РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-КӨПШІЛІК ЖУРНАЛЫ

№ 03/2016

издаётся с 2013

МЕДИЦИНА ЖӘНЕ ҚОҒАМ

МЕДИЦИНА И ОБЩЕСТВО

Ыбырай Алтынсарин

175 жыл

Об обязательном социальном медицинском страховании

100 лет Западно-Казахстанскому медицинскому колледжу

110000, город Костанай, ул. Притобольская, 29 e-mail: sharapat-kost@mail.ru веб-сайт: www.sharapat-kst.kz

Собственник: ОО «Шарапат» средних медицинских работников Костанайской области
Главный редактор:
Сауле Катпенова
Заместитель главного редактора:
Эльвира Булудова
Редакционная коллегия:
Камиля Гаджиева, Елена Шестакова
Дизайн и верстка:
Эльвира Булудова
Корректоры:
Алия Жайсанбаева, Вера Коновалова
Редакционный совет:
О. А. Бекмагамбетов, руководитель Управления здравоохранения акимата Костанайской области
Г. Байжуманова зам. руководителя Управления здравоохранения акимата Костанайской области
В. В. Стельмах, к.м.н., доктор философии в медицине, академик /г. Костанай/
С. Т. Сейдуманов, д.м.н. /г. Алматы/
И. И. Долгушин, д.м.н. профессор /г. Челябинск/
С. И. Двойников, д.м.н. профессор /г. Самара/
Ю. И. Павлов, д.м.н. /г. Челябинск/
Р. Б. Нурланова /г. Алматы/
Т. Б. Булгацевич, к.м.н. /г. Костанай/
Ю. С. Моисеев, к.м.н. /г. Костанай/
Ф. С. Темирханов, к.м.н. /г. Костанай/
А. А. Сачко, к.м.н. /г. Костанай/
А. Н. Нурбеков, к.м.н. /г. Караганда/
С. М. Джансигиров, к.м.н. /г. Талдыкорган/
В. Б. Якимов, к.м.н. /г. Костанай/
В. В. Хан, к.м.н. /г. Костанай/
А. Г. Джантурина /г. Костанай/
Д. В. Герасимов /г. Костанай/
Л. Н. Ранова /г. Жезказган/

Фотографии: Мармалиди И., Лапатиев Ю.

Почтовый адрес редакции:
Республика Казахстан, 110000
г. Костанай, ул, Притобольская, 29
телефон: 8 (7142) 547764

e-mail: sharapat-kost@mail.ru
www. sharapat-kst.kz

Журнал зарегистрирован в Министерстве культуры и информации РК.
Свидетельство о постановке на учёт периодического печатного издания № 13672-Ж от 14.06.2013 г.

Содержание

Слово редактора 3

ЗАКОН
Закон республики казахстан об обязательном социальном медицинском страховании 5
Тезисы по вопросу внедрения обязательного социального медицинского страхования 16
Вопросы и ответы по внедрению обязательного социального медицинского страхования в РК 21

ЮБИЛЕЙ
Западно-Казахстанский медицинский колледж: 100 лет 30
Юбилейные мероприятия 32

НАУКА И ОБРАЗОВАНИЕ
Проблемы и перспективы развития сестринской службы в республике казахстан 34
Технология mind-mapping в преподавании профессионального английского языка 36
Новые технологии обучения – вклад в экономику страны 39
Ампелотерапия – терапия альянсом природных активных веществ 41
Роль трассовых пунктов в оказании экстренной неотложной помощи 43
Интеграция в изучении предметов естественнонаучного цикла 46
Формирование коммуникативной компетентности студентов в условиях медколледжа 48
«Жас қалам» тілдік үйірмесінің жұмысы - мемлекеттік тілді меңгеруіндегі ынталандыруды арттыратын жұмысының бір түрі» 52

Ыбырай Алтынсарин 54

ПСИХОЛОГИЯ
Как победить осеннее уныние 56
Консультация психолога по семейным отношениям 56

Құрметті оқырмандар!

Журналымыздың кезекті нөмірінің бетінде сіздермен қайта кездескеніме қуаныштымын.

Журнал беттерінде Қазақстан Республикасында «Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруды туралы» Заңын енгізу жөнінде материал ұсынылады, сонымен бірге заңның кейбір тармақтарына түсінік беріледі.

Медициналық білім беру мен ҚР медбикелік ісінің дамуына арналған мақалалармен де танысуға болады.

Батыс-Қазақстан медицина колледжінің 100-жылдық мерейтойы жөнінде және үстіміздегі жылдағы ұлы педагог-ағартушы Ыбрай Алтынсариннің 175-жылдығына арналған тәрбие және тұлғааралық қарым-қатынас туралы әңгімелерін де ұсынамыз.

Уважаемые читатели!

Приветствую вас на страницах очередного номера нашего журнала.

На страницах журнала будет представлен материал о внедрении в Казахстане Закона Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании», а также разъяснения некоторых пунктов закона.

Ряд других публикаций посвящены развитию сестринского дела в РК и медицинскому образованию.

Еще мы расскажем о праздновании 100-летнего юбилея Западно-Казахстанского медицинского колледжа и представим несколько рассказов о воспитании и личностных отношениях великого казахского педагога-просветителя Ыбрая Алтынсарина, 175-летие которого отмечается в этом году.

С. Каппекова

ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Об обязательном социальном медицинском страховании (с изменениями и дополнениями от 06.04.2016 г.)

Глава 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ
Статья 1. Основные понятия, используемые в настоящем Законе
Статья 2. Сфера действия настоящего Закона
Статья 3. Законодательство Республики Казахстан обобязательном социальном медицинском страховании
Статья 4. Принципы обязательного социального медицинского страхования
Статья 5. Право на медицинскую помощь в системе обязательного социального медицинского страхования
Статья 6. Право выбора организации здравоохранения в системе обязательного социального медицинского страхования
Статья 7. Медицинская помощь в системе обязательного социального медицинского страхования
Статья 8. Обеспечение сохранности средств обязательного социального медицинского страхования

Глава 2. ГОСУДАРСТВЕННОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
Статья 9. Государственные органы, осуществляющие государственное регулирование системы обязательного социального медицинского страхования
Статья 10. Компетенция Правительства Республики Казахстан
Статья 11. Компетенция уполномоченного органа
Статья 12. Компетенция местных исполнительных органов областей, городов республиканского значения и столицы
Глава 3. УЧАСТНИКИ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
Статья 13. Участники системы обязательного социального медицинского страхования
Статья 14. Плательщики
Статья 15. Потребители медицинских услуг
Статья 16. Субъекты здравоохранения
Статья 17. Государственная корпорация
Глава 4. ФОНД СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
Статья 18. Статус и активы фонда
Статья 19. Деятельность фонда
Статья 20. Права и обязанности фонда
Статья 21. Инвестиционная деятельность фонда
Статья 22. Учет и отчетность
Статья 23. Аудит фонда
Статья 24. Требования, предъявляемые к руководящим работникам фонда

Глава 5. ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
Статья 25. Источники финансирования
Статья 26. Взносы государства на обязательное социальное медицинское страхование
Статья 27. Отчисления на обязательное социальное медицинское страхование
Статья 28. Взносы на обязательное социальное медицинское страхование
Статья 29. Доходы, принимаемые для исчисления отчислений и (или) взносов

Глава 6. ИСЧИСЛЕНИЕ (УДЕРЖАНИЕ) И ПЕРЕЧИСЛЕНИЕ ОТЧИСЛЕНИЙ И (ИЛИ) ВЗНОСОВ
Статья 30. Исчисление (удержание) и перечисление отчислений и (или) взносов
Статья 31. Ответственность плательщика за несвоевременное перечисление отчислений и (или) взносов
Статья 32. Сообщение о произведенных отчислениях
Статья 33. Возврат ошибочно уплаченных отчислений и (или) взносов на обязательное социальное медицинское страхование и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату отчислений и (или) взносов на обязательное социальное медицинское страхование

Глава 7. ЗАКУП У СУБЪЕКТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УСЛУГ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
Статья 34. Порядок закупа у субъектов здравоохранения услуг по оказанию медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования
Статья 35. Договор закупа услуг
Статья 36. Оплата услуг субъектов здравоохранения по оказанию медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования
Статья 37. Обеспечение качества медицинских услуг в системе обязательного социального медицинского страхования
Статья 38. Основания и порядок расторжения договора закупа услуг
Глава 8. ПЕРЕХОДНЫЕ И ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ
Статья 39. Ответственность за нарушение законодательства Республики Казахстан об обязательном социальном медицинском страховании
Статья 40. Переходные положения
Статья 41. Порядок введения в действие настоящего Закона

Настоящий Закон регулирует общественные отношения, возникающие в системе обязательного социального медицин-

ского страхования, в целях реализации конституционного права граждан на охрану здоровья.

Глава 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Основные понятия, используемые в настоящем Законе

В настоящем Законе используются следующие основные понятия:

1) отчисления - деньги, уплачиваемые работодателями за счет собственных средств в фонд социального медицинского страхования, дающие право потребителям медицинских услуг, за которых осуществлялась уплата отчислений, получать медицинскую помощь в системе обязательного социального медицинского страхования;

2) плательщики отчислений и (или) взносов (далее - плательщики) - лица, осуществляющие исчисление, удержание, перечисление, уплату отчислений и (или) взносов в фонд социального медицинского страхования в порядке, установленном настоящим Законом;

3) фонд социального медицинского страхования (далее - фонд) - некоммерческая организация, производящая аккумулирование отчислений и взносов, а также осуществляющая закуп и оплату услуг субъектов здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в объемах и на условиях, предусмотренных договором закупа медицинских услуг;

4) уполномоченный орган в области здравоохранения (далее - уполномоченный орган) - государственный орган, осуществляющий руководство в области охраны здоровья граждан, медицинской и фармацевтической науки, медицинского и фармацевтического образования, обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, контроля за качеством медицинских услуг;

5) субъекты здравоохранения - организации здравоохранения, а также физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой и фармацевтической деятельностью;

6) закуп услуг у субъектов здравоохранения - планирование, выбор, заключение и исполнение договора закупа медицинских услуг;

7) взносы - деньги, уплачиваемые в фонд плательщиками взносов, указанными в пункте 2 статьи 14 настоящего Закона, и дающие право потребителям медицинских услуг получать медицинскую помощь в системе обязательного социального медицинского страхования;

8) активы фонда - отчисления, взносы, пеня, полученная за просрочку уплаты отчислений и (или) взносов, инвестиционный доход и иные предусмотренные законодательством Республики Казахстан поступления в фонд за минусом комиссионного вознаграждения на обеспечение деятельности фонда, средств, направленных на оплату услуг субъектов здравоохранения и возврат ошибочно зачисленных или излишне уплаченных средств;

9) объединенная комиссия по качеству медицинских услуг (далее - объединенная комиссия) - консультативно-совещательный орган при уполномоченном органе, создаваемый для выработки рекомендаций по совершенствованию клинических протоколов, стандартов медицинского образования, лекарственного обеспечения, стандартов системы контроля качества и доступности услуг в области здравоохранения;

10) договор закупа медицинских услуг (далее - договор закупа услуг) - соглашение в письменной форме между фондом и субъектом здравоохранения, предусматривающее оказание медицинской помощи потребителям медицинских услуг;

11) потребитель медицинских услуг - физическое лицо, имеющее в соответствии с настоящим Законом право на получение медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования;

12) обязательное социальное медицинское страхование - комплекс правовых, экономических и организационных мер по оказанию медицинской помощи потребителям медицинских услуг за счет активов фонда социального медицинского страхования;

13) система обязательного социального медицинского страхования - совокупность норм и правил, устанавливаемых государством, регулирующих отношения между участниками системы обязательного социального медицинского страхования;

14) медицинская помощь в системе обязательного социального медицинского страхования - объем медицинской помощи, предоставляемый потребителям медицинских услуг за счет активов фонда социального медицинского страхования;

15) срок страхования в системе обязательного социального медицинского страхования (далее - срок страхования) - период, в течение которого сохраняется право на получение медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования при перерыве стажа участия;

16) стаж участия в системе обязательного социального медицинского страхования (далее - стаж участия) - период, за который осуществлялась уплата отчислений и (или) взносов;

17) Государственная корпорация «Правительство для граждан» (далее - Государственная корпорация) - юридическое лицо, созданное по решению Правительства Республики Казахстан, для оказания государственных услуг в соответствии с законодательством Республики Казахстан, организации работы по приему заявлений на оказание государственных услуг и выдаче их результатов услугополучателю по принципу «одного окна», а также для оказания государственных услуг в электронной форме.

Статья 2. Сфера действия настоящего Закона

1. Настоящий Закон распространяется на общественные отношения в системе обязательного социального медицинского страхования.

2. Иностранцы и лица без гражданства, постоянно проживающие на территории Республики Казахстан, а также оралманы пользуются правами и несут обязанности в системе обязательного социального медицинского страхования наравне с гражданами Республики Казахстан, если иное не

предусмотрено настоящим Законом.

Статья 3. Законодательство Республики Казахстан об обязательном социальном медицинском страховании

1. Законодательство Республики Казахстан об обязательном социальном медицинском страховании основывается на Конституции Республики Казахстан и состоит из настоящего Закона и иных нормативных правовых актов Республики Казахстан.

2. Если международным договором, ратифицированным Республикой Казахстан, установлены иные правила, чем те, которые содержатся в настоящем Законе, то применяются правила международного договора.

3. На правоотношения, урегулированные законодательством Республики Казахстан об обязательном социальном медицинском страховании, не распространяется действие законодательства Республики Казахстан о страховании и страховой деятельности.

Статья 4. Принципы обязательного социального медицинского страхования

Обязательное социальное медицинское страхование основывается на принципах:

1) соблюдения и исполнения законодательства Республики Казахстан об обязательном социальном медицинском страховании;

2) обязательности уплаты отчислений и (или) взносов;

3) солидарной ответственности государства, работодателей и граждан;

4) доступности и качества оказываемой медицинской помощи;

5) использования активов фонда исключительно на оказание медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования;

6) гласности деятельности фонда.

Статья 5 вводится в действие с 1 июля 2017 года

Статья 5. Право на медицинскую помощь в системе обязательного социального медицинского страхования

1. Право на медицинскую помощь в системе обязательного социального медицинского страхования имеют граждане:

С 1 января 2018 года подпункт 1) пункта 1 статьи 5 будет действовать в редакции статьи 40 настоящего Закона

1) за которых осуществлялась уплата отчислений и (или) взносов не менее двух месяцев за последние двенадцать календарных месяцев (независимо от того, были ли в этот период перерывы в отчислениях и (или) взносах), предшествующих месяцу обращения за медицинской помощью в системе обязательного социального медицинского страхования;

2) обучавшиеся по очной форме обучения в организациях технического и профессионального, послесреднего, высшего образования, а также организациях послевузовского образования в форме резидентуры до истечения двенадцати календарных месяцев, следующих за годом, в котором завершено обучение;

3) освобожденные от уплаты взносов в фонд в соответствии с пунктом 4 статьи 28 настоящего Закона.

2. В случае перерыва стажа участия плательщиков оказание им медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования осуществляется в течение срока страхования.

3. Гражданам, за которых не поступили отчисления и (или) взносы в фонд либо которые не уплатили взносы в фонд, предоставляется гарантированный объем бесплатной медицинской помощи в соответствии с Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Статья 6 вводится в действие с 1 июля 2017 года

Статья 6. Право выбора организации здравоохранения в системе обязательного социального медицинского страхования

1. Граждане имеют право выбора организации первичной медико-санитарной помощи в системе обязательного социального медицинского страхования.

Порядок прикрепления граждан к организации первичной медико-санитарной помощи определяется уполномоченным органом.

2. Граждане имеют право выбора медицинской организации, оказывающей стационарную помощь в системе обязательного социального медицинского страхования, в случаях получения плановой медицинской помощи.

3. Право выбора медицинской организации в системе обязательного социального медицинского страхования возникает у граждан с момента приобретения ими права на медицинскую помощь в системе обязательного социального медицинского страхования.

Статья 7 вводится в действие с 1 июля 2017 года

Статья 7. Медицинская помощь в системе обязательного социального медицинского страхования

1. В системе обязательного социального медицинского страхования предоставляются:

1) амбулаторно-поликлиническая помощь (за исключением медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, по перечню, определяемому уполномоченным органом), включающая:

первичную медико-санитарную помощь;

консультативно-диагностическую помощь по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи и профильных специалистов;

2) стационарная помощь (за исключением медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, по перечню, определяемому уполномоченным органом) - по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации в рамках планируемого количества случаев госпитализации, определяемого уполномоченным органом;

3) стационарозамещающая помощь (за исключением медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, по перечню, определяемому уполномоченным органом) - по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации;

4) высокотехнологичные медицинские услуги.

2. Обеспечение лекарственными средствами в системе обязательного социального медицинского страхования осуществляется при оказании:

амбулаторно-поликлинической помощи - в соответствии с утверждаемым уполномоченным органом перечнем лекарственных средств и специализированных лечебных продуктов для бесплатного и (или) льготного обеспечения отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями);

стационарной и стационарозамещающей помощи - в соответствии с утвержденными медицинскими организациями и согласованными в установленном порядке с уполномоченным органом лекарственными формулярами.

3. Перечень медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования разрабатывается уполномоченным органом с учетом рекомендаций объединенной комиссии.

Статья 8. Обеспечение сохранности средств обязательного социального медицинского страхования

1. Государство гарантирует сохранность активов фонда.

2. Сохранность активов фонда обеспечивается посредством:

1) регулирования деятельности фонда путем установления норм и лимитов, обеспечивающих финансовую устойчивость фонда;

2) осуществления инвестиционной деятельности через Национальный Банк Республики Казахстан;

3) учета всех операций по инвестиционному управлению активами фонда в Национальном Банке Республики Казахстан;

4) ведения раздельного учета собственных средств и ак-

тивов фонда;
5) проведения ежегодного независимого аудита;
6) представления фондом регулярной финансовой отчетности в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан о бухгалтерском учете и финансовой отчетности;
7) определения перечня финансовых инструментов для инвестирования активов фонда.

Глава 2. ГОСУДАРСТВЕННОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 9. Государственные органы, осуществляющие государственное регулирование системы обязательного социального медицинского страхования

Государственное регулирование системы обязательного социального медицинского страхования осуществляют:
1) Правительство Республики Казахстан;
2) уполномоченный орган;
3) местные исполнительные органы областей, городов республиканского значения и столицы.

Статья 10. Компетенция Правительства Республики Казахстан

Правительство Республики Казахстан:
1) утверждает перечень медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования;
2) принимает решения о создании, реорганизации или ликвидации фонда в порядке, предусмотренном законами Республики Казахстан;
3) определяет перечень финансовых инструментов для инвестирования активов фонда;
4) устанавливает размеры резервов фонда на покрытие непредвиденных расходов;
5) устанавливает нормы и лимиты, обеспечивающие финансовую устойчивость фонда;
6) выполняет иные функции, возложенные на него Конституцией Республики Казахстан, настоящим Законом, иными законами Республики Казахстан и актами Президента Республики Казахстан.

Статья 11. Компетенция уполномоченного органа

Уполномоченный орган:
1) разрабатывает и определяет порядок и сроки исчисления (удержания) и перечисления отчислений и (или) взносов;
2) разрабатывает и определяет порядок исчисления стажа участия и срока страхования в системе обязательного социального медицинского страхования;

Статья дополнена подпунктом 2-1 в соответствии с Законом РК от 06.04.16 г. № 483-V

2-1) разрабатывает и утверждает методику формирования тарифов на медицинские услуги в системе обязательного социального медицинского страхования;
3) разрабатывает размеры резервов фонда на покрытие непредвиденных расходов;
4) разрабатывает нормы и лимиты, обеспечивающие финансовую устойчивость фонда;
5) разрабатывает ежегодно предложение об установлении предельной величины процентной ставки комиссионного вознаграждения от активов фонда, направляемого на обеспечение деятельности фонда;
6) разрабатывает перечень финансовых инструментов для инвестирования активов фонда;
7) разрабатывает и утверждает перечень, формы, сроки представления финансовой и иной отчетности фондом для обеспечения контрольных функций;
8) осуществляет анализ, оценку и контроль финансовой устойчивости фонда;
9) осуществляет внутренний контроль деятельности фонда в порядке, установленном законами Республики Казахстан;
10) вправе получать сведения о деятельности фонда, а также сведения от государственных органов и организаций, необходимые для осуществления своих контрольных функций;
11) осуществляет проверку деятельности Государственной корпорации в пределах компетенции;
12) осуществляет иные полномочия, предусмотренные настоящим Законом, иными законами Республики Казахстан, актами Президента Республики Казахстан и Правительства Республики Казахстан.

Статья 12. Компетенция местных исполнительных органов областей, городов республиканского значения и столицы

Местные исполнительные органы областей, городов республиканского значения и столицы:
1) обеспечивают реализацию прав граждан на медицинскую помощь в системе обязательного социального медицинского страхования;
2) обеспечивают планирование медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования;
3) оплачивают проезд внутри страны отдельным категориям граждан по перечню, определяемому местными представительными органами областей, городов республиканского значения и столицы, выезжающих за пределы населенного пункта постоянного проживания для получения высокотехнологичных медицинских услуг в рамках медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования;
4) осуществляют в интересах местного государственного управления иные полномочия, возлагаемые на местные исполнительные органы законодательством Республики Казахстан.

Глава 3. УЧАСТНИКИ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 13. Участники системы обязательного социального медицинского страхования

Участниками системы обязательного социального медицинского страхования являются:
1) плательщики;
2) потребители медицинских услуг;
3) субъекты здравоохранения;
4) уполномоченный орган;
5) Национальный Банк Республики Казахстан;
6) фонд;
7) Государственная корпорация;
8) иные уполномоченные органы.

Статья 14. Плательщики

1. Плательщиками отчислений являются работодатели, включая иностранные юридические лица, осуществляющие деятельность в Республике Казахстан через постоянное учреждение, а также филиалы, представительства иностранных юридических лиц, исчисляющие (удерживающие) и перечисляющие отчисления и взносы в фонд в порядке, установленном главой 6 настоящего Закона.

2. Плательщиками взносов являются:
1) государство;
2) работники;
3) индивидуальные предприниматели;
4) частные нотариусы;
5) частные судебные исполнители;
6) адвокаты;
7) профессиональные медиаторы;
8) физические лица, получающие доходы по договорам гражданско-правового характера.

Плательщиками взносов не являются иностранцы и лица без гражданства, за исключением лиц, постоянно проживающих на территории Республики Казахстан, и оралманов.

3. Исчисление (удержание) и перечисление взносов работников в фонд осуществляются работодателями за счет доходов работников.

4. Исчисление (удержание) и перечисление взносов физических лиц, получающих доходы по договорам гражданско-правового характера, в фонд осуществляются за счет доходов таких физических лиц налоговыми агентами, определенными налоговым законодательством Республики Ка-

захстан (далее - налоговый агент).

5. Плательщики имеют право:

1) на возврат ошибочно уплаченных сумм отчислений и (или) взносов, и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату отчислений и (или) взносов;

2) запрашивать и получать бесплатно у фонда необходимую информацию о перечисленных суммах отчислений и (или) взносов;

3) на реализацию иных прав, предусмотренных настоящим Законом.

6. Плательщики (за исключением работников и физических лиц, получающих доходы по договорам гражданско-правового характера) обязаны:

1) своевременно и в полном объеме исчислять (удерживать) и перечислять отчисления и (или) взносы, а также пеню за несвоевременную и (или) неполную уплату отчислений и (или) взносов;

2) самостоятельно осуществлять расчет и перерасчет размеров отчислений и (или) взносов, уплачиваемых в фонд.

7. Работодатели, налоговые агенты обязаны уведомлять работников и физических лиц, получающих доходы по договорам гражданско-правового характера, о произведенных ежемесячных отчислениях, а также удержанных и перечисленных взносах работников и физических лиц, получающих доходы по договорам гражданско-правового характера.

Статья 15. Потребители медицинских услуг

1. Потребители медицинских услуг имеют право на:

1) получение своевременной и качественной медицинской помощи;

2) выбор медицинской организации в системе обязательного социального медицинского страхования в соответствии с настоящим Законом.

2. Потребители медицинских услуг пользуются правами пациентов, предусмотренными Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».

3. Потребители медицинских услуг несут обязанности, предусмотренные статьями 90 и 92 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», а также иные обязанности, предусмотренные законами Республики Казахстан.

Статья 16. Субъекты здравоохранения

1. Субъекты здравоохранения при оказании медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования имеют право:

1) по согласованию с фондом заключать договоры с другими субъектами здравоохранения для исполнения обязательств по договору закупа услуг;

2) на обращение в фонд для разъяснения условий договора закупа услуг.

2. Субъекты здравоохранения при оказании медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования обязаны обеспечивать:

1) своевременность, достоверность и корректность внесения данных в информационные системы и электронные информационные ресурсы системы обязательного социального медицинского страхования;

2) доступ к информационным системам и электронным информационным ресурсам системы обязательного социального медицинского страхования;

3) предоставление по запросу фонда информации и документации, необходимых для осуществления мониторинга исполнения условий договора закупа услуг;

4) по требованию фонда доступ в медицинскую организацию, осуществляющую оказание медицинской помощи, для мониторинга исполнения условий договора закупа услуг.

3. Субъекты здравоохранения при оказании медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования несут обязанности, предусмотренные Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», а также иные обязанности, предусмотренные законами Республики Казахстан.

Статья 17. Государственная корпорация

1. Государственная корпорация в системе обязательного социального медицинского страхования:

1) осуществляет учет отчислений и (или) взносов на базе индивидуальных идентификационных номеров и производит сверку поступлений отчислений и (или) взносов с органами государственных доходов;

2) в течение трех банковских дней перечисляет отчисления и взносы в фонд;

3) осуществляет возврат ошибочно зачисленных сумм отчислений, взносов и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату отчислений и (или) взносов;

4) в случае необходимости возврата через Государственную корпорацию ошибочно уплаченных сумм отчислений и (или) взносов сообщает об этом плательщикам;

5) осуществляет перечисление плательщикам ошибочно уплаченных сумм отчислений и (или) взносов в течение трех банковских дней со дня перевода этих средств из фонда на счет Государственной корпорации;

6) обеспечивает конфиденциальность информации о состоянии и движении отчислений и взносов, кроме случаев, предусмотренных законодательными актами Республики Казахстан;

7) в пределах своей компетенции ведет и актуализирует информационные системы и электронные информационные ресурсы системы обязательного социального медицинского страхования.

2. Цены на товары (работы, услуги), производимые и (или) реализуемые Государственной корпорацией, устанавливаются уполномоченным органом, определяемым решением Правительства Республики Казахстан из числа центральных государственных органов, по согласованию с антимонопольным органом и уполномоченным органом.

Глава 4. ФОНД СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 18. Статус и активы фонда

1. Фонд является некоммерческой организацией в организационно-правовой форме акционерного общества, единственным учредителем и акционером которого является Правительство Республики Казахстан.

См.: Постановление Правительства Республики Казахстан от 1 июля 2016 года № 389 «О создании фонда соци-

ального медицинского страхования»

2. Органами фонда являются:

1) высший орган - единственный акционер;

2) орган управления - совет директоров;

3) исполнительный орган - правление;

4) иные органы в соответствии с уставом фонда.

3. Фонд создает службу внутреннего аудита.

4. Активы фонда формируются за счет:

1) отчислений, взносов, пени, полученной за просрочку уплаты отчислений и (или) взносов, инвестиционного дохода за минусом комиссионного вознаграждения на обеспечение деятельности фонда;

2) иных, не запрещенных законодательством Республики Казахстан поступлений в фонд.

5. Активы фонда могут быть использованы исключительно для следующих целей:

1) оплата расходов и мероприятий по оказанию медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования;

2) размещение в финансовые инструменты, перечень которых определяется Правительством Республики Казахстан;

3) возврат излишне уплаченных сумм отчислений и (или) взносов, иных ошибочно зачисленных средств.

6. Активы фонда не могут быть:

1) предметом залога;

2) взысканы по требованию кредиторов;

3) предметом ареста или иного обременения имущества;

4) взысканы инкассовым распоряжением по обязательствам фонда и третьих лиц;

5) переданы в доверительное управление, за исключением случаев, предусмотренных статьей 21 настоящего Закона;

6) предметом обеспечения исполнения не выполненного в срок налогового обязательства.

Статья 19. Деятельность фонда

1. Фонд осуществляет свою деятельность за счет комиссионного вознаграждения, получаемого от активов фонда. Предельная величина процентной ставки комиссионного вознаграждения ежегодно устанавливается Правительством Республики Казахстан.

2. Собственные средства (имущество) фонда формируются и состоят из уставного капитала фонда и комиссионного вознаграждения.

3. Фонд осуществляет следующие виды деятельности, относящиеся к государственной монополии:

1) сбор финансовых средств, поступающих в рамках обязательного социального медицинского страхования;

2) распределение таких финансовых средств между субъектами здравоохранения, предоставляющими услуги по оказанию медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования.

4. Фонд осуществляет следующие виды деятельности, технологически связанные с государственной монополией:

1) ведение учета потребителей медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования;

2) ведение учета субъектов здравоохранения, осуществляющих оказание медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования;

3) создание и развитие информационной системы и электронных информационных ресурсов системы обязательного социального медицинского страхования.

5. Цены на товары (работы, услуги), производимые и (или) реализуемые субъектом государственной монополии, устанавливаются уполномоченным органом по согласованию с антимонопольным органом.

6. В части, не урегулированной настоящим Законом, к деятельности фонда применяется законодательство Республики Казахстан об акционерных обществах.

Статья 20. Права и обязанности фонда

1. Фонд имеет право:

1) получать комиссионное вознаграждение от активов фонда на осуществление собственной деятельности;

2) запрашивать и получать информацию и документацию от участников системы обязательного социального медицинского страхования, необходимые для осуществления мониторинга исполнения условий договора закупа услуг;

3) осуществлять мониторинг исполнения условий договора закупа услуг путем посещения субъекта здравоохранения, осуществляющего оказание медицинской помощи;

4) создавать на территории Республики Казахстан фили-

алы и представительства в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан;

5) вырабатывать предложения по формированию перечня медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования и размеров тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования;

6) проводить консультативную и разъяснительную работу среди населения и организаций здравоохранения по вопросам обязательного социального медицинского страхования;

7) осуществлять иные права, предусмотренные законодательством Республики Казахстан.

2. Фонд обязан:

1) осуществлять аккумулирование отчислений и взносов на обязательное социальное медицинское страхование;

2) обеспечивать своевременную оплату услуг субъектов здравоохранения на условиях договора закупа услуг;

3) размещать временно свободные средства фонда в финансовые инструменты через Национальный Банк Республики Казахстан;

4) обеспечивать проведение ежегодного независимого аудита;

5) осуществлять возврат ошибочно уплаченных сумм отчислений, взносов и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату отчислений и (или) взносов;

6) формировать резервы для покрытия непредвиденных расходов в порядке, определяемом Правительством Республики Казахстан;

7) планировать затраты на медицинскую помощь в системе обязательного социального медицинского страхования;

8) проводить мониторинг исполнения субъектами здравоохранения договорных обязательств по качеству и объему медицинской помощи, оказанной потребителям медицинских услуг;

9) рассматривать жалобы и обращения граждан и организаций здравоохранения по вопросам оказания медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования;

10) исполнять иные обязанности в соответствии с законами Республики Казахстан.

3. Фонд не вправе:

1) распоряжаться активами фонда, кроме случаев, предусмотренных настоящим Законом;

2) заниматься предпринимательской и иной деятельностью, не предусмотренной законами Республики Казахстан.

Статья 21. Инвестиционная деятельность фонда

1. Фонд осуществляет инвестиционную деятельность путем размещения активов фонда в финансовые инструменты через Национальный Банк Республики Казахстан на основании договора доверительного управления, заключаемого между фондом и Национальным Банком Республики Казахстан.

2. Национальный Банк Республики Казахстан ведет учет всех операций по аккумулированию и размещению активов фонда, получению инвестиционного дохода и ежеквартально представляет в фонд отчет о состоянии счетов и инвестиционной деятельности в соответствии с заключенным договором доверительного управления.

Статья 22. Учет и отчетность

1. Фонд ведет бухгалтерский учет и представляет финансовую отчетность раздельно по собственным средствам и активам фонда в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан о бухгалтерском учете и финансовой отчетности.

2. Фонд обязан обеспечить учет и хранение документов, используемых в бухгалтерском учете и при составлении отчетности. Перечень основных документов, подлежащих хранению, и сроки их хранения устанавливаются законодательством Республики Казахстан.

Статья 23. Аудит фонда

1. Аудит фонда производится аудиторской организацией, правомочной на проведение аудита в соответствии с законодательством Республики Казахстан об аудиторской деятельности.

2. Аудиторский отчет финансовой отчетности фонда не составляет коммерческой тайны.

3. По результатам ежегодного аудита фонда аудиторская организация составляет два аудиторских отчета:

1) по финансовой отчетности фонда;

2) по активам фонда.

Ежегодный аудиторский отчет по активам фонда включает проверку порядка ведения бухгалтерского учета и составления финансовой отчетности в отношении активов фонда на предмет соответствия требованиям, установленным законодательством Республики Казахстан.

Расходы по ежегодному аудиту фонда осуществляются за счет собственных средств фонда.

Статья 24. Требования, предъявляемые к руководящим работникам фонда

1. Руководящими работниками фонда являются первый руководитель исполнительного органа и его заместители.

2. К руководящим работникам фонда устанавливаются следующие требования:

наличие высшего профессионального (медицинского или финансово-экономического) образования;

наличие не менее пяти лет стажа работы на руководящих должностях, непосредственно связанной с профессиональной деятельностью на рынке ценных бумаг и в организациях, осуществляющих деятельность на финансовом рынке, либо не менее пяти лет стажа работы на руководящих должностях в субъектах квазигосударственного сектора, либо не менее десяти лет стажа государственной службы, в том числе не менее пяти лет на руководящих должностях в государственных органах либо не менее пяти лет стажа работы на руководящих должностях в области здравоохранения.

3. Руководящим работником фонда не может быть лицо:

1) ранее совершившее коррупционное правонарушение;

2) ранее являвшееся первым руководителем, заместителем первого руководителя, главным бухгалтером юридического лица, которое было признано банкротом или подвергнуто санации, консервации, принудительной ликвидации в период нахождения данного лица в должности первого руководителя, заместителя первого руководителя, главного бухгалтера данного юридического лица.

Глава 5. ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 25. Источники финансирования

Источниками финансирования системы обязательного социального медицинского страхования являются:

1) отчисления и взносы;

2) иные поступления, не запрещенные законодательством Республики Казахстан.

Статья 26. Взносы государства на обязательное социальное медицинское страхование

1. Взносы государства на обязательное социальное медицинское страхование уплачиваются ежемесячно в течение первых пяти рабочих дней текущего месяца в порядке, определяемом Бюджетным кодексом Республики Казахстан, за граждан, указанных в подпунктах 1), 2), 3), 4), 5), 6), 7), 8), 9), 10), 14) и 15) пункта 4 статьи 28 настоящего Закона.

Взносы государства на обязательное социальное медицинское страхование не уплачиваются за иностранцев и лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории Республики Казахстан, а также членов их семей.

2. Взносы государства на обязательное социальное медицинское страхование, подлежащие уплате в фонд, устанавливаются в размере:

с 1 июля 2017 года - 4 процента от объекта исчисления взносов государства;

с 1 января 2018 года - 5 процентов от объекта исчисления взносов государства;

с 1 января 2023 года - 6 процентов от объекта исчисления взносов государства;

с 1 января 2024 года - 7 процентов от объекта исчисле-

ния взносов государства.

3. Объектом исчисления взносов государства является среднемесячная заработная плата, предшествующая двум годам текущего финансового года, определяемая уполномоченным органом в области государственной статистики.

4. При перечислении отчислений и (или) взносов за граждан, указанных в пункте 4 статьи 28 настоящего Закона, уплата взносов государства на обязательное социальное медицинское страхование прекращается в порядке, определенном уполномоченным органом.

Статья 27. Отчисления на обязательное социальное медицинское страхование

1. Отчисления работодателей, подлежащие уплате в фонд, устанавливаются в размере:

с 1 января 2017 года - 2 процента от объекта исчисления отчислений;

с 1 января 2018 года - 3 процента от объекта исчисления отчислений;

с 1 января 2019 года - 4 процента от объекта исчисления отчислений;

с 1 января 2020 года - 5 процентов от объекта исчисления отчислений.

2. Объектом исчисления отчислений являются расходы работодателя, выплачиваемые работнику в виде доходов, исчисленных в соответствии со статьей 29 настоящего Закона.

3. От уплаты отчислений освобождаются работодатели за граждан, указанных в пункте 4 статьи 28 настоящего Закона.

Статья 28. Взносы на обязательное социальное медицинское страхование

1. Взносы работников, подлежащие уплате в фонд, устанавливаются в размере:

с 1 января 2019 года - 1 процент от объекта исчисления взносов;

с 1 января 2020 года - 2 процента от объекта исчисления взносов.

2. Взносы индивидуальных предпринимателей, частных нотариусов, частных судебных исполнителей, адвокатов, профессиональных медиаторов, физических лиц, получающих доходы по договорам гражданско-правового характера, подлежащие уплате в фонд, устанавливаются в размере:

с 1 января 2017 года - 2 процента от объекта исчисления взносов;

с 1 января 2018 года - 3 процента от объекта исчисления взносов;

с 1 января 2019 года - 5 процентов от объекта исчисления взносов;

с 1 января 2020 года - 7 процентов от объекта исчисления взносов.

3. Объектом исчисления взносов работников, индивидуальных предпринимателей, частных нотариусов, частных судебных исполнителей, адвокатов, профессиональных медиаторов, физических лиц, получающих доходы по договорам гражданско-правового характера, являются их доходы, исчисленные в соответствии со статьей 29 настоящего Закона.

4. Освобождаются от уплаты взносов в фонд следующие граждане:

1) дети;

2) многодетные матери, награжденные подвесками «Алтын алқа», «Күміс алқа» или получившие ранее звание «Мать-героиня», а также награжденные орденами «Материнская слава» I и II степени;

3) участники и инвалиды Великой Отечественной войны;

4) инвалиды;

5) лица, зарегистрированные в качестве безработных;

6) лица, обучающиеся и воспитывающиеся в интернатных организациях;

Подпункт 7 изложен в редакции Закона РК от 06.04.16 г. № 483-V (см. стар. ред.)

7) лица, обучающиеся по очной форме обучения в организациях среднего, технического и профессионального, послесреднего, высшего образования, а также послевузовского образования в форме резидентуры;

8) лица, находящиеся в отпусках в связи с рождением ребенка (детей), усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей), по уходу за ребенком (детьми) до достижения им (ими) возраста трех лет;

9) неработающие беременные женщины, а также неработающие лица, фактически воспитывающие ребенка (детей) до достижения им (ими) возраста трех лет;

10) пенсионеры;

11) военнослужащие;

12) сотрудники специальных государственных органов;

13) сотрудники правоохранительных органов;

14) лица, отбывающие наказание по приговору суда в учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы (за исключением учреждений минимальной безопасности);

15) лица, содержащиеся в изоляторах временного содержания и следственных изоляторах.

Статья 29. Доходы, принимаемые для исчисления отчислений и (или) взносов

1. Доходами работников, принимаемыми для исчисления отчислений и взносов, являются доходы, начисленные работодателями, за исключением доходов, с которых не уплачиваются отчисления и взносы, определяемых уполномоченным органом.

2. Доходами индивидуальных предпринимателей, применяющих общеустановленный режим налогообложения, являются доходы, полученные ими в результате осуществления предпринимательской деятельности с учетом вычетов, установленных налоговым законодательством Республики Казахстан.

3. Доходом индивидуального предпринимателя, применяющего специальный налоговый режим для субъекта малого бизнеса, главы и (или) члена крестьянского или фермерского хозяйства, применяющего специальный налоговый режим для крестьянских или фермерских хозяйств, является размер одной минимальной заработной платы, установленной на соответствующий финансовый год законом о республиканском бюджете.

4. Доходами частных нотариусов, частных судебных исполнителей, адвокатов, профессиональных медиаторов являются все виды доходов, полученные от осуществления деятельности по исполнению исполнительных документов, нотариальной, адвокатской деятельности, деятельности профессионального медиатора, включая соответственно оплату за оказание юридической помощи, совершение нотариальных действий, а также полученные суммы возмещения расходов, связанных с защитой и представительством.

5. Доходами физического лица по договорам гражданско-правового характера являются все начисленные доходы по данным договорам, за исключением доходов, с которых не уплачиваются взносы, определяемых уполномоченным органом.

6. Ежемесячный доход, принимаемый для исчисления отчислений и (или) взносов, не должен превышать пятнадцатикратный размер минимальной заработной платы, установленной на соответствующий финансовый год законом о республиканском бюджете.

В случае, если объект исчисления отчислений и (или) взносов за календарный месяц менее минимального размера заработной платы, установленного законом о республиканском бюджете и действующего на 1 января соответствующего финансового года, отчисления и (или) взносы исчисляются и перечисляются исходя из минимального размера заработной платы.

Глава 6. ИСЧИСЛЕНИЕ (УДЕРЖАНИЕ) И ПЕРЕЧИСЛЕНИЕ ОТЧИСЛЕНИЙ И (ИЛИ) ВЗНОСОВ

Статья 30. Исчисление (удержание) и перечисление отчислений и (или) взносов

1. Исчисление (удержание) и перечисление отчислений и (или) взносов работников осуществляются работодателем

ежемесячно.

2. Исчисление (удержание) и перечисление взносов физических лиц, получающих доходы по договорам гражданско-правового характера, осуществляются ежемесячно налоговыми агентами, с которыми заключены такие договоры.

3. Исчисление и уплата взносов индивидуальных предпринимателей, частных нотариусов, частных судебных исполнителей, адвокатов, профессиональных медиаторов осуществляются ими самостоятельно путем прямого зачисления средств через Государственную корпорацию на счет фонда.

4. По решению юридического лица-резидента его филиалы и представительства могут рассматриваться в качестве плательщиков отчислений и (или) взносов.

5. Отчисления и (или) взносы уплачиваются в национальной валюте Республики Казахстан.

6. Начисленные (удержанные) отчисления и (или) взносы перечисляются через Государственную корпорацию на счет фонда:

1) индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами (кроме лиц, указанных в подпунктах 2), 3), 4) и 5) настоящего пункта), частными нотариусами, частными судебными исполнителями, адвокатами и профессиональными медиаторами - не позднее 25 числа месяца, следующего за месяцем выплаты доходов;

2) индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами (кроме лиц, указанных в подпунктах 3), 4) и 5) настоящего пункта), частными нотариусами, частными судебными исполнителями, адвокатами и профессиональными медиаторами в свою пользу - не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным;

3) крестьянскими или фермерскими хозяйствами, применяющими специальный налоговый режим, - в порядке и сроки, которые предусмотрены налоговым законодательством Республики Казахстан;

4) субъектами малого бизнеса, применяющими специальный налоговый режим на основе упрощенной декларации, - в срок, предусмотренный налоговым законодательством Республики Казахстан;

5) индивидуальными предпринимателями, применяющими специальный налоговый режим на основе патента, - в срок, предусмотренный налоговым законодательством Республики Казахстан для уплаты стоимости патента.

7. Днем уплаты отчислений и (или) взносов, осуществляемых в безналичной форме, считается день получения акцепта платежного поручения на сумму отчислений и (или) взносов от банка или организации, осуществляющей отдельные виды банковских операций, осуществляемых в наличной форме, - день внесения плательщиком отчислений и (или) взносов в банк или организацию, осуществляющую отдельные виды банковских операций.

8. Контроль за полнотой и своевременностью уплаты отчислений и (или) взносов, и (или) пени, начисленной в соответствии с пунктом 1 статьи 31 настоящего Закона, осуществляется органами государственных доходов в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Статья 31. Ответственность плательщика за несвоевременное перечисление отчислений и (или) взносов

1. Своевременно не перечисленные суммы отчислений и (или) взносов взыскиваются органами государственных доходов и подлежат перечислению плательщиком на счет фонда с начисленной пеней в размере 2,5-кратной официальной ставки рефинансирования, установленной Национальным Банком Республики Казахстан, за каждый день просрочки (включая день оплаты в фонд).

2. В случае неполного и (или) несвоевременного перечисления отчислений и (или) взносов органы государственных доходов вправе взыскивать с банковских счетов плательщика деньги в пределах образовавшейся задолженности.

Взыскание задолженности по отчислениям и (или) взносам производится на основе инкассового распоряжения органа государственных доходов с направлением уведомления плательщику в порядке, определенном уполномоченным органом.

Такое уведомление не направляется в случае, если задолженность по отчислениям и (или) взносам не превышает суммы в размере одного месячного расчетного показателя, установленного на соответствующий финансовый год законом о республиканском бюджете.

Плательщик обязан представить в орган государственных доходов список работников, за которых производятся отчисления и (или) взносы, в сроки, уста-

новленные уполномоченным органом.

В случаях отсутствия или недостаточности денег на банковских счетах для удовлетворения всех требований, предъявляемых к плательщику, банк производит изъятие денег плательщика в порядке очередности, установленной Гражданским кодексом Республики Казахстан.

В случае отсутствия денег на банковских счетах плательщика в национальной валюте взыскание задолженности по отчислениям и (или) взносам производится с банковских счетов плательщика в иностранной валюте на основании инкассовых распоряжений, выставленных в национальной валюте органами государственных доходов.

3. По истечении пяти рабочих дней со дня вручения уведомления, предусмотренного пунктом 2 настоящей статьи, в случае непредставления плательщиком, имеющим задолженность по отчислениям и (или) взносам, списка работников органы государственных доходов приостанавливают расходные операции по банковским счетам и кассе плательщика.

По распоряжению органов государственных доходов банки и организации, осуществляющие отдельные виды банковских операций, обязаны приостановить все расходные операции на банковских счетах плательщиков, за исключением государства, и исполнять указания, касающиеся перечисления отчислений и (или) взносов, в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан.

Распоряжения органов государственных доходов о приостановлении расходных операций по банковским счетам и кассе отменяются органом государственных доходов, вынесшим такие распоряжения, не позднее одного рабочего дня, следующего за днем устранения причин приостановления расходных операций по банковским счетам и кассе.

4. Банки и организации, осуществляющие отдельные виды банковских операций, обязаны перечислить суммы отчислений и (или) взносов через Государственную корпорацию на счет фонда в день списания данных сумм с банковского счета плательщика.

5. Приостановление расходных операций по банковским счетам и кассе плательщика осуществляется в порядке, определенном уполномоченным органом.

6. Для целей настоящей статьи под плательщиком понимаются плательщики отчислений, индивидуальные предприниматели, частные нотариусы, частные судебные исполнители, адвокаты, профессиональные медиаторы.

Статья 32. Сообщение о произведенных отчислениях

1. Плательщик, являющийся работодателем, в сроки, установленные налоговым законодательством Республики Казахстан, представляет декларацию по индивидуальному подоходному налогу и социальному налогу, в которой отражает сведения по начисленным отчислениям и (или) взносам, если иное не установлено законодательством Республики Казахстан.

2. Форма декларации и порядок ее составления устанавливаются налоговым законодательством Республики Казахстан.

3. Работодатели обязаны вести первичный учет исчисленных (удержанных) и перечисленных отчислений и (или) взносов по каждому работнику в соответствии с порядком, определенным уполномоченным органом.

4. Работодатель обязан ежемесячно не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным, представлять работникам, за которых уплачиваются отчисления и (или) взносы, сведения об исчисленных (удержанных) и перечисленных отчислениях и (или) взносах.

Статья 33. Возврат ошибочно уплаченных отчислений и (или) взносов на обязательное социальное медицинское страхование и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату отчислений и (или) взносов на обязательное социальное медицинское страхование

Суммы ошибочно уплаченных плательщиком отчислений и (или) взносов и (или) пени за несвоевременную и (или) неполную уплату отчислений и (или) взносов подлежат возврату в порядке, определенном уполномоченным органом.

Глава 7. ЗАКУП У СУБЪЕКТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УСЛУГ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 34. Порядок закупа у субъектов здравоохранения услуг по оказанию медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования

1. Закуп у субъектов здравоохранения услуг по оказанию медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования осуществляется фондом в порядке, определяемом уполномоченным органом, на основании принципов:

1) сбалансированности доходов системы обязательного социального медицинского страхования с обязательствами по оказанию медицинской помощи;

2) обеспечения территориальной доступности медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования;

3) равенства субъектов здравоохранения;

4) добросовестной конкуренции;

5) качества и эффективности оказания медицинских услуг.

2. Преимущественным правом при закупе услуг по оказанию медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования обладают субъекты здравоохранения:

1) прошедшие аккредитацию в области здравоохранения в соответствии с Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»;

2) имеющие опыт предоставления соответствующей медицинской помощи на территории Республики Казахстан непрерывно в течение трех лет, предшествующих месяцу, в котором осуществляется закуп услуг.

3. К закупу услуг по оказанию медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования не допускаются субъекты здравоохранения, если:

1) должностное лицо фонда (либо его близкие родственники, супруг(а) или свойственники), обладающее правом принимать решение, является их учредителем, участником либо акционером;

2) договор закупа услуг, заключенный в течение предшествующих трех лет, был расторгнут фондом в одностороннем порядке в связи с неисполнением, несвоевременным либо ненадлежащим исполнением;

3) договор закупа услуг, заключенный в течение предшествующих трех лет, был расторгнут в одностороннем порядке по инициативе субъекта здравоохранения;

4) финансово-хозяйственная деятельность субъектов здравоохранения приостановлена в соответствии с законодательством Республики Казахстан;

5) субъектами здравоохранения предоставлены недостоверные данные и (или) информация, содержащая ложные сведения о деятельности юридического лица.

Статья 35. Договор закупа услуг

Медицинская помощь в системе обязательного социального медицинского страхования потребителям медицинских услуг предоставляется на условиях договора закупа услуг, заключенного по итогам проведенного закупа услуг по оказанию медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования, между субъектом здравоохранения и фондом в соответствии с настоящим Законом.

Статья 36. Оплата услуг субъектов здравоохранения по оказанию медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования

1. Оплата услуг субъектов здравоохранения по оказанию медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования осуществляется по тарифам, утвержденным уполномоченным органом, на основании актов оказанных услуг и с учетом:

1) результатов контроля договорных обязательств по качеству и объему медицинских услуг;

2) результатов государственного контроля и надзора в области здравоохранения;

3) реализации гражданами права выбора субъекта здравоохранения в порядке, предусмотренном статьей 6 настоящего Закона.

2. Оплата услуг субъектов здравоохранения осуществляется за счет активов фонда на основании условий договора закупа услуг.

3. Субъекты здравоохранения не вправе требовать от фонда возмещение своих расходов, не предусмотренных договором закупа услуг.

Статья 37. Обеспечение качества медицинских услуг в системе обязательного социального медицинского страхования

1. Качество медицинских услуг в системе обязательного социального медицинского страхования обеспечивается:

1) совершенствованием стандартов в области здравоохранения, клинических протоколов и алгоритмов по организации оказания медицинской помощи;

2) аккредитацией медицинских организаций;

3) внутренней экспертизой качества медицинских услуг;

4) дополнительным образованием медицинских работников;

5) государственным контролем в сфере оказания медицинских услуг.

2. Меры обеспечения качества медицинских услуг по оказанию медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования, указанные в пункте 1 настоящей статьи, устанавливаются Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Статья 38. Основания и порядок расторжения договора закупа услуг

1. Неисполнение, несвоевременное или ненадлежащее исполнение субъектами здравоохранения условий договора закупа услуг являются основаниями для его расторжения фондом в одностороннем порядке.

2. Основаниями для расторжения договора закупа услуг также являются:

1) неисполнение субъектами здравоохранения требований пункта 2 статьи 16 настоящего Закона;

2) существенное нарушение субъектами здравоохранения условий договора закупа услуг;

3) иные случаи, предусмотренные законодательством Республики Казахстан и договором закупа услуг.

3. Расторжение договора закупа услуг в случаях, предусмотренных в пункте 2 настоящей статьи, совершается путем направления соответствующего уведомления о расторжении договора.

4. В случае расторжения договора закупа услуг по основаниям, предусмотренным настоящей статьей, закуп услуг проводится повторно на не исполненный (ненадлежаще исполненный) по договору объем обязательств.

Глава 8. ПЕРЕХОДНЫЕ И ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 39. Ответственность за нарушение законодательства Республики Казахстан об обязательном социальном медицинском страховании

Нарушение законодательства Республики Казахстан об обязательном социальном медицинском страховании влечет ответственность в соответствии с законами Республики Казахстан.

Статья 40. Переходные положения

Установить, что с 1 января 2018 года подпункт 1) пункта 1 статьи 5 настоящего Закона будет действовать в следующей редакции:

«1) за которых осуществлялась уплата отчислений и (или) взносов не менее шести месяцев за последние двенадцать календарных месяцев (независимо от того, были ли в этот период перерывы в отчислениях и (или) взносах), предшествующих месяцу обращения за медицинской помощью в системе обязательного социального медицинского страхования;».

Статья 41. Порядок введения в действие настоящего Закона

Настоящий Закон вводится в действие с 1 марта 2016 года, за исключением статей 5, 6 и 7 настоящего Закона, которые вводятся в действие с 1 июля 2017 года.

Президент
Республики Казахстан
Н. НАЗАРБАЕВ
Астана, Акорда, 16 ноября 2015 года
№ 405-V ЗРК

Тезисы
по вопросу внедрения обязательного социального медицинского страхования

Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее – Министерство) разработаны концептуальные подходы по внедрению обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС) в Казахстане.

Анализ текущей ситуации

В настоящее время в системе здравоохранения существует 3 ключевые системные проблемы:

1. Отсутствие солидарности граждан и работодателей в охране здоровья. При этом бремя охраны здоровья лежит только на государстве. Гражданам характерно потребительское отношение к здравоохранению, имеется слабая приверженность к здоровому образу жизни.

2. Финансовая неустойчивость системы. Недостаточно эффективная структура оказываемой медпомощи, высокая доля расходов на стационарную помощь. Высокий удельный вес теневых платежей населения (37,4% от общих расходов здравоохранения, в ОЭСР – в среднем 17%). Имеется фрагментация потоков финансовых средств.

3. Неэффективное управление системой. Низкая эффективность медицинских организаций. Слабая тарифная политика и непрозрачное распределение средств. Низкий уровень качества услуг и компетенции системы.

В отрасли сохраняются основные системные риски:
– риск роста потребления услуг;
– риск роста стоимости здравоохранения;
– риск недостаточности государственного бюджета и возможности компенсации;
– риск неэффективности – не достижения конечных результатов.

Существующие ключевые проблемы и ожидаемые системные риски требуют кардинального пересмотра модели системы здравоохранения.

Мировой опыт

В мире существуют 3 глобальные модели здравоохранения:
– государственная (Великобритания, Испания, Италия, Швеция),
– общественное страхование (Германия, Франция, Бельгия),
– частное страхование (США).

Большинство стран комбинируют их, чем фокусируются на одной. Общая тенденция – конвергенция «бюджетных» и «страховых» моделей: бюджетные перенимают страховые принципы распределения средств. Страховые перенимают бюджетные принципы сбора и накопления средств.

Также в страховых системах наблюдается тенденция увеличения роли государства.

Отчетлива тенденция централизации и укрупнения фондов ОМС с целью увеличения эффективности, упрощения управления и сокращения неравномерностей распределения средств.

Мировая тенденция: почему выбран ОСМС?

Разный уровень доходов не обеспечивает гражданам равный доступ к медпомощи. Богатые добровольно не будут перечислять взносы за бедных граждан. В этой связи большинство стран ОЭСР выбрали ОСМС, которая позволяет перераспределять средства от менее нуждающихся к более нуждающимся.

Мировая тенденция: почему один Фонд?

Модель единого плательщика абсолютно доминирует в странах

Центральной и Восточной Европы и рекомендуется ВОЗ.

Преимущества модели единого закупщика:
– Обеспечение солидарности при перераспределении ресурсов от менее нуждающихся к более нуждающимся.
– Единый пакет медпомощи и равенство в доступе к нему для каждого жителя страны.
– Аккумулирование всех страховых рисков в одном фонде.
– Единые правила распределения средств по регионам и закупа медицинской помощи у поставщиков.
– Мощность переговоров в ходе стратегических закупок и возможность влияния на повышение эффективности системы здравоохранения.
– Сохранение государственной монополии как эффективного инструмента воплощения национальной политики здравоохранения.
– Более высокая эффективность (низкие административные расходы).

Исходя из анализа текущей ситуации и положительного мирового опыта, в реализацию статьи 29 Конституции Республики Казахстан, 80-го шага Институциональных реформ Главы государства с 2017 года в Казахстане будет внедрена смешанная система финансирования здравоохранения.

Целями внедрения ОСМС являются:
– достижение общественной солидарности путем укрепления собственного здоровья и разделения бремени охраны здоровья населения;
– обеспечение финансовой устойчивости системы путем обеспечения устойчивости системы к внешним факторам и росту затрат и обеспечения прозрачности и справедливости системы;
– повышение эффективности системы через достижение конечных результатов доступности, полноты и качества услуг и обеспечения высокой компетенции, и конкурентоспособности системы.

Основными принципами систем ОСМС являют-

ся: универсальность, социальная справедливость и солидарность.

При внедрении ОСМС в РК произойдет разделение функций и роли Министерства и ФСМС. Основополагающие регуляторные документы будут определеныМинистерством, ФСМС будет аккумулировать и закупать медицинские услуги.

Государство сохраняет за собой право обеспечивать гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП): оказание медпомощи при социально значимых заболеваниях, неотложных состояниях, скорую медпомощь, санитарную авиацию и вакцинацию.

В целях обеспечения всеобщего права на охрану здоровья до 2020 года «незастрахованным» гражданам предоставляется в рамках ГОБМП амбулаторно-поликлиническая помощь с амбулаторным лекарственным обеспечением.

В рамках ОСМС будут предоставляться:

амбулаторно-поликлиническая помощь с амбулаторным лекарственным обеспечением «застрахованным» гражданам;

– стационарная медпомощь;
– высокотехнологические медицинские услуги,
– стационарозамещающие технологии;
– долгосрочный сестринский уход.

Добровольное медицинское страхование позволит полностью или частично покрывать расходы застрахованного лица на медицинское обслуживание, непредусмотренные системой ОСМС. Полис ДМС дает возможность физическим лицам или сотрудникам крупных компаний обследоваться в выбранных ими клиниках и на условиях (сервисные услуги и др) за счет страховой компании.

Источниками финансирования здравоохранения при ОСМС будут:

– государство (4% (с 01.07.17 г.) от СМЗ-2 года, 5% (с 2018 г.), 6% (с 2023 г.), 7% (с 2024 г.) за социально-незащищенные слои населения (15 категорий согласно Закона РК «Об обязательном социальном медицинском страховании» - далее (закон об ОСМС);
– работодатели (с 2% (2017 г.) от дохода до 5% (2020 г.);
– сами работники (1% (2019 г.) от дохода 2% (2020 г.).

Согласно пункту 4 статьи 28 Закона об ОСМС следующие граждане освобождаются от уплаты взносов в фонд:

1) дети;

2) многодетные матери, награжденные подвесками «Алтын алқа», «Күміс алқа» или получившие ранее звание «Мать-героиня», а также награжденные орденами «Материнская слава» I и II степени;

3) участники и инвалиды Великой Отечественной войны;

4) инвалиды;

5) лица, зарегистрированные в качестве безработных;

6) лица, обучающиеся и воспитывающиеся в интернатных организациях;

7) лица, обучающиеся по очной форме обучения в организациях среднего, технического и профессионального, послесреднего, высшего образования, а также послевузовского образования в форме резидентуры;

8) лица, находящиеся в отпусках в связи с рождением ребенка (детей), усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей), по уходу за ребенком (детьми) до достижения им (ими) возраста трех лет;

9) неработающие беременные женщины, а также неработающие лица, фактически воспитывающие ребенка (детей) до достижения им (ими) возраста трех лет;

10) пенсионеры;

11) военнослужащие;

12) сотрудники специальных государственных органов;

13) сотрудники правоохранительных органов;

14) лица, отбывающие наказание по приговору суда в учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы (за исключением учреждений минимальной безопасности);

15) лица, содержащиеся в изоляторах временного содержания и следственных изоляторах.

При этом, за военнослужащих, сотрудников специальных государственных органов, сотрудников правоохранительных органов государство не будет перечислять взносы: эти категории граждан будут продолжать получать обслуживание в учреждениях ведомственной сети.

В соответствии с пунктом 3 статьи 27 Закона об ОСМС от уплаты отчислений освобождаются работодатели за граждан, указанных выше.

ФСМС будет функционировать с 1 июля 2016 года и будет выполнять функции финансового оператора по ГОБМП и Стратегического Закупщика по ОСМС.

Одним из основных функций ОСМС будет аккумулирование средств в фонде. Как показывает мировой опыт, в разных странах по-разному осуществляется сбор и контроль за поступлением средств. В Венгрии, Словении, Эстонии и Латвии это делают налоговые службы. В Литве и Польше государственные фонды социального страхования с дальнейшим перечислением в фонды ОСМС. В Германии, Молдове и Словении сами Фонды ОСМС собирают взносы.

При этом характерно, что во всех этих странах контроль за поступлением осуществляют налоговые службы.

В Казахстане Фонд СМС будет аккумулировать взносы и отчисления со стороны работников и работодателей, а также целевые трансферты для ГОБМП.

Большая часть ранее финансируемых из местного бюджета видов медпомощи будет передана в фонд – это обеспечит единство и качество процедур и потребует внесения изменений в Бюджетный кодекс в части

межбюджетных отношений (изъятия и субвенции).

В соответствии с уже действующей в Казахстане практикой предлагается контроль за поступлениями в ФСМС закрепить за Комитетом государственных доходов (КГД) – такой подход применяется во многих странах с обязательной системой общественного страхования.

Это также позволит сохранить уже выстроенную и работающую систему без создания дублирующей сети сбора взносов – снижение административных расходов и большая эффективность.

Госкорпорация как автономная организация будет вести персонифицированный учет всех поступлений.

Обмен информацией между системами Комитета госдоходов и Госкорпорацией с предоставлением необходимых сведений будет осуществляться на ежедневной основе – для этого необходима доработка информационных систем КГД по персонифицированному учету отчислений и взносов в фонд (для контроля и мониторинга) и формирование единых платежных документов при соответствующих перечислениях.

Во многих зарубежных странах СМС не является основным источником финансирования здравоохранения. При этом практически во всех странах с СМС государство оставляет за собой финансирование расходов из госбюджета, на примере Германии, это расходы на общественное здравоохранение, образование, науку, содержание медицинских служб силовых структур, капитальные инвестиции и эксплуатационные расходы, которые составляют порядка 11% от общих расходов на здравоохранение.

Таким образом, прогноз структуры финансирования ОСМС в РК предполагает поэтапное уменьшение финансирования за счет общих налогов (ГБ на ГОБМП) с 32% в 2017 году до 10% к 2020 году, за счет взносов в ОСМС увеличение поступлений и взносов с 28% в 2017 году до 62% к 2020 году. Все это отразится на частных платежах населения, которые должны быть уменьшены с 36% в 2017 году до 25% к 2020 году.

Пакет медицинских услуг является главным составляющим ОСМС.

Мировой опыт показывает, что каждая страна формирует пакеты услуг, исходя из возможности и особенности своих стран.

В Германии существует единый и широкий пакет за счет СМС. При этом имеется альтернативный пакет частного страхования, на который имеют право лица, с доходом более 49,5 тыс.евро в год (это 11% населения страны). В Литве, Польше, Венгрии и Молдове также существует широкий единый пакет для всех застрахованных ОСМС. ДМС играет минимальную роль в этих странах.

В Нидерландах имеют два пакета в рамках ОСМС: стандартный пакет для всего населения и дополнительный пакет для лиц пожилого возраста на случаи хронических болезней, ухода и т.п.

В России принят гарантированный государством пакет для всех граждан и базовый пакет в рамках ОМС для застрахованных граждан.

В Казахстане, исходя из норм Конституции, определены: пакет для ГОБМП для всего населения и пакет ОСМС для застрахованных.

Во многих странах мира пакеты услуг включают социально-значимые заболевания (СЗЗ). При этом в некоторых странах СЗЗ выделены отдельным перечнем. В Германии и Франции нет данных о существовании отдельного списка СЗЗ. В Литве нет отдельного списка, но они включены в пакет ОСМС, список опасных окружающим заражаемых болезней (ООЗ), больные которыми автоматически становятся застрахованным ОСМС, туда включены 14 нозологий.

В России список СЗЗ входит 9 болезней и отдельный список особоопасных 15 болезней. В Беларуси нет списка СЗЗ, существует список опасных инфекционных болезней из 6 нозологий. В нашей стране существует оба списка: СЗЗ – 12 болезней и ООЗ – 15 болезней. В рамках ОСМС предполагается поэтапное включение в пакет ОСМС социально-значимых заболеваний. В настоящее время все эти болезни включены в перечень ГОБМП.

Одним из острых вопросов является оказание экстренной медицинской помощи гражданам.

В настоящее время в РК существует перечень показаний (как больные, так и пострадавшие), по которым предоставляется неотложная медицинская помощь в рамках ГОБМП. Но с внедрением ОСМС состояния экстренней помощи (острые заболевания, обострения хронических болезней, роды, травмы и т.д.), исходя из положительного международного опыта, будут возмещаться за счет госбюджета.

Перераспределение видов медицинской помощи в рамках ОСМС будет осуществляться из ГОБМП в СМС с учетом поэтапного повышения ставки взносов государства за экономически неактивное население.

При этом на первом этапе с 2017 по 2019 годы за счет госбюджета будет предоставляться амбулаторно-поликлиническая помощь с амбулаторным лекарственным обеспечением для непродуктивно занятого населения и 10 видов социально значимых заболеваний перейдут из ГОБМП в ОСМС.

Начиная с 2019 года, с внедрением повсеместного декларирования доходов и расходов граждан, будут ужесточены требования к системе ОСМС. Граждане сами начнут платить взносы в СМС (в 2019 г. -1% от дохода, с 2020 г. – 2%). Это стимулирует граждан к повышению их ответственности собственному здоровью. При этом государство поэтапно будет расширять пакет ОСМС для застрахованных граждан.

Как изменится закуп медицинских услуг?

Сегодня Комитет оплаты медуслуг выступает как единый плательщик. Преимуществом этого являются:
– Единые правила по закупу медуслуг в рамках ЕНСЗ

– Обеспечение доступа специализированной медпомощи сельским жителям
– Оптимизация коечной мощности за счет внедрения новых технологий.
– Однако такой подход имеет свои недостатки:
– Формальный подход при выборе поставщика
– Отсутствие прозрачности процесса закупок
– Высокий риск коррупциогенности
– Отсутствие автоматизированной системы закупок
Завтра ФСМС будет выступать как Стратегический закупщик. Основными достоинствами новой системы будут являться:
– аккумулирование всех средства для закупа (ОСМС + ГОБМП);
– закуп медицинской помощи, применяя отбор поставщиков и влияние на поставщиков с целью усовершенствования системы здравоохранения (оптимизация потребления и инфраструктуры);
– осуществление централизованного финансирования всех видов услуг через головной офис ФСМС;
– снижение заинтересованности местных исполнительных органов в усовершенствовании системы здравоохранения.

Однако есть один недостаток этой системы: это снижение заинтересованности местных исполнительных органов в усовершенствовании системы здравоохранения, так как все финансирование перейдет к ФСМС. Для нивелирования такого риска будут заключены соглашения/меморандумы с акимами регионов по реализации государственной политики и достижения целевых результатов и показателей здравоохранения.

При внедрении новой системы также был изучен передовой мировой опыт стран Европы.

Новая система закупа медицинских услугбудет функционировать следующим образом:
– выбор поставщиков и закуп медицинских услуг будет осуществляться по двухэтапной модели согласно Единых правил контрактирования, утверждаемых Министерством здравоохранения и социального развития РК;
– ФСМС выступает в роли стратегического закупщика услуг, как в рамках ОСМС, так и по ГОБМП;
– схема будет выстроена на основе интегрированной системы электронного здравоохранения и информационных систем всех медорганизаций - модернизация систем уже начата;
– медорганизации, не имеющие своих информационных систем и возможности их создания, получат ключи доступа в систему электронного здравоохранения для работы в ней через личный кабинет;
– тем самым, весь процесс, за исключением переговорной части, будет автоматизирован;
– сведения в едином регистре поставщиков также будут автоматически актуализироваться, в том числе при обновлении базы данных по положительным и отрицательным рейтингам поставщиков – такие рейтинги будут формироваться ФСМС по результатам оценки качества оказанных услуг;
– поставщики уникальных медицинских услуг (высокоспециализированные, высокотехнологичные) могут привлекаться вне схемы способом из одного источника.

Для реализации единых правил закупа и оплаты услуг, а также контроля качества все ранее финансируемые из местного бюджета виды медпомощи будут переданы в Фонд СМС. В связи с этим требуется внести изменения в Бюджетный кодекс в части межбюджетных отношений (изъятия и субвенции).

Расходы республиканского бюджета в 2017 году составят 2,25 млрд.тенге (на лечение зарубеж, пропаганды ЗОЖ, медпомощь с применением инновационных технологий). Целевые текущие трансферты регионам составят 14,4 млрд.тенге (закуп вакцин, профилактика ЗОЖ). За местным бюджетом сохраняется финансирование прочих услуг и мероприятий в общем объеме 22,7 млрд.тенге (дома ребенка, спецмедснабжение, медколлледжи и др.).

Фонд СМС будет финансировать медицинские услуги в объеме 502,2 млрд.тенге, в том числе по пакету ОСМС как стратегический закупщик в сумме 359,8 млрд.тенге (АПП, АЛО и СМП).

Средства ГОБМП будут профинансированы через ФСМС как финансового оператора в сумме 142,4 млрд. тенге:

1. АПП и АЛО (не имеющим право на медпомощь в ОСМС)–10,9 млрд.тг.
2. Экстренная стационарная помощь (не имеющим право на мед помощь в ОСМС) –6,6 млрд.тг.
3. Экстренная стационарная помощь (наблюдение до 24 часов, кратковременное пребывание в приемных отделениях стационаров (до 3 часов) в пилотных регионах)– 1,9 млрд.тг.
4. АЛО СЗЗ – 24,5 млрд. тг.
5. Онкология – 21,8 млрд. тг. (амбулаторное лекарственное обеспечение, дорогостоящие лекарственные средства – 7,7 млрд.тг, медпомощь - 19,7 млрд.тг.).
6. Медицинская помощь при СЗЗ – 47 млрд. тг.
7. Скорая медпомощь и санитарная авиация – 22,9 млрд.тг.
8. Прочие услуги – 8,1 млрд. тг. (производство крови, ее компонентов и препаратов – 7,3 млрд. тг., услуги паталогоанатомических бюро – 0,8 млрд. тг.
9. Возмещение лизинговых платежей – 0,6 млрд. тенге.

Кроме того, по некоторым приоритетным направлениям изменится схема финансирования. В настоящее время определены 10 медицинских организаций, осуществляющих трансплантацию. Предлагается заключить с ними долгосрочный контракт на 3 года с условием возможности ежегодного изменения видов оказываемой помощи и цен, установленных на этот год: предлагается закупать их из одного источника на 3 года.

Также сельские районные больницы и поликлиники будут объединены в одну единую структурную единицу. Будет внедрено амбулаторное лекарственное обеспечение на уровне ПМСП. В таких организациях предлагается перейти на принцип возмещения расходов.

Будет изменена схема оплаты медицинских услуг.

В настоящее время в РК медорганизации-контрактники ежедневно в автоматизированном режиме представляют информацию о пролеченных случаях в стационарах в формате, установленном уполномоченным органом, в КОМУ.Филиалы КОМУ выборочно проверяют объем и качество услуг, принимают или не принимают к оплате. Далее филиалы предоставляют потребность средств в КОМУ МЗСР.КОМУ МЗСР направляет средства в филиалы для дальнейшего перечисления на расчетные счета медицинских организаций.

При этом такая система имеет свои недостатки:
– Komy оплачивается только стационарная помощь;
– некачественная оценка пролеченных случаев;
– низкая прозрачность при принятии решений и невозможность оценки эффективности использования средств;
– высокий уровень коррупциогенности;
– проблема перераспределения средств;
– высокий уровень административных расходов.

Изучив положительный международный опыт в новой системе, предполагается:
– все виды предоставляемой медицинской помощи будут финансироваться через Фонд:
– ГОБМП - все виды медпомощи (Фонд как оператор)
– ОСМС - все виды медпомощи (Фонд как закупщик)
– Медорганизации-контрактники ежедневно в автоматизированном режиме будут предоставлять информацию, которая будет доступна как филиалам Фонда, так и самому Фонду. Это даст возможность проведения ежедневного мониторинга и выборочной проверки услуг, оказанных населению по всей стране.
– Общая потребность будет предоставляться в Фонд к 25 числу ежемесячно.
– Головной офис Фонда с учетом данных филиалов и заключений соответствующих структурных подразделений Фонда, перечисляет централизованно средства на расчетные счета медицинских организаций (аналогично как сейчас по ГЦВП)

Претерпит изменения и тарифная политика при закупе медицинских услуг:

Тарифы, которые сегодня рассчитаны под государственные медорганизации и не предусматривают возмещения инвестиций, будут пересмотрены и отразят реальную структуру затрат, в том числе капитальные затраты и амортизационные отчисления, обслуживание медицинских и ИТ технологий, стоимость финансовых услуг и прочие расходы:
– это создаст возможности для развития медорганизаций, позволит перейти от практики жесткого контроля объемов к системе оперативного мониторинга;
– будет стимулировать привлечение частных медорганизаций к оказанию услуг в рамках ГОМБП и ОСМС, повысит интерес частного капитала во входе на рынок здравоохранения, в т.ч. по ГЧП;
– будет концентрировать медицинские организаций на проведение профилактики и расширение стационарозамещающей помощи.

Методы оплаты медицинских услуг будут усовершенствованы:

1) первичная медико-санитарная помощь – через подушевой норматив;
2) консультативно-диагностические услуги – через тарифы по видам услуг;
3) скорая помощь – по числу вызовов;
4) приемный покой (при доставке пациента каретой скорой помощи);
– единый усредненный тариф на расширенные консультации;
– 67% КЗГ при нахождении пациента в приемном покое не более 24 часов;
5) стационарозамещающая помощь – 25% КЗГ при больничном стационаре, 17% КЗГ при домовом уходе;
6) стационарная помощь – 100% КЗГ на каждый пролеченный случай.

Внедрение ОСМС позволит повысить качество оказываемых медицинских услуг. Уже создана Объединенная комиссия по качеству медицинских услуг (по опыту Германии), которая регулирует вопросы стандартизации клинических протоколов диагностики и лечения, медицинского образования, лекарственного обеспечения, аккредитации медицинских организаций. В данную организацию вошли представители общественности, общественных объединений медицинских организации и обществ врачей и провизоров Казахстана, представители медицинского бизнеса.

При внедрении ОСМС параметры для оценки качества будут пересмотрены и будут включать:

а) обеспечение безопасности пациентов;
б) клиническая эффективность;
в) экономическая эффективность;
г) достижение целевых показателей и индикаторов поставщиками медуслуг.

2. ККМФД будет осуществлять гос.контроль, в т.ч.:
– контроль за соблюдением стандартов в области здравоохранения;
– проверка летальных случаев, в т.ч. по запросу ФСМС;
– проверка жалоб.
– Фонд будет осуществлять проверку на основании заключенного договора с медорганизацией, в т.ч.:
– экспертизу объемов и качества пролеченных случаев;
– экспертизу обоснованности назначения ЛС и ИМН;
– мониторинг индикаторов конечного результата деятельности поставщиков.

4. По результатам проверок Фонд будет формировать базу данных медицинских организаций, имеющих

положительные и отрицательные рейтинги.

Одним из основных функций ОСМС является обеспечение его финансовой устойчивости. Изучен опыт Литвы, Словакии и России, где ОМС функционирует довольно давно. Исходя из международного опыта в рамках ОСМС для обеспечения его финансовой устойчивости, предусматривается:

а) взносы государства будут осуществляться от официальной средней зарплаты позапрошлого года (т.е. для 2017 года берётся показатель 2015 г.). Они дают возможность компенсировать государством потерь системы ОСМС в случаях экономического спада.

б) инвестирование на стандартный набор финансовых инструментов через Национальный банк;

в) предлагается формировать следующие резервы:

– ежемесячный неинвестируемый неснижаемый остаток в объеме не менее 50 млрд.тенге;

– резервы на покрытие непредвиденных расходов в размере 3% от объема взносов и отчислений в Фонд СМС;

– оборотные средства для покрытия ежемесячных счет-фактур, представленных за текущий месяц, после 25-го числа, а также в случаях превышения объема представленных услуг по сравнению с объемом, указанном в договоре.

При внедрении новой системы ОСМС основные функции МЗСР и его комитетов, и ФСМС будут разграничены законодательном уровне.

Все бизнес-процессы ФСМС определены и предусмотрены меры по их реализации.

Внедрение ОСМС осуществляется в комплексе с реформированием системы здравоохранения Казахстана. В январе 2016 года Главой государства Н.Назарбаевым утверждена Государственная программа развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 годы, где предусмотреныосновные задачи и направления развития отрасли.

Также реализация нового совместного со Всемирным Банком нового проекта «Социальное медицинское страхование: повышение доступности, качества, экономической эффективности и финансовой защиты» на 2016-2020 гг. обеспечит устойчивое развитие ОСМС в Казахстане.

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ по внедрению обязательного социального медицинского страхования в РК

1. В чем необходимость внедрения ОСМС? Глобальные вызовы для системы здравоохранения (рост неинфекционных заболеваний, ресурсоемкость системы за счет внедрения новых технологий, увеличение численности пожилого населения) приведет к увеличению расходов здравоохранения.

Уровень финансирования здравоохранения в РК чрезвычайно низок – на уровне 3,5% от ВВП, по сравнению с ближайшими соседями (более 5% от ВВП в РФ) и странами ОЭСР (в среднем 8-9% от ВВП).

Кроме того, принцип солидарной ответственности, предусмотренный Кодексом о здоровье народа и системе здравоохранения, до сих пор не реализован.

В международной практике внедрение обязательного медицинского страхования отвечает вышеуказанным вызовам и обеспечивает финансовую устойчивость системы.

С введением ОСМС общие расходы на здравоохранение в % от ВВП возрастут, что поможет обеспечить высокий уровень качества и доступности медицинских услуг. Диверсификация источников финансирования и увеличение объемов финансирования, в целом, позволит подкрепить цели по достижению уровня жизни стран ОЭСР реальными действиями.

2. Опыт каких стран учитывался при выборе модели ОСМС в РК?Был изучен международный опыт с привлечением специалистов Всемирного банка и независимых международных экспертов, непосредственно занимающихся вопросами медицинского страхования в странах со схожей системой здравоохранения. Модель ОСМС в РК формировалась на опыте классической Германской модели, Российской Федерации (как близкой по нормативному полю и менталитету страны), Литвы истран Восточной Европы – Словакия, Чехия, Польша: организация системы здравоохранения в данных постсоциалистических странах чрезвычайно схожая с РК.

3. Какова была причина провала реформы медицинского страхования в РК в 1996-1998 гг.?

- Основной причиной провала реформы медицинского страхования образца 1996-98 гг. стал недостаточный уровень сбора доходов. Выполнение Фондом медицинского страхования своих обязательств стало невозможным по следующим причинам:

- экономический кризис – многие предприятия не могли выплачивать страховые взносы из-за больших долгов, существоваласистема натуральный оплаты за страховые платежи;

- частные предприниматели и самозанятые не отчисляли взносы (около четверти населения);

- рост безработицы увеличивал нагрузку на местные бюджеты, которые были не в состоянии обеспечить должный уровень взносов за неактивное население;
образовалась задолженность фонда перед медицинскими организациями;
- в адрес фонда были выдвинуты обвинения в коррупции и растрате собранных средств;
- оплата за медицинские услуги проводилась в регионах по различной методике и тарифам.

4. Был ли учтен опыт провала реформы медицинского страхования в РК в 1996-1998 гг.? ФСМС – вводится на подготовленную почву:
- внедрена ЕНСЗ;
- был создан единый плательщик за медицинские услуги в лице КОМУ;
- оплата производится по единому тарифу за оказанные услуги;
- обеспечен свободный выбор медицинской организаций и врача;
- достигнут принцип «деньги идут за пациентом»;
- обеспечена доступность медицинской помощи населению, особенно сельскому, в получении высокотехнологической медицинской помощи;
- внедрены рыночные механизмы в здравоохранении;
- изучен опыт других стран в вопросах внедренияСМС.

5. Как будет обеспечена финансовая устойчивость фонда, чтобы не повторять ошибки ФОМС 90-х годов? Механизмами обеспечения финансовой устойчивости системы СМС станут:
- некоммерческий характер деятельности ФСМС;
- целевой характер отчислений и взносов и их безвозвратность;
- обеспечение полноты поступлений активов ФСМС;
- оценка финансовой деятельности ФСМС;
- аудит и отчетность;
- раздельный учет по собственным средствам ФСМС, а также его активам (взносы, пени, инвестиционный доход);
- исключительное использование активов ФСМС для оплаты услуг поставщиков медицинских услуг, а также для размещения их в определенные финансовые инструменты;
- прозрачная инвестиционная политика, основанная на размещении активов исключительно в финансовые инструменты, определенные Правительством, и управляемая Национальным Банком Республики Казахстан;
- запрет на обращение взыскания на активы ФСМС со стороны каких-либо лиц;
- формирование обязательств строго в соответствии с доходами ФСМС, основанными на результатах актуарного анализа ожидаемых затрат;
- формирование резервов для покрытия непредвиденных расходов.

6. Будет ли обеспечен общественный контроль за деятельностью ФСМС? Объединенная комиссия по качеству (ОКК) станет диалоговой согласительной площадкой между МЗСР, ФСМС, представителями общественности. Общественный контроль будет осуществляться через обязательное введение в состав ОКК представителей ассоциаций врачей и пациентов, и прочих НПО.

7. Кто осуществляет инвестиции активов фонда? Какой планируется инвестиционный доход? Инвестиционная политика и управление инвестиционным доходом будет осуществляться Фондом самостоятельно. При этом финансовые инструменты для инвестирования временно свободных денег фонда утверждены постановлением Правительства РК. Инвестирование будет осуществляться на основе договора доверительного управления с Национальным банком Республики Казахстан.

8. Как будет распределяться инвестиционный доход? Инвестиционный доход будет направляться исключительно для оплаты за оказанную медицинскую помощь в системе ОСМС и в размере не более 1% на комиссионное вознаграждение для осуществления деятельности Фонда.

9. При нестабильной экономике страны существуют ли сценарии формирования Фонда в случае снижения ВВП страны, в частности, на фоне снижения доходов работодателей и снижения фондов оплаты труда, при росте безработицы? Снижения ВВП страны не предвидится, речь скорее идет о замедлении темпа его роста. Возможности компенсации подобных макроэкономических колебаний в данный момент прорабатываются по нескольким направлениям:
- формирование резервов Фонда;
- при укреплении экономической стабильности основное поступление будет от работодателей, при снижении экономической ситуации поступления ожидаются от государства;
- инструменты макроэкономического сглаживания через фиксацию обязательств государства от среднемесячной заработной платы за два года, предшествующих текущему финансовому году(в периоды кризиса это обеспечит более высокий уровень взносов в бюджет);
- комплексные мероприятия государства по обеспечению занятости населения, легализации доходов, информирование населения и др.

10. Кто будет руководить Фондом? Какие специалисты будут работать? Законом «Об ОСМС» устанавливается ряд требований к руководящему составу ФСМС, способствующих назначению лишь достойных доверия кандидатов. К управлению Фондом будут привлечены наиболее квалифицированные эксперты в области здравоохранения и других областях. В связи с высокими рисками, которыми сопровождается этап становления обязательного медицинского страхования, необходим высокий кадровый потенциал ФСМС. Предполагается привлечение иностранных специалистов к управлению и выполнению основных стратегических функций.

11. Как будет осуществляться контроль за распределением средств ФСМС? Будет ли информационная система? Будут ли прозрачны для населения затраты фонда? На сегодняшний день, в новой модели предусмотрены как макроэкономические инструменты балансирования и обеспечения устойчивости Фонда, так и прозрачная система сбора и распределения средств.

На начальном этапе, наряду со стандартными требованиями по публикации финансовой отчетности, будут разработаны механизмы повышения прозрачности деятельности Фонда, которые на данный момент находятся в процессе разработки.

Информационная система будет модернизирована на базе имеющейся, дополнена новыми модулями, обеспечивающими детальный учет и прозрачность как следствие.

Транспарентность – один из основных принципов ОСМС. Аккумулирование средств, процесс заключения договоров, утверждения тарифов планируется осуществлять с участием общественных организаций, НПП и др.

12. Позволит ли внедрение ОСМС сократить расходы государственного бюджета (республиканского и местного)? Если да, то на сколько, и куда планируется направить высвобожденные средства?

Размеры расходов на здравоохранение в РК очень низки: на уровне 3,5% от ВВП по сравнению с ближайшими соседями (более 5% от ВВП в РФ) и странами ОЭСР (в среднем 8-9% от ВВП).

В этой связи, вопрос о снижении расходов на здравоохранение скорее следует заменить вопросом о росте качества медицинских услуг, сообразном росту расходов.

Снижение расходов бюджета заключается в фиксировании взноса государства за отдельные категории граждан при постоянно растущих расходах на здравоохранение в целом, связанных с ростом численности населения, старением населения, ростом неинфекционных заболеваний и др.

Вопрос о перераспределении высвобожденных средств находится в компетенции Министерства национальной экономики и Министерства финансов.

13. Как изменится общий объем и структура затрат государства и граждан на расходы здравоохранения в результате внедрения ОСМС? Общие расходы на здравоохранение в % от ВВП с введением ОСМС возрастут.

Частные расходы граждан будут снижены. Обычно этот показатель исчисляется в % от общих расходов на здравоохранение. В РК на сегодняшний день это свыше 35%, в то время как в странах ОЭСР – на уровне 20%. Такой значительный разрыв повышает рост катастрофических расходов домохозяйств на здравоохранение, ведущих к обнищанию. Однако, с введением ОСМС и развитием страховой культуры, прозрачность налогообложения и распределения благ в здравоохранении будет значительно повышена, что повысит требовательность участников к системе. Таким образом, неформальные платежи, так называемые «благодарности» врачам, расходы на медицинскую помощь из собственного кармана станут неактуальны.

14. Сегодня налоговые и пенсионные отчисления составляют около 20% от заработной платы. Теперь и на здравоохранение будут отчисления? Да. Следует понимать, что дополнительное финансирование здравоохранения необходимо в условиях низкого уровня финансирования отрасли. Кроме того, эти средства будут направлены на конкретные меры – увеличение числа ВОП, расширение оказания высокотехнологичных услуг, амбулаторного лекарственного обеспечения, повышения качества медицинских услуг и др.

15. Смогут ли казахстанские компании платить за своих работников отчисления в ФСМС? Не приведет ли это к негативным экономическим последствиям? Как предусмотрено Законом «О ОСМС» отчисления начнутся в 2017 году и будут повышаться постепенно. Это позволит компаниям «привыкнуть к новому налогу».

Кроме того, реализован комплекс мер по снижению налогового бремени - отнесение отчислений на ОСМС на вычеты по ИПН и КПН и ограничение размера налогооблагаемой базы на уровне 15 МЗП.

Также в итоге, сами компании получат более здоровых сотрудников.

16. Кто будет освобожден от уплаты взносов? Если эти граждане одновременно работают (матери, находящиеся в отпуске по уходу, пенсионеры, студенты, инвалиды и др), то как будут исчисляться взносы? Согласно пункту 4 статьи 28 Закона «Об обязательном социальном медицинском страховании» следующие граждане освобождаются от уплаты взносов в фонд:

1) дети;

2) многодетные матери, награжденные подвесками «Алтын алқа», «Күмісалқа» или получившие ранее звание «Мать-героиня», а также награжденные орденами «Материнская слава» I и II степени;

3) участники и инвалиды Великой Отечественной войны;

4) инвалиды;

5) лица, зарегистрированные в качестве безработных;

6) лица, обучающиеся и воспитывающиеся в интернатных организациях;

7) лица, обучающиеся по очной форме обучения в организациях среднего, технического и профессионального, послесреднего, высшего образования, а также послевузовского образования в форме резидентуры;

8) лица, находящиеся в отпусках в связи с рождением ребенка (детей), усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей), по уходу за ребенком (детьми) до достижения им (ими) возраста трех лет;

9) неработающие беременные женщины, а также неработающие лица, фактически воспитывающие ре-

бенка (детей) до достижения им (ими) возраста трех лет;

10) пенсионеры;

11) военнослужащие;

12) сотрудники специальных государственных органов;

13) сотрудники правоохранительных органов;

14) лица, отбывающие наказание по приговору суда в учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы (за исключением учреждений минимальной безопасности);

15) лица, содержащиеся в изоляторах временного содержания и следственных изоляторах.

При этом за военнослужащих, сотрудников специальных государственных органов, сотрудников правоохранительных органов государство не будет перечислять взносы: эти категории граждан будут продолжать получать обслуживание в учреждениях ведомственной сети.

В соответствии с п.3 статьи 27 Закона от уплаты отчислений освобождаются работодатели за граждан, указанных выше.

17. Как будут оплачивать взносы индивидуальные предприниматели, лица работающие по патенту, работники крестьянских хозяйств, торговцы на рынках? Исчисление и уплата взносов индивидуальных предпринимателей, частных нотариусов, частных судебных исполнителей, адвокатов, профессиональных медиаторов будут осуществляться ими самостоятельно путем прямого зачисления средств через Государственную корпорацию на счет фонда:

1) индивидуальными предпринимателями, применяющими общеустановленный режим налогообложения – не позднее 25 числа месяца, следующего за месяцем выплаты доходов;

2) индивидуальными предпринимателями в свою пользу – не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным;

3) крестьянскими или фермерскими хозяйствами, применяющими специальный налоговый режим, – в порядке и сроки, которые предусмотрены налоговым законодательством Республики Казахстан (10 апреля и 10 ноября года);

4) индивидуальными предпринимателями, применяющими специальный налоговый режим на основе патента, – в срок, предусмотренный налоговым законодательством Республики Казахстан для уплаты стоимости патента.

18. Как будет рассчитываться индивидуальный подоходный налог для плательщиков взносов и корпоративный подоходный налог для работодателей? Как измениться налогооблагаемая база? Отчисления на ОСМС будут отнесены на вычеты по ИПН и КПН, таким образом, налогооблагаемая база будет уменьшена на сумму отчислений и взносов соответственно.

19. Какая мотивация для работодателей в условиях ОСМС? Здоровье работников, соответственно высокая производительность труда.

20. Будет ли изменяться объем взносов в зависимости от вредных привычек граждан? В чем солидарность населения? Объем взносов не будет изменяться.

Солидарность в непосредственном участии в финансировании отрасли

21. Так как отчисления и взносы станут дополнительным бременем для работодателей, индивидуальных предпринимателей и работников, предприятия будут скрывать реальные заработные платы и платить минимальную заработную плату, для снижения социальных выплат. Фонд будет сталкиваться со многими рисками - снижение экономической активности в стране, сокрытие доходов и заработных плат, риски перепотребления медицинских услуг и другие. В этой связи, в стране будут приняты комплексные меры по регулированию этих процессов.

Касательно скрытых реальных заработных платах («серых» зарплатах) и выдачу остальной части в конвертах, в нашей стране такая практика носит массовый характер, работодателями разработано множество схем так называемой оптимизации.

С этой ситуацией активно борются налоговые органы, которые могут обратить внимание на организацию, если:

1) заработная плата сотрудников ниже прожиточного минимума по региону, ниже среднерыночного уровня (по конкретному региону), ниже среднеотраслевой заработной платы;

2) уровень заработной платы руководства по официальным документам ниже заработка рядовых сотрудников;

3) при поступлении информации о выплатах заработной платы «в конвертах» (например, анонимный звонок);

4) при более низком уровне заработной платы у сотрудника на новом месте работы в сравнении со старым (по данным справок ГЦВП), то есть он сменил работу на менее выгодных условиях;

5) при предоставлении в банк справки для получения кредита, где фигурирует большая сумма заработной платы, чем в реальном отчете по конкретной организации.

Если у налогового органа появились доказательства выплаты зарплат в «конвертах», они не оставят это без внимания. У налоговой инспекции возникнет вопрос, с каких доходов компания выплачивает заработную плату в «конвертах».

Также, для организации возможны следующие последствия применения «серых» заработных плат:

1) полные выездные проверки таких ведомств, как налоговая инспекция, ДВД, прокуратура и другие, в ходе которых будут выявлены многочисленные ошибки, касающиеся не только заработной платы;

2) начисление налогов к уплате, которые организа-

ция будет обязана заплатить (расчет производится на основании имеющейся в налоговой инспекции информации о налогоплательщике);

3) начисление пеней и штрафов за умышленную неуплату налогов.

А также привлечение лиц совершившие преступление по уклонению от уплаты налогов к административной и даже к уголовной ответственности.

Кроме того, каждый гражданин должен заботиться о своих доходах, так как размер официального дохода прямо пропорционален его пенсионным накоплениям.

22. Как будут обстоять дела с гражданами без медицинской страховки, которые вынуждены работать без договора за очень небольшие заработные платы (25000тг в месяц)?! Работодатели не заключают договор, чтобы не платить лишних налогов.

В соответствии с Законом Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании» (далее – Закон) участие в системе обязательного социального медицинского страхования является обязательным для всех граждан РК.

Граждане должны зарегистрироваться в качестве безработного и получить место работы, по которому работодатель будет перечислять отчисления за Вас. За время нахождения в статусе безработного взносы будут уплачиваться государством на обязательное медицинское страхование.

Кроме того, государством разрабатываются меры в сфере налогообложения (включая социальные платежи), которые позволят легализовать доходы и расходы юридических лиц и индивидуальных предпринимателей. Граждане страны должны принять активное участие в реализации указанных мер, так как они непосредственно определяют их социальную обеспеченность, включая медицинское страхование.

Граждане, не имеющие доходов и не осуществляющие взносы в систему обязательного социального медицинского страхования, будут обеспечены медицинской помощью при социально-значимых заболеваниях, экстренной медицинской помощью, амбулаторно-поликлинической помощью до 2020 года и профилактическими прививками.

23. Как в связи с внедрением ОСМС будет функционировать добровольное медицинское страхование? Добровольное медицинское страхование (ДМС), позволит полностью или частично покрывать расходы застрахованного лица на медицинское обслуживание, не предусматриваемые системой ОСМС.

Полис ДМС дает возможность физическим лицам или сотрудникам крупных компаний обследоваться в выбранных ими клиниках и на условиях (сервисные услуги, отсутствие листов ожидания, услуги, не входящие в ОСМС – стоматология и др.) за счет страховой компании. Оформляя ДМС, гражданин сам выбирает объем услуг, включенных в полис добровольного страхования.

24. Как будет проходить выбор поставщиков медицинских услуг в условиях ОСМС? Все ли клиники будут участниками ОСМС?

Выбор поставщика станет более прозрачным и двухэтапным. Критерии выбора поставщика будут едиными. Преимущественным правом при закупе услуг по оказанию медицинской помощи в системе ОСМС будут обладать субъекты здравоохранения: прошедшие аккредитацию в области здравоохранения, а также имеющие опыт предоставления соответствующей медицинской помощи непрерывно в течение трех лет. Ограничений медицинским организациям в участии нет.

25. Сколько сейчас частных медицинских организаций предоставляют стационарные и амбулаторные услуги в рамках ГОБМП? Как изменится данная картина при внедрении ОСМС в денежном выражении? На 2016 год из средств республиканского бюджета заключены договора с 246 медицинскими организациями частной формы собственности. Полагаем, что с внедрением ОСМС в оказании медицинских услуг примет участие большее количество частных медицинских организаций. На данный момент сложно оценить какая картина сложится в денежном выражении.

26. Что такое стратегический закуп услуг? Стратегический закуп – закуп четкого перечня услуг определенного качества.

27. Улучшится ли качество медицинской помощи с внедрением ОСМС? Качество медицинских услуг с введением ОСМС однозначно повысится. Для этого будет реализован комплекс мер:

- создана Объединенная комиссия по качеству;
- перераспределение функций в сфере управления качеством, включая расширение привлечения НПО;
= усиление функции экспертизы оказанных услуг со стороны Фонда;
- обеспечение условий для дальнейшего развития конкуренции среди поставщиков медицинских услуг, что естественным образом приведет к повышению качества;
- включение индикаторов качества в договора между Фондом и поставщиками медицинских услуг и их увязка с уровнем финансирования и т.д.

28. Какая будет польза медицинским работникам при внедрении ОСМС? Увеличится ли заработная плата? ОСМС реализуется с комплексом сопутствующих мер, как приватизация части поставщиков медицинских услуг и переход других поставщиков в форму собственности, предоставляющую большую степень автономности. Все эти меры помогут расширить возможности по гибкому управлению средствами в медицинских организациях, в том числе и уровнем заработных плат.

Также в условиях ОСМС будет усилена конкуренция за пациента, что является мотивацией к повышению уровня заработной платы и улучшению условий труда.

Внедрение ОСМС предполагает поэтапное сниже-

ние нагрузки на врачей общей практики от 2000 человек на 1 участок до 1500 человек на участок, поэтапное увеличение заработных плат медицинских работников по сравнению со средней заработной платой в экономике в 2 раза к 2030 году

29. Как будет обеспечено повышение заработной платы работникам ПМСП в условиях ОСМС? За счет каких источников? Заработная плата работников ПМСП будет повышаться поэтапно за счет расширенных по сравнению с текущим финансированием доходов ФСМС.

30. Поможет ли внедрение ОСМС решить кадровую проблему? Безусловно. Прежде всего, следует отметить, что на уровне стационара проблема обеспеченности кадрами в РК обратная: в расчете на душу населения в этом секторе у нас избыточное количество врачей.

Иначе дело обстоит в поликлиниках: проблема очередей действительно существует. Поэтому на уровне ПМСП обеспеченность населения ВОП будет повышена радикальным образом до стандартов стран ОЭСР: с 2000 прикрепленного населения на 1 врача до 1500 населения на 1 врача. Это увеличит доступность, снизит очередность, и, таким образом, повлияет и на качество приема, ведь врач сможет уделять больше времени каждому пациенту.

31. Каким образом внедрение ОСМС поможет решить проблему денежных «благодарностей» медицинским работникам? С введением страхования и развитием страховой культуры, прозрачность налогообложения и распределения благ в здравоохранении будет значительно повышена, что повысит требовательность участников к системе. Поэтапно будет повышаться заработная плата медицинских работников. Таким образом, неформальные платежи, так называемые «благодарности» врачам, расходы на медицинскую помощь из собственного кармана станут неактуальны.

32. На данный момент многие государственные медицинские организации активно занимаются бизнесом: большинство медицинских услуг оказывают на платной основе, особенно стационары. Хотя данные услуги входят в перечень ГОБМП, отсутствует контроль, население платит, государство наоборот стимулирует платные доходы в государственных предприятиях. Как изменится ситуация при внедрении ОСМС? Услуги в рамках ГОБМП и ОСМС не должны предоставляться на платной основе, как сейчас, так и с введением ОСМС. Все необходимое гарантировано и будет обеспечено.

Спрос рождает предложение. Когда граждане будут видеть, что платят взносы конкретно на медицинское страхование, одновременно расширяются спектр и объем медицинских услуг в системе ОСМС, то снизится потребление платных услуг.

33. Как будет обеспечена медицинская помощь безработным, непродуктивно самозанятым и другим категориям экономически неактивного населения страны? Сколько их в стране? Численность неформально и непродуктивно самозанятых граждан, не осуществляющих налоговые платежи, на сегодня составляет около 2,5 млн. человек. Ограничения для намеренных неплательщиков коснутся лишь плановой помощи, то есть при состояниях, не угрожающих жизни и здоровью человека.

В то же время, данной категории населения будут предоставлены альтернативные возможности получения полноценного доступа к медицинской помощи: регистрация в качестве безработного – тогда взнос в ФСМС заплатит государство, либо легализация своей деятельности и уплата налогов в общий Фонд.

34. Как будет обеспечена медицинская помощь иностранцам, работающим в РК, трудовым мигрантам? Согласно п.2 ст.2 Закона Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании» иностранцы и лица без гражданства, постоянно проживающие на территории Республики Казахстан, а также оралманы пользуются правами и несут обязанности в системе обязательного социального медицинского страхования наравне с гражданами Республики Казахстан, если иное не предусмотрено настоящим Законом.

Трудовым мигрантам медицинская помощь в рамках межгосударственных соглашений. Если такие соглашения отсутствуют, то трудовые мигранты получат медицинскую помощь в рамках ДМС и при заболеваниях, представляющих опасность для окружающих на бесплатной основе.

35. Какие услуги входят конкретно в пакет ОСМС? Что изменится? Действующий объем – ГОБМП – не будет сужен ни в коей мере, за исключением ограничения доступа к плановой медицинской помощи для неплательщиков налогов в общий Фонд. Изменится лишь принадлежность услуг – к ГОБМП или к страховому пакету.

В соответствии со статьей 7 Закона «Об ОСМС» в страховой пакет входят плановая стационарная помощь, амбулаторно-поликлиническая помощь, включая амбулаторное лекарственное обеспечение, высокотехнологичные услуги

При этом, по мере роста доходов ФСМС будет повышаться доступность медицинской помощи, например, с увеличением обеспеченности ВОП: с 1 ВОП на 2000 населения до 1 ВОП на 1500 населения. Пакет АЛО (перечни ЛС и нозологий) будет поэтапно расширяться. Эти преобразования приведут к фактическому расширению пакета доступной помощи.

36. Как будет оказываться скорая и экстренная медицинская помощь? Как будет разграничена экстренная медицинская помощь от плановой стационарной? Неотложная и экстренная помощь будут предоставляться всем гражданам и оралманам без исключения.

В соответствии с Законом, будет выработан перечень экстренных состояний по клиническим признакам и параметрам. В настоящее время находится на этапе

разработки.

37. Как происходит идентификация пострадавших в экстренных случаях? Поскольку экстренная помощь доступна всем вопрос о срочной идентификации не стоит

38. Не будет ли отказов от оказания медицинской помощи при отсутствии страховки? Только при плановой стационарной помощи для неплательщиков взносов

39. Необходимо ли будет иметь страховку (карточку) при себе постоянно или достаточно удостоверения личности? Достаточно удостоверения личности

40. Как будет обеспечено право свободного выбора медицинской организации пациентом? Действующий механизм свободного выбора медицинской организации сохранится.

41. Можно ли выбрать частную клинику и как будет осуществляться оплата в этом случае? Можно выбрать частную клинику – если она имеет договор с ФСМС. Оплата частной клинике будет осуществляться по утвержденным Министерством здравоохранения и социального развития РК тарифам и порядку оплаты медицинских услуг.

42. При обращении пациента в частную медицинскую организацию для получения услуг в рамках ГОБМП и ОСМС не будет ли ему отказано? Может ли частная медицинская организация требовать сооплатуза услуги оказанные в рамках ГОБМП и ОСМС? Есть ли лимит сооплаты? При обращении в частную клинику гражданину необходимо знать: есть ли у этой клиники договор с ФСМС на оказание необходимой медицинской услуги? При наличии договора с ФСМС клиника не вправе требовать сооплату за услуги, входящие в пакет ОСМС и ГОБМП.

43. Сейчас очень много частных лабораторных центров, оказывающих платные услуги. Будут ли они покрываться страховкой? Зависит от их желания работать в системе ОСМС. Лабораторные услуги, как часть медицинской помощи будут покрываться в системе ОСМС.

44. Как будет контролироваться вопрос фиктивной госпитализации по экстренным показаниям не застрахованных лиц? Не вызовет ли внедрение ОСМС роста коррупции путем требования оплаты с самих граждан? Оплата из кармана, напротив, потеряет актуальность.

Неплательщики налогов, не желающие встать на учет по безработице или начать платить налоги, будут вынуждены оплатить плановую помощь. Это как раз-таки выведет на свет теневые платежи.

Контроль экстренности будет осуществляться по экспертизе и на основании разработанного перечня экстренных состояний.

45. Какие ожидаются результаты после внедрения ОСМС?

ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ

Доступность качественной медицинской помощи

Система здравоохранения, способная отвечать потребностям населения

Улучшение здоровья, увеличение продолжительности жизни

Расширение амбулаторно-лекарственного обеспечения

Снижение уровня неформальных платежей на здравоохранение

ДЛЯ ГОСУДАРСТВА

Универсальный/всеобщий охват медицинской помощью

Солидарная ответственность граждан

Финансово-устойчивая система здравоохранения, позволяющая сбалансировать объемы потребления

Совершенствование рыночных механизмов здравоохранения

Стимулы для развития частного здравоохранения и индустрии здравоохранения (дополнительные рабочие места и технологии)

Повышение эффективности использования финансовых ресурсов

Подотчетность перед обществом по использованию ресурсов

ДЛЯ ПОСТАВЩИКОВ

Стабильность финансирования в соответствии с эффективностью деятельности

Стимуляция к внедрению новых корпоративных методов управления и менеджмента

Совершенствование системы оплаты труда: возможность получать конкурентоспособную заработную плату

Внедрение новых медицинских технологий. Ориентированность на конечный результат

Своевременное обновление основных средств

46. Почему один Фонд, а не несколько?

Преимущества модели единого закупщика:

- Обеспечение солидарности при перераспределении ресурсов от менее нуждающихся к более нуждающимся;
- Единый пакет медпомощи и равенство в доступе к нему для каждого жителя страны;
- Аккумулирование всех страховых рисков в одном фонде;
- Единые правила распределения средств по регионам и закупа медицинской помощи у поставщиков;
- Мощность переговоров в ходе стратегических закупок и возможность влияния на повышение эффективности системы здравоохранения;
- Сохранение государственной монополии как эффективного инструмента воплощения национальной политики здравоохранения;
- Более высокая эффективность (низкие административные расходы).

Қосымша

МӘМС мәселелері бойынша медициналық ЖОО-ның профессор-оқытушылар құрамынан жаттықтырушылардың тізімі

№	Медициналық ЖО-Онің атауы	Барлығы	Оқытушының А.Ж.Т.	Кафедра атауы
1	ҚазМҮББУ	2	Усебаева Н.Ж.	денсаулық сақтаудағы менеджмент
2			Хайдарова Т.С.	қоғамдық денсаулық сақтау
3	С.Д.Асфендияров атындағы ҚҰМУ	3	Куракбаев К. К.	денсаулық сақтаудағы экономика және менеджмент
4			Камалиев М. А.	қоғамдық денсаулық сақтау
5			Кошербаева Л. К.	Халықаралық денсаулық сақтау
6	Қарағанды ММУ	5	Каршалова Г. В.	қоғамдық денсаулық сақтау
7			Кайдар Эльмира	қоғамдық денсаулық сақтау
8			Арыстан Л.И.	№ 1 ЖДП
9			Искаков Е.Б.	ЖДП
10			Жумабекова Г. С.	№ 2 жедел және шұғыл көмек көрсету
11	БҚММУ	2	Изимбергенова Г.Н.	қоғамдық денсаулық сақтау
12			Артыкбаева М.А.	қоғамдық денсаулық сақтау
13	Семей қ. ММУ	6	Мысаев А.О.	қоғамдық денсаулық сақтау
14			Рахимжанова Ф.С.	қоғамдық денсаулық сақтау
15			Хисметова З.А.	қоғамдық денсаулық сақтау
16			Самарова У.С.	қоғамдық денсаулық сақтау
17			Имангазинов С.Б.	хирургия
18			Егошин В.Л.	бейінді пәндер
19	АМУ	4	Секенова Р.К.	менеджмент және сараптамалық қызметі денсаулық сақтау саласында
20			Бейсенбекова Г. К.	менеджмент және сараптамалық қызметі денсаулық сақтау саласында
21			Дубицкий А.А.	№ 2 қоғамдық денсаулық сақтау және әлеуметтік гигиена
22			Магзумова Р.З.	№ 2 қоғамдық денсаулық сақтау және әлеуметтік гигиена
23	ОҚМФА	2	Садибекова Ж.У.	№ 1 қоғамдық денсаулық сақтау
24			Сарсенбаева Г.Ж.	№ 1 қоғамдық денсаулық сақтау
25	ҚДСЖМ	3	Токмурзиева Г.Ж.	қоғамдық денсаулық сақтау
26			Утеулиев Е.С.	қоғамдық денсаулық сақтау
27			Абдикаримова Г.Ч.	қоғамдық денсаулық сақтау
Барлығы		27		

МӘМС мәселелері бойынша медициналық колледждерінің профессор-оқытушылар құрамынан жаттықтырушылардың тізімі

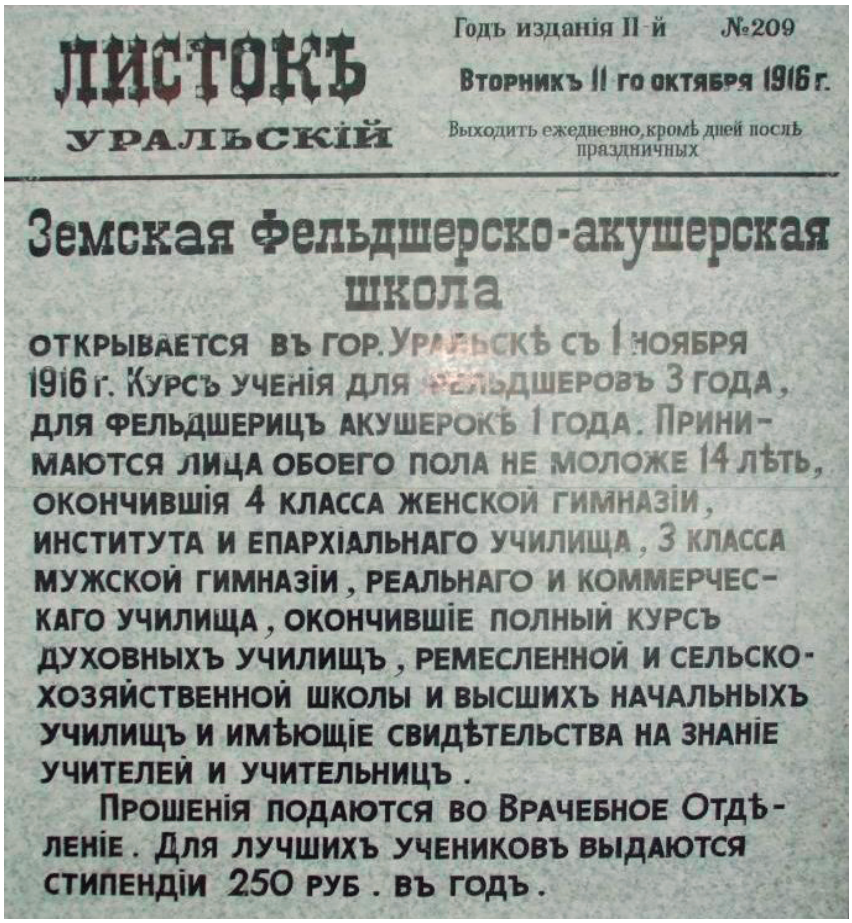
№	Аймақ	Колледждерінің атауы	Барлығы	Оқытушының А.Ж.Т.
1	Астана қ.	«Астаны қаласының медициналық колледжі» МКҚК	1	Жаупанова З.Ж
			2	Артышева Р.К.
2	Алматы қ.	Алматы қ. «Медициналық колледжі» ШЖҚҚ	3	Аманов Т.И.
		«Республикалық медицина колледжі» РМКК	4	Калмуратова Н.Т.
3	Қарағанды облысы	«Қарағанды қаласының медицина колледжі» КМК	5	Байболина А.Т
		«Балқаш қаласының медициналық колледжі» КМҚК	6	Ажимаханова Е.
4	ШҚО	«Семей қ. мемлекеттік медицина колледжі» КМҚК	7	Танатаров С.З.
			8	Чекимбаева А.Е
			9	Омарбаева Ж.Т
		«Өскемен медициналық колледжі» КМҚК	10	Магажанова А.А
			11	Бегимбаева Д.С.
5	Жамбыл облысы	«Жамбыл медициналық колледжі « КМҚК	12	Мырзагулова Ж.Б.
			13	Магибраимова А.М.
6	Алматы облысы	«Талдықорған медициналық колледжі « ШЖҚҚ	14	Сейтханова А.
			15	Дубек Ж.
7	Ақмола облысы	«Көкшетау медициналық колледжі» КМҚК	16	Батырханова К.Б.
8	Атырау облысы	«Атырау медициналық колледжі « МКҚК	17	Жамбырова А.А.
9	Манғыстау облысы	«Манғыстау облысының медициналық колледжі « ШЖҚҚ	18	Насиголлакызы С.
			19	Наримова Л.С.
10	Павлодар облысы	«Павлодар медициналық колледжі « КМҚК	20	Ситказимова Г.К.
			21	Касенова К.Ш.
			22	Танат З.С.
11	Ақтобе облысы	ГККП «Ақтобе медициналық колледжі «	23	Кенжебаева С.Б.
12	Қостанай облысы	ГККП «Қостанай медициналық колледжі «	24	Жетписбаева Н.Б.
13	Қызылорда облысы	ГККП «Қызылорда медициналық колледжі «	25	Сейтмамбетова Н.К.
			26	Тышкамбаева Р.К.
14	СҚО	«Солтүстік Қазақстан медицина колледжі» ШЖҚҚ	27	Ахметова М.Б.
			28	Шигорбаева А.И.
			29	Терре Е.Г.
			30	Мукашев А.М.
			31	Жагпарова А.Х.
15	БҚО	«Батыс Қазақстан медициналық колледжі» МКҚК	32	Елеуов Б.Г.
16	ОҚО	«Оңтүстік Қазақстан медициналық колледжі» МКҚК	33	Нурманова Б.С.
			34	Каратаева С.Т.

Западно-Казахстанский медицинский колледж: 100 лет на передовых позициях подготовки специалистов медицинского профиля

Гаджиева Камиля
КМК. г.Костанай

2016 год ознаменован большим событием в области среднего медицинского образования -100 лет Западно-Казхахстанскому медицинскому колледжу, где впервые была начата подготовка медицинских работников помощников врачей на территории современного Казахстана. Еще в царской России на ее национальной окраине в городе Уральске, в ноябре 2016 года открылась фельдшерско-акушерская школа. У истоков открытия этой школы стоял саратовский врач-эпидемиолог Григорий Иванович Кольцов. Причиной открытия стала сложная эпидемиологическая обстановка в этом регионе и нехватка специалистов. Школа была открыта при Уральской Земской больнице. Директором был назначен сам Г.И.Кольцов.

Как утверждают архивные документы, в школу были отобраны 20 первых учащихся, которые были выпущены досрочно в 2019 году. С этого и началась славная веха истории колледжа.



ЛИСТОКЪ УРАЛЬСКІЙ

Годъ изданія II-й №209

Вторникъ 11-го октября 1916 г.

Выходитъ ежедневно, кромѣ дней послѣ праздничныхъ

Земская фельдшерско-акушерская школа

ОТКРЫВАЕТСЯ ВЪ ГОР. УРАЛЬСКѢ СЪ 1 НОЯБРЯ 1916 г. КУРСЪ УЧЕНІЯ ДЛЯ ФЕЛЬДШЕРОВЪ 3 ГОДА, ДЛЯ ФЕЛЬДШЕРИЦЪ АКУШЕРОКЪ 1 ГОДА. ПРИНИМАЮТСЯ ЛИЦА ОБОЕГО ПОЛА НЕ МОЛОЖЕ 14 ЛѢТЪ, ОКОНЧИВШІЯ 4 КЛАССА ЖЕНСКОЙ ГИМНАЗІИ, ИНСТИТУТА И ЕПАРХІАЛЬНАГО УЧИЛИЩА, 3 КЛАССА МУЖСКОЙ ГИМНАЗІИ, РЕАЛЬНАГО И КОММЕРЧЕСКАГО УЧИЛИЩА, ОКОНЧИВШІЕ ПОЛНЫЙ КУРСЪ ДУХОВНЫХЪ УЧИЛИЩЪ, РЕМЕСЛЕННОЙ И СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННОЙ ШКОЛЫ И ВЫСШИХЪ НАЧАЛЬНЫХЪ УЧИЛИЩЪ И ИМѢЮЩІЕ СВИДѢТЕЛЬСТВА НА ЗНАНІЕ УЧИТЕЛЕЙ И УЧИТЕЛЬНИЦЪ.

ПРОШЕНІЯ ПОДАЮТСЯ ВО ВРАЧЕБНОЕ ОТДѢЛЕНІЕ. ДЛЯ ЛУЧШИХЪ УЧЕНИКОВЪ ВЫДАЮТСЯ СТИПЕНДІИ 250 РУБ. ВЪ ГОДЪ.

В разные годы из стен колледжа выпустились знаменитые ученые и государственные деятели: Каракулов Ишанбай Каракулович - известный советский эпидемиолог член-корреспондент академии наук СССР, нарком здравоохранения и в последствии министр здравоохранения Каз.ССР.; Илешова Розалия Галиевна, первая казашка получившая звание профессора по специальности детский психиатр; Симбирцев Семен Александрович, академик АМН СССР, возглавлявший Ленинградский институт усовершенствования врачей. А также много других известных личностей в сфере здравоохранения.

Сегодня колледж является одним из ведущих образовательных учреждений готовящих средних медицинских работников по шести специальностям и 8-ми квалификациям.

В колледже обучается более тысячи студентов. Подготовку будущих специалистов осуществляют высококвалифицированные педагоги, основной костяк которых имеет высшую и первую категории. В колледже внедряются новые технологии обучения, включая элементы дуального обучения, симуляционное обучение и др. современные технологии. Практическая подготовка студентов основывается на новых подходах в обучении с участием ментеров-наставников. Следует отметить, что практическое обучение студентов осуществляется на базе крупных клиник города Уральска. Всего Западно-Казахстанским медицинским колледжем заключены договоры о социальном

партнерстве с 26-ю медицинскими организациями области.

За 100 лет своего существования колледж выпустил 21215 средних медицинских работников различных специальностей, которые работают не только во всех регионах Казахстана, но и за его пределами.

С 1998 года Западно-Казахстанский медицинский колледж сотрудничает с «Самарским медицинским колледжем им.Н.Ляпиной.», организовывает научно-практические конференции, конкурсы, проводит совместную научно-исследовательскую работу в области организации сестринского дела, а также методические фестивали с последующим углублением этих связей до реализации совместных инновационных и научных проектов.

Также на базе колледжа работает региональный Центр независимой оценки знаний и практических навыков врачей и средних медицинских работников. Около пяти тысяч медицинских работников обучаются на курсах отделения повышения квалификации.

В ЗК медицинском колледже функционирует студенческое самоуправление, которое действует на основе программы по активизации и повышению ответственности молодежи.

Целью их деятельности является формирование через самоуправление честных, смелых, трудолюбивых, здоровых, экономически конкурентоспособных, любознательных личностей, знающих историю своей страны, уважающих свой язык, религию, обычаи и традиции, думающих об интересах своей страны, содержащих в себе человеческие ценности.

В колледже работают творческие кружки, где студенты могут реализовать свои таланты (вокальный, кружок драмы и танцев).

История колледжа это еще и история директорского корпуса. За 100 лет колледжем руководили более 20 директоров, и конечно многие из них оставили яркий след в истории этого уникального учебного заведения. Начиная с первого директора Кольцова Г.И., который основал и руководил колледжем до 1919 года.

Самые тяжелые времена пришлись на1941-1944гг. В это время руководство медицинской школы легло на женские плечи. Директором колледжа была назначена Подольская Раиса Соламоновна

28 лет колледжем руководил Берген Максот Кабышулы, (1984-2012гг) Его незаурядные способности руководителя и творческий подход к работе привели к тому, что колледж стал одним из лучших в стране. При руководстве Максот Кабышулы в 1989 году было открыто отделение повышения квалификации средних медицинских работников. А в 1996 году учебное заведение переименовывается в «Западно-Казахстанаский медицинский колледж»

С 2012 года Западно-Казахстанский медицинский колледж возглавляет __Шумбалов Нуржан Махмутович, доцент, профессор, награжден трижды знаками «Отличник здравоохранения», и «Почетный работник просвещения». Именно при руководстве Шумбалова Н.М. колледж получил статус высшей сестринской школы. С 2016 года началась новая веха истории колледжа. Так с сентября этого года реализуется пилотный проект Министерства здравоохранения Республики Казахстан Образовательной программы Прикладного бакалавриата по специальности «Сестринское дело», который разработан и внедряется в рамках проекта Всемирного банка «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан.

Юбилейные мероприятия

23 сентября в городе Уральске прошли праздничные мероприятия, посвященные 100-летию первого медицинского образовательного учреждения на территории Казахстана - Западно-Казахстанаского медицинского колледжа.

На праздник съехались гости со всех уголков Казахстана, представители Министерства Здравоохранения и социального развития РК, медицинских колледжей страны, а также гости из Российской Федерации. Хозяева праздника тепло и радушно встретили гостей, создали благоприятную обстановку для официальных и не официальных мероприятий.

Ключевым событием на праздновании 100-летия колледжа стала Международная научно-практическая конференция «Модернизация сестринского образования в Республике Казахстан в рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулык» на 2016-2017 годы».

Цель конференции рассмотрение и обсуждение роли и места специалистов сестринского дела в формировании современной системы здравоохранения, определение опыта сестринского дела в Казахстане и за рубежом на современном этапе, а также внедрение дуального обучения в систему подготовки и переподготовки средних медицинских работников и формы и методы взаимодействия сестринского образования с практическим здравоохранением.

Одним из важных направлений работы конференции стали вопросы по перспективе развития бакалавриата в системе сестринского образования и обеспечения соответствия квалификации педагогических кадров новым условиям.

На открытии конференции с приветственным словом выступили: Ирменов Камидоллы Мутиголлаевич - руководитель управления здравоохранения Западно-Казахстанаской области; Нуралиева Улмира Ауезхановна - начальник управления медицинского образования и науки Департамента науки и развития человеческих ресурсов Министерства здравоохранения и социального развития РК.; Сейдуманов Султан Турарович - Председатель ОЮЛ «Союз медицинских колледжей РК», главный внештатный специалист по сестринскому делу Министерства здравоохранения и социального развития РК, д.м.н.

Работа конференции началась с доклада Нуралиевой У.А., которая представила основные аспекты модернизации сестринского образования в РК в рамках реализации «Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулык» на 2016-2017 годы», и были затронуты важные направления предлагаемых реформ.

Также на конференции выступили Куаншалиева Р.Т., - начальник отдела ТиПО областного методического кабинета управления образования ЗКО и Аймурзиева М. К., - заместитель руководителя областного управления здравоохранения ЗКО

Особый интерес у делегатов конференции вызвал доклад Карасевой Ларисы Аркадьевны, директора института сестринского образования Самарского государственного медицинского университета, кандидата медицинских наук, профессора. В своем выступлении она подняла вопросы, связанные с работой учебно-производственного центра симуляционного обучения для системы непрерывного профессионального развития средних медицинских работников. Также своим выступлением присутствующих заинтересовала и Алипова Замзия Сайлауовна, заместитель директора Центра по развитию сестринского дела Актюбинской области. Алипова З.С. рассказала о технологии дистанционного обучения в медицинском образовании.

Современные преобразования и модернизация сестринского образования требуют от нас реализации поставленных задач в этой области, поэтому немаловажную роль играет в этом аспекте деятельность неправительственных организаций в области здравоохранения. Так в выступлении Тажекеновой Гульсары Мадиниетовны, ментора, главной медицинской сестры Областного перинатального центра Западно-Казахстанской области были затронуты вопросы, связанные с ролью Ассоциации средних медицинских работников в реализации «Программы развития сестринского дела до 2020 года».

По результатам Международной научно-практической конференции «Модернизация сестринского образования в Республике Казахстан в рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулык» на 2016-2017 годы» была принята Резолюция.

После окончания конференции в Областном Казахском драматическом театре прошло официальная часть празднования 100-летия колледжа. Коллектив, студентов и ветеранов колледжа поздравили официальные лица, вручили государственные награды и памятные медали, грамоты и поощрения. Выступили артисты областной филармонии.

Редакция научно-популярного журнала
«Медицина және қоғам»
поздравляет сотрудников и студентов Западно-Казахстанаского медицинского колледжа с Вековым юбилеем – 100 лет.

Столетний юбилей - это целая веха в историческом пространстве. За эти годы вы достигли высочайших успехов от фельдшерско-акушерской школы, до Высшего медицинского колледжа. Ваше стремление быть на передовых позициях, всегда давало вам положительный импульс для развития и достижения поставленных целей. Желаем вам процветания и дальнейших трудовых успехов.

Коллектив редакции журнала

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Бузина С.П.
Заведующая отделением «Лечебное дело»,
Костанайский медицинский колледж

(выступление на Научно-практической конференции в ЮГМУ г. Челябинск, РФ.)

Анализ текущего состояния сестринского дела в Казахстане показывает, что за последние 10 лет политика, проводимая в области сестринского дела, кардинально изменилась. Она направлена на приведение сестринского дела к международному уровню для повышения качества, эффективности и безопасности здравоохранения РК.

В системе здравоохранения Республики Казахстан сегодня работают более 154 тысяч специалистов сестринского дела.

Сестринский персонал является ключевым звеном в совершенствовании системы первичной медико-санитарной помощи.

В результате реализации Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Казахстан на 2011-2015 годы» проведена работа по совершенствованию амбулаторно-поликлинического сектора, поэтапное наращивание потенциала первичной медико-санитарной помощи, введение в штат дополнительных должностей социальных работников, психологов, вторых медсестер для участковых врачей и третьих медсестер для врачей общей практики. Уже сегодня в городских, районных поликлиниках медицинские сестры ведут самостоятельный прием пациентов.

За последние годы активизирована работа по внедрению организационных сестринских технологий, ведения сестринской документации, расширяется участие сестринского персонала во внебольничной помощи – дневных стационарах, хосписах, консультативно-диагностических службах. Имеется положительный опыт профилактической работы медицинских сестер в кабинетах планирования семьи, Школах здоровья.

Можно отметить и тот факт, что меняется менталитет руководителей лечебных организаций, врачей о роли медицинской сестры в лечебном процессе. Если в недавнем прошлом они видели медицинскую сестру только как исполнителя, помощника, то сейчас они понимают, что для обеспечения конкуренции между медицинскими организациями, качества оказания медицинских услуг требуются специалисты, владеющие актуальными профессиональными знаниями и сестринскими технологиями. И для этого нужны специалисты сестринского дела различного уровня квалификации.

Вхождение Казахстана в Болонский процесс диктует необходимость приведения образования, профессиональных стандартов, квалификаций и должностных позиций в соответствие с Европейскими директивами, в том числе и по сестринскому делу.

С 2014 года реализуется Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2020 года и Дорожная Карта по реализации Комплексного плана, предусматривающие внедрение Международных стандартов в образовательный процесс и практическое здравоохранение.

Основными задачами Комплексного плана развития сестринского дела в РК являются: изменение механизмов координации реформы сестринского дела в республике, внедрение новых компетенций и ролей специалистов сестринского дела; институциональное развитие медицинских колледжей и университетов в соответствии с потребностями реформы сестринского дела; создание научной основы для укрепления сестринского образования и развития сестринского дела; маркетинг и повышение осведомленности о реформе сестринского дела для формирования позитивного образа профессии медсестры.

Анализ поставленных задач показал основные проблемы и пути их решения.

Для координации реформ сестринского дела, в 12 регионах Казахстана созданы Региональные Координационные Советы по сестринскому делу, в 2015 году Национальная ассоциация медицинских сестер Казахстана, в шести областях республики в структуре управления здравоохранения имеются штатные специалисты по сестринскому делу.

Внедрение новых компетенций специалистов сестринского дела в систему здравоохранения вызвало потребность в модернизации подготовки медицинских кадров.

Подготовкой специалистов сестринского дела в Казахстане зани-

мается 63 медицинских колледжа и 3 Вуза. При содействии Проекта Всемирного банка, совместно с экспертами Федерации университетов прикладных наук Финляндии в шести колледжах республики внедрено в режиме эксперимента обучение по образовательной программе прикладного бакалавриата.

В целях обеспечения качества медицинского образования с 2012 года в Республике Казахстан внедрена процедура аккредитации образовательных учреждений.

Проводится планомерная работа по повышению потенциала медицинских кадров: внедрены принципы накопительной системы непрерывного профессионального развития; созданы симуляционные образовательные центры, действует система независимой оценки квалификации специалистов.

Из проблем в сестринском образовании можно выделить то, что подавляющее большинство преподавателей сестринского дела - врачи, а не медсестры. Только 4% преподавателей из всех медицинских колледжей и вузов имеют диплом по сестринскому делу, в то время как в международной практике только медсестры с минимум уровнем бакалавра могут быть преподавателями сестринского дела.

Клиническая практика, проходящая под руководством ментора на клинических базах, составляет не более 10% всей учебной программы, в то время как согласно международным требованиям, такая практика должна составлять не менее 50% всей образовательной программы.

Не достаточно решенной остается проблема трудоустройства и закрепления в медицинских организациях сестринских кадров. В среднем, по республике после окончания колледжа трудоустраиваются 75% медицинских сестер, а с высшим сестринским образованием не более 40% бакалавров и 70% магистрантов. Это объясняется несовершенством организационной структуры медицинских организаций, нормативно-правовых актов, регулирующих деятельность специалистов сестринского дела. Также нельзя не отметить, что общество до сих пор считает медицинскую сестру только помощником врача и с недоверием относится к сестринскому бакалавриату и магистратуре.

Для укрепления сестринского образования важен научный потенциал. На сегодняшний день развитие науки в сестринском деле остается на низком уровне. Не проводятся научно-технические программы с исследованиями по сестринскому делу, реальная сестринская практика, стандарты сестринских манипуляций, процессы разработки и экспертизы стандартов и рекомендаций не основаны на доказательствах и не имеют под собой научной основы, отсутствует обучение в области исследований в сестринском деле. В Комплексном плане развития сестринского дела для решения данных проблем планируется создание Экспертного Комитета по исследованиям в сестринском деле, ежегодное финансирование научно-исследовательских проектов, выпуск Национального журнала по доказательному сестринскому делу.

Костанайский медицинский колледж является одним из ведущих учебных заведений в системе профессионального образования в Казахстане. Подготовка по специальности «Сестринское дело» в колледже ведется с 1961 года. В 2015 году колледж прошел институциональную и специализированную аккредитацию по данной специальности. Для реализации целей образовательной программы «Сестринское дело» колледж имеет современную материально-техническую базу, инновационные образовательные технологии, квалифицированные педагогические кадры, опыт международного сотрудничества. 10 лет назад в колледже не было преподавателей с высшим сестринским образованием, на сегодняшний день занятия по сестринскому делу проводят 7 преподавателей, имеющих квалификации менеджера и бакалавра сестринского дела.

Костанайский медицинский колледж плодотворно сотрудничает с организациями практического здравоохранения. В колледже и медицинских учреждениях для организаторов сестринского дела, практикующих медицинских сестер проводятся семинары, мастер-классы по менеджменту, лидерству, правовым вопросам в сестринском деле, организации сестринского процесса и ведения документации в сестринском деле. В колледже функционирует клуб «Медсестра-преподаватель», членами которого являются преподаватели сестринского дела и медицинские сестры, ведущие практические занятия в клиниках. Совместная работа, несомненно, повышает качество подготовки будущих медицинских сестер.

Актуальным и важным для гарантии безопасности и улучшения сестринской практики является внедрение в практику подготовки симуляционного обучения. В колледже имеется Симуляционный центр, который оснащен современными манекенами и тренажерами, позволяющими смоделировать клиническую ситуацию, максимально приближенную к реальной, отработать алгоритм действий каждого обучающегося и команды в целом.

Групповые тренинги и индивидуальные занятия в симуляционном центре дают возможность повысить профессиональные знания, умения медицинских сестер и успешно сдать квалификационные экзамены на категорию.

В колледже работает отделение повышения квалификации и переподготовки средних медицинских и фармацевтических работников. Учебные программы, по которым занимаются медицинские сестры, отражают динамику развития медицинской науки и здравоохранения. В них максимально сочетаются теоретические знания с навыками современных сестринских технологий. Большинство циклов

проводится на лечебных базах с привлечением высококвалифицированных специалистов, которые обучают согласно направленности специальности.

Руководит колледжем Катпенова Сауле Атантаевна. Выполняя обязанности директора, она сумела объединить средних медицинских работников Костанайской области в мощный союз. Она является основателем и президентом Общественного объединения средних медицинских работников «Шарапат» главным редактором научно-популярного журнала «Медицина және қоғам» («Медицина и общество»).

В журнале освещаются вопросы истории и становления сестринского дела в республике, применения современных медицинских технологий для развития профессиональных компетенций. В журнале представлена возможность публикаций врачей, средних медицинских работников, преподавателей медицинских колледжей Костанайской области, других областей Казахстана и России.

Челябинская медицинская академия и факультет высшего сестринского образования может гордится своей выпускницей–Катпеновой Сауле Атантаевной, которая вносит значительный вклад в профессиональное образование специалистов сестринского дела нашей республики.

Таким образом, повышение качества медицинских услуг требует постоянной подготовки квалифицированных кадров, социального партнерства медицинских колледжей с организациями практического здравоохранения

Для повышения эффективности и усиления роли сестринского персонала в оказании медицинской помощи необходимо: совершенствование нормативно-правовой базы сестринской деятельности; дальнейшее совершенствование системы управления сестринской деятельностью за счет более эффективного использования кадровых ресурсов; повышение мотивации и социального статуса специалистов сестринского дела; стандартизация практической деятельности специалистов со средним медицинским образованием; обеспечение управления сферой научной деятельности в области сестринского дела.

Решение указанных вопросов позволит поднять сестринское дело в республике на совершенно новый качественный уровень, ориентированный на международные требования.

Использованная литература:

1.Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2020 года.

2.Сборник материалов международной научно-практической конференции «Реализация Комплексного плана развития сестринского дела в РК до 2020 года - основа реформирования сестринского дела Казахстана», Шымкент, 2016.

3.Иванченко Н.Н. Анализ реформирования сестринского дела в Республике Казахстан. //Вестник КазНМУ. №2, 2014

4.Сейдуманов С.Т. Роль специалистов сестринской службы в системе современного здравоохранения Кахахстана. //Информационный вестник по вопросам сестринского дела, №1,2, 2014

Технология mind-mapping в преподавании профессионального английского языка

Коновалова В.В., преподаватель английского языка
Костанайский медицинский колледж

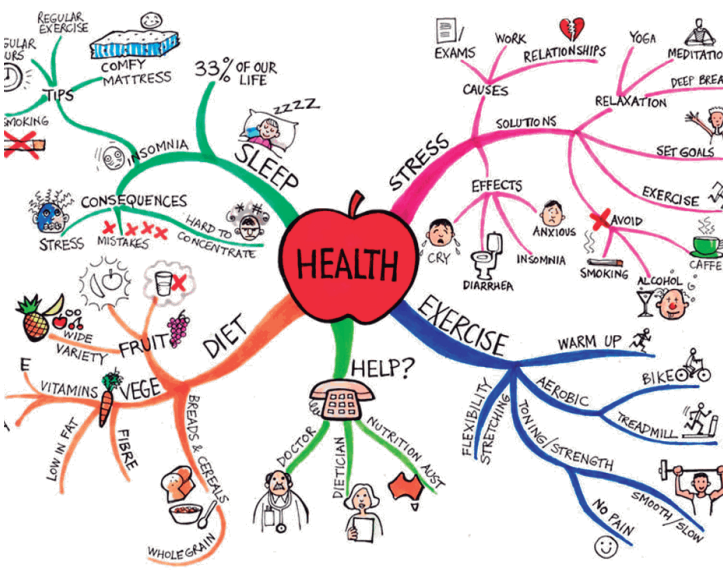
Современная жизнь предъявляет всё более высокие требования к практическому владению иностранным языком в повседневном общении и профессиональной сфере. Изучение иностранного языка сопровождается запоминанием большого количества лексических единиц, грамматических структур. Одним из эффективных приемов запоминания лексико-грамматического материала является метод с использованием технологии MIND-MAPPING (метод интеллект-карт).

Впервые я узнала об интеллект-картах (в оригинале Mind Maps, по-другому их еще называют картами ума, ментальными картами, мыслительными картами, диаграммами связей и т.п.) из замечательной книги Тони Бьюзена «Супермышление». Оказывается, каждый бит информации, который поступает из внешнего мира в наш мозг (ощущение, воспоминание, мысль и т д.) – может быть представлен в виде центрального сферического объекта, от которого расходятся десятки, тысячи и даже миллионы ассоциаций!

Принцип построения любой интеллект-карты – центральный объект и радиально расходящиеся от него логи-

ческие ассоциативные связи. Благодаря использованию цветов, рисунков и пространственных связей любая информация воспринимается, анализируется и запоминается гораздо быстрее и эффективнее.

Интеллект-карты проще использовать для работы с грамматическим материалом (с помощью карты можно представить любое грамматическое правило или конструкцию, при этом все исключения, особые случаи, а также примеры применения можно выделить в отдельные ветви и сделать на них акцент), с текстовым материалом, для обучения устному монологическому высказыванию при помощи вербальных опор и т.д. Не менее интересные результаты даёт использование интеллект-карт при работе с лексическим материалом. Что представляет собой обучение лексике английского языка? Это определенный процесс расширения словарного запаса. Объемы новой профессионально ориентированной лексики, подлежащей изучению, не так уж малы. Интеллект-карты помогают сделать этот процесс интересным и увлекательным.



Пример построения интеллект-карты по теме «Здоровье».

На первых порах преподаватель помогает обучающимся создавать интеллект-карту. Отдельно предлагаются лексические единицы, которые нужно поставить на свои места. Например, изучаем тему "Describing Pain". Студенты встречают много новой профессионально- ориентированной лексики. Чтобы помочь эффективнее её запомнить, предлагаю всем вместе составить интеллект-карту на доске (а при наличии технической возможности - можно и на компьютере) Задаём ключевое слово – «Pain». Прошу студентов предлагать любые понятия, ассоциативно связанные с данным (описание боли, место и характер боли, интенсивность, длительность симптомов, иррадиация боли, периодичность, сезонность, возможные проблемы, решения, действия и т.д.). Все названные понятия укладываем в определенную схему.

Decide where to put the words:
Intensity Ratings (of pain)
Duration (of pain)
Location (of pain)
Pain description - Is it acute or chronic? Pricking or throbbing? Dull or unbearable? Etc.
What makes it worse or better? (Things that increase the pain (such as physical activities, things that decrease the pain, (such as lying down, heating pad, medication).
Treatment, etc.

Активизирует словарный запас, работу мысли и запоминание нового лексического материала следующее задание:

Decide where to put the words:
Mild - but does not interfere with activities.
Moderate - present and interferes with activities but not disabling.
Severe - disabling. Unable to function.

Более продвинутые в компьютерных технологиях студенты создают mindmap с помощью программ Mind Manager Pro 6, Concept Draw Mind Map Pro 4.5, Edraw Mindmap. Отличные программы с множеством символов и рисунков.

no pain	hurts a little	hurts a lot	severe pain
I don't have any pain	It hurts a little.	It hurts a lot.	I'm in severe pain

Логические связи студенты могут строить самостоятельно, постепенно дополняя интеллект-карту. Такие карты хороши именно тем, что их можно расширять, оставаясь в пределах одной темы. Это простой и эффективный способ записать как можно больше лексических комбинаций с одним и тем же словом или относящихся к одной теме. Если дополнять карту рисунками, визуализация, следовательно, и запоминаемость слов, увеличивается, да и весь процесс становится значительно интереснее.

Таким образом, в создании интеллект-карт задействуются воображение, творческое и критическое мышле-

ние и все виды памяти: зрительная, слуховая, механическая, что и позволяет эффективнее запоминать лексический материал.

Правила построения интеллект-карт:

1. Центральный образ (символизирующий основную идею) рисуется в центре листа, лист бумаги располагаем горизонтально.

2. От центрального образа отходят ветки первого уровня, которые мы рисуем, используя разные цвета. На них пишутся слова ассоциирующиеся с ключевыми понятиями, раскрывающими центральную идею. Слова пишем разборчиво ЗАГЛАВНЫМИ буквами, важные идеи записываем более крупным шрифтом.

3. От веток первого уровня при необходимости отходят ветки 2 уровня разукрупнения, раскрывающие идеи написанные на ветках 1-го уровня. Для каждого ответвления пишем ключевое слово или словосочетание, оставив возможность для добавления деталей.

4. По возможности используем максимальное количество цветов для рисования карты.

5. Везде, где возможно, добавляем рисунки, символы, и другую графику, ассоциирующуюся с ключевыми словами.

6. При необходимости рисуем стрелки, соединяющие разные понятия на разных ветках.

Применение интеллект - карт на занятиях английского языка позволяет:

1. Создать мотивацию к овладению иностранным языком, как средством общения.

2. Организовать индивидуальную, групповую и коллективную деятельность обучающихся.

3. Осуществлять дифференцированный подход к обучающимся.

4. Организовать проектную деятельность обучающихся. Интеллект-карту можно использовать для представления результатов проектной деятельности.

5. Научить пользоваться специализированными словарями, справочниками с целью овладения новыми языковыми средствами, увеличения объема знаний профильно-ориентированного характера (в частности, терминологии).

6. Технология Mind mapping окажется полезной и при составлении презентаций или веб-проектов. В таком случае обучающимся можно порекомендовать интернет-ресурсы, с помощью которых графические схемы и карты будут генерироваться автоматически:

www.mindjet.com, www.mindgenius.com, www.imindmap.com, www.mindmeister.com, www.xmind.net, - очень удобный ресурс для составления mind maps - http://www.bubbl.us/- навигация простая, всё понятно, но я рекомендую составлять интеллект-карты именно рисованием – это хороший способ отвлечься от компьютера и потренировать свое мышление и фантазию.

Интеллект - карты можно использовать на занятиях для:

- определения логических связей между понятиями,
- работы с лексическим материалом,
- запоминания грамматических правил,
- создания опорного конспекта,
- генерирования проектных или исследовательских идей,
- запоминания большого объема информации и т.д.

Практика показывает, что занятия с применением новых образовательных технологий неизменно вызывают интерес обучающихся.

Совершенствуя формы, методы и средства обучения, используя современные образовательные технологии, можно добиться высокой эффективности не только в повышении качества знаний обучающихся, но и в активизации их познавательной деятельности, укреплении мотивации к изучению иностранного языка.

Использование технологии «Mind mapping» позволяет реализовать системно-деятельностный подход, а именно:

- формировать готовность к саморазвитию;
- организовывать активную учебно-познавательную деятельность обучающихся, направленную на освоение профессиональной терминологии, развитие умения анализировать и переводить узкоспециальные тексты в рамках той специальности, по которой они проходят обучение.
- выстроить образовательный процесс с учётом индивидуальных возрастных, психологических и физиологических особенностей обучающихся.

С использованием метода меняется роль преподавателя, формируется новый стиль профессионального поведения. Основной задачей становится не изложение новых знаний, а организация его усвоения.

Литература:

1.Тони Бьюзен. Карты памяти. Используй свою память на 100%.
М: Росмэн-Пресс 2007

2.Тони и Барри Бьюзен. Супермышление. Издательство «Попурри», Минск, 2008

3.Хорст Мюллер. Составление ментальных карт. Метод генерации и структурирования идей. И.Омега – Л.2007

4.В.И. Копыл Карты ума. MindManager. Издательство Харвест ,2007

5.Фетисова А.А. Ассоциограмма как способ расширения объема словарного запаса учащихся. Вестник Московского городского педагогического университета. Серия: Филология. Теория языка. Языковое образование. 2008. № 2. С. 107-111.

6.http://ru.wikipedia.org/

7.http://www.mind-map.ru

8.http://learningfundamentals.com.au/resources/

9.http://www.thinkbuzan.com/intl/products/books

Новые технологии обучения – вклад в экономику страны

Н.П. Гузько
ГБПОУ Нижнетагильский филиал
«Свердловский областной медицинский колледж»

Современная образовательная ситуация сегодня характеризуется тем, что ни система образования, ни потребители образовательных услуг, часто не устраивает уровень готовности выпускников в профессиональной деятельности и их социализации в современном обществе. Решить эту проблему без разработки совершенно новых технологий обучения невозможно, поскольку традиционные технологии обучения сегодня не позволяют интериоризировать* любое содержание образования. Поэтому проблемы современного образования – это проблемы новых технологий обучения и контроля.

Развитие среднего профессионального образования в инновационном решении должно совмещать традиции, новые направления, нормы и перспективы в сфере обучения и видения требуемых качеств современного специалиста в России и за рубежом.

Не могу пройти мимо информации В. В. Алтуниной, ректора негосударственного образовательного учреждения ВПО «Институт Европейская бизнес-школа-Калининград»… сравнительное исследование качества образования выпускников высших учебных заведений постсоветских стран (России, Белоруссии, Украины) и развитых стран Запада (США, Франции, Канады, Израиля), проведенное Мировым банком, зафиксировало, что наши студенты показывают очень высокие результаты (9-10 баллов) по критериям «знание» и «понимание» и очень низкие баллы – по критериям: «применение знаний на практике», «анализ», «синтез», «оценивание» (1-2балла). Студенты из развитых Западных стран демонстрировали диаметрально противоположные результаты, т.е. показали высокую степень развития навыков анализа, синтеза, умений принимать решения при относительно невысоком уровне показателя «знание». Примерно такая же картина вырисовывается и в среднем профессиональном образовании. Относительно медицины мы не дорабатываем в развитии клинического мышления у студентов, не приучаем их к современным медицинским технологиям, недостаточно работаем у постели больного на клинических базах, как по линии обследования, так и по линии общения – а это талант, который должен быть всегда безупречен.

Важной составляющей в преподавании общемедицинских и клинических дисциплин является лекция. Для того, чтобы достигнуть успеха желательно использовать педагогические инструменты:

1. Обоснование актуальности (использовать приемы из клинической практики, фотографии и т.д.)
2. Иллюстрирование разнообразными способами
3. Диалог с аудиторией, как эффективный способ удерживать внимание слушателя
4. Объем теории, не вошедший в лекции, изучается самостоятельно студентом (библиотека, интернет)

В риторике многих руководителей и преподавателей средних профессиональных учебных заведений, включая медицинские колледжи, часто звучит «Образовательный менеджмент». Проблема современности «образование» и «менеджмент» является и сегодня предметом отвлеченных дискуссий в зарубежной педагогике. Сталкиваются два различных образа мышления. С одной стороны - ориентацию на личность, на индивида, субъект деятельности, а с другой – на экономическую выгоду, практическую целесообразность, общественную результативность.

Учитывая существующие противоречия между экономическими и педагогическими императивами в управлении образовательными процессами и системами образовательный менеджмент исходит из того, что главный вектор оптимизации образовательных процессов должен преследовать прежде всего цель существенного повышения качества образования.

Глава союза директоров ССУЗов России Виктор Демин отмечает, что именно на плечи ступени среднего профессионального образования ложиться задача подготовки квалифицированных специалистов среднего звена, которые должны стать опорой при переходе любого государства на инновационную модель экономического развития.

В Алапаевском колледже в рамках проекта «Новации в педагогике» заслуживают внимания 4 педагогические модели по преподаванию предмета «Терапия» на отделении «Лечебное дело»:

Модель «А» Лекционные занятия в художественной интерпретации по разделам«пульмонология» и «кардиология» для развития у студентов клинического мышления, проводятся путем синтеза разных сторон соответствующей патологии, так называемый «Клинический формат -3D». Берется во внимание:

1. «Схема-рисунок патологии»
2. Патологическая физиология, патологическая анатомия по данной патологии
3. Мульти информационный блок включает в себя клиническую картину, лабораторно-инструментальные методы исследования, включая рутинные (осмотр-пальпация-перкуссия-аускультация)

Модель «Б»Использование крупного информационного тандема клинических знаний на семинарно-практических занятиях по терапии.

• Вектор №1: научить соединять различные фрагменты медицинских информационных сегментов из предметов: «Физиология», «Пат физиология», «Неорганическая химия», «Органическая химия», «Физическая и коллоидная химия», «Биохимия», «Клиническая фармакология»

• Вектор №2: Построение клинических алгоритмов как по траектории «обследование пациента», так и по траектории «лечение пациента» (поликлинический канал, ургентный канал, стационарный канал).

• Вектор №3: включение в работу студентов достаточного количества клинических терминов из различных разделов лабораторно-инструментальных методов исследования.

• Вектор №4: лечение включает в себя диету, подробные технологии работы с различными медикаментами, хирургические вмешательства, реабилитацию, санаторно-курортное лечение, профилактику (учитываются факторы риска).

• Вектор №5: обучение студентов «спорить» в рамках разумного, «размышлять», «анализировать», «оценивать», дискутировать по пролонгированному принципы, находить «клиническую истину» («рациональное зерно»).

Модель «В» Использование контроля знаний в виде «экспресс-опросов» (на обдумывание и написание ответа на заданный вопрос дается несколько секунд). Это важно для развития быстрого мышления, что необходимо в работе фельдшера скорой помощи и МЧС.

Модель «Г»В разработке и в дальнейшей апробации находится модель под названием «лекция-телеграф». В основе ее лежит дача информационного справочного сегмента, его разъяснения и все это подытоживает одно, два предложения в тетрадь студента – «выжатый информационный сок» и только на современном уровне с использованием современных технологий, современных медикаментов (последним дается разъяснение).

Цель данных педагогических моделей направлена на подготовку конкурентоспособных специалистов – фельдшеров, медицинских сестер.

Список использованной литературы

1. №7 2011 профессиональное образование. Столица. В.В. Алтунина, ректор негосударственного образовательного учреждения ВПО «Институт Европейская бизнес-школа-Калининград». «Подготовка конкурентоспособных специалистов»
2. №2 2012 Профессиональное образование. Столица. Г.А. Берулава «Новые технологии – будущее образования»
3. №4 2012 Профессиональное образование. Столица. М.С. Ковалева, преподаватель Строительного колледжа № 46, г. Москва «Инновационные возможности колледжа»
4. №7 2013 Профессиональное образование. Столица. Глава Союза директоров ССУЗов Виктор Демин «В ССУЗах России: качественное профобразование – вклад в экономику страны»
5. №12 2013 Профессиональное образование. Столица. П.А. Петряков «Образовательный менеджмент в зарубежной педагогике: анализ концепций»
6. №4 2014 Профессиональное образование. Столица. М.А. Погосова, аспирантка московского государственного университета имени М.В. Ломоносова «опыт МГУ: новые методы преподавания»

Ключевые слова: клинического мышления, «анализ», «синтез», «Образование», «менеджмент», «Новации в педагогике».

Ампелотерапия – терапия альянсом природных активных веществ

Ампелотерапия. Закавказье. 1941 – 1945 гг.
Студент специальности «Лечебное дело» Нижнетагильского филиала ГБПОУ «Свердловского областного медицинского колледжа»:
В. Мелкозёров
Руководитель: Н. П. Гузько преподаватель терапии
Менеджер: Минеева В. Д.

В России вопросы ампелотерапии впервые были изложены в работе В. Н. Дмитриева «Лечение виноградом в Ялте, на Южном берегу Крыма» (1878). Научно-теоретические основы ампелотерапии, подтверждаемые химическими и физиологическими исследованиями, были заложены позже, в 20-х гг. Группа врачей, руководимая А. Дьяконовым, разработала их и внедрила в практику санаторного лечения на Южном берегу Крыма (в Ялте).

Ампелотерапия в лечении раненых бойцов Красной Армии в госпиталях Закавказья в 1941 – 1945 гг.

В Великую Отечественную войну 1941 – 1945 гг советская военная медицина организовала на базе курортов, санаториев и профилакториев Закавказья большое количество специализированных госпиталей для лечения соответствующих контингентов раненых и больных. В период июля – ноября 1941 года пищевая ценность продовольственного снабжения раненых солдат дополнялась фруктами, овощами, ягодами, произраставшими в Закавказье. Значимую роль в выздоровлении бойцов Красной Армии и возвращении их обратно на передовую фронта сыграла ампелотерапия – терапия альянсом природных активных веществ, содержащихся в винограде.

Ещё Гиппократ сказал: «Ваша пища должна быть лекарством, а ваше лекарство должно быть пищей».

Следует отметить, что из столовых сортов винограда получали в довоенный и даже военный период свыше ста наименований продуктов. Для раненых солдат и офицеров Красной Армии использовали:

1.Соки для лечения;

2.Соки для утоления жажды;

3.Маринованный виноград как добавку к мясу и дичи;

4.Молодые побеги, листья, черешки - для щей, кваса, голубцов;

5.Из семян винограда делали неокисляющееся жирное масло;

6.Поджаренные семена являлись сырьём для изготовления суррогата кофе;

7.Из винных дрожжей получали пищевой витаминный концентрат «Аммивит»;

8.Отвар и водный настой листьев применяли при болезнях кожи;

9. Измельчённое листья, приложенные к гнойным ранам и язвам ускоряли их заживление, так как они обладают антисептическим, противовоспалительным, кровоостанавливающим, ранозаживляющим действием.

Во время Великой Отечественной войны в госпиталях и санаториях Закавказья и вино входило в обязательный пищевой рацион. Оно рассматривалось как прекрасное лечебное и диетическое средство, помогающее как можно раньше поставить на ноги солдат и офицеров, которые могли быть длительно прикованы к постели.

В диетологии лечение виноградным вином называется энотерапия. Кавказские виноделы, стремясь повысить питательные свойства вина, изобрели способ делать вытяжку из плодов и листьев грецкого ореха. Эту вытяжку добавляли в вино. После такой процедуры содержание аскорбиновой кислоты и других витаминов резко увеличивалось. Надо думать, что и другие

компоненты грецкого ореха както: незаменимые аминокислоты и очень ценное фитонцидное вещество «Юглон» оказывали ощутимый целебный эффект. В 1944 году Пятигорский винодельческий трест выпустил 40 000 литров этого витаминизированного вина, как важного фактора для восстановления здоровья воинов.

После войны исследования механизмов благотворного действия вина были продолжены в Грузии, начаты в Молдавии, на Украине и даже в Москве.

Следует отметить, что целебные(лечебные) средства организма для человека формируются и создаются из главных факторов: внутренний фактор создаётся в организме человека за счёт взаимореакции ассимиляции и диссимиляции обмена веществ; внешний фактор формируется окружающей средой. По своему происхождению он может быть физическим, растительным, животным и минеральным. Его действующим началом являются алкалоиды, глюкозиды, витамины, аминокислоты, фенолы, микроэлементы, белки, углеводы, соли.

В научной медицине виноград применяют при недостаточном питании, нарушении обмена веществ, анемиях, истощении нервной системы, болезнях желудочно-кишечного тракта, спастических и атонических запорах, хронических бронхитах, как укрепляющее средство при: туберкулёзе, мочекаменной болезни, подагре; патологиях: сердца, печени, почек.

Виноградный сок понижает кровяное давление, а при пониженном – повышает, приближая в обеих случаях к норме. Лечение виноградным соком начинают с одного стакана на приём и доводят разовую дозу до двух стаканов. Курс лечения длится 3-4 недели. Противопоказанием к лечению виноградом являются: сахарный диабет, ожирение, язвенная болезнь желудка, абсцесс лёгких.

Целебные свойства винограда обусловлены богатейшим составом, благодаря которому его можно назвать настоящим кладезем полезных веществ. Питательная ценность этой ягоды обусловлена содержанием сахаров (глюкозы, сахарозы и фруктозы). В процессе пищеварения эти сахара сразу поступают в кровь, практически не претерпевая изменений, что очень важно для здоровья. 1. Виноград содержит органические кислоты:

а) Яблочная кислота. К её полезным свойствам относят нормализацию клеточного обмена, стимулирование обмена веществ, улучшение кровообращения, повышение аппетита, укрепление иммунитета. Кроме того яблочная кислота обладает противоотёчным, противовоспалительным и слабительным действиями.

б) Лимонная кислота. Обладает антиоксидантным действием, как и яблочная кислота. В медицине лимонная кислота используется для улучшения процессов метаболизма и улучшения энергетического обмена.

2. Аминокислоты – структурные химические единицы, образующие белки. Они способствуют тому что витамины и минералы адекватно выполняют свои функции:

а) метионин – незаменимая аминокислота, помогающая переработке жиров, предотвращающая его отложение в печени и стенках артерий. Уменьшает мышечную слабость, защищает от воздействия радиации, имеет антиоксидантное действие, ускоряет заживление ран, активирует действие многих гормонов.

б) глутаминовая кислота является нейромедиатором, передающим импульсы центральной нервной системе. Она используется клетками головного мозга в качестве источника энергии, обезвреживает аммиак в головном мозге.

3.Флавоноиды – гетероциклические соединения. Позитивную роль их на здоровье человека трудно переоценить. Флавоноидные соединения – это типичные растительные красители, находящиеся в растениях в свободном состоянии. Большинство флавоноидов являются основными представителями Р- витаминоактивных веществ. В организме человека они действуют как антиоксиданты. А также обладают противолучевым, спазмолитическим, противоязвенным, противоопухолевым, противовоспалительным, ранозаживляющим, гипотензивным, эстрогенным, бактерицидным, мочегонным, укрепляющим стенки сосудов свойствами.

4.Витамины. В винограде содержатся достаточное количество витаминов: А, Н, Р, К, и незначительное - С, витаминов группы В. А также минеральные вещества, представленные калием, кальцием, железом, фосфором, магнием, кобальтом, кремнием. В тёмноокрашенном винограде, особенно сорта «Изабелла» содержится очень ценный для кроветворения редкий элемент – рубидий.

Во время Великой Отечественной войны значительные площади виноградников оказались в районах, временно захваченных немецко-фашистскими оккупантами. Хищническая эксплуатация виноградников фашистскими захватчиками, распространение болезней и вредителей нанесли виноградарству Украины, Молдавии, Крыма и Северного Кавказа большой ущерб. В годы войны использовались виноградники, находящиеся далеко от линии фронта. Была установлена возможность получения высококачественных виноматериалов в предгорных районах Узбекистана, в Казахстане и Киргизии. В Казахстане и Киргизии были организованы новые виноградарские совхозы. Восстановление виноградников в районах, освобождённых от оккупантов началось немедленно после изгнания врага.

В настоящее время ампелотерапию применяют на курортах Южного берега Крыма и др. черноморских курортах Украины, на курортах Грузии, Армении, Азербайджана, Ср. Азии, Молдавии и других.

Список литературы:
Крецу Л. Г. «Мир пищевых растений»
Кишинёв. Тимпул, 1989 г. 328 стр.
Коршиков Б. М. «Лекарственные свойства сельскохозяйственных растений» Минск: Ураджай. 1985г.272 стр.
Алтымышев А. А. «Природные целебные свойства» - Москва. Профиздат 1992 г. 272 стр.
«Военный энциклопедический словарь» - Москва.: Издательский дом «ОНИКС 21 век», 2002. – 1432с.
«Большая Советская Энциклопедия» том 8 и том 19 главный редактор Б. А. Введенский Второе издание 1951г.

Роль трассовых пунктов в оказании экстренной неотложной помощи

Байкадамова М., студентка специальности «Лечебное дело»
Костанайского медицинского колледжа
Научный руководитель: Бузина С.П.

Во всех странах мира сохраняется тенденция к росту травматизма. В Казахстане примерно половину случаев составляет транспортный травматизм. Травма считается приоритетной проблемой здравоохранения. Смертность от травмы стоит на третьем месте среди других причин смертности. Это не только медицинская, но и социальная проблема, поскольку погибают, как правило, люди работоспособного возраста. На первом месте в структуре травматизма - дорожно-транспортные происшествия, при которых, в большинстве случаев, встречаются массивные политравмы. От того, насколько быстро и качественно предоставлена первая медицинская помощь и доставлен пострадавший в специализированное медицинское учреждение будет зависеть жизнь и здоровье человека.

С целью своевременного оказания экстренной медико-спасательной помощи и снижения числа погибших при дорожно-транспортных происшествиях на аварийно опасных участках автомобильных дорог республиканского значе3ния Республики Казахстан создаются трассовые медико-спасательные пункты с соответствующими зонами их ответственности.

Гипотеза исследования: если на автомобильных дорогах республиканского значения имеются трассовые медико-спасательные пункты, то своевременно оказывается экстренная медицинская помощь и снижается число погибших при дорожно-транспортных происшествиях.

Цель научно-исследовательской работы: обеспечить взаимосвязь знаний и практики по медицине катастроф и привлечь студентов к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях; выработать у будущих фельдшеров навыки реагирования, обеспечивающие быстрое и качественное оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.

В связи с этим мы поставили перед собой следующие задачи:

1.Изучить организацию работы трассовых медико-спасательных пунктов.

2.Определить факторы риска, частоту и виды чрезвычайных ситуаций, травматизма на автомобильных трассах Костанайской области по результатам статистических данных.

3.Совершенствовать практические умения и навыки при оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.

Объект исследования: Филиал ГУ «Центр медицины катастроф» по Костанайской области КЧС МВД Республики Казахстан, трассово-медико-спасательный пункт (ТМСП) «Щербаково».

Методы исследования: в процессе исследования использовались теоретические, эмпирические и математические методы (изучение лите-

дело», преподаватели специальных дисциплин. Были приглашены представители ГУ «Центр медицины катастроф» по Костанайской области.

Перед аудиторией выступил руководитель, врач филиала ЦМК – Старков Павел Иванович. Он подробно рассказал о работе филиала, трассово- спасательных пунктах, ответил на вопросы студентов. Была показана презентация и видеоролики.

В рамках мероприятия фельдшера филиала ЦМК, выпускники колледжа - Голубева Елена, Укубасова Кадиша провели конкурс по навыкам оказания первой помощи, действиям в чрезвычайных ситуациях.

2 команды из 301-302 группы «Лечебное дело» показали умения в оказании помощи при различных травмах, сердечно-легочной реанимации взрослым и детям, правилах транспортировки пострадавших. Был проведен блиц-турнир по действию в чрезвычайных ситуациях. Лидерами в конкурсе стали Торопкин Андрей, Акиев Жаслан, Ахметов Абушама. Студены были отмечены дипломами и сертификатами. Многие из ребят изъявили желание продолжить сотрудничество в рамках научно-исследовательской работы по теме «Роль трассовых пунктов в оказании экстренной неотложной помощи».

На плановых заседаниях мы познакомились с нужной и интересной информацией, которую подготовили члены рабочей группы, по таким вопросам как «Мир опасностей и способы защиты от них», «Катастрофа. Чрезвычайная ситуация», «Автодорожный травматизм. Профилактика травматизма на дорогах», «Медицинская сортировка», «Антидоты». Практическая часть заседаний проводилась наглядно с демонстрацией средств индивидуальной защиты, правил надевания противогаза, использование индивидуальной аптечки.

При проведении практикума членами исследовательской группы были подготовлены ситуационные задачи по вопросам оказания первой помощи при кровотечениях, травмах конечностей, травмах головы, синдроме длительного сдавления.

ратуры по теме работы, изучение нормативно-правовых документов, наблюдение, опрос, беседа, сравнение, обобщение, систематизация, статистическая обработка результатов).

Практическая значимость работы заключается в обеспечении взаимосвязи знаний и практики по медицине катастроф и привлечении студентов к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях; выработке у будущих фельдшеров навыков реагирования, обеспечивающие быстрое и качественное оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях на дорогах и дорожно-транспортных происшествиях.

В сентябре 2015 года была выбрана рабочая группа по теме исследования. В нее вошли 15 студентов 2-3 курса специальности «Лечебное дело». В октябре месяце проведена встреча с представителями филиала Центра медицины катастроф по проблеме исследования. 20 октября в колледже прошло мероприятие, посвященное Дню спасателя.

Участниками были студенты 2-3 курса, специальности «Лечебное

История возникновения и деятельность Центра медицины катастроф республики Казахстан

Для реализации целей нашей работы мы ознакомились с историей возникновения и деятельностью Центра медицины катастроф республики Казахстан и Костанайской области, а также организацией работы трассового медико-спасательного пункта «Щербаково».

Государственное учреждение Центр медицины катастроф создано в Республике Казахстан в 1994 году, за этот период произошло ряд организационно – штатных изменений, в том числе и поэтапный переход из ве-

дения Министерства здравоохранения в Министерство по чрезвычайным ситуациям с августа 2007 по январь 2010 года.

Согласно Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» медицина катастроф определена как отрасль медицины и здравоохранения, направленная на предупреждение и ликвидацию медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера и соответственно Центру медицины катастроф отведена роль координирующего органа, осуществляющего взаимодействие государственных органов и организаций здравоохранения в сфере медицины катастроф. Филиал ГУ «Центр медицины катастроф» по Костанайской области приступил к своей непосредственной деятельности с 01.08.2014г.

Основными задачами Филиала ЦМК являются:

1) оказание медицинской и экстренной психологической помощи пострадавшим при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, а также сотрудникам аварийно-спасательных служб;

2) организация и осуществление взаимодействия с медицинскими силами и средствами, аварийно-спасательными формированиями, участвующими в ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций;

3) обеспечение круглосуточной деятельности дежурно-диспетчерской службы.

4) сбор, регистрация, анализ, обмен и предоставление информации медико-санитарного характера в области зашиты населения и территорий от ЧС;

5) оценка и прогнозирование медико-санитарных последствий стихийных бедствий, аварий и катастроф.

Организация работы трассовых медико-спасательных пунктов

Исследовательская группа изучила организацию работы трассовых медико-спасательных пунктов.

В соответствии с Государственной Программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы», утверждённой Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года, получила развитие транспортная медицина. В рамках реализации Государственной Программы предусматривалось создание 40 трассовых медико-спасательных пунктов (ТМСП), из которых уже созданы в 2012-2013 годах – 26, в 2014 году введены ещё 14 трассовых пунктов, тем самым, реализация Государственной Программы по созданию 40-ка трассовых медико-спасательных пунктов реализована досрочно на один год.

Трассовый медико-спасательный пункт осуществляет свою деятельность в соответствии с Кодексом Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения», Законом Республики Казахстан от 27 марта 1997 года «Об аварийно-спасательных службах и статусе спасателей», постановлением Правительства Республики Казахстан от 17 июня 2010 года № 608 «Об утверждении Правил предоставления, видов и объёмов медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях».

рассовый медико-спасательный пункт предназначен для оказания экстренной медико-спасательной помощи при дорожно-транспортных происшествиях, эвакуации пострадавших с места дорожно-транспортного происшествия в медицинские организации и оказания экстренной медицинской помощи.

Зоной ответственности трассового медико-спасательного пункта является участок трассы радиусом 50 километров от места дислокации трассового медико-спасательного пункта.

В Алтынсаринском районе Костанайской области, вблизи посёлка Щербаково на трассе Костанай – Сарыколь на 589 км автодороги РФ Екатеринбург-Алматы введено в эксплуатацию модульное здание трассовый медико-спасательный пункт (ТМСП),предназначение, которого состоит в оказании своевременной экстренной медицинской помощи пострадавшим в ДТП в «зоне ответственности» трассового пункта в круглосуточном режиме. Выезды на место происшествия осуществляются на имеющимся санитарном транспорте - реанимобиле, позволяющим эвакуировать двух лежачих и трёх сидячих пострадавщих, а также, оказывать неотложную помощь гражданам, самостоятельно обратившимся за медицинской помощью.

В дальнейшем мы продолжим работу по теме исследования. Запланировано посещение трассового пункта. В целях дальнейшего сотрудничества с Филиалом ЦМК планируется проведение сотрудниками филиала мастер-классов по оказанию неотложной помощи пострадавшим для членов исследовательской группы.

ЛИТЕРАТУРА

1.Барыкина Н.В. Травматология для медицинских колледжей,Ростов-на-Дону, Феникс, 2004

2.Краснов А.Ф. и др. Справочник по травматологии, Москва, «Медицина», 2010

3.Кузнецова Н.В. и др. Теория сестринского дела и медицина катастроф. Учебное пособие., Москва, «ГЭОТАР-Медиа». 2014

Интеграция в изучении предметов естественнонаучного цикла

Рябуха Е.В.
Преподаватель спецдисциплин
Костанайского медицинского колледжа

На современном этапе образовательная система медицинских среднеспециальных учебных заведений должна соответствовать всем требованием времени, т. е гарантировать получение качественного среднего медицинского образования.

На своих занятиях преподаватели колледжа создают условия по выполнению миссии Костанайского медколледжа, а именно, подготовки высококвалифицированных специалистов, со средним медицинским образованием, конкурентоспособных на рынке труда. Думаю, что реализация межпредметных связей в процессе преподавания дисциплин одного цикла поможет решению этой проблемы.

Крупнейшие научные открытия делаются ныне на стыке различных наук. Отсутствие интегрированных знаний порождает узких специалистов, способных лишь к узковедомственным решениям.

Но как синхронизировать обучение по двум предметам, если по пересекающимся темам оно разведено по времени на месяцы и годы.

По этой причине становятся особенно актуальными межпредметные связи, которые особенно ярко проявляются на интегрированных занятиях.

Интегрированные занятия - это занятия с максимальной реализацией межпредметных связей, с более широким привлечением теоретических и практических основ других наук, которые побуждают студентов к совершенно новому, более глубокому восприятию материала. Можно привести нимало примеров, где на перекрёстках различных естественнонаучных дисциплин формируются новые понятия, формулировки законов . «Растворы. Осмотическое давление» , « Строение и свойства биологических мембран»,

«Сила поверхностного натяжения», «Транспорт веществ через мембраны» –данные темы тесно перекликаются с аналогичными по предмету «Химия» : Растворы. Способы выражения концентрации растворов. Поверхностные явления. Поверхностное натяжение. Или, при изучении темы

« Электродные потенциалы . Потенциометрия в медицине», прослеживается взаимосвязь с такими физическими темами , как «Биоэлектрические потенциалы. Потенциал действия и его распространение» . Говоря о потенциометрии, нельзя не сказать о принципе действия потенциометра , прибора , который применяется при медико-клинических исследованиях ; или электрофорезе, как о терапевтическом воздействии на очаг воспаления.

Химия для обучающихся была и остаётся сложным, но интересным предметом, который нуждается в постоянных связях с другими науками. А спектр этих связей обширен: с физикой и биологией, фармакологией и экологией, основами патологии и пропедевтикой. И все межпредметные связи как нельзя лучше осуществляются на занятиях интегрированного обучения. В каких же случаях их следует проводить, не сделав материал искусственно привязанным к другим предметам?

1. Когда в этом есть целесообразность, необходимость. Например, говоря о молочной кислоте ,нельзя не сказать о применении этого вещества в производстве лекарственных препаратов: кальция лактат-белый порошок, без запаха. Медленно растворяется в холодной воде , содержит 13%

кальция.

Применяют в качестве кровоостанавливающего средства;

Иногда перед оперативном вмешательстве, для повышения свёртываемости крови;

Как противоядие при отравлении солями магния ,а также солями щавелевой и фтористой кислоты;

Играет большую роль в образовании и сохранении целостности костной ткани.

Гемостимулин-препарат, содержащий железа закисного лактата.

Применяют как средство, стимулирующее кроветворение, при анемиях различной этиологии.

Фитоферролактол – препарат, содержащий лактат железа, применяют при заболеваниях, связанных с истощением нервной системы, при анемии, гипотрофии.

Таким образом, прослеживается тесная взаимосвязь с такой дисциплиной, как «Фармакология».

2. Когда тема актуальна, значима и понятна, тогда интегрированные уроки способствуют активизации познавательной деятельности обучающихся. Причем надо стремиться к тому, чтобы студентам была интересна не только химическая или биологическая информация, но и сам процесс ее получения. Так, например, изучение темы «Белки» в рамках дисциплины «Химия» возможно только во втором семестре. А в рамках биологической дисциплины – в декабре. Следовательно, информация по функциям и свойствам белков обучающимся уже известна и в результате поисковой деятельности они составляют презентации по этим темам и готовят сообщения. В результате, введение в новую предметную область осуществляется без особых усилий, а новый материал о химических свойствах белков воспринимается как ранее изученный.

Считаю, что добиться более глубокого овладения материалом можно тогда, когда на одном занятии объединяются не только две дисциплины, но и два преподавателя. В последнее время проведение подобных занятий демонстрирует то, как осуществляется принцип демократизации обучения - право на поиск, на догадку, на самостоятельное восприятие и собственное понимание материала, на альтернативное мнение. Специфика таких занятий состоит в том , что они проводятся совместно преподавателями двух или нескольких смежных дисциплин. Доля участия каждого преподавателя зависит от содержания материала, но приблизительно должна быть равной, хотя один из преподавателей, в зависимости от темы, выбирается ведущим. Часто таким занятиям предшествует организация опережающих домашних заданий. На уроках предусматривается смена видов деятельности, использование технических средств, групповая форма работы, применение современных педагогических технологий.

Таким образом, интегрированные уроки в процессе обучения позволяют применять знания разных дисциплин на одном и том же занятии для доказательства и углубления изучаемых понятий и законов. Такие уроки развивают умение работать самостоятельно, делать выводы, а также заниматься с различными источниками информации, прививают навыки творческой работы, учат всесторонне рассматривать явления и процессы.

Педагогическая направленность интеграции многообразна:

- изменение информационной ёмкости содержания;
- выход на более высокий уровень осмысления;
- совершенствование индивидуально-личностного аппарата познания;
- развитие свободы мышления;
- формирование креативности;

Некоторые проблемы, связанные с применением интеграции:

- наращивание суммы знаний без качественного скачка, что приведет к перегрузке учащихся;
- механическое соединение предметов - конгломерат, а не углубление знаний;
- существует опасность размывания границ предметов в погоне за модой на интеграцию.

В этой связи отмечу, что интегрированные занятия необходимо проводить, но делать нужно по мере необходимости, например, при обобщении какого-либо раздела, модуля или темы в целом.

Формирование коммуникативной компетентности студентов в условиях медколледжа

Сафронова Л.А.,
преподаватель КМК

«Успехи того или иного человека ...процентов на пятнадцать
зависят от профессиональных знаний
и процентов на восемьдесят пять –
от его умения общаться с людьми»
Д.Карнеги

Инновационные преобразования в современной профессиональной медицинской деятельности и положение медработника на рынке труда выдвинули коммуникативную компетентность на одно из основных мест в профессиональной деятельности как качество, интенсивно влияющее на процесс профессионального становления и успешность в профессии. В сложившихся условиях среднее медицинское образование наполняется новым содержанием и предполагает как формирование системы научно-медицинских знаний и медико-практических умений, так и умений терапевтического взаимодействия с пациентом, которые составляют основу коммуникативной компетентности будущего среднего медицинского работника. Коммуникативная компетентность, как личностное качество специалиста, обеспечивает успешное выполнение всех этапов лечебного процесса: формирование информационной базы о пациенте, физикальное обследование, осуществление терапии, оценку выполненных действий .

В содержание коммуникативной компетентности включаются не только знания, умения, навыки, но и личностное отношение, система сформированных ценностных ориентаций, опыт самостоятельной деятельности и личной ответственности.

Успешное овладение будущими специалистами функциями, моделями, технологиями и средствами делового общения на уровне практических умений и навыков происходит на дисциплине «Основы коммуникации».специальность «Лечебное дело» (ГОСО 2010), дисциплине «Основы психологии и коммуникативные навыки» специальность Сестринское дело» (ГОСО 2013).

Цель дисциплины обозначена в программе предмета: формирование и развитие навыков, необходимых для построения эффективных взаимоотношений медработников с пациентами, родственниками пациентов, с коллегами в процессе профессиональной деятельности. Данная цель ставит перед преподавателем следующие задачи: воспитать у учащихся умение брать на себя ответственность, способность к рефлексии (способность анализировать свои действия и эмоциональные состояния), способность к саморегуляции, критичность (к самому себе и к потоку информации, в том числе рекламной), потребность и стремление к саморазвитию, умение вести беседу с пациентом и его родственниками, способность мотивировать пациента к лечению, уважение к коллегам и способность к открытому обсуждению с ними спорных случаев, соблюдение прав пациентов.

Решить за период, которым ограничивается профессиональная подготовка в колледже, проблему развития коммуникативной компетентности возможно только при использовании интерактивных технологий. Основные коммуникативные навыки наиболее эффективно преподаются с использованием моделей коммуникации в малых группах, обучающие методы включают демонстрации, ролевые игры, моделируемые ситуации, работу со стандартизированными и симулируемыми пациентами.

Остановлюсь более подробно на формировании коммуникативной компетентности будущих фельдшеров. Развитие коммуникативной компетентности - поэтапный процесс. Он включает в себя организацию коммуникации, развитие коммуникативных способностей и формирование коммуникативных умений.

На коммуникативно-диагностическом этапе предполагается: диагностика реального уровня развития необходимых умений, достижения внутренней мотивации для понимания трудностей и противоречий при реализации коммуникативных функций, планирование будущего уровня развития необходимых умений в общении. И здесь очень важно работать в тандеме с психологом, поскольку параллельно читается предмет «Основы психологии», где есть сквозные темы, например, «Коммуникативные и личные барьеры» «Факторы возникновения конфликтов и пути их разрешения», «Вербальная и невербальная коммуникация».Наряду с психологическими знаниями (о типах личности, о способах переживания и реагирования на стресс у разных людей в зависимости от типа темперамента), формируются некоторые специальные навыки: умения устанавливать контакт, слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, строить беседу, формулировать вопросы, важно также владение собственными эмоциями, способность сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. Проводятся тренинги «Навыки эффективного общения», где студенты демонстрируют умение определять барьеры общения и предложить решение проблем, в моделированной ситуации анализируют и определяют причины неэффективного общения, учатся приемам активного слушания, применению простых средств невербального общения, интонированию речи. Навыки (варианты) выхода из конфликтной ситуации разбираются в ситуационных задачах, обучающиеся придумывают ролевые игры конструктивного и деструктивного поведения в конфликтной ситуации; проводят SWOT-анализ позитивных и негативных функций конфликта.

Коммуникативно-деятельностный этап предполагает контролируемые изменения коммуникативных способностей студентов. Формирование коммуникативных умений может осуществляться преподавателем, как в группе, так и индивидуально. Темы: Медицинское интервью. Особенности психики пациента. Внутренняя картина болезни. Типы отношения к болезни и психические реакции больных на заболевание рассчитаны на 4-часовое занятие каждая. И здесь оправдана (после проведения теоретической части) отработка навыков эффективного общения в ходе проведения интервью и использования коммуникативных навыков при подготовке к манипуляции. Тогда занятия приближены к реальной жизни, а студенты мотивированы. Полезно, например, на занятиях показать правильное пространственного положение собеседников, один из которых медработник, а другой – пациент. Студентов можно расположить правильно/неверно друг относительно друга, чтобы они на себе испытали комфорт или дискомфорт, а также включились в интерактивное занятие и почувствовали себя равноправными участниками процесса обучения.

Для подготовки занятия, основанного на моделировании клинической ситуации, используется метод работы со стандартизированным или симулятивным пациентом. Эти два термина по сути синонимы. Стандартизированный пациент демонстрирует типичную картину заболевания. Его роль исполняет здоровый человек, специально подготовленный. В его задачи входит точное отражение в жалобах, поведении, внешнем виде симптомов заболевания. Симулятивный, иногда

его называют симуляционный, пациент также должен имитировать болезнь или отдельные её симптомы и синдромы. Но если стандартизированый пациент выполняет задачу обучения в условиях учебной комнаты, локально, то симуляционного пациента чаще всего подвергают манипуляциям – транспортируют в имитационную палату интенсивной терапии, производят действия, имитирующие диагностические приемы и лечебную тактику. Однако это не значит, что между этими двумя способами работы, двумя видами имитаций существуют жесткие границы, которые нельзя преодолевать. Главное, «пациент» должен разделять идеи обучающей команды и быть достаточно подготовлен. Для обучения коммуникативным навыкам задается клиническая или любая бытовая ситуация. Например, студенты перед началом работы со стандартизированным пациентом обсуждают с тьютором показания для внутривенного введения лекарственных средств, преимущества и недостатки этого пути применения лекарств, возможные осложнения, правила асептики, возможные опасения больных по поводу данного способа введения лекарств. Следует договориться о том, какое виртуальное лекарство будет введено, его свойства, клинические эффекты, возможные побочные реакции, показания к применению. Всем этим нужно вооружить студента, играющего роль фельдшера, делающего непосредственно инъекцию пациенту. Тьютор ставит задачу достичь консенсуса с больным, при необходимости решить этические проблемы, если они появятся в ходе общения с пациентом, напоминает о понятии информированного согласия, комплаенса.

Симуляционные технологии пациента, как и весь сценарий, всё это остается в секрете для студентов. Ролевая игра записывается на видео с целью обсуждения и осуществления обратной связи. При обсуждении мне, как тьютору, лучше говорить от своего лица, чем указывать на второе и третье лицо: «Мне представляется, что здесь более правильно было бы…», чем «Было плохо сделано, потому что…» Выражение«Вы видели, как изменилось настроение пациента, когда Вы отвернулись от него?» более эффективно, чем «Вы потеряли связь с пациентом, когда отвернулись от него».

Обратная связь должна так же оценивать мнения и чувства студентов, как и быть конструктивной, чтобы помочь им улучшить навыки.

Одним из традиционных способов обучения являются демонстрации. Демонстрации могут быть записаны или осуществлены как ролевые игры. Их можно показать студентам как примеры эффективной ¬коммуникации или дать им самим попрактиковаться в понимании, анализе и оценке различных подходов в построении отношений с пациентом.

Так при рассмотрении темы «Общение с пациентами с асоциальным и рискованным поведением» я делаю упор на построении эффективной коммуникации с пациентами, находящимися в группе риска ВИЧ –инфекции, СПИДа. С обучающимися по квалификации «Акушер» просматриваем видеофрагмент сообщения положительного анализа на ВИЧ-инфекцию беременной женщине,обсуждаем ньюансы сообщения печальных новостей,решаем ситуационные задачи консультирования женщин по вопросам ВИЧ-инфекции, т.к. женщины являются особо уязвимой группой. С фельдшерами обсуждаем демонстрацию особенностей консультирования подростков по вопросам ВИЧ-инфекции.

Возвращаюсь к эффективности работы в малых группах. В рамках этого метода вполне подходит и демонстрация, и клинический случай. Можно попробовать различные подходы, чтобы найти решение различных проблем коммуникации. Наблюдение должно иметь

место в любой ситуации, где происходит встреча с реальными или моделируемыми пациентами. Проще всего это делать, когда студенты наблюдают друг друга в ходе проведения мединтервью. Работа в тройках «наблюдатель-пациент-фельдшер» позволяет каждому почувствовать обратную связь, т.к. наблюдатель записывает в заранее подготовленный чек-лист свои замечания.

Как только студенты приобрели основные навыки коммуникации, им необходимо предоставить для изучения специальные ситуации, которые заслуживают углубленного проникновения:

• сообщение плохой новости пациенту и родственнику пациента

• контакт с пациентами, которые злы или расстроены

• этические дилеммы, такие как соблюдение конфиденциальности при опасной для другого человека ситуации

• контакт с пациентами, у которых есть трудности с коммуникацией через сенсорное восприятие

• общение с пациентами с языковыми или культурными различиями

• общение через переводчика

Обучение коммуникации в таких ситуациях требует подготовки, терпения и такта. Многие из обучающихся, столкнувшись на практике с такими ситуациями, теряются. При рассмотрении темы «Особенности общения с пациентами с нарушениями слуха, зрения и речи» я провожу со студентами тренинг «Слепой и поводырь». Упражнение проводится в парах. В каждой паре выбирается «слепой» и «поводырь». Инструкция «повыдырям»: «Вы ведете своего партнера за собой. Глаза у него закрыты. Познакомьте его с окружающим миром». Участники в парах расходятся по комнате (возможен выход за пределы помещения). «Поводырь» ведет «слепого» за собой (или поддерживает его сзади), знакомит его с предметами окружающего мира, людьми, интерьером. Через десять минут

участники меняются ролями. После завершения упражнения проводится обсуждение. Участники рассказывают, как они себя чувствовали в роли «поводыря» и «слепого», было ли им удобно в этой роли, доверяли ли они своему партнеру.

Цель упражнения. Оно рождает много ассоциаций. Оно позволяет на собственном опыте почувствовать, что значит быть зависимым, кому-то из участников оно может напомнить отношения в семье, в группе. Изучение темы «Общение с пациентами с языковыми и культурными различиями» обязательно включает моделирование общения с представителями межкультурной коммуникации. Обучающиеся придумывают ситуации, составляют ситуационные задачи по теме. Такое «погружение» в профессиональную среду позволяет формировать профессиональную компетентность, личностные качества студентов, способность к анализу и проектированию своей деятельности, уверенность в своих силах, психологическую готовность к будущей практической деятельности в лечебно-профилактических учреждениях. Таким образом, включение в образовательный процесс деловых и ролевых игр, тренингов, организации проектной деятельности способствует развитию навыков коммуникативного общения. И, смею надеяться, что эти навыки обучающиеся сохранят и будут активно использовать в профессиональной деятельности.

Используемая литература

1. Асимов М.А., Нурмагамбетова С.А., Игнатьев Ю.В. Коммуникативные навыки: Учебник. - Алматы.-2008.

2. Арасланова А.Т. Педагогические условия формирования культуры профессионального общения студентов медицинского колледжа / А.Т.Арасланова // Вестник Башкирского университета. - 2007.- № 2.- С. 125-129 http://www.referun.com/n/formirovanie-kommunikativnoy-kompetentnosti-studentov-v-usloviyah-meditsinskogo-kolledzha#ixzz4089GXzSV

3. Горшунова Н.К., Медведев Н.В. ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА // Успехи современного естествознания. – 2010. – № 3. – С. 36-37; URL: http://www.natural-sciences.ru/ru/article/view

4.Савина О. В. Формирование профессиональной компетентности у студентов медицинских колледжей // Медицина и здравоохранение: материалы II междунар. науч. конф. (г. Уфа, май 2014 г.). — Уфа: Лето, 2014. — С. 6-

5. Телеуов М.К., Досмагамбетова Р.С., Молотов-Лучанский В.Б., Мациевская Л.Л. Сферы компетентности выпускника медицинского вуза. Компетентность: Коммуникативные навыки: - Методические рекомендации. - Караганда. – 2010г. - 46 с.

«Жас қалам» тілдік үйірмесінің жұмысы - мемлекеттік тілді меңгеруіндегі ынталандыруды арттыратын жұмысының бір түрі»

Әдістемелік кеңеске арналған баяндама

Жумабаева К.Е.,
«Қостанай медициналық колледжі» МКҚК оқытушысы

Үйірме жұмысы – бұл бір бағыт бойынша ұйымдастырылған жұмыстың бір түрі. «Жас қалам» атты қазақ тілі үйірмесі өз алдына келесі міндеттер мен мақсаттарды қояды: студенттердің шығармашылық ойлау қабілеттерін дамыту, қазақ тілін меңгеруге деген қызығушылықтарын арттыру, қазақ халқының сал-дәстүрін білуге үйрету.

Үйірме жұмысына әр түрлі дәстүрлі әдіс-тәсілдері енгізіліп,студенттердің оқуға деген ынталарын арттырып қана қоймай, оларды отансүйгіштікке тәрбиелейді.Оқытудағы басты ынталандыру қызығушылықтан басталады,сондықтан мемлекеттік тілге деген қызығушылық үйірме жұмысының басты мақсаты болып табылады.Өз жұмысымда оқушыларға мемлекеттік тілінің маңыздылығы, болашақта қажеттілігін түсіндіріп отырамын.

Жұмысымда студенттердің мемлекеттік тілін меңгеруге деген ынталарын тудыруға үлкен назар аударамын. «Жас қалам» үйірмесінде негізінен 1 курс студенттері қамтылған. Үйірме құрылған жоспар бойынша өз жұмысын атқарады.

Қазақ тілін оқытудың ұраны «Менің тілім – сенің досың».

Үйірме отырыстарында «Сенің мемлекеттік тілге көзқарасың қандай», «Ана тілің - арың бұл», «Салауатты өмір салты» деген мәселелер қарастырылды.

Осы мәселелерге дайындалу үшін қазақ тіліндегі «Тіл тірегі», «Өмір ағымы», «Қазақшаңыз қалай» атты телебағдарламаларды қарауды, «Ана тілі», «Денсаулық» атты газет, жорналдарды оқуды ұсынамын. Бұл мәселелер пікірталас туғызып, студенттердің әрқайсысы пікірін білдіреді.

Үйірме сабақтарында кәсіби лексиканы терең түрде меңгертуге үлкен назар аударылады, студенттер қарапайым тақырыптарға сөйлесуге тырысады.

Студенттер үйірме отырыстарында «Ана тілі», «Менің Отаным - Қазақстан», «Мемлекеттік тілім – менің тілім» атты тақырыптары бойынша диск, бейнетаспалар тыңдалады, Ы. Алтынсарин, А. Байтұрсынов мұражайларына экскурсия жасап, олардың шығармашылықтарымен танысады.

Студенттердің көбісі «Тілдер күні», «Наурыз», «Тәуелсіздік күні» олимпиадалар мен іс – шараларына белсене қатысады.

Үйірме жұмысының ерекшелігі - студенттердің зерттеу жұмысына деген танымдық қызуғышылығын арттыру. Атап айтсақ, келесі тақырыптармен студенттер ғылыми жұмыстарын ортаға салды: «Қостанай облысының халық медицинасы. Ертеңі мен Бүгіні», «Гипократтың медицинаға қосқан үлесі», «Қостанай қаласының мемлекеттік тілдегі жарнамалар жағдайы».19 ақпанда Қостанай қаласындағы М.Дулатов атындағы университетте студенттердің ғылыми конференциясы өткізіліп, студенттер қатысты мынадай тақырыптар: «Қостанай қаласының мемлекеттік тілдегі жарнамалар жағдайы» тақырыбымен Абдурасилова Мадина мен Парахатова Эльмира «Жас ғалым»конкурсында 1 орынға ие болды. «Қостанай облысының халық медицинасы. Ертеңі мен Бүгіні»

Зерттеу жұмысында қосымша әдебиеттерді оқу, медициналық жорналдардан мақалаларды қарастыру, конкурстарға қатысу сияқты жұмыстарды алғы мақсатқа қоямыз.

Студенттер зерттеу жұмысының нәтижесінде ғалым-дәрігерлер, әдебиет және өнер өкілдері жайында көптеген мәліметтер мен ақпараттарды жинайды. Мысалы, «Қазақ халқының тұңғыш дәрігері», «Х.Досмұхамедов Қ Р Денсаулық сақтау саласына өз үлесін қосқан дәрігер» атты тақырыптары бойынша зерттеу жұмысын жүргізді.

Сабақта қазақстандық әншілер мен әртістердің әуенді дисктерге жазылған әндерін қолдана отырып, үйірме мүшелерін олардың шығармашылығымен танысатырамын.

Студенттерге мемлекеттік тілде әдебиеттерді оқып, оның негізгі ойын жеткізуді ұсынамын.

Үйірме отырыстарында студенттер қалалық жарнамаларға

байланысты мәселелерді қарастыру, олардың қателерін түзету мен жазылу ережелерін түсіндіру, жарнама құрастыру жұмыстарымен үлкен қызығушылықпен айналысады.

Қазіргі таңда іс қағаздарын жүргізу мәселелеріне көп назар аударылуда. Осыған орай біз үйірме отырыстарында өмірбаян, түйіндеме, ресми іс-қағаздар құжаттары, «Жұқпалы аурулар», «Салауатты өмір салты» атты аурулардың алдың алу мақсатында материалдар жинастырады.

Қазақ тілінен үйірме жұмысы студенттердің мемлеккеттік тілін меңгеруіне деген ынталарын арттырады.

«Жас қалам» үйірмесінің мүшелер тізімі:

1) Грицай Анастасия – 102 м/і
2) Хорунжая Ирина – 102 м/і
3) Сорока Татьяна – 102 м/і
4) Какенова Ақбати – 102 м/і
5) Цырба Виктория – 102 м/і
6) Тяжина Асель – 102 м/і
7) Карагулова Айгерим – 102 м/і
8) Исманова Алина – 102 м/і
9) Ашубаева Диана – 103 м/і
10) Хижняк Анастасия – 103 м/і

Языковой кружок «Жас қалам» как средство мотивации к изучению государственного языка

Кружковая работа - это форма организационной деятельности по какому – либо направлению. Кружок казахского языка ставит перед собой цели и задачи: способствовать развитию творческого мышления у учащихся, прививать интерес к изучению казахского языка, глубже изучать обычаи и традиции казахского народа. Кружковая работа включает самые разнообразные, эмоционально – яркие, традиционные методы и приемы, которые не только повышают мотивацию обучения у учащихся, но и воспитывает казахстанский патриотизм. Педагогами и психологами доказано, что познавательный интерес является основным внутренним мотивом обучения, поэтому развитие познавательного интереса к государственному языку является важным для работы кружка.

Этот интерес развивается прежде всего на занятиях, но и кружковая работа предоставляет огромные возможности для того, чтобы заинтересовать студентов предметом « Кәсіптік қазақ тілі».

Самым важным условием казахского языка и его дальнейшего овладения является мотивация.

Я стараюсь объяснить студентам, что будущее, их карьерный рост, гражданская уверенность за людьми, владеющими тремя языками: государственным, английским и русским.

В своей работе уделяю внимание на то, чтобы у студентов появилось желание изучения казахского языка.

На заседании кружка рассмотрены вопросы: Сенің мемлекеттік тілге көзқарасың қандай? «Ана тілің – арың бұл», «Салауатты өмір салты».

Для подготовки данных вопросов студентам предлагаю смотреть телевизионные передачи на казахском языке, «Тіл-тірегі», «Өмір ағымы», «Қазақшаңыз қалай?», читать газеты, журналы: «Ана тілі», «Денсаулық». Данные вопросы вызывают дискуссию, студенты высказывают свои мнения.

На занятиях кружка студенты учатся общаться на простые бытовые темы, читать, уделяется углубленное изучение профессиональной лексике.

Ыбырай Алтынсарин

Бақша ағаштары

Жаздың әдемі бір күнінде, таңертең бір төре өзінің баласымен бақшаға барып, екеуі де егілген ағаштары мен гүл жапырақтарын көріп жүрді.

– Мынау ағаш неліктен тіп-тік, ана біреуі неге қисық біткен? – деп сұрады, баласы.

– Оның себебі, балам, анау ағашты қисық бұтақтары болса, кесіп, бағу-қағумен өсірген. Мынау ағаш бағусыз, өз шығу қалыбымен өскен, – деді, атасы.

– Олай болса, бағу-қағуда көп мағына бар екен ғой, – деді баласы.

– Бағу-қағуда көп мағына барында шек жоқ, шырағым, мұнан сен де өзіңе өсиет алсаң болады. Сен, жас ағашсың, саған да күтім керек, мен сенің қате істеріңді түзеп, пайдалы іске үйретсем, сен менің айтқанымды ұғып, орныңа келтірсең, жақсы, түзу кісі болып өсерсің, бағусыз, бетіңмен кетсең, сен де мынау қисық біткен ағаштай қисық өсерсің, – деді.

Таза бұлақ

Үш жолаушы бір бұлақтың басында бір-біріне кез болыпты. Бұлақ бір тастақ жерден шыққан, айналасы қалың біткен ағаш жапырақтары бұлақтың үстіне төгіліп, суы мұздай, салқын, шыныдай жылтылдап тұрған сонша әдемі, таза бұлақ екен. Су шыққан жеріне бір қазандай тасты біреу ойып қорғаныш қылып, тастың суағар жеріне жазу жазыпты:

– Әй, жолаушы, болсаң осы бұлақтай бол, – деп. Манағы үш жолаушы бұлақтан ішіп қанған соң жазуды оқып, біреуі саудагер екен, ол айтты:

– Бұл жазылған ақыл сөз екен, бұлақ күн-түн тынбай ағып, алыс жерлерге барады, бара-бара кеңейіп, үлкейеді, бұған бөтен бұлақтар құйып, сөйте бара үлкен өзен болып кетеді. Мұнан мұрат сол: сен де, адам, тынбай қызмет қыл, ешуақытта жалқауланып тоқтап қалма, сөйтсең, ақырында, сен де зорайып мұратыңа жетесің дегені ме деп білемін, – деді.

Екінші жолаушы мүсәпір молда екен, басын шайқап:

– Жоқ мен олай ойламаймын, бұл жазудың мағнасы сіздің ойлағаннан гөрі жоғарырақ соқса керек, бұл бұлақ: кім-кімге болса да даяр, ыстықтағанды салқындатып, жанын рақаттандырады, сусағанның сусынын қандырады, оның үшін ешкімнен ақы дәметпейді; бұлай болса адамға да әбірет сол: біреуге жақсылық етсең, ол жақсылығыңды ешкімге міндет етпе дегені болса керек, – деді.

Үшінші жолаушы көркем келген бір әдемі жігіт екен, бұл үндемей тұрды. Жолдастары: «Сен не ойлайсын?» – деп сұрады.

Жігіт айтты:

– Менің ойыма бөтен бір нәрсе келеді: бұл бұлақтың суы бір орында тынып тұрып, шөп-шалам түсіп, лайқоқым болса, бұған адам мен айуан мұнша ынтық болмас еді; бұлақ күні-түні тынбай ағып тазаланып тұрғаны үшін ынтық болады. Олай болса, жазудың мағнасы: көңіліңді, бойыңды осы бұлақтай таза сақта, нешік бұлаққа қарасақ күн түссе күннің, шөп түссе шөптің сәулесін көреміз, көңілің сол реуішті сыртқа ашық көрініп тұрсын дегені ме деймін, – деді.

Шеше мен бала

Шешесі қыз баласынан сұрады:

– Берген ақшамды қайда қойдың?

Бала:

– Біреуге бердім.

Шешесі:

– Кімге?

Бала:

– Бір тентек балаға бердім.

Шешесі:

– Мұнан былай тентек болма деп берген шығарсың?

Бала:

– Рас, әже, екінші рет тентек болма дедім. Құс та құдайдың жәндігі ғой, әже?

Шешесі:

– Біз де, құс та, бөтен жан-жануардың бәрі де құдайдың жаратқан жәндігіміз.

Бала:

– Әлгі бала құдайтағаланың жаратқан кішкентай құсын ұстап алып, сатайын деп жүр екен. Құс кісі аярлық болып, шиқылдап тұрды; сонда алып жүрген бала тұмсығын қыса береді, бишара құстың дауысын құдайтағала есітеді деп қорыққан шығар деймін.

Шешесі:

– Онда сен неғылдың?

Бала:

– Мен балаға ақша беріп сатып алып, құсты ұшырып қоя бердім. Менің бұл ісім сауап емес пе?

Шешесі:

Әрине, сауап, бейшараларға қайырымды болғаның.

Бала:

– Ол бала, кім біледі, кем-тарлықтан құсты сатуға жүрген-ау?

Шешесі:

– Мен де солай ойлаймын.

Сонда сөйлеп отырған бала, сіңлісіне карап:

– Мана ақшамның бәрін бергенім жақсы болған екен, – деді. Сіңлісі шешесіне қарап:

– Апаммен екеуіміз мана бәстесіп едік, ол балаға апам құсының бәсі не деп те сұрамай, ақшасының бәрін берді; мен айттым: құстың бәсі не деп сұрау керек еді деп, қайсымыздікі дұрыс?

Шешесі үлкен қызына қарап айтты:

– Сенің де бұл істеген ісіңді дұрыс демеймін. Егер тағы бір манағыдай бала жолықса, ақшаңның бәрін бастапқы балаға беріп қойдың, соңғыға не берер едің?

Үлкен қызы:

– Онда мен тағы да саған келер едім.

Шешесі:

– Егер менде де мал, ақша болмаса қайтер едің?

Бала:

– Онда... – деп, не дерін біле алмады.

Шешесі:

– Көбірек жақсылық етуге шамам келсін десең, әрнәрсеге күтімді болу керек; құстың бәсін сұрап, кемге бермеймін десе, сонда ақшаңның бәрін беру керек еді. Ол құстың өзі не құс екен?

Баласы:

– Мен сұрағаным да жоқ, әже, өзің айтушы емес па ең, жақсылық еткен жаныңның атын да сұрама деп.

Шешесі күліп:

– Солай, солай, шырағым, – деді.

Баласы:

– Әже, сен көрсең еді, құсты қоя бергенімде, әуелі қуанғаннан тіпті ұша алмады; онан соң құсты сатқан баладан уәде алдым, екінші рет ұстама деп.

Шешесі:

– Қызым, жақсы іс етіпсін, мінекей саған тағы да теңге.

Қызы:

– Алла разы болсын, әже.

– Шырағым қызым, әрдайым осындай рақымды бол, саған мұның үшін құдай рақым етер, – деді.

Как победить осеннее уныние

Осень – это не только красивый листопад и романтические посиделки у камина, с ее приходом у многих людей наблюдается упадок сил, тоска, уныние и даже депрессивное состояние. Но не стоит отчаиваться, есть ряд приемов, которые помогут бороться с сезонной хандрой.

Как победить осеннее уныние

Одной из причин плохого настроения является унылый осенний пейзаж. Особенно печальная природа в октябре-ноябре, когда деревья уже сбросили разноцветные листья, а за окном дождь и грязь вместо солнца и яркой зелени. Обманите осень, добавьте ярких красок в свою жизнь, купите красивый цветной шарф, новое комнатное растение или пару красных туфель. Внесите в свой интерьер немного лета, распечатайте несколько фотографий с отдыха и повесьте их на стену. Яркие акценты будут вас радовать и отодвигать унылые мысли на второй план.

Осенью нам не хватает света, разгоните квартирные сумерки и купите более мощные лампы. Можно основной источник освещения (люстра) дополнить несколькими бра или лампами дневного света. Свечи и ночники настроят на романтический лад и добавят уюта вашему дому.

Пересмотрите свой рацион питания. Добавьте в него больше овощей и фруктов, а также начните принимать витамины. Улучшить настроение помогут «счастливые» продукты – шоколад, цитрусовые. И какая осень без чашки горячего ароматного чая? Побалуйте себя, купите в специализированном магазине несколько сортов хорошего качественного чая.

Движение – враг хандры и уныния. Займитесь спортом, неважно каким видом, главное - регулярная активность. Во время выполнения физических упражнений в организме вырабатывается «гормон радости», который приводит тело и мысли в тонус и помогает почувствовать себя счастливым. Если состояние здоровья не позволяет заниматься спортом, просто гуляйте почаще, это тоже весьма полезно, свежий воздух разгоняет дурные мысли.

Еще один способ борьбы с осенней хандрой – смена вида деятельности. Вовсе не обязательно бросать прибыльную работу и начинать писать стихи или печь пироги на продажу, достаточно найти себе хобби по душе, записаться на какие-нибудь новые курсы или заняться благотворительностью.

Если ничего не помогает и депрессия становится невыносимой, не ждите чуда – обратитесь за помощью к специалисту. Иногда это лучшее решение, доктор назначит грамотное лечение и не даст болезни прогрессировать.

www.kakprosto.ru

Консультация психолога по семейным отношениям

Пока в семье все хорошо, обращаться за консультацией психолога многим кажется излишним. Консультированием по вопросам личных и семейных отношений в нашей культуре традиционно занимаются не профессионалы, а друзья/подруги или мамы (папы существенно реже). К семейному психологу часто прибегают в самых крайних случаях, когда все настолько плохо, что никакие советы и утешения уже не помогают: домашние ссоры становятся буднями, а сил справляться с ними, больше нет. Если такое бедственное положение в семье длится слишком долго, это может привести к тому, что надежда на перемены к лучшему и мотивация к решению

конфликта могут оказаться потерянными. А без этих двух составляющих никакая консультация психолога не может быть успешной. Поэтому не стоит ждать, когда семья начнет разваливаться, но, задумавшись о существующих в ней проблемах, вспомнить старый лозунг: «лучшее лечение – это профилактика», - и прийти пораньше, пока любовь, надежда и доверие друг к другу еще достаточно сильны. Именно такой подход предполагает современная культура здоровья развитых стран мира, где ходить к психологу также нормально, как ходить к своему доктору. Благодаря регулярности встреч со своим клиентом, психолог может выполнять не только функции помощи в разрешении уже сложившихся проблем в семейных отношениях, но также осуществлять психологическое сопровождение семьи на всем протяжении ее формирования и развития. Своевременная консультация психолога служит профилактикой возникновения сложных семейных ситуаций, а также способствует формированию доверительных отношений между членами семьи, открывая им возможности более глубокого понимания и принятия друг друга. Семейная жизнь никогда не бывает идеально гладкой, большинство обращений за помощью психолога связано с кризисами перехода семьи из одной стадии своего жизненного цикла в другую. Период ухаживаний и медового месяца сменяется временем обустройства быта и взаимной притирки – это первое испытание на прочность. Вопросы отношения к возможной или незапланированной беременности, аборты и проблемы бесплодия могут дать новые поводы для напряженности в паре. Обращение за консультацией психолога в связи с данными проблемами помогает молодым партнерам сделать правильный выбор и либо создать семью и/или сохранить ребенка, или вовремя расстаться.

Далее следуют многочисленные трудности сформировавшейся семьи, включающей в свой состав родителей и детей, а иногда и старшее поколение. Сюда относятся вопросы, возникающие в отношениях между супругами (распределение обязанностей, разногласия в понимании мужской и женской ролей, в подходах к воспитанию детей, борьба за авторитет и проч.), между родителями и детьми (дети не слушаются, не справляются самостоятельно с учебной нагрузкой, плохо себя ведут, родители не могут найти подход к детям и проч.), между бабушками с дедушками и родителями (роль родителей в семье молодых, участие бабушек и дедушек в воспитании внуков и проч.). Эти и многие другие вопросы молодой и зрелой семьи имеет смысл обсуждать со своим семейным психологом. Консультация психолога также бывает полезна на более поздних этапах жизненного цикла семьи: в пору, когда супруги проходят экзистенциальный кризис середины жизни, и далее, когда дети вырастают и (не)покидают родительский дом, а родители должны сначала пережить их (не) отделение, а затем привыкнуть с своей новой роли бабушек и дедушек. Окончание семейного поприща часто оказывается связанным с печальным опытом болезней и ухаживания за больными, и, в конце концов, с тяжелыми переживаниями утраты одного из супругов. Вместе со смертью (уходом) одного из супругов, заканчивается жизненный цикл семьи. Семейный психолог призван оказывать семье психологическую поддержку и сопровождение в прохождении всех жизненных кризисов и испытаний, помогая ей находить оптимальные выходы из всех затруднительных ситуаций.

Действительно, на каждом этапе жизненного цикла семьи она проходит проверку на прочность и в большей или меньшей степени рискует развалиться и прекратить свое существование. При этом, чем моложе супруги, тем выше у них искушение в периоды кризиса в своих отношениях начинать смотреть «на сторону» в поисках лучшего. Проработка измены как реального факта отношений, либо как навязчивой фантазии одного или обоих супругов в рамках консультации семейного психолога может предотвратить распад семьи, способствовать поиску внутренних причин, приведших к измене, налаживанию более гармоничных сексуальных отношений внутри пары и восстановлению нарушенного доверия.

Итак, если у Вас есть понимание, что в жизни Вашей семьи пора что-то менять, но Вы не знаете, как это сделать, - значит пришло то время, когда Вам нужен семейный психолог.

Записаться на консультацию к психологу вы можете по телефону 8 705 109 62 83 или обратиться по адресу: город Костанай, ул. Арыстанбекова, 1, офис №2 Г

ПРИГЛАШАЕМ К СОТРУДНИЧЕСТВУ РЕКЛАМОДАТЕЛЕЙ

Уважаемые господа!

Ежеквартальный казахстанский научно-популярный журнал о медицине
рассчитан на профессиональных медиков и массового читателя.

«Медицина және қоғам» приглашает Вас к сотрудничеству.
Врачи и средний медицинский персонал, студенты медицинских ВУЗов и СУЗов, эксперты, частные клиники и фармацевтические компании и все неравнодушные к медицине, «Медицина және қоғам»» - это журнал для Вас!
Вместе с журналом «Медицина және қоғам» Ваши достижения, услуги, акции и программы станут доступны большому количеству наших читателей. Не упустите свой шанс представить свои продукты и услуги.
Новые пути открывают новые возможности!

«Медицина және қоғам» – прекрасная возможность донести информацию о своей деятельности до широких масс и найти новых партнёров и клиентов.

Формат	1-я страница обложки	2-я страница обложки	3-я страница обложки	4-я страница обложки	Глянец	Офсет
1 полоса	75 000	60 000	50 000	60 000	36 000	26 000
1/2 полосы		30 000	25 000	25 000	18 00	13 000
1/4 полосы		15 000	12 500	15 000	9 000	7 500
1/8 полосы		7 500	7 500	7 500	4 500	3 750
1/16 полосы					3 000	2 500

PR статья и строчная реклама /тенге/

PR статья 1 полоса	13 000
PR статья 1/2 полосы	7 500
1 строка выделенная жирным шрифтом	250
1 строка простая	180

АВТОРАМ

Требования к рукописям

1. Над названием статьи подробно укажите свои Ф.И.О., учёные степени и звания, а также наименование учреждения, город и занимаемую вами должность. При подготовке материалов использовать Microsoft Office.
2. Максимальный объем статьи 5 стр., шрифт - Times New Roman, 12, интервал - 1,0, нумерация страниц обязательна.
3. Фотографии необходимо прикладывать отдельным файлом (формат JPG).
3. Статью желательно завершать резюме или выводами.
4. К статье должен быть обязательно приведён список литературы из нескольких источников.
5. Аннотация к статье должна состоять из 5-7 предложений и располагаться перед вступительной частью к статье.
6. В статье не указывать торговое название препаратов.
7. Обязательно указать свой контактный электронный адрес.

Редакция оставляет за собой право редактировать статьи и сокращать материал.
Редакция не несёт ответственности за содержание предоставленного материала.