



Финансирование
Европейского Союза

ИНМИР



INSTITUTE FOR
WAR & PEACE REPORTING



ИНСТИТУТ РЕПОРТАЖЕЙ ВОЙНЫ И МИРА



white paper

ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДЛЯ СЕЛЬСКИХ ЖЕНЩИН КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

«Эта публикация финансируется Европейским Союзом.
Ее содержание является исключительной
ответственностью IWPR и не обязательно отражает
точку зрения Европейского Союза».

ОБ ОБЩЕСТВЕННОМ ОБЪЕДИНЕНИИ «ПОДДЕРЖКА ИНИЦИАТИВЫ»

Миссия организации: Содействие в решении социально-экономических и экологических проблем через поддержку общественных инициатив, развитие предпринимательства и построение социального партнерства. Общественное объединение «Поддержка инициативы» зарегистрировано 02 сентября 2001 г. Деятельность ОО «Поддержка инициативы» направлена на развитие сообществ в регионе Приаралья, а именно укрепление гражданского общества через институциональное развитие НПО, защита прав и интересов граждан региона Приаралья, продвижение политики гендерного равенства, укрепление прав женщин, детей и других уязвимых групп населения посредством проведения просветительской работы, проведения адвокационных проектов, развитие партнерства с государственными органами, СМИ и бизнес структурами.

ОБ IWPR

IWPR (Институт репортажей войны и мира) усиливает голос местных сообществ, помогая им добиваться перемен в странах, переживающих конфликты, кризисы и переходные периоды. Там, где распространяется язык вражды и пропаганда, а журналисты и гражданские активисты подвергаются атакам, IWPR продвигает достоверную информацию и способствует общественным дискуссиям, которые действительно имеют значение. В условиях, когда новые формы дезинформации способствуют расколу в обществе, растут цифровые угрозы и учащаются нападения на журналистов, миссия IWPR по поддержке местных голосов становится особенно важной. Основная задача организации – укрепление потока достоверной и объективной информации, позволяющей журналистам и гражданскому обществу информировать, обучать и мобилизовать сообщества. IWPR помогает обществам находить собственные решения, усиливая их потенциал в сфере журналистики и гражданской активности, а также поддерживая борьбу за подотчетность, свободу слова и права человека.

О ЕВРОПЕЙСКОМ СОЮЗЕ

Европейский Союз – это экономический и политический союз 27 европейских стран. Он основан на ценностях уважения человеческого достоинства, свободы, демократии, равенства, верховенства закона и уважения прав человека, в том числе прав лиц, принадлежащих к меньшинствам. Он действует на глобальном уровне с целью продвижения устойчивого развития общества, окружающей среды и экономики во благо каждого.

СОДЕРЖАНИЕ

Об Общественном объединении «Поддержка инициативы»	02
Об IWPR	02
О Европейском Союзе	02
Аббревиатуры и сокращения	04
Введение	05
Цели и фокус исследования	07
Методы исследования	08
Результаты исследования	09
Результаты онлайн-опроса	11
Результаты наблюдения в медицинских организациях	17
Результаты Круглых столов	19
Выводы по результатам исследования	20
Краткие рекомендации	22

АББРЕВИАТУРЫ И СОКРАЩЕНИЯ

ВАП – Высшая аудиторская палата;

ВОП – врач общей практики;

ВПЧ – вирус папилломы человека;

ГОБМП – гарантированный объем бесплатной медицинской помощи;

ГКП – государственное коммунальное предприятие;

ГУ – государственное учреждение;

ЖФВ – женщины фертильного возраста;

КПД – коэффициент полезного действия;

ЛФК – лечебная физкультура;

МИС – медицинская информационная система;

МЗ РК – Министерство здравоохранения Республики Казахстан;

ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни при рождении;

ОСМС – обязательное социальное медицинское страхование;

МИО – местные исполнительные органы;

МНН – международное непатентованное название;

НЦОЗ – Национальный центр общественного здоровья;

ННЦРЗ – Национальный научный центр развития здравоохранения
имени Салидат Каирбековой;

НПП – Национальная палата предпринимателей «Атамекен»;

РК – Республика Казахстан;

СВА – сельская врачебная амбулатория;

СЭС – санитарно-эпидемиологическая служба;

ТОО – товарищество с ограниченной ответственностью;

УЗ – Управление здравоохранения;

УЗИ – ультразвуковое исследование;

ФСМС – Фонд социального медицинского страхования;

ЦРБ – Центральная районная больница;

UNICEF – Детский фонд ООН;

UNFPA – Фонд ООН в области народонаселения.

ВВЕДЕНИЕ

Право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь – общепризнанная норма международного права. Охрана здоровья граждан представляет собой неотъемлемое условие жизни общества, а государство несет ответственность за сохранение здоровья своих граждан. По статистике, продолжительность жизни казахстанцев намного ниже, чем в развитых странах: Казахстан по продолжительности жизни населения занимает 104-е место среди стран мира¹. Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении в стране – 75,09² лет, что показывает наличие серьезных проблем в социальной сфере, в том числе в области здравоохранения.

При этом, в Кызылординской области ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ) составляет 74,58 лет (10-е место среди регионов Республики Казахстан (РК)), что ниже среднего по республике. Более того, ОПЖ среди женского населения области составляет 78,1 лет – 16-е место по стране (в числе регионов-аутсайдеров). Сельские женщины указанной области живут в среднем меньше городских с показателем 77,87 лет (на 0,6 года меньше, чем в городе – 78,47 лет).

С 2020 года в Казахстане введено обязательное социальное медицинское страхование и в настоящее время жители Казахстана получают медицинские услуги по двум пакетам – это гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и пакет обязательного социального медицинского страхования (ОСМС).

В настоящее время критика в адрес Фонда социального медицинского страхования (ФСМС) усилилась из-за возникновения ситуаций с недоступностью базовых медицинских услуг и лекарств, приписками, статусом застрахованности и так далее. При этом критика звучит как со стороны населения / общества, так и со стороны компетентных государственных органов (см. записку Высшей аудиторской палаты от 2024 г.). Этому также способствовали накопленные недостатки в системе здравоохранения.

Поэтому сегодня очевидно, что необходима реформа системы здравоохранения РК, в том числе скорой медицинской помощи, ускорение работы по разукрупнению участков поликлиник, реформа санитарно-эпидемиологической службы (СЭС), цифровая координация всех вовлеченных структур. Имеется ряд проблем по обеспечению населения бесплатными лекарствами, реабилитацией после перенесенного заболевания, созданием единой диспетчерской службы и т.д. Особенно остро стоит вопрос с обеспечением доступности медицинских услуг для женщин в сельской местности.

¹ <https://www.worldometers.info/demographics/life-expectancy/>

² По данным Статистического сборника Министерства здравоохранения Республики Казахстан «ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ в 2023 году», стр. 26, таблицы №4 и №5

Таким образом, в настоящее время имеется ряд проблем, связанных с доступностью сельского населения к бесплатным препаратам и медицинским услугам. Несмотря на существование государственных гарантий бесплатных медицинских услуг, многие не осведомлены об их наличии и о праве пользования ими. К тому же, медикаменты, вошедшие в перечень бесплатно предоставляемых, не всегда подходят для пациентов, вследствие чего больным приходится тратить собственные средства, пенсии и пособия на покупку действительно необходимых и действенных медикаментов. В результате, бесплатно выданные медикаменты (**малоэффективные для некоторых категорий больных**) не используются по назначению и программа обеспечения бесплатными медикаментами рискует быть сведенной к нерациональной трате финансовых ресурсов. Тем временем, категории людей, которым всё же подходят эти медикаменты, не всегда могут получать их непрерывно на протяжении всего года из-за проволочек, связанных с предоставлением медикаментов. Также качество оказываемых бесплатных медицинских услуг (**стоматологические услуги для беременных и детей, амбулаторное и физиотерапевтическое лечение**), возможно, имеет пространство для совершенствования, в том числе и из-за отсутствия надлежащего контроля, мониторинга и оценки предоставляемых услуг. В довершение всего, существует вероятность пониженной доступности услуг здравоохранения в сельской местности.

Наряду с этим, как предполагает исследование, сельские женщины в основном не знают своих прав и не используют возможности получения гарантированных медицинских услуг и медикаментов.

Существующие проблемы в сфере здравоохранения демонстрируют необходимость повышения эффективности предоставляемых государственных медицинских услуг, отвечающих потребностям сельских женщин, что приведет к обеспечению доступа сельских женщин к получению медицинских услуг в рамках ГОБМП и ОСМС и улучшению качества предоставления медицинских услуг.

ЦЕЛИ И ФОКУС ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование в целом ставит целью повышение эффективности предоставления и получения государственных медицинских услуг сельскими женщинами Кызылординской области и защиту прав сельских женщин на бесплатную медицину. В свою очередь, настоящий документ направлен на освещение проблем, выявленных в ходе реализации полевой части проекта.

Специфика женского контингента в плане потребностей в области здравоохранения обусловлена различными факторами (здесь и далее – включая, но не ограничиваясь; не претендуя на полноту и взаимоисключение), включая объективные особенности женского организма и репродуктивную функцию, социально-бытовой статус и потенциальную уязвимость, расширенную зону ответственности в рамках семьи / домохозяйства, менталитет.

Круг актуальных тем доступа сельских женщин к медицинской помощи может включать:

- вопросы доступа к контрацепции, женщин фертильного возраста (ЖФВ) и беременных;
- особенности доступа для женщин с детьми до 5 лет и многодетных;
- специализированную медицинскую психологическую помощь при бытовом насилии;
- женское ментальное здоровье;
- профильные заболевания (онкологические заболевания ряда локализаций, гендер-специфическая эндокринология, акушер-гинекология и др.);
- детскую иммунизацию и вопросы отношения и осведомленности о вирусе папилломы человека (ВПЧ), и т.д.

Каждое из перечисленных направлений имеет потенциал для серии исследований, и практически во всех перечисленных областях ведется обширная деятельность соответствующими институциональными игроками (UNICEF – Детский фонд ООН работает, в частности по направлению иммунизации, UNFPA – по вопросам гендерного насилия, контрацепции, Национальный центр общественного здоровья, клинические медицинские организации республиканского уровня – по профильным группам контингента и др.).

Соответственно, углубленное изучение темы требует надлежащей постановки вопроса, сбора детальных данных, консультаций с рядом медицинских специалистов соответствующих профилей. В этой связи данный документ и связанное исследование ограничивается анализом неспецифической доступности медицинской помощи в рамках ГОБМП и ОСМС для женщин, проживающих в сельской местности. Кроме того, освещён общий инфраструктурный аспект, влияющий на все группы населения, без какой-либо специфики.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение и анализ доступности медицинских услуг в рамках ГОБМП и ОСМС сельскими женщинами Кызылординской области проводились на двух пилотных сельских территориях: поселок Шіркейлі (сельская врачебная амбулатория (СВА) относится к ГКП «Центральная районная больница Сырдарьинского района») и сельский округ Караозек города Кызылорда (СВА относится к ГКП «Городская поликлиника №5 г. Кызылорда») с использованием следующих методов:

- онлайн анкетирование женщин с использованием инструментов Google Forms (14 закрытых контент-вопросов, 4 идентификационных вопроса и 1 текстовое поле для выражения мнения о доступности медицинской помощи, жалоб и предложений по совершенствованию);
- интервьюирование женщин (12 открытых вопросов);
- наблюдение в медицинских организациях (структурированный лист наблюдения из 21 секции-вопроса);
- проведение круглых столов.

Следует обратить внимание читателя на то, что методы, выбранные для полевой части проекта, ограничивают аналитический потенциал исследования личной оценкой женщин-потенциальных получателей медицинской помощи; методы, подразумевающие внешнюю оценку / анализ законодательства / бенчмарк с иными регионами, городской местностью, иными социальными или гендерными группами / иной расширенный анализ, за исключением наблюдения в медицинских организациях, выходят за рамки исследования. Таким образом, здесь и далее речь идет лишь о восприятии ситуации сельскими женщинами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Прежде чем излагать результаты полевой части исследования в разрезе методов, следует отметить, что вся ниже- (и выше-) приведенная информация является не более чем предположительной, синтезирована на базе первичных субъективных ответов респондентов и не несёт обвинительного либо обличительного характера. Извлечения причин формирования тех или иных суждений либо фиксации фактов каких-либо нарушений прав респондентов в процессе интервью также не проводилось.

Результаты интервью

В интервью приняли участие:

- 8 жительниц сельского округа Караозек города Кызылорда
- 7 жительниц села Шіркейлі Сырдарьинского района и
- 3 женщины из числа прикрепленных к Городской поликлинике №5 г. Кызылорда.

Как показали результаты интервью, респонденты оценивают систему здравоохранения на среднем уровне:

- и как единое целое,
- и в разрезе пакетов ГОБМП / ОСМС,
- и в части обеспечения пациентов лекарственными средствами и медицинскими изделиями (ЛС и МИ),
- и по отдельным службам (прозвучали жалобы на отсутствие аптек либо необходимых медикаментов в аптеках и у бригад скорой медицинской помощи, на затрудненный доступ к лечению в условиях круглосуточного стационара, на точность и доступность диагностики (УЗИ, рентгенография) и лабораторной службы).

Цитата:

«Я не удовлетворена системой здравоохранения. В случае обращения за бесплатной медицинской помощью по конкретной болезни, процесс может занимать до месяца, доходит до осложнения, что вынуждает обращаться за платной медицинской помощью».

Цитата:

«Доступность лекарств и медуслуг очень низкая ... гарантии бесплатности не выполняются, несмотря на заявленное ОСМС. Население результата не видит».

Также пациенты сообщают о дефиците узких специалистов (в частности, более специфичных для женского населения, таких как гинеколог, гематолог, эндокринолог, невропатолог, педиатр), ограниченной доступности лабораторной диагностики (продолжительное время ожидания, направления для сдачи анализов на платной основе, отсутствие забора полного спектра анализов в условиях села), о платности оказания медицинской помощи (неясно по чьей инициативе; возможно, по инициативе пациента).

Информированность о механизмах и каналах подачи жалоб на качество медицинской помощи крайне низкая.

Цитата: (из интервью):

«Шанс получить качественную медицинскую помощь есть только у тех, кто хорошо знает законы (свои права)».

Кроме того, слабо распространена практика использования приложений медицинских информационных систем (МИС).

Несмотря на вышеописанное восприятие услуг здравоохранения, респонденты в равной мере предпочитают медицину государственной и частной форм собственности (единственная озвученная причина предпочтения частной медицины – отсутствие очередности на получение медицинской помощи).

РЕЗУЛЬТАТЫ ОНЛАЙН-ОПРОСА

Опрос охватил 193 респондентки: 117 из сельского округа Караозек города Кызылорда, 76 – из села Шіркейлі Сырдарьинского района.

В разрезе укрупнённых последовательных категорий «осведомлённость пациента о своих правах», «выбор пациента», «использование медицинских услуг», «коррупция в системе здравоохранения», «удовлетворенность пациента», результаты онлайн-опроса выглядят следующим образом:

Категория «Осведомлённость пациенток о своих правах»

О своей осведомленности о правах в области получения бесплатной медицинской помощи и лекарственных средств заявляют: в достаточной мере – 25%; частично – 49%; не осведомлены – 27%.

Более детальные данные об осведомлённости при этом не подтверждают столь оптимистичную (само)оценку:

- ничего не знают о своих правах 19%;
- осведомленность свыше 30% наблюдается лишь о: праве выбора медицинской организации (37%) и о праве на получение подробной информации о состоянии своего здоровья (32%);
- от 20% до 30% респондентов информированы о: бесплатных медицинских услугах и лекарствах для лиц, состоящих на диспансерном учете (24%); бесплатных медицинских услугах и лекарствах в больницах (23%); бесплатных медицинских услугах и лекарствах для беременных женщин (22%); получении бесплатных медицинских услуг в клинике и на дому (27%); получении бесплатной помощи в реабилитации и восстановлении после болезни (22%), бесплатной медицинской помощи и лекарствах для детей до 5 лет (20%);
- низший уровень осведомленности (менее 20%) – о праве выборе врача (19%), праве на сохранение конфиденциальности сведений о состоянии здоровья и факте обращения за медицинской помощью (14%), о защите прав пациента в случае их нарушения при получении бесплатных медицинских услуг и лекарств (15%) и о праве на отказ от медицинского вмешательства (5%).

Таким образом, наблюдается крайне низкая информированность населения о своих правах в области здравоохранения.

Цитата: (из интервью):

«Необходимо предоставить пациенту право выбора врача».

Категория «Выбор пациента»

В несколько большей степени респонденты доверяют медицинским организациям государственной, нежели частной, формы собственности (38% против 34%; 28% затруднились с ответом). В целом эти цифры соответствуют результатам интервью. При этом фактические предпочтения в отношении частных клиник остались невыясненными: вопросы как интервью «предпочитаете ли вы государственную или частную медицину?», так и онлайн-опроса «каким медицинским организациям вы больше доверяете?» не проводят различия между частными клиниками, оказывающими услуги в рамках ГОБМП / ОСМС по договору с Фондом социального медицинского страхования (ФСМС), и платными услугами в тех же клиниках либо частных клиниках, не имеющих договора с ФСМС. Учитывая в целом негативную оценку бесплатной медицины и то, что жалобой номер 1 является очередность на получение плановой медицинской помощи (нехарактерная для частных клиник при платном оказании услуг), можно предположить, что несущественные различия в предпочтениях клиник по формам собственности обусловлены некоей комбинацией следующих факторов: (а) невысокая платежеспособность населения (вынужденного в массе пользоваться услугами ГОБМП / ОСМС), (б) неразвитость сети частных клиник в регионе, (в) незначительные отличия (либо их отсутствие) в качестве и доступности медицинской помощи, предоставляемой частными клиниками в рамках договоров с ФСМС.

Также к категории «Выбор пациента» следует отнести ранее приведенные данные об осведомленности пациентов о своих правах: 37% информированы о праве выбора медицинской организации и лишь 19% – о праве выборе врача (достаточно низкие показатели, учитывая то, что указанные механизмы внедрены и действуют в системе здравоохранения РК вот уже более десятилетия).

Кроме того, как будет показано чуть ниже, по направлениям медицинской помощи:

- в вопросе амбулаторного приема у врача 11% не используют своё право на бесплатную медицинскую помощь, выбирая исключительно платный формат;
- при госпитализации (предположительно, в круглосуточный стационар) 6% не используют своё право на бесплатную медицинскую помощь, выбирая исключительно платный формат;
- 58% не знают либо не используют приложения МИС.

Цитата: (из интервью):

«При обращении за бесплатной медицинской помощью в любом случае в итоге приходится обращаться платно».

Категория «Использование медицинских услуг»

По оценке респондентов, в разрезе направлений медицинской помощи:

- в вопросе амбулаторного приема у врача 11% не используют своё право на бесплатную медицинскую помощь, предпочитая исключительно платный формат; из числа пользующихся бесплатными услугами 27% испытывают значительные трудности при обращении за амбулаторным приемом, 36% испытывают небольшие трудности, 37% не испытывают трудностей;
- при госпитализации в круглосуточный стационар: 6% не используют своё право на бесплатную медицинскую помощь, предпочитая исключительно платный формат; из числа пользующихся бесплатными услугами 39% испытывают значительные трудности (включая сложность сбора документов для постановки пациента в очередь на Портал Бюро госпитализации), 32% испытывают небольшие трудности, 29% не испытывают трудностей;
- при получении бесплатных лекарственных средств: 48% испытывают значительные трудности, 35% трудностей не испытывают, 17% затруднились с ответом;
- также при получении бесплатных лекарственных средств: 30% считают бесплатные лекарства недоступными, лишь 22% удовлетворены качеством, 34% не удовлетворены качеством и возможно по этой причине не используют полученные лекарства,

15% получают лекарства без необходимости и потому не используют либо используют редко (таким образом, по оценке респондентов, вхолостую используется до 78% амбулаторного лекарственного обеспечения, а совокупный КПД составляет на уровне 22%);

- 58% не знают либо не используют приложения МИС, 27% используют и считают их удобными, 16% – считают недостаточно удобными.

Цитаты: (из интервью):

«В селе нет аптеки, скорая помощь приезжает из города, время доезда – от 30 минут до 1 часа. После 16:00 сельские медицинские работники не оказывают помощь»

«Нужные лекарства не выдаются. Выдаются дешевые и некачественные аналоги. Иногда выдаются ненужные препараты»

«Бывает, что, когда результаты анализов приходят в некондиционном виде, врач сам просит сдать анализы платно в другом месте».

Категория «Коррупция в системе здравоохранения»

63% не выражали материальную благодарность работникам здравоохранения, 17% – выражали по собственной инициативе, 20% – по требованию медицинских работников. При этом коррупцию оценивают как существенную 42%, среднюю – 27%, как незначительную – 31% (совокупно 69% негативных результатов).

Противоречивые результаты по двум смежным вопросам, возможно, свидетельствуют о нежелании открыто отвечать на прямой вопрос «выражали ли вы благодарность ...».

Категория «Удовлетворённость пациента»

В целом услугами здравоохранения удовлетворены 19% респондентов, частично – 52%, не удовлетворены – 29%.

В разрезе видов и форм медицинской помощи, а также отдельных групп медицинских услуг, картина удовлетворенности выглядит следующим образом:

- качеством услуг врачей общей практики (ВОП) удовлетворены 38%, частично – 40%, 22% не удовлетворены;
- качеством услуг узких специалистов удовлетворены 28%, частично – 46%, 26% не удовлетворены;
- качеством лабораторных услуг удовлетворены 33%, частично – 46%, 21% не удовлетворены;
- качеством ультразвуковых исследований (УЗИ) и рентгенографии удовлетворены 33%, частично – 49%, 18% не удовлетворены;
- качеством радиологических услуг (компьютерная томография и магнитно-резонансная томография) удовлетворены 34%, частично – 44%, 22% не удовлетворены;
- услугами скорой медицинской помощи (из числа использовавших их в течение последних 12 месяцев) удовлетворены 37%, частично – 31%, не удовлетворены – 32%.

Усредненно, при достаточно равномерной картине по направлениям помощи / услуг, удовлетворены 34%, частично – 43%, не удовлетворены – 24%. Это соотносится с данными Высшей аудиторской палаты (ВАП) о том, что степень удовлетворенности казахстанцев качеством услуг здравоохранения не достигает и 50%³

Цитата: (из интервью):

«Я оцениваю работу скорой помощи на селе как плохую. Все ездят на такси, например, беременные женщины самостоятельно доезжают до организации родовспоможения, когда у них начинаются роды».

³ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВЫСШЕЙ АУДИТОРСКОЙ ПАЛАТЫ К ОТЧЕТУ ПРАВИТЕЛЬСТВА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ОБ ИСПОЛНЕНИИ РЕСПУБЛИКАНСКОГО БЮДЖЕТА за 2023 год, стр. 18 (утверждено постановлением Мажилиса Парламента от 21 июня 2024 года №17-VIII-ПРК)

При погружении в детали жалоб на медицинскую помощь:

- 9% затруднились с ответом;
- 16% – в целом удовлетворены медицинским обслуживанием;
- очередность: 42% респондентов жалуются на необходимость продолжительного ожидания при записи на прием врача, 37% – на очередность бесплатного медицинского осмотра, 19% – на длительное (более 15–30 минут) время ожидания кареты скорой помощи;
- характеристика медицинских работников: 27% отмечают халатное обращение со стороны медицинского персонала, 19% имеют жалобы на квалификацию врачей;
- доступность и качество медицинской помощи: 25% считают, что очень трудно госпитализироваться (что перекликается с результатами по категории «использование медицинских услуг»), 17% – что врачи выписывают очень дорогие лекарства, 15% озвучили жалобы на качество анализов в клинических лабораториях, 14% отмечают недостаточность внимания, уделяемого диспансерным больным, 10% указывают на сложности в получении тяжелобольными пациентами медицинской помощи на дому.

Совокупно по результатам онлайн-опроса в пределах категории «Удовлетворенность пациента» получено 3 показателя удовлетворенности системой / услугами здравоохранения в целом, процитированных ниже:

- удовлетворены 19%, частично – 52%, не удовлетворены – 29%;
- удовлетворены 34%, частично – 43%, не удовлетворены – 24% (усредненно, по направлениям);
- 16% в целом удовлетворены.

К сожалению, при вариативности доли удовлетворенности от 16% до 34% содержательно интерпретировать эти данные не представляется возможным.

РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Наблюдение проводилось в сельских врачебных амбулаториях (СВА) поселка Шіркейлі Сырдарьинского района и поселка Караозек. Обе СВА построены по одному типовому проекту. При этом материально-техническое оснащение объектов существенно различается.

Так, в СВА Караозек (в СВА Шіркейлі, если не указано иное, все нижеперечисленные недостатки отсутствуют):

- затруднен доступ в здание и перемещение по нему, в том числе для лиц с ограниченными возможностями: кафельная поверхность крыльца / лестницы разбита, тактильная дорожка не соответствует стандартам, отсутствует коляска;
- при входе в здание охранника либо дежурного / вахтера не наблюдается (по штатному расписанию охранник имеется), нет списка кабинетов с навигацией;
- в здании отсутствуют кондиционеры, а окна в кабинетах не открываются, что очевидно может представлять серьезную проблему в летний период в связи с климатическими особенностями региона;
- оснащение медицинскими изделиями неполное, отсутствует кабинет забора биологического материала, акушерский кабинет;
- во врачебных кабинетах отсутствуют шторы и ширмы, в процедурном кабинете – шторы;
- в уборных отсутствуют перегородки, мыло, туалетная бумага, зеркала, умывальники, горячая вода (аналогичная ситуация в СВА Шіркейлі);
- посадка пациентов в зонах ожидания по 8 человек на единственной скамейке (в СВА Шіркейлі – 6 скамеек по 4 посадочных места);

- отсутствует информация о правах пациентов, платности / бесплатности медицинских услуг в рамках ГОБМП и ОСМС.
- существует практика приписок несуществующих или неоказанных медицинских услуг. Заметим, что в СМИ Казахстана также есть публикации о приписках в системе DAMUMED, когда пациентке ложно приписали наркозависимость, лечение 82 зубов у одного пациента и другие приписки. Власти признают серьезность проблемы, запустив с августа 2024 года проект по цифровой идентификации пациентов. По официальным данным, это привело к снижению количества необоснованных медицинских услуг на 6 процентов, это 4,7 миллиарда тенге. На наш взгляд борьбу с приписками надо сделать более системной, подключив к этому население и гражданское общество.

РЕЗУЛЬТАТЫ КРУГЛЫХ СТОЛОВ

Круглые столы с участием местных жителей ([независимо от пола](#)) и представителей местных исполнительных органов организованы в обоих населенных пунктах.

Общие для двух населенных пунктов жалобы – на трудности в получении бесплатных лекарств, недоступность сдачи анализов на селе или направление пациентов в платные лаборатории для сдачи анализов.

Специфические жалобы жителей села Караозек ([19 мужчин, 37 женщин, итого 56 человек](#)) включают в себя трудности с посещением поликлиники в городе, где находится часть производственной базы, очередность, отсутствие аптеки в поселке, проблемы с отоплением ([либо утеплением](#)) СВА ([низкие температуры в помещении зимой](#)).

Специфические жалобы жителей села Шіркейлі ([6 мужчин, 30 женщин, итого 36 человек](#)) сосредоточены на некомпетентности и нехватке узких специалистов в центральной районной больнице. В целом в районе распространена практика лечения за рубежом, в частности в г. Ташкент ([Республика Узбекистан](#)). Кроме того, так как работа в селе является сезонной с мая по октябрь, жители регулярно на полгода теряют статус застрахованности в системе ОСМС.

Можно предположить, что подобные проблемы могут иметь место и в других сельских населенных пунктах региона.

ВЫВОДЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ

Таким образом, проблема доступности медицинской помощи для сельского женского населения существует и имеет достаточно выраженный фокус (помимо множества вторичных либо менее распространенных жалоб на различные аспекты оказания медицинской помощи):

- очередность на получение плановой медицинской помощи в различных формах (амбулаторный прием, лабораторные исследования, госпитализация);
- крайне низкая информированность о механизмах и каналах подачи жалоб на качество медицинской помощи и осведомленность о собственных правах в области здравоохранения;
- неэффективность бесплатного амбулаторного лекарственного обеспечения;
- дефицит, халатность и недостаточная квалификация медицинских работников;
- распространённость коррупции;
- отдельного внимания заслуживает неочевидная проблема регулярной продолжительной (сезонной) утраты жителями, занятыми в рисоводстве и сопряженных сферах, статуса застрахованности в системе ОСМС.

Выявленная проблематика достаточно закономерна. Можно заметить, как при дефицитных вводных (недостаточная оснащённость медицинских организаций, низкая информированность населения о своих правах в области здравоохранения) и стесненности пациента в выборе (в связи с низкой платежеспособностью и ограниченностью альтернативных вариантов получения медицинской помощи), пациент сталкивается с заметными затруднениями в процессе пользования медицинскими услугами, включая коррупцию, и на выходе формируется низкий уровень удовлетворенности качеством и доступностью медицинской помощи.

Памятуя о том, что у каждого вопроса есть стейкхолдер, а вернее, целая комбинация стейкхолдеров разного уровня управления, степени ответственности и потенциала влияния на ситуацию, примерное распределение зон ответственности за вышеобозначенные проблемы выглядит следующим образом:

Стейкхолдер	Аспекты	Ответственность в привязке к выявленным проблемам
Министерство здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК)	Регуляторный аспект (гарантии, правила и порядки), а с Комитетами – и контрольная функция	Вопрос эффективности бесплатного амбулаторного лекарственного обеспечения, в первую очередь, лежит в зоне ответственности МЗ РК
Фонд социального медицинского страхования	Финансовый аспект (самый действенный рычаг)	Ответственность за очередность на получение плановой медицинской помощи распределяется между ФСМС и УЗ; утрата жителями, занятыми в рисоводстве, статуса застрахованности в системе ОСМС
Управление здравоохранения Кызылординской области (УЗ)	Организационный и финансовый аспект в части капитального строительства, оснащения и кадрового обеспечения	Кадровые ресурсы (дефицит, халатность и квалификация медицинских работников), информированность населения, коррупция
Ряд других стейкхолдеров, подчинённых МЗ РК и косвенно / вторично ответственных за наблюдаемое положение дел (Самрук-Казына Фармация, медицинские организации и др.)		

Как видим, существует довольно разноуровневый и взаимосвязанный спектр входных точек, ответственных за сложившуюся ситуацию и имеющих ресурсы для её разрешения.

КРАТКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Детальные рекомендации с погружением вплоть до населенных пунктов будут представлены в связанном [Policy brief](#); ниже приведены обобщенные рекомендации, управляемые на уровне государственных органов и их подведомственных организаций:

- приоритизация вопроса очередности на получение плановой медицинской помощи, как главного фактора неудовлетворенности населения, путем создания соответствующей рабочей группы, внедрения механизмов мониторинга ситуации на центральном уровне и реализации релевантных мер;
- глубинное изучение МЗ РК и подведомственными аналитическими организациями ситуации в сфере бесплатного амбулаторного лекарственного обеспечения с пересмотром в сторону повышения его эффективности;
- рассмотрение на уровне ФСМС вопроса утраты жителями, занятыми в рисоводстве (а также на иных сезонных работах в связи со спецификой экономики регионов РК), статуса застрахованности в системе ОСМС с последующим внедрением механизма обеспечения непрерывной застрахованности таких социальных групп;
- мероприятия на местном уровне ([а также при поддержке Национального центра общественного здоровья](#)) по повышению информированности населения о правах в области здравоохранения;
- разработка и реализация Управлением здравоохранения Кызылординской области комплекса мер для решения проблем дефицита и квалификации медицинских работников, фактов нарушения этики и деонтологии ([более эффективный подход к привлечению медработников к работе в условиях села путем выдачи подъемных, обеспечения жильем; систематическое повышение квалификации; тренинги по сервисным аспектам оказания медицинской помощи и др.](#)).