

Исх.№ 288/05.23-УПП от 31.05.2023г.

Президенту Республики Казахстан К-Ж.К.ТОКАЕВУ

Тема: неэффективное использование бюджета в сфере
снижения инвалидизации

Уважаемый Касым-Жомарт Кемелевич!

В настоящем письме я прошу обратить Ваше внимание на ряд факторов, которые губительно влияют на защиту и обеспечение прав детей и решение их проблем.

Прошу прощения, что несколько писем по сути – одной тематики. Но в государстве, как в часовом механизме, всё цепляется друг за друга, и если где-то происходит сбой, то все процессы идут неправильно. А у нас таких системных «сбоев», к сожалению, очень много даже в рамках одного направления. Такое ощущение, что хаос невозможно привести в порядок. Но если всё отладить, то государству в целом будет просто управлять системой, а каждому гражданину, ребёнку будет обеспечено максимальное качество жизни. А главное, будут эффективно, не так, как сейчас, использоваться триллионы тенге из государственного бюджета – деньги налогоплательщиков.

Проблема:

Положенные детям государственные гарантии в основных сферах здравоохранения, образования, социальной защиты, как правило не обеспечиваются, либо реализуются не в полном объёме. В итоге, сотни миллиардов по ведомствам, триллионы тенге в совокупности не приносят пользы ни детям, ни государству. В отчётах центральных и местных госорганов Вы видите красивые цифры по

«освоению» бюджетов, за которыми зачастую стоит либо неправдивая информация, либо манипуляция цифрами, но полностью отсутствует реальный результат для страны и народа. Необходимо от «освоения» бюджетов перейти к исполнению задач по достижению конкретных целей в виде контролируемых результатов.

Только в системе здравоохранения каждый вложенный доллар в диагностику и раннее выявление болезней экономит стране 7-15 долларов на лечение на более поздних стадиях.

В выступлении Пан Ги Муна, в то время Генерального секретаря ООН, по вопросам Глобальной стратегии охраны здоровья женщин и детей, принятой в сентябре 2010 года и обновлённой в 2016 году, большая часть посвящена именно этим вопросам: *«Реализация Глобальной стратегии и достижение целей в области устойчивого развития потребуют новых, основанных на фактических данных и подкрепленных устойчивыми механизмами финансирования подходов. [...] Формируя благоприятную среду для охраны здоровья, Глобальная стратегия направлена на изменение общества таким образом, чтобы женщины, дети и подростки по всему миру могли реализовать своё право на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья и благополучия. Это в свою очередь принесёт значительные социальные, демографические и экономические выгоды. Это амбициозная цель, но она достижима. Реализовав Глобальную стратегию, мы дадим старт историческим преобразованиям, которые повысят качество жизни будущих поколений. Инвестиции в развитие физического, когнитивного, языкового и социально-эмоционального развития детей, особенно в возрасте до трёх лет, имеют высокую доходность на уровне 7-10 процентов на протяжении всего жизненного цикла за счет улучшения показателей, связанных с образованием, здоровьем и социальной интеграцией, а также за счет экономических результатов и снижения преступности».*

Смотрим на примере детской инвалидности, перетекающей во взрослую инвалидность:

1. В результате работы/бюджетов здравоохранения дети с рисками инвалидности не выявляются вовремя, им не оказывается ранняя помощь, дети инвалидизируются (рост детской инвалидности в 2 раза за 10 лет тому прямое подтверждение).

А) Утверждения МЗ о проведении всех скринингов всем детям (90-99%) является ложным, обосновать эти цифры МЗ не может. В первую очередь, это связано с тем, что скрининги отдельно не отражены в медицинских информационных системах, они входят в общий тариф родовспоможения и услуг ПМСП. Однако, при расчёте данных тарифов, считается, что скрининги также там просчитаны, поэтому возмещение за них учреждения здравоохранения получают в полном объёме.

Б) Для ряда скринингов требуется оборудование, которое в большей части медицинских учреждений попросту отсутствует, также нет кадров для их проведения.

В) Ряд скринингов прописан в НПА таким образом, что они в принципе не могут считаться скринингами. (приложение)

2. Далее дети с инвалидностью должны начинать получать реабилитационные услуги по реабилитации, которые разбросаны по трём ведомствам – здравоохранения, соцзащиты и образования, у которых полностью отсутствует межведомственное взаимодействие. В рамках каждого ведомства на республиканском, а в основном на местных уровнях идёт освоение бюджетных средств, которое планируется исходя из желаний чиновников, а не из реальной потребности и количества детей. Это лишает детей возможности на получение реабилитации, обнуляет даже те затраты, которые из бюджетов направляются на эти цели.

3. Главное, что мы имеем абсолютный хаос в тарифах реабилитационных услуг:

А) К примеру, руководствуясь одними и теми же приказами МЗ, где прописан перечень реабилитационных услуг, тарифы на курс реабилитации в разных центрах отличается в десятки раз: курс в республиканском центре стоит от 650 000-350 000 тг, а в региональных центрах – 5000 тенге в день – 70 000 тенге за 2 недели. Это делает оказание услуг просто невозможным.

Б) В системе соцзащиты есть два вида финансирования: полностью государственное (медико-социальные учреждения) и государственный социальный заказ на реабилитацию в центрах дневного пребывания. В первом случае финансирование идёт как в госучреждение в больших масштабах, но там дети содержатся в основном круглосуточно. А вот тарифы на госсоцзаказ, в котором принимают участие негосударственные организации (НПО, предприниматели), также отличаются в разы по регионам, так как утверждение тарифов отдано на откуп местным исполнительным органам власти. Поэтому где-то тариф за 1 день реабилитации будет составлять 1200 тенге, а в Астане, например – 4800 тенге, при одинаковом наборе услуг и с учётом трехразового питания.

В) По линии образования также оказываются коррекционно-реабилитационные услуги, и здесь своя тарификация.

По факту, за тарифами на реабилитационные услуги нет никакого научного и экономического обоснования. Оказать эти услуги в должном качестве и объеме невозможно. Более того, унификация набора услуг, тарифов на них, приводит к полной абстракции от индивидуального подхода. Например, каждый ребёнок с ДЦП имеет свои нарушения: кто-то ходит и имеет спастическую речку, а кто-то лежачий, у одного есть нарушение речи или интеллекта, у другого нет. И каждому ребёнку нужен свой индивидуальный набор реабилитационных услуг. При наличии термина «индивидуальный план реабилитации», в подавляющем большинстве случаев в нынешней системе это реализовать невозможно. Даже при условии, что часть услуг – медицинские, часть – соцслужбы, а часть –

педагогические, сегодня получить этот комплекс, как положено, одновременно – невозможно.

Вторая составляющая: финансирование этих услуг идёт из средств местных бюджетов, которые, помимо неправильного формирования тарифов и их существенного занижения, всё равно не закладывают средств достаточно для реальной потребности детей, нуждающихся в реабилитации.

То есть, планирование бюджетов не исходит из потребностей детей и взрослых, закладывается крайне мало денег, и в итоге дети не могут получить то, что им положено.

В рамках услуг педагогической коррекции в системе просвещения такие же проблемы (дети получают коррекцию не в должном объёме) и огромная нагрузка, которой можно было бы избежать, предотвращая эти потребности на стадии раннего выявления и вмешательства.

В результате, казалось бы, при выделении огромных средств на обеспечение прав детей (как пример, мы рассмотрели детей-инвалидов), эти деньги используются впустую. Дети приобретают тяжелейшие формы инвалидностей, их качество жизни на максимально низком уровне, страдают их родители, семьи распадаются, дети не могут получить образование, работать и т. д. А государство получает сотни тысяч неработоспособных граждан, которые не вносят вклад в экономику страны, и пожизненно страна вынуждена тратить миллиарды на обеспечение пособий, технических средств, реабилитации, на дорогостоящие медицинские услуги и т.д. При этом, в детском уже возрасте, инвалидизированные дети нуждаются в специальном образовании, которое также стоит очень дорого, и создать условия в системе образования для такого большого количества детей просто невозможно. К тому же, зачастую, из экономики страны выпадают матери

детей и взрослых инвалидов, которые вынуждены не работать, а заботиться о своем ребёнке. Затем, во взрослой жизни, либо после смерти родителей, инвалидизированные граждане попадают в дома инвалидов на полное содержание государства.

Помимо многих факторов влияющих на все вышеперечисленные процессы, один из основных – это полное отсутствие контроля и оценки эффективности произведённых затрат. Нет никаких инструментов оценить ни работу акиматов, ни ЦГО, а значит нет ответственности, что приводит к непрерывному усугублению проблем.

Ещё одна из причин, по которым не решаются проблемы детства в здравоохранении, это проблемы в оплате труда в медицинской отрасли.

Возьмем, как пример, детскую офтальмологию. Процесс должен быть выстроен следующим образом: сплошной скрининг новорожденных, детей раннего возраста – углубленное обследование – лечение/операция.

Разберем по этапам:

Сплошной скрининг новорожденных проводится врачом-офтальмологом в учреждении родовспоможения (роддом), а значит этот специалист должен быть в штате, и иметь соответствующую оплату труда. Также во всех учреждениях ПМСП (поликлиники) должен быть детский офтальмолог. Но крайне мало учреждений имеют штатных специалистов. Учреждения получают оплату за свои услуги – принятие родов (тарифы), или услуги ПМСП (ежемесячный тариф). Эти деньги они должны направлять на организацию работы таким образом, чтобы услуги были оказаны. Но учреждения не нанимают специалистов, в данном случае офтальмологов, либо ставят им крайне низкую оплату труда, что в итоге выливается в отсутствие специалиста. Учреждения должны сделать либо справедливый оклад, либо привязать количество скринингов к оплате за каждого ребёнка. Но этого не делается. Дети в таких учреждениях

не проходят скрининг/обследование, болезни не выявляются, дети становятся инвалидами.

Если есть офтальмолог, скрининг/обследование проведены, выявлены дети, нуждающиеся в лечении/операции, учреждение получит оплату за проведенную операцию/лечение. Это уже значительная сумма, например, для операций по ретинопатии недоношенных тариф составляет порядка 480 000 тенге. Эти деньги должны распределяться не только на нужды учреждения, они должны включать стимулирующие оплаты для хирурга-офтальмолога, анестезиолога, ассистента, медсестры и младшего персонала, кто участвует в проведении операции. В подавляющем большинстве учреждений этого не делается по всем видам операций! Специалисты не идут работать в учреждения, и в результате страдают дети! То есть, даже если на этапе скринингов ребенка выявят, а оперирующего специалиста нет – ребенок будет в итоге инвалидизирован.

Из года в год МЗ, управления здравоохранения и медучреждения обсуждают «нехватку кадров», хотя именно они порождают эту проблему. НПА не обязывают медучреждения выстраивать кадровую политику в соответствии с теми услугами, которые они обязаны оказывать. Никто не следит за тем, что специалисты отсутствуют на уровне контроля. В итоге страдают пациенты, в частности дети.

Это странная ситуация, так как, по сути, учреждению выгодно оказывать такие услуги, потому что они более высоко оплачиваются, и даже при стимуляции специалистов, учреждение получит доход за такие дорогие виды операций и лечения.

Необходимо на уровне НПА и формирования тарифов заставить МЗ РК отрегулировать вышеописанную проблему, обязать медучреждения соблюдать правильную структуру распределения финансов. В результате, мы не только устраним кадровый голод, ведь, если труд достойно

оплачивается, специалисты будут работать, а не уходить в коммерческие структуры. Главное, мы обеспечим своевременное и качественное оказание медицинской помощи детям, защитим права детей (и взрослых граждан), направим систему на профилактику инвалидизации, если говорить на примере детской офтальмологии.

Крайне отрицательный эффект от действующей системы значительно влияет на экономику страны в целом, создавая «чёрные дыры», куда ежегодно «улетают» сотни миллиардов тенге налогоплательщиков. Это не даёт государству возможности развивать другие направления, где требуются средства, улучшать качество жизни детей и взрослых. Эта ситуация порождает сильнейшее социальное напряжение и недовольство властью, что используется теми, кто целенаправленно действует на раскачивание ситуации в стране.

Решения по снижению инвалидизации:

1. План реализации заложен в Дорожной карте по совершенствованию оказания комплексной помощи детям с ограниченными возможностями в Республике Казахстан на 2021-2023 годы, которая не исполнена, и даже те пункты, которые «отработаны», сделаны крайне некачественно. Неисполнение идёт на всех уровнях – местные исполнительные органы, центральные органы власти.
2. Необходимо в системе здравоохранения профилактировать (предотвращать) все виды инвалидизации детей с помощью раннего выявления/скринингов, раннего вмешательства (ранней помощи) для детей групп риска от 0 до 1 года (в отдельных случаях до 3 лет).
3. Своевременно подключать комплексную медико-социально педагогическую реабилитацию для детей от 1 до 3 лет, здесь требуется межведомственное взаимодействие, которое необходимо закреплять законодательно и разрабатывать совместные для трех ведомств НПА.
4. Необходимо создать группу финансистов и экспертов от медицины, социальной помощи и педагогики, и полностью

пересмотреть систему финансирования, тарифообразование, с учётом имеющихся средств трёх систем – здравоохранения, соцзащиты и образования. Это может означать, что реализация такого госзаказа должна быть построена только при софинансировании из этих трёх источников, в том числе, и через негосударственные организации, которых сейчас немало, но они не могут развиваться из-за имеющейся системы. Определить систему оценки эффективности расходования этих средств (KPI), инструменты контроля результатов.

5. Тарифы должны разрабатываться Правительством, ни в коем случае, нельзя оставлять эту функцию местным органам властей. Бюджеты регионов не должны согласовываться без заложенных в достаточной мере средств на потребности детей.
6. Необходимо на уровне НПА и формирования тарифов оплаты за медицинские услуги (заставить МЗ РК отрегулировать вышеописанную проблему!) обязать медучреждения соблюдать правильную структуру распределения финансов в оплате труда для обеспечения всех необходимых специалистов.
7. Определить ответственность за недостижение результатов.
8. Все процессы должны быть контролируемыми на 100% через цифровизацию и интеграцию систем образования, здравоохранения и социальной защиты, где самой важной точкой контроля является подтверждение получения услуги родителями ребёнка. Это должно быть привязано к оплате за услуги (без подтверждения услуги оплата не производится). Таким образом, мы будем на уровне контроля услугополучателем иметь независимый народный контроль. (отдельное приложение по этому вопросу).

Результат:

На уровне профилактики, раннего выявления, помощи и реабилитации в системе здравоохранения мы предотвратим большую часть инвалидностей, а количество детей и взрослых с инвалидностью сократится в разы.

Для тех детей, чьи нарушения – глубокие, и инвалидность наступит, степень этой инвалидности будет намного легче (например, не лежачий глубокий инвалид, а «колясочник», мобильный человек, с сохранённым интеллектом, не слепой, а слабовидящий, не глухой, а слабослышащий и т. д.). Соответственно, государство выполняет обязательства по соблюдению прав ребенка, а затем взрослого, на жизнь, здоровье, качество жизни, самореализацию гражданина и его семьи.

Но что немаловажно, государство эффективно использует средства налогоплательщиков, и значительно сократит расходы на содержание и обеспечение детей и взрослых с ограниченными возможностями, позволит направить государственные бюджеты на развитие страны и повышение качества жизни всех граждан.

С уважением

Аружан Саин

Уполномоченный по правам ребёнка