



О Концепции совершенствования финансирования системы здравоохранения в Республике Казахстан

Утративший силу

Постановление Правительства Республики Казахстан от 13 июля 2002 года № 773. Утратило силу постановлением Правительства Республики Казахстан от 29 января 2011 года № 41

Сноска. Утратило силу постановлением Правительства РК от 29.01.2011 № 41

Правительство Республики Казахстан постановляет:

1. Одобрить прилагаемую Концепцию совершенствования финансирования системы здравоохранения в Республике Казахстан (далее - Концепция).
2. Министерству финансов Республики Казахстан и Министерству здравоохранения Республики Казахстан принять меры по реализации Концепции.
3. Настоящее постановление вступает в силу со дня подписания.

Премьер-Министр
Республики Казахстан

Концепция совершенствования финансирования системы
здравоохранения в Республике Казахстан

Анализ текущего состояния системы здравоохранения

Существующее государственное медицинское обеспечение основывается на обязательствах государства по охране здоровья граждан Республики Казахстан, связанных с реализацией статьи 29 К951000_ Конституции Республики Казахстан, а также U984153_ Государственной программы "Здоровье народа", утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 16 ноября 1998 года N 4153, и соответствует основным принципам Стратегии Всемирной организации здравоохранения "Здоровье для всех в XXI веке".

Вместе с тем, в системе здравоохранения Республики Казахстан имеются следующие основные проблемы:

бюджетная модель финансирования здравоохранения в силу недостаточности выделяемых денежных средств не покрывает потребности населения в гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи, определенном законодательством республики;

снизилась доступность медицинской помощи для большинства населения и качество предоставляемых услуг;

присутствует замещение бесплатной медицинской помощи платными услугами из-за отсутствия четкого разграничения между гарантированным объемом и медицинскими услугами, оказываемыми гражданам на платной основе;

не разделены "покупатель" медицинских услуг (кто оплачивает) и "поставщик" медицинских услуг (медицинские организации);

невозможность получения гражданами бесплатной медицинской помощи вне места постоянного проживания;

отсутствует единая тарифная политика за предоставляемые медицинские услуги.

Для выхода из сложившейся ситуации предлагается провести реформирование системы здравоохранения, изменение основных принципов организации медицинской помощи, разделение полномочий и ответственности государства, работодателя и гражданина за состояние его здоровья. При этом важно оценить прошлый опыт системы здравоохранения, в том числе и функционирование в период 1996-1998 годов Фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд). Функционирование Фонда сыграло свою положительную роль в организации медицинской помощи гражданам, за короткий срок были введены рыночные механизмы оплаты медицинских услуг.

Однако, следует отметить, что минимизация бюджетного финансирования по страхованию неработающего населения способствовала увеличению бремени затрат на Фонд. Отсутствие должного контроля за деятельностью Фонда привело к коррупционным правонарушениям в системе обязательного медицинского страхования.

В этой связи, в целях построения оптимальной организационной структуры и модели финансового обеспечения здравоохранения, гарантирующей доступность и качество медицинского обслуживания, предлагаются три уровня финансирования:

первый уровень - гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, финансируемый из государственного бюджета;

второй уровень - обязательное медицинское страхование;

третий уровень - добровольное медицинское страхование услуг, не предусмотренных в гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи и

программе обязательного медицинского страхования, а также платные услуги.

Основные направления совершенствования системы здравоохранения

Государственные гарантии обеспечения граждан медицинской помощью

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи включает в себя наиболее приоритетные по социальной значимости виды медицинской помощи и обеспечивается государством.

Основными принципами предоставления населению гарантированной медицинской помощи являются всеобщий охват, доступность, бесплатность.

В рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи населению должны оказываться следующие виды медицинской помощи:

первичная медико-санитарная помощь, представляющая собой комплекс медицинских услуг, оказываемых гражданам по месту жительства в фельдшерском пункте, фельдшерско-акушерском пункте, врачебной амбулатории, женской консультации, поликлинике, консультативно-диагностическом центре, сельской участковой больнице или на дому;

оказание стационарной медицинской помощи по некоторым социально-значимым заболеваниям (туберкулез, злокачественные новообразования, инфекционные, кожно-венерологические и психоневрологические заболевания, больным алкоголизмом и наркоманией, сахарный диабет и другие);

оказание скорой, неотложной и экстренной медицинской помощи;

оказание высокоспециализированной медицинской помощи в республиканских медицинских организациях.

Конкретный перечень видов медицинских услуг, входящих в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, должен быть определен законодательно.

Расходы на оказание медицинской помощи пенсионерам, детям до 18 лет, беременным, роженицам, родильницам, инвалидам, ветеранам, безработным (зарегистрированным в установленном порядке), студентам очной формы обучения по государственному заказу и на другие программы здравоохранения, не входящие в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, будут финансироваться за счет средств государственного бюджета.

Военнослужащим, работникам органов внутренних дел и лицам, приравненным к ним, бесплатная медицинская помощь оказывается в порядке,

установленном

законодательством.

В целях реализации прав граждан на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи будут разработаны протоколы диагностики и лечения заболеваний, единые тарифы на медицинские услуги, проведена систематизация законодательства по предоставлению медицинской помощи.

Для обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, независимо от места проживания, исключения взимания платы с населения за виды помощи, входящие в бесплатный гарантированный объем, разделения функций "покупателя" и "поставщика" медицинских услуг должен быть создан уполномоченный государственный орган. Основными направлениями его деятельности будут: возмещение затрат медицинским организациям за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, контроль за качеством и объемом оказанных медицинских услуг, возможность проведения независимой экспертизы.

Важным вопросом станет совершенствование информационного обеспечения и учета в медицинских организациях.

Дополнительный объем медицинской помощи, предоставляемой гражданам, работающим по найму, за счет средств работодателя в рамках программы обязательного медицинского страхования

Обязательное медицинское страхование (далее - ОМС) - форма социальной защиты застрахованных граждан в получении ими определенных видов медицинской помощи, не входящих в гарантированный объем.

Целью ОМС является обеспечение прав застрахованных на получение стационарной медицинской помощи, исключение неформальных платежей гражданами за медицинские услуги, финансируемые государством, и усиление контроля за качеством и объемом предоставляемых услуг.

Граждане, работающие по найму, за которых будут перечисляться страховые взносы работодателем, считаются застрахованными. Очевидно, что система ОМС создает реальные преимущества для работников формального сектора экономики, осуществляющих налоговые отчисления, перед теми, кто их не отчисляет.

Застрахованным гражданам, при наличии страхового полиса, будет предоставляться стационарная медицинская помощь: хирургическая, терапевтическая, травматологическая, ортопедическая, уронефрологическая, офтальмологическая, гинекологическая, эндокринологическая, отоларингологическая, гематологическая и другие. Указанные виды медицинской помощи предполагают предоставление медицинских услуг при

хронических заболеваниях, требующих госпитального режима, восстановительного лечения, а также проведения лечения в дневном стационаре и стационаре на дому.

Обеспечение доступности гражданам медицинской помощи в рамках ОМС осуществляется за счет солидарного участия плательщиков страховых взносов.

Участниками системы ОМС на первом этапе являются работодатели, застрахованные, страховые и медицинские организации.

Страхование работников будет осуществляться работодателем, в последующем, по мере улучшения социально-экономического развития страны и роста доходов граждан, плательщиками страховых взносов могут являться также сами работники.

Страховые взносы будут осуществляться за каждого работника в виде ежемесячных фиксированных платежей, размер которых устанавливается законодательством. Тем самым, для страховых организаций основной целью не станет "селекция" выгодных финансовых рисков (выбор организаций с большим фондом заработной платы), что обеспечит справедливые условия участникам страхового рынка. Оплата относительно небольшого по размеру ежемесячного фиксированного страхового взноса позволит получить застрахованному медицинскую помощь, стоимость которой может в несколько раз превышать сумму уплаченных страховых взносов.

Обязательное медицинское страхование обеспечивается через функционирование государственной и негосударственной страховых организаций, обладающих равными правами. Договор обязательного медицинского страхования будет являться публичным, и каждая страховая организация обязана выдать страховой полис.

В целях обеспечения финансовой устойчивости и платежеспособности страховых организаций законодательством будут установлены нормативы по формированию ими страховых резервов.

Выбор страховой организации должен осуществляться страхователем. В целях защиты его прав страховые организации должны осуществлять контроль качества и объема оказанной медицинской помощи.

Доступность системы ОМС для граждан, проживающих в отдаленных районах, в случаях отсутствия филиальной сети у государственной и негосударственной страховых организаций будет обеспечиваться через субъекты финансового рынка, имеющие разветвленную сеть и оказывающие трансфер-агентские услуги (почта, филиалы банков второго уровня).

При наступлении страхового случая застрахованные будут получать медицинскую помощь в любой медицинской организации, имеющей право на оказание медицинских услуг. Застрахованным, с учетом возможностей

страховых организаций, могут быть предоставлены дополнительные страховые услуги, не предусмотренные программой ОМС, или выплачено поощрение за не обращение за медицинской помощью. Услуги медицинских организаций по программе ОМС оплачиваются страховыми организациями в размерах, не превышающих предельные расходы, установленные по видам заболеваний.

Для обеспечения платежной дисциплины в системе ОМС будут предусмотрены меры ответственности за исполнение платежей.

Контроль за своевременностью и полнотой осуществления страховых взносов должен осуществляться налоговыми органами.

Добровольное медицинское страхование и платные медицинские услуги

Граждане, не являющиеся застрахованными по программе ОМС, могут приобрести страховой полис, дающий право на получение медицинских услуг, входящих в программу ОМС, посредством заключения договора страхования со страховой организацией самостоятельно по своему выбору. Граждане, проживающие в отдаленных районах могут приобрести страховой полис также через агентов страховых организаций, включая отделения почты, филиалы банков второго уровня.

Медицинские услуги, не предусмотренные в гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи и программе ОМС, а также сервисные услуги граждане могут получить на условиях добровольного медицинского страхования или за счет собственных средств.

Этапы реализации Концепции

Первый этап - 2002 год - 1 января 2005 года.

Разработка протоколов диагностики и лечения заболеваний и их внедрение в организациях здравоохранения с 1 января 2003 года.

Определение перечня и стоимости гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и поэтапное достижение необходимого уровня его финансового обеспечения в течение 3-х лет, в том числе по годам:

в 2003 году	-	10 млрд.тенге;
в 2004 году	-	15 млрд.тенге;
в 2005 году	-	15 млрд.тенге.

Определение уполномоченного государственного органа, основными функциями которого будут являться возмещение затрат медицинским организациям за оказанные медицинские услуги в рамках гарантированного

объема бесплатной медицинской помощи, контроль за качеством и объемом оказанных медицинских услуг, сбор информации о состоянии здоровья граждан.

Разработка перечня медицинских услуг, входящих в программу ОМС и

определение его стоимости, проведение актуарных расчетов в 2003 году.

Определение перечня, разработка и принятие нормативных правовых актов по внедрению обязательного медицинского страхования.

Разработка и принятие программы по созданию единой информационной системы здравоохранения и ее поэтапная реализация.

Второй этап - с 1 января 2005 года.

Внедрение и функционирование системы ОМС.

Дальнейшая реализация программы информационного обеспечения здравоохранения.

Третий этап - с 1 января 2007 года.

Дальнейшее совершенствование системы ОМС.

По мере улучшения социально-экономического развития страны и роста доходов граждан необходимо добиться участия каждого гражданина в системе ОМС. Для этого потребуются внесение соответствующих изменений и дополнений в законодательство.

Рассмотрение вопроса введения семейного принципа страхования.

(Специалисты: Склярова И.В.,
Пучкова О.Я.)