

Приложение к приказу
Министра здравоохранения и
социального развития
Республики Казахстан
от «__» _____ года
№ _____

**Стратегический план
Министерства здравоохранения и социального развития
Республики Казахстан на 2017-2021 годы**

Раздел 1. Миссия и видение

Миссия государственного органа: улучшение здоровья граждан Казахстана путем эффективного формирования и реализации государственной политики, осуществления межотраслевой координации и государственного регулирования предоставления услуг в области здравоохранения. Защита трудовых прав, содействие продуктивной занятости и росту благосостояния населения.

Видение государственного органа: эффективная и доступная система здравоохранения, отвечающая потребностям населения. Повышение уровня и качества жизни на основе расширения доступности продуктивной занятости, повышения уровня социального обеспечения, развития и оптимизации системы социальной поддержки населения.

Раздел 2. Анализ текущей ситуации и управление рисками

1. Стратегическое направление Укрепление здоровья граждан

1.1) Основные параметры развития регулируемой отрасли или сферы деятельности

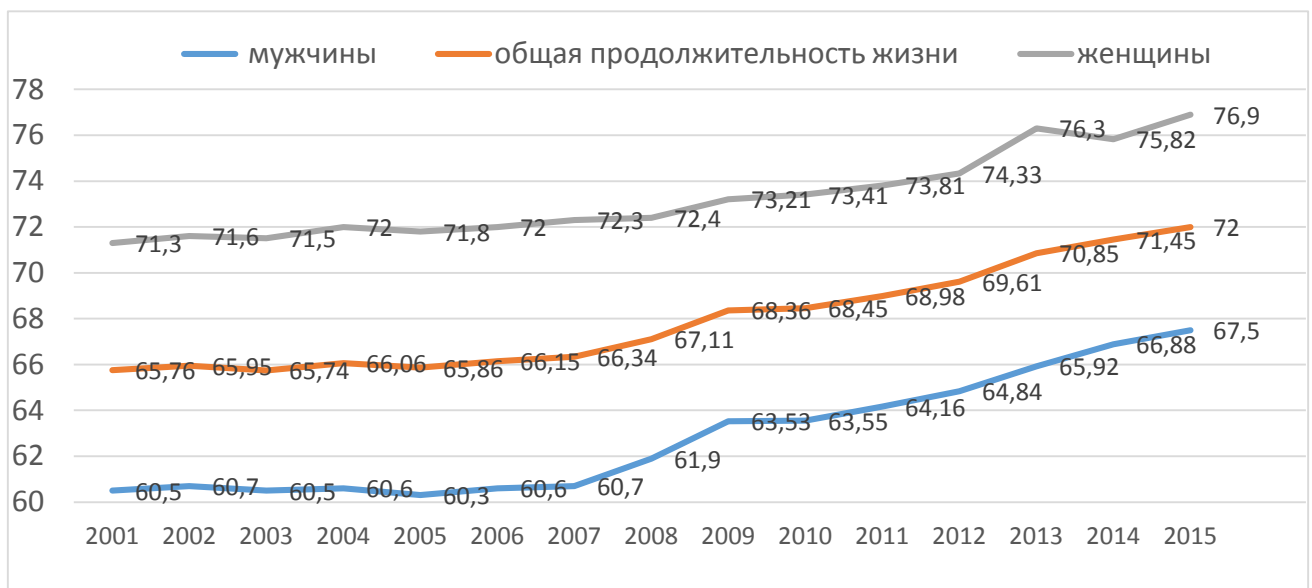
В целях достижения главной цели Послание Президента Республики Казахстан «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства» по вхождению Казахстана в число 30-ти развитых стран мира, деятельность Министерства направлена на улучшение здоровья граждан путем создания современной и эффективной системы здравоохранения.

В 2015 году завершилась реализация Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. Ее основными достижениями стали увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 71,95 лет (2014 год – 71,45, 2013 год – 70,85),

снижение общей смертности населения до 7,47 на 1000 населения (2014 год – 7,63, в 2013 год – 7,98). Улучшились основные показатели здоровья населения.

На вышеуказанные положительные изменения значительное влияние оказали комплексные меры, направленные на предупреждение, раннее выявление и своевременное лечение заболеваний, являющихся основными причинами смертности (болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, травматизм, материнская и младенческая смертность).

Ожидаемая продолжительность жизни



Совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально-значимых заболеваний и травм

Совершенствуется с целью повышения эффективности и качества начатая с 2010 года в масштабах страны Национальная скрининговая программа.

В результате активного выявления болезней системы кровообращения (далее – БСК), являющихся одной из основных причин смертности, показатель заболеваемости БСК увеличилась с 2394,7 на 100 тыс. населения в 2014 году до 2429,7 в 2015 году (2013 год – 2463,1). Результатом проводимой работы является снижение смертности от БСК с 207,2 в 2014 году до 193,8 в 2015 году (2013 год – 207,4).

Создание кардиологической и кардиохирургической служб во всех регионах республики позволило улучшить доступность к специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи населению. За истекший 2015 год в республике проведено более 75,0 тыс. кардиохирургических операций и интервенционных вмешательств (2014 г. – 70,0 тыс.), что больше на 5,0 тыс. или на 7,2%. Внедрение передовых технологий существенно снизило уровень осложнений и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, что

привело к росту числа пациентов, возвращенных к полноценному труду и активной жизнедеятельности. С целью оказания помощи больным с одним из тяжелых осложнений, приводящих к смертности и инвалидизации - острым нарушениям мозгового кровообращения, в республике открыто 39 инсультных центров.

На втором месте в структуре причин смертности злокачественные образования. В сравнении с 2014 годом отмечается рост показателя заболеваемости злокачественными новообразованиями (со 198,7 на 100 тыс. населения до 207,5 в 2015 году). Самый высокий уровень данного показателя регистрируется в регионах, где развита промышленность - это Северо-Казахстанская (328,0), Восточно-Казахстанская (301,4), Павлодарская (297,2), Костанайская (295,4) области.

Мероприятия, направленные на раннее выявление онкологических заболеваний, обеспечение химиопрепаратами, укрепление материально-технической базы медицинских организаций позволили снизить показатель смертности от злокачественных новообразований с 93,2 на 100 тысяч населения в 2014 году до 92,0 в 2015 году.

На третьем месте как в структуре заболеваемости, временной нетрудоспособности и смертности, а также по первичному выходу на инвалидность остается травматизм. В рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы (далее – Госпрограмма), утвержденной Указом Президента Республики Казахстан 29 ноября 2010 года №1113, приняты межведомственные меры по снижению смертности от дорожно-транспортных происшествий (далее – ДТП), в том числе совершенствована система неотложной помощи пострадавшим в ДТП – организованы 40 межрайонных травматологических отделений вдоль автомобильных трасс республиканского значения с повышенным уровнем травмоопасности, которые оснащены современным диагностическим и лечебным оборудованием. В результате смертность от несчастных случаев и травм снизилась с 87,6 на 100 тысяч населения в 2014 году до 82,5 в 2015 году.

Продолжаются мероприятия, направленные на улучшение репродуктивного здоровья женщин, в том числе профилактика, раннее выявление заболеваний и их оздоровление

Показатель материнской смертности по итогам 2015 года составил 12,5 на 100 тыс. родившихся живыми (2014 год – 11,7). Показатель младенческой смертности снизился на 27,9% и составил 9,37 на 1000 родившихся живыми (2014 год – 9,76).

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в республике остается стабильной, так, заболеваемость и смертность от туберкулеза снизились с 66,4 в 2014 году до 58,5 в 2015 году и с 4,9 в 2014 году до 4,1 на 100 тысяч населения в 2015 году соответственно. Улучшению эпидемиологической ситуации по туберкулезу в стране способствуют принимаемые системные меры в масштабах

страны. Последовательно осуществляется реструктуризация противотуберкулезных организаций с оптимизацией коечного фонда, с четким разделением потоков и содержания больных в соответствии с международными требованиями инфекционного контроля. Вместе с тем, в рейтинге Глобального индекса конкурентоспособности (далее – ГИК) Казахстан занимает 101 место по заболеваемости туберкулезом и 107 позицию по влиянию туберкулеза на бизнес. В этой связи, усилены меры межведомственного характера.

Ситуация по ВИЧ-инфекции также остается стабильной, по данным Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), Казахстан находится в концентрированной стадии эпидемии ВИЧ/СПИДа (0,16% населения, при среднемировом показателе – 1,1%, в Восточном регионе, куда относится Республика Казахстан – 0,8). За истекший 2015 год распространенность ВИЧ среди населения остается в пределах 0,2-0,6 и составляет 0,18% (2014 год – 0,168, 2013 год – 0,16). В стране успешно реализуются профилактические программы среди уязвимых групп населения. Компонентом государственной политики стали, рекомендованные ВОЗ и UNAIDS, мероприятия «стратегии снижения вреда» для лиц, употребляющих инъекционные наркотики.

Важную роль в сохранении качества и продолжительности жизни населения играет сахарный диабет. В результате улучшения выявляемости в ходе проведения скрининговых осмотров заболеваемость сахарным диабетом составила 172,7 в 2015 году, увеличилась по сравнению с 2014 годом – 164,4 на 100 000 населения. Пациенты больные сахарным диабетом обеспечиваются лекарствами в рамках ГОБМП.

Повышение эффективности системы здравоохранения

На улучшение состояния здоровья населения оказали влияние меры, направленные на улучшение доступности и качества медицинской помощи. Так, с 2010 года внедряется Единая Национальная система здравоохранения (далее – ЕНСЗ), в рамках которой улучшена доступность медицинской помощи населению, в том числе сельскому. Обеспечена прозрачность тарифной политики, в результате чего значительно увеличилась доля частного сектора в общем числе поставщиков гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП). В рамках ЕНСЗ активно развиваются стационарозамещающие технологии, с помощью которых пролечено 1,1 млн. человек (2014 год – 1,0 млн. человек, 2013 год – 995,9 тыс). Продолжается совершенствование тарифной политики в системе здравоохранения.

Внедрены новые методы оплаты с учетом наилучшего международного опыта, направленные на повышение качества медицинской помощи и рациональное управление затратами, с 2012 года на уровне стационара – по клинико-затратным группам, с 2013 года – по глобальному бюджету, т.е. по комплексному подушевому тарифу на 1 сельского жителя, куда включены

расходы на оказание услуг на амбулаторном и стационарном уровнях. С целью улучшения раннего выявления злокачественных новообразований и улучшения качества жизни онкологических больных, внедрена система оплаты по комплексному тарифу за одного онкобольного.

С целью укрепления материально-технической базы и повышения эффективности использования основных средств, медицинским организациям предоставлена возможность приобретения оборудования через лизинг.

В целях реализации Послания Главы государства народу Казахстана от 17 января 2014 года «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее» продолжается приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП). В рамках второго этапа ЕНСЗ совершенствуется система организации и финансирования ПМСП с акцентом на развитие института социальных услуг. Начиная с 2011 года, в штат организаций ПМСП введены должности социальных работников, психологов. С целью усиления профилактической работы с прикрепленным населением (скрининги, формирование целевых групп, обучение здоровому образу жизни и профилактике), введены должности 2-й и 3-й участковой медсестры.

С 2014 года, в рамках второго этапа ЕНСЗ, внедрен комплексный подушевой норматив (далее – КПН) на оказание амбулаторно-поликлиническом уровне, который позволил ликвидировать дисбаланс в финансировании ПМСП и неравенство в обеспечении ГОБМП на амбулаторном уровне, а также создать условия для привлечения частного сектора и развития ГЧП в здравоохранении. В рамках ЕНСЗ доля частных поставщиков, оказывающих медицинские услуги ГОБМП за 2015 год составила 29,5%, при этом доля частных поставщиков услуг стационарной и стационарозамещающей помощи, финансируемых из республиканского бюджета, составила 37,4%.

Одним из немаловажных факторов повышения мотивации ПМСП в усилении профилактики и улучшении качества и доступности медицинской помощи населению является внедрение стимулирующего компонента подушевого норматива. За счет средств СКПН мотивация внедрена во всех 438 поликлиниках, при этом, средняя зарплата врача ПМСП составила 124 тыс. тенге, в том числе СКПН – 54 608 тыс. тенге, у средних медработников - 86 тыс. тенге, в том числе СКПН – 30 124 тыс. тенге*.

В 2015 году общее количество организаций в форме на ПХВ составило 618. Переход госпредприятий на право хозяйственного ведения и внедрение модели корпоративного управления позволило внедрить дифференцированные подходы к оплате труда медицинских работников в зависимости от сложности работы, объема и качества оказываемой медицинской помощи.

Дифференцированная оплата труда в зависимости от результата работы внедрена в 263 из 593 медицинских организаций (44%), оказывающих услуги круглосуточного стационара и стационарозамещающей помощи. Охвачены свыше 28 000 работников или 32,2% (из 89 091 работников).

Среднемесячная заработная плата врачей с учетом дифференцированной оплаты составила – 140,7 тыс. тенге, у СМР - 87,4 тыс. тенге, у прочего персонала - 75,8 тыс. тенге. Среднемесячная сумма доплаты на 1-го работника составила 20,1 тыс. тенге* (оперативные данные, данные по итогам года отсутствуют).

Стабильное финансирование позволило продолжить укрепление партнерских взаимоотношений с зарубежными клиниками по вопросам оказания высокоспециализированной медицинской помощи и трансферт высокотехнологичных медицинских услуг на областной уровень.

С внедрением ЕНСЗ обеспечена доступность в ВСМП, появилась возможность финансирования новых медицинских технологий в регионах. В медицинских организациях республики оказываются услуги по 308 технологиям (в 2014 году - 300 технологий) ВСМП. Из 308 видов ВСМП на республиканском уровне оказываются услуги по 290 видам, на региональном уровне – по 195 видам, т.е. 64% от всего перечня ВСМП.

Принята Концепция развития электронного здравоохранения Республики Казахстан на 2013-2020 годы, конечной целью которой является создание электронных паспортов здоровья для населения страны к 2020 году.

В 2004 году создана Национальная телемедицинская сеть, с помощью которой проводятся консультации на разных уровнях оказания медицинской помощи. В 2015 году, по сравнению с 2014 годом, количество телемедицинских консультаций проведено на 2,3 тыс. больше и составило 24970 (2013 год – 17752, 2014 год – 22 622).

Для обеспечения доступности медицинской помощи сельскому населению, особенно проживающему в отдаленных и труднодоступных регионах, развивается транспортная медицина - функционируют 49 передвижных медицинских комплексов (далее – ПМК), 40 трассовых медико-спасательных пунктов, 3 лечебно-диагностических поезда. С июля 2011 года функционирует Республиканский центр по санитарной авиации, осуществляются вылеты с целью проведения консультаций профильными специалистами.

Одним из важных вопросов в обеспечении доступности медицинской помощи является лекарственное обеспечение. В целях реализации прав граждан на обеспечение лекарственными средствами граждан в рамках ГОБМП, совершенствована система амбулаторного лекарственного обеспечения. Закуп лекарственных средств по дорогостоящим нозологиям осуществляется единым дистрибьютором за счет республиканского бюджета. Создан Регистр диспансерных больных и информационная система амбулаторного лекарственного обеспечения, которая позволяет фактически отследить получение каждым пациентом лекарственного препарата, гарантированного ему государством.

Для обеспечения физической доступности лекарственной помощи жителям сельской местности организована реализация лекарственных средств в более 3000 аптечных организациях и объектах ПМСП.

Внедрена формулярная система лекарственного обеспечения, направленная на рациональное применение лекарственных средств, исходя из их терапевтической эффективности, фармакоэкономики и мониторинга побочных действий. Создан Центр мониторинга цен на лекарственные средства.

Начато совершенствование системы государственной регистрации, сертификации лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники. Введено государственное регулирование цен на лекарственные средства, закупаемые в рамках ГОБМП. Ежегодно увеличивается доля отечественных лекарственных средств, изделий медицинского назначения в общем объеме, закупаемых в рамках ГОБМП через систему единой дистрибуции (в натуральном выражении) (2013 г. – 40%, 2014 – 66%, 2015 г. – 80%).

Создан Лекарственный информационный центр, который активно занимается повышением информированности населения по вопросам лекарственного обеспечения.

В республике создана система управления качеством медицинских услуг, поэтапно внедряются международные стандарты аккредитации. С целью повышения информированности пациентов, развития конкурентной среды в сфере здравоохранения, принципов транспарентности и свободного выбора медицинской организации с 2012 года внедрена система рейтинговой оценки медицинских организаций на основе результатов внешнего, внутреннего контроля и отзывов пациентов.

С целью обеспечения объективности, развивается независимая экспертиза, доля проверок с привлечением независимых экспертов в 2015 году составила 35%, что на 2% больше, чем в 2014 году - 33%, в 2013 году - 30%.

Созданы Общественные советы по защите прав пациентов и Комиссии по рассмотрению обращений граждан в сфере здравоохранения. В медицинских организациях функционируют Службы внутреннего контроля, которые призваны работать на предупреждение жалоб и рассмотрение их на месте возникновения по принципу «здесь и сейчас».

В целях совершенствования инфраструктуры здравоохранения, обеспечивающей равный доступ к медицинским услугам населению, в 2015 году введены в строй 5 стационарных и 61 амбулаторно-поликлинических организаций .и в 2016 году за счет целевых трансфертов из республиканского бюджета планируется построить 28 объектов здравоохранения.

Совершенствование системы образования, науки и внедрение инновационных технологий

Немаловажную роль в обеспечении качества медицинской помощи являются квалифицированные медицинские кадры. В рамках Госпрограммы разработана Концепция развития медицинского и фармацевтического образования РК на 2011-2015 годы, предусматривающая меры по достижению качества подготовки кадров здравоохранения.

Поэтапно осуществляется внедрение инновационных образовательных технологий в учебный процесс, созданы учебно-клинические центры в медицинских ВУЗах. Обеспечивается непрерывное профессиональное развитие как внутри страны, так и за рубежом, организуются мастер-классы с привлечением ведущих зарубежных специалистов. Ежегодно за счет средств республиканского бюджета повышают свою квалификацию более 30 тысяч специалистов.

В рамках Комплексного плана развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2013-2016 годы совершенствуется нормативная правовая база, создана система государственного планирования и прогнозирования кадровых ресурсов здравоохранения, совершенствуются подходы к организации сестринской службы.

Приняты меры по социальной поддержке и нормативного закрепления отработки специалистов, что позволило достичь снижения потребности в специалистах с 3,8 тыс. в 2014 году до 3,6 тыс. в 2015 году (2013 год – 4,5 тыс.).

На базе Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова и Карагандинского государственного медицинского университета функционируют 2 научные молекулярно-генетические лаборатории коллективного пользования, которые обеспечивают допуск к современным приборам и выполнению исследований для студентов, магистрантов, докторантов, молодых ученых и сотрудников медицинских научных организаций и ВУЗов.

Ежегодно увеличивается удельный вес публикаций в международных изданиях (2013 г. – 19,1%, 2014 год – 21,2%, 2015 год – 23%), количество проведенных доклинических и клинических исследований биологически активных веществ, фармакологических и лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники (2013 г. – 50, 2014 год – 55, 2015 год - 60).

В 2013 году разработана и утверждена Концепция развития медицинской науки до 2020 и план мероприятий по ее реализации. Основной целью развития отечественной медицинской науки определено достижение конкурентоспособности и востребованности разработок, внедрение на их основе передовых медицинских технологий и инноваций.

1.2) Анализ основных проблем

Несмотря на положительную динамику медико-демографических показателей, ожидаемая продолжительность жизни при рождении остается на невысоком уровне и по итогам 2015 года составила 72 года, что на 3 года ниже, чем в странах с аналогичным уровнем дохода.

Ежегодно в Казахстане от рака умирает порядка 17 тыс. человек, из которых 42% - лица трудоспособного возраста.

В ДТП на трассах республики погибают около 3 тыс. человек и получают увечья свыше 29 тыс., что говорит о масштабности и серьезности проблемы.

Кроме того, несмотря на проводимое масштабное строительство, реализацию программы лечения туберкулеза «DOTS-плюс», актуальными остаются вопросы эпидемиологического надзора за распространением туберкулеза, развития лекарственной устойчивости и смертности от туберкулеза. Уровень заболеваемости туберкулезом в Казахстане один из самых высоких среди стран СНГ.

Несмотря на значительные улучшения в области охраны здоровья матери и ребенка, показатели материнской и младенческой смертности в республике все еще выше, чем в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения.

Сохраняются проблемы недостаточной профилактической направленности ПМСП, включая работу по планированию семьи, повышение информированности населения по вопросам формирования здорового образа жизни.

Наряду с этим, слабо развиваются общая врачебная практика в первичном звене здравоохранения и здоровьесберегающие технологии в профилактической работе с населением.

Несмотря на положительные сдвиги в формировании конкурентной среды, достигнутые путем внедрения механизмов финансирования (фондодержание, двухкомпонентный подушевой норматив) в рамках ЕНСЗ, низкая управленческая самостоятельность государственных организаций здравоохранения и недостаточный уровень менеджмента препятствуют повышению конкурентоспособности поставщиков медицинских услуг.

Сохраняется недостаточный уровень качества медицинских услуг, недостаточно развита система внутреннего аудита в медицинских организациях. Слабо развита система защиты прав пациентов, недостаточен потенциал независимых экспертов.

Несмотря на активное внедрение Единой информационной системы здравоохранения, сохраняется недостаточный уровень информационно-коммуникационной инфраструктуры в здравоохранении, низкий уровень компьютерной грамотности среди медицинских работников.

Проблемными остаются вопросы, связанные с недостаточным материально-техническим обеспечением медицинских организаций. При этом, не в полной мере используются возможности лизинговой системы.

Сельское здравоохранение Казахстана сталкивается с серьезными трудностями, связанными с изолированностью (отдаленностью), слабо развитой инфраструктурой, слабой материальной базой, сложными климатическими условиями, недостатком медицинских работников и текучестью кадров.

Ряд медицинских организаций на селе размещены в непригодных, не отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям помещениях, недостаточно оснащены современным медицинским оборудованием, санитарным автотранспортом.

Несмотря на предпринимаемые меры, требует дальнейшего совершенствования система фармацевтического надзора, фармакоэкономических исследований, мониторинга побочных действий лекарственных средств, работа по борьбе с производством и распространением фальсифицированных и контрафактных лекарственных средств.

Дальнейшего решения требуют вопросы обеспечения доступности лекарственных средств населению, особенно проживающему в сельской местности.

Источники финансирования здравоохранения не диверсифицированы, государство несет основную финансовую нагрузку, вклад делового сообщества остается недостаточным, а финансовое участие граждан не стимулирует их ответственного отношения к собственному здоровью.

Недостаточная эффективность межведомственного взаимодействия остаются актуальными в решении вопросов охраны здоровья.

Сохраняются проблемные вопросы, связанные с качеством подготовки кадров, уровнем квалификации практических специалистов. При ежегодном увеличении выпуска подготовленных медицинских кадров имеет место неравномерность в распределении медицинских кадров: от 19,7 до 49,4 на 10 тыс. населения. Обеспеченность врачами сельского здравоохранения остается по-прежнему низкой и колеблется в пределах от 11,5 до 18,2 на 10 тыс. населения.

Имеют место низкая конкурентоспособность научных исследований и отсутствие значимых инновационных достижений в области здравоохранения, что связано с наличием целого ряда факторов, препятствующих развитию медицинской науки, включая слабую материально-техническую базу организаций медицинской науки, неэффективный менеджмент научных исследований, недостаточный потенциал исследователей, отсутствие эффективных рычагов повышения их мотивации к саморазвитию.

Продолжает оставаться низким уровень развития ВУЗовской науки, что связано с недостаточным научным потенциалом организаций образования и низкой вовлеченностью профессорско-преподавательского состава в реализацию научных программ и проектов.

1.3) Управление рисками

Наименование рисков, которые могут повлиять на достижение целей	Мероприятия по управлению рисками
Массовое развитие различных травм и болезней (в том числе инфекционных) вследствие техногенных и экологических катастроф (бедствий)	<p>1. Принятие комплекса мер, направленных на ликвидацию последствий для здоровья, вызванных наступлением риска (мобилизация медицинских кадров, оснащение лекарственными средствами и др.)</p> <p>2. Внесение предложений в уполномоченные государственные органы по бюджетному планированию о необходимости средств на дополнительное оснащение медицинских пунктов и организации здравоохранения современными средствами по оказанию первой медицинской помощи при травмах, а также на дополнительный объем оказания экстренной стационарной помощи или перераспределение бюджетных средств.</p>
Отток медицинских кадров в связи с недостаточными мерами социальной поддержки медицинских работников	Расширение действующих меморандумов новыми мероприятиями, направленными на закрепление кадров на местах

2. Стратегическое направление Обеспечение социальной защиты населения

2. 1) Основные параметры развития регулируемой сферы деятельности

Министерство в своей деятельности по достижению главной цели Стратегии 2050 – вхождения Казахстана в число 30-ти развитых стран мира, следует принципу *укрепления благосостояния казахстанцев*.

В этих целях будет продолжено создание эффективной системы социальной защиты нуждающихся категорий граждан, основанной на одном из принципов развития казахстанской модели социального развития – адресности и эффективности, исключая иждивенчество.

Государство гарантирует социальную защиту населения, сопровождая человека на всех этапах его жизни, начиная с рождения. Таким образом, реализуется следующий принцип Концепции социального развития Республики Казахстан до 2030 года - *гражданам на каждом этапе их жизни гарантируются минимально необходимый уровень предоставления социальных*

услуг – минимальные социальные стандарты, которые закладывают равные стартовые возможности для самореализации человека.

Через систему поддержки материнства и детства создаются благоприятные условия для повышения рождаемости и улучшения положения семей с детьми.

Для лиц трудоспособного возраста в случае наступления возможных социальных рисков и для создания достойных условий жизни для лиц пожилого возраста функционирует и совершенствуется многоуровневая система социального обеспечения.

Кроме этого в случае ухудшения материального положения граждан ниже установленного предела (величина ПМ, черта бедности), наступления трудной жизненной ситуации применяются меры социальной поддержки и предоставление специальных социальных услуг.

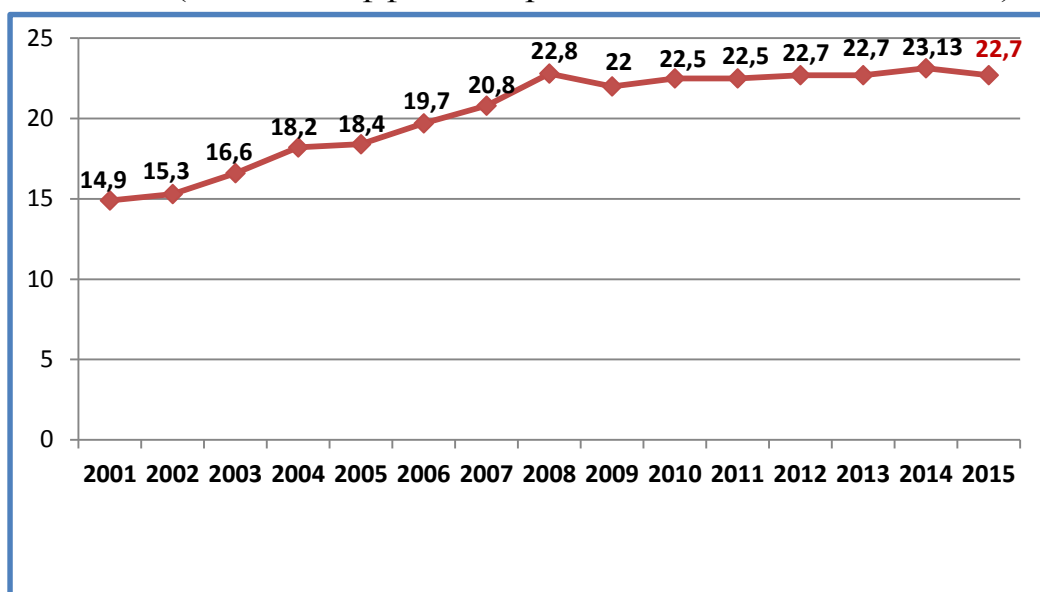
Последние три года показывают следующую ситуацию развития данного направления деятельности

Развитие социальной поддержки материнства и детства.

Министерство, являясь одним из звеньев в системе управления демографическими процессами, призвано содействовать созданию благоприятных условий для повышения рождаемости улучшения положения семей с детьми.

Следует отметить положительную динамику роста численности населения: на 1 января 2016 года она составила 17,7 млн. человек против аналогичного показателя на начало 2014 года – 17,2 млн. человек, 2015 года – 17,4 млн. человек.

Динамика рождаемости
(общий коэффициент рождаемости на 1000 человек)



Рост населения был обеспечен, главным образом, за счет роста рождаемости. В последние три года среднегодовое количество рожденных

детей превысило 390 тыс. (387,2 тыс. – в 2013 году; 399,9 тыс. – в 2014 году; 397,6 тыс. – в 2015 году) коэффициент рождаемости в 2013 – 2015 годы составил в среднем 22,8 на 1 тыс. населения.

На улучшение демографической ситуации определенное влияние оказало развитие системы социальной поддержки семей с детьми. В республике выплачиваются широко распространенные в международной практике (в т.ч. Российской Федерации, Республиках Беларусь и Украина):

ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

	2013		2014		2015	
	кол-во, тыс.ч.	сумма, млрд.тг	кол-во, тыс.чел.	сумма, млрд.тг	кол-во, тыс.чел.	сумма, млрд.тг
1. Пособие на рождение ребенка	391,7	22,1	417,8	26,1	399,1	27,3
2. Пособие по уходу за ребенком до 1 года	159,4	27,9	173,5	31,1	142,3	28,6
3. Пособие лицу, воспитывающему ребенка-инвалида	61,9	14,3	65,8	16,8	69,3	19,1
4. Специальное государственное пособие многодетным матерям:						
- награжденным госнаградами;	246,5	31,3	245,8	34,6	243,6	37,1
- имеющих 4 и более несовершеннолетних детей	210	17,6	220,1	20,6	232,2	23,4
5. Пособие на детей до 18 лет из малообеспеченных семей	569,3	8,6	562,6	9,5	551,2	10,2
6. Адресная социальная помощь	60,7	1,4	56,1	1,3	38,2	0,9
7. Социальные выплаты из ГФСС в случае:						
- потери дохода в связи с беременностью и родами;	161,3	41,2				
- уходом за ребенком до одного года	112,4	38				

1) единовременные государственные пособия на рождение ребенка в размерах от 31,41 месячного расчетного показателя (далее – МРП) (на рождение первого, второго и третьего ребенка) до 52,35 МРП (на рождение четвертого и последующих детей), выплачиваемые семьям из республиканского бюджета вне зависимости от дохода;

2) пособие по уходу за ребенком до 1 года. Неработающим матерям, оно выплачивается из республиканского бюджета вне зависимости от дохода в дифференцированном размере от 5,76 до 8,90 МРП (с учетом количества рожденных и воспитываемых в семье детей). Работающие матери с 2008 года получают социальные выплаты из АО «Государственный фонд социального страхования» (далее – ГФСС) в размере 40 % от их застрахованного дохода за последние 24 месяца до даты рождения ребенка, а также социальные выплаты на случай потери дохода в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей);

3) пособие родителям, опекунам, воспитывающим детей-инвалидов в размере 1,05 минимальной заработной платы;

4) пособие на детей до 18 лет, назначаемое и выплачиваемое малообеспеченным семьям, доходы которых ниже продовольственной корзины, из местного бюджета в размере 1,05 МРП на ребенка. Замедление темпов экономического роста, а также нестабильная ситуация в течение 2014-2015 года на мировых рынках повлияли на темпы сокращения численности получателей данного пособия на детей до 18 лет.

Кроме этого, в Казахстане в целях повышения авторитета многодетных матерей ежемесячно выплачиваются специальные государственные пособия многодетным матерям, награжденным государственными наградами и многодетным семьям, имеющих четырех и более совместно проживающих несовершеннолетних детей.

Эффективность принимаемых мер не только позволила увеличить число рожденных детей, но и увеличить долю семей, в которых рождено четыре и более ребенка.

Социальное обеспечение

В 2015 году в Казахстане функционирует соответствующая принципам рыночной экономики многоуровневая модель системы социального обеспечения, предусматривающая распределение ответственности за социальное обеспечение между государством, работодателем и работником на базовом, обязательном и добровольном уровнях.

Основанием социального обеспечения являются постоянно обновляемые минимальные социальные стандарты. В сравнении с 2013 годом:

1) прожиточный минимум увеличился на 20,1 % (с 17 789 тенге до 21 364 тенге в 2015 году; 2014 год – 19 051 тенге). Установленная величина прожиточного минимума на 2016 год составляет 22 859 тенге.

2) минимальные размеры пенсий с учётом базовой пенсионной выплаты – более чем в 1,2 раза (с 28 396 до 34 874 тенге в 2015 году; с 1 апреля 2014 года – 32 186 тенге).

По солидарной пенсионной системе

В соответствии с поручениями Главы государства, основными положениями социальной программы Народной платформы партии «Нұр Отан» и программой действий Правительства пенсионные выплаты в 2013 году были повышены на 9 % (с опережением уровня инфляции на 2 %), в 2014 году были доведены до 14% в сравнении с 2013 годом, в 2015 году – на 9%.

С учетом базовой пенсионной выплаты (11 182 тенге), в 2015 году максимальный размер составил 72 129 тенге (в 2013 году – 59 962 тенге; в 2014 году – 67 399), средний размер составил – 50 561 тенге (в 2013 году – 41 727 тенге; в 2014 году – 46 507). На 1 января 2016 года более 2,0 млн. человек получали базовую пенсионную выплату.

Системное повышение размера пенсионных выплат позволило повысить жизненный уровень пожилых граждан и обеспечить один из наиболее высоких уровней пенсионного обеспечения среди стран СНГ.

Совокупный коэффициент замещения дохода за счет базовой и солидарной пенсионной выплат достиг в 2015 году 42,0 %, что превышает минимальные нормы МОТ (не менее 40 %), в 2013 году – 41,2 %, 2014 году – 42,8 %.

Коэффициент замещения в межстрановом сопоставлении выглядит следующим образом: в среднем по странам организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) – 56-57 %; в странах ЕС – около 50 %; в среднем по выборке формирующихся рынков, входящих в ОЭСР – 52 %; в Российской Федерации – 34,3 %.

Проводится работа по модернизации пенсионной системы.

В целях создания необходимых условий для увеличения пенсионных накоплений граждан и повышения их инвестиционной доходности в 2013 году создан Единый накопительный пенсионный фонд.

С начала 2014 года введено:

- субсидирование обязательных пенсионных взносов для работающих женщин в период их нахождения в отпусках по уходу за детьми до одного года, способствующее увеличению их пенсионных накоплений, достижению адекватного уровня пенсионного обеспечения;

- обязательные профессиональные пенсионные взносы за счет средств работодателей в пользу работников, занятых во вредных (особо вредных) условиях труда.

18 июня 2014 года Указом Главы государства принята Концепция дальнейшей модернизации пенсионной системы Республики Казахстан до 2030 года.

В анализируемом периоде наблюдается расширение участия работников в накопительной пенсионной системе (далее – НПС), по состоянию на 1 января 2016 года объем пенсионных накоплений составил более 5,8 трлн. тенге. При этом количество индивидуальных пенсионных счетов вкладчиков составило 9,9 млн. (на 1 января 2015 года – 4,5 трлн. тенге на 9,7 млн. счетах, на 1 января 2014 года – 3,7 трлн. тенге на 9,5 млн. счетах).

Охват занятого населения НПС в 2015 году составил 70,4% (2013 год – 68,9%, 2014 год – 70,7%).

В дальнейшем развитие системы пенсионного обеспечения будет осуществляться с учетом утвержденной Концепции дальнейшей модернизации пенсионной системы Республики Казахстан до 2030 года. В целом реализация Концепции позволит обеспечить сохранение соотношения среднего размера совокупных пенсионных выплат к среднемесячной заработной плате до 2030 года не менее 40% от утраченного дохода и расширение охвата населения пенсионной системой до 80% от занятого населения.

По социальному обеспечению

Социальные выплаты в 2011-2013 годах были повышены на 7%, в 2014 году их размеры повысились до 12% в сравнении с 2013 годом, в 2015 году – 7%.

Численность получателей государственных социальных пособия (далее - ГСП) в 2015 году в среднем по республике составила 670,0 тыс. человек (в 2013 году – 679,1 тыс. человек, 2014 году – 671,9 тыс. человек) в том числе инвалидов – 494,7 тыс. человек (в 2013 году – 480,4 тыс. человек, 2014 году – 488,5 тыс. человек), семей, потерявших кормильца – 170,2 тыс. человек (в 2013 году – 180,0 тыс. человек, 2014 году – 175,5 тыс. человек), по возрасту – 5,1 тыс. человек (в 2013 году – 18,6 тыс. человек, 2014 году – 7,9 тыс. человек).

Средний размер ГСП в 2015 году составил по инвалидности – 22 710 тенге (в 2013 году – 19 030 тенге, 2014 году – 20 962 тенге), по утере кормильца – 20 555 тенге (в 2013 году – 17 427 тенге, 2014 году – 18 905 тенге), по возрасту – 11 110 тенге (в 2013 году – 9 330 тенге, 2014 году – 10 382 тенге).

По социальному страхованию

С начала введения в действие системы обязательного социального страхования, с 2005 года по состоянию на 1 января 2016 года, сумма осуществленных социальных выплат из ГФСС составила 606,3 млрд. тенге, при этом в 2013 году – 88,4 млрд. тенге, в 2014 году – 106,1 млрд. тенге, в 2015 – 126,7 млрд. тенге.

Таким образом, работники формального сектора приобрели дополнительную форму социальной защиты при наступлении 6 социальных рисков - утраты трудоспособности; потери кормильца; потери работы; потери дохода в связи с беременностью и родами; потери дохода в связи с усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей); потери дохода в связи с уходом за ребенком по достижении им возраста одного года.

Расширяется участие работников в системе обязательного социального страхования (число участников системы обязательного социального страхования составило в 2013 году – 5,8 млн., в 2014-2015г.г. – 5,9 млн.)

В 2015 году повышены на 7 % социальные выплаты по утрате трудоспособности и по потери кормильца из ГФСС. Средний размер социальной выплаты из ГФСС по утрате трудоспособности в 2015 году составлял 10 761 тенге (в 2013 году – 8 540 тенге, в 2014 году – 9 655 тенге), по потере кормильца – 14 058 тенге (в 2013 году – 11 399 тенге, в 2014 году 12 719 тенге).

В 2015 году были произведены социальные выплаты 704,5 тыс. получателям в сумме 126,7 млрд. тенге (в 2013 году – 549,5 тыс. получателям в сумме – 88,4 млрд. тенге, в 2014 году – 616,8 тыс. получателям в сумме 106,1 млрд. тенге).

Социальная поддержка уязвимых категорий населения. В Казахстане функционирует система социальной помощи, которая охватывает малообеспеченные слои населения.

В 2015 году:

- адресная социальная помощь (далее - АСП) назначена 38,2 тыс. гражданам с доходами ниже черты бедности, что ниже в сравнении с

аналогичным периодом 2014 года на 31,9 % (2013 года – на 37,1 %), при этом сумма назначений составила 1 млрд. тенге. Средний размер АСП – 2 179,0 тенге;

- пособием на детей до 18 лет из малообеспеченных семей охвачено 551,2 тыс. детей, что меньше на 2,1 % в сравнении с аналогичным периодом 2014 года (в сравнении с 2013 годом меньше на 3,2 %), сумма назначений составила 10,2 млрд. тенге;

- жилищная помощь назначена 93,9 тыс. семей, что на 14,7 % меньше по сравнению с 2014 годом (на 23,8% меньше в сравнении с 2013 годом). Сумма назначений составила 2,6 млрд. тенге. Средний размер – 2 179 тенге.

В реализацию поручения Главы государства проводится работа по изменению *идеологии оказания адресной социальной помощи*.

С 2014 года новые подходы оказания социальной помощи апробируются в Акмолинской, Восточно-Казахстанской и Жамбылской областях, где внедрен пилотный проект «Өрлеу», предусматривающий оказание обусловленной денежной помощи для лиц, заключивших социальный контракт.

Суть проекта заключается в возможности получить увеличенный размер социальной помощи при условии участия трудоспособных членов семьи в программах занятости и подписании социального контракта.

С 1 июля 2015 года география проекта «Өрлеу» была расширена еще на 38 пилотных района и города за счет средств местного бюджета.

В 2015 году в проекте участвовало около 3,2 тысяч семей или 20,2 тыс. человек. В активные формы содействия занятости были привлечены 4857 человек или 90 % от общего количества трудоспособных участников проекта «Өрлеу».

В результате доходы участников проекта увеличились более чем в 2,1 раза, доля трудоспособного населения в структуре получателей АСП сократилась на 42,4%, количество получателей АСП снизилось на 37,7 % и ГДП на 4,9%.

Предпринимаемые меры способствовали повышению благосостояния граждан. Уровень бедности в стране снижается – доля населения с доходами ниже величины прожиточного минимума в 2015 году составила 2,7 %, против 2,8 % в 2014 году (2,9 % в 2013 году). При этом в сравнении со странами СНГ, уровень бедности в Казахстане низкий, к примеру, по итогам 2014 г. в Белоруссии уровень бедности составил 4,8 %, на Украине – 8,4 %, в России – 11,2 % (по итогам 2013 г. в Белоруссии – 5,5 %, на Украине – 7,8 %, в России – 11,0 %).

Предоставление специальных социальных услуг, социальная защита инвалидов.

Для обеспечения условий по преодолению трудной жизненной ситуации активно используется предоставление специальных социальных услуг.

В соответствии с Законом Республики Казахстан «О специальных социальных услугах» (далее – Закон) принимаются меры по повышению

качества социального обслуживания лиц, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

В реализацию Закона поэтапно разработаны и внедрены стандарты оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения (далее – Стандарт) (в 2009 году введен в действие Стандарт для детей-инвалидов с психоневрологическими заболеваниями; в 2010 году для лиц, с этими видами заболевания старше 18 лет; в 2011 году для детей, имеющих нарушение опорно-двигательного аппарата и лиц пожилого возраста; в 2012 году введен Стандарт оказания специальных услуг в условиях временного пребывания для лиц без определенного места жительства).

В 2016 году разработан и начата пилотная реализация Стандарта для жертв торговли людьми в 4 регионах (Костанайская, Южно-Казахстанская области, города Астана и Алматы).

В целом, по итогам 2015 года специальные социальные услуги получили более 97 тыс. людей (инвалиды, в том числе дети-инвалиды, престарелые лица и лица без определенного места жительства, в 2014 году – более 90 тыс. людей, в 2013 году – более 88 тыс. людей).

В рамках осуществляемой модернизации системы социального обслуживания внедрены альтернативные формы оказания специальных социальных услуг путем расширения отделений дневного пребывания (в 2015 году действовало 50 отделений дневного пребывания с охватом 1,8 тыс. человек, в 2014 году - 47 отделений с охватом 1,7 тыс. человек).

Создан и расширяется конкурентный рынок предоставления специальных социальных услуг. С 2009 года число областей, разместивших государственный заказ на предоставление специальных социальных услуг среди неправительственных организаций (далее – НПО), возросло с 4 до 15 в 2015 году.

В 2015 году специальные социальные услуги гражданам (более 5 000 человек) предоставляли 81 НПО, в том числе 20 НПО за счет средств местного бюджета (за счет средств республиканского бюджета в 2013 году – 55 НПО, в 2014 году – 62 НПО, в 2015 году – 61 НПО). Отмечен рост числа лиц, охваченных специальными социальными услугами (за счет средств республиканского бюджета в 2015 году охвачено - 3 488 человек, в 2014 году – 3 482 человек, 2013 году – 3 451 человек).

Удельный вес лиц, охваченных специальными социальными услугами из числа нуждающихся в их получении, увеличился в 2015 году до 97,4% против 96,3% в 2014 году (2012 год – 92,2%, 2013 год – 95,9%).

В 2016 году в целях совершенствования нормативной правовой базы в области оказания специальных социальных услуг утверждены - Правила ведения внутренней документации в организациях, предоставляющих специальные социальные услуги в области социальной защиты населения *приказ МЗСР РК от 25 февраля 2016 года № 147*); Правила учета одежды и мягкого инвентаря в организациях, предоставляющих специальные социальные услуги в

области социальной защиты населения (*приказ МЗСР РК от 24 февраля 2016 года № 140*); Правила использования пенсионных выплат по возрасту, за выслугу лет и государственных социальных пособий по инвалидности, по случаю потери кормильца медико-социальными учреждениями (организациями) (*приказ МЗСР РК от 24 февраля 2016 года № 139*); Правила предоставления специальных социальных услуг на платной основе (*приказ. МЗСР РК от 25 февраля 2016 года № 146*); Стандарты оказания специальных социальных услуг жертвам торговли людьми (*приказ. МЗСР РК от 24 февраля 2016 года № 138*).

Особое место в системе мер социальной поддержки занимает социальная защита инвалидов. В 2015 году в Казахстане проживали более 637 тыс. инвалидов или 3,6 % от общей численности населения, 63,7 % от их числа составляют лица трудоспособного возраста, 11,9 % – дети (в 2013 году – 626,7 тыс. инвалидов, в 2014 году – 627,2 тыс. инвалидов).

Это требует принятия мер по интеграции их в общество. 20 февраля 2015 года Казахстан ратифицировал Конвенцию о правах инвалидов.

Реализуется План мероприятий по обеспечению прав и улучшению качества жизни инвалидов на 2012 – 2018 годы с привлечением местных исполнительных органов и гражданского общества.

С активным участием организаций инвалидов проведена инвентаризация действующего законодательства, Президентом Республики Казахстан подписан Закон, которым предусмотрено внесение изменений в 3 Кодекса и 21 Закон.

За счет средств бюджета инвалиды обеспечиваются техническими вспомогательными (компенсаторными) средствами реабилитации, им своевременно выплачиваются социальные пособия. В 2015 году доля реализованной социальной части индивидуальных программ реабилитации инвалидов (из числа разработанных ИПР за отчетный период прошлого года) обеспечена на уровне 68% (в 2014 году – 77%, в 2013 году – 80,9%).

На местном уровне принимаются меры по обеспечению безбарьерной среды для лиц с ограниченными возможностями. В 2015 году адаптировано 6 833 объекта, еще 7,4 тыс. из 26,1 тыс. объектов, прошедших паспортизацию, подлежат адаптации (в 2013 году – 500 объектов, в 2014 – 2 371 объект). В 2016 году планируется адаптировать более 3 тыс. объектов.

Особое значение уделяется занятости лиц с ограниченными возможностями. Ежегодно в течение 2013-2015г.г. имеют постоянную занятость более 80 тыс. инвалидов. В 2015 году 4,4 тыс. лиц с ограниченными возможностями стали участниками Программы «Дорожная карта занятости 2020» (в 2013 году – 1,8 тыс. человек, в 2014 году – 5,6 тыс. человек,). Для активизации данной работы утверждены и реализуются региональные карты трудоустройства инвалидов.

2.2) Анализ основных проблем

В деятельности, связанной с развитием сферы социальной защиты населения, сохраняются определенные проблемы.

1. Недостаточный уровень участия в накопительной пенсионной системе. Охват занятого населения накопительной пенсионной системой в 2015 году составляет 70,4%, и хотя в анализируемом периоде наблюдается увеличение охвата, актуальность проблемы сохраняется (в 2013 году – 68,9%, в 2014 году – 70,7%).

Неформальный сектор экономики продолжает занимать значительную часть экономически активного населения, лишенного социальной защиты.

В структуре занятого населения велика доля самостоятельной занятости, по итогам 2015 года – 27,0 или более 2,3 млн. человек (в 2013 году – 30,6 или 2,6 млн. человек, в 2014 году – 28,2 или более 2,4 млн. человек). Основная часть самозанятых проживает в сельской местности и занята на личном подворье, доходы от которого зачастую невелики. В подавляющем большинстве самозанятые не охвачены системой социальной защиты и поддержки. Так в структуре самозанятых в 2015 году 22,0 % отнесены к занятым непродуктивно (в 2013 году¹ – 38,6 %, в 2014 году 30,1 %).

2. Требуется совершенствование методика определения прожиточного минимума. Прожиточный минимум сегодня не соответствует фактическим потребительским расходам наименее обеспеченного населения в виду продолжающегося роста доходов населения. Так, по данным Комитета по статистике Министерства национальной экономики РК в апреле 2016 года величина ПМ составила 20 527 тенге, при этом отмечается устойчивый рост непродовольственных расходов населения, которые явно превысили 50% общих расходов.

3. Недостаточное развитие активных форм преодоления бедности и несоответствие критериев оказания социальной помощи международным стандартам.

Несмотря на принимаемые меры в стране сохраняется бедность, в особенности на селе.

По итогам 2015 года в структуре получателей адресной социальной помощи около 29,2 % составляют лица трудоспособного возраста, что обусловлено как субъективными причинами (иждивенческое настроение у части получателей, не желающих трудиться), так и объективными причинами (дефицит свободных рабочих мест, особенно в сельской местности, несоответствие уровня образования малообеспеченных предъявляемым квалификационным требованиям), а также недостаточной эффективностью активных мер, направляемых на эту категорию.

4. Недостаточность развития сети объектов, оказывающих специальные социальные услуги.

¹ Статданные по самозанятым публикуются с 2013 года

Действующие организации, оказывающие специальные социальные услуги, в основном сосредоточены в крупных городах и областных центрах. Несмотря на увеличение неправительственных организаций, предоставляющих специальные социальные услуги, они в основном также функционируют в городской местности. При этом, зачастую, медико-социальные организации не имеют пунктов сопровождения родителей, что важно для сохранения в семье ребенка или члена семьи, попавшего в трудную жизненную ситуацию.

Таким образом, в большинстве случаев жители сельской местности вынуждены для получения специальных социальных услуг обращаться в действующие организации городской местности.

5. Недостаточные возможности полноценного участия в жизни общества лиц с ограниченными возможностями.

Сегодня проводимой работы по созданию безбарьерной среды для инвалидов недостаточно.

В 2013-2015 годах паспортизировано 26,1 тыс. объектов, из них более 72% признаны нуждающимися в адаптации. Однако за этот период местные исполнительные органы адаптировали к потребностям инвалидов только 6 833 объект социальной инфраструктуры (в т.ч. в 2013 году – 500 объектов, 2014 году – 2 371 объектов, 2015 году – 3 962 объектов).

Требуют активизации и вопросы трудоустройства инвалидов.

2.3) Управление рисками

Наименование возможного риска	Мероприятия по управлению рисками, реализуемые при условии наступления риска
Повышение уровня инфляции сверх установленного прогнозом социально-экономического развития в условиях ухудшения текущей ситуации экономики особого периода (ухудшение социального положения населения)	1. Внесение предложений по повышению размеров пенсий и государственных социальных выплат, направленных на минимизацию негативных последствий в уполномоченный орган
Рост численности лиц, нуждающихся в оказании специальных социальных услуг, вызванный внешними факторами (ухудшение экологии, здоровья населения, текущей ситуации экономики особого периода и др.)	1. Внесение предложений по выделению целевых трансфертов из республиканского бюджета на расширение государственного социального заказа в уполномоченный орган 2. Расширение видов альтернативных форм оказания специальных социальных услуг на региональном уровне

3. Стратегическое направление. Формирование политики занятости и регулирования трудовых отношений, управление миграционными процессами

3.1) Основные параметры развития регулируемой сферы деятельности

В соответствии со Стратегией – 2050, Стратегическим планом развития Республики Казахстан до 2020 года вопросам создания условий для вовлечения граждан в продуктивную занятость уделяется особое внимание.

В стране реализуется комплекс мер, направленных на стимулирование *производительной занятости*, сдерживанию уровня безработицы в условиях экономики особого периода и снижение численности непродуктивной категории самостоятельно занятых лиц.

Учитывая масштабы миграционных процессов, их влияние на социально-экономическую ситуацию в Казахстане, актуальным направлением деятельности в соответствии с отведенной компетенцией является рациональное управление миграционными процессами.

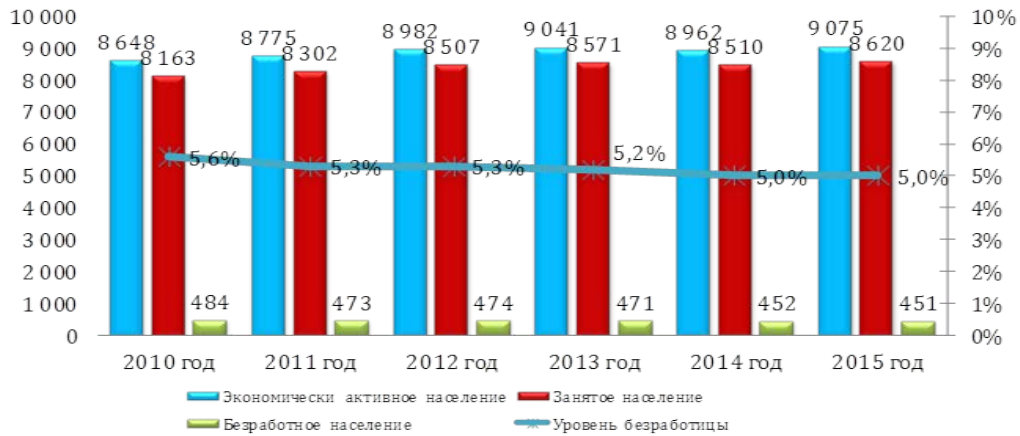
Диверсификация экономики требует наращивания трудовых ресурсов с необходимыми навыками. Их долгосрочный рост обеспечивается увеличением численности населения. В этих условиях деятельность Министерства и местных исполнительных органов направлена на *обеспечение соблюдения трудовых прав граждан, улучшение условий безопасности и охраны труда*. Продолжается реализация мер, направленных на повышение грамотности работников и работодателей основам трудового законодательства и вопросам развития навыков и умений вести переговоры и достижения консенсуса в трудовых конфликтах.

Последние три года показывают следующую ситуацию развития данного направления деятельности.

Рынок труда и занятость. В ходе социально-экономических преобразований в стране создан динамично развивающийся рынок труда, устойчиво повышается экономическая активность и уровень занятости населения. Уровень экономической активности населения в 2015 году составил 71,1 %, и по сравнению с 2014 годом вырос на 0,4%. В 2013 году уровень экономической активности населения составлял – 71,7 %. Численность занятого населения составила – 8 623,7 тыс. человек (2013 год – 8 570,6 тыс. человек, 2014 год – 8 510,0 тыс. человек).

В 2015 году численность экономически активного населения в возрасте 15 лет и старше превысила 9 074,0 тыс. человек (в 2013 году – 9 041,3 тыс. человек, в 2014 году – 8 961,9 тыс. человек). В общей численности экономически активного населения городское население составило 5 149,6 тыс. человек (56,7%), женщины – 4 430,7 тыс. человек (48,8%).

Динамика рынка труда



Уровень занятости к экономически активному населению за трехлетний период увеличился на 0,2 %, достигнув в 2014-2015 годах 95,0 % (2013 году – 94,8 %). В структуре занятого населения численность самостоятельно занятых составила 2 328,9 тыс. человек (2013 год – 2 621,0 тыс. человек, 2014 год – 2 400,4 тыс. человек).

Уровень безработицы снизился – с 5,2% в 2013 году до 5,0% в 2014-2015 годах.

С 2013 года численность безработного населения снизилась на 19,6 тыс. человек и составила 451,1 тыс. человек (2014 год – 451,9 тыс. человек, 2013 год – 470,7 тыс. человек).

Складывающаяся в последние годы стабильная положительная ситуация на рынке труда обуславливается также и реализацией своевременных антикризисных мер. В 2011 году новая стратегия занятости получила свое развитие. По поручению Главы государства была разработана Программа занятости 2020, нацеленная на повышение доходов населения, путем содействия устойчивой и продуктивной занятости. В 2013 году она была преобразована в Дорожную карту занятости 2020 (далее – Программа).

В соответствии с поручениями Главы государства 22 декабря 2015 года постановлением Правительства Республики Казахстан № 1029 актуализирована программа «Дорожная карта занятости 2020».

За 2011-2015 годы на реализацию Программы выделено 329,3 млрд. тенге. Это позволило вовлечь в Программу более 470 тысяч человек, из которых 57,9 % ранее безработных, более 48 % самостоятельно занятых, а также около 8% малообеспеченные и наемные работники.

В рамках *первого направления* Программы на реализованных 4 821 проектах были созданы 63,2 тыс. рабочих мест, на которые трудоустроены 34,0 тыс. участников.

Реализация Дорожной карты занятости 2020 (2013-2015 г.г.)

Мероприятие	2013	2014	2015
-------------	------	------	------

1	Реализовано проектов	1 714	1 979	565
	Трудоустроены на проекты	23 568	23 793	8 601
2	Прошли обучение основам предпринимательства	10 310	9 288	2810
	Получили микрокредиты	11 181	9 607	4 385
	Трудоустроены на дополнительное рабочее место	9 201	10 656	6 134
3.	Охвачены обучением	48 615	35 740	13 952
	1 Трудоустроено из числа завершивших обучение	22 278	19 337	10 422
3.	Переселено, человек	4 579	3 456	1 020
	2 Трудоустроено из числа трудоспособного возраста	2 431	1 401	371

В рамках *второго направления* прошли обучение основам предпринимательства 33,4 тыс. человек. Микрокредиты получили 34,7 тыс. человек, из которых около 70% или 24,2 тыс. человек стали предпринимателями, открыв собственное дело. Развитие предпринимательства на селе сопровождалось открытием новых рабочих мест. Это позволило дополнительно трудоустроить еще около 33,1 тыс. человек;

Приняты меры по обучению и переселению участников Программы

По третьему направлению для повышения профессиональной мобильности бесплатным обучением было охвачено 122,9 тыс. человек, которым также были предоставлены меры государственной поддержки в виде субсидий на проезд до места обучения и проживание. Из 118,4 тыс. участников программы, завершивших обучение, около 87,4 процентов были трудоустроены. Свыше 173,5 тыс. представителей целевых групп были трудоустроены на социальные рабочие места и по программе «молодежная практика».

С начала реализации Программы (2011-2014 гг.) в населенные пункты с высоким экономическим потенциалом было переселено около 17,2 тысяч человек. 78,0% из состава переселившихся трудоспособных были трудоустроены по новому месту жительства.

Основной показатель эффективности Программы, удельный вес трудоустроенных на постоянное место работы, в 2015 году составил 91,3% (в 2013 году – 64,4%, 2014 году – 83,9%). В последние три года наблюдается рост доли продуктивно занятых в общем количестве самостоятельно занятых, если в 2013 году она составляла – 61,4%, то в 2015 году – 77,6% (2014 год – 69,9%).

Анализ международного опыта показывает, что активная политика на рынке труда (далее – АПРТ) имеет огромное значение в рамках национальных политик занятости передовых стран. АПРТ в Казахстане включает многие из инструментов, применяемых в зарубежных странах. В развитых странах на фоне активных демографических тенденций старения населения особенно остро стоят проблемы занятости молодежи, лиц предпенсионного и пожилого

возраста, следствием которых является избыток работников старшего возраста, а также вымещение с рынка труда молодых работников.

Развитие Национальной системы квалификации

Одним из главных ориентиров стратегического развития нашей страны является создание новых высокотехнологичных отраслей экономики, которые необходимо обеспечить высококвалифицированными рабочими кадрами.

Растущие требования к уровню подготовки и практическим навыкам со стороны работодателей должны совпадать с профессиональными компетенциями специалистов.

Для того, чтобы преодолеть этот разрыв, начиная с 2012 года в Казахстане создана новая система квалификаций, разработаны профессиональные стандарты, соответствующие современным требованиям производства и направленные на повышение качества подготовки специалистов.

В 2013-2015 г.г. разработано 449 профстандартов, в том числе в 2013 году – 323, в 2014 году – 88, в 2015 году – 38.

В целях разграничения полномочий на разработку и утверждение профстандартов между государственным сектором и объединениями работодателей внесены дополнения в Трудовой кодекс Республики Казахстан. С января 2016 года разработка, пересмотр и замена профстандартов передана Национальной палате предпринимателей и объединениям работодателей.

В связи с пересмотром и утверждением в 2016 году новой Национальной рамки квалификаций, государственными органами совместно с отраслевыми советами по подготовке кадров, ассоциациями работодателей ведется работа по пересмотру отраслевых рамок квалификаций, анализ деятельности отрасли на работы (услуги), осуществляемые государственными органами и работодателями.

Миграция населения. По оценкам Международной организации по миграции Казахстан относится к странам мира, где наблюдаются наиболее сильные миграционные процессы.

В настоящее время миграционная ситуация в республике характеризуется:

1) интенсивной внутренней миграцией. В Казахстане в течение последних лет сохраняется высокий показатель межрегиональной миграции и направления миграционных потоков. С 2013 года по 2015 год в процессы межрегиональной миграции было вовлечено более 1,2 млн. человек. Ее составляющими является миграция населения из сельских населенных пунктов в регионы с более высоким уровнем жизни и развитой инфраструктурой, из экологически неблагоприятных регионов в регионы с лучшей экологической средой.

В 2015 году наибольший отток населения, преимущественно в трудоспособном возрасте, приходится на Акмолинскую, Южно-Казахстанскую, Жамбылскую, Восточно-Казахстанскую, Северо-Казахстанскую области.

Основными регионами притока населения являются города Астана, Алматы, Алматинская и Мангистауская область;

2) оптимальным привлечением иностранной рабочей силы (далее – ИРС). В целях защиты внутреннего рынка труда, Правительством Республики Казахстан устанавливается квота на привлечение ИРС. На 2014-2015 годы квота ежегодно устанавливалась в размере 0,7 % к экономически активному населению республики, что составляет 63 тыс. чел. (2013 год – 1,2% или 108 тыс. чел.). По состоянию на 1 января 2016 года действовало 32,4 тыс. разрешений, или 0,5 % от числа наемных работников (на конец 2013, 2014 годов действовало 23,1 тыс. и 30,7 тыс. разрешений, соответственно).

При этом доля специалистов (1-3 категории иностранных работников) среди привлекаемой ИРС сохраняется на уровне 70% (2013 год – 75,7 %, 2014 год – 70,0 %).

3) стабильной динамикой прибывающих ежегодно этнических казахов. За годы независимости на историческую родину прибыло свыше 261 104 тыс. семей или более 957 772 тыс. этнических казахов (в 2013 году – 15 338 тыс. семей или 33 952 тыс. казахов, в 2014 году – 3 792 тыс. семей или 8 247 тыс. казахов и в 2015 году – 1 920 тыс. семей или 4 890 тыс. казахов).

Анализ международного опыта совершенствования внешней миграции показывает, что большие возможности для привлечения высококвалифицированных специалистов существуют при создании открытого рынка привлечения ИРС. К примеру, на создание такого рынка направлена иммиграционная политика Сингапура, Канады, Гонконга, Новой Зеландии.

Трудовые отношения.

Во исполнение поручения Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева в рамках реализации 100 шагов по реализации пяти институциональных реформ (шаг 83 «либерализация трудовых отношений») разработан и принят Трудовой кодекс Республики Казахстан (введен в действие 1 января 2015 года).

Трудовым кодексом четко определены границы государственного вмешательства в сферу трудовых отношений между работодателем и работниками, и с учетом обеспечения баланса интересов сторон, определена роль и ответственность субъектов трудовых отношений.

Установлены минимальные трудовые стандарты, базовые гарантии и компенсации работникам.

Трудовой кодекс позволит расширить механизмы гибкого регулирования трудовых отношений, снять ряд ограничений, препятствующих развитию предприятий, что в свою очередь, положительно скажется на развитии предпринимательства, рынка труда и привлечения инвестиций.

В реализацию Трудового кодекса Республики Казахстан приняты 37 нормативных правовых актов (4 ППРК и 33 приказа МЗСР РК).

Принимаются меры по профилактике социальной напряженности в трудовых коллективах.

Данные меры реализуются путем выявления и предупреждения наиболее проблемных вопросов трудовой сферы, влияющих на дестабилизацию ситуации на предприятиях. В этих целях с начала 2015 года проводится:

- ежемесячный мониторинг социальной напряженности в трудовой сфере с составлением Карты трудовых конфликтов;
- еженедельный мониторинг и контроль задолженности по заработной плате;
- работа по заключению меморандумов о сотрудничестве между акимами регионов, руководителями производственных предприятий и профсоюзами по стабилизации производственных процессов, обеспечению трудовых прав и гарантий работников, трудоустройству высвобождаемых работников, а также еженедельному контролю исполнения взятых в рамках меморандумов обязательств.

В формате межведомственной рабочей группы в составе органов прокуратуры, уполномоченных органов труда, по работе с несостоятельными должниками, исполнению судебных актов ведется ежедекадный мониторинг и контроль своевременной выплаты заработной платы.

В результате принятых мер снижается задолженность по заработной плате, защищены права более 15 тыс. работников, выплачено более 2 млрд. тыс. тенге.

За последние три года она снизилась более чем в 2 раза (на 1 января 2014 года – 737,9 млн. тенге, на 1 января 2015 года – 106,3 млн. тенге, на 1 января 2016 года 275,7 млн. тенге).

С начала 2016 года госинспекторами труда в 699 предприятиях выявлена текущая задолженность по заработной плате перед 21 615 работниками на сумму 2,7 млрд. тенге. Руководству данных предприятий выданы 489 обязательных для исполнения предписания, и наложено 481 штраф на сумму - 82,7 млн. тенге.

Ведется работа по заключению меморандумов о сотрудничестве между акимами регионов, руководителями производственных предприятий и профсоюзами, а также еженедельному контролю исполнения взятых в рамках меморандумов обязательств.

На 1 января т.г. по республике было заключено 75,3 тыс. меморандумов, затрагивающих права более 2,3 млн. работников, с охватом 78,7% крупных и 46,6% средних и малых производственных предприятий страны.

В результате принимаемых мер с 2014 года количество трудовых конфликтов снижено более чем в два раза.

По состоянию на 1 января 2016 года госинспекторами труда осуществлено 11 421 проверки, в ходе которых было выявлено более 19,5 тыс. нарушений трудового законодательства. В 2014 году было выявлено более 21,6 тыс. указанных нарушений, в 2013 – 33,1 тыс. нарушений трудового законодательства.

По результатам выявленных нарушений в отношении юридических лиц и должностных лиц организаций, госинспекторами труда наложено более 4,2 тыс. штрафов на общую сумму 429,6 млн. тенге (на 1.01.2015 г. – 287,4 млн. тенге, на 1.01.2014 г. – 463,5 млн. тенге).

Принимаются меры для соблюдения работодателями требований безопасности и охраны труда.

На крупных и средних предприятиях страны отмечен рост внедренных международных и национальных стандартов по безопасности и охраны труда. В 2015 году число внедренных стандартов составило 1 463, в 2014 году – 1 450; в 2013 году – 1 426).

Предпринимаются меры по стимулированию работодателей.

Так, в соответствии с внесенными в пенсионное законодательство изменениями работодатели освобождаются от уплаты обязательных профессиональных пенсионных взносов в случае устранения вредных (особо вредных) и опасных условий труда, подтвержденных аттестацией производственных объектов. На это же направлена внедряемая практика добровольного декларирования. Она позволяет предприятиям, обеспечивающим соответствие условий труда государственным стандартам получить сертификат и войти в реестр предприятий, гарантированно соблюдающих трудовые права работников.

Такие предприятия не подлежат выборочным проверкам в течение 3 лет, что снимает административные барьеры, и снижает издержки работодателей.

По состоянию на 1 мая 2016 года 40 предприятий республики стали обладателями «Сертификата доверия»

Принимаемые меры способствовали снижению уровня производственного травматизма. В 2015 году коэффициент частоты несчастных случаев на 1000 работающих уменьшился на 21,4% по сравнению с 2013 годом (2015 год – 0,33; 2014 год – 0,39; 2013 год – 0,42).

Коэффициент частоты несчастных случаев со смертельным исходом на 1000 работающих в 2015 году в Республике Казахстан составил около 0,05, при этом за 2011-2014 годы он составил в среднем около 0,065.

Развивается *система социального партнерства*. Действуют трехсторонние комиссии на всех уровнях (24 отраслевых и 16 региональных соглашений, а также на уровне городов и районов более 180 соглашений), 25 декабря 2014 года заключено Генеральное соглашение на 2015-2017 годы.

На 1 января 2016 года системой коллективных договоров охвачено 66,8 тыс. предприятий, или 36,6 % из числа действующих предприятий. Показатель охвата крупных и средних предприятий по сравнению с 2013 годом вырос на 0,7 процентных пунктов, достигнув 93,1 % (2013 год – 92,4%, 2014 год – 92,8%).

11 декабря 2015 года во Дворце Независимости состоялось официальная церемония награждения лауреатов Конкурса социальной ответственности бизнеса «Парыз», проводимого в восьмой раз.

Следует отметить, что в бизнес-сообществе растет понимание социальной ответственности. В конкурсе «Парыз» за годы его проведения (2008-2015) участвовало 3 744 предприятия со всех регионов страны (в 2015 году - 541, 2014 году – 584, 2013 году – 534).

3.2) Анализ основных проблем

В деятельности, связанной с формированием политики занятости и регулирования трудовых отношений сохраняются следующие проблемы.

Несмотря на положительные сдвиги в сфере занятости населения и устойчивое снижение уровня безработицы анализ развития национального рынка труда свидетельствует о наличии определенных вызовов и угроз.

1. Демографические проблемы

Отмечается тенденция старения населения. В перспективе демографическая ситуация может привести к тому, что предложение рабочей силы или доля людей моложе трудоспособного возраста в структуре населения будет меньше ее выбытия. В настоящее время в трудоспособный возраст уже вступает поколение неблагоприятного периода в демографическом отношении 90-х годов прошлого столетия, тогда уровень рождаемости в стране был относительно низким, в особенности в северных регионах. В частности в Северо-Казахстанской области уровень рождаемости 1996 года в 1,4 раза меньше уровня 2013 года (10,5 и 14,82 соответственно), в тоже время в Южно-Казахстанской области уровень рождаемости за аналогичный период был меньше в 1,2 раза (24,9 и 29,59 соответственно).

Национальный рынок труда не сбалансирован.

При наличии безработицы сохраняются незаполненные вакансии. Дефицит рабочей силы, в первую очередь, квалифицированных работников, вызван не высоким качеством трудовых ресурсов и зачастую отсутствием взаимосвязи между производством и обучением.

3. Несовершенными остаются мониторинг и прогноз развития рынка труда и занятости

В настоящее время одной из важнейших задач является создание системы постоянного мониторинга текущих и перспективных потребностей рынка труда в кадрах различной квалификации и прогнозирование потребности в трудовых ресурсах в отраслевом и территориальном аспектах с учетом важнейших стратегических программ государства.

4. Неформальный сектор экономики продолжает занимать значительную часть экономически активного населения, лишённого социальной защиты.

В структуре занятого населения велика доля самостоятельной занятости – 28,2 или более 2,4 млн. человек (по итогам 2014 года), из которых 29,5 % непродуктивно занятые и 70,5 % продуктивно занятые.

5. Неравномерное расселение этнических казахов по территории страны, без учета интересов принимающей стороны и возможностей обустройства переселенцев в регионах.

За годы независимого развития, Республика Казахстан приняла более 957 772 тыс. оралманов, составляющих в настоящее время около 6% от общей численности населения страны. Как правило, выбор места жительства на территории республики определялся оралманами самостоятельно.

В целях упорядочения расселения этнических казахов 2015 года был принят Закон Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам миграции и занятости населения» (далее – Закон) регулирующий вопросы миграции и занятости населения.

Законом Республики Казахстан предусмотрена компетенция Правительства Республики Казахстан по определению регионов расселения оралманов (*Восточно-Казахстанская, Костанайская, Павлодарская, Северо-Казахстанская, Акмолинская, Атырауская и Западно-Казахстанская области*) и установление региональной квоты приема оралманов (*на 2016 год в количестве 463 семей*), а также предусмотрен социальный пакет.

Данные меры приняты для стимулирования расселения этнических казахов в регионах определенных Правительством Республики Казахстан.

В развитии трудовых отношений наблюдаются следующие проблемы.

б. Сохраняется относительно высокий по международным меркам уровень производственного травматизма и профессиональных заболеваний.

3.3) Управление рисками

Наименование возможного риска	Мероприятия по управлению рисками, реализуемые при условии наступления риска
Снижение спроса на рабочую силу и изменение структуры занятости вследствие экономической рецессии	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обеспечение отдельного еженедельного мониторинга решения вопросов занятости в регионах, с особым вниманием на проблемные. 2. Внесение дополнительных конкретных мер по каждому региону в соответствующие Меморандумы, а также актуализацию ДКЗ 2020.
Рост непродуктивной занятости, особенно в сельской местности, в условиях утраты конкурентоспособности отечественных сельхозпроизводителей, связанных с развитием интеграционных процессов и влиянием ухудшения экономики соседних стран	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проведение расчетов и анализа текущей ситуации в разрезе регионов. 2. Внесение предложений по выделению дополнительных целевых трансфертов регионам на микрокредитование сельчан в рамках второго направления ДКЗ 2020.

<p>Рост производственного травматизма в условиях форсированных темпов строительства (рост числа строящихся объектов в сжатые сроки), в т.ч. вызванных проведением крупного странового мероприятия (<i>рост более 50% средних показателей за последние три года</i>)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. На отраслевом и региональных уровнях создание Советов по безопасности и охране труда для выработки системных мер по предупреждению травматизма. 2. Для организации совместных действий работодателей и работников по обеспечению требований охраны труда создание на предприятиях производственных советов по безопасности и охране труда. 3. Применение Государственной инспекцией труда (ГИТ) жестких мер по запрету деятельности предприятий, допустивших несчастный случай.
<p>Рост социальной напряженности в трудовых коллективах, вызванный сокращением объемов производства, приостановкой деятельности предприятий в условиях ухудшения экономической ситуации (<i>рост более 50% средних показателей за последние три года</i>)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Внесение изменений и дополнений в Кодекс об административных правонарушениях, Трудовой кодекс РК, в части усиления ответственности работодателей за нарушения трудового законодательства, возложение на работодателей обязанности сообщать в местный орган по инспекции труда о возникновении коллективного трудового спора с последующим еженедельным информированием о ситуации до разрешения трудового спора. 2. При отраслевых и региональных комиссиях по социальному партнерству и регулированию социальных и трудовых отношений создание Советов по вопросам предупреждения и разрешения коллективных трудовых споров.
<p>Увеличение трудовых мигрантов низкой квалификации (не относящиеся к первым руководителям и их заместителям, руководителям структурных подразделений, специалистам и квалифицированным</p>	<p>Анализ причин наступления рисков и исходя из его результата:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подготовка и внесение в Правительство Республики Казахстан предложений по сокращению квоты трудовых иммигрантов, прибывающих

<p>рабочим) (рост более 50% средних показателей за последние три года)</p>	<p>в Республику Казахстан для осуществления трудовой деятельности в домашнем хозяйстве у физических лиц;</p> <p>2. Подготовка и внесение в Правительство Республики Казахстан предложений по увеличению ставки сборов за получение разрешения трудовым иммигрантам;</p> <p>3. Подготовка и внесение в Правительство Республики Казахстан предложений по сокращению квоты по третьей и четвертой категориям (специалисты и квалифицированные рабочие), а также сезонным иностранным работникам.</p>
--	--

Раздел 3. Приоритетные направления сферы/отрасли

Стратегическое направление 1. Укрепление здоровья населения.

1 приоритетное направление «Улучшение системы финансирования и управления в здравоохранении»

Сохранение здоровья граждан зависит от индивидуальных поведенческих навыков, созданных условий в социуме и государственного регулирования системы здравоохранения.

В пункте 1.2 Концепции по вхождению Казахстана в число 30 самых развитых государств мира (далее - Концепция) предусмотрено обеспечение финансовой устойчивости и солидарной ответственности всеми социальными партнерами, рассмотрение вопроса внедрения механизмов сооплаты медицинских услуг. С целью развития солидарности населения и работодателей в устойчивом развитии и повышении эффективности национальной системы здравоохранения, а также устранения финансовых рисков вследствие растущих государственных и частных затрат на здравоохранение будет внедрена система обязательного социального медицинского страхования (далее - ОСМС). Отрасль здравоохранения нуждается в дополнительных вложениях, особенно в развитие первичной медико-санитарной помощи. По мере роста доходов населения в целях рационализации потребления гражданами медицинских услуг будет рассмотрен вопрос внедрения механизма сооплаты медицинских услуг, за исключением услуг, оказываемых в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, предусмотренного Республики Казахстан. Таким образом, обеспечение финансовой устойчивости будет осуществляться солидарно всеми социальными партнерами (государство, работодатель, работник).

В рамках развития системы ОСМС будут усовершенствованы механизмы регулирования допуска на оказание медицинских услуг в системе ГОБМП и ОСМС. Поставщики медицинских услуг вне зависимости от формы собственности будут иметь возможность участвовать в системе ОСМС. Отбор поставщиков медицинских услуг для заключения договоров будет осуществляться с учетом критериев доступности, качества и эффективности оказания медицинской помощи. С этой целью, согласно Посланию Президента Республики Казахстан - Лидера Нации Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Стратегия "Казахстан-2050": новый политический курс состоявшегося государства» (далее - Стратегия «Казахстан-2050») запланировано развитие инфраструктуры здравоохранения на основе государственно-частного партнерства и расширение участия частных поставщиков медицинских услуг в системе ОСМС путем привлечения прямых инвестиций. С целью стимулирования развития частного сектора и ГЧП будут разработаны комплекс мер финансового обеспечения на подготовку и консультативное сопровождение проектов ГЧП, осуществлена разработка типовых проектных документов, выработаны специальные нормативные акты. Будет сформирован перечень объектов для реализации по механизмам ГЧП, в том числе на основе передачи объектов государственной собственности в доверительное управление, приватизации, строительства или реконструкции объектов по модели концессии. Государственные инвестиции будут планироваться и направляться на развитие сети здравоохранения в сферах, где ограничено применение концессии и ГЧП, нет экономической целесообразности развития ГЧП, а также в стратегически значимых для развития отрасли секторах.

Ключевые проблемы в развитии инфраструктуры здравоохранения связаны не только с недостатком ресурсов, но и с низкой эффективностью их использования, то есть на сегодняшний день управление и финансирование здравоохранения ориентировано на поддержание мощности сети, а не на ее эффективность. Повышение эффективности системы здравоохранения и деятельности медицинских организации планируется проводить путем внедрения системы корпоративного управления в сфере здравоохранения путем расширения полномочий наблюдательных советов и внедрения коллегиальных исполнительных органов (правление). Для улучшения взаимодействия различных уровней и служб здравоохранения и обеспечения преемственности информации, расширения возможности оперативного анализа в сфере здравоохранения согласно Концепции и Стратегии «Казахстан-2050» планируется создать необходимые инфраструктурные и материально-технические условия развития информатизации системы здравоохранения. Будет внедрена система электронного здравоохранения, объединяющая информацию о состоянии здоровья каждого гражданина. К 2020 году организации здравоохранения будут подключены к единой информационной сети, граждане будут иметь электронные паспорта здоровья.

Кроме того, в целях совершенствования управления медицинскими организациями и развития инфраструктуры здравоохранения предусматриваются оптимизация путем объединения медицинских организаций по профилям, а также создание университетских клиник с участием вузов в корпоративном управлении.

В рамках дальнейшего совершенствования механизмов управления в здравоохранении будут приняты меры по развитию лидерства и навыков профессионального менеджмента на основе разработки и внедрения новых функциональных и квалификационных требований к руководителям, стимулированию и поддержке обучения менеджмента.

Меры по реализации:

- внедрение с 2017 года системы обязательного социального медицинского страхования с целью обеспечения солидарной ответственности граждан, государства и работодателей;
- развитие инфраструктуры здравоохранения на основе государственно-частного партнерства и современных информационно-коммуникационных технологии.
- развитие корпоративного управления и современного менеджмента в сфере здравоохранения

2 приоритетное направление «Совершенствование предоставления медицинских услуг»

Перед отраслью Стратегией «Казахстан-2050» поставлена важная задача обеспечить каждого гражданина качественной медицинской помощью. Несмотря на то, что более 40% населения Казахстана составляют сельчане, в настоящее время инфраструктура здравоохранения сконцентрирована в мегаполисах, в частности, в городах Астане и Алматы. Это значительно затрудняет доступ пациентов из различных регионов страны к качественным и высокотехнологичным медицинским услугам.

В этой связи, вопросы регионального здравоохранения требуют особого внимания, так как выравнивание финансирования медицинской помощи в регионах позволит обеспечить равный справедливый доступ казахстанцев к качественной и высокотехнологичной медицинской помощи.

Основой обеспечения доступности медицинской помощи станет развитая система ПМСП, в основной доле представленная общей врачебной практики, и оказывающая широкий спектр медицинских услуг, что предусмотрено Стратегическим планом развития РК до 2025 года. В настоящее время организации ПМСП охватывают все территориально-административные единицы с учетом отдаленных и малых населенных пунктов. Продолжается информатизация отрасли здравоохранения, разработаны и внедрены веб-приложения по актуальным направлениям для развития транспортной медицинской помощи, санитарной авиации, телемедицины, сети передвижных аптек, медицины катастроф. Ежегодно по Концепции планируется увеличение

количества врачей ВОП, что будет способствовать реализации принципа семейной медицины. Подготовка ВОП по новым государственным стандартам высшего образования заложит основы формирования специалистов широкого профиля, будет усилено теоретическое и практическое обучение ВОП по профилактике, диагностике и лечению заболеваний детского возраста. На уровне ПМСП и стационаров по Стратегическому плану развития РК до 2025 года будут внедряться программы управления заболеваниями и интегрированная модель организации медицинской помощи по направлениям, оказывающие наибольшее влияние на демографическую ситуацию.

Согласно Стратегии «Казахстан-2050», необходимо достижение качества и безопасности медицинской помощи путем стандартизации всех производственных процессов в медицинских организациях. Требуется разработка и совершенствование клинических протоколов диагностики и лечения заболеваний, стандартов профильных служб на основе внедрения наиболее эффективных и современных технологий и достижений медицинской науки.

По плану нации 100 конкретных шагов создана Объединенная комиссия по качеству медицинских услуг при Министерстве здравоохранения и социального развития. Главной целью создания объединенной комиссии является внедрение передовых стандартов медицинского обслуживания путем совершенствования протоколов лечения, стандартов медицинского образования, лекарственного обеспечения и контроля качества и доступности медицинских услуг.

Последовательно начали внедряться компоненты управления качеством: система аккредитации медицинских организаций, внутренний аудит, независимая оценка знаний и навыков.

Наряду с достигнутыми успехами в фармацевтической деятельности имеется определенный круг задач, требующих первоочередного решения. Необходимо разработать новый проект национальной лекарственной политики, направленной на обеспечение доступности качественной фармацевтической продукции в соответствии с перечнем ГОБМП. Для интенсивного развития фармацевтической отрасли необходимо проводить работу по повышению конкурентоспособности производимых лекарственных средств и выходу на международные рынки, в том числе в рамках таможенного союза. Согласно Стратегическому плану развития РК до 2025 года будут внедрены международные стандарты качества (GMP, GDP, GPP и другие), проведен переход от системы контроля качества конечного продукта к системе обеспечения качества производства, дистрибьюторской и аптечной практики.

Будет продолжена работа по совершенствованию стандартов аккредитации организаций здравоохранения для определения соответствия отдельных медицинских услуг установленным требованиям и стандартам в области здравоохранения. Национальный орган по аккредитации в сфере здравоохранения пройдет международную аккредитацию в области

обеспечения качества и будет поэтапно передан в форму саморегулируемой организации.

Меры по реализации:

модернизация и приоритетное развитие ПМСП, внедрение программ управления заболеваниями;

- внедрение интегрированной модели организации медицинской помощи по 5 направлениям оказывающие наибольшее влияние на демографическую ситуацию

- стандартизация медицинской помощи и повышение доступности медицинских услуг;

- обеспечение доступности, качества и безопасности лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники и внедрение международных стандартов (GMP, GDP, GPP и другие);

3 приоритетное направление: Развитие кадрового потенциала

В Стратегии «Казахстан-2050» и в Стратегическом плане развития РК до 2025 года поставлены задачи кардинально улучшить систему медицинского образования и научно-исследовательской составляющей работе медицинских вузов. Система медицинских вузов концентрирует новейшие знания и технологические возможности, повседневная практика должна быть максимально интегрирована в учебный процесс. Расширение потенциала академического образования и науки, позволит лучшим специалистам практики, научным работникам и преподавателям реализовать отечественные проекты в программах международных многоцентровых исследований. Это способствует высокой мотивации материального и профессионального развития научных кадров. Планируется совершенствовать систему учета и планирования кадровых ресурсов здравоохранения. При этом акценты будут смещены от штатных нормативов к возможности гибкого планирования человеческих трудовых затрат в соответствии потребностями пациентов.

Меры по реализации:

- модернизация медицинского образования и науки;

-развитие человеческих ресурсов.

4 приоритетное направление «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни»

Одной из задач в области устойчивого развития страны является увеличение средней продолжительности жизни населения с внедрением и совершенствованием механизмов, обеспечивающих развитие потенциала здоровья нации. В этой связи, актуальным является формирование общественного мнения в пользу здорового образа жизни. В рамках формирования и популяризации здорового образа жизни будут созданы

условий, способствующие сохранению здоровья. В Концепции предусмотрены меры внедрения работодателями программ по укреплению здоровья сотрудников. Эта идеология, соответствующая международным подходам, в значительной степени способствует сохранению здоровья путем влияния на уровень медицинской грамотности населения.

Приоритетными направлениями развития сферы здравоохранения станут профилактика и раннее выявление заболеваний. Будет продолжена реализация Национальной скрининговой программы, которая охватит все этапы жизненного цикла от детского до пожилого возраста, совершенствуются методы скрининговых исследований.

Особое внимание должно быть уделено вопросам профилактики инфекционных заболеваний на основе организации и координации работы по иммунопрофилактике детского и взрослого населения в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Данное направление возможно при взаимодействии СОЗ с уполномоченным органом в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения. С этой целью совместно с заинтересованными государственными органами необходимо проведение работы по разграничению функций и полномочий в сфере охраны общественного здоровья.

В структуре Министерства здравоохранения и социального развития РК и управлений здравоохранения городов Астаны и Алматы, областей согласно Стратегическому плану развития РК до 2025 года, необходимо сформировать структурные подразделения, осуществляющие реализацию политики в сфере охраны общественного здоровья, что внесет весомый вклад в укрепление здоровья населения для обеспечения устойчивого социально-экономического развития страны.

В рамках СОЗ согласно Концепции на местном уровне будут обеспечены разработка, планирование, реализация и мониторинг мероприятий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний, в том числе скринингов и диспансеризации совместно с ПМСП.

Одной из ключевых целей СОЗ на местном уровне станет повышение информированной ответственности населения за свое здоровье на основе рационализации питания и стимулирования здорового образа жизни, развития санитарной и физической культуры. Это будет обеспечено мероприятиями по информированию и просвещению граждан, расширению их возможностей в вопросах укрепления персонального здоровья, общественного здоровья, пропаганде правильного питания.

Для этого в СОЗ будут внедряться инновационные технологии социального маркетинга на основе научно-обоснованных разработок в области поведенческой психологии и экономики, с активным вовлечением традиционных средств массовой информации и современных социальных медиаресурсов.

Меры по реализации:

- развитие службы общественного здравоохранения;

- стимулирование ЗОЖ путем координации деятельности государственных, общественных и бизнес-структур (государство, работодатель, работник);
- совершенствование профилактики заболеваний и дальнейшая реализация скрининговых программ.

Стратегическое направление 2. Обеспечение социальной защиты населения

5 приоритетное направление «Выполнение социальных обязательств, принятых государством»

В соответствии с Конституцией в Республике Казахстан гражданам гарантируется минимальный размер пенсии, социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца и по иным законным основаниям.

Система социальной защиты населения Казахстана соответствует международным стандартам, требованиям рыночной экономики и параметрам социально ориентированного государства.

Модернизация пенсионной системы будет основана на дальнейшем усилении солидарной ответственности государства, работодателей и самих работников за пенсионное обеспечение граждан.

Одной из основных задач социальной политики страны является обеспечение конституционных прав граждан Республики Казахстан в области социальной защиты населения, в том числе в сфере пенсионного и социального обеспечения.

Меры по реализации:

1. В части пенсионного обеспечения в рамках реализации Концепции дальнейшей модернизации пенсионной системы Республики Казахстан до 2030 года, утвержденной Указом Президента от 18 июня 2014 года №841 предусмотрено на первом этапе (2016-2020 годы):

- введение с 1 января 2018 года новой условно-накопительной компоненты пенсионной системы, формируемой за счет взносов работодателей в размере 5% от доходов работников;
- изменение с 1 июля 2018 года порядка назначения базовой пенсионной выплаты в зависимости от стажа участия в пенсионной системе и при достижении пенсионного возраста;
- реформирование пенсионного обеспечения сотрудников силовых структур с переводом с 1 января 2016 года их на полное государственное пенсионное обеспечение и сохранением действующего порядка назначения пенсионных выплат за выслугу лет;
- совершенствование параметров накопительной пенсионной системы, в том числе порядка пенсионных выплат, в том числе за счет пенсионных аннуитетов и института государственных гарантий, расширение охвата населения накопительной пенсионной системой;

- ежегодная индексация размеров солидарных пенсий с опережением уровня инфляции на два процента.

2. В части социального обеспечения граждан:

- ежегодное повышение размеров государственных социальных пособий по инвалидности, по случаю потери кормильца и по возрасту, специальных государственных пособий из республиканского бюджета;

- ежегодное повышение социальных выплат из фонда социального страхования при наступлении социальных рисков.

- усовершенствование с 1 января 2018 года методики определения величины прожиточного минимума и в связи с этим изменение объемов финансирования выплат из республиканского бюджета;

6 приоритетное направление «Реализация и совершенствование системы социальной поддержки материнства и детства»

Принимаемые в стране меры по поддержке семей с детьми положительно отражаются на уровне рождаемости. *С одной стороны* – это поддержка неработающих матерей из средств республиканского бюджета в связи с рождением ребенка, уходом за ним, воспитанием в семье ребенка-инвалида до достижения им 18 лет, и средств местного бюджета в виде детских пособий малообеспеченным семьям, с доходами ниже стоимости продовольственной корзины (60% от ПМ). *С другой стороны* – это выплаты из государственного фонда социального страхования в связи с наступлением рисков потери дохода в связи с уходом за ребенком до одного года и беременностью и родами.

Дальнейшее совершенствование системы социальной поддержки семей с детьми будет осуществляться в рамках Концепции социального развития Республики Казахстан до 2030 года, в соответствии с одним из основных направлений по развитию механизмов поддержки доходов родителей и созданию благоприятной среды для рождения детей.

Меры по реализации:

- обеспечение полноты и своевременности выплат на центральном уровне и местном уровне (через целевые текущие трансферты в случае роста числа малообеспеченных семей) пособий и выплат семьям, имеющим детей;

- совершенствование действующей системы поддержки материнства и детства в целях усиления ее адресности.

7 приоритетное направление «Совершенствование системы социальной поддержки отдельных категорий граждан, направленной на предупреждение социального иждивенчества»

Социальная поддержка включает в себя формирование и координацию реализации политики:

- по предоставлению социальной помощи малообеспеченным семьям;

- по оказанию лицам, попавшим в трудную жизненную ситуацию, специальных социальных услуг;
- по реабилитации инвалидов.

Меры по реализации:

1. В части социальной помощи *малообеспеченным семьям*:

- в рамках реализации 84 шага Плана нации - 100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ, озвученном Главой государства продолжится работа по внедрению новых подходов оказания государственной адресной поддержки, которая будет предоставляться нуждающимся гражданам, на основе оценки их реальных доходов и условий жизни с обязательным участием трудоспособных членов семьи в активных мерах содействия занятости (при необходимости в мерах социальной адаптации и подписания социального контракта).

В ходе реализации проекта «Орлеу» на основе социального контракта в 2016 году запланировано охватить около 35 тыс. человек, в том числе порядка 18 тыс. женщин или 51% от общего количества планируемых участников проекта. К 2018 году при полном внедрении АСП нового формата планируется охватить около 90 тысяч малообеспеченных семей, имеющих детей, в том числе женщин. Это позволит повысить их доход, обеспечить занятость, освоить новую профессию, открыть или расширить собственное дело (получить микрокредит), повысить квалификацию, т.е. в конечном итоге реализовать свой потенциал не только в семейной жизни, но и в жизни общества;

2. В части предоставления специальных социальных услуг будет продолжено реформирование данной системы, включающее:

- преобразование действующих домов-интернатов в Центры социального обслуживания для лиц пожилого возраста или для лиц с ограниченными возможностями;

- для расширения доступности услуг Центров социального обслуживания предлагается организация при них дневных стационаров;

- в целях социализации детей, обслуживаемых на дому, предлагается преобразовать отделения социальной помощи на дому местных исполнительных органов: в городской местности – в территориальные центры дневного пребывания; в сельских населенных пунктах – передать обслуживание на аутсорсинг НПО или частным структурам;

- в 2016-2018 гг. предусматривается разработка стандарта оказания специальных социальных услуг для лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию – жертв бытового насилия;

3. Совместно с местными исполнительными органами продолжится работа по формированию безбарьерной среды для лиц с ограниченными возможностями в целях содействия интеграции их в социум.

Стратегическое направление 3. Формирование политики занятости и регулирования трудовых отношений

8 приоритетное направление «Содействие обеспечению продуктивной занятости»

Одним из главных ориентиров стратегического развития страны до две тысячи пятидесятого года и Концепции по вхождению Казахстана в число 30-ти самых развитых государств мира, определенных Главой государства, является рост производительности труда. Для этого, наряду с созданием новых высокотехнологичных отраслей экономики, необходимо также формирование трудовых ресурсов новой генерации.

Если рассматривать лучшую мировую практику, то для того, чтобы система подготовки кадров эффективно функционировала, необходимо как минимум два условия - устойчивое взаимодействие образования с работодателями и ориентация образовательного процесса на предоставление практических и востребованных навыков и компетенций.

В этих целях будет продолжена разработка и внедрение Национальной системы квалификаций, в т.ч. профессиональных стандартов, которые будут формировать запрос бизнеса и инвесторов на подготовку специалистов.

Как и раньше, вопросы обеспечения продуктивной занятостью трудоспособного населения, остаются приоритетным направлением политики государства.

По итогам 2015 года 23 % занятого населения были неформально занятыми. Это означает, что около 2 млн. человек испытывают недостаток в соответствующей социальной защите населения.

В 2016 году принят Закон Республики Казахстан «О занятости населения» в новой редакции (далее – Закон). Одним из новшеств Закона стал переход к международной методике измерения показателей рынка труда, что даст возможность уточнить число самозанятых граждан, при необходимости оказать им содействие для формализации своей деятельности.

С 2017 года вступает в силу Закон Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании», согласно которому безработные освобождаются от уплаты взносов в фонд социального медицинского страхования. Нормы вышеуказанных законов даст возможность ускорить процесс формализации трудовых отношений.

В условиях экономики особого периода Дорожная карта занятости 2020 занимает особую роль, включая в себя как оперативные меры антикризисного реагирования, так и системные меры по обеспечению продуктивной занятости граждан. Это - обучение, предоставление микрокредитов, содействие в переселении в рамках потребностей работодателей и другие меры содействия занятости.

С целью повышения уровня занятости населения, содействия повышению благосостояния, сокращения безработицы, для снижения напряженности на рынке труда в трудоизбыточных регионах в рамках Дорожной карты занятости

населения осуществляется добровольное переселение граждан, проживающих в населенных пунктах с низким потенциалом социально-экономического развития, с учетом потребности работодателей, оралманов и переселенцев, прибывающих в регионы, определенные Правительством Республики Казахстан, и включенных в региональную квоту приема оралманов и переселенцев.

В части трудоустройства категории граждан, нуждающихся в особых условиях труда, Концепцией социального развития Республики Казахстан до 2030 года, предусмотрено, что обеспечение занятости инвалидов будет основано на содействии работодателям в создании специальных рабочих мест и специальных программ обучения для инвалидов, предоставляющих им возможности для самореализации;

Новый Закон Республики Казахстан «О занятости населения» предусматривает субсидирование затрат работодателя на создание специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов, при этом основным условием для получения субсидий является сохранение занятости инвалида не менее 12 календарных месяцев с момента создания такого рабочего места.

Меры по реализации:

- развитие Национальной системы квалификации, в том числе обеспечение финансирования разработки профстандартов отраслевыми государственными органами, разработка норм и нормативов по труду;
- реализация Дорожной карты занятости 2020;
- совершенствование управления миграционными процессами, в том числе внутренней миграции по компетенции министерства;
- создание условий для привлечения в Казахстан квалифицированных иностранных работников, востребованных на рынке труда, в том числе путем упрощения условий осуществления трудовой деятельности;
- разработка стандарта рабочего места инвалидов;
- создание специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов.

9 направление «Регулирование трудовых отношений»

Основными результатами реформирования трудовых отношений являются: принятие нового Трудового кодекса, принятого в реализацию 83 шага Плана нации «100 конкретных шагов», нового закона о профсоюзах и внедрение новой правовой модели представительства интересов работников; развитие социального партнерства и становление корпоративной социальной ответственности. На 1 января 2016 года системой коллективных договоров охвачено 66,8 тыс. предприятий, или 36,6 %.

На основе новой идеологии социального партнерства заключено Генеральное соглашение между Правительством, бизнесом и профсоюзами на 2015-17 годы и пересмотрен формат работы республиканской, отраслевых и региональных трехсторонних комиссий по регулированию социально-трудовых

отношений.

Меры по реализации:

- продолжение развития института социального партнерства, как одного и действенных механизмов регулирования трудовых отношений между работниками и работодателями;

- финансирование и организация проведения ежегодного конкурса по социальной ответственности бизнеса «Парыз»;

- выработка предложений по формированию новой модели управления профессиональными рисками и предупреждения рисков повреждения здоровья работников;

- организация правового всеобуча граждан основам трудового законодательства в Республике Казахстан, а также реализация мер по предупреждению трудовых конфликтов.

Раздел 4. Архитектура взаимосвязи стратегического и бюджетного планирования

Общенациональные показатели страны		
Стратегия развития Казахстана до 2050 года и Концепция по вхождению Казахстана в число 30-ти самых развитых государств мира		
<ul style="list-style-type: none"> • Предоставление качественных и доступных медицинских услуг; • Диагностирование и лечение максимально широкого спектра болезней; • Профилактическая медицина; • Внедрение услуг «сма-р-медицины», дистанционной профилактики и лечения, «электронной медицины»; • Охват всех детей в возрасте до 16 лет всем спектром медицинского обслуживания; • Улучшить систему медицинского образования; • Развивать государственно-частное партнерство; • Создать условия для роста частной медицины; • Установить на законодательном уровне проведение международной аккредитации медицинских вузов и учреждений; 	<ul style="list-style-type: none"> • Поэтапное качественное повышение стандартов качества жизни, увязанное с ростом экономики. • Государство будет нести полную ответственность за адресную поддержку социально уязвимых слоев общества – пенсионеров, инвалидов, нетрудоспособных, больных детей и др. • Важно создать условия, при которых работодатели будут активно привлекать к работе социально уязвимые слои населения, обеспечив их заработной платой. Прежде всего это касается людей с ограниченными возможностями. Так поступают в развитых странах мира. Мы должны создавать условия для их полноценной трудовой деятельности. • Государственные пособия должны получать только те, кто реально не может работать. Те 	<ul style="list-style-type: none"> • Привлечение лучших иностранных специалистов на открытом рынке • У нас должны быть четкие программы обучения и переподготовки безработных, увязанные с потребностями рынка труда. • Нам в целом необходимо принять меры по комплексному решению проблем миграции, которые влияют на рынки труда в регионах страны. • Сформировать принципиально новую модель трудовых отношений, сочетающую поддержку предпринимательства с учетом интересов работников • Мы должны предоставлять женщинам гибкие формы занятости, создавать условия для работы на дому • Следует активно вовлекать

<ul style="list-style-type: none"> • До сих пор у людей немало нареканий по качеству медицинского обслуживания на селе; • Уделить первостепенное значение практической научно-исследовательской составляющей работы медицинских вузов. Именно вузы должны концентрировать новейшие знания и технологические достижения человечества. В качестве примера можно привести университетские госпитали в США, которые являются крупнейшими и высокоэффективными медицинскими центрами. Нужно развивать государственно-частное партнерство и в этом направлении <ul style="list-style-type: none"> • Ожидаемая продолжительность жизни в стране возрастет до 84 лет • В рамках формирования и популяризации здорового образа жизни будут созданы условия для занятия спортом, в том числе на рабочих местах. Одной из мер станет внедрение работодателями программ по укреплению здоровья сотрудников. • Международный опыт показывает, что первоочередное внимание к факторам риска может принести значительные выгоды в долгосрочной 	<p>компания и корпорации, которые берут на работу инвалидов и создают им условия, должны поощряться.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Мы должны установить для наших граждан минимальные социальные стандарты и гарантии, которые должны прямо зависеть от роста экономики и бюджета. • Необходимо принять меры по выработке совершенно новых подходов в отношении оплаты труда и сокращению имеющихся здесь диспропорций • Модернизация пенсионной системы будет основана на дальнейшем усилении солидарной ответственности государства, работодателей и самих работников за пенсионное обеспечение граждан • Будут разработаны комплекс мер по дальнейшей модернизации системы пенсионного обеспечения • Наряду с этим будут разработаны новые подходы к осуществлению пенсионных выплат из накопительной пенсионной системы, в том числе за счет пенсионных аннуитетов • Будет проработан вопрос 	<p>женщин в государственное и общественное управление, особенно на местном уровне в регионах. Создавать благоприятные условия для открытия и ведения бизнеса женщинами.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не допускать в стране дискриминации по половому признаку и на практике обеспечить гендерное равноправие и равные возможности женщинам наряду с мужчинами. • Уровень <u>долгосрочной</u> безработицы снизится с 2,5% до менее 1% от экономически активного населения • Также будут приняты меры по снижению уровня производственного травматизма • В среднесрочной перспективе будут приняты меры по формализации трудовых отношений самозанятого населения, в том числе за счет обучения, предоставления микрокредитов и содействия в переселении в экономически благополучные регионы
---	---	---

<p>перспективе. В этой связи, будут приняты меры по повышению информированности населения о факторах, негативно влияющих на здоровье, таких как злоупотребление алкоголем и курением, недостаточная физическая активность и неправильное питание.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Также будут приняты меры по снижению количества дорожно-транспортных происшествий и уровня производственного травматизма • В долгосрочной перспективе приоритетными направлениями развития сферы здравоохранения станут профилактика и раннее выявление заболеваний • Будет осуществляться поэтапное внедрение принципов солидарной ответственности государства, работодателя и работника за свое здоровье • Будет реализована широкомасштабная Национальная скрининговая программа, которая охватит все этапы жизненного цикла от детского до пожилого возраста • Первичная медико-санитарная помощь (далее – ПМСП) охватит все 	<p>трансформации базовой пенсии в гарантированную минимальную пенсию и разработаны новые критерии и условия ее назначения</p> <ul style="list-style-type: none"> • В среднесрочной перспективе черта бедности будет поэтапно повышена до уровня прожиточного минимума, с учетом введения системы обусловленных выплат, которая предполагает переход от безусловной формы адресной поддержки к принципам «взаимных обязательств» <p>Будет внедрен механизм социального контракта, предусматривающий обязательное активное участие получателя помощи в программах содействия занятости и социальной адаптации. Социальный контракт будет включать комплекс мер социальной поддержки со стороны государства, в том числе пути возвращения на рынок труда. Нарушение обязательств получателя по выполнению социального контракта приведет к прекращению предоставления социальной помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> • В рамках гарантированного объема специальных социальных 	<ul style="list-style-type: none"> • В среднесрочной перспективе будут разработаны специальные механизмы содействия занятости матерей, в том числе через развитие гибких форм занятости (работа на дому, неполный рабочий день) • В рамках трудоустройства категории граждан, нуждающихся в особых условиях труда, будут предоставляться консультации по профессиональной ориентации и создаваться специально оборудованные социальные рабочие места • В среднесрочной перспективе начнет действовать модель трехстороннего участия государства, работодателей и работников в финансировании обучения в течение всей жизни. Базовая ответственность за оплату обучения в течение всей жизни будет лежать на работнике • Государство и работодатели будут принимать участие в финансировании обучения определенных категорий работников, в том числе
--	---	---

<p>городские и сельские населенные пункты. Система ПМСП, организованная на основе общей врачебной практики, будет оказывать основной объем медицинских услуг</p> <ul style="list-style-type: none"> • Доля врачей общей практики, работающих на уровне ПМСП, будет увеличиваться ежегодно • В сфере здравоохранения будут созданы все необходимые инфраструктурные и материально-технические условия для развития транспортной медицинской помощи, санитарной авиации, телемедицины и сети передвижных аптек, медицины катастроф • Будет внедрена система электронного здравоохранения, объединяющая информацию о состоянии здоровья каждого гражданина. К 2020 году все организации здравоохранения будут подключены к единой информационной сети. Все граждане будут иметь электронные медицинские карты • Обеспечение финансовой устойчивости будет осуществляться солидарно всеми социальными партнерами (государство, работодатель, 	<p>услуг будут предоставляться услуги для пожилых людей по их адаптации к возрастным ограничениям и ресоциализации</p>	<p>самозанятых</p> <ul style="list-style-type: none"> • Обеспечение занятости инвалидов будет основано на содействии работодателям в создании специальных рабочих мест и специальных программ обучения для инвалидов, предоставляющих им возможности для самореализации • Система охраны труда будет приведена в соответствие с нормами Международной организации труда, а показатели производственного травматизма соответствовать нормативам развитых стран • В рамках программ по повышению занятости будут обеспечены условия для перехода трудовых ресурсов из низкопроизводительных в более высокодоходные и перспективные сферы трудовой деятельности • В рамках реализации программы Дорожной карты занятости 2020 будет организована работа по подготовке кадров для сферы услуг • Программа Дорожная карта
--	--	---

<p>работник). Будут прорабатываться вопросы внедрения обязательного медицинского страхования</p> <ul style="list-style-type: none"> • По мере роста доходов населения в целях рационализации потребления гражданами медицинских услуг будет внедрен механизм сооплаты медицинских услуг, за исключением услуг, оказываемых в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, предусмотренного Конституцией Республики Казахстан 		<p>занятости 2020 предусматривает перераспределение трудовых ресурсов из трудоизбыточных регионов в трудонедостаточные регионы</p> <ul style="list-style-type: none"> • В целях предотвращения отрицательных социальных последствий внутренней миграции из села в город будет принят комплекс мер, направленный на вовлечение мигрантов в формальную занятость • Будет продолжена реализация мер по повышению мобильности населения с оказанием содействия в трудоустройстве, предоставлением субсидий на переезд и обучением на курсах профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации • В рамках данного направления будут созданы условия для привлечения в Казахстан квалифицированных иностранных работников, востребованных на рынке труда, в том числе путем упрощения условий осуществления трудовой
--	--	--

деятельности



Стратегический план развития Республики Казахстан до 2025 года

Повышение охвата системой обязательного социального медицинского страхования до 82% в 2020 году и до 85% в 2025 году.
Увеличение доли расходов на первичную медико-санитарную помощь до 40% в 2020 году и не менее 50% в 2025 году
Снижение общей смертности населения до уровня не более 7,2 на 1 тыс. населения в 2020 году и не более 7,0 на 1 тыс. населения в 2025 году.
Снижение заболеваемости туберкулезом до уровня 50 в 2020 году и 29,5 на 100 тыс. населения

Доля населения, имеющего доходы ниже величины прожиточного минимума, составит 6,5%
Увеличение охвата занятого населения накопительной пенсионной системой до 76%



Стратегические направления государственного органа

Стратегическое направление 1
Укрепление здоровья граждан

Стратегическое направление 2
Обеспечение социальной защиты населения

Стратегическое направление 3
Формирование политики занятости и регулирования трудовых отношений, управление миграционными процессами



Стратегические цели государственного органа

Стратегическая цель 1.1 Улучшение доступности качественных медицинских услуг	Стратегическая цель 1.2 Повышение эффективности системы здравоохранения	Стратегическая цель 1.3 Развитие кадрового потенциала и науки в сфере здравоохранения	Стратегическая цель 2.1 Предоставление услуг социального обеспечения	Стратегическая цель 2.2 Содействие эффективности и предоставления услуг социально уязвимым слоям населения	Стратегическая цель 3.1 Повышение эффективности мер содействия занятости и обеспечение управления миграционным и процессами	Стратегическая цель 3.2 Обеспечение реализации трудовых прав граждан
--	---	---	--	--	---	--



Бюджетные Программы

Бюджетные программы – 8 015 «Межсекторальное и межведомственное взаимодействие по вопросам охраны здоровья граждан» 052 «Обеспечение населения медицинской	Бюджетные программы – 2 019 «Создание информационных систем здравоохранения» 020 «Реформирование системы здравоохранения»	Бюджетные программы – 9 003 «Подготовка специалистов в организациях технического и профессионального, послесреднего образования и оказание социальной поддержки обучающимся» 004 «Целевые текущие трансферты областным бюджетам, бюджетам городов	Бюджетные программы – 3 027 «Социальное обеспечение отдельных категорий граждан и их сопровождение по выплатам» 049 «Целевые текущие трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы на проведение	Бюджетные программы – 3 048 «Совершенствование системы социальной защиты населения в соответствии с приоритетами социальной модернизации» 058 «Оказание	Бюджетные программы – 4 039 «Кредитование областных бюджетов на содействие развитию предпринимательства в рамках Дорожной карты занятости 2020»	Бюджетные программы – 3 034 «Прикладные научные исследования в области охраны труда» 045 «Разработка профессиональных стандартов» 057 «Капитальные
---	--	--	---	--	---	--

<p>помощью в рамках Единой национальной системы здравоохранения»</p> <p>053 «Обеспечение населения медицинской помощью, за исключением направлений, финансируемых в рамках Единой национальной системы здравоохранения, и развитие инфраструктуры»</p> <p>060 «Формирование уставного капитала АО "Фонд социального медицинского страхования»</p> <p>064 «Увеличение уставного капитала АО "Фонд социального медицинского страхования»</p> <p>066 «Оказание медицинской помощи в рамках обязательного социального медицинского</p>	<p>061 «Социальное медицинское страхование: повышение доступности, качества, экономической эффективности и финансовой защиты»</p>	<p>Астаны и Алматы на увеличение размера стипендий обучающимся в медицинских организациях технического и профессионального, послесреднего образования на основании государственного образовательного заказа местных исполнительных органов»</p> <p>005 «Повышение квалификации и переподготовка кадров государственных организаций здравоохранения»</p> <p>006 «Подготовка специалистов с высшим, послевузовским образованием и оказание социальной поддержки обучающимся»</p> <p>007 «Строительство и реконструкция объектов образования»</p> <p>013 «Прикладные научные исследования в области здравоохранения»</p> <p>024 «Целевой вклад в АОО «Назарбаев Университет»</p> <p>059 «Повышение потенциала и внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения заболеваний»</p>	<p>мероприятий, посвященных семидесятилетию Победы в Великой Отечественной войне»</p>	<p>социальной защиты и помощи населению на республиканском уровне, а также совершенствование системы социальной защиты и развитие инфраструктуры»</p>	<p>044 «Реализация мероприятий в рамках Дорожной карты занятости 2020»</p> <p>056 «Оказание услуг по информационно-аналитическому обеспечению социально-трудовой сферы, модернизация политики занятости»</p> <p>062 «Целевые текущие трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы на субсидирование затрат работодателя на создание специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов»</p>	<p>расходы государственных организаций по трудовой сфере на республиканском уровне и развитие инфраструктуры»</p>
--	---	---	---	---	--	---

страхования и его сопровождение»						
067 «Обеспечение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»						
001 «Формирование государственной политики в области здравоохранения и социального развития»						
055 «Целевые текущие трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы для перехода на новую модель системы оплаты труда гражданских служащих, финансируемых из местных бюджетов, а также выплаты им ежемесячной надбавки за особые условия труда к должностным окладам»						

Раздел 5. Стратегические цели и целевые индикаторы

№	Целевой индикатор	Ответственные	Источники информации	Ед. изм.	Отчетный период	План текущего года	Плановый период				
							2017 год	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Стратегическое направление 1. Укрепление здоровья граждан											
Стратегическая цель 1.1: Улучшение доступности качественных медицинских услуг											
1.	Ожидаемая продолжительность жизни	Вице-министр	стат. данные	лет	71,95	72,1	72,2	72,6	73	73,2	73,3
2.	Общая смертность населения	Вице-министр	стат. данные	на 1000 населения	7,47	7,56	7,47	7,38	7,29	7,2	7,18
3.	Материнская смертность	Вице-министр	данные МЗСР	на 100 тыс. родившихся живыми	12,5	11,5	11,4	11,3	11,2	11,1	11,0
4.	Младенческая смертность	Вице-министр	стат. данные	на 1000 родившихся живыми	9,37	9,6	9,5	9,4	9,1	9,0	8,9
5.	Снижение смертности от болезней системы кровообращения	Вице-министр	стат. данные	на 100 тыс. населения	193,8	203,1	201,7	200,2	200,0	199,9	199,8
6.	Смертность от злокачественных заболеваний	Вице-министр	стат. данные	на 100 тыс. населения	92	93,5	93,3	93,1	92,9	92,7	92,5
7.	Средняя продолжительность	Вице-министр	данные ВЭФ	позиция	95	95	94	94	93	93	92

№	Целевой индикатор	Ответственные	Источники информации	Ед. изм.	Отчетный период	План текущего года	Плановый период				
							2017 год	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год
	ть жизни	тр									
8.	Младенческая смертность	Вице-министр	данные ВЭФ	позиция	78	78	77	77	77	76	76
9.	Заболеваемость туберкулезом	Вице-министр	данные ВЭФ	позиция	101	100	99	98	97	96	95
10.	Влияние туберкулеза на ведение бизнеса	Вице-министр	данные ВЭФ	позиция	107	105	103	102	100	99	98
11.	Распространенность ВИЧ	Вице-министр	данные ВЭФ	позиция	1	1	63	63	63	63	63
12.	Влияние ВИЧ/СПИД на ведение бизнеса	Вице-министр	данные ВЭФ	позиция	80	79	78	77	76	75	74
13.	Уровень потребления стационарной помощи, финансируемой в условиях ЕНСЗ	Вице-министр	данные МЗСР МИО	число койко-дней на 1000 населения	1170	1170	1160	1140	1130	1125	1120
14.	Доля частных поставщиков медицинских услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи	Вице-министр	данные МЗСР МИО	%	29,5	29,7	30,5	31,6	32,0	32,5	33,0
Стратегическое направление 1. Укрепление здоровья граждан											
Стратегическая цель 1.2: Повышение эффективности системы здравоохранения											
1.	Доля населения, обеспеченного электронными паспортами здоровья	Вице-министр	данные МЗСР	%	0	0	2	20	50	80	100

№	Целевой индикатор	Ответственные	Источники информации	Ед. изм.	Отчетный период	План текущего года	Плановый период				
							2017 год	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год
2.	Доля населения, за которое ФСМС получены отчисления и взносы на СМС	Вице-министр	-	%	-	-	80	80	81	82	83
3	Доля финансирования ПМСП в рамках ГОБМП*	Вице-министр	данные МЗСР	%	37,2	30	32,5	35	40	42	44
4	Увеличение количества проектов ГЧП, получивших положительные заключения по разработанной документации и объявление конкурса по ним (ежегодно не менее)	Вице-министр	данные МЗСР	Количество проектов, получивших положительные заключения на конкурсные документации по проектам ГЧП	-	1	1	1	1	1	1
Стратегическое направление 1. Укрепление здоровья граждан											
Стратегическая цель 1.3: Развитие кадрового потенциала и науки в сфере здравоохранения											
1.	Дефицит врачебных кадров	Вице-министр	УЗ областей, городов Астаны, Алматы	чел.	3016	2095	1800	1600	1400	1400	1400

№	Целевой индикатор	Ответственные	Источники информации	Ед. изм.	Отчетный период	План текущего года	Плановый период				
							2017 год	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год
2.	Доля разработок отечественных исследователей в общем объеме новых медицинских технологий, ежегодно внедряемых в систему здравоохранения РК	Вице-министр	данные МЗСР	%	-	-	15	20	23	26	29
3.	Количество инновационных технологий диагностики, лечения и реабилитации, внедренных в клиническую практику АОО «Назарбаев Университет», АО «Национальный научный кардиохирургический центр», АО «Национальный центр нейрохирургии»	Вице-министр	данные АОО «Назарбаев Университет», АО «Национальный научный кардиохирургический центр», АО «Национальный центр нейрохирургии»	ед.	37	24	25	25	25	25	25

Стратегическое направление 2. Обеспечение социальной защиты населения

Стратегическая цель 2.1.: Предоставление услуг социального обеспечения

1.	Удельный вес детей до одного года, охваченных системой социальной поддержки, (по отношению к численности детей, рожденных в	Вице-министр	данные МЗСР	%	86,2	83,0	83,5	84,3	84,5	85,2	85,8
----	---	--------------	-------------	---	------	------	------	------	------	------	------

№	Целевой индикатор	Ответственные	Источники информации	Ед. изм.	Отчетный период	План текущего года	Плановый период				
							2017 год	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год
	соответствующем году)										
2.	Коэффициент замещения дохода пенсионными выплатами (без учета НП)	Вице-министр	стат. данные	%	42,0	43,3	43,3	46,8	51,0	51,0	51,5
3.	Доля занятого населения, охваченного НПС	Вице-министр	статданные, данные МЗСР	%	70,4	70,8	71,1	71,5	72,0	72,5	73,1
4.	Доля населения с доходами ниже величины прожиточного минимума на уровне	Вице-министр	стат. данные	%	2,7	4,0	4,0	8,0	8,0	8,0	7,0
5.	Удельный вес трудоспособного населения в составе получателей АСП	Вице-министр	данные МЗСР	%	29,2	30	30	-	-	-	-
6.	Доля получателей ОДП, вовлеченных в активные формы содействия занятости, от общего числа трудоспособных получателей ОДП	Вице-министр	данные МЗСР	%	90	89	90	-	-	-	-
Стратегическое направление 2. Обеспечение социальной защиты населения											
Стратегическая цель 2.2: Содействие эффективности предоставления услуг социально уязвимым слоям населения											
1.	Удельный вес лиц, охваченных оказанием специальных социальных услуг из числа нуждающихся в их получении	Вице-министр	данные МЗСР	%	97,4	96,3	96,4	96,5	96,6	96,7	96,8
2.	Доля реализованной	Вице-министр	данные МЗСР	%	68,0	68,0	68,1	68,15	68,2	68,25	68,3

№	Целевой индикатор	Ответственные	Источники информации	Ед. изм.	Отчетный период	План текущего года	Плановый период				
							2017 год	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год
	социальной части индивидуальных программ реабилитации инвалидов (из числа разработанных ИПР за отчетный период прошлого года)	тр									
Стратегическое направление 3. Формирование политики занятости и регулирования трудовых отношений, управление миграционными процессами											
Стратегическая цель 3.1. Повышение эффективности мер содействия занятости и обеспечение управления миграционными процессами											
1.	Уровень безработицы	Вице-министр	статданные	%	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
2.	Работающие женщины. Доля по отношению к мужчинам	Вице-министр	данные ВЭФ	позиция	26	26	25	25	25	25	25
3.	Удельный вес трудоустроенных на постоянное место работы в рамках ДКЗ 2020 из общего числа трудоустроенных	Вице-министр	данные МЗСР	%	84,9	84,1	84,3	84,7	85,0	85,4	86,0
4.	Доля продуктивно занятых в общем числе самостоятельно занятого населения	Вице-министр	данные МЗСР	%	78,0	64,5	64,5	66,5	67,8	68,5	69,0
5.	Охват мерами содействия занятости:	Вице-министр	данные МЗСР	%							
	безработных				52,0	54,4	54,4	52,0	52,1	52,2	52,3
	непродуктивно самозанятых				17,1	19,1	19,1	17,1	17,2	17,3	17,4
6.	Удельный вес квалифицированных специалистов в составе	Вице-министр	данные МЗСР	%	70	70	70	70	70	70	70

№	Целевой индикатор	Ответственные	Источники информации	Ед. изм.	Отчетный период	План текущего года	Плановый период				
							2017 год	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год
	привлекаемой иностранной рабочей силы по разрешениям, выданным местными исполнительными органами, не менее (по квоте на привлечение ИРС)										
7.	Удельный вес трудоустроенных оралманов (из числа оралманов, обратившихся за содействием в органы занятости населения)	Вице-министр	данные МЗСР	%	82,9	83	83,5	84	84,5	85	86
Стратегическое направление 3. Формирование политики занятости и регулирования трудовых отношений, управление миграционными процессами											
Стратегическая цель 3.2. Обеспечение реализации трудовых прав граждан											
1.	Партнерство в отношениях работодателей и наемных работников	Вице-министр	данные ВЭФ	позиция	53	51	49	47	45	45	44
2.	Гибкость при установлении затрат	Вице-министр	данные ВЭФ	позиция	22	21	20	19	18	18	17
3.	Оплата труда и производительность	Вице-министр	данные ВЭФ	позиция	22	20	18	16	14	14	13
4.	Практика найма и увольнения	Вице-министр	данные ВЭФ	позиция	29	28	27	26	25	25	24
5.	Издержки, связанные с увольнением	Вице-министр	данные ВЭФ	позиция	20	20	20	20	20	20	20
6.	Уровень производственного травматизма (коэффициент частоты)	Вице-министр	статданные	на 1000 чел.	0,33	0,44	0,43	0,42	0,41	0,40	0,39

№	Целевой индикатор	Ответственные	Источники информации	Ед. изм.	Отчетный период	План текущего года	Плановый период				
							2017 год	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год
	несчастных случаев на 1000 чел.)										
7.	Удельный вес предприятий, охваченных системой коллективно-договорных отношений (среди крупных и средних предприятий)	Вице-министр	данные МЗСР	%	93,1	93,2	93,3	93,4	93,5	93,6	93,7
Целевые индикаторы Глобального индекса конкурентоспособности Всемирного Экономического Форума											
1.	Прозрачность принятия решений в государственном секторе	Ответственный секретарь	данные ВЭФ	позиция	30	30	30	26	23	23	23
2.	Фаворитизм в решениях чиновников	Ответственный секретарь	данные ВЭФ	позиция	50	48	45	43	40	40	40
3.	Общественное доверие политикам	Ответственный секретарь	данные ВЭФ	позиция	29	29	29	29	28	28	28

* с 2017 года – в системе ОСМС

Раздел 6. Ресурсы

Ресурсы	Ед. изм.	Отчетный период	План текущего периода	Плановый период		
				2017 год	2018 год	2019 год
Финансовые, всего:	тыс. тенге	2 277 487 412	2 997 893 722	3 104 035 393	3 457 270 029	3 946 885 779
в том числе:						
Цель 1.1. Улучшение доступности качественных медицинских услуг						
015 «Межсекторальное и межведомственное взаимодействие по вопросам охраны здоровья граждан»	тыс. тенге	1 115 542				
052 «Обеспечение населения медицинской помощью в рамках Единой национальной системы здравоохранения»	тыс. тенге	485 888 266	600 204 584	808 539 627		
053 «Обеспечение населения медицинской помощью, за исключением направлений, финансируемых в рамках Единой национальной системы здравоохранения, и развитие инфраструктуры»	тыс. тенге	103 799 742	111 062 494	133 729 297	8 600 259	6 202 541
060 «Формирование уставного капитала АО "Фонд социального медицинского страхования»	тыс. тенге		106 050			
064 «Увеличение уставного капитала АО «Фонд социального медицинского страхования»				545 203		
066 «Оказание медицинской помощи в рамках обязательного социального медицинского страхования и его сопровождение»	тыс. тенге			139 970	624 755 144	781 636 021
067 «Обеспечение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»	тыс. тенге				330 899 346	336 882 069
Цель 1.2. Повышение эффективности системы здравоохранения						
019 «Создание информационных систем здравоохранения» *	тыс. тенге	1 680 130				
020 «Реформирование системы здравоохранения»	тыс. тенге	5 022 730	12 120 713	19 764 939		
061 «Социальное медицинское страхование: повышение доступности, качества, экономической эффективности и финансовой защиты»	тыс. тенге			6 122 727	8 332 297	7 053 385
Цель 1.3. Развитие кадрового потенциала и науки в сфере здравоохранения						
003 «Подготовка специалистов в организациях технического и профессионального, послесреднего образования и оказание	тыс. тенге	603 620	603 060	564 675	530 667	527 169

социальной поддержки обучающимся»						
004 «Целевые текущие трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы на увеличение размера стипендий обучающимся в медицинских организациях технического и профессионального, послесреднего образования на основании государственного образовательного заказа местных исполнительных органов»**	тыс. тенге	143 691	558 664			
005 «Повышение квалификации и переподготовка кадров государственных организаций здравоохранения»	тыс. тенге	901 829	981 479	1 512 419	1 768 748	1 636 507
006 «Подготовка специалистов с высшим, послевузовским образованием и оказание социальной поддержки обучающимся»	тыс. тенге	27 455 711	29 073 257	28 588 170	28 047 232	27 347 362
007 «Строительство и реконструкция объектов образования»	тыс. тенге	282 325	1 959 069	400 000		
013 «Прикладные научные исследования в области здравоохранения»	тыс. тенге	981 169	494 869	1 414 014	1 368 909	1 245 357
024 «Целевой вклад в АОО «Назарбаев Университет»	тыс. тенге	10 223 000	4 188 558	10 458 450	3 703 487	4 531 940
059 «Повышение потенциала и внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения заболеваний»	тыс. тенге		159 676	130 844	130 844	130 844
Цель 2.1. Предоставление услуг социального обеспечения						
027 «Социальное обеспечение отдельных категорий граждан и их сопровождение по выплатам»**	тыс. тенге	1 583 225 553	1 834 513 861	2 033 065 670	2 389 349 194	2 720 252 769
049 «Целевые текущие трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы на проведение мероприятий, посвященных семидесятилетию Победы в Великой Отечественной войне» *	тыс. тенге	5 732 175				
Цель 2.2. Содействие эффективности предоставления услуг социально уязвимым слоям населения						
048 «Совершенствование системы социальной защиты населения в соответствии с приоритетами социальной модернизации»	тыс. тенге	79 000	157 410	215 760		
058 «Оказание социальной защиты и помощи населению на республиканском уровне, а также совершенствование системы социальной защиты и развитие инфраструктуры»	тыс. тенге	4 506 480	6 106 367	9 193 192	9 877 260	7 176 552
Цель 3.1. Повышение эффективности мер содействия занятости и обеспечение управления миграционными процессами						
039 «Кредитование областных бюджетов на содействие развитию предпринимательства в рамках Дорожной карты занятости 2020»	тыс. тенге	10 346 043	30 823 827	27 113 884	28 362 410	28 627 211
044 «Реализация мероприятий в рамках Дорожной карты занятости 2020»**	тыс. тенге	26 679 917	69 963 757	10 181 763	9 302 227	9 913 080

056 «Оказание услуг по информационно-аналитическому обеспечению социально-трудовой сферы, модернизация политики занятости»	тыс. тенге	424 372	296 221	2 183 210	2 255 914	2 393 305
062 «Целевые текущие трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы на субсидирование затрат работодателя на создание специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов»	тыс. тенге				206 980	1 412 731
Цель 3.2. Обеспечение реализации трудовых прав граждан						
034 «Прикладные научные исследования в области охраны труда»	тыс. тенге	82 234	64 451	107 588	110 098	126 000
045 «Разработка профессиональных стандартов» *	тыс. тенге	69 184				
057 «Капитальные расходы государственных организаций по трудовой сфере на республиканском уровне и развитие инфраструктуры» *	тыс. тенге	15 029				
Бюджетные программы направленные на достижение целей Стратегического плана						
001 «Формирование государственной политики в области здравоохранения и социального развития»	тыс. тенге	8 229 670	9 484 285	10 063 991	9 669 013	9 790 936
055 «Целевые текущие трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы для перехода на новую модель системы оплаты труда гражданских служащих, финансируемых из местных бюджетов, а также выплаты им ежемесячной надбавки за особые условия труда к должностным окладам»**	тыс. тенге		284 971 070			
Человеческие	ед.	2 664	2 664	2 664	2 664	2 664

* программы реализовывались до 2016 года

** бюджетные программы 004, 027 112 (Целевые текущие трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы на введение дополнительных обязательных пенсионных взносов работодателя для работников бюджетной сферы), 044 (содержание центров занятости населения), 055, 058 103 (введение стандартов оказания специальных социальных услуг по Центрам социальной адаптации, социальному патрулю при ЦСА для лиц без определенного места жительства (БОМЖ), отделению ночного пребывания для лиц БОМЖ), 058 108 (содержание вновь вводимых объектов Жамбылской области) переданы трансфертами общего характера для местных исполнительных органов.