

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру бойынша талдамалық анықтама

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (бұдан әрі – МӘМС) 2020 жылдан бастап толық көлемде енгізілді. МӘМС енгізудің алғышарттары денсаулық сақтау шығыстарының ЖІӨ-ден төмен үлесі (2,8%), қаржыландыру тапшылығы (шамамен 362,5 млрд теңге) және тиісінше жоғары жеке шығыстар (39%) болды.

Әлемдік тәжірибені зерделеу негізінде, елдің ерекшелігін ескере отырып, Қазақстанда медициналық сақтандырудың аралас моделі енгізілді.

МӘМС жүйесін енгізу денсаулық сақтауды қаржыландырудың 1 трлн-нан 2,5 трлн-ға теңгеге дейін айтарлықтай өсуіне әкелді.

Еліміздің бір тұрғынына шығындар да МӘМС арқасында айтарлықтай өсті. Егер бұрын әр адамға 56 мың теңге болса, қазір бұл көрсеткіш 122 мың теңгені құрайды.

МӘМС бағдарламасы бойынша жұмыс істейтін медициналық көрсетілетін қызметтерді берушілердің саны да айтарлықтай өсті. Егер бұрын 1290 болса, қазір олардың саны 1927-ге жетті. Әсіресе жеке клиникалардың үлесінің өсуі байқалады, олар екі есеге өсіп, 2023 жылы 1221-ді құрады.

МӘМС жүйесін енгізудің оң нәтижесінде дәрігерлердің орташа жалақысының 189 мыңнан 454 мың теңгеге дейін едәуір ұлғайса, ал орта медицина персоналдарының жалақысы 117 мыңнан 236 мың теңгеге дейін ұлғайды.

Консультациялық-диагностикалық қызметтердің (бұдан әрі – КДҚ): дәрігерлік қабылдаулар, зертханалық талдаулар және аспаптық диагностикалардың қолжетімділігі 7 есеге ұлғайды. 2019 жылы 200 мыңға жуық КТ және МРТ зерттеп-қарау жүргізілді, ал өткен жылы мұндай қызметтердің 1,5 миллионға жуығы тіркелді, яғни 7 есе көп.

Жаңа бағдарламаның арқасында «бедеулік» диагнозына тап болған 8000 жұп ата-ана болды және қазірдің өзінде ЭКҰ әдісін қолдану арқылы 5000 бала дүниеге келді. ЭКҰ-ның бір циклі 1,2 миллион теңгені құрайды.

Стационарды алмастыратын көмек қызметтері де 2020 жылы 621,0 мың қызметтен 2022 жылы 864,7 мың қызметке дейін 1,4 есеге айтарлықтай ұлғайды.

Күндізгі стационарларды қаржыландыру соңғы 3 жылда 4 млрд теңгеден 6 млрд теңгеге дейін өсті.

Стационарлық көмек қызметтері 2019 жылғы 1,6 млн қызметтен 2022 жылы 4,1 млн қызметке дейін 2,5 есеге ұлғайды.

Жоғары технологиялық медициналық көмекті (бұдан әрі – ЖТМК) қаржыландыру 3,5 есе өсті. Мұндай қызметтердің көлемі 4 есеге артты.

Сонымен қатар жалпы денсаулық сақтау жүйесінің қаржылық орнықтылығына әсер ететін бірқатар проблемалар бар.

1. Қаржының жеткілікті бөлінбеуі:

- медициналық көрсетілетін қызметтерді тұтынудың өсуі, бұл көбінесе медициналық-демографиялық көрсеткіштермен байланысты;

- дәрі-дәрмектерді, медициналық бұйымдарды, шығыс материалдарын қоса алғанда медициналық тауарларға инфляцияның өсуі;
- медицина қызметкерлерінің жалақысының пропорционалды емес өсуі;
- нақты шығыстарды өтемейтін төмен тарифтер;
- жарналар мен аударымдардың төмен пайыздық мөлшерлемелерімен *(ағымдағы жылы мемлекеттің жарналары 1,8%, жұмыс берушілердің аударымдары 3%, қызметкерлердің жарналары 2%)* байланысты.

2. Халықтың МӘМС жүйесіне жеткіліксіз тартылуы. Қазіргі уақытта 3 миллионнан астам адам сақтандырылмаған және МӘМС шеңберінде көрсетілетін медициналық көмекке қол жеткізе алмайды;

3. Медициналық ұйымдардың медициналық көмек көлемін шамадан тыс тұтынуы, оның ішінде қосып жазу;

4. Денсаулық сақтау жүйесінде қаржыны басқарудың жеткіліксіздігіне әкелетін бизнес-процестерді цифрландырудың төмен деңгейі және медициналық ақпараттық жүйелердің бытыраңқылығы;

5. Медицина қызметкерлеріне қаржыландыру көздерін айқындауда қиындықтар туғызатын екі қаржыландыру көзінің болуы және әкімшілендіру кезіндегі қиындықтар.

Бұл проблемалар денсаулық сақтау жай-күйін жақсарту және халыққа медициналық көрсетілетін қызметтердің қолжетімділігін арттыру үшін назар аударуды және шешуді қажет етеді.

Аталған проблемаларды шешу үшін Министрлік Қормен бірлесіп мынадай шараларды іске асырады.

Мемлекет басшысының МӘМС жүйесін жетілдіру бойынша шаралар қабылдау жөніндегі тапсырмасына (сайлауалды платформа) сәйкес Министрлік денсаулық сақтауды қаржыландырудың жаңа тәсілдерін әзірлеп, Экономикалық саясат жөніндегі кеңестің қарауына шығарды.

2022 жылғы 14 желтоқсанда Экономикалық саясат жөніндегі кеңес отырысының хаттамасымен денсаулық сақтауды қаржыландырудың жаңа тәсілдері мақұлданды:

- тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің (бұдан әрі – ТМККК) және МӘМС қаржылық ағындарын бірыңғай пулға біріктіру;

- ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде медициналық көмектің тізбелерінің аражігін ажырату;

- шетелдік азаматтар (еңбек мигранттары мен студенттер) үшін жүктелген медициналық сақтандыруды енгізу;

- Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының медициналық көмекке ақы төлеудің бірыңғай ақпараттық жүйесін іске қосу, барлық кезеңдердегі қаржы ағындарын бақылау;

- лицензиядан кейінгі, проактивті мониторинг, алаяқтыққа қарсы күрес жүргізу арқылы медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасы мен көлемін бақылау жүйесін енгізу;

- халықтың жекелеген қызметтерді алуына шектеу енгізу;

- 2026 жылдан бастап мөлшерлемелер мен жарналарды кезең-кезеңімен арттыру және жұмыс берушілердің аударымдары мен қызметкерлердің жарналарын есептеу үшін базаның жоғарғы шегін алып тастау.

Қаржыландыру ағындарын біріктіру

Бүгінгі таңда нысаналы жарна түріндегі ағындарды бірыңғай пулға біріктіру, жүктелген медициналық сақтандыруды енгізу, кепілдік бағдарламасы түріндегі ағындарды нақты ажырату заңнамалық реттелді және тиісті өзгерістер «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» ҚР Кодексіне және Бюджет кодексіне, «Халықтың көші-қоны туралы» Заңына енгізілді (2023 жылғы 19 сәуірдегі Әкімшілік реформалар жөніндегі заңмен).

Ағымдағы жылдың маусым және шілде айларында заңға тәуелді актілерге тиісті өзгерістер енгізілді.

2024-2026 жылдарға арналған республикалық бюджет жобасында тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлеміне және халықтың 15 жеңілдетілген тобы үшін мемлекеттің жарналарына және әскери қызметшілерге, арнаулы мемлекеттік және құқық қорғау органдарының қызметкерлеріне міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық көмек көрсетуге арналған шығыстар 002 «Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорына нысаналы жарна» бюджеттік бағдарламасы бойынша жалпы сомасы 6 676,8 млрд теңге, оның ішінде: 2024 жылға – 2 151,3 млрд теңге, 2025 жылға – 2 185,2 млрд теңге, ал 2026 жылға – 2 340,3 млрд теңге.

ТМККК және МӘМС пакеттерін нақты ажырату

Пакеттерді нақты бөлу мақсатында Министрлік Қормен бірлесіп «2024-2026 жылдарға арналған тегін медициналық көмектің және медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық көмек көрсету кепілдіктерінің бағдарламасын бекіту туралы» ҚР Үкіметі Қаулысының жобасын әзірледі. Қаулыда медициналық көрсетілетін қызметтер бөлінісінде индикаторлары бар көрсетілетін қызметтер көлемін көрсете отырып, пакеттердің нақты бөлінуі көрсетілетін болады. Жоба Денсаулық сақтау басқармаларымен және Ұлттық ғылыми орталықтармен келісу сатысында. Үкіметтің осы қаулысын қабылдау мерзімі – ағымдағы жылдың қараша айы.

Жүктелген сақтандыруды енгізу

«ҚР Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексінің 201-1-бабына сәйкес «Халықтың көші-қоны туралы» ҚР Заңына және Қазақстан Республикасы ратификациялаған халықаралық шарттарға сәйкес ҚР аумағында уақытша болатын шетелдіктердің медициналық-санитариялық алғашқы көмектің медициналық ұйымында медициналық көмек, шұғыл нысанда стационарлық жағдайларда мамандандырылған медициналық көмек алуы Қазақстан Республикасының жүктелген медициналық

сақтандырудың үлгілік шартында айқындалған шарттарда жүктелген медициналық сақтандыруды жүзеге асырады.

А.ж. 1 мамырдан бастап еңбек мигранттары мен студенттері үшін жүктелген сақтандыру енгізілді.

2023 жылғы 7 маусымда «Жүктелген медициналық сақтандырудың үлгілік шартын және жүктелген медициналық сақтандыру кезіндегі медициналық көмектің ең төменгі тізбесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің № 111 бұйрығы бекітілді.

Жүктелген медициналық сақтандыру шарты бойынша сақтандыру сомасының мөлшері тиісті қаржы жылына арналған республикалық бюджет туралы заңда белгіленген айлық есептік көрсеткіштерде айқындалатын мөлшерден кем емес:

- 1) медициналық-санитариялық алғашқы көмек – 50 АЕК-тен кем емес;
- 2) стационарлық жағдайларда мамандандырылған медициналық көмек – 100 АЕК кем емес.

Бүгінгі таңда сақтандыру компанияларымен 8 497 шарт жасалды.

Медициналық көмекке ақы төлеудің бірыңғай ақпараттық жүйесін іске қосу

Бүгінгі таңда Министрлік ЦДИАӨМ және Қормен бірлесіп, e-Densaulyq бірыңғай АТ платформасы шеңберінде медициналық көмекке ақы төлеудің бірыңғай жүйесін (МҚАБЖ) енгізу бойынша жұмыс жүргізуде.

МӘМС жүйесінің процестерін цифрландыру мақсатында Денсаулық сақтау жүйелері бойынша бизнес-процестерге талдау және сызу жүргізілді.

Бизнес-процестердің 47 схемасы, «e-Densaulyq» архитектурасындағы «SAQTANDYRY» ақпараттық жүйесінің «Медициналық көмекке ақы төлеудің бірыңғай жүйесі» кіші жүйесін дамытуға арналған техникалық тапсырма бекітілді.

Қор үшін «e-Densaulyq» базасында компоненттер әзірленуде. 2023 жылғы 9 қыркүйекте ЭКС ақпараттық жүйесінен «e-Densaulyq» қорытындылар хаттамасын қабылдау бойынша функционал енгізілді, Қор мен медициналық қызметтер беруші арасында шарт жасалды.

МӘМС және оны цифрландыруды жетілдіру жөніндегі шаралар Үкіметте апта сайын Денсаулық сақтау және Қаржы министрліктерінің, әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының қатысуымен қаралуда.

Жүйені іске қосу 2024 жылдың 1 қаңтарынан бастап жоспарланған.

Медициналық қызметтерді шамадан тыс тұтыну

Жоғарыда атап өткендей, Қордың проблемаларының бірі медициналық көрсетілетін қызметтерді, әсіресе, консультациялық-диагностикалық қызметтерді (КДҚ) шамадан тыс тұтыну болып табылады.

Қаржыландырудың едәуір ұлғаюына қарамастан (КДҚ 2019 жылы 25 млрд теңгеден 2023 жылы 386,8 млрд теңгеге дейін), амбулаториялық

жағдайларда КДҚ-ны (арнайы мамандардың консультациялары, зертханалық қызметтер, КТ, МРТ, УДЗ, стоматология) шамадан тыс тұтыну байқалады.

Бұл туралы Мемлекет басшысы ағымдағы жылдың 19 сәуірінде «Медициналық көмекті бақылаусыз тұтыну аясында қымбат диагностикалық қызметтер саны 11 есеге артты» деп атап өтті.

Шамадан тыс тұтынудың негізгі себептері қосымша қызметтерге, оның ішінде көлемі 50%-дан 100%-ға дейін жететін бірлесіп орындаушыларға негізсіз жолдамалар болып табылады. Сонымен қатар халықтың диспансерлік топтарын сауықтырумен қамтудың төмендеуі және соның салдарынан шұғыл емдеуге жатқызудың 2%-ға өсуі байқалады.

Осыған байланысты ағымдағы жылдың 1 ақпанынан бастап КДҚ (ҚРДСМ 2020 жылғы 21 желтоқсандағы бұйрығы, Төлем ережесі) тежеу жүйесі (сызықтық шкала) енгізілді.

Сонымен қатар сызықтық шкала антенатальды байқауға, профилактикалық қарап-тексерулерге, скринингтік зерттеулерге, онкологиялық науқастарды диагностикалауға және емдеуге қолданылмайды.

Сызықтық шкаланы қолдану шектелген бюджетте бақылаусыз өсіп келе жатқан көлемдерді ұстап тұру үшін мәжбүрлі шара болып табылады.

Медициналық қызметтердің сапасы мен көлемін бақылауды күшейту

Бұдан басқа Денсаулық сақтау министрлігі қазіргі уақытта халыққа сапалы және қолжетімді медициналық көмекті қамтамасыз ету мақсатында медициналық көрсетілетін қызметтерді берушілерге қойылатын талаптарды арттыруға бағытталған нормативтік-құқықтық актілерді әзірледі (бекітілген халық саны – кемінде 10 мың адам, жұмыс тәжірибесінің болуы – 3 жылдан кем емес, СЭҚ қорытындысы мен қажетті лицензиялардың міндетті түрде болуы және т. б.), сондай-ақ денсаулық сақтау басқармаларының рөлін күшейту (ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде стационарлық және стационарды алмастыратын жағдайларда төсек бейіндері бөлінісінде төсек қорын айқындау туралы бұйрық шығару, Қордың жанындағы медициналық көрсетілетін қызметтерді сатып алу жөніндегі өңірлік комиссия төрағасының орынбасары лауазымына денсаулық сақтау басқармасы басшысының орынбасарынан төмен емес денсаулық сақтау басқармасының өкілі айқындалады).

Сондай-ақ мониторинг жүргізу кезінде ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде медициналық қызметтер көрсететін қызметтер берушілерге қойылатын талаптарды қатаңдату бөлігінде ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде денсаулық сақтау субъектілерінен медициналық көрсетілетін қызметтерді сатып алу шарты талаптарының орындалуына мониторинг жүргізу қағидаларына өзгерістер енгізіледі, оның ішінде:

- құқық қорғау органдарына айлық есептік көрсеткіштің 50 еселенген мөлшерінен асатын сомаға медициналық көмек көрсетудің расталмаған

жағдайлары, сондай-ақ ақаулар қайта анықталған кезде көрсетілетін қызметтерді сатып алу шартын мерзімінен бұрын бұзу туралы ақпарат жіберу;

- пациенттердің еркін таңдау құқықтарын іске асыру мақсатында әрбір қызметтер беруші бойынша жүргізілген мониторингтер туралы ақпаратты кейіннен қалыптастыра және ресми сайттарда жариялай отырып, залал ұғымы мен бұзушылықтардың түрлерін енгізу, сондай-ақ ақауларды ранжирлеу арқылы қызметтер берушілердің рейтингін айқындауды енгізу жоспарлануда;

- «Рұқсат беру құжаттарынсыз медициналық көмек көрсету(лицензия / лицензияға қосымша, сертификаттар)» 1.4 кодын және «Көрсетілген медициналық көмек құнының негізсіз қымбаттауы (төсек-күндер)» 3.4 кодын енгізе отырып, ақаулардың бірыңғай жіктеуішіне толықтырулар енгізілді.

Халықтың МӘМС жүйесіне жеткіліксіз тартылуы

Бүгінгі таңда 3 миллионнан астам адам сақтандырылмаған күйінде қалып отыр.

Министрлік Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау және Қаржы министрліктерімен бірлесіп платформалық жұмыспен қамтуды дамыту мәселесін пысықтауда, сондай-ақ Еңбекмині жергілікті атқарушы органдар сақтандырылмаған адамдардың санын көрсететін отбасының цифрлық картасын әзірледі.

Бұдан басқа МӘМС-ке тарту үшін **жекелеген қызметтерді алу кезінде шектеулер енгізу** бойынша ұсыныстар әзірлеу жүргізілуде.

2022 жылдың қорытындысы бойынша ҚР БП Құқықтық статистика және арнайы есепке алу комитеті ұсынатын соттылықтың болуы немесе болмауы туралы анықтама, ҚР Ішкі істер министрлігі ұсынатын жүргізуші куәлігі, ҚР азаматының паспортын ресімдеу, көлік құралдарын тіркеу, ҚР Әділет министрлігі ұсынатын жылжымайтын мүлікке құқықтарды (ауыртпалықтарды) тіркеуге мемлекеттік қызметтер, Психоневрологиялық пен наркологиялық ұйымдарда есепте тұрғаны/тұрмағаны туралы анықтама аса сұранысқа ие болды.

Осыған орай Министрлік Әділет, Ішкі істер министрліктерімен және ҚР БП Құқықтық статистика және арнайы есепке алу комитетімен бірлесіп, сақтандырылмаған тұлғалардың жоғарыда аталған мемлекеттік қызметтерді алуына шектеулер енгізу мәселесін талқылау бойынша кеңестер өткізді.

Алайда мемлекеттік органдар Министрліктің ұсынысын қолдамады өйткені мемлекеттік қызметтерді алуға шектеу халықтың наразылығын тудыруы мүмкін.

Бұл бағыттағы жұмыс жалғасуда.

Төмен тарифтерге қатысты

Мемлекет басшысының 2020 жылғы 1 қыркүйектегі және 2021 жылғы 1 қыркүйектегі жолдауларына сәйкес республикалық бюджеттен жыл сайын дәрігерлердің жалақысын 30%-ға, орта және медициналық емес қызметкерлердің жалақысын 20%-ға арттыруды қамтамасыз ету үшін

тарифтерді көтеруге қосымша қаражат бөлінетінін атап өту қажет. Медициналық көрсетілетін қызметтер шығыстарындағы жалақының үлесі жыл сайын өсіп келеді және бүгінгі күні барлық шығыстардың орта есеппен 70%-ына дейін, ал кейбір медициналық ұйымдарда 80%-дан астамға жетті.

2022-2023 жылдар кезеңінде медициналық және басқа да персоналдың жалақысының өсуін ескере отырып, 2022 жылы медициналық көрсетілетін қызметтердің барлық тарифтері бойынша орташа өсім 8,5%, 2023 жылы – 10,4% құрады.

Сондай-ақ медициналық көрсетілетін қызметтерге тарифтерді қалыптастыру жөніндегі жыл сайынғы жұмыс жоспарына сәйкес 2022 жылы жедел жәрдем, босандыру және онкологиялық бейін бойынша қолданыстағы тарифтер қайта қаралды.

Сондай-ақ жедел медициналық көмек көрсететін ұйымдардың қаржылық орнықтылығын қамтамасыз ету мақсатында Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі «Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде ұсынылатын медициналық қызметтерге тарифтерді бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-170/2020 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2023 жылғы 4 қыркүйектегі № 557 бұйрығын жедел медициналық көмектің жан басына шаққандағы нормативін 305,73 теңгеге дейін қайта қарау бөлігінде бекітті.

Сонымен қатар ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде қолданыстағы тарифтер коммуналдық қызметтерге, тамақтануға, дәрілік заттар мен шығыс материалдарына арналған шығыстардың жыл сайынғы өсуін ескермейтінін атап өткен жөн.

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2022 жылғы 24 қарашадағы № 945 қаулысымен бекітілген Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2026 жылға дейінгі тұжырымдамасында медициналық көмекті қаржыландыруды жетілдіру жөніндегі іс-шаралар шеңберінде медициналық көрсетілетін қызметтердің өзіндік құнына әсер ететін макроэкономикалық көрсеткіштердің өзгеруіне тарифтерді жыл сайынғы индекстеу бөлігінде тарифтерді қалыптастыру әдістемесіне өзгерістер енгізу көзделген.

Осыған байланысты 2024 жылға 2024-2026 жылдарға арналған бюджет жобасында өзге шығыстарды индекстеуге 15 млрд теңге сомасында қаражат көзделген (2024 жылға қажеттілік – 95,9 млрд теңге, 2025 жылға – 122,9 млрд теңге, 2026 жылға – 156,6 млрд теңге).

Бұл қаражат басым бағыттар бойынша тарифтерді қайта қарауға бағытталатын болады.

Медициналық ұйымдардың кредиторлық берешегіне қатысты.

2023 жылғы 1 шілдедегі жағдай бойынша медициналық ұйымдардың кредиторлық берешегі 537 медициналық ұйым (МО) (оның ішінде: мемлекеттік

– 367 МО, жеке – 170 МО) бойынша 81,0 млрд теңгені құрайды, оның ішінде мерзімі өткен кредиторлық берешек 80 МҰ бойынша 19,1 млрд теңге.

2023 жылғы 1 тамыздағы жағдай бойынша медициналық ұйымдардың кредиторлық берешегі 587 МҰ (оның ішінде: мемлекеттік – 405 МҰ, жеке – 182 МҰ) бойынша 94,5 млрд теңгені құрайды 1 935 МҰ-нан, оның ішінде 83 МҰ бойынша мерзімі өткен кредиторлық берешек 15,5 млрд теңгені құрайды.

Оның ішінде: еңбекке ақы төлеуге жұмсалатын шығыстардың үлесі – 6,9 млрд теңге немесе 7%, салықтар, ЖТҚ-дан жарналар және аударымдар – 9,6 млрд теңге немесе 10%, ДЗ және МБ сатып алуға – 51,3 млрд теңге немесе 54%, оның ішінде СҚ-Фармация – 20,8 млрд теңге немесе 41%, коммуналдық қызметтер төлемі – 2,1 млрд теңге немесе 2%, тамақ өнімдері – 1,5 млрд теңге немесе 2%, басқа шығыстар – 23 млрд теңге немесе 25%.

Кредиторлық берешектің пайда болуының мынадай себептері бар:

1. Дәрілік заттардың, сондай-ақ пайдаланылмайтын дәрілік заттардың 2 айлық қорының артуы байқалады;

2. Төмен тарифтер (коммуналдық қызметтерге, тамақтануға, дәрілік заттарға, негізгі құралдар мен медициналық техниканы ұстауға арналған шығыстар жыл сайын индекстелмейді);

3. Басым емес тауарларды сатып алу (жабдық, материалдық-техникалық жарақтандыру);

4. Басқа да қызметтер мен жұмыстарға, оның ішінде ғимаратты ағымдағы жөндеуге ақы төлеу;

5. Ғимаратты күтіп ұстауға (коммуналдық қызметтер, жылыту, жарық), оның ішінде пайдаланылмаған ғимараттар мен үй-жайларға үлкен шығындар;

6. Төсек қорын тиімсіз пайдалану (қарапайым төсек);

7. Үлкен штат саны;

8. Кредиторлық берешек болған кезде сыйлықақыларды есептеу;

9. Медициналық көрсетілетін қызметтердің сапасы мен көлемінің мониторингі (ақаулар, тұрақсыздық айыбы) қорытындылары бойынша Қордың экономикалық ықпал ету шараларын қолдану қорытындылары бойынша медициналық ұйымдардың шығындары.

Қазіргі уақытта ӘлМСҚ ай сайын медициналық ұйымның кредиторлық берешегі бойынша деректерді жинауды жүзеге асырады.

Денсаулық сақтау субъектілерінің кредиторлық берешегін төмендету, медициналық көмектің қолжетімділігін арттыру мақсатында мынадай шаралар қабылданады:

- МӘМС активтері есебінен 58,9 млрд теңге мөлшерінде қосымша қаражат бөлінді (бекітілген бір тұрғынға консультациялық-диагностикалық көмек көрсетуге 23,1 млрд теңге, ауыл тұрғындарына медициналық көмек көрсетуге 10,3 млрд теңге, стационарлық көмек көрсетуге – 25,5 млрд теңге);

- жедел медициналық жәрдем бойынша жан басына шаққандағы норматив ағымдағы жылдың 1 қыркүйегінен бастап қаражатты ішкі қайта бөлу есебінен 267,51 теңгеден 305,73 теңгеге дейін көтерілді;

- 2023 жылға арналған республикалық бюджетті түзету шеңберінде қосымша 114,1 млрд теңге (жедел медициналық көмек – 8,3 млрд теңге; амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге – 17,5 млрд теңге; МСАК – 26,6 млрд теңге; онкологиялық ауруларды емдеуге – 47,5 млрд теңге және медициналық көмектің басқа түрлеріне – 14,2 млрд теңге) сұратылады;

- жергілікті бюджет қаражаты есебінен қаражат бөлу бойынша жергілікті атқарушы органдармен жұмыс жүргізілуде.

Жедел деректер бойынша бүгінгі таңда ЖАО 041 «Облыстардың жергілікті өкілді органдарының шешімі бойынша тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін қосымша қамтамасыз ету» бюджеттік бағдарламасы шеңберінде өңірлер коммуналдық шығыстарға, ЖЖМ сатып алуға, ағымдағы жөндеуге 4,7 млрд теңге бөлді (Алматы облысы – 32 млн теңге; Атырау облысы – 9 19,5 млн теңге; Жетісу облысы – 418,7 млн теңге; Қостанай облысы – 441,2 млн теңге; Маңғыстау облысы – 192,7 млн теңге; Павлодар облысы – 509,8 млн теңге; Түркістан облысы – 255,0 млн теңге; Астана қаласы – 1,9 млрд теңге);

- медициналық ұйымдар басым емес шығыстарды оңтайландыру бойынша жұмыс жүргізуде.

Аударымдар мен жарналардың мөлшерлемелерін арттыру бөлігінде Министрлік ТМККК және МӘМС пакеттерін қайта қарау бойынша ұсыныстарды МӘМС пакетін біртіндеп ұлғайта отырып, мемлекеттің аударымдары мен жарналарының мөлшерлемелерін бір мезгілде арттыруды көздейді.