

1. МӘМС төлемдерін арттырудан бас тарту

Мемлекет басшысы 2022 жылғы 1 қыркүйектегі Қазақстан халқына жолдауында саланың созылмалы жеткіліксіз қаржыландыруы сақтандырылған азаматтардың өздеріне тиесілі медициналық көрсетілетін қызметтер көлемін ала алмай қалуына әкеліп соғатынын атап өтті.

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (*бұдан әрі – МӘМС*) іске қосылғанға дейін аударымдар мен жарналар мөлшерлемелерін төмендету туралы шешім қабылданғанын атап өткен жөн, бұл бастапқы қаржылық үлгіден ауытқудың негізгі себебі болды, жүйенің жеткіліксіз қаржыландырылуына және медициналық көмек көрсетуге кеткен шығыстардың асып кетуіне әкелді.

Осылайша мемлекеттік жарналар бастапқы көрсеткіштерден 3,5 есеге, жұмыс берушілер аударымдары 1,7 есеге, жеке кәсіпкерлердің жарналары 1,4 есеге қысқарды.

Тарифтердің өзгеруі нәтижесінде МӘМС бойынша тапшы қаражат көлемі 1,8 триллион теңгені құрады.

2023 жылы ТМҚКК-дан МӘМС-ке медициналық көмекті ауыстыруға байланысты тапшылық 245 млрд теңгені құрады.

Сонымен қатар қазіргі уақытта мемлекеттік жарналарды есептеу үшін орташа айлық жалақының орнына медианалық жалақы қолданылады, бұл 275 миллиард теңге мөлшерінде қаражатты жоғалтуды білдіреді.

Осыған байланысты МӘМС жүйесінің тұрақты жұмыс істеуін қамтамасыз ету үшін бірқатар шаралар: халықты қамтуды арттыру; денсаулық сақтау пакеттерін жетілдіру; пайдаланылған қаражаттың ашықтығы мен қадағалануын арттыру үшін жүйені цифрландыру қарастырылған.

Қаржылық тұрақтылықты қамтамасыз ету үшін: әдеттен тыс шығындарды оңтайландыру; қаражаттың пайдаланылуын бақылау; қосып жазуға қарсы күрес, сондай-ақ саланы қаржыландыруды ұлғайту шаралары көзделген.

Сондай-ақ шаралардың бірі ретінде денсаулық сақтау шығыстары үшін жауапкершілікті неғұрлым әділ бөлу ретінде 2025 жылдан бастап жұмыскерлердің табысының шекті мәнін ең төменгі жалақының 10-нан 50-ге дейін арттыру ұсынылады.

Бұл стандарт еліміздегі медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігін арттыру мақсатында енгізілуде.

Осыған байланысты Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі (*бұдан әрі – ДСМ*) ұсынып отырған МӘМС-ке жарналар мен аударымдарды есептеу үшін ай сайынғы кірістің жоғарғы шегін 2025 жылдан бастап 10-нан 50 ең төменгі жалақыға дейін көтеру жөніндегі норма 850 мың теңгеден артық кіріс алып отырған жалдамалы жұмыскерлердің 9%-на ғана әсер етеді, ал 91% жалдамалы жұмыскерлерге аталған шара әсер етпейді.

Практикада қаражат бөлудің үш түрі бар болса:

регрессивті бөлу – бұл табысы төмен адамдар көп төлейтін;
 пропорционалды бөлу – барлығы пропорционалды төлейтін;
 прогрессивті бөлу – табысы төмен адамдар аз үлесті төлейтін кез.

Біздің елімізде жоғарғы төменгі шекті енгізуге байланысты регрессивті бөлу қолданылады.

Қаржыландырудағы әділеттілік бұл төлемдерді азаматтар арасында бөлуге қатысты. Табысы төмен адамдар табысы жоғары адамдардан артық төлемеуі керек.

Бұл норма зейнетақы жарналарына да ұқсас, мұнда жоғарғы шегі ең төменгі жалақының 50 еселенген мөлшерін құрайды.

Егер мысалмен көрсететін болсақ, онда мәні келесідей:

300 мың теңгеден (шамамен республикадағы орташа жалақы),
 1 млн 500 мың теңгеден (орташа жалақыдан 5 есе жоғары) және 3 млн теңгеден (орташа жалақыдан 10 есе жоғары) тұратын үш жалақыны алайық.

МӘМС жарнасы айына 300 мың теңгеден – 6 мың теңгені немесе 2%-ды;

1 млн 500 мың теңгеден – айына 17 мың теңгені немесе 1,1%-ды;

3 млн теңгеден – айына 17 мың теңгені немесе 0,6%-ды құрайды.

Яғни регрессивті бөлуде табыс неғұрлым аз болса, салым соғұрлым жоғары болады (кірістің %-ы).

Әділ бөлу кірістер неғұрлым жоғары болса, жауапкершілік соғұрлым жоғары болуын көздейді.

Қазақстан Республикасы Президентінің «Әділетті Қазақстан: бәріміз және әрқайсысымыз үшін. Қазір және әрдайым» сайлауалды бағдарламасын іске асыру жөніндегі іс-қимыл жоспарына сәйкес саланы одан әрі жаңғыртуға бағытталған реформаларды тиімді іске асыруды жалғастыру мақсатында Мемлекет басшысы 2027 жылы саланы қаржыландыру деңгейін ЖІӨ-нің кемінде 5%-ға жеткізе отырып, денсаулық сақтауды дамытудың орнықты моделін құру жөнінде шаралар қабылдауды тапсырды.

Аударымдарды ұлғайту денсаулық сақтау шығыстарын қаржыландыру көлемін ұлғайтуға мүмкіндік береді, бұған профилактика, диагностика және емдеу кіреді. Медициналық көрсетілетін қызметтер қол жетімді болады, технологияларды енгізу аурудың ерте кезеңдерінде алдын алуға немесе өмірді сақтауға мүмкіндік береді.

Бұдан басқа, жүйе тұрақты болуы тиіс. Қазіргі уақытта денсаулық сақтау жүйесінде қаржыландырудың жеткіліксіздігі, шығыстарды жеткіліксіз өтеу байқалады. Бұл жағдай қызмет көрсетудің жеткіліксіз деңгейіне, медицина жұмыскерлерінің біліктілік деңгейінің жеткіліксіздігіне, дәрілік препараттарға қаражат көлемінің жеткіліксіздігіне, медициналық ұйымдардың қызметтер берушілер алдындағы қарыздарының өсуіне алып келуде.

2. Медициналық сақтандыру жүйесін монополиясыздандыру және осы салада нарықтық және бәсекелестік тетіктерін енгізу.

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының Кодексіне сәйкес Әлеуметтік медициналық сақтандыру

қоры (бұдан әрі – ӘлМСҚ) ТМҚҚК шеңберінде және МӘМС жүйесінде медициналық қызметтерді бірыңғай сатып алушы болып табылады.

Қазақстанда МӘМС енгізу кезінде бірыңғай қор тәсілі таңдалды.

Сақтандыру компанияларын МӘМС жүйесіне тарту тәуекелдерді сақтанушылар арасында бөлуге және халықтың шектеулі тобы үшін медициналық көрсетілетін қызметтерге қолжетімділікті қамтамасыз етуге мүмкіндік береді.

Еліміздің денсаулық сақтау саласын дамытудың және жалпы әлеуметтік-экономикалық дамудың осы кезеңінде бұл бастамаға уақыт ертерек, өйткені елеулі кемшіліктер бар.

1. Медициналық көмекке қолжетімділіктің теңсіздігі: Жеке сақтандыру компаниялары жасына, жынысына немесе денсаулық жайкүйіне байланысты кемсітушілікке әкелуі мүмкін тиімді клиенттермен жұмыс істеуге мүдделі болуы мүмкін. Бұл медициналық қызметтерге қол жеткізудегі теңсіздікті күшейтуі мүмкін.

2. Сақтандыру құнының өсуі: Жеке сақтандыру компаниялары пайда табуға ұмтылады, бұл азаматтар мен жұмыс берушілер үшін сақтандыру жарналары құнының өсуіне, сондай-ақ медициналық көмектің өзіндік құнының өсуіне әкелуі мүмкін.

3. Медициналық көрсетілетін қызмет сапасының төмендеуі: пайдаға ұмтылу кезінде жеке сақтандырушылар қымбат процедуралар мен дәрі-дәрмектерге қолжетімділікті шектеуі мүмкін, бұл медициналық көмектің сапасы мен қолжетімділігіне теріс әсер етеді.

4. Ашықтық және есеп беру мәселелері: жеке сақтандырушылар бақылайтын жүйеде қаржы ағындары мен медициналық шешімдердің ашықтығы төмендеуі мүмкін, бұл қаражаттың жұмсалуды және көрсетілетін қызметтердің сапасын бақылауды қиындатады.

Сондай-ақ жалғыз бірыңғай төлеушіні басқарудың әкімшілік шығыстары кірісі жоғары және бірнеше төлеуші жүйелермен салыстырғанда айтарлықтай төмен. Халықаралық тәжірибе көрсеткендей, көп арналы жүйелер жалпы сыйлықақы кірісінің шамамен 25%-ын сіңіреді. Азиядағы бір сатып алушының әкімшілік шығыстары Тайваньда 1,8%-дан Индонезияда шамамен 4%-ға дейін ауытқиды. АҚШ, Канада және Австралиядағы көптеген Medicare бағдарламалары да табыстың 4%-дан аз тұтынады. Қазақстанда 1,18%.

Осылайша сақтандыру компанияларын МӘМС жүйесіне тарту денсаулық сақтаудағы тәуекелдерді басқару мен ресурстарды бөлудің тиімділігін арттыруы мүмкін.

Сондай-ақ бұл әкімшілік шығыстардың ұлғаюына және алдын-ала ауруларға байланысты қызмет көрсетуден бас тартуды болдырмау үшін мұқият реттеу қажеттілігіне әкелуі мүмкін, сондай-ақ қосымша сақтандыру пакеттерін сатып алуға халықтың наразылығын тудыруы мүмкін, бұл өз кезегінде қалта шығындарының өсуіне ықпал етеді.

Сонымен қатар бүгінде бизнес ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесіне қатысуда.

ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде медициналық көрсетілетін қызметтерді сатып алу ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде медициналық көмек көрсету бойынша денсаулық сақтау субъектілерінен көрсетілетін қызметтерді сатып алу қағидаларына сәйкес жүзеге асырылады.

Анықтама:

Денсаулық сақтау субъектілері – меншік нысанына қарамастан денсаулық сақтау ұйымдары, сондай-ақ жеке медициналық көмекті жүзеге асыратын жеке тұлғалар.

МӘМС енгізілген жылдар ішінде МӘМС бағдарламасы бойынша жұмыс істейтін медициналық көрсетілетін қызметтер берушілердің саны айтарлықтай өсті. Бұрын олардың саны 1 290 болса, қазір олардың саны 1 921-ге жетті. Жекеменшік емханалардың үлесі ерекше өсіп, екі есеге артып, 2024 жылы 1 236-ны немесе барлық медициналық көрсетілетін қызметтер берушілердің 64,3%-ды құрады.

Қаражат бойынша 2024 жылы тікелей келісім-шарттар сомасы 2024 жылға жасалған шарттардың жалпы сомасының (2 372,4 млрд теңге) 24%-ын (566,2 млрд теңге) құрайды, ол жыл сайын артып, 2022 жылы 23%-ды (551,5 млрд теңге) құрады. Бұл ретте бірлесіп орындаушылар бойынша (негізінен жеке қызметтер берушілер орындайтын консультациялық-диагностикалық қызметтер, зертханалық қызметтер) қаражат көлемі есепке алынбаған.

Жекеменшік медициналық ұйымдар халықты стандарттарға сәйкес келетін жоғары сапалы медициналық көмекпен қамтамасыз ету бойынша өзара міндеттемелерді қамтамасыз етуі тиіс.

3. *Азаматтардың сақтандыру ұйымдарындағы шоттарын ашықтық пен еріктілік негізінде дербестендіру.*

4. *Әрбір нақты азаматтың денсаулық жағдайы мен өмір салтына байланысты сақтандыру сыйлықақыларын төлеу сомаларын айқындау әдістемесін әзірлеу.*

Бүгінгі таңда дербестендірілген қаржылық есепті енгізу, медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасын бақылауды цифрландыру және қызмет көрсету фактісінің өзін цифрландыру (QR және SMS хабарламалар) арқылы ӘлМСҚ және медициналық ұйымдардың (бұдан әрі – МҰ) бизнес-процестерінің ашықтығын арттыру жоспарлануда:

- «Е-Денсаулық» базасында Медициналық көмекке ақы төлеудің бірыңғай жүйесін (бұдан әрі – МКАБЖ) аяқтау және жаңа форматты-логистикалық бақылауды енгізе отырып МАЖ-бен интеграциялау;

- ДСМ және ӘМСҚ және МҰ-ның ақпараттық жүйелерін интеграциялаумен әрбір МҰ-да дербестендірілген қаржылық есептілікті енгізу;

- медициналық қызмет көрсету сапасын бақылауды цифрландыру (лицензиядан кейінгі бақылау, проактивті мониторинг, алаяқтыққа қарсы күрес);

- ӘлМСҚ жанында Ахуалдық талдау орталығын және орталық деңгейде Бірыңғай деректер қорын құру.

Жиынтығында, бұл шаралар транспаренттікті қамтамасыз етуге, дербестендірілген қаржылық есепке алуды жүзеге асыруға және медициналық қызметтерді тұтынушылардың виртуалды шоттарындағы ақшаны қадағалауға, оның ішінде медициналық көмек көрсету сапасының мониторингін 100% қамтуға мүмкіндік береді, бұл заңсыз қосып жазуды азайтады.

Бұл жұмысты ДСМ Цифрлық даму, инновациялар және аэроғарыш өнеркәсібі министрлігімен және ӘлМСҚ бірлесіп «Е-Денсаулық» бірыңғай IT платформасы аясында бастады.

МӘМС туралы Заңға сәйкес МӘМС жүйесінде медициналық көмек алу құқығын алу үшін ӘлМСҚ аударымдарды және (немесе) жарналарды ай сайын төлеу міндетті болып табылады.

Төлеушілерден МӘМС жүйесіне аударымдар мен жарналар МӘМС жүйесіндегі тізбе бойынша медициналық көрсетілетін қызметтерге ақы төлеу үшін ғана жіберіледі.

Елімізде медициналық көмекке тең құқықтарды, денсаулық сақтау субъектілерінің тұрақтылығын қамтамасыз ету қағидаттарын негізге ала отырып, сондай-ақ халықаралық тәжірибені ескере отырып, 2015 жылы міндеттері аударымдар мен жарналарды шоғырландыру медициналық қызметтер көлемін жоспарлау, көрсетілген қызметтер үшін сатып алу және ақы төлеу, медициналық қызметтер сапасын арттыру жөніндегі шараларды қолдану, жарналар мен аударымдарды төлеушілердің мүдделерін қорғау болып табылатын бірыңғай әлеуметтік медициналық сақтандыру қорын құру туралы шешім қабылданды.

Әлемдік практикада барлық денсаулық сақтау жүйелері қаржыландырудың мынадай 4 негізгі моделінің бірі басым аралас құрылымына ие:

- бюджеттік модель, қаржыландырудың негізгі көзі – жалпы салық салу. Бұл модель әлемдегі халықты медициналық көмекпен жалпы қамтуға кепілдік беретін 54 елдің 22 елінде (Ұлыбритания, Австралия, Канада және т. б.) кең таралған;

- мемлекеттің, жұмыс берушілер мен жұмыскердің міндетті ортақ жарналары есебінен қаржыландырылатын әлеуметтік медициналық сақтандыру 54 елден әлемнің 30 елінде таралған (Германия, Франция, Жапония, Корея);

- жұмыс берушілердің немесе жұмыскерлердің ерікті жарналары есебінен қаржыландырылатын жеке медициналық сақтандыру (АҚШ 2009 жылғы Денсаулық сақтау және пациенттерді қорғау реформасына дейін);

- денсаулық сақтаудың жинақтаушы шоттары негізінен Сингапурда қолданылады. Олар тек жұмыс істейтін азаматтардың табысы есебінен қаржыландырылады.

Бюджеттік модель қаржыландыру тұрақтылығы мен әлеуметтік қорғаудың жоғары деңгейімен сипатталады, бірақ іс жүзінде азаматтардың өз денсаулығы мен медициналық көрсетілетін қызметтер берушілер арасындағы бәсекелестік үшін жеке жауапкершілігіне әсер етпейді.

Әлеуметтік медициналық сақтандыру барлық әлеуметтік серіктестердің денсаулығы үшін ортақ жауапкершілікті іске асыруды қамтамасыз етеді, бәсекелестікті дамытуға, сапа мен тиімділікті арттыруға ынталандырады. Бұдан басқа, бұл модель денсаулық сақтау жүйесін өзін-өзі реттеудің жоғары деңгейін қамтамасыз етеді.

Жеке медициналық сақтандыруды пайдаланатын жүйелер медициналық көмек алу кезінде азаматтардың әлеуметтік қамсыздандырылуын және теңдігін қамтамасыз етпейді, денсаулық сақтаудың басымдықтарына байланысты қаражатты қайта бөлуге мүмкіндік бермейді және оны қолдану транзакциялық шығыстардың жоғары болуына әкеледі.

Жинақтаушы (дербестендірілген) медициналық шоттар медициналық көмектің қолжетімділігін жинақтау мөлшерімен шектейді бұл табысы төмен немесе созылмалы аурулары бар азаматтарға теріс әсер етеді. Ашықтықтың жоғары деңгейіне және медициналық көрсетілетін қызметтер берушілер арасында бәсекелестікті ынталандыру қабілетіне ие бұл модель денсаулық үшін ортақ жауапкершілік қағидатын жүзеге асыруға мүмкіндік бермейді және әкімшілік шығыстардың өсуіне әкеледі.

Осылайша МӘМС жүйесі – міндетті, әлеуметтік және ынтымақтастық болып табылады және жүйеге жарналар мен аударымдардың мөлшеріне қарамастан, барлығы бұл көмекті бірдей алады.

МӘМС енгізілгенге дейін 2020 жылы денсаулық сақтау саласы 362,5 миллиард теңге көлемінде қаржыландыру тапшылығын жинақтады. Бұл тапшылықтың пайда болуының негізгі себептері:

- медициналық көрсетілетін қызметтердің негізгі тұтынушылары болып табылатын қарттар мен балаларды қоса алғанда, халықтың 15% - ға өсуі;
- бес негізгі созылмалы инфекциялық емес аурулармен ауыратын науқастар санының 2,5 есеге артуы;
- қымбат медициналық көмектің қолжетімсіздігі, соның салдарынан азаматтардың бір бөлігі қажетті ем алу үшін шетелге кетті.

Мұндай жағдайда барлық әлеуметтік серіктестердің: мемлекет, жұмыс берушілер және азаматтардың осы проблемаларды жеңілдету, тиімді және қаржылық орнықты денсаулық сақтау жүйесін құру үшін күш-жігерін біріктіру қажет болды.

Дербестендірілген шоттарды қарастыратын жүйе көрсетілетін медициналық қызметтердің көлемін шектейді және сақтандырылған

науқастардың қолжетімді және сапалы жоспарлы медициналық көмекке құқықтарын бұзады.

Бұдан басқа цифрландырудың қазіргі деңгейінде денсаулық жарнасы және тұрмыс салтына байланысты жеке сақтандыру жай-күйіне мөлшерлемелерін қолдануды басқару мүмкін емес және ынтымақтың мәні жоғалады.

5. Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруды сақтандыру және ынтымақтастық бөліктеріне қарай бөлу

Қазақстанда медициналық сақтандырудың ынтымақты және әлеуметтік моделі енгізілді. Бұл неден көрініп отыр? Ортақ жауапкершілік: мемлекет-халықтың жеңілдетілген санаттары үшін жарналарды төлейді, жұмыс берушілер – аударымдарды төлеуді жүргізеді, адамдардың өздері – жарналарды төлейді.

Яғни, әлеуметтік медициналық сақтандыру барлық әлеуметтік серіктестердің денсаулығы үшін ортақ жауапкершілікті іске асыруды қамтамасыз етеді, бәсекелестікті дамытуға, медициналық көмектің сапасы мен тиімділігін арттыруға ынталандырады. Бұдан басқа, бұл модель денсаулық сақтау жүйесін өзін-өзі реттеудің жоғары деңгейін қамтамасыз етеді.

Қазақстан зейнеткерлер, балалар, мүгедектер және халықтың басқа да осал топтары әлеуметтік қорғалуы үшін сақтандырудың әлеуметтік үлгісін таңдады. Жеңілдікті санаттағы 11 млн азамат үшін жарналарды елімізде мемлекет төлейді.