**Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруды енгізу мәселесі бойынша таныстырылымға тезистер**

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі (бұдан әрі - Министрлік) Қазақстанда міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруды (бұдан әрі - МӘМС) енгізу бойынша тұжырымдамалық тәсілдемелерді әзірледі.

*Ағымдағы ахуалды талдау*

Қазіргі уақытта денсаулық сақтау жүйесінде 3 негізгі жүйелі проблемалар бар:

1. Денсаулықты сақтауда азаматтар мен жұмыс берушілердің ынтымақтығының жоқтығы. Бұл ретте денсаулықты сақтау ауыртпалығы мемлекетке ғана түседі. Азаматтарға денсаулығын сақтауға тұтынушылық қатынас тән, саламатты өмір салтына деген нашар бейілділігі бар.
2. Жүйенің қаржылық тұрақты еместігі. Көрсетілетін медициналық көмектің жеткілікті емес тиімді құрылымы, стационарлық көмекке арналған шығыстардың жоғары үлесі. Халықтың көлеңкелі төлемдерінің жоғары үлес салмағы (денсаулық сақтаудың жалпы шығыстарынан 37,4%-ы, ЭЫДҰ-да – орташа есеппен 17%). Қаржылық қаражат ағындарының фрагментациясы бар.
3. Жүйені тиімсіз басқару. Медициналық ұйымдардың төмен тиімділігі. Нашар тарифтік саясат және қаражатты бөлудің ашық еместігі. Жүйенің қызметтер сапасының және құзыреттерінің төмен деңгейі.

Салада негізгі жүйелік қауіптер сақталып отыр:

* қызметтерді тұтыну өсімінің өсуі
* денсаулық сақтау құнының өсу қаупі
* мемлекеттік бюджеттің жеткіліксіздік және өтемақы мүмкіндіктерінің қаупі
* тиімсіздік қаупі – түпкілікті нәтижелерге қол жеткізбеу.

Қолданыстағы негізгі проблемалар мен күтілетін жүйелі қауіптер денсаулық сақтау жүйесінің моделін түбегейлі қайта қарауды талап етеді.

*Әлемдік тәжірибе*

Әлемде денсаулық сақтаудың 3 жаһандық моделі бар:

* мемлекеттік (Ұлыбритания, Испания, Италия, Швеция),
* қоғамдық сақтандыру (Германия, Франция, Бельгия),
* жеке сақтандыру (АҚШ).

Елдердің басым бөлігі біреуіне шоғырланғанға қарағанда, оларды үйлестіреді. Жалпы үрдіс – «бюджеттік» және «сақтандыру» модельдерін жуықтату: бюджеттіктер қаражатты бөлудің сақтандыру қағидаттарын қабылдайды. Сақтандырулар қаражатты жинау мен жинақтаудың бюджеттік қағидаттарын қабылдайды.

Сондай-ақ сақтандыру жүйелерінде мемлекеттің рөлін ұлғайту үрдісі байқалып отыр.

Тиімділікті ұлғайту, басқаруды оңайлату және қаражатты біркелкі бөлмеуді қысқарту мақсатында МӘС қорларын орталықтандыру және ірілендіру үрдісі айқын.

Әлемдік үрдіс: неліктен МӘМС таңдап алынды?

Кірістердің түрлі деңгейі азаматтарға медициналық көмекке тең қолжетімділікті қамтамасыз етпейді. Бай адамдар кедей азаматтар үшін жарналарды ерікті түрде аудармайды. Осыған байланысты ЭЫДҰ елдерінің көпшілігі мұқтаждығы аз адамдардан мұқтаждығы көп адамдарға қаражатты қайта бөлуге мүмкіндік беретін МӘМС таңдады.

Әлемдік үрдіс: неге бір Қор?

Бірыңғай төлеушінің моделі Орталық және Шығыс Еуропа елдерінде абсолютті түрде басым және оны ДСҰ ұсынады.

Бірыңғай сатып алушы үлгісінің артықшылықтары:

* мұқтаждығы аз адамдардан мұқтаждығы көп адамдарға ресурстарды қайта бөлген кезде ынтымақтастықты қамтамасыз ету.
	+ - Медициналық көмектің бірыңғай пакеті және елдің әрбір тұрғынына қолжетімділіктің теңдігі.
		- Бір қорға барлық сақтандыру қауіптерін шоғырландыру.
		- Өңірлер бойынша қаражатты бөлудің және қызмет берушілерден медициналық көмекті сатып алу бойынша бірыңғай қағидалар.
		- Стратегиялық сатып алу барысында келіссөздердің қуаты және денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігін арттыруға әсер ету мүмкіндігі.
		- Денсаулық сақтаудың ұлттық саясатын іске асырудың тиімді құралы ретінде мемлекеттік монополияны сақтау.
		- Барынша жоғары тиімділік (төмен әкімшілік шығыстар).

Ағымдағы ахуалдың талдауына және оң әлемдік тәжірибеге сүйене отырып, Қазақстан Республикасы Конституциясының 29-бабын, Мемлекет басшысының Институционалдық реформаларының 80-қадамын іске асыруда Қазақстанда 2017 жылдан бастап денсаулық сақтауды қаржыландырудың араласқан жүйесі енгізілетін болады.

МӘМС енгізудің мақсаттары мыналар болып табылады:

* өз денсаулығын нығайту және халықтың денсаулығын сақтау ауыртпалығын бөлу жолымен қоғамдық ынтымақтастыққа қол жеткізу;
* жүйенің сыртқы факторларға және шығындардың өсуіне тұрақтылығын қамтамасыз ету және жүйенің ашықтығы мен әділдігін қамтамасыз ету жолымен қаржылық тұрақтылығын қамтамасыз ету;
* көрсетілетін қызметтердің қолжетімділігі, толықтығы мен сапасының түпкілікті нәтижелеріне қол жеткізу және жоғары құзыреттілікті және жүйенің бәсекеге қабілеттілігін қамтамасыз ету арқылы жүйенің тиімділігін арттыру.

МӘМС жүйелерінің негізгі қағидаттары мыналар болып табылады: әмбебаптылық, әлеуметтік әділдік және ынтымақтастық.

ҚР-да МӘМС енгізу кезінде Министрлік пен ӘМСҚ функциялары мен рөлдерін бөлу жүреді. Негізін қалаушы реттеуші құжаттарды министрлік айқындайтын, ӘМСҚ медициналық қызметтерді шоғырландыратын және сатып алатын болады.

Мемлекет тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемімен (бұдан әрі - ТМККК) қамтамасыз ету құқығын өзінде сақтайды: әлеуметтік мәні бар аурулар, шұғыл жағдайларда, жедел медициналық көмек, санитариялық авиация және вакцинациялау кезінде медициналық көмек көрсету.

2020 жылға дейін денсаулықты сақатуға арналған жалпыға бірдей құқықты қамтамасыз ету мақсатында «сақтандырылмаған» азаматтарға амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ете отырып ТМККК шеңберінде амбулаториялық-емханалық көмек көрсетіледі.

МӘМС шеңберінде мыналар ұсынылатын болады:

«сақтандырылған» азаматтарға амбулаториялық дәрілік қамтамасыз етумен амбулаториялық-емханалық көмек;

стационарлық медициналық көмек;

жоғары технологиялық медициналық қызметтер,

стационарды алмастыратын технологиялар;

ұзақ мерзімді мейіргерлік күтім.

Ерікті медициналық сақтандыру МӘМС жүйесінде көзделмеген медициналық қызмет көрсетуге сақтандырылған адамның шығыстарын толық немесе ішінара жабуға мүмкіндік береді. ЕМС полисі жеке тұлғаларға немесе ірі компаниялардың қызметкерлеріне сақтандыру компаниясының есебінен олар таңдаған клиникаларда және талаптарда (сервистік қызметтер және т.б.) зерттеліп-қаралуға мүмкіндік береді.

МӘМС кезінде денсаулық сақтауды қаржыландыру көздері мыналар болып табылады:

* мемлекет *(ОАЖ-дан 4% (01.07.17 ж. бастап) - 2 жыл, халықтың әлеуметтік қорғалмаған топтары үшін 5% (2018 ж. бастап), 6% (2023 ж. бастап), 7% (2024 ж. бастап) (МӘМС туралы заңға сәйкес 15 санат)*;
* жұмыс берушілер *(кірістен 2% (2017 ж.) бастап 5%-ға дейін (2020 ж.)*;
* жұмыскерлердің өзі *кірістен (1% (2019 ж.) бастап 2% (2020 ж.)*.

«Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы» Заңның 28-бабының 4-тармағына сәйкес мына азаматтар қорға жарналар төлеуден босатылады:

1) балалар;

2) «Алтын алқа», «Күміс алқа» алқаларымен наградталған немесе бұрын «Батыр ана» атағын алған, сондай-ақ І және ІІ дәрежелі «Ана даңқы» ордендерімен наградталған көп балалы аналар;

3) Ұлы Отан соғысына қатысушылар мен оның мүгедектері;

4) мүгедектер;

5) жұмыссыз ретінде тіркелген адамдар;

6) интернат ұйымдарында білім алып және тәрбиеленіп жатқан адамдар;

7) орта, техникалық және кәсіптік, орта білімнен кейінгі, жоғары білім беру, сондай-ақ резидентура нысанындағы жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру ұйымдарында күндізгі оқу нысанында білім алып жатқан адамдар;

8) бала (балаларды) тууға, жаңа туған баланы (балаларды) асырап алуға байланысты, бала (балалар) үш жасқа толғанға дейін оның (олардың) күтіміне байланысты демалыста жүрген адамдар;

9) жұмыс істемейтін жүкті әйелдер, сондай-ақ бала (балалар) үш жасқа толғанға дейін оны (оларды) іс жүзінде тәрбиелеп отырған жұмыс істемейтін адамдар;

10) зейнеткерлер;

11) әскери қызметшілер;

12) арнаулы мемлекеттік органдардың қызметкерлері;

13) құқық қорғау органдарының қызметкерлері;

14) қылмыстық-атқару (пенитенциарлық) жүйесі мекемелерінде (қауіпсіздігі барынша төмен мекемелерді қоспағанда) сот үкімі бойынша жазасын өтеп жүрген адамдар;

15) уақытша ұстау изоляторларындағы және тергеу изоляторларындағы адамдар.

Бұл ретте мемлекет әскери қызметшілер, арнаулы мемлекеттік органдардың қызметкерлері, құқық қорғау органдарының қызметкерлері үшін жарналарды аудармайды: азаматтардың бұл санаттары ведомстволық желінің мекемелерінде қызмет көрсетуді алуын жалғастыратын болады.

Заңның 27-бабының 3-тармағына сәйкес жұмыс берушілер жоғарыда көрсетілген азаматтар үшін аударымдарды төлеуден босатылады.

Медициналық әлеуметтік сақтандыру қоры (ӘМСҚ) 2016 жылғы 1 шілдеден бастап жұмыс істейтін болады және ТМККК жөніндегі қаржы операторының және МӘМС жөніндегі стратегиялық сатып алушының функцияларын орындайтын болады.

МӘМС негізгі функцияларының бірі қорға қаражатты шоғырландыратын болады. Әлемдік тәжірибе көрсетіп отырғандай, әртүрлі елдерді қаражаттың түсімін жинауды және бақылауды әртүрлі жүзеге асырады. Венгрияда, Словенияда, Эстонияда және Латвияда мұны салық қызметтері жасайды. Литва мен Польшада МӘМС қорларына одан әрі аударумен әлеуметтік сақтандырудың мемлекеттік қорлары. Германия, Молдова мен Словенияда МӘМС Қорларының өздері жарналарды жинайды.

Бұл ретте осы елдердің бәрінде түсімдерге бақылауды салық қызметтері жүзеге асыратыны өзіне тән ерекшелік.

Қазақстанда МӘС қоры жұмыскерлер мен жұмыс берушілер тарапынан жарналар мен аударымдарды, сондай-ақ ТМККК үшін нысаналы трансферттерді шоғырландыратын болады.

Жергілікті бюджеттен бұрыннан қаржыландырылатын медициналық көмек түрлерінің басым бөлігі қорға берілетін болады – бұл рәсімдердің бірлігі мен сапасын қамтамасыз етеді және бюджетаралық қатынастар бөлігінде (алып қоюлар мен мақсатты жәрдем) Бюджет кодексіне өзгерістер енгізуді талап етеді.

 Қазақстанда қазірдің өзінде қолданылып жүрген практикаға сәйкес ӘМСҚ түсімдерін бақылауды Мемлекеттік кірістер комитетіне бекіту ұсынылады – мұндай тәсілдеме қоғамдық сақтандырудың міндетті жүйесі бар көптеген елдерде қолданылып жүр.

Сондай-ақ бұл жарналарды – ең аз әкімшілік шығыстар мен үлкен тиімділіктің қайталама желісін құрмай, салынған және жұмыс істеп тұрған жүйені сақтауға мүмкіндік береді.

Дербес ұйым ретінде мемлекеттік корпорация барлық түсімдердің атауландырылған есебін жүргізетін болады.

Қажетті мәліметтерді ұсына отырып Мемлекеттік кірістер комитеті және Мемлекеттік корпорацияның арасында ақпарат алмасу күнделікті негізде жүзеге асырылатын болады – ол үшін қордағы аударымдар мен жарналардың атауландырылған есебі бойынша МКК ақпараттық жүйелерін пысықтау (бақылау және мониторинг үшін) және тиісті аударымдар кезінде бірыңғай төлем құжаттарын қалыптастыру қажет.

Көптеген шетелдерде МӘС денсаулық сақтауды қаржыландырудың негізгі көзі болып табылмайды. Бұл ретте мемлекет іс жүзінде МӘС бар барлық елдерде мемлекеттік бюджеттен алынатын шығыстарды қаржыландыруды өзіне қалдырады, мысалы, Германияда, бұл қоғамдық денсаулық сақтауға, білім беруге, ғылымға, қарулы құрылымдардың медициналық қызметтерін қамтуға арналған шығыстар, күрделі инвестициялар мен пайдалану шығыстары, олар денсаулық сақтауға арналған жалпы шығыстардың шамамен 11%-ын құрайды.

Осылайша, ҚР-да МӘМС қаржыландыру құрылымының болжамы жалпы салықтар есебінен (МБ-дан ТМККК-ге) 2017 жылы 32%-дан 2020 жылға қарай 10%-ға дейін қаржыландыруды кезең-кезеңмен азайтуды, МӘМС жарналардың есебінен түсімдер мен жарналарды 2017 жылы 28%-дан 2020 жылға қарай 62%-ға дейін ұлғайтуды көздейді. Мұның бәрі 2017 жылы 36%-дан бастап 2020 жылға қарай 25%-ға дейін азаюы тиіс халықтың жеке төлемдеріне әсерін тигізеді.

Медициналық қызметтер пакеті МӘМС-тің басты компоненті болып табылады.

Әлемдік тәжірибе әрбір елдің өз елдерінің мүмкіндіктері мен ерекшеліктерін негізге ала отырып, қызметтер пакеттерін қалыптастыратындығын көрсетеді.

Германияда МӘС есебінен бірыңғай және кең пакет бар. Бұл ретте жылына 49,5 мың Еуро (бұл ел халқының 11%-ы) астам табысы бар адамның құқығына жеке сақтандырудың баламалы пакеті бар. Литвада, Польшада, Венгрияда және Молдовада барлық сақтандырылған МӘМС үшін кең бірыңғай пакет қолданылады. ЕМС осы елдерде ең аз рөлді атқарады.

Нидерландының МӘМС шеңберінде екі пакеті бар: барлық халық үшін стандартты пакет және созылмалы аурулар жағдайына, күтіміне және т.с.с. егде жастағы адамдар үшін қосымша пакет.

Ресейде барлық азаматтар үшін мемлекет кепілдік берген пакет және сақтандырылған азаматтар үшін ММС шеңберінде базалық пакет қабылданды.

Конституцияның нормаларына сүйене отырып Қазақстанда мыналар айқындалды: барлық халық үшін ТМККК пакеті және сақтандырылған адамдар үшін МӘМС пакеті.

Әлемнің көптеген елдерінде көрсетілетін қызметтердің пакеттері әлеуметтік мәні бар ауруларды қамтиды. Бұл ретте олар ӘМА кейбір елдерінде жеке тізбемен бөлінді. Германия мен Францияда ӘМА жеке тізімнің бар екендігі туралы деректер жоқ. Литвада жеке тізім жоқ, алайда олар МӘМС пакетіне МӘМС автоматты түрде сақтандырылған болып табылатын науқастардың қауіпті жұқтыратын ауруларының тізімі енгізілген, мұнда 14 нозология енгізілген.

Ресейде ӘМА тізіміне 9 ауру және ерекше қауіпті 15 аурудың жеке тізімі кіреді. Беларусияда ӘМА тізімі жоқ, 6 нозологиядан тұратын қауіпті жұқпалы аурулардың тізімі бар. Біздің елде тізімнің екеуі де бар: ӘМА – 12 ауру және АҚА – 15 ауру. МӘМС шеңберінде әлеуметтік мәні бар ауруларды МӘМС пакетіне кезең-кезеңмен қосу болжанып отыр. Қазіргі уақытта мұның бәрі ТМККК тізбесіне енгізілген.

Жіті мәселелердің бірі азаматтарға шұғыл медициналық көмек көрсету болып табылады.

Қазіргі уақытта ҚР-да ТМККК шеңберінде шұғыл медициналық көмек көрсетілетін көрсеткіштер (ауруларға да және зардап шеккендерге де) тізбесі бар. Алайда, МӘМС енгізумен шұғыл көмек жағдайлары (асқынған аурулар, созылмалы аурулардың өршуі, босанулар, жарақаттар және т.с.с.) халықаралық оң тәжірибеге сүйене отырып, мемлекеттік бюджеттің есебінен өтелетін болады.

МӘМС шеңберінде медициналық көмектің түрлерін қайта бөлу экономикалық белсенді емес халық үшін мемлекеттің жарналардың мөлшерлерін кезең-кезеңмен жоғарылатуын ескере отырып ТМККК-дан МӘС-ке жүзеге асырылатын болады.

Бұл ретте 2017-2019 жылдар аралығында бірінші кезеңде мемлекеттік бюджеттің есебінен өнімсіз жұмыспен қамтылған халық үшін амбулаториялық-емханалық көмек ұсынылады және әлеуметтік мәні бар аурулардың 10 түрі ТМККК-ден МӘМС-ке өтеді.

2019 жылдан бастап азаматтардың кірістері мен шығыстарын барлық жерде декларациялауды енгізе отырып МӘМС жүйесіне қойылатын талаптар күшейтілетін болады. Азаматтардың өздері МӘС-ке жарналарды төлей бастайды (2019 ж. – кірістен 1%, 2020 ж. – 2%). Бұл азаматтарды олардың өз денсаулығына жауапкершілігін арттыруға ынталандырады. Бұл ретте мемлекет сақтандырылған азаматтар үшін МӘМС пакетін кезең-кезеңмен кеңейтетін болады.

Медициналық қызметтерді сатып алу қалай өзгереді?

**Қазіргі таңда** Медициналық қызметке ақы төлеу комитеті бірыңғай төлеуші ретінде шығады. Мұның артықшылығы мыналар болып табылады:

* БҰДЖ шеңберінде медициналық қызметтерді сатып алу бойынша бірыңғай қағидалар
* Ауыл тұрғындарына мамандандырылған медициналық көмектің қолжетімділігін қамтамасыз ету
* Жаңа технологияларды енгізудің есебінен төсектік қуатты оңтайландыру.

Алайда мұндай тәсілдеменің өз кемшіліктері бар:

* Өнім берушіні таңдау кезіндегі формальды тәсілдеме
* Сатып алу процесі ашықтығының жоқтығы
* Сыбайлас жемқорлықтың жоғары деңгейі
* Сатып алудың автоматтандырылған жүйесінің жоқтығы

Ертең ӘМСҚ Стратегиялық сатып алушы ретінде шығатын болады. Жаңа жүйенің негізгі құндылықтары мыналар болып табылады:

* сатып алу (МӘМС + ТМККК) үшін барлық қаражатты шоғырландыру;
* өнім берушілерді іріктеуді және денсаулық сақтау жүйесін жетілдіру мақсатында өнім берушілерге әсер етуін қолдана отырып медициналық көмекті сатып алу (тұтынуды және инфрақұрылымды оңтайландыру);
* ӘМСҚ бас офисі арқылы қызметтердің барлық түрлерінің орталықтандырылған түрде қаржыландырылуын жүзеге асыру;
* денсаулық сақтау жүйесін жетілдіруде жергілікті атқарушы органдардың мүдделілігін азайту.

Алайда осы жүйенің бір кемшілігі бар: бұл қаржыландырудың бәрі ӘМСҚ-ға өтетіндіктен, денсаулық сақтау жүйесін жетілдіруде жергілікті атқарушы органдардың мүдделілігін азайту. Осындай қауіпті жою үшін мемлекеттік саясатты іске асыру және денсаулық сақтаудың нысаналы нәтижелері мен көрсеткіштеріне қол жеткізу бойынша өңірлердің әкімдерімен келісімдер/меморандумдар жасалатын болады.

Жаңа жүйені енгізген кезде Еуропа елдерінің әлемдік озық тәжірибесі де зерттелді.

Медициналық қызметтерді сатып алудың жаңа жүйесі мынадай түрде жұмыс істейтін болады:

* қызмет берушілерді таңдау және медициналық қызметтерді сатып алу ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі бекітетін байланыс жасаудың бірыңғай қағидаларына сәйкес екі кезеңдік модель арқылы жүзеге асырылатын болады;
* ӘМСҚ МӘМС шеңберінде де ТМККК бойынша да қызметтердің стратегиялық сатып алушы рөлінде шығады;
* схема барлық медициналық ұйымдардың электрондық денсаулық сақтаудың біріктірілген жүйесі және ақпараттық жүйелері негізінде жасалатын болады – жүйелерді жаңғырту басталды;
* өз ақпараттық жүйелері және оларды құру мүмкіндіктері жоқ медициналық ұйымдар жеке кабинет арқылы онда жұмыс істеу үшін электрондық денсаулық сақтау жүйесіне рұқсат кілттерін алады;
* осылайша, келіссөз бөлімін қоспағанда, барлық процесс автоматтандырылатын болады;
* қызмет берушілердің бірыңғай тізіліміндегі мәліметтер де автоматты түрде жаңартылатын болады, оның ішінде қызмет берушілердің оң және теріс рейтингілері бойынша деректер қорын жаңартқан кезде – осындай рейтингілер көрсетілген қызметтер сапасын бағалау нәтижелері бойынша ӘМСҚ қалыптастыратын болады;
* бірегей медициналық қызметтердің өнім берушілері (жоғары мамандандырылған, жоғары технологиялық) бір көзден тәсілімен схемадан тыс тартылуы мүмкін.

Қызметтерді сатып алу мен ақы төлеудің бірыңғай қағидаларын іске асыру, сондай-ақ сапаны бақылау үшін жергілікті бюджеттен бұрыннан қаржыландырылатын барлық медициналық көмектің түрлері МӘС қорына берілетін болады. Осыған байланысты бюджетаралық қатынастар бөлігінде (алып қоюлар мен жәрдемқаржы) Бюджет кодексіне өзгерістер енгізу талап етіледі.

2017 жылы республикалық бюджеттің шығыстары 2,25 млрд.теңгені құрады (шетелде емделуге, СӨС насихаттауға, инновациялық технологияларды қолдана отырып медициналық көмекке). Өңірлердің ағымдағы нысаналы трансферттері 14,4 млрд.теңгені құрады (екпелерді сатып алу, СӨС профилактикасы). Жергілікті бюджет үшін жалпы 22,7 млрд. теңге көлемінде (балалар үйі, арнаулы медициналық жабдықтау, медицина колледждері және т.б.) өзге қызметтер мен іс-шараларды қаржыландыру сақталады.

Қор МӘС-ті 502,2 млрд.теңге көлемде медициналық қызметтерді, оның ішінде 359,8 млрд.теңге (АЕК, АЕҰ және ММК) сомасында Стратегиялық сатып алушы ретінде МӘМС пакеті бойынша қаржыландыратын болады.

ТМККК қаражаттары 142,4 млрд.теңге сомасында қаржылық оператор ретінде ӘМСҚ арқылы қаржыландырылатын болады:

1. АЕК және АЕҰ *(МӘМС-те медициналық көмекке құқығы жоқ адамдарға)*  – 10,9 млрд.теңге.
2. Шұғыл стационарлық көмек *(МӘМС-те медициналық көмекке құқығы жоқ адамдарға) –* 6,6 млрд.теңге.
3. Шұғыл стационарлық көмек *(пилоттық өңірлердегі стационарлардың (3 сағатқа дейін) қабылдау бөлімшелеріне қысқа уақытқа келуі, 24 сағатқа дейін қадағалау)* – 1,9 млрд.теңге.
4. АЕҰ ӘМА – 24,5 млрд. теңге.

5. Онкология – 21,8 млрд. теңге *(ДЗ қымбат тұратын АЕҰ – 7,7 млрд.теңге, медкөмек - 19,7 млрд.теңге).*

6. ӘМА жанындағы медициналық көмек – 47 млрд. теңге.

7. Жедел медициналық көмек және санитариялық авиация – 22,9 млрд.теңге.

1. Өзге де қызметтер – 8,1 млрд. теңге (қан, оның компоненттері мен препараттарының өндірісі – 7,3 млрд. теңге, ПАБ қызметтері – 0,8 млрд. теңге.

9. Лизингілік төлемдерді өтеу – 0,6 млрд. теңге.

Бұдан басқа, кейбір басым бағыттар бойынша қаржыландырудың схемасы өзгертіледі. Қазіргі уақытта транспланттауды жүзеге асыратын 10 медициналық ұйым анықталды. Биылғы жылға белгіленген көрсетілетін көмек түрлері мен бағалардың жыл сайын өзгеру мүмкіндіктері талабымен 3 жылға олармен ұзақ мерзімді келісімшарт жасау ұсынылады: 3 жылға оларды бір көзден сатып алу ұсынылып отыр.

Сондай-ақ ауылдық аудандық ауруханалар мен емханалар бір бірыңғай құрылымдық бірлікке біріктірілетін болады. МСАК деңгейінде амбулаториялық дәрі-дәрмектік қамтамасыз ету енгізілетін болады. Мұндай ұйымдарға шығыстарды өтеу қағидатына өту ұсынылады.

Медициналық қызметтерге ақы төлеу схемасы өзгертілетін болады.

Қазіргі уақытта ҚР-да келісімшартпен жұмыс істейтін медициналық ұйымдар күн сайын автоматтандырылған тәртіппен МҚАК уәкілетті орган белгілеген форматта стационарларда емделген оқиғалар туралы ақпаратты ұсынады. МҚАК-ның филиалдары қызметтердің көлемі мен сапасын таңдап тексереді, қабылдайды немесе ақы төлеуге қабылдамайды. Бұдан әрі филиалдар ДСӘДМ МҚАК-ға қаражат қажеттілігін ұсынады. ДСӘДМ МҚАК медициналық ұйымдардың есеп айырысу шоттарына одан әрі аудару үшін филиалдарға қаражат жібереді.

Бұл ретте мұндай жүйенің өз кемшіліктері бар:

* МҚАК тек стационарлық көмекке ақы төлейді;
* емделіп шығу жағдайларын сапасыз бағалау;
* шешімдер қабылдау кезіндегі ашықтықтың төмен болуы және қаражатты пайдалану тиімділігін бағалаудың мүмкін еместігі;
* сыбайлас жемқорлықтың жоғары деңгейі;
* қаражатты қайта бөлу проблемасы;
* әкімшілік шығыстардың жоғары деңгейі.

Жаңа жүйеде оң халықаралық тәжірибені зерттеп, мыналар болжанып отыр:

* Көрсетілетін медициналық көмектің барлық түрлері Қор арқылы қаржыландырылатын болады:
* ТМККК – медициналық көмектің барлық түрлері (оператор ретінде Қор)
* МӘМС – медициналық көмектің барлық түрлері (сатып алушы ретінде Қор)
* Келісімшарт жасаған медициналық ұйымдар күнделікті автоматтандырылған режимде Қордың филиалдарына да, Қордың өзіне де қолжетімді ақпарат ұсынатын болады. Бұл бүкіл ел бойынша халыққа көрсетілген қызметтерді күнделікті мониторинг жүргізуге және таңдап тексеруге мүмкіндік береді.
* Жалпы қажеттілік Қорға ай сайын 25-күнге ұсынылатын болады.
* Филиалдардың деректерін және Қордың тиісті құрылымдық бөлімшелерінің қорытындыларын ескере отырып Қордың бас офисі медициналық ұйымдардың есеп айырысу шоттарына (қазір осыған ұқсас МЗТО бойынша) орталықтандырылған қаражатты аударуда.

Медициналық қызметтерді сатып алу кезінде тарифтік саясат та өзгеріске ұшырайды:

Бүгінгі таңда мемлекеттік медициналық ұйымдарға есептелген тарифтер инвестициялардың өтелуін көздемейді, қайта қаралатын болады және шығындардың нақты құрылымы, оның ішінде күрделі шығындар мен амортизациялық аударымдар, медициналық қызмет көрсету және АТ технологиялары, қаржылық қызметтердің құны және өзге де шығыстар да көрсетіледі:

* бұл медициналық ұйымдарды дамыту үшін мүмкіндіктер жасайды, қатаң бақылау практикасынан жедел мониторинг жүйесіне өтуге мүмкіндік береді;
* жеке медициналық ұйымдарды ТМККК және МӘМС шеңберінде қызметтерді көрсетуге тартуға ынталандыратын, денсаулық сақтау нарығына кіру үшін, оның ішінде МЖӘ бойынша жеке капиталдың мүддесін арттыратын болады;
* медициналық ұйымдарды профилактика жүргізуге және стационар алмастыратын көмекті кеңейтуге шоғырландыратын болады.

Медициналық қызметтерге ақы төлеу әдістері жетілдірілетін болады:

1. медициналық-санитариялық алғашқы көмек – жан басына шаққандағы норматив арқылы;
2. консультациялық-диагностикалық қызметтер – қызметтердің түрлері бойынша тарифтер арқылы;
3. жедел жәрдем – шақырулар саны бойынша;
4. қабылдау бөлмесі (пациентті жедел көмек машинасымен жеткізген кезде);
* кеңейтілген консультацияға бірыңғай орташаланған тариф;
* 24 сағаттан аспайтын қабылдау бөлімінде пациент болған кезде КШТ 67%-ы;
1. стационарды алмастыратын көмек – ауруханалық стационар кезінде КШТ 25%-ы, үй күтімі кезінде КШТ 17%-ы;
2. стационарлық көмек – әр емделген оқиғаға КШТ 100%-ы.

МӘМС енгізу көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасын арттыруға мүмкіндік береді. Қазірдің өзінде Медициналық қызметтердің сапасы бойынша біріктірілген комиссия (Германия тәжірибесі бойынша) құрылды, ол диагностика мен емдеудің клиникалық хаттамаларын стандарттау, медициналық білім беру, дәрі-дәрмектік қамтамасыз ету, медициналық ұйымдарды тіркеу мәселелерін реттейді. Осы ұйымға жұртшылықтың, медициналық ұйымдардың қоғамдық бірлестіктерінің және Қазақстанның дәрігерлер мен провизорлар қоғамдарының өкілдері, медициналық бизнес өкілдері кірді.

МӘМС енгізу кезінде сапаны бағалауға арналған параметрлер мыналарды қайта қарайтын және қамтитын болады:

1. Сапаны бағалауға арналған параметрлер мыналарды қайта қарайтын және қамтитын болады:

а) пациенттердің қауіпсіздігін қамтамасыз ету;

б) клиникалық нәтижені;

в) экономикалық тиімділікті;

г) медициналық қызметтердің қызмет берушілерін нысаналы көрсеткіштері мен индикаторларына қол жеткізуі.

2. МФҚБК мемлекеттік бақылауды жүзеге асыратын болады, оның ішінде:

* денсаулық сақтау саласындағы стандарттардың сақталуын бақылау;
* ұшу жағдайларын тексеру, оның ішінде ӘМСҚ сұрауы бойынша;
* шағымдарды тексеру.

3. Қор медициналық ұйыммен жасалған шарттың негізінде тексеруді жүзеге асыратын болады, оның ішінде:

* емделіп шығу жағдайларының көлемдері мен сапасын сараптау;
* ДЗ және ММБ тағайындаудың негізділігін сараптау;
* қызмет берушілер қызметінің түпкілікті нәтижесінің индикаторларын мониторингілеу.

4. Тексеру нәтижелері бойынша Қор оң және теріс рейтингілері бар медициналық ұйымдардың деректер қорын қалыптастыратын болады.

МӘМС негізгі функцияларының бірі оның қаржылық тұрақтылығын қамтамасыз ету болып табылады. МӘС өте ертеден жұмыс істейтін Литваның, Словакияның және Ресейдің тәжірибесі зерттелді. МӘМС шеңберінде халықаралық тәжірибені негізге ала отырып, оның қаржылық тұрақтылығын қамтамасыз ету үшін мыналар көзделіп отыр:

1. Қаржылық тұрақтылықты қамтамасыз ету үшін МӘМС шеңберінде мыналар көзделеді:

 а) мемлекеттің жарналары алдыңғы жылдың ресми орташа жалақысынан жүзеге асырылатын болады (яғни 2017 жыл үшін 2015 жылғы көрсеткіш алынады). Олар экономикалық құлдырау жағдайында МӘМС жүйесінің шығынын мемлекеттің өтеуіне мүмкіндік береді.

б) Ұлттық банк арқылы қаржы құралдарының стандарттық жиынына инвестиция беру;

в) мынадай резервтерді құру ұсынылады:

* + 50 млрд.теңгеден кем емес көлемде ай сайын инвестицияланбайтын азайтылмайтын қалдық;
	+ МӘС қорында жарналар мен аударымдар көлемінен 3% мөлшерінде кездейсоқ шығыстарды жабуға резервтер;
	+ ағымдағы айға 25-күннен кейін берілген ай сайынғы шот-фактураларды жабуға арналған айналым қаражаттары, сондай-ақ шартта көрсетілген көлеммен салыстырғанда көрсетілген қызметтер көлемін асырған жағдайларда.

МӘМС жаңа жүйесін енгізген кезе ДСӘДМ және оның комитеттері және ӘМСҚ заңнамалық деңгейде шектелетін болады.

ӘМСҚ барлық бизнес-процестері айқындалған және оларды іске асыру бойынша шаралар көзделген.

МӘМС енгізу Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесін реформалау кешенінде жүзеге асырылады. 2016 жылғы қаңтарда Мемлекет басшысы Н. Назарбаев денсаулық сақтауды дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасын бекітті, мұнда саланы дамытудың негізгі міндеттері мен бағыттары көзделген.

Сондай-ақ Дүниежүзілік банкпен бірлесіп жаңа 2016-2020 жылдарға арналған «Әлеуметтік медициналық сақтандыру: қолжетімділікті, сапаны, экономикалық тиімділікті және қаржылық қорғауды арттыру» жобасын іске асыру Қазақстанда МӘМС тұрақты дамуын қамтамасыз етеді.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_