

M. Ryskulova

Candidate of Economic Sciences, Associate Professor of the University of Narxoz, Almaty, Kazakhstan.
E-mail: maira.ryskulova@narxoz.kz

ACTUAL ISSUES OF STATE MANAGEMENT OF THE HEALTH CARE SYSTEM OF KAZAKHSTAN

Abstract. The article reviews the Republic of Kazakhstan health service which is complicated social and economic sphere, aimed at facilitating the implementation of the most important social principle maintenance and improvement of national health, rendering qualified medical and preventive aid. The governmental regulation of healthcare takes an important place in the whole politics of the government, at the same time the basic aim of the development is the increasing of system efficiency and the availability of medical care service for the population, the main results of efforts and activities of governmental bodies of the executive power at all levels are the formation of real conditions which can make positive effects on citizens' health, and it will also promote the achievement of major rates in the field of healthcare.

Keywords: health care, medical insurance, medical services, state health care control, medicine, medical technologies.

УДК 330.13:364.07

М. Р. Рыскулова

К.э.н., доцент университета Нархоз, Алматы, Казахстан

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА

Аннотация. В статье рассматривается система здравоохранения Республики Казахстан, представляющая собой сложную социально-экономическую сферу, которая призвана содействовать реализации важнейшего социального принципа сохранение и улучшение здоровья граждан, оказание высококвалифицированной лечебно-профилактической медицинской помощи. Государственное регулирование отрасли здравоохранения занимает важное место во всей политике государства, при этом основной целью развития отрасли является повышение эффективности системы и доступности оказания медицинской помощи населению, а главным результатом усилий и действий государственных органов исполнительной власти на всех уровнях является создание реальных условий, которые могли бы способствовать оказанию положительного эффекта на здоровье граждан, а также достижение основных целевых показателей в сфере охраны здоровья.

Ключевые слова: здравоохранение, медицинское страхование, медицинские услуги, государственный контроль здравоохранения, медицина, лечебные технологий.

Введение. Практически все экономисты сходятся во мнении, что оптимум в объеме и структуре производства общественных благ и медицинских услуг в том числе, невозможно достичь с помощью рыночного механизма, что именно государство наилучшим образом предоставляет эти блага.

Важнейшая концепция, объясняющая необходимость государственного контроля здравоохранения, заключается в том, что свободный рынок, являющийся часто наиболее эффективным способом достижения подъема отрасли, просто не пригоден для системы здравоохранения в связи с его «провалами». Основные недостатки рынка для системы здравоохранения состоят в следующем.

Для существования свободного рынка, как известно, необходимо наличие покупателей, определяющих спрос и продавцов, определяющих предложение. Однако в медицине покупатель не определяет спрос на конкретную услугу. Врач, определяя одновременно и спрос и предложение, оказывается в выгоднейшем положении, получая в условиях свободного рынка неограниченную возможность, продавать то, что выгодно в первую очередь ему [1].

Причина подобного, лежит в первоначальной асимметрии информации, которой обладает лишь врач, так как он наделен знаниями, позволяющими ему принимать решение о лечении пациента. Вследствие несовершенной информации, уменьшается эффективность конкуренции среди производителей большинства медицинских услуг.

Для существования свободного рынка необходимым условием является свободный доступ к нему продавца и покупателя. Неограниченный доступ продавцов медицинских услуг привел бы к еще большему распространению различного рода лечебных технологий, не основанных на доказательной медицине. Подобную ситуацию, несмотря на наличие контролирующих органов, мы имеем в настоящее время в Казахстане.

Кроме того, всегда будет ограничена конкуренция между больницами, вне зависимости от того, являются ли они государственными или коммерческими организациями. Чаще всего в любой местности, за исключением крупных городов, имеется в большинстве случаев, одна или всего несколько больниц. Увеличение их числа, как правило, экономически не оправдано. Здесь возникает ситуация, близкая к состоянию естественной монополии. Кроме того, в случае необходимости медицинской помощи, пациент редко имеет возможность выбора.

Результаты исследования. Потребление медицинских услуг в силу своего особого социального значения не может определяться только уровнем платежеспособности пациента. Подобная ситуация не отвечает постулатам рыночных отношений. Обеспечение доступности медицинских услуг для всех слоев населения, в том числе и для 30% россиян, живущих за чертой бедности, требует участия государства.

Эти специфические особенности медицинских услуг ограничивают действие рыночных механизмов в здравоохранении и приводят к необходимости участия государства в регулировании развития отрасли.

Контроль со стороны государства за состоянием сферы здравоохранения, том числе рынка медицинских услуг объясняется следующими причинами:

1. Управление сферой здравоохранения невозможно только с помощью рыночных механизмов, поскольку состояние здоровья населения относится к категории общественных благ, и сама система здравоохранения требует уровень финансирования, который не может быть обеспечен только рыночными отношениями в сфере.

2. Государство заинтересовано в регулировании сферы здравоохранения во избежание некоторых негативных последствий, присущих рыночным отношениям.

В целом, бюджетная политика в сфере здравоохранения, выполняя роль основного инструмента государственного регулирования, направляется на осуществление государственной политики в здравоохранении и решает следующие задачи [2]:

- удовлетворение потребностей населения в медицинских услугах;
- обеспечение соответствия объема и качества оказываемых населению медицинских услуг установленным стандартам;
- контроль за рациональным использованием ресурсов здравоохранения, выделенных из государственного бюджета;
- создание благоприятных условий для развития приоритетных направлений сферы здравоохранения и медицинской науки;
- выравнивание объема медицинских услуг, оказываемых населению в регионах.

Основные направления государственного регулирования здравоохранения связаны с решением актуальных проблем, связанных с правовыми, организационными, экономическими и другими вопросами. К ним можно отнести следующие направления [3]:

Во-первых, одним из основных условий эффективного функционирования учреждений здравоохранения является обеспечение бюджетного финансирования отрасли. В последние годы намечается рост финансовых ресурсов, выделенных из государственного бюджета на сферу здраво-

охранения страны. Однако, в сравнении с нормативом финансирования сферы, рекомендованным Всемирной Организацией Здравоохранения (не менее 5 % от ВВП) уровень обеспечения сферы охраны здоровья граждан нашей страны финансовыми ресурсами очень низкий (2,5–2,7 % от ВВП). В этой связи, особую актуальность представляют вопросы увеличения объема финансирования здравоохранения из государственного бюджета и формирования дополнительных источников финансирования сферы.

Во-вторых, необходимо регулирование контроля со стороны государственных органов власти за деятельностью учреждений здравоохранения. В нашей стране контроль за деятельностью медицинских организаций осуществляется в нескольких аспектах. В первую очередь, это связано с контролем за собственным имуществом собственника. В связи с данным аспектом контроля на практике на достаточном уровне осуществляется контроль за финансово-хозяйственной деятельностью медицинских учреждений. Однако, сегодня стало невозможным детальный контроль в силу многопрофильности медицинских услуг и масштабности их производства. Вместе с этим, контрольная функция контролирующих органов не ограничиваясь только проверкой деятельности медицинских организаций, должна осуществлять наблюдение за оказанием медицинскими организациями социально значимых услуг с высоким уровнем знания и квалификации. В качестве основного инструмента проведения такого контроля можно использовать лицензирование деятельности учреждений здравоохранения.

В-третьих, необходимо указать субсидиарную ответственность собственника по обязательствам медицинской организации. В большинстве случаев это не стимулирует медицинские организации рациональному использованию выделенных средств, поскольку в таких случаях любые обязательства медицинских учреждений погашаются за счет государства или других финансирующих сторон. В свою очередь, такая ситуация требует жесткого контроля за обязательствами медицинских организаций со стороны собственника. Такой порядок (т.е. осуществление жесткого контроля без использования стимулирующих мер) препятствует внедрению новых экономических механизмов и эффективному использованию ресурсов, выделенных финансирующей стороной. В-четвертых, любые изменения, происходящие в сфере здравоохранения, должны быть обеспечены нормативно-правовой базой.

В этой связи нужно отметить, что деятельность системы здравоохранения нашей страны на достаточном уровне обеспечена нормативно-правовыми актами. К основным из них можно отнести Конституцию Республики Казахстан и Закон «Об охране здоровья граждан Республики Казахстан». В приложение к ним действуют различные приказы, постановления, правила Министерства здравоохранения. Однако большинство вышеназванных нормативно-правовых актов полностью не раскрывает вопросы, касающиеся деятельности учреждений здравоохранения. Вместе с этим, большей части нормативно-правовых актов, регулирующих деятельность сферы здравоохранения характерны следующие недостатки: большинство из этих актов (в основном программы развития) не имеет достаточного финансового обеспечения и имеет декларативный характер; отдельные нормы противоречат друг другу; недостаточная прозрачность в распределении полномочий между различными уровнями органов управления и т.д. В связи с этим возникает необходимость проведения периодической ревизии нормативно-правовых актов, действующих в системе здравоохранения с привлечением высококвалифицированных специалистов в области юриспруденции. Такие меры имели бы огромное влияние на постоянное совершенствование нормативно-правовой базы отрасли.

Другая сторона проблем, касающихся нормативно-правовой базы сферы здравоохранения связана с изменениями организационно-правовых форм учреждений здравоохранения. Преобразование лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) в другие организационно-правовые формы безусловно расширило бы их полномочия в части самостоятельного управления ресурсами и определения заработной платы медицинского персонала. Поэтому, наиболее перспективным направлением в преобразовании ЛПУ в другие организационно-правовые формы является акционирование. Данные меры можно рассмотреть как одно из приоритетных направлений модернизации системы охраны здоровья населения.

Предлагаемые меры безусловно повысят экономическую эффективность деятельности учреждений здравоохранения. Вместе с этим, законодательные акты, направляемые на регулирование

сферы здравоохранения не должны нарушать сформированные правовые отношения в сфере, а должны обеспечить их дальнейшее совершенствование. И, самое главное, согласно Конституции РК принятые и принимаемые в сфере нормативно-законодательные акты должны обеспечить граждан Республики Казахстан гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи.

Одним из основных методов государственного регулирования сферы здравоохранения является система государственного заказа. В настоящее время медицинские организации страны участвуют в тендерах, организуемых Министерством здравоохранения для получения государственного заказа на оказание медицинских услуг населению. Согласно правилам государственного заказа расчеты производятся: в амбулаторно-поликлиническом звене – по подушевому нормативу, в стационарах – на основе пролеченных больных, в системе скорой медицинской помощи – на основе количества вызовов.

Государственный заказ – это совокупность бесплатных медицинских услуг населению определенного региона за счет государственного бюджета.

Министерство здравоохранения в рамках выполнения задач, поставленных в Послании Президента страны, определило для себя пять ключевых инициатив.

Первая инициатива – это интеграция системы здравоохранения вокруг нужд пациента, подразумевающая внедрение интегрированной системы оказания медицинской помощи в течение всего цикла, в том числе на уровне первичного/профилактического звена.

Вторая инициатива – приведение стандартов в соответствие с рекомендациями ОЭСР. В ее рамках планируется достижение таких показателей, как снижение барьеров для развития частной медицины, дерегулирование и передача госфункций в независимую профессиональную среду, регулирование цен на лекарственные средства и медицинские изделия.

Третья инициатива – рациональное использование государственных ресурсов. В рамках данного направления планируются мероприятия, направленные на реструктуризацию инфраструктурной и кадровой политики в сфере здравоохранения. Важную роль играет привлечение частных и иностранных инвестиций, развитие ГЧП, а также развитие науки и модернизация медицинского образования.

Одной из ключевых ролей в достижении успеха является финансовая устойчивость системы. Гибкая система финансирования, нацеленная на результат, станет четвертой инициативой. Планируется разработать модель финансирования с учетом условий актуальной нормативно-правовой и отраслевой структуры. Также в планах – снижение уровня потребления стационарной помощи; стимулирование трансферта передовых медицинских технологий; распределение бюджета ПМСП на основе потребностей; пересмотр тарифов и реальное отражение затрат: на обновление основных средств, капитальные затраты, обслуживание медицинских и ИТ-технологий, на стоимость финансовых услуг.

Пятая инициатива – управление системой, подразумевающую прозрачность и подотчетность пациенту. В этой связи планируется охват перехода медицинских организаций на ПХВ с внедрением корпоративного управления, разработка КРП для поставщиков медицинских услуг, нацеленные на качество и эффективность оказания услуг вокруг нужд пациента.

Итоговой целью данных инициатив станет обеспечение доступности и качества медицинских услуг населению.

Что касается доступности медицинских услуг, то к концу 2016 года первичный прием к врачу стоил в среднем по РК 2041 тенге – на 20% больше, чем годом ранее. Дороже всего среди обследованных больших городов и мегаполисов страны услуга обходилась алматинцам (3677 тг, плюс 30,5% год-к-году), дешевле всего – жителям Караганды (1253 тг, плюс 5,2% за год). Самое значительное удорожание отмечено в Костанае – сразу плюс 56,9%, до 2413 тг [4].

УЗИ брюшной полости за год подорожало на 12,9%, до 2375 тг в среднем по РК. Наибольшая цена зафиксирована в Астане (3825 тг, плюс 43,4% за год), наименьшая – в Кызылорде (1198 тг, плюс 10,1% за год). Самое значительное повышение цены произошло в Жезказгане (на 36%, до 2383 тг).

Общий анализ крови подорожал за год на 10,5%, до 781 тг, мочи – на 10,9%, до 550 тг. Первый обошелся дороже всего жителям Алматы (1588 тг, плюс 14,9% за год), дешевле всего – жителям Семей (412 тг, плюс 5,9% за год), сильнее всего подорожал в Астане – сразу на 54,5%, до 1032 тг.

Второй больше всего стоил в Атырау (1004 тг, плюс 1,8% за год), меньше всего – в Уральске (325 тг, как и годом ранее), сильнее всего подорожал в Алматы – на 30%, до 963 тг.

Услуги стоматологов-хирургов по удалению одного зуба под местным обезболиванием стоили в среднем по стране 2800 тг, плюс 13,8% год-к-году. Дороже всего услуга обходилась жителям столицы (6212 тг, плюс 18,2% за год), дешевле всего – карагандинцам (1826 тг, без изменений за год). Заметнее всего услуга поднялась в цене в Актау – на 29,8%, до 3317 тг.

Массаж шейно-воротниковой зоны подорожал за год на 12,1%, до 795 тг за одну процедуру. Самая высокая цена отмечена в Алматы (1499 тг, плюс 27,6% за год), самая низкая – в Актау (517 тг, плюс 8,8% за год), самое заметное удорожание – в Таразе (сразу на 37,2%, до 634 тг за процедуру).

Таблица 1 – Стоимость медицинских услуг в РК в 2016 году

Города	Первичный прием к врачу	УЗИ брюшной полости	Общий анализ крови	Общий анализ мочи	Удаление Зуба	Массаж шейно-воротниковой зоны (одна процедура)
Казахстан	2041	2375	781	550	2800	795
Астана	2290	3825	1032	593	6212	1112
Алматы	3677	3767	1588	963	5125	1499
Актобе	1861	1635	806	483	2632	677
Атырау	3281	2641	1342	1004	3053	876
Актау	2197	2552	711	575	3317	517
Жезказган	1371	2383	635	409	3349	691
Кокшетау	2436	1770	834	574	2714	988
Караганда	1253	2140	1098	644	1826	400
Костанай	2413	2603	472	483	2200	702
Кызылорда	1702	1198	809	562	2288	542
Уральск	2140	1781	529	325	1911	720
Усть-Каменогорск	1820	2873	620	489	3626	1230
Павлодар	2342	2985	1054	700	2517	1178
Петропавловск	1959	2324	735	355	2651	722
Семей	1447	2281	412	394	2705	856
Талдыкорган	1698	2609	560	511	2080	1145
Тараз	1932	2402	794	565	2004	634
Шымкент	2284	2546	899	724	3029	652

Расчеты Ranking.kz на основе данных КС МНЭ РК.

Медцентры, поликлиники и больницы в первом полугодии 2016 оказали казахстанцам услуги в области здравоохранения на 238,7 миллиарда тенге, на 38,5 млрд тг (19,2%) больше, чем за январь-июнь 2015.

Наибольший объем пришелся на обе столицы (19,8% от РК – Алматы, услуги на 47,2 млрд тг, плюс 12,7 млрд тг год к году, еще 15,5% – Астана, услуги на 36,9 млрд тг, плюс 5,3 млрд тг за год). Также в тройку лидеров вошла густонаселенная Южно-Казахстанская область – 10,2% от РК, медуслуги на 24,4 млрд тг, плюс 3,7 млрд тг год к году.

Наибольшие темпы роста отмечены в Алматы – плюс 37% в сравнении с аналогичным периодом 2015.

Более половины всего объема услуг в области здравоохранения оказано больницами (56% от РК, на 134,4 млрд тг). Еще 19% пришлось на обслуживание ВОП (врачей общей практики).

Среди больничных услуг 26% составили услуги хирургических отделений (на 34,7 млрд тг), еще 11% – услуги отделений гинекологии (на 14,8 млрд тг).

Таблица 2 – Объем оказанных услуг в разрезе регионов РК за 1 полугодие 2016 г. (млрд. тг)

Города	Всего		Рост к итогу		Доля от РК	
	2016/1	2015/1	2015/1		2016/1	2015/1
Казахстан	238,7	200,2	119,2%	38,5	100%	100%
Акмолинская	8,8	7,4	119,1%	1,4	3,7%	3,7%
Актюбинская	7,9	6,9	115,3%	1,0	3,3%	3,4%
Алматинская	14,6	12,5	117,0%	2,1	6,1%	6,2%
Атырауская	6,5	5,9	109,7%	0,6	2,7%	2,9%
ЗКО	8,1	6,9	117,1%	1,2	3,4%	3,4%
Жамбылская	10,5	8,9	117,3%	1,5	4,4%	4,5%
Карагандинская	15,6	13,6	114,7%	2,0	6,5%	6,8%
Костанайская	9,6	8,8	109,8%	0,9	4,0%	4,4%
Кызылординская	8,8	8,5	103,5%	0,3	3,7%	4,3%
Мангистауская	6,1	5,1	120,7%	1,0	2,6%	2,5%
ЮКО	24,4	20,6	118,1%	3,7	10,2%	10,3%
Павлодарская	10,3	9,1	112,8%	1,2	4,3%	4,5%
СКО	7,3	6,0	121,4%	1,3	3,0%	3,0%
ВКО	16,2	14,0	115,5%	2,2	6,8%	7,0%
Астана	36,9	31,6	116,7%	5,3	15,5%	15,8%
Алматы	47,2	34,4	137,0%	12,7	19,8%	17,2%

Расчеты Ranking.kz на основе данных КС МНЭ РК.

Обсуждение результатов. Необходимость формирования системы обязательного медицинского страхования для граждан Республики Казахстан становится все более актуальной задачей. Необходимость внедрения обязательного социального медицинского страхования в Республике Казахстан определена Планом институциональных реформ «100 конкретных шагов дальнейшего государственного строительства», Посланием Главы государства Нурсултана Назарбаева народу Казахстана от 17 января 2014 года «Казахстанский путь-2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее»

ОСМС внедряется в Республике Казахстан с 1 января 2018 года, а первые отчисления пойдут уже с 1 июля 2017 года. ОСМС гарантирует всем застрахованным гражданам Казахстана независимо от пола, возраста, социального статуса, места проживания и доходов равный доступ к медицинской и лекарственной помощи за счет средства Фонда социального медицинского страхования.

Медицинское страхование может явиться одним из рычагов повышения экономической заинтересованности, ответственности организации здравоохранения и медицинских работников за конечный результат своей деятельности. Рыночные отношения в здравоохранении откроют перспективы для развития конкурентоспособности медицинских организаций и повышения уровня и качества оказываемых медицинских услуг, а также дадут толчок к развитию медицинского сервиса. Об этом говорил Президент Республики Казахстан Нурсултан Назарбаев в своем Послании народу Казахстана «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее» от 18 января 2014 года: «...Следует изучить вопрос о введении обязательного медицинского страхования. Солидарная ответственность государства, работодателя и работника за его здоровье – главный принцип всей системы медицинского обслуживания» [5].

Процесс перехода к обязательному медицинскому страхованию (ОМС) должен быть планомерным, продуманным и поэтапным, после детального изучения международного опыта с учетом недостатков в других государствах, в первую очередь в Российской Федерации, где ОМС начала действовать с 90-х годов прошлого века. При рассмотрении вопроса введения ОМС необходимо учесть особенности нашей развивающейся экономики, географических условий и различной плотности проживания населения на обширных и малонаселенных территориях Казахстана, а

также обеспеченность медицинскими организациями каждого региона и доступность медицинской помощи. Кроме того, нужно гармонизировать все действия с мероприятиями, проводимыми в рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011 – 2015 годы. Вместе с этим для эффективного введения ОМС необходимо изучить опыт деятельности отечественных частных и страховых медицинских организаций в рамках ДМС. Механизм внедрения ОМС должен включать в себя определение четких задач для всех участников ОМС.

Для этого на государственном уровне необходимо разработать и утвердить законодательную и нормативную правовую базу, регулирующей правовые основы для участников ОМС, а также разработать государственную политику по внедрению ОМС, включающей четкий пошаговый механизм внедрения ОМС в республике. Кроме этого, утвердить порядок по мониторингу и контролю финансовых потоков Фонда обязательного медицинского страхования и совершенствование протоколов диагностики и лечения с учетом современного уровня развития здравоохранения.

В этом процессе, главными задачами страховых компаний, как игроков рынка медицинских услуг должны являться [6]:

- обеспечение финансовой стабильности, страховых резервов;
- подготовка менеджеров для работы в сфере медицинского страхования, изучение опыта ДМС и совершенствование бизнес-процессов, клиентоориентированных технологий, подготовка пула квалифицированных экспертов в области МС;
- оказание содействия государству в разработке законодательной и нормативной правовой базы, регулирующей правовые основы для участников ОМС;
- формирование аккредитованной медицинской сети и разработка порядка возмещения страховых выплат;
- разработка порядка взаимодействия с Фондом обязательного медицинского страхования и медицинскими организациями.

Выводы. Таким образом, подводя итоги, можно отметить, что проблема поиска наиболее эффективной системы управления здравоохранением напрямую связана с совершенствованием хозяйственного механизма отрасли в целом, с вопросами экономической самостоятельности и ответственности медицинских учреждений. Ее решение будет способствовать реализации одной из основных задач концепции развития здравоохранения в РК- повышению эффективности использования ресурсов здравоохранения. Соотношение административных и экономических методов управления здравоохранением должно определяться функциями органов управления, которые в последнее время претерпевают существенные изменения.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Трушкина Л.Ю. и др. Экономика и управление здравоохранением: Учебник. – Изд. 4-е. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. – 384 с.
- [2] Антонова Н.Б.. Государственное регулирование экономики: Учебник / Антонова Н.Б. – Мн: Академия управления при Президенте Республики Беларусь. 2002. – 775 с.
- [3] <http://mediker.kz/news/45702/>
- [4] www.primeminister.kz/
- [5] Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016–2019 годы.
- [6] <http://ianews.kz/kazakhstan-obespechit-dostupnostyu-i-kachestvom-medicinskix-uslug-naselenie/>

REFERENCES

- [1] Trushkina L.Yu. i dr. Ekonomika i upravleniye zdavookhraneniye: Uchebnik. Izd. 4-ye. Rostov-na-Donu: Feniks, 2005. 384 p.
- [2] Antonova N.B. Gosudarstvennoyeregulirovaniyeekonomiki: Uchebnik / Antonova N.B. Mn: Akademiyau pravleniya pri Prezidente Respubliki Belarus', 2002. 775 p.
- [3] <http://mediker.kz/news/45702/>
- [4] www.primeminister.kz/
- [5] Gosudarstvennaya programma razvitiya zdavookhraneniya Respubliki Kazakhstan «Densaulyk, » na 2016-2019 gody.
- [6] <http://ianews.kz/kazakhstan-obespechit-dostupnostyu-i-kachestvom-medicinskix-uslug-naselenie/>

Сведения об авторе:

Рыскулова Майра Рыскулбековна – к.э.н., доцент университета Нархоз, maira.ryskulova@narhoz.kz

Хроника

2017 жылдың 1 маусым күні Қазақстан Республикасының Ұлттық ғылым академиясы өзінің Жарғысына сәйкес және Төралқасының шешіміне байланысты ҚР ҰҒА корреспондент-мүшелерінің кезекті сайлауын соңғы сайлаудан бері (2013 ж. - 264 мүше, 2017 ж. - 236 мүше) босаған 28 бос орынға, 3 жылда бір рет болатын сайлауын өткізді.

Басқосу қуғын-сүргін және ашаршылық құрбандарын бір минут үнсіздікпен еске алумен басталды. Алқалы жиын барысында ғалымдар Елбасының рухани жаңғыруға арналған мақаласын жүзеге асырудың ғылыми тектіктерін талқылады. Олардың ойынша, ашық қоғам құрып, ұлттық сананы дұрыс қалыптастыру үшін гуманитарлық салада нақты істерді жүйелі түрде жоспарлау керек. Сонымен қатар, өндірісті ғылымға негіздеу мақсатында зерттеу институттарына білікті кадрлар тарту мәселесінің де назардан тыс қалмауы баса айтылды.

ҚР ҰҒА Төралқасы корреспондент-мүше атағын алу үшін конкурсқа зейнеткерлік жасқа дейінгі үміткер ғалымдарды ұсынды (63 және 58 жас), академиктерді сайлау барысында жасқа шектеу қойылмады. Сайлауға академиктер мен корреспондент мүшесіне үміткерлердің 130 өтініші қабылданып, Конкурсқа тек жетекші ғылымдар-ғылым докторлары ғана қатыса алды. Сонымен қатар корреспондент-мүшелерінің құрамынан ҰҒА академиктері (ішкі лифтинг, яғни қосымша орынсыз) сайланды. Сайлау ашық түрде өтіп, республикалық басылымдарда және ҰҒА сайтында жарияланып отырды. Сессия қорытындысына сәйкес биыл Ұлттық ғылым академиясының құрамы 42 академикпен толығып, 27 ғалым корреспондент-мүшелікке қабылданды. Құрамға жаңа енген ғалымдар Физика, математика, Химия және технологиялар, Биология және медицина, Қоғамдық және гуманитарлық ғылымдар, сондай-ақ, Аграрлық ғылымдар бөлімшелері бойынша отандық ғылымның дамуы жолында қызмет ететін болады.

Шара барысында отандық ғылымды дамытудың тетіктері, алдағы уақытта атқарылатын шаруалардың тізбегі жайлы жоспар құрылып, ұсыныстар ортаға тасталды. Бүгінгі таңда Ұлттық ғылым академиясында 6 бағыттық бөлімшелер мен 10 облыстық филиалдар жұмыс істеуде.