

Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау жүйесін қаржыландыруды жетілдіру тұжырымдамасы туралы

Күшін жойған

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2002 жылғы 13 шілдедегі N 773 Қаулысы. Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2011 жылғы 29 қаңтардағы № 41 Қаулысымен

Ескерту. Күші жойылды - ҚР Үкіметінің 2011.01.29 № 41 Қаулысымен.

Қазақстан Республикасының Үкіметі қаулы етеді:

1. Қоса беріліп отырған Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау жүйесін қаржыландыруды жетілдіру тұжырымдамасы (бұдан әрі - Тұжырымдама)
ма қ ұ л д а н с ы н .
2. Қазақстан Республикасының Қаржы министрлігі мен Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Тұжырымдаманы іске асыру жөніндегі шараларды қабылдасын.
3. Осы қаулы қол қойылған күнінен бастап күшіне енеді.

Қазақстан Республикасының

Премьер-Министрі

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІН ҚАРЖЫЛАНДЫРУДЫ ЖЕТІЛДІРУ ТҰЖЫРЫМДАМАСЫ

Денсаулық сақтау жүйесінің ағымдағы жай-күйін талдау

Қазіргі кездегі мемлекеттік медициналық қамтамасыз ету мемлекеттің Қазақстан Республикасы Конституциясының К951000_ 29-бабын, сондай-ақ Қазақстан Республикасы Президентінің 1998 жылғы 16 қарашадағы N 4153 U984153_ Жарлығымен бекітілген "Халық денсаулығы" мемлекеттік бағдарламасын іске асыруға байланысты Қазақстан Республикасы азаматтарының денсаулығын сақтау жөніндегі міндеттемелеріне негізделеді және Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының "XXI ғасырда баршаға денсаулық" стратегиясының негізгі қағидаттарына сай келеді.

Сонымен қатар, Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінде мынадай негізгі проблемалар бар:

денсаулық сақтауды қаржыландырудың бюджеттік моделі бөлінетін ақшалай қаражаттың жеткіліксіздігіне қарай халықтың республика заңнамасымен белгіленген тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлеміне қажеттілігін жаппайды ;

халықтың көпшілігі үшін медициналық көмекке қол жетімділік пен

ұсынылатын қызметтің сапасы төмендеді;

кепілдік берілген көлем мен азаматтарға ақылы негізде көрсетілетін медициналық қызметтің ара жігі анық ажыратылмағандықтан тегін медициналық көмектің орнын ақылы көрсетілетін медициналық қызметтердің басуы орын алып отыр;

медициналық қызметтерді "сатып алушы" (ақы төлейтін) мен медициналық қызметтерді "беруші" (медициналық ұйымдар) болып ажыратылмаған; азаматтардың тұрақты тұрғылықты жерінен тыс тегін медициналық көмек алу мүмкіндіктерінің болмауы;

ұсынылатын медициналық қызметтердің бірыңғай тарифтік саясаты жоқ.

Қалыптасқан жағдайдан шығу үшін денсаулық сақтау жүйесін реформалауды жүргізу, медициналық көмекті ұйымдастырудың негізгі қағидаттарын өзгерту, азаматтың денсаулығының жай-күйі үшін мемлекеттің, жұмыс берушінің және оның өзінің өкілеттіктері мен жауапкершіліктерін ажырату ұсынылып отыр. Бұл ретте, денсаулық сақтау жүйесінің бұрынғы тәжірибесін, соның ішінде 1996-1998 жылдар кезеңіндегі Міндетті медициналық сақтандыру қорының (бұдан әрі - Қор) істеген жұмысын бағалаған жөн. Қордың жұмыс істеуі азаматтарға медициналық көмекті ұйымдастыруда өзінің оң рөлін атқарды, қысқа мерзімде медициналық қызметтерге ақы төлеудің нарықтық тетіктері енгізілген болатын.

Алайда, жұмыс істемейтін халықты сақтандыру бойынша бюджеттік қаржыландырудың азаюы Қордың шығындары ауыртпалығының өсуіне ықпал еткенін атап өткен жөн. Қордың қызметінде тиісті бақылаудың болмауы міндетті медициналық сақтандыру жүйесіндегі сыбайлас жемқорлық құқық бұзушылықтарына әкеліп соқтырды.

Осыған байланысты, денсаулық сақтаудың оңтайлы ұйымдастырушылық құрылымы мен медициналық қызметке қол жеткізушілікке және оның сапасына кепілдік беретін денсаулық сақтауды қаржылық қамтамасыз ету моделін құру мақсатында қаржыландырудың үш деңгейі ұсынылып отыр:

бірінші деңгей - мемлекеттік бюджеттен қаржыландырылатын тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі;
екінші деңгей - міндетті медициналық сақтандыру;

үшінші деңгей - тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінде және міндетті медициналық сақтандырудың бағдарламасында көзделмеген қызметтерді ерікті медициналық сақтандыру, сондай-ақ ақылы көрсетілетін қызметтер.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІН ЖЕТІЛДІРУ НЕГІЗГІ БАҒЫТТАРЫ

Азаматтарды медициналық көмекпен қамтамасыз етудің мемлекеттік кепілдіктері

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі медициналық көмектің әлеуметтік мәнділігі бойынша неғұрлым басым түрлерін қамтиды және оны мемлекет қамтамасыз етеді.

Халыққа кепілдік берілген көмекті ұсынудың негізгі қағидаттары жалпыға бірдей қамту, қол жетімділік, тегіндігі болып табылады.

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде халыққа медициналық көмектің мынадай түрлері көрсетілуге тиіс:

азаматтарға тұрғылықты жері бойынша фельдшерлік пунктте, фельдшерлік-акушерлік пунктте, дәрігерлік амбулаторияда, әйелдер консультациясында, емханада, консультативтік-диагностикалық орталықта, ауылдық учаскелік ауруханада немесе үйде көрсетілетін медициналық қызмет кешені болып табылатын бастапқы медициналық-санитарлық көмек;

кейбір әлеуметтік мәні бар аурулар (туберкулез, қатерлі ісіктер, жұқпалы, тері-венерологиялық және психоневрологиялық аурулар, маскүнемдікпен және нашакорлықпен, қант диабетімен ауыратын және басқа да науқастарға) бойынша стационарлық медициналық көмек көрсету;

жедел, кезек күттірмейтін және шұғыл медициналық көмек көрсету; республикалық медициналық ұйымдарда жоғары мамандандырылған медициналық көмек көрсету;

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлеміне кіретін медициналық қызметтер түрлерінің нақты тізбесі заң жүзінде айқындалуға тиіс.

Зейнеткерлерге, 18 жасқа толмаған балаларға, жүкті, босанатын, босанған әйелдерге, мүгедектерге, ардагерлерге, жұмыссыздарға (белгіленген тәртіппен тіркелген), күндіз оқыту нысандарының студенттеріне мемлекеттік тапсырыс пен тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлеміне кірмейтін денсаулық сақтаудың басқа да бағдарламалары бойынша медициналық көмек көрсетуге арналған шығыстар мемлекеттік бюджет қаражаты есебінен қаржыландырылатын болады.

Әскери қызметшілерге, ішкі істер органдарының қызметкерлері мен оларға теңестірілген адамдарға тегін медициналық көмек заңнамада белгіленген тәртіппен көрсетіледі.

Азаматтардың тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін алу құқығын іске асыру мақсатында науқастануды диагностикалау мен емдеудің хаттамалары, медициналық қызметтерге бірыңғай тарифтері әзірленетін, медициналық көмекті ұсыну жөніндегі заңнаманы жүйелеу жүргізілетін болады.

Азаматтардың тұрғылықты жеріне қарамастан медициналық көмек алуға қол жеткізушілігін қамтамасыз ету, халықтан тегін кепілдік берілген көлемге кіретін көмек түрлерінен ақы алуға жол бермеу, медициналық қызметті "сатып алушы" мен "беруші" функцияларын ажырату үшін уәкілетті мемлекеттік орган құрылуы

тиіс. Оның қызметінің негізгі бағыттары: медициналық ұйымдардың тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде көрсететін медициналық қызметтерінің шығындарын өтеу, көрсетілген медициналық қызметтің сапасы мен көлемін бақылау; тәуелсіз сараптама жүргізу мүмкіндігі
б о л а д ы .

Медициналық ұйымдарда ақпараттық қамтамасыз ету мен есепке алуды жетілдіру маңызды мәселе болып қалады.

Міндетті медициналық сақтандыру бағдарламасы шеңберінде жұмыс беруші қаражатының есебінен жалдау бойынша жұмыс істейтін азаматтарға ұсынылатын медициналық көмектің қосымша көлемі

Міндетті медициналық сақтандыру (бұдан әрі - ММС) - сақтандырылған азаматтарды кепілдік берілген көлемге кірмейтін медициналық көмектің белгілі бір түрін алуда оларды әлеуметтік қорғау нысаны.

ММС-тың мақсаты сақтандырылғандардың қол жетімді стационарлық медициналық көмек алу құқықтарын қамтамасыз ету, азаматтардың мемлекет қаржыландыратын медициналық қызметтер үшін ресми емес ақы төлеуіне жол бермеу және ұсынылатын қызметтің сапасы мен көлемін бақылауды күшейту
б о л ы п т а б ы л а д ы .

Олар үшін жұмыс беруші сақтандыру жарналарын аударатын, жалдау бойынша жұмыс істейтін азаматтар сақтандырылды деп есептеледі. Әлбетте, ММС жүйесі салық аудармайтындардың алдында оларды аударуды жүзеге асыратын ресми экономика секторының қызметкерлері үшін нақты
а р т ы қ ш ы л ы қ т а р т у д ы р а д ы .

Сақтандырылған азаматтарға сақтандыру полисі болған жағдайда мынадай стационарлық медициналық көмек ұсынылатын болады: хирургиялық, терапевтік, травматологиялық, ортопедиялық, уронефрологиялық, офтальмологиялық, гинекологиялық, эндокринологиялық, отоларингологиялық, гематологиялық және басқалар. Көрсетілген медициналық көмектің түрлері госпитальдық режимді, қалпына келтіретін емдеуді, сондай-ақ күндізгі және үйдегі стационарларда емдеу жүргізуді талап ететін созылмалы аурулар кезінде медициналық қызметтерді ұсынуды көздейді.

ММС шеңберінде азаматтардың медициналық көмекке қол жеткізушілігін қамтамасыз ету сақтандыру жарналарын төлеушілердің ортақтаса қатысуы
е с е б і н е н ж ү з е г е а с ы р ы л а д ы .

ММС жүйесіне қатысушылар бастапқы кезеңде жұмыс берушілер, сақтандырылған, сақтандырушы және медициналық ұйымдар болып табылады.

Қызметкерлерді сақтандыруды жұмыс беруші жүзеге асыратын болады,

кейіннен елдің әлеуметтік-экономикалық дамуының жақсаруына және азаматтар кірістерінің өсуіне қарай сақтандыру жарналарын төлеушілер, сондай-ақ қызметкерлердің өздері болуы мүмкін.

Сақтандыру жарналары әрбір қызметкер үшін мөлшері заңнамамен белгіленетін, ай сайынғы белгіленген төлемдер түрінде жүзеге асырылатын болады. Сөйтіп, сақтандыру ұйымдары үшін тиімді қаржылық тәуекелдер "іріктеу" (мол жалақы қоры бар ұйымды таңдау) негізгі мақсат болмайды, бұл сақтандыру рыногына қатысушыларға әділ шарттар жасалуын қамтамасыз етеді. Мөлшері бойынша салыстырмалы түрде шамалы ай сайынғы белгіленген сақтандыру жарнасын төлеу сақтандырылушының құны төленген сақтандыру жарналарының сомасынан бірнеше есе асуы ықтимал медициналық көмек алуына мүмкіндік береді.

Міндетті медициналық сақтандыру тең құқылы мемлекеттік және мемлекеттік емес сақтандыру ұйымдарының жұмыс істеуі арқылы қамтамасыз етіледі. Міндетті медициналық сақтандыру шарты жария әрі әрбір сақтандыру ұйымы сақтандыру полисін беруге міндетті болады.

Сақтандыру ұйымдарының қаржылық тұрақтылығы мен төлем төлеу қабілеттілігін қамтамасыз ету мақсатында заңнамамен олардың сақтандыру резервтерін қалыптастыру жөніндегі нормативтер белгіленетін болады.

Сақтандыру ұйымын таңдауды сақтанушы жүзеге асыруға тиіс. Оның құқықтарын қорғау мақсатында сақтандыру ұйымдары көрсетілген медициналық көмектің сапасы мен көлемін бақылауды жүзеге асыруға тиіс.

Шалғайдағы аудандарда тұратын азаматтар үшін ММС жүйесіне қол жеткізушілік мемлекеттік және мемлекеттік емес сақтандыру ұйымдарында филиал желісі болмаған жағдайларда, тарамдалған желісі бар және трансфер-агенттік қызметтерді көрсететін қаржы рыногының субъектілері (пошта, екінші деңгейдегі банктердің филиалдары) арқылы қамтамасыз етілетін болады.

Сақтандыру жағдайы туындаған кезде сақтандырылушылар медициналық көмекті медициналық қызметтер көрсетуге құқығы бар кез келген медициналық ұйымда алатын болады. Сақтандырылушыларға сақтандыру ұйымдарының мүмкіндіктері ескеріле отырып, ММС бағдарламасымен көзделмеген қосымша сақтандыру қызметтері ұсынылуы немесе медициналық көмек алмағаны үшін көтермелеу ақысы төленуі мүмкін. Медициналық ұйымдардың ММС бағдарламасы бойынша көрсететін қызметтеріне сақтандыру ұйымдары дерт түрлері бойынша белгіленген шекті шығыстардан аспайтын мөлшерде ақы төлейді.

Төлем тәртібін қамтамасыз ету үшін ММС жүйесінде төлемдерді орындау үшін жауаптылық шаралары көзделетін болады.

Сақтандыру жарналарын жүзеге асырудың уақытылығы мен толықтығын бақылауды салық органдары жүзеге асыруға тиіс.

Ерікті медициналық сақтандыру және ақылы медициналық қызметтер көрсету

ММС бағдарламасы бойынша сақтандырылушылар болып табылмайтын азаматтар өздерінің таңдауы бойынша сақтандыру ұйымдарымен ерікті сақтандыру шартын жасасу арқылы ММС бағдарламасына кірмейтін медициналық қызметтер алу құқығын беретін сақтандыру полисін сатып алуларына болады. Шалғайдағы аудандарда тұратын азаматтар, сондай-ақ пошта бөлімшелерін, екінші деңгейдегі банктердің филиалдарын қоса алғанда, сақтандыру ұйымдарының агенттері арқылы сақтандыру полистерін сатып алуларына болады.

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінде және ММС бағдарламасында көзделмеген медициналық қызметтерді, сондай-ақ сервистік қызметтер көрсетуді ерікті медициналық сақтандыру шарттарымен немесе өзінің қаражаты есебінен алуына болады.

Тұжырымдаманы іске асыру кезеңдері

Бірінші кезең - 2002 жыл - 2005 жылғы 1 қаңтар.

Дерттерді диагностикалау мен емдеудің хаттамаларын әзірлеу және 2003 жылғы 1 қаңтардан бастап оларды денсаулық сақтау ұйымдарына енгізу.

Тегін медициналық көмектің кепілдік берген көлемі тізбесін айқындау және 3 жыл, соның ішінде келесі жылдар бойы оны қаржылық қамтамасыз етудің қажетті деңгейіне кезең-кезеңімен қол жеткізу:

2003	жылы	-	10	млрд.	теңге;
2004	жылы	-	15	млрд.	теңге;
2005	жылы	-	15	млрд.	теңге.

Негізгі функциялары медициналық ұйымдардың тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде көрсетілетін медициналық қызметтердің шығындарын өтеу, көрсетілген медициналық қызметтердің сапасы мен көлемін бақылау, азаматтардың денсаулығының жай-күйі туралы ақпаратты жинау болып табылатын уәкілетті мемлекеттік органды белгілеу.

ММС бағдарламасына кіретін медициналық қызметтер тізбесін әзірлеу және оның құнын белгілеу, 2003 жылы актуарлық есеп айырысуларды жүргізу.

Міндетті медициналық сақтандыруды енгізу жөніндегі нормативтік құқықтық кесімдердің тізбесін айқындау, әзірлеу және қабылдау.

Денсаулық сақтаудың бірыңғай ақпараттық жүйесін құру жөніндегі бағдарламаны әзірлеу мен қабылдау және оны кезең-кезеңімен іске асыру.

Екінші кезең - 2005 жылғы 1 қаңтардан бастап.

ММС жүйесін енгізу және оның жұмыс істеуі.

Денсаулық сақтауды ақпараттық қамтамасыз ету бағдарламасын одан әрі іске асыру .

Үшінші кезең - 2007 жылғы 1 қаңтардан бастап.

ММС жүйесін одан әрі жетілдіру.

Елдің әлеуметтік-экономикалық дамуының жақсаруына және азаматтар кірістерінің өсуіне қарай әрбір азаматтың ММС жүйесіне қатысуына қол жеткізу қажет. Бұл үшін заңнамаға тиісті өзгерістер мен толықтырулар енгізу талап етіледі .

Сақтандырудың отбасылық қағидатын енгізу мәселесін қарау.