирование видов фармацевтической деятельности, указанных в подпунктах 1), 2), 3), 4), 5) и 7) статьи 230 настоящего Кодекса	

### ПРИЛОЖЕНИЕ 4.

**Перечень компетенций Комитета санитарно-эпидемиологического контроля министерства здравоохранения РК, рекомендованных для полной передачи МИО областей, городов республиканского значения (столицы)**

№/№	Наименование компетенции КСЭК	Обоснование
<b>Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»</b>		
1.	организует гигиеническое обучение населения (п.п.16) ст.9 Кодекса)	КСЭК реализует гос.политику в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, осуществляет санитарно-эпидемиологический мониторинг, осуществляет гос.контроль и надзор в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения МИО реализуют гос.политику в области здравоохранения на территории соответствующей административно-территориальной единицы



**Перечень компетенций МИО областей, городов республиканского значения (столицы),  
рекомендованных для передачи МИО районов (городов областного значения).**

№/ №	Наименование компетенции МИО областей, городов республиканского значения (столицы)	Обоснование
<b>ЗРК «Об обязательном социальном медицинском страховании»</b>		
2.	обеспечивают реализацию прав граждан Республики Казахстан, кандасов, а также иностранцев и лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории Республики Казахстан, на медицинскую помощь в системе обязательного социального медицинского страхования (п.п.1) ст.12 ЗРК)	МИО реализуют гос.политику в области здравоохранения на территории соответствующей административно-территориальной единицы

Отчетность в сфере здравоохранения

№/№	Наименование отчета	Круг лиц, представляющих отчет	Круг лиц, принимающих отчет	Периодичность
1.	об отдельных инфекционных и паразитарных заболеваниях	Районные и городские Управления СЭК, областные Департаменты СЭК, филиал "НПЦСЭЭМ" РГП на ПХВ "НЦОЗ" МЗ	КСЭК	ежемесячно
2.	о результатах лабораторного исследования крови методом иммуноферментного анализа на вирус иммунодефицита человека (ВИЧ – инфекцию)	ОЗ районов, областей, города республиканского значения и столицы	МЗ	ежемесячно
3.	о движении вакцин и других иммунобиологических препаратов	АПО системы здравоохранения, негосударственные медицинские организации (подразделения) организации (подразделения) других гос.органов, оказывающие мед помощь детям, подросткам и взрослым, фельдшерско-акушерские пункты сельской местности, районные, городские больницы и (или) поликлиники, областные УЗ, филиал "НПЦСЭЭМ" РГП на ПХВ "НЦОЗ" МЗ	КСЭК	ежемесячно
4.	об охвате профилактическими прививками			
5.	о количестве проведенных телемедицинских консультаций и сеансов видеоконференцсвязи	ОЗ районов, областей, города республиканского значения и столицы	МЗ	ежемесячно
6.	об использовании коечного фонда медицинских организаций, оказывающих стационарную и стационарозамещающую помощь			
7.	о числе заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни установленным диагнозом			
8.	о движении медицинских и фармацевтических кадров			

9.	об отдельных инфекционных и паразитарных заболеваниях	Районные и городские Управления СЭК, областные Департаменты СЭК, филиал "НПЦСЭЭМ" РГП на ПХВ "НЦОЗ" МЗ	КСЭК	ежегодно
10.	о больных и заболеваниях злокачественными новообразованиями	ОЗ районов, областей, города республиканского значения и столицы	МЗ	ежегодно
11.	о больных туберкулезом			
12.	об инфекциях, передающихся преимущественно половым путем и кожных заболеваниях			
13.	о заболеваниях и контингентах больных психическими и поведенческими расстройствами			
14.	о заболеваниях и контингентах больных психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ			
15.	о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания медицинской организации и контингентах больных			
16.	о контингентах больных, выбывших из стационара			
17.	о медицинских и фармацевтических кадрах	Областные филиалы "НЦЭ", районные и городские Управления СЭК, областные Департаменты СЭК, отделенческие управления СЭК, областные Департаменты СЭК на транспорте, филиал "НПЦСЭЭМ" РГП на ПХВ "НЦОЗ" МЗ	КСЭК	ежегодно
18.	о деятельности санитарно-эпидемиологической службы Республики Казахстан			
19.	отчет организации здравоохранения	ОЗ районов, областей, города республиканского значения и столицы	МЗ	ежегодно
20.	о медицинской помощи детям			
21.	о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам			
22.	отчет организации скорой медицинской помощи			
23.	отчет фельдшерско-акушерского, фельдшерского, медицинского пункта и медицинского работника без содержания отдельного помещения			

24.	отчет специализированного санатория			
25.	о штатных должностях центра формирования здорового образа жизни, дезинфекционной станции, республиканского центра развития здравоохранения и их территориальных филиалов			
26.	о сети и деятельности организаций здравоохранения			
27.	по детской инвалидности			
28.	о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин			

Реестр показателей (отраслевых данных)

№ п/п	Наименование показателей (отраслевых данных)	Код отчета	Государственные органы, собирающие показатели (отраслевые данные)	Форма формирования показателей (автоматически/вручную)
1.	Количество оказанных дистанционных медицинских услуг (в том числе телемедицинских консультаций и сеансов видеоконференцсвязи)	050004	МЗ	автоматически
2.	% детей, охваченных профилактическими осмотрами (0-17 лет включительно)	050014	МЗ	вручную
3.	% детей, охваченных скрининговыми исследованиями (0-6)	050015	МЗ	вручную
4.	% детей первого года жизни, охваченных патронажным наблюдением	050016	МЗ	вручную
5.	Доля оказанных мер социальной поддержки выпускникам ВУЗов, НИИ, НЦ в разрезе регионов республики	050017	МЗ	вручную
6.	Штатное количество медицинских и фармацевтических кадров	050018	МЗ	автоматически
7.	Доля трудоустроенных выпускников в разрезе регионов республики	050020	МЗ	вручную
8.	Отчет о движении медицинских и фармацевтических кадров в количественном выражении	050036	МЗ	автоматически
9.	Выдача согласования и (или) заключения (разрешительного документа) на ввоз (вывоз) зарегистрированных и не зарегистрированных в Республике Казахстан лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники	050025	МЗ	вручную
10.	Количество медицинских организаций по организационно-правовым формам (КГУ, КГКП, КГП на ПХВ с НС, КГП на ПХВ без НС )	050026	МЗ	вручную
11.	Количество конкурсов на членов НС	050026	МЗ	вручную
12.	Количество созданных служб внутреннего аудита в ГП на ПХВ	050026	МЗ	вручную
13.	Количество проведенных оценок членов НС	050026	МЗ	вручную
14.	Количество сайтов в МО	050026	МЗ	вручную

15.	Доля обеспеченных рецептов от выписанных на ЛС и МИ в рамках ГОБМП и ОСМС на амбулаторном уровне	050031	МЗ	автоматически
16.	Доля местного содержания при проведении закупок ЛС на региональном уровне	050032	МЗ	вручную
17.	Количество информации по повышению качества медицинского обслуживания населения в рамках системы обязательного социального медицинского страхования, а также разъяснению механизмов ее реализации	050006	МЗ	вручную
18.	оснащенность медицинской техникой (КТ, МРТ, ПЭТ) <i>(количество на отчетный период)</i>	050006	МЗ	вручную
19.	Закуп медицинской техники <i>(план закупа, тыс.тенге)</i>	050006	МЗ	вручную
20.	Закуп медицинской техники <i>(факт закупа, тыс.тенге)</i>	050006	МЗ	вручную
21.	Закуп медицинской техники <i>(% исполнения)</i>	050006	МЗ	вручную
22.	% износа медицинской техники <i>(по данным ИС СУМТ)</i>	050006	МЗ	вручную
23.	деятельность передвижных медицинских комплексов <i>(план оказываемых услуг, тыс.тенге)</i>	050006	МЗ	вручную
24.	деятельность передвижных медицинских комплексов <i>(факт оказанных услуг, тыс.тенге)</i>	050006	МЗ	вручную
25.	деятельность передвижных медицинских комплексов <i>(% исполнения)</i>	050006	МЗ	вручную
26.	ЦАХ <i>(план оказываемых услуг, тыс.тенге)</i>	050006	МЗ	вручную
27.	ЦАХ <i>(факт оказанных услуг, тыс.тенге)</i>	050006	МЗ	вручную
28.	ЦАХ <i>(% исполнения)</i>	050006	МЗ	вручную
29.	эффективность развития АХ - сроки ожидания плановой госпитализации в КС <i>(до 10 дней)</i>	050006	МЗ	вручную
30.	эффективность развития АХ - сроки ожидания плановой госпитализации в КС <i>(до 30 дней)</i>	050006	МЗ	вручную
31.	эффективность развития АХ - сроки ожидания плановой госпитализации в КС <i>(свыше 30 дней)</i>	050006	МЗ	вручную
32.	служба поддержки пациентов и внутреннего аудита <i>(количество субъектов)</i>	050006	МЗ	вручную
33.	служба поддержки пациентов и внутреннего аудита <i>(количество штатных единиц)</i>	050006	МЗ	вручную
34.	служба поддержки пациентов и внутреннего аудита <i>(из них занято)</i>	050006	МЗ	вручную
35.	служба поддержки пациентов и внутреннего аудита <i>(количество обращений)</i>	050006	МЗ	вручную
36.	служба поддержки пациентов и внутреннего аудита <i>(из них рассмотрено)</i>	050006	МЗ	вручную
37.	всего планируемых информационно-разъяснительной работой с населением	050007	МЗ	вручную

38.	планируемое количество Мероприятий ( <i>встречи</i> )	050007	МЗ	вручную
39.	планируемое количество Мероприятий ( <i>обучение</i> )	050007	МЗ	вручную
40.	планируемое количество Мероприятий ( <i>консультации</i> )	050007	МЗ	вручную
41.	встречи всего, количество	050007	МЗ	вручную
42.	встречи всего, охват человек	050007	МЗ	вручную
43.	в т.ч. РПП "Атамекен" (не менее 2р/мес.)	050007	МЗ	вручную
44.	в т.ч. работодатели (не менее 2р/мес.)	050007	МЗ	вручную
45.	в т.ч. работники (не менее 2р/мес.)	050007	МЗ	вручную
46.	в т.ч. профсоюзы (не менее 2р/мес.)	050007	МЗ	вручную
47.	в т.ч. НПО (не менее 2р/мес.)	050007	МЗ	вручную
48.	в т.ч. МСБ (не менее 2р/мес.)	050007	МЗ	вручную
49.	в т.ч. другие (не менее 2р/мес.)	050007	МЗ	вручную
50.	количество обучении	050007	МЗ	вручную
51.	количество обученных человек	050007	МЗ	вручную
52.	консультации, человек	050007	МЗ	вручную
53.	розданная полиграфическая продукция, к-во	050007	МЗ	вручную
54.	QR коды о проверке статуса застрахованности в общественных местах, кол-во точек	050007	МЗ	вручную
55.	Размещение информационных стендов, билбордов, всего, кол-во точек	050007	МЗ	вручную
56.	в т.ч. размещение информационных стендов в МО (количество МО)	050007	МЗ	вручную
57.	в т.ч. размещение стендов в общественных организациях (ЦОНЫ, Казпочта, ТД, общ.транспорт - КОЛ-ВО МЕСТ)	050007	МЗ	вручную
58.	в т.ч. билборды на улицах и дорогах	050007	МЗ	вручную
59.	размещение аудиороликов, кол-во мест ротации	050007	МЗ	вручную
60.	размещение видеороликов, к-во мест ротации	050007	МЗ	вручную

Реестр отчетов

№ п/п	Код отчета	Наименование отчета	Наличие утвержденной формы (есть/нет)	Государственные органы, собирающие отчет	Государственные органы, предоставляющие отчет	Пользователи отчета	Периодичность	Наименование регламентирующего документа	Наименование информационной системы, формирующей отчет, либо указание на ее отсутствие
1.	030001	План первоочередных мер в области прав человека	есть	МЮ	МИД, АСПР, МТСЗН, МВД, МЗ, ГП, ВС, МИОР, МНЭ, МЦРИАП, МЮ	КПМ	2 раза в год (на полугодовой основе) 1) 15 июля 2) 5 января	Постановление Правительства РК от 11 июня 2021 года № 405 «Об утверждении Плана первоочередных мер в области прав человека»	Отсутствует
2.	030007	План дальнейших мер в области прав человека и верховенства закона	Есть	МЮ	МИОР, МТСЗН, МВД, МЗ, ВС, ГП, МЦРИАП, НЦПЧ, АСПР, МНЭ, ЦИК, МИД, МОН, АПК, МИИР, МЧС, МФ, МЭ, акиматы	КПМ	2 раза в год (на полугодовой основе) 1) 15 июля 2) 5 января	Постановления Правительства Республики Казахстан «Об утверждении Плана дальнейших мер в области прав человека и верховенства закона» от 28апреля 2022 года № 258.	Отсутствует



					городов Нур-Султан, Алматы, Шымкент и областей.				
3.	050001	Отчет об отдельных инфекционных и паразитарных заболеваниях (индекс: 1-ОИПЗ)	Есть	МЗ	районные и городские Управления СЭК, областные Департаменты СЭК, филиал "Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга" РГП на ПХВ "Национальный центр общественного здравоохранения" МЗ	МЗ	1 раз в месяц	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 "Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения"	Отсутствует
4.	050002	Отчет о движении вакцин и других иммунобиологических препаратов (Индекс: 3 – Вакцины)	Есть	МЗ	Амбулаторно-поликлинические организации и системы здравоохранения, негосударс	МЗ	1 раз в месяц	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 "Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения"	Отсутствует

					твенные медицинск ие (подразделе ния) организац и, организац и (подразделе ния) других государстве нных органов, оказывающ ие медицинск ую помощь детям, подросткам и взрослым, фельдшерс ко- акушерские пункты сельской местности, районные, городские больницы и (или) поликлини ки, областные управления здравоохра нения, филиал "Научно-				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

					практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга" РГП на ПХВ "Национальный центр общественного здравоохранения" МЗ				
5.	050003	Отчет об охвате профилактическими прививками (Индекс: 4-ОПП)	Есть	МЗ	Амбулаторно-поликлинические организации и системы здравоохранения, негосударственные медицинские (подразделения) организации, организации (подразделения) других государственных органов, оказывающ	МЗ	1 раз в месяц	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 "Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения"	Отсутствует

					ие медицинск ую помощь детям, подросткам и взрослым, фельдшерс ко- акушерские пункты сельской местности, районные, городские больницы и (или) поликлини ки, областные управления здравоохра нения, филиал "Научно- практическ ий центр санитарно- эпидемиоло гической экспертизы и мониторинг а" РГП на ПХВ "Националь ный центр общественн ого				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

					здравоохранения" МЗ				
6.	050004	Отчет о количестве оказанных дистанционных медицинских услуг (в том числе телемедицинских консультаций и сеансов видеоконференцсвязи)	Нет	МЗ	Медицинскими организациями, управлениями здравоохранения и республиканскими центрами	МЗ	1 раз в квартал	Приказ Министра здравоохранения РК от 1 февраля 2021 года № КР ДСМ-12/2020 "Об утверждении правил организации, предоставления и оплаты дистанционных медицинских услуг"	Отсутствует
7.	050005	Отчет по использованию спирта	Есть	МЗ	медицинскими организациями	МЗ	1 раз в квартал	Приказ Министра сельского хозяйства РК от 29 июля 2019 года № 280 «Об утверждении Правил хранения и реализации (отгрузки, приемки) этилового спирта	Отсутствует
8.	050006	Информация по повышению качества медицинского обслуживания населения в рамках системы обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС), а также разъяснению механизмов ее реализации	нет	МЗ	Управление здравоохранения/ Управление общественного здоровья	АП	1 раз в квартал	Поручение Президента РК по итогам расширенного заседания Правительства РК от 24 января 2020 года	Отсутствует
9.	050007	Информационно-разъяснительная работа с населением по ОСМС	нет	МЗ	Управление здравоохранения/ Управление общественного здоровья	АП	1 раз в квартал	Поручение Президента РК по итогам расширенного заседания Правительства РК от 24 января 2020 года	Отсутствует
10.	050008	Отчет по реализации Национального проекта "Качественное и доступное здравоохранение для	Есть	МЗ	Государственные органы и Управление	МЗ	1 раз в год	Постановление Правительства № 790 от 29 ноября 2017 года "Об утверждении Системы государственного планирования в Республике Казахстан", Постановление Правительства № 725 от	Отсутствует

		каждого гражданина "Здоровая нация"			здравоохранения			12 октября 2021 года "Об утверждении национального проекта "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация", Совместный приказ Министра национальной экономики РК от 11 августа 2021 года №79 и Председателя Агентства по стратегическому планированию и реформам РК от 12 августа 2021 года №1	
11.	050009	Численность детей с инвалидностью (общая)	нет	МЗ	МТСЗН	МЗ	1 раз в полугодие	Распоряжение Премьер-Министра РК от 1 февраля 2022 года № 21-Р "Об утверждении индекса благополучия детей"; Постановление Правительства РК от 12 октября 2021 года № 725 Национальный проект "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация"	Автоматизированная информационная система «Централизованный банк данных лиц, имеющих инвалидность»
12.	050010	Численность впервые признанных детьми с инвалидностью (первичная инвалидность среди детей)	нет	МЗ	МТСЗН	МЗ	1 раз в полугодие	Распоряжение Премьер-Министра РК от 1 февраля 2022 года № 21-Р "Об утверждении индекса благополучия детей"; Постановление Правительства РК от 12 октября 2021 года № 725 Национальный проект "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация"	Автоматизированная информационная система «Централизованный банк данных лиц, имеющих инвалидность»
13.	050011	Структура первичной инвалидности среди детского населения (по нозологиям)	нет	МЗ	МТСЗН	МЗ	1 раз в полугодие	Распоряжение Премьер-Министра РК от 1 февраля 2022 года № 21-Р "Об утверждении индекса благополучия детей"; Постановление Правительства РК от 12 октября 2021 года № 725 Национальный проект	Автоматизированная информационная система «Централизованный банк данных лиц,

								"Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация"	имеющих инвалидность»
14.	050012	Материнская смертность	нет	МЗ	МИО	МЗ	1 раз в квартал	Постановление Правительства РК от 12 октября 2021 года № 725 Национальный проект "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация"	Отсутствует
15.	050013	Коэффициент неонатальной смертности	нет	МЗ	МИО	МЗ	1 раз в квартал	Постановление Правительства РК от 12 октября 2021 года № 725 Национальный проект "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация"	Отсутствует
16.	050014	Охват детей профилактическими осмотрами	нет	МЗ	Управление здравоохранения, Научный центр педиатрии и детской хирургии и др. научные центры).	МЗ	1 раз в квартал	Постановление Правительства РК от 12 октября 2021 года № 725 Национальный проект "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация"	Отсутствует
17.	050015	Охват скрининговыми исследованиями	нет	МЗ	Управление здравоохранения, Научный центр педиатрии и детской хирургии и др. научные центры	МЗ	1 раз в квартал	Приказ министра здравоохранения РК № КР ДСМ-91 от 25.08.2021 г. внесены изменения и дополнения в приказ Министра здравоохранения РК 2010 года № 704 «Об утверждении Правил организации скрининга»	Отсутствует
18.	050016	Охват детей патронажным наблюдением	нет	МЗ	Управление здравоохранения, Научный	МЗ	1 раз в квартал	Постановление Правительства РК от 12 октября 2021 года № 725	Отсутствует

					центр педиатрии и детской хирургии и др. научные центры			Национальный проект "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация"	
19.	050017	Оказанные меры социальной поддержки выпускникам ВУЗов, НИИ, НЦ в разрезе регионов республики	нет	МЗ	МИО	МЗ	1 раз в год	Кодекс	Отсутствует
20.	050018	Медицинские и фармацевтические кадры	Есть	МЗ	Медицинскими организациями, управлениями здравоохранения и республиканскими центрами	МЗ	1 раз в год	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 "Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения".	Отсутствует
21.	050019	Отчет организаций здравоохранения	Есть	МЗ	Медицинскими организациями, управлениями здравоохранения и республиканскими центрами	МЗ	1 раз в год	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 "Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения".	Отсутствует
22.	050020	Трудоустройство выпускников в разрезе регионов республики	нет	МЗ	МИО	МЗ	1 раз в год	Постановление Правительства РК от 30 марта 2012 года № 390 "Об утверждении Правил направления специалиста на работу, предоставления права самостоятельного трудоустройства, освобождения от	Отсутствует



								обязанности или прекращения обязанности по отработке гражданами, обучавшимися на основе государственного образовательного заказа"	
23.	050021	Отчет по оснащенности медицинских организаций (ВА, ФАП, МП, частные и т.д.) компьютерной техникой	нет	МЗ	управления ми здравоохранения областей и городов республиканского значения	МЗ	1 раз в квартал	Протокольное поручение Главы государства от 7 октября 2020 года № 20-01-7.22 п. 3.2	Отсутствует
24.	050022	Отчет по подключению медицинских организаций (ВА, ФАП, МП, частные и т.д.) к сети Интернет	нет	МЗ	управления ми здравоохранения областей и городов республиканского значения	МЗ	1 раз в квартал	Протокольное поручение Главы государства от 7 октября 2020 года № 20-01-7.22 п. 3.2	Отсутствует
25.	050023	Отчет по внедрению медицинскими организациями (ВА, ФАП, МП, частные и т.д.) медицинских информационных систем	нет	МЗ	управления ми здравоохранения областей и городов республиканского значения	МЗ	1 раз в квартал	Протокольное поручение Главы государства от 7 октября 2020 года № 20-01-7.22 п. 3.2	Отсутствует
26.	050024	Отчет по количеству наполненных региональных электронных паспортов здоровья населения	нет	МЗ	управления ми здравоохранения областей и городов республиканского значения	МЗ	1 раз в квартал	Протокольное поручение Главы государства от 7 октября 2020 года № 20-01-7.22 п. 3.2	Отсутствует

					нского значения				
27.	050025	Отчет "Выдача согласования и (или) заключения (разрешительного документа) на ввоз (вывоз) зарегистрированных и не зарегистрированных в Республике Казахстан лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники"	Есть	МЗ	территориальные подразделения Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения РК	МЗ	1 раз в месяц	Приказ Министра здравоохранения РК от 8 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-237/2020. «Об утверждении Правил ввоза на территорию РК и вывоза с территории РК лекарственных средств и медицинских изделий и оказания государственной услуги "Выдача согласования и (или) заключения (разрешительного документа) на ввоз (вывоз) зарегистрированных и не зарегистрированных в Республике Казахстан лекарственных средств и медицинских изделий"	Отсутствует
28.	050026	Отчет о деятельности наблюдательных советов государственных предприятий на праве хозяйственного ведения	нет	МЗ	управлениями здравоохранения областей и городов республиканского значения	МЗ	1 раз в квартал	Подпункт 27 статьи 7 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»	Отсутствует
29.	050027	Мониторинг реализации региональных перспективных планов развития инфраструктуры здравоохранения	нет	МЗ	МИО, (управления здравоохранения) областей и городов республиканского значения	МЗ	1 раз в квартал	Приказ Министра здравоохранения РК от 8 апреля 2021 года № 194 «Об утверждении правил формирования, согласования и утверждения единого перспективного плана развития инфраструктуры здравоохранения»	Отсутствует
30.	050028	Мониторинг за ходом реализации проектов строительства и	нет	МЗ	МИО областей и городов республика	МЗ	1 раз в квартал	Национальный проект «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» Утвержден постановлением	Отсутствует

		модернизации в регионах не менее 20 объектов			нского значения			Правительства РК от 12 октября 2021 года № 725	
31.	050029	Отчет о ходе реализации мероприятия «Открытие фельдшерско-акушерских, медицинских пунктов и врачебных амбулаторий в сельских населенных пунктах, в том числе в опорных и спутниковых селах»	нет	МЗ	МИО областей и городов республиканского значения	МЗ	1 раз в квартал	Указ № 413 от 14 сентября 2020 года, пункт 90, Национальный проект «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» Утвержден постановлением Правительства РК от 12 октября 2021 года № 725	Отсутствует
32.	050030	Отчет о фактическом расходе лекарственных средств, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, за квартал, в том числе в автоматизированном режиме	нет	МЗ	медицинскими организациями	МЗ	1 раз в квартал (до 10 числа), 1 раз в год до 1 апреля	Приказ Министра здравоохранения и социального развития РК от 26 января 2015 года № 32. Правила использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Республике Казахстан	Отсутствует
33.	050031	Обеспечение лекарственными средствами и медицинскими изделиями за счет средств местного бюджета	нет	МЗ	Управление здравоохранения	МЗ	по итогам года	В рамках реализации национального проекта "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина" постановление Правительства РК от 12 октября 2021 года № 725	Отсутствует
34.	050032	Доля местного содержания при проведении закупок лекарственных средств на региональных уровнях	нет	МЗ	Управление здравоохранения	МЗ	по итогам года	В рамках реализации национального проекта "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина" постановление Правительства РК от 12 октября 2021 года № 726	Отсутствует
35.	050033	Отчет о результатах лабораторного исследования крови методом иммуноферментного анализа на вирус иммунодефицита человека (ВИЧ – инфекцию)	Есть	МЗ	организации и здравоохранения районов, областей, города республика	МЗ	один раз в месяц, 15-го числа месяца, следующего за отчетным периодом	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 «Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения»	Отсутствует

					нского значения и столицы				
36.	050034	Отчет об использовании коечного фонда медицинских организаций, оказывающих стационарную и стационарозамещающую помощь	Есть	МЗ	организации и здравоохранения районов, областей, города республиканского значения и столицы	МЗ	один раз в месяц, 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 «Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения»	Отсутствует
37.	050035	Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни установленным диагнозом	Есть	МЗ	организации и здравоохранения районов, областей, города республиканского значения и столицы	МЗ	1 раз в квартал, 3 числа следующего за отчетным кварталом месяца	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 «Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения»	Отсутствует
38.	050036	Отчет о движении медицинских и фармацевтических кадров	Есть	МЗ	организации и здравоохранения районов, областей, города республиканского значения и столицы	МЗ	1 раз в квартал, 3 числа следующего за отчетным кварталом месяца	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 «Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения»	Отсутствует
39.	050037	Отчет о больных и заболеваниях	Есть	МЗ	организации и здравоохра	МЗ, БНС АСПР	1 раз в год, 20 февраля,	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 «Об утверждении форм	Отсутствует

		злокачественными новообразованиями			нения районов, областей, города республиканского значения и столицы		следующего за отчетным периодом	отчетной документации в области здравоохранения»	
40.	050038	Отчет о больных туберкулезом	Есть	МЗ	организации и здравоохранения районов, областей, города республиканского значения и столицы	МЗ, БНС АСПР	1 раз в год, 10 февраля, следующего за отчетным периодом	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 «Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения»	Отсутствует
41.	050039	Отчет об инфекциях, передающихся преимущественно половым путем и кожных заболеваниях	Есть	МЗ	организации и здравоохранения районов, областей, города республиканского значения и столицы	МЗ	1 раз в год, 10 февраля, следующего за отчетным периодом	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 «Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения»	Отсутствует
42.	050040	Отчет о заболеваниях и контингентах больных психическими и поведенческими расстройствами	Есть	МЗ	организации и здравоохранения районов, областей, города республиканского значения и столицы	МЗ	1 раз в год, 10 февраля, следующего за отчетным периодом	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 «Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения»	Отсутствует

					значения и столицы				
43.	050041	Отчет о заболеваниях и контингентах больных психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ	Есть	МЗ	организации и здравоохранения районов, областей, города республиканского значения и столицы	МЗ	1 раз в год, 10 февраля, следующего за отчетным периодом	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 «Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения»	Отсутствует
44.	050042	Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания медицинской организации и контингентах больных, состоящих под диспансерным наблюдением	Есть	МЗ	организации и здравоохранения районов, областей, города республиканского значения и столицы	МЗ	1 раз в год, 10 февраля, следующего за отчетным периодом	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 «Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения»	Отсутствует
45.	050043	Отчет о контингентах больных, выбывших из стационара	Есть	МЗ	организации и здравоохранения районов, областей, города республиканского значения и столицы	МЗ	1 раз в год, 10 февраля, следующего за отчетным периодом	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 «Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения» Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 «Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения»	Отсутствует
46.	050044	Отчет о медицинской помощи детям	Есть	МЗ	организации и здравоохранения районов,	МЗ	1 раз в год, 10 февраля, следующего за	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 «Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения»	Отсутствует

					областей, города республиканского значения и столицы		отчетным периодом		
47.	050045	Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам	Есть	МЗ	организации и здравоохранения районов, областей, города республиканского значения и столицы	МЗ	1 раз в год, 10 февраля, следующего за отчетным периодом	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 «Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения»	Отсутствует
48.	050046	Отчет организации скорой медицинской помощи	Есть	МЗ	организации и здравоохранения районов, областей, города республиканского значения и столицы	МЗ	1 раз в год, 10 февраля, следующего за отчетным периодом	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 «Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения»	Отсутствует
49.	050047	Отчет фельдшерско-акушерского, фельдшерского, медицинского пункта и медицинского работника без содержания отдельного помещения	Есть	МЗ	организации и здравоохранения районов, областей, города республиканского значения и столицы	МЗ	1 раз в год, 10 февраля, следующего за отчетным периодом	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 «Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения»	Отсутствует

50.	050048	Отчет специализированного санатория	Есть	МЗ	организации и здравоохранения районов, областей, города республиканского значения и столицы	МЗ	1 раз в год, 10 февраля, следующего за отчетным периодом	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 «Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения»	Отсутствует
51.	050049	Отчет о штатных должностях центра формирования здорового образа жизни, дезинфекционной станции, республиканского центра развития здравоохранения и их территориальных филиалов	Есть	МЗ	организации и здравоохранения районов, областей, города республиканского значения и столицы	МЗ	1 раз в год, 10 февраля, следующего за отчетным периодом	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 «Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения»	Отсутствует
52.	050050	Отчет о сети и деятельности организаций здравоохранения	Есть	МЗ	организации и здравоохранения районов, областей, города республиканского значения и столицы	МЗ	1 раз в год, 10 февраля, следующего за отчетным периодом	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 «Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения»	Отсутствует
53.	050051	Отчет по детской инвалидности	Есть	МЗ	организации и здравоохранения районов, областей, города	МЗ	1 раз в год, 10 февраля, следующего за отчетным периодом	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 «Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения»	Отсутствует



					республиканского значения и столицы				
54.	050052	Отчет о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин	Есть	МЗ	организации и здравоохранения районов, областей, города республиканского значения и столицы	МЗ	1 раз в год, 10 февраля, следующего за отчетным периодом	Приказ Министра здравоохранения РК от 22 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-313/2020 «Об утверждении форм отчетной документации в области здравоохранения»	Отсутствует
55.	070016	Отчет по развитию основных отраслей обрабатывающей промышленности	Есть	МИИР	МСХ, МЭ, МЗ, МТИ, АО "НУХ "Байтерек"	КПМ	1 раз в квартал	Поручение КПМ от 02 марта 2021 года №17-8/Б-86	Отсутствует
56.	250002	Стратегическая карта	Нет	КПМ	МНЭ, МФ, МИИР, МОН, МЦРИАП, МЗ, МТСЗН, МЮ, АПК, НБ, ВС	КПМ	1 раз в квартал / 1 раз в год	Отсутствует	ИАС "Талдау"/ ИИС "Е-статистика" /отсутствует
57.	250011	Отчет по национальному проекту «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация»	Есть	КПМ	МЗ	КПМ, АП	1 раз в год	Постановление Правительства РК от 29 ноября 2017 года № 790 «Об утверждении Системы государственного планирования в Республике Казахстан»	Отсутствует

Расшифровка аббревиатур:

АЗРК	Агентство по защите и развитию конкуренции РК	МНЭ	Министерство национальной экономики РК
АРРФР	Агентство РК по регулированию и развитию финансового рынка	МФ	Министерство финансов РК
АФМ	Агентство РК по финансовому мониторингу	КРЕМ МНЭ	Комитет по регулированию естественных монополий Министерства национальной экономики РК
АПК	Агентство по противодействию коррупции РК (Антикоррупционная служба)	МТСЗН	Министерство труда и социальной защиты населения РК
АДГС	Агентство по делам государственной службы РК	МКС	Министерство культуры и спорта РК
БНС АСПР	Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам РК	МТИ	Министерство торговли и интеграции РК
ГП	Генеральная прокуратура РК	МИД	Министерство иностранных дел РК
МИОР	Министерство информации и общественного развития РК	МЮ	Министерство юстиции РК
МСХ	Министерство сельского хозяйства РК	МЧС	Министерство по чрезвычайным ситуациям РК
МП	Министерство просвещения РК	МЦРИАП	Министерство цифрового развития, инноваций и аэрокосмической промышленности РК
МЗ	Министерство здравоохранения РК	МЭГПР	Министерство экологии, геологии и природных ресурсов РК
МИИР	Министерство индустрии и инфраструктурного развития РК	МЭ	Министерство Энергетики РК
МВД	Министерство внутренних дел РК	НБ	Национальный Банк РК

Реестр отчетов, не имеющих утвержденной формы

№ п/п	Код отчета	Наименование отчета	Наименование регламентирующего документа
1.	050004	Отчет о количестве оказанных дистанционных медицинских услуг (в том числе телемедицинских консультаций и сеансов видеоконференцсвязи)	Приказ Министра здравоохранения РК от 1 февраля 2021 года № КР ДСМ-12/2020 "Об утверждении правил организации, предоставления и оплаты дистанционных медицинских услуг"
2.	050006	Информация по повышению качества медицинского обслуживания населения в рамках системы обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС), а также разъяснению механизмов ее реализации	Поручение Президента РК по итогам расширенного заседания Правительства РК от 24 января 2020 года
3.	050007	Информационно-разъяснительная работа с населением по ОСМС	Поручение Президента РК по итогам расширенного заседания Правительства РК от 24 января 2020 года
4.	050009	Численность детей с инвалидностью (общая)	Распоряжение Премьер-Министра РК от 1 февраля 2022 года № 21-Р "Об утверждении индекса благополучия детей"; Постановление Правительства РК от 12 октября 2021 года № 725 Национальный проект "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация"
5.	050010	Численность впервые признанных детьми с инвалидностью (первичная инвалидность среди детей)	Распоряжение Премьер-Министра РК от 1 февраля 2022 года № 21-Р "Об утверждении индекса благополучия детей"; Постановление Правительства РК от 12 октября 2021 года № 725 Национальный проект "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация"
6.	050011	Структура первичной инвалидности среди детского населения (по нозологиям)	Распоряжение Премьер-Министра РК от 1 февраля 2022 года № 21-Р "Об утверждении индекса благополучия детей"; Постановление Правительства РК от 12 октября 2021 года № 725 Национальный проект "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация"

7.	050012	Материнская смертность	Постановление Правительства РК от 12 октября 2021 года № 725 Национальный проект "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация"
8.	050013	Коэффициент неонатальной смертности	Постановление Правительства РК от 12 октября 2021 года № 725 Национальный проект "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация"
9.	050014	Охват детей профилактическими осмотрами	Постановление Правительства РК от 12 октября 2021 года № 725 Национальный проект "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация"
10.	050015	Охват скрининговыми исследованиями	Приказ министра здравоохранения РК № ҚР ДСМ-91 от 25.08.2021 г. внесены изменения и дополнения в приказ Министра здравоохранения РК 2010 года № 704 «Об утверждении Правил организации скрининга»
11.	050016	Охват детей патронажным наблюдением	Постановление РК от 12 октября 2021 года № 725 Национальный проект "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина "Здоровая нация"
12.	050017	Оказанные меры социальной поддержки выпускникам ВУЗов, НИИ, НЦ в разрезе регионов республики	Кодекс
13.	050020	Трудоустройство выпускников в разрезе регионов республики	Постановление Правительства РК от 30 марта 2012 года № 390 "Об утверждении Правил направления специалиста на работу, предоставления права самостоятельного трудоустройства, освобождения от обязанности или прекращения обязанности по отработке гражданами, обучавшимися на основе государственного образовательного заказа"
14.	050021	Отчет по оснащенности медицинских организаций (ВА, ФАП, МП, частные и т.д.) компьютерной техникой	Протокольное поручение Главы государства от 7 октября 2020 года № 20-01-7.22 п. 3.2
15.	050022	Отчет по подключению медицинских организаций (ВА, ФАП, МП, частные и т.д.) к сети Интернет	Протокольное поручение Главы государства от 7 октября 2020 года № 20-01-7.22 п. 3.2
16.	050023	Отчет по внедрению медицинскими организациями (ВА, ФАП, МП, частные и т.д.) медицинских информационных систем	Протокольное поручение Главы государства от 7 октября 2020 года № 20-01-7.22 п. 3.2
17.	050024	Отчет по количеству заполненных региональных электронных паспортов здоровья населения	Протокольное поручение Главы государства от 7 октября 2020 года № 20-01-7.22 п. 3.2
18.	050026	Отчет о деятельности наблюдательных советов государственных предприятий на праве хозяйственного ведения	Подпункт 27 статьи 7 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»
19.	050027	Мониторинг реализации региональных перспективных планов развития инфраструктуры здравоохранения	Приказ Министра здравоохранения РК от 8 апреля 2021 года № 194 «Об утверждении правил формирования, согласования и утверждения единого перспективного плана развития инфраструктуры здравоохранения»

20.	050028	Мониторинг за ходом реализации проектов строительства и модернизации в регионах не менее 20 объектов	Национальный проект «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» Утвержден постановлением Правительства РК от 12 октября 2021 года № 725
21.	050029	Отчет о ходе реализации мероприятия «Открытие фельдшерско-акушерских, медицинских пунктов и врачебных амбулаторий в сельских населенных пунктах, в том числе в опорных и спутниковых селах»	Указ № 413 от 14 сентября 2020 года, пункт 90, Национальный проект «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» Утвержден постановлением Правительства РК от 12 октября 2021 года № 725
22.	050030	Отчет о фактическом расходе лекарственных средств, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры, за квартал, в том числе в автоматизированном режиме	Приказ Министра здравоохранения и социального развития РК от 26 января 2015 года № 32. Правила использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Республике Казахстан
23.	050031	Обеспечение лекарственными средствами и медицинскими изделиями за счет средств местного бюджета	В рамках реализации национального проекта "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина" постановление Правительства РК от 12 октября 2021 года № 725
24.	050032	Доля местного содержания при проведении закупок лекарственных средств на региональных уровнях	В рамках реализации национального проекта "Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина" постановление Правительства РК от 12 октября 2021 года № 726
25.	250002	Стратегическая карта	Отсутствует

Доступность государственных услуг в разрезе МИО по критерию «доступная среда для инвалидов»

№/№	В разрезе	Наименование государственного органа (государственное учреждение, акимат, аппарат акима, отдел), не обеспечившего «доступную среду» для инвалидов (лиц с ограниченными возможностями)			
		с нарушением зрения	с нарушением слуха	передвигающихся на креслах-колясках	с нарушением опорно-двигательного аппарата
1	2	4	5	6	7
1.	Атырауская	Атырауский городской отдел земельных отношений, Атырауский городской отдел жилищно-коммунального хозяйства, пассажирского транспорта и автомобильных дорог, Индерский районный отдел культуры	Атырауский городской отдел жилищно-коммунального хозяйства, пассажирского транспорта и автомобильных дорог, Атырауский городской отдел предпринимательства и сельского хозяйства, Индерский районный отдел культуры	Атырауский городской отдел земельных отношений, Атырауский городской отдел образования, Атырауский городской отдел жилищно-коммунального хозяйства, пассажирского транспорта и автомобильных дорог, Индерский районный отдел культуры	Атырауский городской отдел земельных отношений, Атырауский городской отдел образования, Атырауский городской отдел жилищно-коммунального хозяйства, пассажирского транспорта и автомобильных дорог, Индерский районный отдел культуры
2.	Жамбылская	Аппарат акима Мойынкумского района	Отдел архитектуры, градостроительства и строительства города Тараз, Отдел образования города Тараз, Отдел жилищно-коммунального хозяйства, пассажирского транспорта и автомобильных дорог" акимата города Тараз, Отдел земельных отношений акимата города Тараз, Аппарат акима Байзакского района, Аппарат акима Жамбылского	-	-

			района, Аппарат акима Жуальинского района, Аппарат акима Меркенского района, Аппарат Акима Кордайского района, Аппарат акима Мойынкумского района, Аппарат акима Сарысуского района, Аппарат акима Таласского района, Аппарат акима района Т.Рыскулова, Аппарат акима города Тараз, Аппарат Акима Шуского района		
3.	Мангистауская	-	Аппарат акима Мангистауской области, Аппарат акима города Актау, Аппарат акима города Жанаозен, Аппарат акима Мунайлинского района, Аппарат акима Түпкараганского района, Аппарат акима Каракиянского района, Аппарат акима Бейнеского района, Аппарат акима Мангистауского района	-	-
4.	Костанайской	-	Акимат Алтынсаринский район, Акимат Амангельдинский район, ГУ «Отдел экономики и финансов Наурзумского района», ГУ «Отдел ЖКХ, пассажирского транспорта, автомобильных дорог и жилищной инспекции Наурзумского района», ГУ «Отдел физической культуры и спорта Наурзумского района», ГУ «Отдел строительства, архитектуры и градостроительства Наурзумского района», ГУ «Отдел земельных отношений Наурзумского района», ГУ «Отдел предпринимательства и сельского хозяйства	-	-

			<p>Наурзумского района», Юридический отдел (РАГС) «Аппарат акима Наурзумского района», ГУ «Аппарат акима села Уленды Наурзумского района», ГУ «Аппарат акима села Буревестник Наурзумского района», ГУ «Аппарат акима села Раздольное Наурзумского района», ГУ «Аппарат акима села Кожа Наурзумского района», ГУ «Аппарат акима Карамендинского сельского округа», ГУ «Аппарат акима села Шили Наурзумского района», ГУ «Аппарат акима Дамдинского сельского округа Наурзумского района», ГУ «Аппарат акима села Шолаксай Наурзумского района», Акимат Денисовский район, Акимат Жангельдинский р-он, Акимат Карасуский район, Акимат Карабалькский район, Акимат Костанайский район, Акимат г.Костанай (за исключением Отдела занятости и социальных программ акимата г. Костаная), ГУ «Рудненский городской отдел жилищно-коммунального хозяйства, пассажирского транспорта и автомобильных дорог» акимата города Рудного, ГУ «Рудненский городской отдел физической культуры и спорта» акимата города Рудного, ГУ «Рудненский городской отдел занятости и социальных программ», ГУ «Рудненский городской отдел архитектуры и</p>		
--	--	--	---	--	--



			<p>градостроительства» акимата города Рудного, ГУ «Рудненский городской отдел земельных отношений» акимата города Рудного, ГУ «Рудненский городской отдел сельского хозяйства» акимата города Рудного, Отдел РАГС ГУ «Аппарат акима города Рудного», ГУ «Отдел жилищной инспекции» акимата города Рудного, ГУ «Аппарат акима посёлка Качар» акимата города Рудного, ГУ «Аппарат акима посёлка Горняцкий» акимата города Рудного, ГУ «Отдел сельского хозяйства акимата района Беимбета Майлина», ГУ «Отдел жилищного хозяйства акимата района Беимбета Майлина», Отдел регистрации актов гражданского состояния аппарата акима района, ГУ «Аппарат Белинского со», ГУ «Аппарат Павловского со», Акимат Мендыкаринский р-он, Акимат Сарыкольский район, Акимат Узункольский район, Акимат Федоровский район, Управление пассажирского транспорта и автомобильных дорог акимата Костанайской области»; Управление сельского хозяйства и земельных отношений Костанайской области, Управление пассажирского транспорта и автомобильных дорог акимата Костанайской области, Управление строительства</p>		
--	--	--	--	--	--

			Костанайской области, Управление ветеринарии акимата Костанайской области		
5.	Нур-Султан	ГУ «Управление контроля и качества городской среды города Нур-Султан», ГУ «Управление архитектуры, градостроительства и земельных отношений города Нур-Султан», ГУ «Управление по делам религий города Нур-Султан», ГУ «Управление культуры города Нур-Султан», ГУ «Управление по инвестициям и развитию предпринимательства города Нур-Султан»);	Аппарат акима района «Есиль» г.Нур-Султан, Аппарат акима района «Алматы» г.Нур-Султан, Аппарат акима района «Байқоңыр» г.Нур-Султан, Аппарат акима района «Сарыарка» г.Нур-Султан, ГУ «Управление контроля и качества городской среды города Нур-Султан», ГУ «Управление архитектуры, градостроительства и земельных отношений города Нур-Султан», ГУ «Управление физической культуры и спорта города Нур-Султан», ГУ «Управление по делам религий города Нур-Султан», ГУ «Управление культуры города Нур-Султан», ГУ «Управление по инвестициям и развитию предпринимательства города Нур-Султан», ГУ «Государственный архив города Нур-Султана»	-	ГУ «Управление жилья города и жилищной инспекции г.Нур-Султан», Аппарат акима района «Есиль» г.Нур-Султан, Аппарат акима района «Алматы» г.Нур-Султан, Аппарат акима района «Байқоңыр» г.Нур-Султан, Аппарат акима района «Сарыарка» г.Нур-Султан, ГУ «Управление занятости и социальной защиты города Нур-Султан», ГУ «Управление архитектуры, градостроительства и земельных отношений города Нур-Султан», ГУ «Управление физической культуры и спорта города Нур-Султан», ГУ «Управление по делам религий города Нур-Султан», ГУ «Управление культуры города Нур-Султан», ГУ «Управление по инвестициям и развитию предпринимательства города Нур-Султан», ГУ «Государственный архив города Нур-Султана»
6.	Западно-Казахстанская	Аппарат акима Аксуатского сельского округа Акжайкского района ЗКО, Аппарат акима Базаршоланского сельского округа Акжайкского района ЗКО, Аппарат акима Акжолского сельского округа Акжайкского района ЗКО, Аппарат акима Сарытогайского сельского округа Акжайкского района ЗКО, Аппарат акима	Аппарат акима Аксуатского сельского округа Акжайкского района ЗКО, Аппарат акима Базаршоланского сельского округа Акжайкского района ЗКО, Аппарат акима Акжолского сельского округа Акжайкского района ЗКО, Аппарат акима Сарытогайского сельского округа Акжайкского района ЗКО, Аппарат акима Базартюбинского	Аппарат акима Аксуатского сельского округа Акжайкского района ЗКО, Аппарат акима Базаршоланского сельского округа Акжайкского района ЗКО, Аппарат акима Акжолского сельского округа Акжайкского района ЗКО, Аппарат акима Сарытогайского сельского округа Акжайкского района ЗКО, Аппарат акима Базартюбинского сельского округа	Аппарат акима Аксуатского сельского округа Акжайкского района ЗКО, Аппарат акима Базаршоланского сельского округа Акжайкского района ЗКО, Аппарат акима Акжолского сельского округа Акжайкского района ЗКО, Аппарат акима Сарытогайского сельского округа Акжайкского района ЗКО, Аппарат акима Базартюбинского











**Астанинский хаб государственной службы**  
Здание ООН  
Z11D8T7, г. Астана, улица Мамбетова, 14

[www.astanacivilservicehub.org](http://www.astanacivilservicehub.org)