

ГУЛАЙХАН КУБАЕВА



РОЛЬ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ГПРЗ «ДЕНСАУЛЫҚ»

ПРОГРАММА
ДЛЯ МОЛОДЫХ ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ
В ОБЛАСТИ ПУБЛИЧНОЙ ПОЛИТИКИ



Точка зрения автора, отраженная в данном исследовании, может не совпадать с точкой зрения Фонда Сорос-Казахстан. Ответственность за факты, сведения, суждения и выводы, содержащиеся в публикации, несет автор.

Данное исследование подготовлено в рамках программы для молодых исследователей в области публичной политики. Целью данного проекта является развитие сферы публичной политики в Казахстане через повышение потенциала молодых исследователей, а также стимулирование общественного диалога.

В рамках пяти обучающих семинаров участники программы проходят серию тренингов по политико-управленческому анализу (policy analysis), визуализации данных и продвижению результатов исследований с тем, чтобы использовать полученные знания в разработке аналитических документов по актуальным для Казахстана вопросам публичной политики в рамках приоритетных направлений деятельности ФСК. За дополнительной информацией, пожалуйста, обращайтесь ppi@soros.kz.



ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на увеличение государственных и общих расходов на здравоохранение, ключевые показатели здоровья населения Казахстана остаются низкими. Это свидетельствует о значительной неэффективности сектора¹. Здравоохранение представляет весомую статью бюджета: в 2016 году расходы в секторе составили 15,2% государственного бюджета Республики Казахстан (РК).

Более того, с началом Государственной программы развития здравоохранения (ГПРЗ) РК «Денсаулық» на 2016-2019 годы основное бремя финансирования расходов (84%) легло на личные страховые взносы граждан, а также на целевые трансферты, а не на государственный бюджет. Резкий переход финансового бремени требует повышения качества подотчетности процесса разработки и реализации ГПРЗ.

Общество ожидает улучшения системы здравоохранения только от сектора здравоохранения и Министерства здравоохранения (далее – МЗ). Но кроме МЗ ответственными за исполнение текущей ГПРЗ являются и другие 13 государственных органов. Соответственно, развитие здравоохранения зависит от слаженной работы и непрофильных ведомств, при условии координации и мобилизации межсекторального сотрудничества со стороны МЗ². **Слаженная межведомственная координация** является одним из ключевых инструментов реализации ГПРЗ.

В большинстве случаев неэффективность программ здравоохранения оправдывается такими факторами, как ограниченность финансирования, отсутствие механизмов мониторинга, ограниченность рабочей силы и т.д. Но важность межведомственного взаимодействия в оценке эффективности чаще остается без должного внимания, возможно, ввиду сложности измерения и оценки взаимодействия. Также редко межведомственное взаимодействие является приоритетом в планировании

1. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-kazakhstan-2018_9789264289062-en#page1 (стр.12)

2. «Strengthening Intersectoral Collaboration for Primary Health Care in Developing Countries: Can the Health Sector Play Broader Roles?», Journal of Environmental and Public Health, <https://www.hindawi.com/journals/jep/h/2010/272896/>

реформ здравоохранения. **Отсутствие должной координации и взаимодействия соисполнителей программ являлось причиной неэффективного исполнения предыдущей ГПРЗ РК³.**

Цель этого исследования – определить наличие алгоритма межведомственного взаимодействия в Казахстане. Был проведен анализ регулирования межведомственного взаимодействия в рамках ГПРЗ через четыре призмы:

- анализ нормативно-правовых актов (НПА) РК касательно регулирования разработки и реализации ГПРЗ;
- процесс разработки политики;
- опрос экспертов, сотрудников и начальников управления исполнительных органов;
- изучение международного опыта стран ОЭСР.

3. Отчет счетного комитета, Основные положения Отчета Счетного комитета об исполнении республиканского бюджета за 2016 год, слайд-11, <http://esep.kz/rus/showin/article/2767>

МЕТОДОЛОГИЯ И ОГРАНИЧЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

В данной исследовательской работе были использованы качественные методы исследования на основе проведенных интервью. Были проведены индивидуальные полуструктурированные интервью со специалистами и руководителями отделов министерств — исполнителей и МЗ РК, а также с независимыми экспертами в сфере государственного управления здравоохранением. Кроме проведения интервью, был исследован процесс разработки политики с использованием данных из открытых официальных источников (Комитет по статистике МНЭ РК, МНЭ, МФ РК), научных журналов и базы данных Национальной библиотеки РК. Также был изучен международный опыт стран ОЭСР в регулировании межведомственного взаимодействия.

Полевые работы проводились в июне-августе 2017 года. Интервью проводились на рабочем месте опрашиваемых специалистов и длились в среднем от 1 до 2 часов. Вопросы включали экспертные мнения об алгоритме межведомственной координации, межведомственном взаимодействии в планировании и реализации ГПРЗ «Денсаулық».

Вопросы интервью позволили охватить обсуждение и оценку следующих индикаторов:

- адекватность поставленных задач для каждого исполнителя;
- разграничение функций исполнителей ГПРЗ;
- информационная координация между ведомствами: механизмы передачи информации между ведомствами и ее дальнейшее использование сотрудниками исполнительных органов;
- координация управленческих решений: последовательность решений, количество времени на согласование решения исполнительными органами здравоохранения;
- вовлеченность исполнительных органов и их сотрудников в разработку и определение целей и задач государственной программы;

- разграничение обязанностей каждого из исполнителей ГПРЗ;
- способность исполнительных органов влиять на содержание ГПРЗ, цели и методы исполнения государственного бюджета, решение проблем межведомственной координации;
- заинтересованность управленцев центральных и местных исполнительных органов в успехе реализации программы;
- алгоритм межведомственного взаимодействия при разработке и реализации ГПРЗ.

Кроме того, в рамках исследования были изучены предыдущие и настоящая ГПРЗ «Денсаулық»; доклады МЗ об исполнении ГПРЗ, анализ Бюджетного Кодекса РК по части планирования и исполнения бюджета; анализ казахстанской и иностранной литературы о роли институтов и государственного управления в повышении эффективности государственных затрат; анализ НПА, регулирующих межведомственное взаимодействие по государственным программам развития. Также были использованы результаты доклада ОЭСР по системе здравоохранения в Казахстане.

ОГРАНИЧЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

В связи с временными ограничениями данное исследование не ставит целью оценку эффективности финансовых затрат в рамках ГПРЗ «Денсаулық». Основным предметом исследования является изучение алгоритма и механизмов межведомственного взаимодействия в рамках реализации ГПРЗ «Денсаулық». Также в ходе исследования были выявлены проблемы с наличием на официальном сайте МЗ РК актуальных документов о механизмах формирования и планирования бюджета для программ развития.

Сроки реализации программы разделены на два этапа: 2016-2018 годы и 2019-2020 годы. Следовательно, представляется возможным изучить реализацию программы только на первом этапе.

Также основным ограничением исследования является нежелание экспертов в сфере государственной службы открыто выражать свое мнение о ходе реализации ГПРЗ и качестве межведомственного взаимодействия в рамках ГПРЗ, ограничиваясь ответами касательно НПА и технических вопросов.

КОНТЕКСТ ПРОБЛЕМЫ ПОЛИТИКИ: СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

Общеизвестно, что системы здравоохранения стран – участниц ОЭСР являются ориентирами для Казахстана⁴. Однако, если сравнить систему Казахстана со странами ОЭСР с аналогичными доходами (такими как Польша, Венгрия или Турция), эффективность системы здравоохранения в Казахстане значительно отстает по показателям.

По версии глобального индекса конкурентоспособности, за 2016-2017 годы по индикатору «Здоровье и начальное образование» Казахстан занял 94-е место из 144 стран⁵. Ожидаемая продолжительность жизни казахстанцев остается почти на 10 лет меньше, чем в развитых странах (Национальная Палата здравоохранения РК, 2015). Более того, сохраняется высокий уровень регионального неравенства по ключевым показателям здоровья и достаточно высокие личные расходы граждан на здравоохранение. Это препятствует доступу медицинских услуг уязвимым слоям населения⁶.

Весомым аргументом может послужить тот факт, что Казахстан выделяет на здравоохранение в 10 раз меньше средств, чем страны ОЭСР. Но, как показывает опыт стран ОЭСР, увеличение расходов на здравоохранение необязательно приводит к улучшению результатов, а значительная часть расходов на здравоохранение обычно неэффективна. Следовательно, необходимо усовершенствовать эффективность системы⁷. В таком контексте для Казахстана особенно важно целенаправленно использовать финансовые ресурсы, выделенные на повышение качества здравоохранения, путем улучшения подотчетности, транспарентности и эффективности исполнения ГПРЗ.

4. <http://www.kazpravda.kz/articles/view/standarti-oesr--dorozhnaya-karta-razvitiya/?print=yes>

5. «The Global Competitiveness Report 2016–2017», Klaus Schwab, World Economic Forum, http://www3.weforum.org/docs/GCR2016-2017/05FullReport/TheGlobalCompetitivenessReport2016-2017_FINAL.pdf, стр. 220.

6. OECD reviews of health systems https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-kazakhstan-2018_9789264289062-en

7. OECD reviews of health systems https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-kazakhstan-2018_9789264289062-en#page222

Рациональное использование средств всегда актуально, но текущая программа также предполагает значительное перекалывание нагрузки от государственного бюджета к страховым взносам. Как показано в таблице 1, если в предыдущей программе 98% расходов покрывалось за счет республиканского бюджета, то в нынешней программе 84% покрывается за счет страховых взносов граждан и целевых трансфертов Национального фонда (НФ). Таблица 2 демонстрирует, что основная доля расходов ГПРЗ приходится на 2018-2019 годы или периоды после сбора страховых взносов.

Таблица 1.

Бюджет выделенных средств для ГПРЗ «Саламатты Қазақстан» и «Денсаулық» с указанием доли источников

Название программы	Всего выделенных средств (млн тенге)	Республиканский бюджет	Местный бюджет	Другие источники
«Саламатты Қазақстан» ⁸	415605,7 (100%)	97,3%	0,7%	2%
«Денсаулық» ⁹	1969729,5 (100%)	13%	3%	84,07%

Таблица 2.

Этапы расходов ГПРЗ «Денсаулық» на 2016-2020 годы (тыс. тенге) и доля расходования на каждый год реализации (%)

По годам	Всего	В %
2016 г.	128 034 799	7
2017 г.	408 080 865	21
2018 г.	709 797 105	36
2019 г.	723 816 732	37
Итого:	1 969 729 500	100

Источник: ГПРЗ «Денсаулық» на 2016-2019 годы

8. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы», <http://adilet.zan.kz/rus/docs/U1000001113>

9. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы и внесении дополнения в Указ Президента Республики Казахстан от 19 марта 2010 года № 957 «Об утверждении Перечня государственных программ» <http://adilet.zan.kz/rus/docs/U1600000176>.

Важность межведомственного взаимодействия в эффективности чаще остается без должного внимания. Отсутствие соответствующей координации и взаимодействия соисполнителей программ являлось причиной неэффективного исполнения предыдущей ГПРЗ РК. Регулирование межведомственного взаимодействия в Казахстане практически отсутствует. В рамках ГПРЗ сложилась ситуация, когда сложно определить, кто является ответственным за успех или провал по направлениям исполнения программы. Даже в самой текущей ГПРЗ выделяется проблема малой эффективности мероприятий по своевременности выполнения обязательств участниками межведомственного и межсекторального взаимодействия, недостаточности координирующей роли Национального координационного совета и отсутствия эффективного взаимодействия секторов на первичном уровне¹⁰.

Ярким примером политического провала в регулировании межведомственного взаимодействия является приостановка введения реформы обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) в связи с несогласованностью позиций МЗ, Фонда Социального Медицинского Страхования (ФСМС) и представителей работодателей (НПП «Атамекен»), а также с отсутствием консолидированной позиции заинтересованных государственных органов (МЗ, Министерства национальной экономики [МНЭ], Министерства финансов [МФ], Министерства труда и социальной защиты населения [МТСЗН]) и недоработанной системой сбора взносов с неформально самозанятого населения. Ответственность за проработку данного направления была распределена между МФ, МЗ, госкорпорацией «Правительство для граждан» и другими стейкхолдерами государственного сектора.

10. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы и внесении дополнения в Указ Президента Республики Казахстан от 19 марта 2010 года № 957 «Об утверждении Перечня государственных программ» <http://adilet.zan.kz/rus/docs/U1600000176>.

АНАЛИЗ НПА, РЕГУЛИРУЮЩИХ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

В Казахстане нет отдельного НПА, посвященного регулированию межведомственного взаимодействия. В рамках ГПРЗ НПА, регулирующим межведомственное взаимодействие, в Казахстане являлся приказ МНЭ РК «О некоторых вопросах системы гос. планирования в Республике Казахстан» (глава 5, посвященная регулированию государственных программ).

Согласно приказу ГП являются *«документами межсферного, межотраслевого и межведомственного характера, определяющими цели, задачи и ожидаемые результаты по приоритетным стратегическим направлениям развития страны, и разрабатываются на период не менее 5 лет в целях реализации вышестоящих документов Системы государственного планирования (СГП)»¹¹.*

Согласно НПА межведомственное взаимодействие является одним из основных инструментов, применяемых для успешной реализации ГПРЗ. Объясняются общая важность и суть, принципы и необходимость межведомственного взаимодействия. Отмечается, что каждая организация, участвующая в реализации стратегических и программных документов стратегического плана государственного органа и в программе развития территорий, концентрируется на том, что конкретно она должна сделать, чтобы достичь существенных результатов в соответствующей отрасли (сфере деятельности). **Алгоритм межведомственного взаимодействия в разработке и реализации ГПРЗ не раскрыт.** Это ведет к искаженному пониманию методов межведомственной координации (более детально – в разделе «Результаты опроса министерств – исполнителей ГПРЗ»).

Для реализации ГП разрабатывается план мероприятий (ПМ), который является неотъемлемой частью реализации политики. Таким образом, разделение задач и мероприятий в рамках ГПРЗ уточняется в ПМ. Однако ПМ ГПРЗ также **не дает четкого алгоритма межведомственного**

11. Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 19 февраля 2018 года № 64.
Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 3 марта 2018 года № 16493.

взаимодействия в рамках направлений программы и не разграничивает функции и ответственность каждого из 13-ти исполнителей по реализации задач. По общим направлениям деятельности указан лишь список соисполнителей без описания определенных задач для каждой организации и порядка их выполнения. Также отсутствует описание инструментов межведомственной координации, регулярности и условий встреч исполнителей. Это приводит к низкому уровню ответственности исполнителей¹².

Приказом уточняется, что на операционном уровне разрабатываются операционные планы, определяющие конкретные действия (мероприятия) и критерии эффективности их выполнения для структурных подразделений органов, участвующих в реализации ГП. **Тот факт, что конкретные действия не отражаются в ПМ, ухудшает подотчетность ГО перед населением.** К примеру, за «Совершенствование действующего законодательства в целях внедрения системы ОСМС» ответственны 4 государственных органа. Но не определены отдельные задачи каждого исполнителя. Соответственно, по результатам программы будет сложно ожидать определенных достижений в работе от каждого ведомства. И даже в случае отсутствия достижений сложно будет определить, чьи именно задачи не были выполнены.

Слабое разграничение функций (каскадирование показателей результатов) также снижает стимул исполнителей четко планировать мероприятия. На втором году реализации программы внедрение системы ОСМС откладывалось уже 2 раза в связи с недоработанной системой сбора взносов с неформально самозанятого населения, ответственность за проработку которой была распределена между Министерством финансов, Министерством здравоохранения, Госкорпорацией «Правительство для граждан» и другими стейкхолдерами государственного сектора. **План мероприятий должен отображать отдельные функции и ожидаемые результаты от каждого исполнителя в рамках определенных сроков.**

Нововведением в приказ в 2018 году является компонент — стратегическая карта (СК). СК будет использоваться для декомпозиции ключевых индикаторов в документах системы государственного планирова-

12. Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 19 февраля 2018 года № 64. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 3 марта 2018 года № 16493.

ния. Стратегическая карта должна будет содержать сбалансированные и взаимоувязанные по значениям, годам, срокам достижения, уровням документов индикаторы, разбивку индикаторов по сферам, отраслям и регионам (при возможности разбивки), а также закрепление за ответственными за их достижение¹³. Практически стратегическая карта будет являться более уточненным планом мероприятий.

Также, если учитывать законодательство, которое косвенно влияет на межведомственное взаимодействие, существует ряд проблем, замедляющих процесс межведомственного взаимодействия. Согласно отчету Счетного комитета (СК) РК **недоработка НПА по вопросам системы корпоративного управления государственных предприятий здравоохранения** привела к неэффективности использования государственных средств в реализации предыдущей ГПРЗ. Более того, низкая эффективность была обусловлена неосуществимостью проектов по совершенствованию человеческого капитала в отрасли, неразвитостью механизмов государственно-частного партнерства в системе здравоохранения и других факторов¹⁴.

13. Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 19 февраля 2018 года № 64. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 3 марта 2018 года № 16493, <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1800016493#z11>

14. «Годовой отчет Счетного комитета», <http://esep.kz/rus/show1/article/26>

АНАЛИЗ ПРОЦЕССА РАЗРАБОТКИ И РЕАЛИЗАЦИИ ПОЛИТИКИ

ГП разрабатываются органом-разработчиком, определенным Президентом РК. Сначала ГО представляет презентацию концепции (основные бенефициары и ожидаемый социально-экономический эффект) иницируемой программы в Правительстве с участием Парламента РК. В случае одобрения проект также размещается в СМИ для публичного обсуждения и разработки самой программы с учетом предложений (график 2).

Разработка ГП состоит из 2-х этапов: анализа и планирования. На первом этапе проводится оценка процессов и тенденций во внутренней и внешней среде, возможностей и потенциальных угроз сферы деятельности и определение проблем, требующих решений. На этом этапе должны проводиться интервью, опросы фокус-групп, консультации с заинтересованными сторонами.

Второй этап — планирование, где в соответствии с проблемами формируются цели, которые измеримы, релевантны и достижимы. Описана классификация целей, достижение которых полностью зависит от деятельности одного ГО (включая его подведомственные организации), и тех, которые зависят от деятельности ГО и иных организаций. Например: «Увеличение продолжительности жизни населения». На достижение данного показателя влияет деятельность министерств здравоохранения, внутренних дел, сельского хозяйства, местных исполнительных органов и других организаций. Опять-таки не указаны механизмы межведомственного взаимодействия для второго типа целей.

Далее в течение 30-ти календарных дней проводятся презентации проекта с заинтересованными гос. органами и затем проект утверждает Правительство РК по согласованию с Президентом Республики Казахстан. В случае нехватки времени возможно продлить сроки согласования еще на месяц. С целью организации и координации действий план мероприятий ГП формируется в течение месяца со дня утверждения на основании предложений государственных органов исполнителей.

Нужно выделить, что срок **на согласование государственных проектов в течение 1 месяца вне зависимости от масштаба реформ недостаточный**. Проведение объективной оценки рисков предложенных

механизмов, широкая огласка в СМИ потенциальной программы и возможного роста государственных затрат обычно требуют большего времени. Продление сроков согласования может способствовать выявлению возможных осложнений на ранних этапах разработки ГП.

Для согласования используется «Инtranет-портал государственных органов» (ИПГО), где вносятся предложения и изменения. Но на этапе реализации ГПРЗ отсутствует единая аналогичная информационная система (ЕИС) для использования во время реализации ГПРЗ. Важность и необходимость интегрированной информационной инфраструктуры также является одним из основных заключений по результатам обзора ОЭСР 2018 года. Эффективная координация помощи требует, среди прочего, интеграции ИС между различными уровнями поставщиков и приверженности¹⁵.

Одним из основных препятствий является **отсутствие адекватных информационных систем**. Согласно обзору ОЭСР текущая информационная система (ИС) остается фрагментированной и фокусируется на объемах услуг, а не на результатах реформ. **Нехватка достоверной статистики** для отслеживания прогресса по мере развития реформ также является проблемой. Обзор отмечает неспособность существующей информационной системы данных объективно регистрировать и измерять прогресс по мере развития реформы. Выделяется необходимость направить дополнительные усилия на получение более качественных данных, в противном случае будет сложно доказать прогресс и управлять изменениями в системе здравоохранения¹⁶.

Хотя во многих отношениях организационная система Казахстана копирует организационную структуру наиболее успешных стран ОЭСР. Реформы идут в правильном направлении, но трудно понять причины, **потому что информационные системы не направлены на достижение цели**. Анализ данных, производимых системой, часто вызывает беспокойство по поводу его действительности, а доступная сегодня **информация недостаточна даже для оценки того, в какой степени реформы проводятся**¹⁷.

15. OECD reviews of health systems https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-kazakhstan-2018_9789264289062-en (143)

16. OECD reviews of health systems https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-kazakhstan-2018_9789264289062-en (27)

17. OECD reviews of health systems https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-kazakhstan-2018_9789264289062-en

График 1.

Пути реализации государственных программ

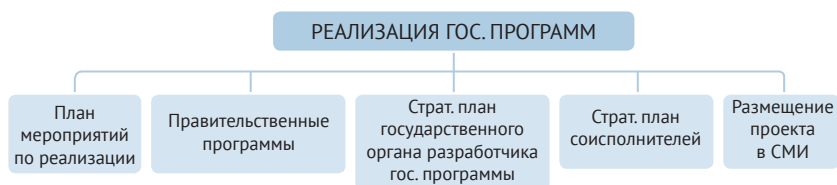


График 2.

Процесс разработки государственных программ



Управление данными является слабым и должно быть улучшено. Модернизация информационной системы началась десять лет назад, но прогресс был неустойчивым. Система не отражает современные стандарты и отстает от стран ОЭСР по возможности систематического измерения, сравнения и улучшения эффективности медицинских услуг. Существует также ограниченный обмен информацией между поставщиками на разных уровнях, что представляет барьер для лучшей интеграции и координации услуг.

Ранее, в 2011 году, также СК выделял проблему **отсутствия должного контроля за исполнением мероприятий и конечных результатов координаторами и исполнителями** в реализации государственных программ развития. **Многофункциональность обязанностей, многоступенчатость решений** квазигосударственных организаций также приводили

к убыточности в выполнении государственных проектов¹⁸. По результатам других исследований предыдущая программа здравоохранения была неэффективной из-за крупных масштабов программы в слишком короткие сроки реализации, безынициативности и системы внедрения реформ «сверху вниз»¹⁹.

Нужно отметить, что повышение эффективности межведомственного взаимодействия по вопросам охраны общественного здоровья являлось приоритетом предыдущей ГПРЗ «Саламатты Казахстан на 2011-2015 годы». Тем не менее проведенные исследования выделяют **низкий уровень понимания и ответственности межсекторального подхода** в исполнении программы как одну из главных причин неэффективности. Также было выявлено, что реализация мероприятий ГПРЗ «оказывалась в конце приоритетов непрофильных ведомств и местных органов власти», во многих случаях исполнители сами не знали точных целей, задач и результатов, которых они должны достичь по завершении бюджетной программы²⁰. Также наблюдалось отсутствие объективного и критического анализа промежуточных результатов с целью корректировки задач, бюджетов, плана мероприятий.

18. Основные положения отчета Счетного комитета об исполнении республиканского бюджета за 2011 год, <http://esep.kz/rus/showin/article/1129>, стр. 12.

19. Менеджер здравоохранения РК, №1(6)6 2013 март, 38-40)

20. «Оценка эффективности реализации государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на первом этапе (2011-2013 гг.)» http://www.soros.kz/uploads/_temp/user_68/2014_26_02_03_19_46_901.pdf

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА МИНИСТЕРСТВ – ИСПОЛНИТЕЛЕЙ ГПРЗ

Разное восприятие и понимание концепции «межведомственное взаимодействие». При проведении интервью было выявлено, что разные исполнители понимают по-разному, как регулируется межведомственная координация. К примеру, Министерство труда и социальной защиты указывает на закон «О правовых актах», в то время как Министерство здравоохранения указывает на приказ Министра национальной экономики. Все опрошенные специалисты Министерств, кроме одного, не дали ответа на вопрос о том, как измерить эффективность межведомственной координации и взаимодействия соисполнителей.

Отсутствие единой информационной системы (ЕИС) ГО в реализации ГПРЗ для более налаженной работы разных ведомств. Опрошенные специалисты указывают на необходимость интеграции информационных систем для более налаженной работы разных ведомств в рамках реализации ГПРЗ. Отсутствие ЕИС искажает общее видение реализации во всех 14-ти ведомствах, в результате мероприятия могут дублироваться.

Возможно, из-за отсутствия ЕИС между ведомствами нет практики регулярного взаимодействия, согласования и обсуждения общих проектов. Это отражается на эффективности реализации программы и нередко приводит к дублированию мероприятий и возможным пробелам. Очевидна необходимость внедрения ЕИС – в роли платформы подотчетности и взаимного информирования исполнителей о деятельности в рамках общих проектов. Внедрение ЕИС будет способствовать более тесному взаимодействию государственных органов без бюрократических проволочек, с экономией времени и более тесным и неформальным сотрудничеством между ведомствами.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ СТРАН ОЭСР

В течение последних десятилетий наблюдается значительный рост интереса и необходимости в исследовании механизмов для улучшения межведомственного взаимодействия, межведомственной интеграции, а также координации. Общепринятое мнение состоит в том, что более эффективная координация позволит более качественно разрабатывать, внедрять и исполнять государственные реформы. Существующие исследования делят механизмы по улучшению координации на две категории: (а) иерархические механизмы, закрепленные в традиционном государственном управлении, и (б) механизмы для горизонтальной интеграции, внедренные с помощью подхода WoG (Whole of Government)²¹.

Наиболее ярким примером реформы для развития межведомственного взаимодействия является реформа NAV, принятая в Норвегии для развития межведомственной координации в рамках трудовых реформ. Реформа сочетала механизмы вертикальной интеграции, которые должны быть достигнуты благодаря более жестким мерам контроля и наращиванию потенциала исполнителей, а также более горизонтальному сотрудничеству и координации путем развития сообществ, команд и проектов (Halligan 2006). Обычно практикуется делать **особый акцент на горизонтальной координации**, то есть на создании сообществ, цепочки единых ценностей и корпоративного духа в странах, где иерархические отношения в госуправлении доминируют²².

Международный опыт отмечает важность хорошо налаженных коммуникаций между исполнителями, а наиболее оптимальным решением эффективных коммуникаций на данный момент является создание ЕИС. Кроме результатов данного исследования, одной из основных рекомендаций ОЭСР для Казахстана в сфере здравоохранения является создание ЕИС. Согласно отчету фундамент для слаженной работы исполнителей на разных уровнях в странах ОЭСР — это наличие богатой информационной инфраструктуры.

21. «How to Carry Out Joined-Up Government Reforms: Lessons from the 2001–2006 Norwegian Welfare Reform»
<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/01900690903223888?needAccess=true>

22. Ibid.

ЕИС является платформой, которая поддерживает почти любую инициативу по повышению эффективности и устойчивости системы здравоохранения. Страны ОЭСР используют административные данные для улучшения качества обслуживания путем повышения осведомленности о проблемах. Сравнивая страны Казахстана и ОЭСР, можно заметить, что информационная инфраструктура и данные, имеющиеся в отношении деятельности сферы здравоохранения в Казахстане, недостаточно развиты²³.

Улучшение качества административных данных. Решения, принятые на уровне учреждений и систем, требуют более эффективного использования данных, имеющихся в настоящее время в Казахстане. Более того, основываясь на опыте, необходим сбор более подходящих данных для обеспечения рационального принятия решений.

Независимая оценка прогресса в рамках реформ. Влияние реформ необходимо систематически оценивать с использованием методов передовой практики и привлечением независимых исследовательских институтов. Оценки должны позволять выявлять последствия реформ или их отсутствия и тем самым быть основой будущих решений. Все участники системы здравоохранения — медицинские работники, местные и национальные поставщики, местные и национальные подразделения власти — должны нести ответственность за результаты своих действий. Это представляется возможным благодаря анализу объективных данных, созданию ЕИС и привлечению независимых экспертов, кроме ГО РК.

23. OECD reviews of health systems https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-kazakhstan-2018_9789264289062-en (143)

ВАРИАНТЫ РЕШЕНИЯ ПОЛИТИКО-УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ

Для решения вышеуказанных политико-управленческих проблем и устранения причин провала были учтены следующие критерии:

- четкое разграничение ответственности исполнителей;
- легкость обмена информацией между исполнителями, улучшение координации действий и предотвращение дублирования мероприятий соисполнителями, налаженность межведомственного взаимодействия;
- прозрачность и подотчетность организаций, ответственных за исполнение мероприятий;
- согласованность со всеми стейкхолдерами во время разработки;
- повышение эффективности реализации ГПРЗ.

С их учетом предлагается три вида политико-управленческих решений.

ВАРИАНТ 1. ОСТАВИТЬ СИТУАЦИЮ КАК ЕСТЬ И НИЧЕГО НЕ МЕНЯТЬ

Первый вариант политики – оставить все так, как есть на сегодняшний день, и не внедрять никакие политико-управленческие решения. Вариант предполагает, что уже начатое внедрение инструментов управления проектами по некоторым направлениям, возможно, решит проблемы межведомственного взаимодействия. С июня 2017 года используется проектный подход при реализации трех направлений ГПРЗ: «Служба общественного здоровья», дерегулирование полномочий и информатизация здравоохранения. Следует отметить, что точечное применение проектного подхода также имеет риск привести к нескоординированным повторяющимся действиям. Данный вариант не является наиболее оптимальным, так как точечное применение указанных инструментов может только усугубить проблемы межведомственного взаимодействия. С другой стороны, возможно, перед тем как принимать какие-либо важные изменения в данном вопросе, нужно иметь в виду результаты пилотных проектов по внедрению элементов управления проектами в реализации ГПРЗ.

ВАРИАНТ 2.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НПА ОТНОСИТЕЛЬНО РАЗРАБОТКИ И РЕАЛИЗАЦИИ ГПРЗ В ЧАСТИ ПОДОТЧЕТНОСТИ ИСПОЛНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЮ И РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Международный опыт показывает, что наиболее оптимальное решение для повышения эффективности исполнения межведомственных проектов в государственном управлении — это требование ощутимых результатов работы от ответственных, а не введение отдельных строгих процедур взаимодействия (Behn 2001). Поэтому второй вариант политики предлагает внесение изменений в НПА (части 7 пункта 5 приказа МНЭ РК от 19 февраля 2018 года № 64 «О некоторых вопросах системы государственного планирования в Республике Казахстан»). Точнее, предлагается обязать разработчиков государственных программ детально описывать задачи каждого соисполнителя и самого разработчика с учетом сроков реализации программы в ПМ. ПМ должен отображать отдельные функции и ожидаемые результаты от каждого исполнителя.

Также предлагается усовершенствовать процесс согласования проектов государственных программ путем продления сроков согласования с заинтересованными организациями до 3-х месяцев (вместо 1 месяца) в случае необходимости, с обязательным проведением оценки рисков предложенных механизмов, а также обязательной оглаской в СМИ предложенных проектов для широкого освещения и повышения осведомленности населения о потенциальной программе и возможном росте государственных затрат. Сроки общественного согласования также предлагается продлевать в зависимости от того, насколько радикальные изменения предлагаются.

Также НПА должны описывать инструменты межведомственной координации и регулярность и условия встреч исполнителей. Более того, необходима единая формулировка понятия межведомственного взаимодействия для всех исполнителей. Должны быть прописаны определение, миссия, цель межведомственного взаимодействия в рамках государственных программ РК, индикаторы оценки эффективности и практики межведомственной координации.

Необходимо включить объяснение преимуществ и механизмы качественного взаимодействия между ведомствами, такие как «сообщества

практик», «брейнсторминг в принятии решений» и другие, для фасилитации общих возможностей повышения результативности и решения возникающих проблем в рамках ГПРЗ. Такое политико-управленческое решение является оптимальным, если в стране не так много государственных программ с большими затратами. В результате внедрения варианта 2 ожидается повышение эффективности, более объективная отчетность по мероприятиям, тем не менее все еще остаются риски неналаженной работы по реализации программы. Вариант 2 является оптимальным по затратам, он не подразумевает развития инструментов непосредственно для улучшения межведомственного взаимодействия, он только обязывает ввести информированность о межведомственном взаимодействии, подотчетность исполнителей перед населением и четкое разделение функций.

ВАРИАНТ 3.

ВАРИАНТ 2 + ВНЕДРЕНИЕ ЕДИНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ (ЕИС) ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ГПРЗ + УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА И КОЛИЧЕСТВА СБОРА ДАННЫХ

В дополнение к политико-управленческому решению во втором варианте третий вариант также предлагает внедрение единой информационной системы (ЕИС), которая послужит платформой подотчетности и взаимного информирования исполнителей. Помимо обязанности объективного планирования и отчетности через четкое регулирование, внедрение ЕИС способствует более тесному взаимодействию без бюрократических проволочек, с экономией времени при согласовании разных решений и более тесным и неформальным сотрудничеством между ведомствами. Изученная литература и международный опыт отмечают важность хорошо налаженных коммуникаций между исполнителями (Пэйдж, 2004), а наиболее оптимальным решением эффективных коммуникаций на данный момент является создание ЕИС. Необходимость ЕИС также подкреплена результатами интервью с соисполнителями ГПРЗ и последним обзором сектора здравоохранения Казахстана ОЭСР. Данный вариант является самым оптимальным решением, так как соответствует всем критериям. Наличие обязательств и инструмента взаимодействия является гарантией улучшения межведомственного взаимодействия.

Всеобъемлющей задачей, стоящей перед системой здравоохранения Казахстана, является необходимость совершенствования сбора и ис-

пользования данных на всех уровнях. Данные, доступные для анализа системы здравоохранения в Казахстане, являются не только неполными, но и часто непоследовательными, что порождает вопросы об их качестве и действительности. Диагностика основных причин проблем производительности системы здравоохранения требует не только измерения ключевых результатов высокого уровня и промежуточных результатов, но и понимания обработанных и входных данных²⁴.

24. OECD reviews of health systems https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-kazakhstan-2018_9789264289062-en

