

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
ПАРЛАМЕНТІ МӘЖІЛІСІНІҢ

Д Е П У Т А Т Ы



Д Е П У Т А Т

МАЖИЛИСА ПАРЛАМЕНТА
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

010000, Астана, Парламент Мәжілісі

20 __ жылғы «__» _____

№ _____

010000, Астана, Мажилис Парламента

«__» _____ 20 __ года

2023 жылғы 20 сәуірде жарияланды

Қазақстан Республикасының
Премьер-Министрі
Ә.А. Смайыловқа

ДЕПУТАТТЫҚ САУАЛ

Құрметті Әлихан Асханұлы!

Міндетті медициналық сақтандыру жүйесін енгізу медициналық қызметтердің қол жетімділігі мен сапасын арттырып, денсаулық сақтаудың тұрақты қаржылық моделін құруы керек еді.

Медициналық сақтандыру бірнеше жыл бойы жұмыс істегеніне қарамастан, медициналық көмектің сапасына қатысты мәселелер әлі де көп.

Мемлекет басшысы Қасым-Жомарт Тоқаев Үкіметтің кеңейтілген отырысында МӘМС проблемаларына жеке тоқталып, нақты тапсырмалар берді.

Талқылау және талдау қорытындылары бойынша келесі ұсыныстарды қарастыруды ұсынамыз.

Бірінші. «Мұнда және қазір» қағидаты бойынша көрсетілетін қызметтердің қолжетімділігін қамтамасыз ету. Бүгін, егер азамат тегін тексерілгісі келсе, ол көбінесе бір ай, тіптен үш ай күтуге тура келеді, бірақ ақылы болса, қызметті бірден алуға болады. Бұл, соның ішінде жасанды түрде құрылған қаржыландыру мәселесімен байланысты. Емханалар іс жүзінде ай сайын қызмет түрлері бойынша квота алып отырады. Мысалы, КТ 10, МРТ 5 және т.б. Егер өтініштер көп болса, олар келесі айларға жазылады. Көрсетілген қызметтер фактісі бойынша төлемге көшуді қамтамасыз ете отырып, жоспарлы және ай сайынғы қаржыландырудан бас тарту ұсынылады. Сондай-ақ, МӘМС шеңберінде сақтандырылушыларға медициналық ұйымды еркін тандау құқығын беру қажеттілігін қарастыру қажет. Сондай-ақ шатасулар мен қаржылық ағындарды болдырмау үшін ТМККК және СМС пакеттері есебінен медициналық қызмет түрлерін нақтылау қажет.

Талдау қаржыландырудағы жоспарлау проблемаларын көрсетеді. Мысалы, өзекті бағыттар бойынша қаржыландыру тапшылығының болуы (консультациялық-диагностикалық қызметтер) көбінесе басқа бағыттар бойынша дамымаумен қатар жүреді (кәсіби тексерулер, скринингтер және т.б.), яғни саланы қаржыландыруға байланысты проблемалардың бір бөлігін ішкі ресурстар есебінен шешуге болады, атап айтқанда оларды ұтымды және негізделген жоспарлау.

Екінші. Ақпараттық жүйелердің бытыраңқылығы және медицина қызметкерлерінің артық жүктемесі.

Бүгінгі таңда дәрігерлер пациентті тексерудің орнына олардың деректерін әртүрлі ақпараттық жүйелерге енгізуге және формулярларды толтыруға мәжбүр болғандықтан, олардың науқастарды қарауға уақыты жоқ. Ал бір пациентті тексерудің стандартпен шектелген уақыты дәрігердің толығымен дерлік компьютерде жұмыс істеуіне кетеді. Барлық құжаттаманы толтыруды медбикелерге тапсыру, штат бірліктерін кеңейту арқылы бір дәрігерге жүктемені азайтуды жалғастыру, сондай-ақ бірыңғай ақпараттық жүйені іске қосу жөніндегі жұмысты аяқтау қажет.

Үшінші. Айыппұлдар мен тіркеулер мәселесі. Медициналық сақтандыру қорының соңғы деректері төленген, бірақ іс жүзінде көрсетілмеген қызметтердің, тіркемелер деп аталатындардың көп мөлшерін көрсетеді. Қор Көлемнің шамамен 10%-ын тексерген кезде Қор 52 мың тіркемені анықтады. Егер көлем 100% бақылаумен қамтылса, нақты жағдай қандай болар еді? Бұл немен байланысты?

Бірінші ауруханаларды көбірек тіркеуге ынталандыратын Қордың айыппұл жүйесі. Қаржыландыру моделін толығымен өзгерту керек, тіркеудің пайда механизмін алып тастау қажет.

Екінші себеп - тарифтердегі ауытқулар. Медицина қызметкерлерінің жалақысы өскен кезде медициналық қызметтерге тарифтің пропорционалды өсуі байқалмады. Жалақы тарифтің көп бөлігін ұстап қалады және дәрі-дәрмектерге, медициналық мақсаттағы бұйымдарға, тексерулер мен талдауларға аз ақша қалады. Оның салдары медицина сапасына кері әсерін тигізеді және науқастар зардап шегеді. Бұл тарифтік жағдай медициналық ұйымдардың кредиторлық берешегінің өсуіне әкелді. Тариф белгілеу мәселесін шұғыл қайта қарау қажет. Сонымен қатар, медтарифтен коммуналдық қызметтерді алып тастау керек, өйткені өңірлерде инфрақұрылымдар әртүрлі, ауа-райы жағдайлары да бірлей емес және коммуналдық қызметтердің құны бар.

Сонымен қатар, Қормен келісім-шарт бойынша ауруханаларда келесі күнтізбелік жылға арналған 2 айлық дәрі-дәрмек қоры болуы тиіс. Алайда, төлем ағымдағы жылдың соңына дейін жүргізілуі керек, бұл ретте осы қор үшін қаржы ресурстарын өтеу келесі жылдың фактісі бойынша ғана жүргізілетін болады. Сұрақ туындайды, медициналық ұйымдар қазірдің өзінде шағын тарифтердің осы қорларын қалай қамтамасыз етуі керек? Тариф белгілеу әдістемесін шұғыл қайта қарау қажет. Бұл ретте медициналық тарифтен коммуналдық қызметтерге ақы төлеуді шығару ұсынылады, өйткені өңірлерде әртүрлі инфрақұрылым, ауа райы жағдайлары және коммуналдық қызметтердің өзіндік құны бар, сондай-ақ дәрілік заттардың «жанбайтын» қорын құру үшін жұмсалған шығыстарды келесі жылдың көлеміне жатқызу мүмкіндігі ұсынылады.

Төртінші. МӘМС туралы Заңның 26-бабын бұза отырып, азаматтардың жеңілдікті санаттары үшін мемлекеттің жарналары Заңда көрсетілгендей ағымдағы

қаржы жылының алдыңғы екі жылындағы орташа айлық жалақыға емес, орташа жалақыға негізделіп есептеледі. Бұл жүйеде тапшылықтың өсуіне әкеледі және жалпы медициналық қызметтердің сапасына кері әсер етеді. Кейбір есептерде біз экономика бойынша орташа айлық жалақыны есептейміз, ал денсаулық сақтауды қаржыландыруға келетін болсақ, біз орташа жалақыны есептейміз. Жеңілдетілген санаттар үшін мемлекет жарнасын есептеу әдістемесін шешуді ұсынамыз.

Бесінші. Сақтанушының мәртебесін анықтау мәселесі. Кейбір азаматтарға МӘМС шеңберінде медициналық көмектен бас тартылады, олар тұрақты жарна төлеушілер болғанымен, соңғы 3 айда төлеудің объективті себептеріне байланысты олар МӘМС-тен автоматты түрде шығып қалады. Мысалы, жарналарды тұрақты төлейтін, бірақ ұзақ демалыста, емделуде, шетелде 3 айдан астам уақыт болған азаматтар, егер бұрын жарналар төлеген болса да, бір бейінді маманнан кеңес алмайды. МӘМС қолданысы басталғаннан бастап кез келген 12 ай үшін жарналар болған кезде сақтандырылушының мәртебесін айқындау ұсынылады.

Алтыншы. Медициналық қызметтердің басым бөлігін қосалқы мердігерлік ұйымдарға беру мәселесі. Шағын дәрігерлік амбулаториялар тек алғашқы қабылдауды ғана жүзеге асырады, ал азаматтар қосалқы мердігерлікпен жұмыс істейтін әртүрлі клиникаларда қалған тексеру қызметтерін алуға мәжбүр. Бұл пациентке ыңғайлы емес және кредиторлық берешектің өсуіне, кезектілікке және сапаның төмендеуіне әкеледі. Бөгде ұйымдарға берілетін медициналық қызметтердің барынша көп көлемін заң жүзінде белгілеу қажет.

Жетінші. Қор қызметінің ашықтығы. Азаматтар қанша қаражат түскенін, қайда және қандай мақсаттарға бағытталғанын білуі тиіс. Қордың қызметі туралы түсінікті және қолжетімді ақпарат қана оның жұмысына ғана емес, тұтастай алғанда бүкіл жүйеге оң әсер ете алады.

Барлық аталған проблемалар азаматтар арасында наразылықтың әділ өсуіне алып келеді.

Сондықтан Үкіметке жағдайды түзетуге бағытталған ұсынылған шаралар кешенін қысқа мерзімде қабылдау ұсынылады.

**«АМАНАТ» фракциясының
депутаты**

А. Аймағамбетов

Орын.: Н.Хангелді
Тел.: 746884



010000, Астана, Парламент Мәжілісі
20 __ жылғы «__» _____
№ _____

010000, Астана, Мажиліс Парламента
«__» _____ 20 __ года

Оглашен 20.04.2023 г.

**Премьер-Министру
Республики Казахстан
Смаилову А.А.**

ДЕПУТАТСКИЙ ЗАПРОС

Уважаемый Алихан Асханович!

Введение системы обязательного медицинского страхования должно было повысить доступность и качество медицинских услуг, а также сделать более устойчивой финансовую модель здравоохранения.

Несмотря на то, что медицинское страхование функционирует несколько лет, проблем по вопросам качества медицинской помощи все еще много.

На прошедшем расширенном заседании Правительства Глава государства Касым-Жомарт Кемелевич отдельно остановился на проблемах ОСМС и дал конкретные поручения.

По итогам обсуждения и проведенного анализа с экспертами предлагаем рассмотреть следующие предложения.

Первое. Обеспечить доступность медуслуг по принципу «здесь и сейчас».

Сегодня, если гражданин хочет обследоваться на бесплатной основе, ему зачастую приходится ждать месяц, а то и 3, а вот если платно, ту же услугу можно получить сразу же. И связано это, в том числе с искусственно созданной проблемой финансирования.

Можно сказать, что организации здравоохранения фактически котируются по видам услуг ежемесячно. Например, в месяц 10 КТ, 5 МРТ и так далее. А если обращений за этими услугами больше, то их вынуждены записывать на следующие месяцы. В этой связи предлагается отказаться от планового ежемесячного финансирования, обеспечив переход на оплату по факту оказанных услуг.

Необходимо также конкретизировать виды медицинских услуг, оказываемых за счет пакетов ГОБМП и ОСМС, во избежания путаницы у врачей и перетоков финансовых ресурсов.

Анализ показывает проблемы планирования финансирования. К примеру, наличие дефицита финансирования по актуальным направлениям (консультативно-диагностические услуги) зачастую сопровождаются не освоением по другим направлениям (профосмотры, скрининги и тд), т. е. часть проблем связанных с финансированием отрасли можно решить за счет внутренних ресурсов а именно их рациональным и обоснованным планированием.

Второе. Разрозненность медицинских информационных систем и излишняя нагрузка на медработников.

Сегодня у врачей практически нет времени на осмотр пациентов, из-за того, что они вынуждены вместо осмотра пациента вносить его данные в разные информсистемы и заполнять формуляры. И лимитированное стандартом время осмотра одного пациента почти полностью уходит на работу за компьютером. Необходимо заполнение всей документации передать медицинским сестрам, продолжить снижение нагрузки на одного врача общей практики за счет расширения штатных единиц врачей и медсестер.

А также завершить работу по запуску единой информационной системы здравоохранения.

Третье. Проблема штрафов и «приписок». Последние данные Фонда медицинского страхования показывают наличие большого количества так называемых «приписок». Проверив всего около 10% объема, Фондом выявлено 52 тыс. «приписок». Какова же будет реальная ситуация, если охватить контролем 100% объем? С чем это связано?

Во-первых, это система штрафов Фонда, которая сама же стимулирует больницы делать больше «приписок». Здесь требуется полностью изменить модель финансирования, исключив механизм выгоды «приписок».

Вторая причина — это возникшие перекосы в тарифах. Так, при увеличении заработной платы медработникам, пропорционального роста тарифа на сами медуслуги не произошло. Получилось так, что зарплаты «съедают» большую часть тарифа и, следовательно, меньше средств остается на приобретение лекарств, изделия медицинского назначения, проведение обследований и анализов. В результате страдает качество медуслуг и сами пациенты. Такая ситуация с тарифами привела к росту кредиторской задолженности медорганизаций.

Более того, по договору с Фондом больницы должны иметь 2-х месячный запас медикаментов на следующий календарный год. Однако, оплата должна быть произведена до конца текущего года, при этом возмещение финансовых ресурсов за этот запас будет произведена лишь по факту в следующем году. Возникает вопрос, как медорганизации должны обеспечить эти запасы и без того малых тарифов? Необходимо срочно пересмотреть методику тарифообразования. При этом предлагается из медицинского тарифа вывести оплату коммунальных услуг, так как в разных регионах имеется разная инфраструктура, погодные условия и стоимость самих комуслуг, а также предоставить возможность отнесения понесенных расходов за создание «несгораемого» запаса лекарственных средств к объемам следующего года.

Четвертое. Не смотря на статью 26 закона об ОСМС, взносы государства за льготные категории граждан исчисляются исходя от медианной заработной платы, а не среднемесячной зарплаты. Это в том числе влияет на наращивание дефицита в

системе и в целом сказывается на качестве медуслуг. В некоторых отчетах считают среднемесячную зарплату по экономике, а когда дело касается финансирования здравоохранения, считаем по медианой зарплате. Предлагается определиться с методологией исчисления взноса государства за льготные категории.

Пятое. Проблема определения статуса застрахованного. Некоторым гражданам отказывают в медицинской помощи в рамках ОСМС, несмотря на то, что они являлись постоянными плательщиками взносов, но по объективным причинам неуплаты взносов за последние 3 месяца они автоматически выпадают из ОСМС. К примеру, это граждане, стабильно уплачивающие взносы, но находящиеся в длительных отпусках, лечении, зарубежом более чем 3 месяца, даже если ранее платили взносы, консультацию узкого специалиста жалуются, что услугу не получают. Предлагается статус застрахованного определять при наличии взносов за 12 месяцев с начала действия ОСМС.

Шестое. Проблема передачи большей части объема медуслуг субподрядным организациям. Небольшие организации осуществляют только первичный прием, и граждане вынуждены необходимое обследование узких специалистов проходить в разных клиниках, работающих по субподряду. Это не удобно самому пациенту, и приводит к росту кредиторской задолженности, очередности и снижению качества. Требуется законодательно установить максимальный объем медицинских услуг, передаваемых сторонним организациям.

Седьмое. Прозрачность деятельности Фонда. Граждане должны знать, сколько средств поступило, куда и на какие цели они были направлены и иметь доступ к своим медицинским электронным паспортам здоровья. Только понятная и доступная информация о деятельности Фонда сможет положительно сказаться не только на его работе, но и всей системы в целом.

Предлагаю в кратчайшие сроки принять комплекс предлагаемых мер, направленных на исправление ситуации.

Депутат фракции «AMANAT»

А.Аймагамбетов

Исп.: Хангелди Н.
Тел. 746884