

ҚАЗАҚСТАН  
РЕСПУБЛИКАСЫ  
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ  
МИНИСТРЛІГІ



МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ  
КАЗАХСТАН

010000, Астана қаласы, Мәңгілік Ел даңғылы, 8,  
Министрліктер үйі, 5 - кіреберіс,  
тел.: 7 (7172) 743650, факс: 7 (7172) 743727  
e-mail: minzdrav@dsm.gov.kz

010000, город Астана, проспект Мәңгілік Ел, 8, Дом  
Министерств, 5 подъезд,  
тел.: 7 (7172) 743650, факс: 7 (7172) 743727  
e-mail: minzdrav@dsm.gov.kz

Қазақстан Республикасы  
Парламенті Мәжілісінің  
депутаттарына

«Ақ жол» ҚДП фракциясының депутаттары

А. А. Садықовқа  
А. Т. Перуашевқа  
Д. М. Еспаеваға  
Е. Х. Барлыбаевқа  
Қ.Ж. Исаға  
Е. А. Бейсенбаевқа

«АМАНАТ» фракциясының депутаты

Д. Е. Исабековқа

«Қазақстан халық партиясы» фракциясының депутаты

Г. Ш. Танашеваға

2024 жылғы 14 наурыздағы № ДС-112

Құрметті депутаттар!

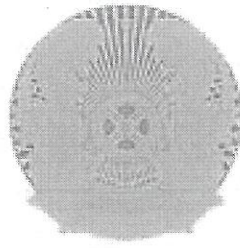
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі сіздердің депутаттық сауалдарыңызда берілген ұсыныстарыңызға алғыс білдіре отырып, аталған мәселер бойынша тиісті жауапты қосымшаға сәйкес ұсынады.

Қосымша \_\_ парақта.

Министрдің  
міндетін атқарушы

Т. Сұлтанғазиев

Орынд.: Ә. Жұмашева  
Тел.: 74-32-37



БҮЙРЫҚ

ПРИКАЗ

№ \_\_\_\_\_

Астана қаласы

город Астана

2024 жылдың 11 сәуірі № 62-і

### Министрдің жұмыс сапары туралы

Батыс Қазақстан облысында су тасқынының салдарынан төтенше жағдайға, сондай-ақ эпидемиологиялық жағдайдың нашарлауына байланысты 2024 жылғы 12 сәуірден бастап 13 сәуірді қоса алғанда Орал қаласына, Батыс Қазақстан облысына іссапарға барамын.

Іссапар кезінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқару Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау бірінші вице-министрі Тимур Сламжанұлы Сұлтанғазиевқа жүктелсін.

Іссапар шығыстарын өтеу шарттары:

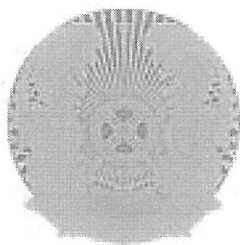
- тәулікақыны өтеу үшін күндер саны - 2;
- тұрғын үй-жайды жалдау бойынша шығыстарды өтеу үшін күндер саны – 1 (Орал);
- Астана – Орал - Астана бағыты бойынша әуе көлігімен.

Қазақстан  
Республикасы  
Денсаулық сақтау  
министрі

А. Әлназарова



ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ  
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ  
ПЕРСОНАЛДЫ БАСҚАРУ ҚЫЗМЕТІ  
КӨШІРМЕ ДҰРЫС



БҮЙРЫҚ

ПРИКАЗ

№ \_\_\_\_\_

Астана қаласы

город Астана

11 апреля 2024 года № 62-і

### О рабочей поездке Министра

В связи с чрезвычайной ситуацией в результате паводка в Западно-Казахстанской области, а также ухудшением эпидемиологической ситуации, убываю в город Уральск, Западно-Казахстанскую область с 12 по 13 апреля 2024 года.

На период моей командировки исполнение обязанностей Министра здравоохранения Республики Казахстан возложить на Султангазиева Тимура Сламжановича – первого вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

Условия возмещения командировочных расходов:

- количество дней для возмещения суточных – 2;
- количество дней для возмещения расходов по найму жилого помещения – 1 (Уральск) ;

-воздушным транспортом по маршруту Астана – Уральск – Астана.

Министр  
здравоохранения  
Республики Казахстан

А. Альназарова



ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ  
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ  
ПЕРСОНАЛДЫ БАСҚАРУ ҚЫЗМЕТІ  
КӨШІРМЕ ДҰРЫС

Қосымша

### 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) ТМККК 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 ІТ 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.

### 1. Отказ от увеличения выплат ОСМС

Глава государства в своем послании народу Казахстана от 1 сентября 2022 года отметил, что хроническое недофинансирование отрасли приводит к тому, что застрахованные граждане недополучают положенный им объем медицинских услуг.

Необходимо отметить, что перед запуском обязательного социального медицинского страхования (*далее – ОСМС*), было принято решение снизить ставки отчислений и взносов, что стало основной причиной отклонения от первоначальной финансовой модели, повлекшей недофинансирование системы и превышение расходов на оказание медпомощи над поступлениями.

Таким образом, взносы государства снижены в 3,5 раза от первоначальных параметров, отчисления работодателя в 1,7 раз, а взносы индивидуальных предпринимателей в 1,4 раза.

В результате изменения ставок объем недополученных средств ОСМС составил 1,8 триллионов тенге.

Дефицит в 2023 году из-за перетока медпомощи из ГОБМП в ОСМС дефицит составил 245 миллиардов тенге.

Кроме того, в настоящее время для исчисления взносов государства используется медианная заработная плата вместо среднемесячной, а это потери финансовых средств в размере 275 миллиардов тенге.

В этой связи, для обеспечения устойчивого функционирования системы ОСМС предусматривается ряд мер: повышение охвата населения; совершенствование пакетов медицинской помощи; цифровизация системы для повышения прозрачности и прослеживаемости используемых средств.

Для обеспечения финансовой устойчивости: оптимизация несвойственных расходов; контроль за использованием средств; борьба с приписками, а также меры по увеличению финансирования отрасли.

Также, как одной из мер предлагается повышение с 2025 года верхнего значения обложения доходов работников с 10 до 50 минимальных заработных плат, как более справедливое распределение ответственности за расходы на здоровье.

Данная норма вводится для улучшения качества и повышения доступности медицинской помощи в стране.

Предлагаемая Министерством здравоохранения Республики Казахстан (*далее – МЗ РК*) норма по повышению верхнего предела ежемесячного дохода для исчисления взносов и отчислений на ОСМС с 10 до 50 минимальных заработных плат с 2025 года затронет всего 9% наемных работников имеющих доходы свыше 850 тыс.тенге, 91% наемных работников не коснется данная мера.

В практике существует три вида распределения средств:

регрессивное распределение – это когда люди с низкими доходами платят больше;

пропорциональное распределение – когда все платят пропорционально.  
прогрессивное распределение – когда люди с низкими доходами платят меньшую долю.

У нас в стране в связи с введением верхнего предела вид распределения регрессивное.

Справедливость в финансировании касается распределения этих платежей между гражданами. Люди с низкими доходами не должны платить больше, чем богатые.

Данная норма также аналогична с пенсионными взносами, где верхний предел составляет 50-кратного минимального размера заработной платы.

Если показать на примере, то суть в следующем:

возьмем три заработные платы 300 тыс.тенге (примерная средняя заработная плата в республике), 1 млн 500 тыс. тенге (в 5 раз выше средней заработной платы) и 3 млн.тенге (в 10 раз выше средней заработной платы).

Взнос на ОСМС в месяц составит от 300 тыс.тенге – 6 тыс.тенге или 2%;

с 1 млн 500 тыс. тенге – 17 тыс.тенге в месяц или 1,1%;

с 3 млн.тенге также 17 тыс.тенге в месяц, или 0,6%.

То есть регрессивное распределение это чем меньше доход, тем выше вклад в систему (в % от дохода).

Вместе с тем, справедливое распределение предусматривает, чем выше доход, тем выше ответственность.

В соответствии с Планом действий по реализации предвыборной программы Президента Республики Казахстан «Справедливый Казахстан - для всех и для каждого. Сейчас и навсегда», в целях продолжения эффективной реализации реформ, направленных на дальнейшую модернизацию отрасли, Главой Государства поручено принять меры по созданию устойчивой модели развития здравоохранения с доведением уровня финансирования отрасли в 2027 году не менее 5% от ВВП.

Изменение верхнего предела позволит увеличить объемы финансирования расходов на здравоохранение. Сюда относятся и профилактика, диагностика и лечение. Станут больше доступны медицинские услуги, внедрение технологий позволит на ранних стадиях предупреждать болезни, или позволит спасти жизни.

Кроме того, система должна быть устойчивой. В настоящее время мы имеем недостаточное финансирование, недостаточное возмещение расходов, и это отражается на недостаточном уровне обслуживания, квалификации медицинских работников, недостаточном объеме средств на лекарственные препараты, у медицинских организаций растут долги (кредиторская задолженность) перед их поставщиками.

*2. Демонополизация системы медицинского страхования и внедрение рыночных и конкурентных механизмов в этой сфере*

В соответствии с Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» Фонд социального медицинского страхования (далее –

ФСМС) является единым закупщиком медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС.

При внедрении ОСМС Казахстаном выбран подход единого фонда.

Вовлечение частных страховых компаний в систему ОСМС позволит распределить риски между страхователями и обеспечить доступ к медицинским услугам для ограниченного круга населения.

На данном этапе развития здравоохранения страны и в целом социально-экономического развития, данная инициатива преждевременна, так как есть существенные недостатки.

1. Неравенство в доступе к медицинской помощи: Частные страховые компании могут быть заинтересованы в работе с более прибыльными клиентами, что может привести к дискриминации по возрасту, полу или состоянию здоровья. Это может усугубить неравенство в доступе к медицинским услугам.

2. Увеличение стоимости страхования: Частные страховые компании стремятся к получению прибыли, что может привести к повышению стоимости страховых взносов для граждан и работодателей, а также к увеличению самой стоимости медицинского обслуживания.

3. Снижение качества медицинских услуг: В погоне за прибылью частные страховщики могут ограничивать доступ к дорогостоящим процедурам и лекарствам, что негативно скажется на качестве и доступности медицинской помощи.

4. Проблемы с прозрачностью и отчетностью: В системе, контролируемой частными страховщиками, может уменьшиться прозрачность финансовых потоков и медицинских решений, что усложнит контроль за расходованием средств и качеством предоставляемых услуг.

Также административные расходы на управление одним единым плательщиком значительно ниже по сравнению с системами с высоким доходом и несколькими плательщиками. Международный опыт показывает, что многоканальные системы поглощают порядка 25% от общего премиального дохода. Тогда как административные расходы единого закупщика в Азии варьировались от 1,8% на Тайване до примерно 4% в Индонезии. Большинство программ Medicare в США, Канаде и Австралии также потребляют менее 4% доходов. В Казахстане 1,18 %.

Таким образом, вовлечение страховых компаний в систему ОСМС может повысить риски эффективности управления и распределения ресурсов в здравоохранении.

Также, это может привести к увеличению административных расходов и необходимости тщательного регулирования для предотвращения отказа в обслуживании по причине предварительных заболеваний, а также вызовет недовольство со стороны населения из-за приобретения дополнительных пакетов страхования, что в свою очередь способствует увеличению карманных расходов.

Вместе с тем, на сегодняшний день бизнес участвует в рамках ГОБМП и в системе ОСМС.

Закуп медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС осуществляется в соответствии с Правилами закупа услуг у субъектов здравоохранения по оказанию медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС.

Справочно:

Субъекты здравоохранения - это организации здравоохранения, независимости от формы собственности, а также физические лица, занимающиеся частной медицинской.

За годы внедрения ОСМС количество поставщиков медицинских услуг, работающих в системе ОСМС значительно выросло. Если раньше их было 1290, то сейчас их число достигло 1921. Особенно выросла доля частных клиник, которые увеличились вдвое и составил в 2024 году 1236 или 64,3 % от всех поставщиков медицинских услуг.

По объему средств сумма прямых договоров в 2024 году составляет 24% (566,2 млрд. тенге) от общей суммы заключенных договоров на 2024 год (2,372,4 млрд. тенге), что ежегодно увеличивается и в 2022 году составила 23% (551,5 млрд. тенге). При этом, в этих суммах не учтен объем средств по соисполнителям (консультационно-диагностические услуги, лабораторные услуги, которые выполняется в основном частными поставщиками услуг).

Частные медицинские организаций должны обеспечивать взаимные обязательства по оказанию населению качественной и соответствующий стандартам медицинской помощи.

*3. Персонализация счетов граждан в страховых организациях на основе прозрачности и добровольности*

*4. Разработка методологии определения размеров уплаты соответствующих страховых взносов по состоянию здоровья и образу жизни каждого отдельного гражданина*

На сегодня посредством внедрения персонифицированного финансового учета, цифровизации контроля качества медицинских услуг и оцифровке самого факта оказания услуги (QR и СМС уведомления) планируется повысить прозрачность бизнес-процессов в Фонде социального медицинского страхования (далее – ФСМС) и медицинских организациях (далее – МО):

- доработка Единой системы оплаты медицинской помощи (далее – ЕСОМП) на базе «Е- Денсаулық» и интеграция с МИС с внедрением новых форматно-логистических контролей;

- внедрение в каждой МО персонифицированного финансового учета с интеграцией информационных систем МЗ РК и ФСМС и МО;

- цифровизация контроля качества медицинских услуг (постлицензионный контроль, проактивный мониторинг, борьба с мошенничеством);

- создание Ситуационно-аналитического центра при ФСМС и Единого хранилища данных на центральном уровне.

В совокупности, данные меры позволят обеспечить транспарентность, осуществить персонифицированный финансовый учет и отслеживание денег на виртуальных счетах потребителей медицинских услуг, в том числе 100% охват мониторингом качества медицинской помощи, что позволит снизить приписки.

Данная работа уже начата МЗ РК совместно с Министерством цифрового развития, инноваций и аэрокосмической промышленности и ФСМС в рамках единой IT-платформы «Е-Денсаулык».

В соответствии с Законом об ОСМС ежемесячная уплата отчислений и (или) взносов в Фонд социального медицинского страхования для приобретения права на получение медицинской помощи в системе ОСМС является обязательной.

Отчисления и взносы в систему ОСМС от плательщиков направляются исключительно для оплаты медицинских услуг по перечню в системе ОСМС.

Основываясь на принципах обеспечения равных прав на медицинскую помощь в стране, стабильности субъектов здравоохранения, а также учитывая международную практику, в 2015 году принято решение о создании единого фонда социального медицинского страхования, задачами которого является аккумуляция отчислений и взносов, планирование объемов медицинских услуг, закуп и оплата за оказанные услуги, применение мер по повышению качества медицинских услуг, защита интересов плательщиков взносов и отчислений.

В мировой практике все системы здравоохранения имеют смешанную структуру финансирования, с преобладанием одной из 4 основных моделей:

- бюджетная модель, основной источник финансирования – общее налогообложение. Эта модель распространена в 22 странах мира (Великобритания, Австралия, Канада и др.) из 54, гарантирующих всеобщий охват населения медицинской помощью;

- социальное медицинское страхование, финансируемое за счет обязательных солидарных взносов государства, работодателей и работника. Распространена в 30 странах мира из 54 (Германия, Франция, Япония, Корея);

- частное медицинское страхование, финансируемое за счет добровольных взносов работодателей или самих работников (США до Реформы здравоохранения и защиты пациентов 2009 года);

- накопительные (персонализированные) счета здравоохранения, применяются преимущественно в Сингапуре. Финансируются исключительно за счет дохода работающих граждан.

Бюджетная модель характеризуется высоким уровнем стабильности финансирования и социальной защищенности, однако практически не оказывает влияния на индивидуальную ответственность граждан за собственное здоровье и конкуренцию среди поставщиков медицинских услуг.

Социальное медицинское страхование обеспечивает реализацию солидарной ответственности за здоровье всех социальных партнеров, создает стимулы для развития конкуренции, повышения качества и эффективности. Кроме того, при этой модели обеспечивается высокий уровень саморегулирования системы здравоохранения.

Системы, использующие частное медицинское страхование, не обеспечивают социальную защищенность и равенство граждан при получении медицинской помощи, не позволяет перераспределять средства в зависимости от приоритетов здравоохранения, ее применение несет высокие транзакционные издержки.

Накопительные (персонализированные) медицинские счета ограничивают доступность медицинской помощи размерами накоплений, что негативно сказывается на гражданах с низким уровнем дохода, или имеющих хронические заболевания. Эта модель, обладая высоким уровнем прозрачности и способностью стимулировать конкуренцию среди поставщиков медицинских услуг, не позволяет реализовать принцип солидарной ответственности за здоровье и приводит к росту административных расходов.

Таким образом, система ОСМС является обязательной, социальной и солидарной и несмотря на размеры взносов и отчислений в систему, все получают эту помощь одинаково.

До внедрения ОСМС в 2020 году отрасль здравоохранения накопила дефицит финансирования в размере 362,5 миллиарда тенге. Основными причинами формирования этого дефицита были:

- рост населения на 15%, включая пожилых и детей, которые являются основными потребителями медицинских услуг.
- увеличение числа больных пятью основными хроническими неинфекционными заболеваниями в 2,5 раза.
- недоступность дорогостоящей медицинской помощи, из-за чего часть граждан выезжала за рубеж для получения необходимого лечения.

В такой ситуации требовалось объединение усилий всех социальных партнеров: государства, работодателей и граждан, чтобы смягчить эти проблемы и создать эффективную и финансово устойчивую систему здравоохранения.

Система, предусматривающая персонализированные счета, ограничивают в объеме предоставляемых медуслуг и ущемляют права застрахованных пациентов на доступную и качественную плановую медицинскую помощь.

Кроме того, администрирование применения индивидуальных процентных ставок страхования в зависимости от состояния здоровья и образа жизни на нынешнем уровне цифровизации не представляется возможным и теряется смысл солидарности.

*5. Разделение обязательного социального медицинского страхования по страховой и солидарной части*



В Казахстане внедрена солидарная и социальная модель медицинского страхования. В чем это проявляется? Солидарную ответственность несут: государство – оплачивая взносы за льготные категории населения, работодатели – производя оплату отчислений, сами люди – оплачивая взносы.

То есть социальное медицинское страхование обеспечивает реализацию солидарной ответственности за здоровье всех социальных партнеров, создает стимулы для развития конкуренции, повышения качества и эффективности медицинской помощи. Кроме того, при этой модели обеспечивается высокий уровень саморегулирования системы здравоохранения.

Казахстан выбрал именно социальную модель страхования, чтобы пенсионеры, дети, инвалиды и другие уязвимые категории населения были социально защищены. Взносы за 11 млн граждан из льготных категорий в нашей стране платит государство.