

АКАДЕМИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ  
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

**Институт управления**

на правах рукописи

**Мұхаметбек Бағжан Маратқызы**

**ВНЕДРЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ: ПОВЫШЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ И  
КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Образовательная программа магистратуры  
«Государственная политика»  
по направлению подготовки «7М041 – Бизнес и управление»

Магистерский проект на соискание степени магистра  
государственной политики

Научный руководитель \_\_\_\_\_ Зейнельгабдин А.Б., д.э.н,  
профессор Института управления  
Академии государственного  
управления при Президенте  
Республики Казахстан

Проект допущен к защите: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Директор Института управления \_\_\_\_\_ к.э.н. Турчекенова Р.А.

**Нур – Султан, 2021**

## Содержание магистерского проекта

<b>Нормативные ссылки</b>	3
<b>Обозначения и сокращения</b>	4
<b>Введение</b>	5
<b>Обзор литературы</b>	8
1 Медицинское страхование как инструмент повышения доступности и качества медицинской помощи	8
2 Механизм реализации медицинского страхования с учетом международного опыта	12
<b>Методы исследования</b>	23
Анализ и результаты исследования	26
1 Вопросы реализации обязательного социального медицинского страхования в Казахстане	26
2 Анализ структуры расходов на здравоохранение в республике	36
3 Отдельные рекомендации по повышению доступности и качества медицинской помощи	42
<b>Заключение</b>	49
<b>Список использованных источников</b>	51
<b>Приложение 1</b>	56
<b>Приложение 2</b>	62
<b>Аналитическая записка</b>	63

## Нормативные ссылки

Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Закон Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года «Об обязательном социальном медицинском страховании».

Послание Первого Президента Республики Казахстан Назарбаева Н.А. народу Казахстана от 10 января 2018 года «Новые возможности развития в условиях четвертой промышленной революции».

Послание Президента Республики Казахстан Токаева К.К. народу Казахстана от 2 сентября 2019 года «Конструктивный общественный диалог – основа стабильности и процветания Казахстана».

Программа Президента Республики Казахстан от 20 мая 2015 года «План Нации - 100 конкретных шагов».

Постановление Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года №982 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы».

Постановление Правительства Республики Казахстан от 16 октября 2020 года №672 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и признании утратившими силу некоторых решений Правительства Республики Казахстан».

Постановление Правительства Республики Казахстан от 1 июля 2016 года №389 «О создании фонда социального медицинского страхования».

Постановление Правительства Республики Казахстан от 20 июня 2019 года №421 «Об утверждении перечня медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования».

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-321/2020 «Об утверждении Правил проведения мониторинга исполнения условий договора закупа медицинских услуг у субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования».

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 октября 2020 года № ҚР ДСМ-242/2020 «Об утверждении правил закупа услуг у субъектов здравоохранения по оказанию медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования».

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-291/2020 «Об утверждении правил оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования».

## Обозначения и сокращения

ВВП	-	Валовый внутренний продукт
ВОЗ	-	Всемирная организация здравоохранения
ВКО	-	Восточно-Казахстанская область
Г ОБМП	-	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ЗКО	-	Западно-Казахстанская область
ИП	-	Индивидуальный предприниматель
ИС	-	Информационная система
НПА	-	Нормативные правовые акты
ОСМС	-	Обязательное социальное медицинское страхование
ООН	-	Организация Объединенных Наций
ОЭСР	-	Организация экономического сотрудничества и развития
ПМСП	-	Первичная медико-санитарная помощь
РК	-	Республика Казахстан
СКО	-	Северо-Казахстанская область
СППиВК	-	Служба поддержки пациентов и внутреннего контроля
США	-	Соединенные Штаты Америки
СМИ	-	Средства массовой информации
Фонд соцмедстрахования	-	НАО «Фонд социального медицинского страхования»
ФЛ по договорам ГПХ	-	Физические лица работающие по договорам гражданско-правового характера

## Введение

**Актуальность темы исследования.** Уровень здоровья населения основной фактор, который определяет потенциал возможностей каждой страны, политику социально-экономического развития страны. Соответственно с целью государственной политики в области здравоохранения является обеспечение доступной и качественной медицинской помощи населению.

На сегодняшний день экономическое развитие Республики Казахстан характеризуется социальной направленностью, в том числе акцентируя внимание на здравоохранение. Для улучшения здоровья граждан и обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны были разработаны и реализованы государственные программы развития здравоохранения «Саламатты Казахстан», «Денсаулық» (с 2011 по 2019 годы) и в настоящее время реализуется «Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы» (далее – Государственная программа). Целью государственной программы является обеспечение качественного и доступного здравоохранения.

Стратегической целью нашей страны в стратегии «Казахстан – 2050» является вхождение в тридцатку самых развитых стран мира, что предусматривает повышение ожидаемой продолжительности жизни казахстанцев до среднего уровня развитых государств. Также, хорошее здоровье и благополучие населения как третья цель Целей устойчивого развития Организации Объединенных Наций (далее – ООН) определены в Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2025 года. В этой связи, предусмотрены социальные гарантии и личная ответственность граждан за здоровье, что являются новыми принципами социальной политики.

В последние годы эффективность системы здравоохранения Казахстана повышается, что подтверждается рейтинговой оценкой международного агентства Блумберг Казахстан. Среди стран участников рейтинга в 2019 году Казахстан по показателю эффективности расходов на здравоохранение поднялся до 40 позиции, в то время как в 2012 году занимал 111 позицию [1].

Следует отметить, в мире развитие систем здравоохранения идет с ощутимыми дополнительными затратами, направленными на улучшение здоровья. Несмотря на ежегодное увеличение бюджетных средств в Казахстане, текущий уровень финансирования гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) не обеспечивал спрос населения на медицинскую помощь, о чем свидетельствует рост карманных расходов населения на услуги здравоохранения.

Первый Президент Республики Казахстан Назарбаев Н.А. в послании народу Казахстана «Новые возможности развития в условиях четвертой промышленной революции» от 10 января 2018 года подчеркнул, что здравоохранение будет поэтапно переходить на систему обязательного социального медицинского страхования (ОСМС), основанную на солидарной ответственности населения, государства и работодателей [2].

В связи с хроническим недофинансированием системы здравоохранения, высоким уровнем «карманных» расходов и как механизм социальной защиты населения от «катастрофических» затрат на здоровье, а также для обеспечения солидарной ответственности населения за свое здоровье было принято внедрить систему обязательного социального медицинского страхования (далее – ОСМС). С учетом вышесказанного в Казахстане разработана трехуровневая система медицинского обеспечения населения, которая предполагает повышение доступности и качества медицинской помощи для всего населения Казахстана [3].

2 сентября 2019 года Президент Республики Казахстан Токаев К.К. в послании народу Казахстана «Конструктивный общественный диалог – основа стабильности и процветания Казахстана» отметил, что с 1 января 2020 года в Казахстане запускается система обязательного социального медицинского страхования. Государство сохраняет гарантированный объем бесплатной медицинской помощи. На его финансирование будет направлено более 2,8 трлн. тенге в течение следующих трех лет. В свою очередь, реализация ОСМС призвана улучшить качество и доступность медицинских услуг [4]. Поэтому Правительству поставлена задача предельно ответственно подойти к вопросу реализации ОСМС во избежание его очередной дискредитации.

С 1 сентября 2019 года в Карагандинской области был реализован пилотный проект по внедрению ОСМС, и после положительного результата пилотного проекта с 1 января 2020 года ОСМС внедрен по всей республике.

Несмотря на проводимые меры система ОСМС имеет проблемы, такие как незавершение актуализации самозанятого населения, наличие неприкрепленного населения к участковым врачам, кадровая обеспеченность и материально-техническая оснащенность медорганизаций. Также больше половины пациентов недовольны качеством медицинской помощи (в 2018 году удовлетворенность качеством медицинской помощи составил - 47,84%, в 2019 году - 48,0%) [1].

Все это предопределяет актуальность темы исследования.

**Цель исследования** – выявить преимущества и недостатки внедрения и реализации системы ОСМС в нашей стране и разработать рекомендации по совершенствованию доступности и качества медицинской помощи населению Республики Казахстан.

**Задачи исследования:**

изучить теоретические основы и международный опыт внедрения и реализации медицинского страхования;

проанализировать отечественный опыт внедрения и реализации ОСМС;

определить проблемные участки в реализации системы ОСМС в Республике Казахстан;

разработать рекомендации по совершенствованию доступности и качества медицинской помощи в рамках внедрения ОСМС.

**Объектом исследования** является система обязательного социального медицинского страхования.

**Предметом исследования** являются правовые, экономические и организационные вопросы системы здравоохранения в оказании медицинской помощи.

**Гипотеза исследования** - совершенствование менеджмента в здравоохранении и обеспечение прозрачности системы ОСМС, развитие инфраструктуры и снижение дефицита медицинских кадров повышает доступность и качество медицинской помощи населению.

**Методы исследования:** для изучения моделей финансирования систем здравоохранения в зарубежных странах использовался эмпирический сравнительный метод, для изучения вопросов системы здравоохранения применяли метод анализа и синтеза. Также проведено документальное исследование как вид качественного исследования и количественное исследование в виде опроса населения на базе онлайн-платформы.

**Новизна исследования** - на основании проведенного анализа результатов реализации ОСМС в республике, обоснованы рекомендации по предоставлению персонализированных данных о расходах на медицинские услуги. Разработка практических рекомендаций по повышению эффективности реализации ОСМС в обеспечении качественной и доступной медицинской помощи.

**Ожидаемые результаты** – проведение анализа систем здравоохранения в мире, выработка рекомендаций по совершенствованию реализации системы ОСМС в Республике Казахстан для формирования эффективной стратегии и политики в области здравоохранения.

**Практическая значимость** магистерского проекта – выработанные рекомендации могут быть использованы уполномоченным органом в области здравоохранения для совершенствования системы ОСМС в Казахстане.

**Публикации.** По теме магистерского проекта опубликована 1 научная статья общим объемом 6 печатных листов в сборнике круглого стола на тему «Реализация положений «Концепции правовой политики Республики Казахстан с 2010 до 2020 года» по основным направлениям национального права».

## Обзор литературы

### 1 Медицинское страхование как инструмент повышения доступности и качества медицинской помощи

Основой для изучения темы медицинского страхования стали исследования не только отечественных авторов, но и научные работы зарубежных исследователей.

Медицинское страхование это форма социальной защиты населения по охране здоровья, которая гарантирует гражданину бесплатное предоставление объема медицинской помощи при возникновении страхового случая согласно договора со страховой медицинской организацией, которая несёт издержки по оплате оказанных медицинских услуг с определенного момента внесения гражданином первого взноса в соответствующий фонд [5]. Это система общественного здравоохранения, где финансирование осуществляется из специальных страховых фондов, образуемых за счет средств государственного бюджета, взносов предпринимателей и работников. Это процесс построения и расходование финансовых ресурсов на медицинскую помощь, гарантирующий получения этой помощи в объеме, определенного условиями страхового договора.

Согласно определению А.А. Гвозденко, медицинское страхование это одна из отраслей личного страхования по защите интересов, связанных с расстройством здоровья и утратой трудоспособности страхователей и застрахованных лиц [6].

Сущность медицинского страхования в императивности системы, в законодательном закреплении и финансовом обеспечении, то есть в создании механизмов финансовых взаимоотношений субъектов медицинского страхования, который должен обеспечить здравоохранение финансовыми ресурсами [7].

С целью усиления заинтересованности и ответственности населения, государства и учреждений в охране здоровья граждан в рыночных условиях и обеспечения прав граждан на медицинскую помощь законодательством страны определяются правовые, организационные и экономические основы медицинского страхования.

Основополагающим принципом обязательного медицинского страхования является законодательно обоснованный и обязательный характер. Граждане независимо от поло-возрастной структуры, социального статуса, уровня дохода, объема начислений на заработную плату и состояния здоровья имеют права на получение качественной медицинской помощи, включенных в государственную программу. В этом и заключается общественная ценность, солидарность и социальная справедливость обязательного медицинского страхования [5].

Экономическая сущность обязательного медицинского страхования заключается в создании экономических отношений по формированию фондов и страховых организаций за счет страховых взносов страхователей для оплаты



медицинской помощи застрахованным при наступлении страхового случая на основании всеобщности, солидарности и обязательности [7].

Также обязательное медицинское страхование осуществляет социальные функции, которые реализуются через социальную защиту наиболее социально уязвимых слоев населения повышая доступность медицинских услуг; регулирование социального неравенства в обществе путем обязательного оказания медицинской помощи населению независимо от дохода, статуса, пола, возраста; снижение социальной напряженности через стабилизацию всей системы общественных отношений; социальный контроль, который осуществляется опираясь на регламентированные нормы и принципы.

Функция социального контроля усиливается, поскольку медицинская помощь касается ценности здоровья человека. Ценность человеческой жизни может оказаться под угрозой и привести к непоправимым последствиям при взаимодействии субъектов не на должном уровне. В этой связи, качество медицинского обслуживания обладает особой ролью в системе обязательного медицинского страхования. Основные ключевые проблемы доступности качественной медицинской помощи это неуккомплектованность медицинских учреждений кадрами и несоответствующее инфраструктурное развитие медицинских учреждений, что затрудняет получение высокотехнологичных видов лечения. Внедрение обязательного медицинского страхования дает возможность медицинским организациям улучшать кадровые ресурсы и инфраструктуру за счет дополнительного пополнения финансов организаций средствами застрахованных с обеспечением всеобщей доступности медицинской помощи.

Также, в здравоохранении особое значение имеет формирование показателей и индикаторов для оценки качества медицинских услуг, чтобы определить возможность медицинской организации оказывать разные виды медицинских услуг и проведение социологических исследований, в котором получатели медицинских услуг и медперсонал дает собственную оценку по качеству. Это в свою очередь дает возможность оценить уровень повышения качества медицинской помощи в системе медицинского страхования [8].

Российские авторы Линденбратен А.Л., Шилова Л.С., Семенов В.Ю., Танатова Д.К., Абдрашитова А.Х также в своих исследованиях считают, что состояние здоровья граждан зависит от укомплектованности медицинской организации медперсоналом и количеством коек для оказания помощи в стационарных условиях. Когда качество оказания медицинских услуг и квалификация врачей не удовлетворяют требования населения обязательное медицинское страхование перестает быть гарантом и формой решения проблем здравоохранения [9].

Необходимость внедрения обязательного медицинского страхования прописаны в исследованиях Шобабаева А. Р., Ельшибекова К. М., Серикбаева Э. А. где отмечено, что медицина – очень затратная отрасль и даже экономический развитие государства не всегда могут в полной мере обеспечить граждан бесплатной медицинской помощью. Для разработки Казахстанской

модели социального медицинского страхования специалистами было отобрано все лучшее из мирового опыта. Учитывая более подходящее к нашим местным условиям Германская модель обязательного медицинского страхования взята как основа, так называемая бюджетно-страховая медицина, когда финансирование системы здравоохранения осуществляется за счет государства, обязательных взносов работодателей и работника [10].

Также некоторыми казахстанскими и зарубежными авторами приведены меры по дифференциации взносов и отчислений, объемов оказания медицинской помощи для совершенствования финансирования и оказания медицинской помощи в системе медицинского страхования.

Омирбаева Б.С. в своем исследовании, чтобы улучшить качество медицинских услуг, расширить доступ населения к ним и соответственно повысить конкурентоспособность здравоохранения предлагает учитывать потребности населения согласно возрастной группы и социального статуса [11].

Акбар А. в своем исследовании пишет, что страна должна определить «базовый пакет» страховки для оказания медицинской помощи. Кроме того автор для создания дополнительного источника финансирования здравоохранения предлагает внедрить новый налог, это так называемый налог на богатых, распространяющийся на граждан, годовой доход которых составляет более двухсот тысяч тенге. Основной базой для начисления данного налога будет являться не только основной доход гражданина, но также и инвестиционные доходы [12].

Для улучшения финансового обеспечения системы обязательного медицинского страхования в Республике Мордовия зарубежным автором Садовниковой Н.А. проводившая комплексный анализ современного состояния системы здравоохранения в данном регионе предложено введение дифференциации взносов на обязательное медицинское страхование, то есть минимальный размер взносов для мелких предпринимателей [13].

Российский автор Штельмах Л.Г. изучая мировой опыт, в том числе систему медицинского страхования Западных стран предлагал оптимизацию государственного регулирования ОМС путем организационно-правовых решений, позволяющих работодателям вносить предложения в уполномоченный орган Российской Федерации. Автор предлагал если в течение трех лет уровень заболеваемости работников стабильно снижается, то снижать часть единого социального налога, зачисляемого в территориальные фонды обязательного медицинского страхования, а региональным органам государственной власти дать право изменять ставку единого социального налога [14].

Обеспечение прав для получения качественной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования играет важную роль. В этой связи Хайдарова Т.С. в своем исследовании в целях обеспечения прав граждан по укреплению и сохранению здоровья предлагает страховое обеспечение в виде комплексной страховой защиты в сочетании механизмов государственной и негосударственной социальной защиты (обязательное социальное и

добровольное медицинское страхование), вместе с тем автор предлагает платные медицинские услуги переводить на добровольное медицинское страхование [15]. Следует отметить в Казахстане трехуровневое медицинское обеспечение позволяет гражданам получать медицинские услуги в рамках добровольного медицинского страхования.

Также необходимо отметить, эффективная деятельность Фонда социального медицинского страхования оказывает влияние на социально-экономическое развитие государства. В этой связи маркетинговая деятельность Фонда социального медицинского страхования играет важную роль в урегулировании взаимоотношений и гармонизации интересов всех сторон. Автором Жангарашевой Г.К. в своем исследовании предложено использование современного инструментария и методологии социального маркетинга, процесса, направленного на удовлетворение желаний и потребностей лиц с помощью свободного обмена услугами и товарами, представляющие ценность для потребителей. Целью социального маркетинга является оздоровление населения, рост доверенности системе медицинского страхования, повышение эффективности ресурсов медицинского страхования и развитие системы здравоохранения [16].

Внедрение обязательного медицинского страхования не только имеет возможности такие как увеличение финансирования системы, повышение доступности медицинской помощи, но и риски злоупотребления и использования не по назначению медицинской помощи, о которых пишет Омирбаева Б.С. в своей работе. Поставщики медицинских услуг пациентам, не участвующим в системе обязательного медицинского страхования, при оказании медицинской помощи в плановом порядке будут склонны оформлять как экстренный случай так как он доступен за счет бюджетных средств. Автор согласно данных Ассоциации сертифицированных экзаменаторов мошенничества и обмана определяет наиболее частые схемы злоупотребления поставщиками услуг в сфере здравоохранения: *«Не оказаны услуги, за которые выставлен счет. Выставление счета за услугу, которая не покрывается страховкой, как покрываемую, Искажение дат, данных о месте и данных о поставщике оказания услуг., Освобождение от отчислений и/или со-оплаты., неправильное оформление диагноза или процедур (включая тарифное разделение готовых пакетов), Избыточное оказание услуг, Коррупция (откаты и взяточничество), Фальшивый рецепт или выписка рецепт с ненужными лекарствами».*

Омирбаева Б.С. также указывает о риске использования услуг обязательного медицинского страхования не по назначению, то есть люди будут получать слишком много услуг или пытаются получить медицинскую помощь «за чужой счет». Согласно исследованиям разных стран (США, Китай, Германия) высокие расходы наблюдается среди тех у кого более щедрое страховое покрытие нежели чем у кого сооплата. То есть широкодоступное ОСМС станет причиной увеличения случаев обращения за медицинской помощью. Автором как эффективный способ для смягчения риска и предотвращения избыточного обращения за медпомощью предлагается разделение расходов со стороны потребителей, то есть со-оплата,

сострахование (применяемых в США, Германии), что может стать стимулом для более взвешенного обращения к услугам здравоохранения [17].

Согласно исследованиям авторов можно сделать выводы, что обязательное медицинское страхование это часть государственного социального страхования, которая обеспечивает всем гражданам одинаковое право в получении медицинской помощи за счет взносов и отчислений государства, работников и работодателей; это комплексная система, которая увеличивает финансирование здравоохранения для устойчивого развития и повышает доступность медицинской помощи. На доступность и качество медицинской помощи влияют кадровое обеспечение, инфраструктурное развитие медицинской организации, маркетинговая деятельность фонда социального медицинского страхования, которые требуют особого внимания в системе ОСМС. Несмотря на преимущества в системе ОСМС есть риски злоупотребления и использования не по назначению медицинской помощи.

## 2 Механизм реализации медицинского страхования с учетом международного опыта

В механизме реализации медицинского страхования одним из основных элементов является финансирование. Финансовая основа медицинского страхования заключается в капитализации и предоставлении за счет аккумулированных средств медицинской помощи всем гражданам на законодательном уровне и в гарантированных размерах [5].

Медицинское страхования это также экономическая система, в которой особую роль занимает финансы. Страхователь отчисляет страховые взносы, которые аккумулируются страховыми медицинскими организациями, они получая финансовые средства, направляют их в медицинские организации, которые, в свою очередь, за счет этих средств оказывают медицинскую помощь застрахованным. Ниже приведен механизм реализации медицинского страхования согласно экономическим отношениям (Рис.1).

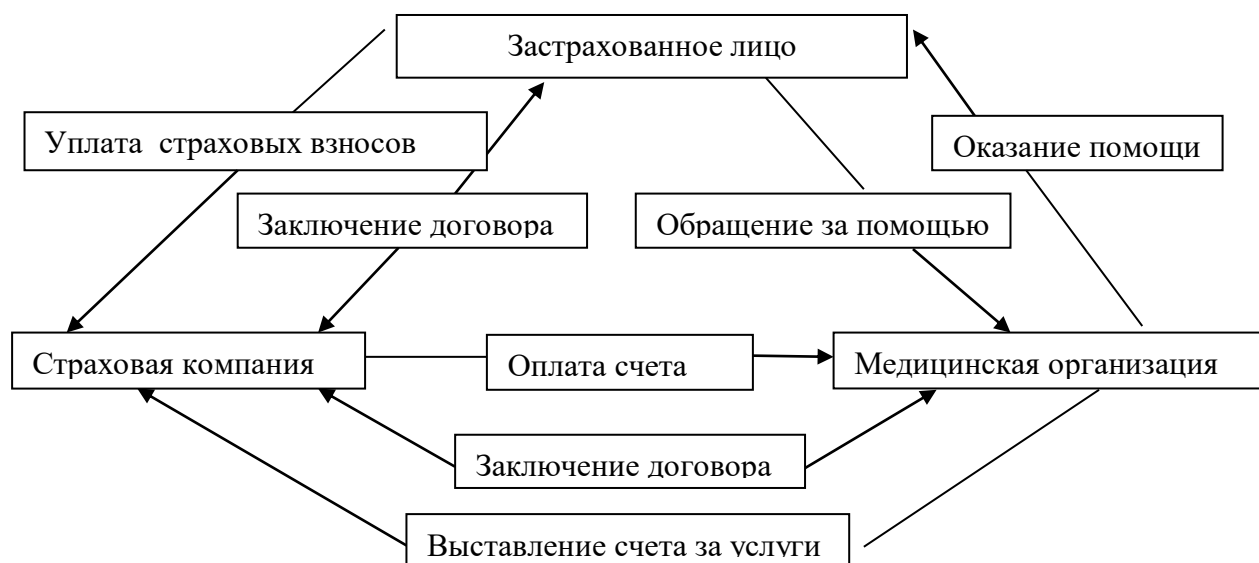


Рис. 1 - Механизм реализации медицинского страхования согласно экономическим отношениям.

Составлен автором на основе источников [5-7].

Медицинское страхование представляется в двух формах: обязательной и добровольной.

Добровольное медицинское страхование осуществляется на добровольной основе и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг не включенные программ бесплатной медицинской помощи и обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование предоставляется в индивидуальном и коллективном виде. Индивидуальное добровольное медицинское страхование оформляется в индивидуальном порядке отдельно для каждого человека, обратившегося в страховую компанию. Коллективное медицинское страхование осуществляется как один из методов мотивации, который входит в состав социального пакета работников организаций.

Добровольное медицинское страхование имеет индивидуальный характер, а основой обязательного медицинского страхования является всеобщее обеспечение солидарной ответственности за охрану здоровья граждан страны, финансовой устойчивости системы здравоохранения, повышение качества и доступности медицинской помощи.

Обязательное медицинское страхование часть государственного социального страхования, обеспечивающая всем гражданам одинаковое право в получении полного объема медицинской помощи и лекарственных средств в соответствии с пакетом услуг, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования.

Согласно Закона Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании» от 16 ноября 2015 года обязательное социальное медицинское страхование это комплекс правовых, экономических и организационных мер по оказанию медицинской помощи потребителям медицинских услуг за счет активов фонда социального медицинского страхования. В свою очередь система ОСМС регулирует отношения между участниками согласно норм и правил, устанавливаемых государством.

Согласно международному опыту системы здравоохранения имеют смешанную структуру финансирования, с преобладанием одной из 4 основных моделей: бюджетная модель, которая распространена в Великобритании, Австралии, Канады, основной источником финансирования - общее налогообложение, социальное медицинское страхование, распространенное в Германии, Франции, Японии, Кореи и финансируемое за счет обязательных солидарных взносов государства, работодателей и работника, частное медицинское страхование, финансируемое за счет добровольных взносов работников и работодателей, которое было в США до реформы здравоохранения и накопительные счета здравоохранения, применяемые в

Сингапуре и финансируемые за счет перечисления определенных процентов от заработной платы исключительно работающих граждан [18].

**Бюджетная модель** распространена в Великобритании, Австралии, Канады, основной источник финансирования – общее налогообложение.

Особенность данной модели всеобщий охват населения услугами здравоохранения, финансирование из государственного бюджета и контроль со стороны Правительства. В данной модели финансирование возможны через государственные фонды или прямым финансированием медицинских организаций. В Англии финансирование и предоставление медицинской помощи представлена Национальной службой здравоохранения и ее местными отделениями. Отличительной чертой данной модели является равный доступ к медицинской помощи всех граждан страны, что препятствует формированию социального неравенства в доступе к медицинской помощи. Бюджетная модель характеризуется экономичностью, так как государство может сдерживать рост расходов на здравоохранение с помощью макроэкономических рычагов. Из-за жесткого контроля государства за системой здравоохранения отмечается рост общественного недовольства и критики со стороны поставщиков медицинской помощи. Финансирование в Англии осуществляется из средств государственного бюджета и частично — за счет социального налога, который выплачивают работники и работодатели. Бюджетная система считается достаточно эффективным, представляет недорогие и качественные медицинские услуги, поэтому в Англии лишь 12% жителей страны пользуются услугами добровольного медицинского страхования, за счет которого финансируются некоторые хирургические операции, стоматологические и офтальмологические услуги. В Великобритании когда не желают долго ожидать своей очереди в учреждениях государственного здравоохранения люди используют добровольное медицинское страхование.

В Англии большинство медицинских услуг предоставляется бесплатно, частично оплачиваются только некоторые виды услуг, такие как выписка рецепта, профилактический осмотр и стоматологическая помощь (около 80%) [19].

Бюджетная модель также имеет свои недостатки, такие как снижение качества оказываемой медицинской помощи, усложнение контроля за деятельностью медицинских организаций со стороны пациентов, неравенство в распределении медицинской помощи между различными регионами, что проявляется в сосредоточенности финансовых и материальных ресурсов в крупных городах и их нехватке в регионах, отсутствие гибкости при принятии решений, также манипуляция медицинскими работниками сроками ожидания медицинской помощи чтобы поощрять больных к частным платежам, а также большая зависимость от меняющихся политических приоритетов [20].

Следующая модель, **частное страхование. США** была единственной страной среди развитых стран, где не существовала обязательное медицинское страхование, так как большинство населения пользуется услугами частной

страховой медицины, значительная часть не посещают врачей, только при необходимости неотложной помощи.

Вместе с тем, в США действует государственное здравоохранение в форме медицинских программ для определенных категорий граждан, для пожилых людей Medicare, для малоимущих Medicaid, для военнослужащих, госслужащих и детей из малообеспеченных семей.

Следует отметить, что частное страхование в США имеет свои отрицательные стороны для населения, так как организовано в интересах бизнеса для максимизации прибыли страховых компаний и уклоняются от предоставления услуг больным с хроническими заболеваниями, требующие длительного лечения в связи с экономической невыгодностью для страховых компаний.

В США высококвалифицированные врачи и медицинские учреждения обеспечены самым совершенным оборудованием, лекарствами и расходными материалами, на что ежегодно выделяется 2,5 трлн. долларов, что составляет более 17% ВВП. Этот показатель вдвое больше чем в странах ОЭСР (8,8 % ВВП), но здоровье населения Америки не лучше чем у жителей других стран, например Франции [21]. Это связано с тем, кто имеет дорогостоящие частные медицинские страховки, получают наилучшие и качественные медицинские услуги, а малообеспеченные обращаются лишь в крайнем случае, что серьезно влияет на статистику здоровья населения страны [22].

Основные проблемы американской медицины стоимость медицинских услуг (самые дорогие в мире), чрезмерная затратность для бюджета программ Medicare и Medicaid, неэффективность расхода средств путем назначения ненужных и дорогостоящих процедур, недоступность здравоохранения для малоимущих, низкая эффективность медицинской помощи с точки зрения общих показателей [23]. По данным Министерства общественного здравоохранения, примерно 30 % средств на медицинскую помощь (относится как к государственной, так и к частной медицине) в Соединённых Штатах Америки тратится впустую, из-за медицинского мошенничества и неэффективных расходов.

1 апреля 2014 года в США вступила в силу новая реформа здравоохранения обязательное медицинское страхование для частных лиц. То есть все незастрахованные американцы должны приобрести медицинский страховой полис, в случае отказа штраф со стороны государства. С момента внедрения реформа имела проблемы такие как сопротивление оппозиции, технические трудности, судебные процессы и непонимание части населения американского общества. Целью реформы также было обеспечение качественным и доступным медицинским обслуживанием, а также уменьшения бюджетных расходов на здравоохранение [24].

**Система страхования Сингапура** отличается от вышеперечисленных систем здравоохранения.

В начале обретения независимости в Сингапуре действовала бюджетная система здравоохранения, после Правительство Сингапура признало

неэффективность данной модели и рассмотрели поэтапный переход к частному финансированию здравоохранения. Невозможность удерживать высокий уровень бюджетных расходов на здравоохранение, нерациональное расходование средств, низкий уровень пациентоориентированности государственных больниц, низкий уровень вовлеченности населения в улучшении здоровья и выполнении врачебных рекомендаций стали причиной пересмотра финансирования здравоохранения [25].

В 1984 году появился медицинский сберегательный (депозитный) счет Medisave, который мобилизовал дополнительные финансовые ресурсы для оплаты ожидаемого увеличения расходов на здравоохранение [26].

Система финансирования здравоохранения Сингапура, известная как S + 3M, состоит из четырех основных компонентов – государственные субсидии, сберегательный счет Medisave, программа MediShield Life (и другие виды страхования, в т.ч. и ElderShield) и благотворительный фонд Medifund и является комплексной интеграцией государственного и частного здравоохранения, которая соединяет несколько учреждений различных форм собственности и благотворительных организаций для комплексного решения проблем защиты общественного здоровья, включая профилактику, первичную, неотложную, амбулаторную, стационарную помощь, реабилитацию и социализацию.

Благодаря использованию рыночных механизмов для поощрения конкуренции, прозрачности в области здравоохранения и развитию технологий для повышения качества оказываемой медицинской помощи Сингапур добился отличных результатов, несмотря на то, что национальные расходы на здравоохранение составляют около 4% ВВП, но растут по мере старения населения. Учитывая что Сингапур развитая страна показатель бюджетных расходов на здравоохранение 4% от уровня ВВП является низким для устойчивого развития здравоохранения, однако модель Сингапура показал свою эффективность.

В Сингапуре в секторе неотложной помощи до 80 % услуг предоставляется государственным здравоохранением, первичная медицинская помощь преимущественно осуществляется частным сектором (80 % рынка), также волонтерские организации оказывают патронажный уход, работу хосписов и общественных больниц. Гражданам Сингапура, постоянным резидентам предоставляют правительственные субсидии для оплаты стационарного лечения от 20 до 80 % от суммы счета за услуги государственных больниц [27].

Одна из трех M составляющих общественное здравоохранение Сингапура и самое важное новшество системы здравоохранения Сингапура система медицинских сберегательных счетов Medisave.

Раньше в Сингапуре эффективно работал Центральный сберегательный фонд (Central Provident Fund – CPF) обязательный сберегательный фонд, куда перечислялись 5 % от заработной платы работающих граждан для пенсионных накоплений. После получения независимости функции Центрального сберегательного фонда расширились и у населения появилась возможность



использовать часть накопленных средств на приобретение жилья, а также с созданием Medisave имели право использовать часть денег на оплату медицинских расходов и приобретение медицинских страховых планов, одобренных Министерством здравоохранения Сингапура.

Медицинские счета Medisave – это индивидуальные накопительные счета, на которые люди вкладывают деньги в обязательном порядке, которые направлены только на оплату медицинских услуг. Владельцы индивидуальных счетов Medisave имеют право потратить средства со счетов на оплату медицинских расходов членов семьи. Также молодое население может накопить деньги в течение здоровых лет и потратит в пожилые годы, когда наиболее нуждаются в медицинской помощи.

Вторая М системы здравоохранения Сингапура – программа Medishield, целью которой является оказание поддержки людям с хроническими заболеваниями, у которых большие расходы приводят к исчерпанию средств Medisave. Также внутри программы предусмотрена подпрограмма ElderShield для оказания помощи инвалидам.

Третья М системы здравоохранения Сингапура благотворительный фонд MediFund, основанный в 1993 году с целью оказания помощи гражданам, которые не могут оплатить стационарную медицинскую помощь даже в больницах, куда предоставляется наиболее высокий уровень государственных субсидий. Правительственный вклад в MediFund возросло от S\$ 200 миллионов до S\$ 2 миллиардов. Основные критерии для получения помощи: быть гражданином Сингапура, обращаться в больницу сотрудничающую с MediFund за субсидируемой медицинской помощью, быть не в состоянии оплатить счет за лечение даже с учетом помощи семьи и иных государственных программ.

Несмотря на то, что расходы Сингапура на здравоохранение составляют менее 4 % ВВП, в 2017 году ВОЗ систему здравоохранения Сингапура поставил на шестое место в мире как страну, по большинству показателей здоровья населения превышающий средний уровень европейских стран.

Особенности здравоохранения Сингапуре в персонализации расходов на медицинские услуги для поощрения солидарной ответственности за здоровье; сокращение избыточного потребления медицинских услуг за счет использования соплатежей со стороны пациентов; регулирование процесса оказания медицинских услуг государством, поддержка нуждающихся и повышение справедливости за счет субсидирования медицинских услуг; благодаря накоплению финансовых ресурсов и инвестирования в экономическое развитие страны повышение устойчивости и независимости системы здравоохранения (Средства на счетах Medisave в 2015 году составляли 75,9 млрд долл. – в 10 раз превышают бюджет на здравоохранение Сингапура) [28].

Следующая модель системы здравоохранения, **социальное медицинское страхование**, распространена в Германии, Франции, Японии, Кореи и финансируется за счет обязательных солидарных взносов государства, работодателей и работников.

В 1883 году Германия создала первую в мире систему социального медицинского страхования, которая была построена на принципах солидарности и самоуправления.

Солидарность проявляется определенным процентом всеобщего взноса от своего дохода на получение медицинской помощи независимо от риска для здоровья, уровня дохода и возраста. Самоуправление регулируется правом застрахованных лиц свободно выбирать своих медицинских работников (врачей).

С 2004 года создан Федеральный Объединенный комитет, который определяет правила по доступности медицинской помощи, распределяет медицинские услуги, координирует качество и эффективность медицинской помощи. Благодаря работе данного комитета населению Германии обеспечили доступность к высококачественному медицинскому обслуживанию без значительного дефицита или ожидания, но самоуправление привело к переизбытку фармацевтической продукции, избытку стационарных случаев и госпитализаций.

Немецкая система обязательного медицинского страхования устойчивая, но она тоже имеет проблемы такие как старение населения и растущее бремя хронических заболеваний, которые требуют высоких затрат на оказание медицинской помощи. В связи с этим, в 1994 году Германия ввела обязательное долгосрочное медицинское страхование, которое финансируется за счет взносов, взимаемых с заработной платы до определенного предела (в 2017 году до 3938 евро в месяц), которая покрывает расходы на стационарное лечение.

В 1978 году Германия в рамках обязательного медицинского страхования расширил охват реабилитационными услугами, а также стоматологическими и ортодонтическими услугами. В результате стоимость обязательного медицинского страхования в последующие годы резко возросла. Доля расходов на обязательное медицинское страхование в валовом внутреннем продукте (ВВП) увеличилась с 3,5% в 1965 году до 5,9% в 1975 году, что в итоге привело к сокращению из пакета страхования лекарств от легких заболеваний.

В Германии больничные фонды управляются административными советами представителей, избираемых от рабочих, от их работодателей в соответствии с их долями взносов.

Также одной из особенностей является то, что с 2007 года больничные фонды в Германии начали предлагать населению выбор тарифов, с целью повышения привлекательности обязательного медицинского страхования для людей с высокими доходами и низким уровнем использования услуг. Большинство людей (60%), выбравших тариф, выбрали денежную компенсацию, которая заменяет традиционную систему льгот в натуральной форме, а 20% участников выбрали бонусы без претензий, которые касаются возврата взносов в случае неиспользования сервиса [29].

В системе медицинского страхования одним из важных вопросов является покрытие расходов на отпускаемые по рецепту лекарства, а именно качество, соответствующее цене, поскольку на практике в Германии сложилась ситуация,

когда дженерики заполняли растущую долю рынка вместо оригиналов из-за их низких цен. В 2011 году, когда был принят закон о реформе немецкого фармацевтического рынка, правительство потребовало от производителей новых лицензированных фармацевтических продуктов представить досье с указанием достаточных данных для оценки дополнительных преимуществ препарата по сравнению с существующими продуктами [30].

На основании международного опыта можно увидеть, что каждая страна выбирает себе наиболее подходящий модель финансирования здравоохранения несмотря на имеющиеся преимущества и недостатки моделей, которые представлены ниже (таблица 1.).

Таблица 1. Модели финансирования систем здравоохранения

№	Модели	Страны	Источник финансирования	Преимущества	Недостатки
1	<b>Бюджетная модель</b>	Великобритании, Австралии, Канады	общее налоговое обложение	- всеобщий охват услугами здравоохранения; - равный доступ к медицинской помощи всех граждан страны; - экономичность; - недорогие медицинские услуги.	- контроль финансирования правительственными органами; - общественное недовольство и критики поставщиков медицинской помощи; - снижение качества медицинской помощи, усложнение контроля за деятельностью медицинских организаций со стороны пациентов; - неравенство между регионами, отсутствие гибкости при принятии решений; - манипуляция медицинскими работниками сроками ожидания медицинской помощи.
2	<b>Социальное медицинское страхование</b>	Германии, Франции, Японии, Кореи	обязательных солидарных взносов в государство, работодателем и работника	- Принципы солидарности и самоуправления; - работа Фонда общественного контроля обеспечивает доступность к высококачественному медицинскому обслуживанию; - устойчивая система; - тарифы для людей	- самоуправление привело к переизбытку фармацевтической продукции, избытку стационарных случаев и госпитализаций; - старение населения, растущее бремя хронических заболеваний, которые требуют высоких затрат на оказание медицинской помощи (пакет медицинского страхования меняется сокращение лекарств, стоматологических услуг).

				с высокими доходами и низким уровнем использования услуг(денежная компенсация, возврат взносов в случае неиспользования сервиса).	
3	<b>Частное медицинское страхование</b>	США	добровольных взносов в работодателе и работников	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Высоквалифицированные кадры;</li> <li>- развитая инфраструктура.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- организовано в интересах бизнеса для максимизации прибыли страховых компаний;</li> <li>- уклоняются от предоставления услуг больным с хроническими заболеваниями, требующие длительного лечения так как экономически для страховых компаний не выгодно;</li> <li>- разрыв в доступности медпомощи между бедными и богатыми;</li> <li>- стоимость медуслуг самый дорогой в мире;</li> <li>- неэффективность расхода финансовых средств путем назначения ненужных и дорогостоящих процедур;</li> <li>- мошенничество.</li> </ul>
4	<b>Накопительные счета здравоохранения</b>	Сингапур	Индивидуальные медицинские счета	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Принцип сооплаты – сокращение избытка медпомощи,</li> <li>- субсидирование;</li> <li>- поощрение конкуренции и прозрачности;</li> <li>- возможность оплатить медицинские расходы членов семьи владельца накопительных счетов;</li> <li>- молодое население может накопить и потратить в старости;</li> <li>персонализации расходов на</li> </ul>	Не выявлено.

				медицинские услуги; регулирование государством; устойчивая и независимая система здравоохранения благодаря накоплению финансовых ресурсов для инвестирования в экономическое развитие страны.	
--	--	--	--	---	--

Составлена автором на основе источников [19-30].

Как известно, в Казахстане до 2020 года действовала бюджетная система здравоохранения и имела недостатки свойственные Англии, такие же как неудовлетворенность населения качеством медицинской помощи, неравенство в оказании медицинской помощи жителям городов и сел, зависимость от политических решений в распределении государственного бюджета.

Модель США показывает что сильное развитие частных страховых компаний может принести прибыль только для бизнеса, но не для улучшения качества и доступности медицинской помощи населению. Несмотря на очень хорошие выделенные бюджетные средства в здравоохранение (17% от ВВП), показатели здоровья населения может не улучшится. Необходимо строгий контроль за эффективной реализацией бюджетных средств, в том числе назначение медицинских услуг только по показаниям.

Модель Сингапура имеет положительные стороны за счет солидарной ответственности населения за здоровье и наличие индивидуальных сберегательных счетов для медицинских услуг, управляемых владельцами. Сокращение избыточного потребления медуслуг происходило за счет сооплаты и справедливой доступности медуслуг за счет субсидирования государством. Также использование накопленных финансовых ресурсов на развитие системы здравоохранения доказал эффективность данной модели.

Опыт Германии показывает, что самоуправление может привести к избытку определенных видов медицинской помощи. Старение населения, растущее бремя хронических заболеваний, которые требуют высоких затрат на оказание медицинской помощи не гарантируют финансовую устойчивость системы здравоохранения.

Если сравнить Казахстанскую модель финансирования здравоохранения с другими мировыми моделями, то именно вопрос решения проблемы бюджетной модели стали причиной внедрения ОСМС. Казахстанская модель обязательного социального медицинского страхования имеет элементы модели Германии и своеобразные особенности. Принципы солидарности и самоуправления присутствуют и в казахстанской системе ОСМС. Следует отметить, в Казахстане пациенты с социально значимыми заболеваниями и

основными хроническими заболеваниями, острыми инфекционными и опасными заболеваниями получают медицинскую помощь в рамках ГОБМП, за счет бюджетных средств. Также взносы на медицинское обслуживание пенсионеров оплачивает государство, а это в свою очередь требует больших расходов из государственного бюджета. По сравнению с Германией у нас страховой пакет ОСМС включает реабилитационные услуги, стоматологические услуги для определенных категорий населения (пенсионерам, инвалидам, больным социально значимыми заболеваниями и др.), неотложную помощь и плановый уход за беременными женщинами и детьми в возрасте до 18 лет. Люди, состоящие на динамическом учете по определенным заболеваниям, получают лекарственные средства в рамках ГОБМП и ОСМС.

В целях мониторинга качества предоставляемых медицинских услуг хотела бы отметить важность общественного контроля и активного участия населения в страховой системе. В Германии развита управления фондами административными советами, в составе которых, представители работников и работодателей, которые оценивают систему медицинского страхования что не помешало бы принять и в нашей системе. По поводу тарифов Германии, в Казахстане все взносы и отчисления аккумулируются в некоммерческом акционерном обществе «Фонд социального медицинского страхования», который является стратегическим закупщиком медицинских услуг и распределяет средства между субъектами здравоохранения в соответствии с оказанными услугами. У нас не предлагают тарифы для людей с наибольшими доходами и наименьшим потреблением медицинских услуг. Задачами Федерального объединенного комитета Германии в нашей стране занимаются Фонд соцмедстрахования и его территориальные отделения, мониторируют назначения медицинских услуг согласно стандартам и протоколам диагностики и лечения.

В нашем случае ожидается, что эффективная работа Фонда соцмедстрахования по распределению и контролю за реализацией бюджетных средств и страховых отчислений, контролю за целевым назначением диагностических и лечебных процедур, защите прав граждан в получении медицинской помощи не позволит повторить ошибки модели США.

Касательно модели Сингапура, в Казахстане расходы на медицинскую помощь всем больным с социально-значимыми заболеваниями (сахарный диабет, рак, туберкулез, психические и поведенческие расстройства и т.д.), что являются одними из самых затратных групп заболеваний с дорогостоящим лечением покрываются за счет бюджетных средств, в то время как в Сингапуре хронические заболевания покрываются за счет сберегательных средств. Сингапурская модель имеет преимущество в том, что средства Medisave депонируются и с индивидуального счета владельца финансовые средства могут быть потрачены на оплату медицинских расходов членов семьи.

## Методы исследования

В рамках магистерского проекта были применены следующие методы исследования: теоретический анализ, эмпирический сравнительный метод, изучение материалов научных и периодических изданий, рассматривающих международный опыт развития систем здравоохранения, социальный опрос населения, синтез, документальное исследование результатов внедрения и реализации ОСМС в Казахстане.

При проведении исследования:

- изучалась научная литература, нормативно-правовые документы по проблеме исследования, формировалась концепция исследования выработкой цели и задачи, объекта и предмета магистерского проекта;

- анализировались теоретические и практические проблемы, изучался международный опыт моделей систем здравоохранения, выявлялись условия, которые могут улучшить и повысить эффективность ОСМС;

- было проведено обобщение эмпирической работы, сформулированы основные выводы по работе и рекомендации.

Как вышеперечислены, при написании магистерского проекта использовались теоретические методы (анализ и синтез) и методы эмпирического исследования (сравнение).

Теоретический метод анализ позволил изучить литературу, объект исследования, разделяя на свойства, характеристику и функции. С помощью метода анализа разделили предмет исследования на составные части и изучали законодательные, экономические и организационные вопросы системы здравоохранения. С помощью синтеза воссоединили знания, полученные в результате анализа, в единую систему обязательного социального медицинского страхования.

Также в магистерском проекта нами был использован эмпирический метод исследования - сравнение, который применяется для установления сходство сравниваемых объектов и различие друг от друга. Для сравнения за основу были взяты модели финансирования систем здравоохранения разных стран. На основе анализа лучших зарубежных практик по повышению доступности и качества медицинской помощи есть возможность применить положительный опыт других стран в системе здравоохранения Республики Казахстан. В этой связи был применен метод сравнение в рамках магистерского проекта.

Учитывая цель магистерского проекта - выявить преимущества и недостатки внедрения и реализации системы ОСМС в нашей стране и разработать рекомендации по совершенствованию доступности и качества медицинской помощи населению Республики Казахстан, проведены количественное и качественное методы исследования.

Внедрение ОСМС является новой реформой системы здравоохранения, где меняется система финансирования здравоохранения, законодательная база организации медицинской помощи, которые влияют на доступность и качество оказываемой медицинской помощи населению. Также каждого гражданина

страны волнует вопрос как будет распределяется его ежемесячные отчисления в системе социального медицинского страхования. В целях изучения удовлетворенности качеством и доступностью оказания медицинской помощи, прозрачностью распределения ежемесячных отчислений Фондом соцмедстрахования, информированности граждан о правах и обязательствах в системе ОСМС был проведен количественный метод исследования – опрос (анкетирование) населения (выборочная совокупность - из числа льготных категорий граждан (безработные, студенты и т.д.) и занятое население), который показал удовлетворенность граждан системой ОСМС и наиболее актуальные вопросы для населения.

Опрос был проведен с 8 февраля по 9 апреля 2021 года среди жителей 17 регионов. Количество респондентов – 1203 человека. Из респондентов 27,3% (328 человек) в возрасте 18-29 лет, 37,2 % (448 человек) в возрасте 30-45 лет, 33,9 % (408 человек) в возрасте 45-63 года, 1,6 % (19 человек) в возрасте 64 года и старше. 72,5 % респондентов (872 человек) женщины, 27,5 % (331 человек) мужчины.

Согласно статуса в системе обязательного социального медицинского страхования структура респондентов (1203 человека) представлены следующим образом (Рис.2):

- 82,8% работающие граждане (996 человек),
- 2,7% индивидуальные предприниматели и лица, занимающиеся частной практикой (33 человека),
- 0,8% самостоятельные плательщики (10 человек),
- 1,4% физические лица, получающие доходы по договорам гражданско-правового характера (17 человек),
- 12,2% льготные категории лиц за которых взносы оплачивает государство (147 человек).

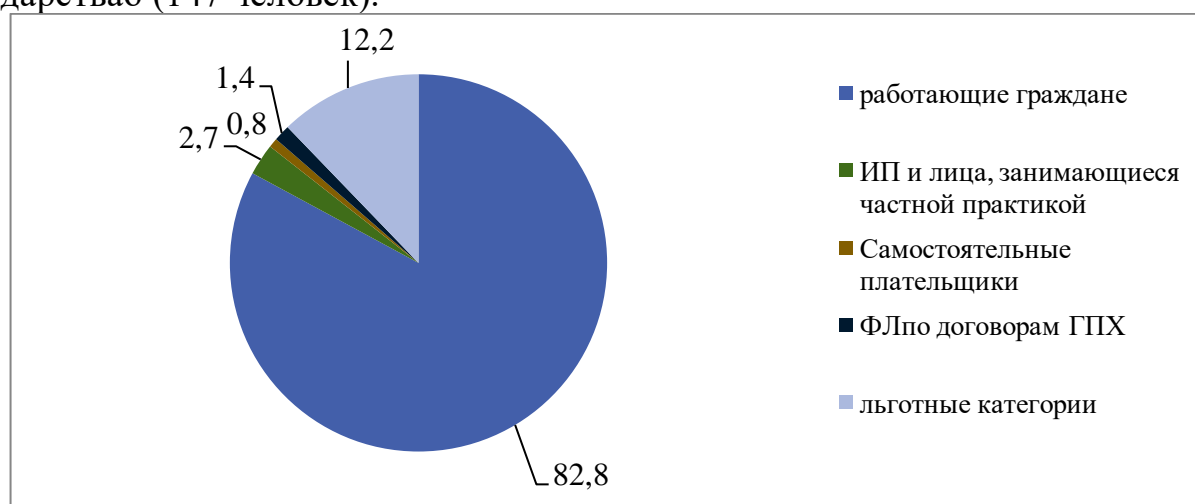


Рис. 2 - Структура респондентов согласно статуса в системе обязательного социального медицинского страхования, %.

Составлен автором на основе результатов социологического опроса



Опрос проведен через онлайн-анкетирования посредством платформы google-форма, где есть возможность охватить большое количество людей, получение обратной связи от респондентов за короткое время, оперативность рассылки опроса и удобность интерфейса для интерпретации данных опроса.

Но при этом при проведении опроса выявились некоторые затруднения, такие как невнимательность респондентов, а также сложность и затратность времени для анализа ответов открытых вопросов, где респонденты писали свое мнение.

Вместе с тем, в рамках магистерского проекта проведен качественный метод исследования, в частности документальное исследование. В магистерском проекте изучены отчеты, аналитические справки, статистические данные Правительства /Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Фонда социального медицинского страхования, исследования и рейтинги международных организаций по вопросам здравоохранения (ОЭСР, ВОЗ, БЛУМБЕРГ и т.д.).

Методы исследования базировались на изучении теоретической информации отечественных, российских и зарубежных авторов, официальных документов уполномоченного органа в области здравоохранения. Вместе с тем использование разных методов исследования позволили углубиться в анализ систем медицинского страхования, найти проблемные зоны, и выработать рекомендации, которые будут основой совершенствования доступности и качества медицинской помощи.

## Анализ и результаты исследования

### 1 Вопросы реализации обязательного социального медицинского страхования в Казахстане

Работа по внедрению системы обязательного социального медицинского страхования проведена в рамках Плана Нации – 100 конкретных шагов в целях усиления финансовой устойчивости системы здравоохранения на основе принципа солидарной ответственности государства, работодателей и граждан [31].

В стране принят **Закон «Об обязательном социальном медицинском страховании»** и нормативно-правовые акты, регламентирующие организацию медицинской помощи для лиц, за которых осуществлялась уплата отчислений и взносов, освобожденных от уплаты взносов и льготных категории лиц, за которых взносы уплачиваются государством [31]. Разработана **трехуровневая система** медицинского обеспечения населения. Первый уровень обеспечивает предоставление ГОБМП за счет государственного бюджета для всех граждан РК, кандасам, беженцам, иностранцам и лицам без гражданства, постоянно проживающим на территории Республики Казахстан. Второй уровень - пакет ОСМС для застрахованного населения. Третий уровень - это медицинские услуги, включенные в пакеты ГОБМП, ОСМС и дополнительные программы. Они предоставляются платно или за счет добровольного медицинского страхования. Население вместе с ГОБМП и ОСМС также имеет право на платные медицинские услуги и на добровольное медицинское страхование. [33], [34].

В соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 1 июля 2016 года № 389 «О создании фонда социального медицинского страхования» **создан Фонд социального медицинского страхования**, который имеет особый статус стратегического закупщика медицинской помощи населению страны и выполняет функции финансового оператора средств ОСМС и средств, выделенных из республиканского бюджета в виде трансфертов на оплату услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) [35].

В рамках подготовки запуска системы ОСМС в целях повышения информированности граждан проводилась информационно-разъяснительная работа с разъяснением системы ОСМС, новшеств законодательства в здравоохранении, а также встречи с населением. В 2019 году в СМИ, теле и радиоканалах, на брифингах проведена 27 тыс. мероприятий информационно-разъяснительного характера, свыше 184 тыс. встреч с населением, в социальных сетях Фондом и филиалами совместно с медицинскими организациями размещено свыше 57 тыс. постов. Работал сайт Фонда соцмедстрахования с разъяснительными материалами и круглосуточный контакт-центром «1406». Проведено каскадное обучение более 205 тыс. медицинских работников новым бизнес-процессам по работе в системе ОСМС.

Проведен анализ характера 30,3 тыс. обращений населения для повышения эффективности проводимой информационно-разъяснительной работы [36].

Внедрение ОСМС дал толчок изменению системы в части подготовки информационных систем национального уровня и медицинских информационных систем в клиниках, развитию механизмов финансирования, совершенствованию процессов планирования и закупа медуслуг, повышению заработной платы медицинских работников и другое.

По итогам 2020 года отмечается повышение доступности оказания медицинской помощи по новой модели ГОБМП и системы ОСМС (таблица 2.) , в частности посещения в организации ПМСП повысились на 97 % и составили 61 356 3986, в то время как в 2019 году в рамках ГОБМП составляли - 31 071 302 посещения.

В 2020 году оказано 159 475 958 единиц консультативно-диагностических услуг, что больше на 182,5 % по сравнению с 2019 годом (56 457 464 ед.)

Обслуживание больных в приемных отделениях стационаров повысилось на 7,2% и составили 5 501 176 человек, в то время как в 2019 году составляли 5 132 718 человек. Повысилось лечение в круглосуточных стационарах на 1,6% и в 2020 году пролечено 2 838 430 больных (в 2019 году - 2 795 015 больных). Также отмечается рост по оказанию медицинской реабилитации на 7,6% (в 2019 году - 123 425 чел., в 2020 году - 132 817 чел.) и паллиативной помощи на 1,2 % (в 2019 году - 13 621 чел., в 2020 году - 13 787 чел.).

Лекарственное обеспечение возросло на 18,9% и в 2020 году в рамках ГОБМП и ОСМС 3 390 120 человек были обеспечены лекарствами (в 2019 году - 2 852 399 человек).

По итогам 2020 года отмечается также снижение оказания некоторых видов медицинской помощи, в частности вызова скорой помощи 4 категории срочности снизились на 1,3%. В 2020 году обслужено 2 420 549 вызовов скорой помощи 4 категории срочности, в аналогичный период 2019 года были 2 453 253 вызовов.

Лечение больных в дневных стационарах также снизились на 11,7 %. В отчетным периоде 1 126 844 больных пролечены в дневных стационарах, в то время как в 2019 году количество больных составляли 1 276 478 [37].

Таблица 2. Показатели по оказанию медицинской помощи по новой модели ГОБМП и системы ОСМС за 2019-2020 годы.

Виды услуг	За 2019 год	За 2020 год	% роста
	ГОБМП	ГОБМП + ОСМС	
Посещения в организации ПМСП	31 071 302	61 356 398	97
Вызовы скорой помощи 4 категории срочности	2 453 253	2 420 549	-1,3
Консультативно-диагностические услуги, единиц	56 457 464	159 475 958	182,5
Пролечено больных в дневных стационарах	1 276 478	1 126 844	-11,7

Обслужено больных в приемных отделениях стационаров, чел	5 132 718	5 501 176	7,2
Пролечено больных в круглосуточных стационарах	2 795 015	2 838 430	1,6
Проведена медицинская реабилитация, чел	123 425	132 817	7,6
Оказана паллиативная помощь, чел	13 621	13 787	1,2
Обеспечено лекарствами, чел	2 852 399	3 390 120	18,9

Составлена автором на основе источника [38].

Вместе с тем, в рамках проведенного опроса среди населения 54,3% ответов о том, что ощутили изменения в системе здравоохранения такие как возможность выбирать медицинские организации для прикрепления, проходить дорогостоящие диагностические услуги, получать медуслуги в частных клиниках по направлению, уменьшение срока ожидания клинично-диагностических услуг, увеличение количество медицинских организаций, оказывающих реабилитацию, повышение доступности паллиативной помощи, расширение перечня бесплатных лекарственных средств. Вместе с тем 43,1% ответов о том, что не ощутили изменения, 2,6% ответов о невозможности ответить так как не посещали медорганизации (Рис.3).

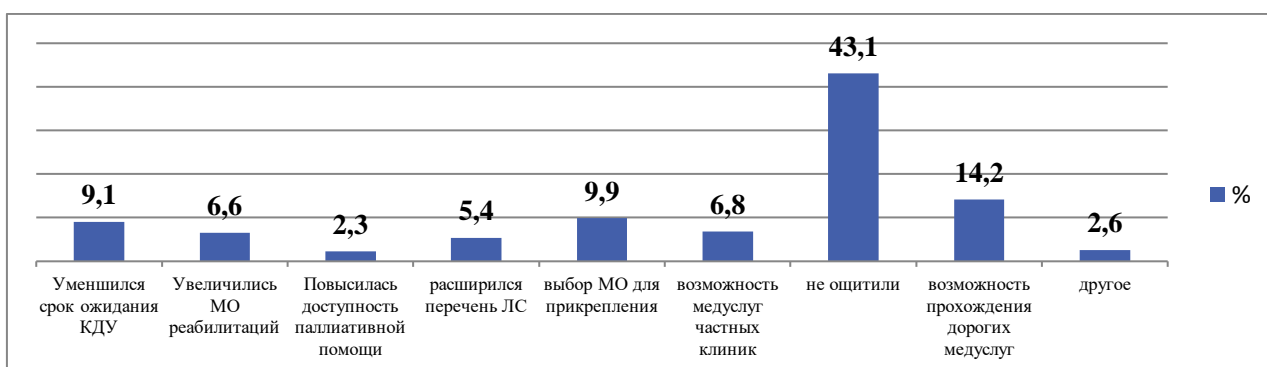


Рис.3 - Ответы респондентов касательно изменений в системе здравоохранения после внедрения ОСМС, %.

Составлено автором на основе результата социологического опроса

Также половина респондентов (50,1%) считают реформу по внедрению ОСМС как социальную защиту населения и экономической эффективной, так как на сегодняшний день стоимость только приема врача в среднем составляет 3-5 тыс. тенге, а в рамках ОСМС за такую сумму в месяц можно получить весь пакет медицинских услуг. Вместе с тем 21,9 % респондентов не согласны с этим утверждением и 28,0% респондентов затруднились ответить.

Несмотря на проводимые работы по итогам 2020 года участниками системы ОСМС являются 92,4 % населения (17 424 525 человек) **доля застрахованного населения составила 84,0%** (15 845 537 человек), соответственно 3 007 265 человек не застрахованы в системе ОСМС. Наибольшая численность незастрахованных лиц отмечался в Алматинской

(469758 чел.), Туркестанской (453255 чел.) областях и в г.Алматы (357426 чел.) [38].

Аналогичная ситуация и отмечается по результатам социологического исследования. Согласно опроса 95,3% (1146 человек) респондентов застрахованы в системе ОСМС и 4,7 % (57 человек) не застрахованы (Рис.4).

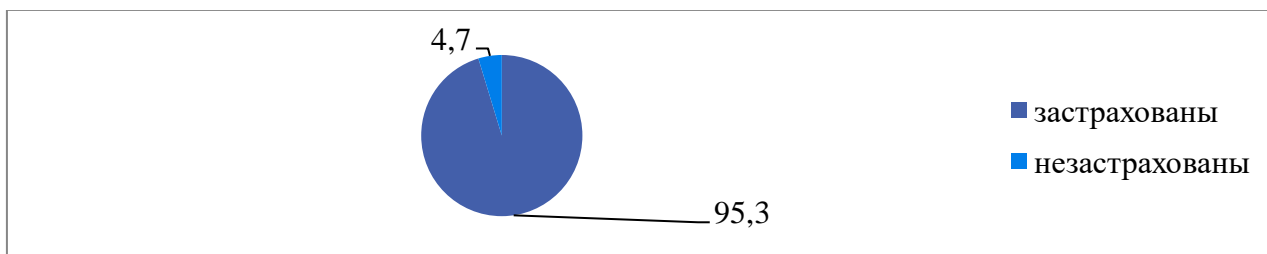


Рис.4 - Застрахованность респондентов в системе ОСМС, %.  
Составлен автором на основе результатов социологического опроса

57 незастрахованных респондентов по регионам расположились так: г.Нур-Султан - 21, г.Алматы - 6, Костанайская область - 6, Жамбылская - 6, Акмолинская - 5, Алматинская - 4, ВКО - 4, Карагандинская - 2, Мангистауская - 1, ЗКО - 1, г.Шымкент - 1. Основные причины незастрахованности: малоинформированы об ОСМС, неформально работают, нет необходимости и не обращались за медицинской помощью, в связи с беременностью и декретным отпуском, безработный, не успели застраховаться, не нравится ОСМС и предпочитают платную клинику.

Из опрошенных только 68,2 % респондентов знают свои права и обязанности для получения медицинской помощи в системе ОСМС. 15,5% респондентов не знают права и обязанности в системе ОСМС, 16,4% затруднились ответить (Рис.5). Доступность медицинской помощи ведь начинается со знания прав и обязанностей в получении медицинской помощи.

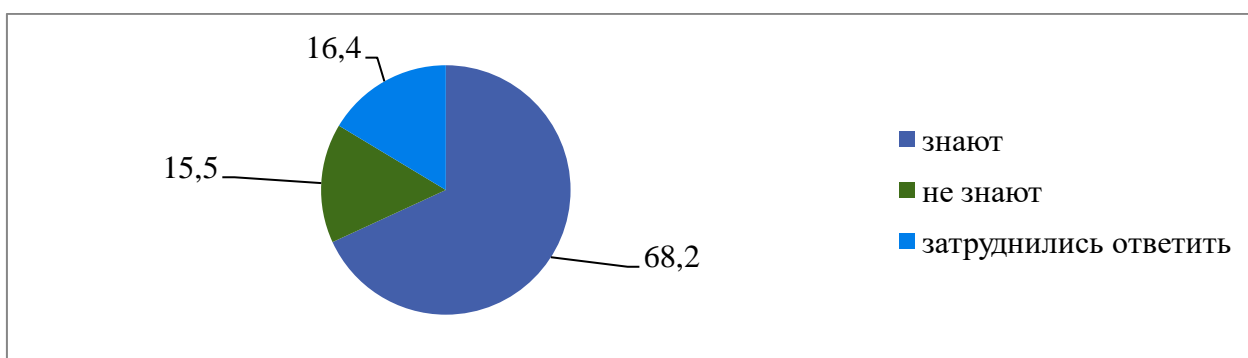


Рис.5 - Знание прав и обязанностей респондентов в системе ОСМС, %.  
Составлен автором на основе результатов социологического опроса

Рассмотрев показатели ОСМС, можно увидеть такие проблемы как незавершение актуализации самозанятого населения и выведения их из тени,

количество выпадающих работников и неприкрепление к организациям ПМСП (таблица 3.).

Таблица 3. Показатели ОСМС на май 2020 года.

Регион	Не актуализированное население, чел	Число выпадающих работников, тыс. чел.	Число неприкрепленных к ПМСП, чел.
Акмолинская	7719	28 854	1 794
Актюбинская	2516	26 803	8 623
Алматинская	10867	39 455	7 101
Атырауская	5302	28 672	8 607
ВКО	11928	42 369	27 032
Жамбылская	3531	20 020	1 081
ЗКО	5090	20 484	11 598
Карагандинская	13695	37 611	18 039
Костанайская	11137	30 985	19 177
Кызылординская	5354	17 414	8 296
Мангистауская	2834	17 349	282
Павлодарская	6824	24 797	587
СКО	9814	19 471	10 215
Туркестанская	10148	21 229	4 376
г. Алматы	17296	119 103	61 163
г. Нур-Султан	12363	60 430	19 423
г. Шымкент	8413	26 402	5 350
<b>ИТОГО</b>	<b>144831</b>	<b>612 556</b>	<b>212 744</b>

Составлена автором на основе источника [39].

У 144 831 человека не идентифицированы статусы. В разрезе регионов наибольшая численность неактуализированных самозанятых лиц сохраняется в г. Нур-Султан (12363 чел.) и Алматы (17296 чел.), Карагандинской (13695 чел.) и Восточно-Казахстанской областях (11928 чел.).

Вследствие нерегулярных платежей имеются риски «выпадения» из системы ОСМС 612 556 наёмных работников. В разрезе регионов наибольшая доля наемных работников с риском «выпадения» из системы ОСМС наблюдается в Алматинской (39 455 чел.) и Восточно-Казахстанской областях (42 369 чел.), городах Алматы (119 103 чел.) и Нур-Султан (60 430 чел.). То есть работающее население занятые в неформальном секторе, может затруднить планы правительства по повышению роли социального медицинского страхования, поскольку страховка финансируется за счет отчислений из фонда заработной платы и взносов работников.

Требуется необходимость усиленного межсекторального взаимодействия по обмену информацией между государственными органами и интеграция информационных систем, а также активное участие медицинских работников в подворовом обходе в целях повышения участия населения в системе ОСМС.

Первичная медико-санитарная помощь (далее – ПМСП) имеет важную роль в координации получения гражданами медицинской помощи в рамках

Г ОБМП и в системе ОСМС. Соответственно, важность прикрепления каждого гражданина к участковому врачу определяет доступность медицинской помощи. Однако на 1 мая 2020 года в стране 212 744 человек не прикреплены и остаются за пределами внимания ПМСП. Наибольшее количество неприкрепленных зарегистрировано в ВКО (27 032), Костанайской (19 177) областях, г.Нур-Султан (19 423) и Алматы (61 163) [39]. Согласно данным экспертов ОЭСР в Казахстане охват услугами ПМСП номинально гарантирован, на практике эффективно организованный доступ к ним не обеспечен. Общее количество обращений за ПМСП предполагает, что уровень доступа к данным услугам является вполне приемлемым, но он все же остается неравномерным, так как 212 744 человек вообще не зарегистрированы ни у одного из поставщиков первичной медико-санитарной помощи, несмотря на то, что по итогам 2020 года число обращений за ПМСП увеличилось на 97%.

Но, помимо прикрепления в оказании медицинской помощи для населения есть проблемы **организационного характера**, которые решаются годами, такие как технические проблемы в медицинских информационных системах (прикреплен не своем регионе, частые сбои), необученность специалистов к информационным технологиям, задержка в поставке лекарственных средств, отсутствие записей к профильным специалистам, отсутствие договора соисполнения с другой медорганизацией и т.п. У работающих граждан, ежемесячно исправно отчисляющие взносы в систему ОСМС, появляются возмущения когда из-за организационных проблем медицинских учреждений им приходится откладывать прием или обращаться в платную клинику.

В течение 2020 года Фондом социального медстрахования принято и обработано порядка 720 тысяч обращений, 95% из них консультации по участию в системе ОСМС, правам на медицинскую помощь, по коронавирусу. Поступило 8 тысяч жалоб в адрес медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в рамках Г ОБМП и в системе ОСМС. Чаще всего жалобы на недоступность консультативно-диагностических услуг (дефицит кадров, отсутствие необходимого медицинского оборудования, длительность ожидания медицинской помощи, невыдача направления), этика и некомпетентность медицинских кадров, отказ в госпитализации, направление на платные услуги, качество оказания медицинской помощи и т.д.[40].

Аналогичная ситуация отмечается и в результатах социологического опроса. Ответы респондентов на вопрос «С какими проблемами чаще всего сталкиваетесь при обращении за медицинской помощью?» расположились следующим образом: длительностью ожидания - 15,3%, дефицит кадров – 15,1%, отсутствие записи к узким специалистам - 13,3%, частые сбои в информационных системах -10,6%, качество медицинской помощи -10,6% и так далее. Лишь только 15,0% ответов с вариантом что не было никаких проблем. Также 1,0% ответов содержат такие проблемы как требование оплаты даже в случае оформления квоты, назначение лечения по интернету, назначение множество лекарств, отсутствие лекарственных средств, которые выдаются

бесплатно, слабый менеджмент в части организации записей к врачам и на диагностические услуги, в том числе через приложение Damimed (Рис.6).

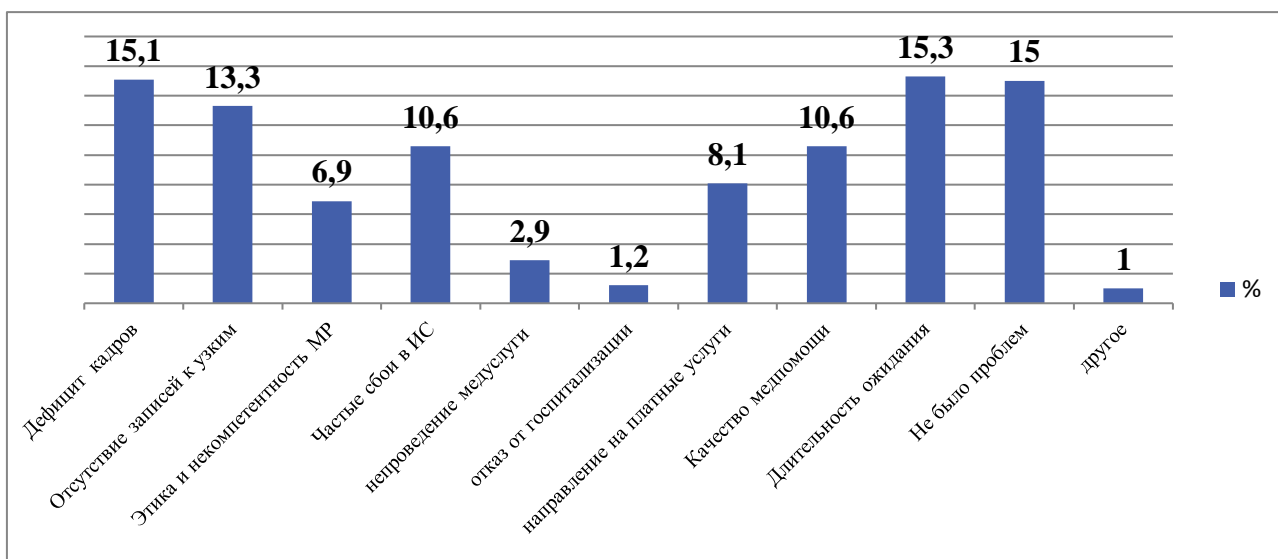


Рис.6 - Ответы респондентов по проблемам при обращении за медицинской помощью, %.

Составлен автором на основе результатов социологического опроса

Согласно проведенного опроса в случае возникновения жалоб и проблем при получении медицинской помощи респонденты для решения вопроса чаще всего (55,9%) обращаются медицинским работникам и решают на месте, 13,3% ответов принадлежат варианту обращение к главному врачу медицинской организации, 10,7 % ответов - обращение в Службу поддержки пациентов и внутреннего контроля, 6,8% ответов- Колл-центр Фонда, 4,3% ответов о решении проблем через приложение «Qoldau24/7», 3,9% ответов - сайты, официальные страницы в соцсетях Управления здравоохранения региона, 5,1% ответов о том, что решают проблемы через сайт, блог, официальные страницы в соцсетях Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Рис.7).

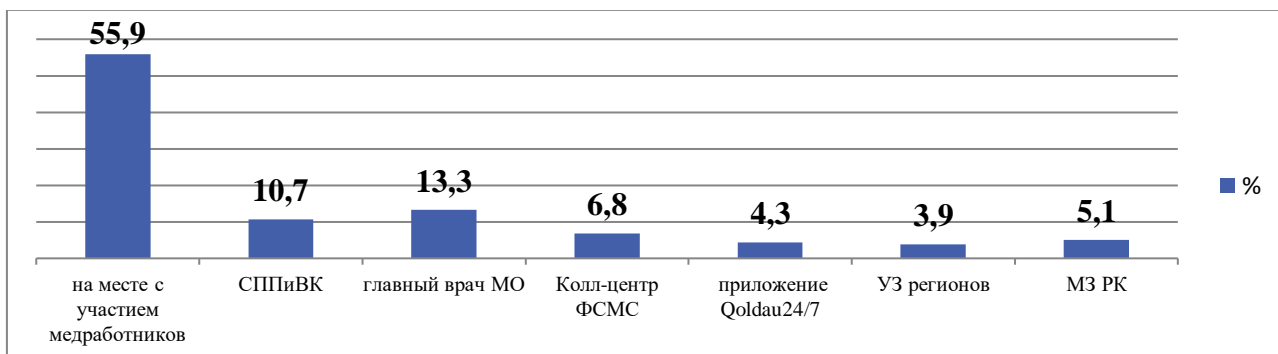


Рис.7 - Ответы респондентов по инстанциям обращения для решения жалоб и проблем, %.

Составлен автором на основе результатов социологического опроса



В здравоохранении также одной из актуальных проблем является **дефицит медицинских кадров**, которые также сопровождаются жалобами граждан.

В 2020 году в системе здравоохранения Казахстана работали более 253 тысяч медицинских работников, из них 74046 врачей, 179 837 средних медицинских работников. Обеспеченность врачами в Казахстане составляет 39,7 на 10 тысяч населения, в то время как в странах ОЭСР – 33, обеспеченность средним медицинским персоналом в Казахстане – 96,5 на 10 тысяч населения, в ОЭСР – 91. Несмотря на то, что показатель обеспеченности медицинскими работниками лучше чем в странах ОЭСР, в стране имеется дисбаланс в обеспечении медицинскими кадрами между городским и сельским здравоохранением. В городе работает 56,3 врачей на 10 тыс. населения, в то время как в сельской местности данный показатель составляет 16,5. 61310 врачей (82,8% всех врачей) работают в городской местности, а в сельской местности 12736 врачей (17,2%), что затрудняет доступность медицинской помощи сельскому населению [41].

Также, в 2020 году дефицит кадров по республике составляет 4244 штатных единиц. Наиболее нуждающиеся в медицинских кадрах Акмолинская область (391 штатных единиц), ЗКО (372 штатных единиц) и Карагандинская область (355 штатных единиц) (Рис.8) [39].

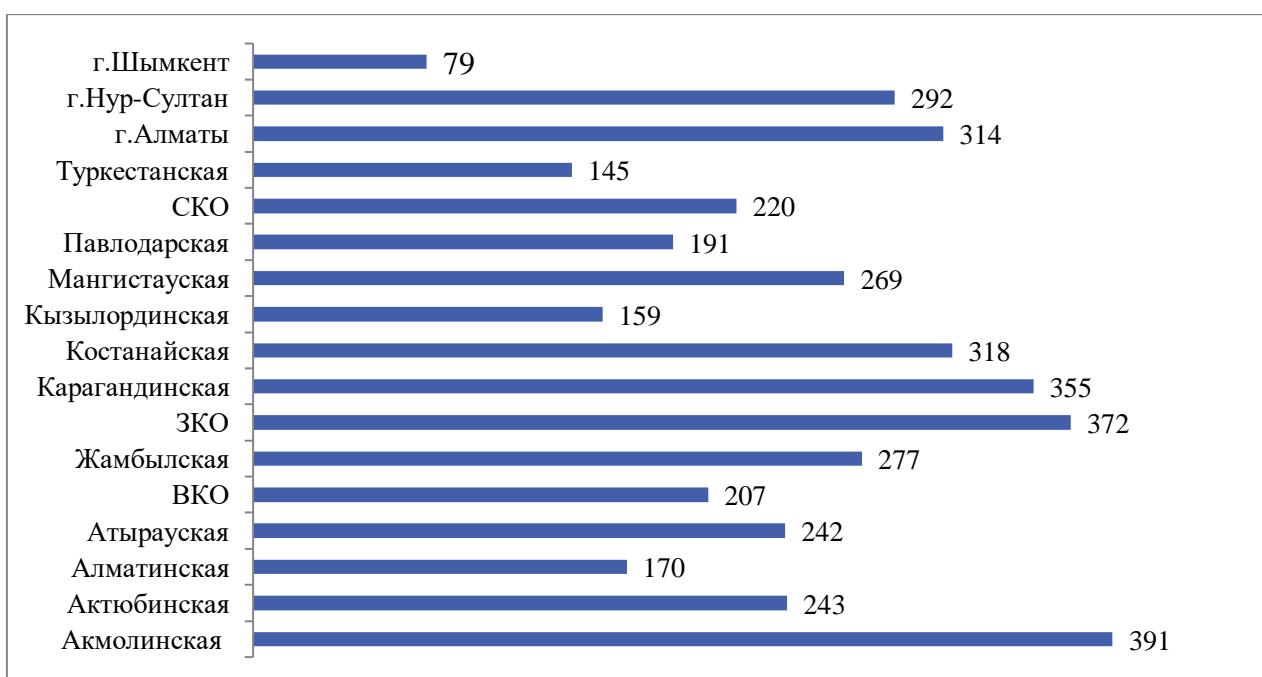


Рис.8 - Дефицит медицинских кадров в разрезе регионов Казахстана, штатных единиц.

Составлен автором на основе источника [39].

Несмотря на увеличение финансовых средств в системе, на сегодняшний день картина не изменилась, медицинскую помощь оказывают те же врачи которые работали до ОСМС. Однако проведена работа по повышению заработной платы медицинских работников. С января 2020 года повышена

заработная плата врачей на 30%, среднего медицинского персонала на 20%, что сопровождалось повышением тарифов на все виды оказания медицинской помощи.

На сегодняшний день средняя заработная плата врача повысилась до 258,7 тыс.тенге [42] по сравнению с 2016 годом (130,9 тыс. тенге) [43], а среднемесячная заработная плата среднего медицинского персонала до 161,2 тыс.тенге [42] по сравнению с аналогичным периодом (90,4 тыс тенге) (Рис.9) [43].

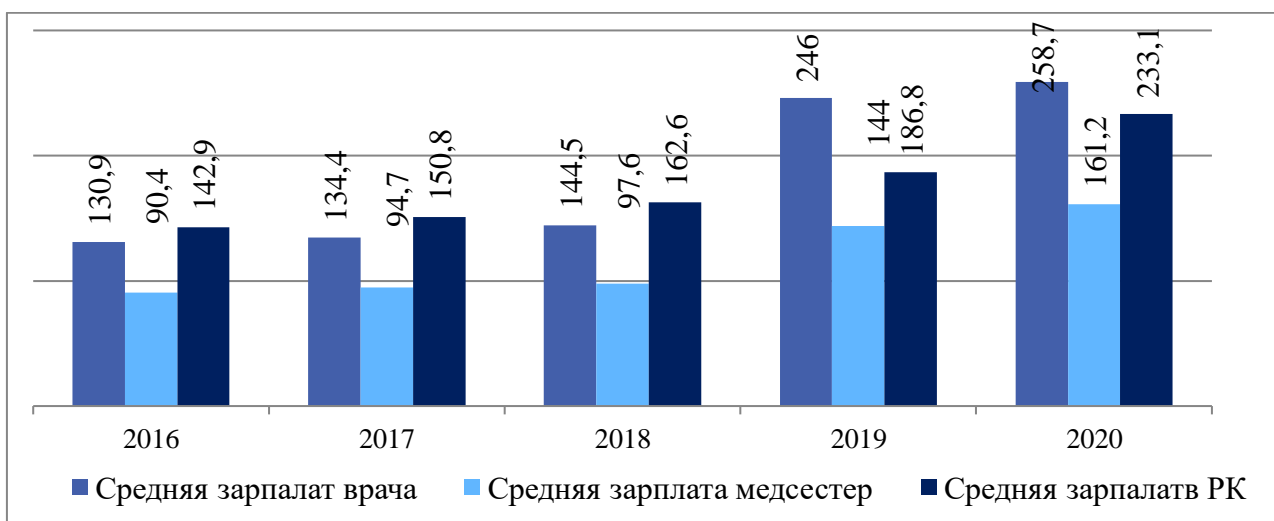


Рис.9 - Средняя заработная плата медицинских работников и средняя номинальная заработная плата в Казахстане, в тыс. тенге.

Составлен автором на основе источников [42,43,45].

В рамках реализации новых социальных мер Елбасы «Әлеуметтік қамқорлық» еще в 2019 были приняты конкретные меры по повышению заработной платы медицинских работников. Также в 2019 году государственные медицинские организации были переведены в форму предприятия на праве хозяйственного ведения, что дает организациям возможность дополнительно повышать заработную плату на основе положения об оплате труда организации. Систему оплаты труда, штатное расписание определяет главный врач медицинской организаций. В этой связи необходимо чтобы профсоюзные организации и медицинские организации контролировали процесс повышения заработной платы.

В рамках внедрения ОСМС ожидается ежегодное повышение заработной платы медицинским работникам. В 2023 году соотношение средней заработной платы врача к средней заработной плате в экономике будет доведено до уровня 1,8:1. В 2025 году для средних медицинских работников это соотношение будет увеличено до 0,8:1, а средняя заработная плата врача в Казахстане составит больше 550 тыс. тенге [1].

Ожидается усиление мер социальной поддержки для медицинских работников, особенно молодым специалистам, в том числе в сельской

местности в регионах.

В рамках нового Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» медицинским работникам предусмотрены гарантии такие как создание в установленном законодательством порядке условий для выполнения трудовых обязанностей, в том числе обеспечения необходимыми медицинскими изделиями, повышение и изменение профессиональной квалификации за счет бюджетных средств и средств работодателя, предусмотренных законодательством на эти цели; оплата труда и стимулирование труда, соответствующие уровню квалификации; страхование профессиональной ответственности.

Следует отметить мы не уделяли должного внимания кадрам, повышению квалификации кадров и развитию современных технологий в медицине. По оценкам экспертов ОЭСР, в Казахстане доступ к системе предоставления медицинских услуг затрудняется вследствие ограниченности имеющихся медицинских кадров и современного оборудования, особенно в регионах и сельской местности. В Казахстане нехватка медицинского персонала в сельских районах, плохо развитая транспортная сеть, и большая длительность поездок в медицинские учреждения также, по всей вероятности, осложняют доступ к медицинским услугам во всех удаленных районах страны [44].

В 2020 году средняя зарплата врача составляла 258 708 тенге, среднего медицинского персонала 161 281 тенге. Однако следует отметить это средняя, а не срединная. Это не самая частая зарплата. Самая частая заработная плата ниже этого уровня, так как для надбавки учитывается стаж и категория специалиста. Также меры по повышению заработной платы еще не привлекательно для врачей, так как на 4 квартал 2020 года среднемесячная заработная плата по республике составляла 233 136 тенге [45]. В Казахстане соотношение средней заработной платы врача к средней зарплате в экономике в 2020 году составило 1,1:1, тогда как в странах ОЭСР это соотношение 2,6:1.

Соответственно, дефицит кадров, мотивация и стимулирование медицинских кадров тоже один из актуальных вопросов в повышении доступности и качества медицинской помощи.

Также, на 1 января 2020 года по результатам прохождения независимой оценки знаний по вопросам ОСМС процент явки медработников составил 61%, качество знаний в среднем 59%. Низкий уровень качества знаний отмечен в Атырауской -52,4%, Акмолинской - 54,2%, СКО -54,3% и г. Нур-Султан - 58,5%. Низкий уровень явки отмечен в Акмолинской области -3%, Атырауской области - 22%, СКО- 32% [39]. Следует отметить, ведь качества знаний медицинских работников по вопросам ОСМС напрямую влияет на организацию и доступность медицинской помощи в системе медицинского страхования. Если медицинские работники не знают НПА, регламентирующие организацию медицинской помощи, перечень положенных диагностических и лечебных услуг, бесплатных лекарственных средств в системе ОСМС, необходимость направления к другим узким специалистам по договору соисполнения в случае отсутствия возможности оказания медицинской помощи в данной медицинской

организации, они не информирует пациента об этих возможностях и так незаметно могут ограничить права пациента на доступную медицинскую помощь. Соответственно качество знания медицинских работников и информированность населения о правах в системе ОСМС играет важную роль в повышении доступности медицинской помощи.

Учитывая результаты социологического опроса, что пациенты чаще всего предпочитают решать проблемы не выходя из медицинской организации (79,9% решают на месте с участием медицинских работников, главного врача и специалистов СПиВК) качество знаний медицинских работников и оперативное решение организационных вопросов играет важную роль в оказании доступной и качественной медицинской помощи.

Вместе с тем согласно оценкам экспертов ОЭСР неформальные выплаты – также очень частое явление в Казахстане. Также эксперты Transparency Kazakhstan при содействии Программы развития ООН в Казахстане провели исследования «Мониторинг состояния коррупции в Казахстане за 2020 год». Были опрошены 9 000 респондентов из разных городов, областных и районных центров и изучены 1 347 обращений, поступивших на портал «Открытый диалог». По результатам исследования поликлиники и больницы обозначены в списке наиболее коррумпированных госучреждений, где основными поводами выступали необходимость граждан получить лечение или направление на лечение (12,7%). Две трети опрошенных сообщили, если работник какой-либо организации желает получить взятку, то он будет проявлять волокиту и превышать полномочия [46]. В этой связи очень важно повышение уровня качества знания медицинских работников по вопросам ОСМС, организованность и оперативность медицинских работников в обеспечении медицинской помощью населения.

## **2 Анализ структуры расходов на здравоохранение в республике**

Согласно Национальным счетам здравоохранения доля общих расходов на здравоохранение в Казахстане составляли около 3,0% от уровня ВВП (в 2015 году – 3,6%, 2016 году – 3,8% ВВП, 2017 году – 3,3% ВВП, 2018 году – 3,8% ВВП, 2019 году -3,0% ВВП), что существенно ниже (почти 3 раза) среднего показателя среди стран ОЭСР (8,8% ВВП) и минимального уровня, рекомендуемого Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) (6 - 8% ВВП при бюджетном финансировании в развитых государствах и не менее 5% ВВП в развивающихся странах) (Рис. 10)[47].



Рис.10 - Уровень ВВП и общих расходов на здравоохранение в Казахстане за 2015-2019 годы, млрд. тенге  
Составлен автором на основе источника [47].

Также значительно отличаются подушевые расходы на здравоохранение. В 2019 году уровень подушевых текущих расходов в Казахстане составил оценочно 737,6 долларов США по паритету покупательной способности (ППС) (в 2018 году - 861,9 долларов США по ППС), что более чем в 4 раза ниже среднего уровня подушевых расходов в странах ОЭСР (в 2018 году - 3 992,3 долларов США по ППС).

Из-за недостаточного финансирования здравоохранения в Казахстане сохраняется **высокий уровень частных расходов** населения на получение медицинской помощи. В структуре общих расходов доля частных расходов составляет около **35%** (в среднем по странам ОЭСР - 27,5%) (Рис.11).



Рис.11 - Общие и частные расходы на здравоохранение в Казахстане за 2015-2019 годы, в млрд. тенге.  
Составлен автором на основе источников [47-48].

По оценкам ВОЗ система здравоохранения считается устойчивой, если доля частных расходов в общих расходах на здравоохранение составляет не более 20% [48]. Превышение этого показателя повышает риск для населения, связанные с бедностью и болезнями, которые приводят к ухудшению здоровья

и демографических показателей.

В этой связи ожидается, что внедрение ОСМС увеличит финансирование здравоохранения и снизит карманные расходы населения. С учетом ОСМС финансирования здравоохранения к 2024 году будет доведена до 5% от ВВП. К 2025 году доля частных расходов на здравоохранение от общих расходов на здравоохранение сократится до 26,9% [1].

Данная ситуация отмечается в результатах социологического опроса. Большинство респондентов (66,7%) до 30% годового дохода направляет на медицинские услуги, и лишь только 21,1% респондентов не проходят платные медицинские услуги, так как медицинская обеспеченность реализуется в рамках ГОБМП и ОСМС (Рис.12).

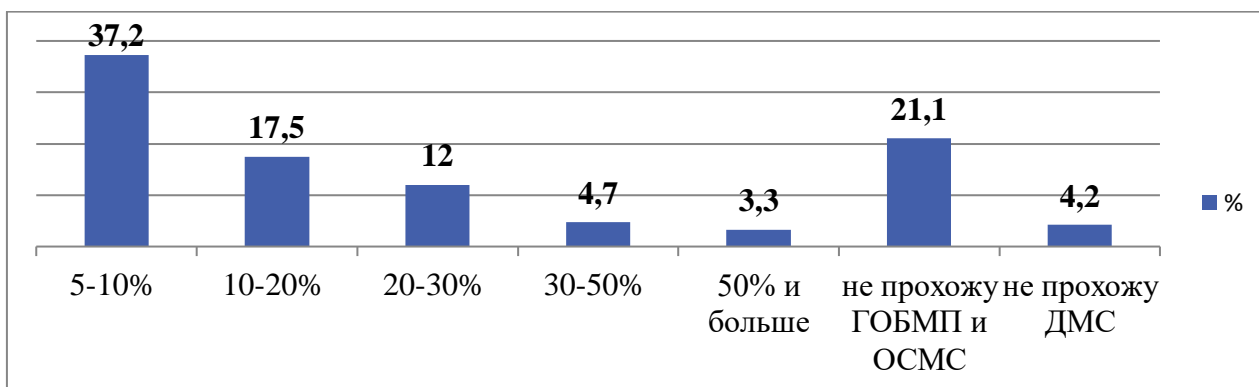


Рис.12 - Доля респондентов согласно определенной доле частных годовых расходов на медицинские услуги, %.

Составлен автором на основе результатов социологического опроса

Причины прохождения медицинских услуг на платной основе: 20,0% длительность ожидания, 19,7 % отсутствие необходимого врача в прикрепленной медорганизации, 13,9 % отсутствие медицинского оборудования, реагентов для лабораторно-диагностических исследований, 13,7% качество медицинских услуг, 5,4% невыдача направления необходимому специалисту и исследованию, 4,8% не заключение договора соисполнения с другой организацией, 4,6 % бесплатная медицина и бесплатные лекарственные средства низкоэффективные, 3,8% грубость и некомпетентность медицинского персонала, 1,7% ответов такие как удобство, для углубленного обследования, прохождение стоматологических услуг, отсутствие медицинской страховки и покупка лекарства.

С внедрением ОСМС одним из актуальных вопросов стала **прозрачность бюджета здравоохранения**, ведь теперь финансирование системы здравоохранения пополняется не только бюджетом общего налогообложения, но и дополнительными взносами и отчислениями в Фонд соцмедстрахования активно работающего населения. Ведь Фонд производит аккумуляцию отчислений и взносов, осуществляет закуп и оплату медицинских услуг у

субъектов здравоохранения. Источниками финансирования деятельности Фонда являются средства выделенные из республиканского бюджета и средства за счет комиссионного вознаграждения, получаемого от поступивших средств активов Фонда. С момента создания Фонда (с 2016 года по 2019 годы) расходы на реализацию деятельности (*производственные, общие и административные расходы, расходы по подоходному налогу и и прочие расходы*) составили 12 668 692 тыс. тенге (в 2016 году -5434 тыс. тенге, в 2017 году – 121 6790 тыс. тенге, в 2018 году – 4 732 287 тыс.тенге, в 2019 году – 6714181 тыс. тенге) [49]. В этой связи для повышения доверия граждан к деятельности Фонда важно обеспечить прозрачность деятельности по распределению финансовых средств.

Согласно Закона «Об обязательном социальном медицинском страховании» отчисления работодателей составляют с 1 июля 2017 года -1%, с 1 января 2018 года -1,5%, с 1 января 2020 года - 2%, с 1 января 2022 года -3% от объекта исчисления- расходы работодателя, выплачиваемые работнику. Взносы с 1 января 2020 года -1%, с 1 января 2021 года – 2 % от объекта исчисления взносов – доходы работников, в том числе государственных и гражданских служащих, также физических лиц, получающих доходы по договорам гражданско-правового характера. Объектом исчисления взносов лиц, занимающихся частной практикой и индивидуальных предпринимателей является 1,4-кратный минимальный размер заработной платы, установленный на соответствующий финансовый год законом о республиканском бюджете [32].

В 2020 году на оказание медицинской помощи (ГОБМП и взносы государства за льготное категорий граждан) выделено 1 410 795 423 тыс. тенге, что составляет 84,8% из уточненного бюджета здравоохранения 1 662 991 044,7тыс. тенге [50]. Вместе с тем для оказания медицинской помощи дополнительно направляются взносы и отчисления активно работающих граждан аккумулированные в Фонде социального медицинского страхования.

На сайте Министерства здравоохранения РК и Фонда есть бюджетные отчеты, но нет детальной информации для населения по планированию, мониторингу и исполнению бюджета здравоохранения, распределению аккумулированных средств в Фонде. Отчет о реализации бюджета представляется без аналитики (на сколько увеличен бюджет по сравнению с прошлым годом и как повлияло увеличение бюджета), детализации бюджетных программ (какая сумма на что потрачено, по видам и формам медицинской помощи в разрезе регионов), пояснительной записки, раскрывающей решения, заложенные в проекте бюджета и бюджетных программах.

Чтобы повысить доверия граждан к государственным органам необходимо обеспечить прозрачность бюджета и распределение активов Фонд.

С момента старта системы ОСМС (отчисления и взносы на ОСМС начались с 1 июля 2017 года) общая сумма поступлений от работодателей и индивидуальных предпринимателей в систему ОСМС на 31 декабря 2019 года

составили 246,9 млрд. тенге, в то время как в 2018 году были 133,8 млрд тенге, в 2017 году 30,8 млрд. тенге [49], [51]. На конец 2020 года аккумулировано было 798 млрд. тенге взносов и отчислений (Рис. 13) [52].

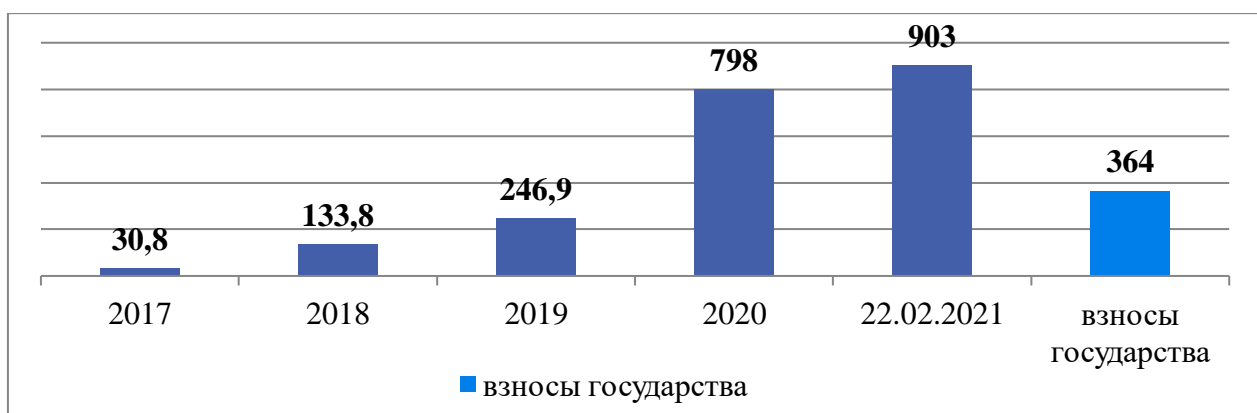


Рис. 13 - Активы Фонда социального медицинского страхования за 2017-2020 годы, в млрд. тенге.

Составлен автором на основе источников [38,49,51,52].

Поступления активов Фонда с 1 июля 2017 года по 22 февраля 2021 года включительно составило 902 944,3 млн. тенге при прогнозе с 1 июля 2017 года по 31 декабря 2021 года в размере 1 502 727,3 млн.тенге, или 60,1%.

Поступления по отчислениям составили 46,7 % или 421 427,4 млн.тенге, по взносам 53,3% или 481 516,9 млн.тенге.

Наибольшие суммы поступлений по отчислениям и взносам наблюдается в 5 регионах : по г.Алматы (11,2%), г. Нур-Султан (6,9%), Карагандинская (4,9%), ЮКО (4,1 %), ВКО (4,0%), которые в совокупности формируют 31,1% всех поступлений в Фонд.

Взносы государства составили 364 100,8 млн. тг (364 100 806 559,1 тенге) [38].

Следует отметить, помимо закупа и распределения финансовых средств, для улучшения качества оказанных медицинских услуг в рамках внешней оценки качества Фондом соцмедстрахования проводится мониторинг качества и объема услуг, оказанных субъектами здравоохранения. Данная процедура проводится путем оценки оказанных услуг, введенных поставщиком в информационные системы здравоохранения и посещением субъектов здравоохранения, при необходимости, с привлечением независимых экспертов.

В 2019 году по результатам мониторинга качества и объема услуг Фондом были выявлены 383 666 дефектов оказания медицинской помощи и произведены снятия на сумму 6,4 млрд. тенге с оплаты за услуги [36].

В 2020 году со стороны поставщиков Фонд выявил более 1,2 млн. дефектов по качеству и объему оказанных медицинских услуг на сумму более 9,2 млрд тенге. Согласно мониторинга наиболее распространёнными нарушениями является искусственное завышение объемов помощи (60%). некорректное оформление учетно-отчетной документации



(15%), необоснованное отклонение лечебно-диагностических мероприятий от стандартов и клинических протоколов диагностики и лечения(9,6%).

По итогам 2020 года Фонд соцмедстрахования также выявил более 21 тысячи фактически не оказанных услуг на сумму 290,9 млн. тенге, 20 122 дефекта из которых на сумму 167 млн.тенге были определены на уровне амбулаторно-поликлинической помощи и консультативно-диагностических услуг [53].

Соответственно функция Фонда по мониторингу договорных обязательств поставщиками медицинских услуг дает возможность выявлять факты мошенничества и принимать соответствующие меры. Ожидается, что электронный паспорт здоровья (е-паспорт), который будет доступен пациенту онлайн, уничтожит большинство лазеек для приписок, сделает более прозрачными все процедуры. Однако на сегодняшний день е-паспорт видят не все медработники. В этой связи прозрачность расходов здравоохранения для снижения рисков хищения финансовых средств является также одной из актуальных проблем.

С внедрением ОСМС ожидается повышение качества медицинских услуг за счет усиления конкуренции между частными и государственными клиниками. Фондом сформирована База данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС (далее – База данных). По состоянию на 31 декабря 2019 года в Базе данных состояло 2 069 субъектов здравоохранения, из них 793 (38%) государственной и 1 276 (62%) частной формы собственности [36].

По итогам I полугодия 2020 года 2 186 субъектов здравоохранения оказывали медицинскую помощь в рамках ГОБМП и ОСМС, из них 807 (37%) государственной и 1 379 (63%) частной формы собственности [54].

С расширением базы субъектов здравоохранения, не во всех регионах страны у клиента будет большой выбор медорганизаций, но в средних и крупных городах борьба за пациента явно усилится.

Согласно экономической теории, здравоохранение относится к рынкам с несовершенной конкуренцией, общеэкономические выводы к отрасли здравоохранения малоприменимы. Соответственно говорит о том, что расширение участия частного сектора в оказании медицинской помощи повысит качества путем усиления конкуренции еще рано. Также следует отметить, что частный сектор еще не сталкивался с повышенным потоком пациентов, которые посещают государственные медицинские организации. И не исключено, что у них в процессе работы тоже начнут возникать вопросы организационного характера.

С внедрением ОСМС увеличилось обеспечение финансами медицинских организаций. Медицинский персонал и инфраструктура с приходом этой системы не поменялись, за исключением участия некоторых субъектов частной формы собственности. У нас нет завоза технологий в государственные медицинские организации. Если нет новых технологий, инфраструктурного обновления, нет капитальных вложений то не можем уверенно говорить о

современной качественной медицинской помощи на высшем уровне.

Страхование отвечает за финансирование текущих расходов по оказанию медицинской помощи, в то время как **капитальные расходы** продолжают финансироваться государством через бюджетные программы и за последние годы составляет около 5 % бюджета ( в 2017 году - 6,2%, 2018 году – 6,7%, 2019 году - 5,9%) (Рис. 14), либо частными инвесторами [47].

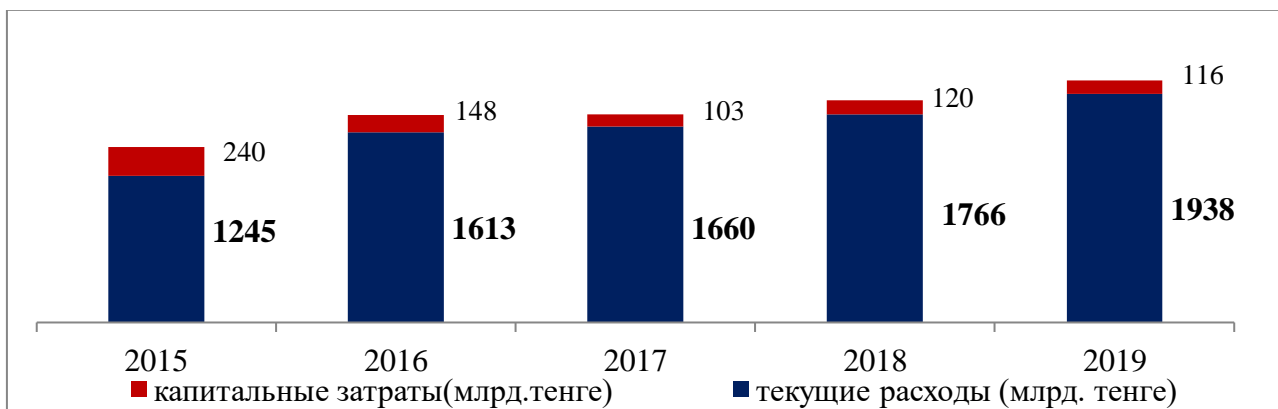


Рис. 14 - Капитальные затраты и текущие расходы на здравоохранение за 2015-2019 годы, в млрд. тенге

Составлен автором на основе источника [47].

На сегодняшний день в среднем по республике более половины медицинских объектов (59,7%) изношены. Оснащенность государственных организаций здравоохранения медицинской техникой составляет 72,5%. 272 организации здравоохранения регионов требовали капитального ремонта, где необходимы финансовые средства. Износ медицинской техники по республике составил 37%, только 55% всей медицинской техники в стране используются на 100% [1].

Вместе с тем, по оценкам экспертов ОЭСР, на всех уровнях системы здравоохранения Казахстана, особенно за пределами больших городов, предоставление медицинских услуг затрудняется вследствие плохо развитой инфраструктуры и недостатка необходимого оборудования. В этой связи финансирование инфраструктуры здравоохранения является также актуальной.

Таким образом, обязательное социальное медицинское страхование увеличил финансирование системы здравоохранения, повысил доступность некоторых видов медицинской помощи, но в целом есть проблемы, такие как организационные вопросы, дефицит кадров и развитие инфраструктуры, необходимость обеспечения прозрачности расходов здравоохранения.

### 3 Отдельные рекомендации по повышению доступности и качества медицинской помощи

Результаты проведенного исследования позволяет обосновать отдельные выводы:

во-первых, низкий уровень менеджмента в здравоохранении, за счет

которого имеются вопросы организационного характера. Определенное количество населения не застрахованы и не знают свои права и обязанности в системе ОСМС по причине малоинформированности. Есть пациенты, которые не прикреплены к участковому врачу, что снижает доступность медицинской помощи. Неудовлетворенность пациентов длительностью ожидания медицинской помощи, отсутствием врача или необходимого медицинского оборудования, этикой медицинских работников, частыми сбоями в информационных системах. Также дефицит кадров, дисбаланс в обеспечении кадрами между городским и сельским здравоохранением, низкий уровень качества знаний медицинских работников по вопросам ОСМС, который влияет на качество и доступность медицинской помощи. Несмотря на проводимые меры социальной защиты медицинских работников на сегодняшний день соотношение средней заработной платы врача к средней зарплате в экономике отстают от некоторых стран.

Во-вторых, необходимость обеспечения прозрачности бюджета здравоохранения и активов Фонда социального медицинского страхования для повышения доверия граждан управляющим органам здравоохранения. Выявление Фондом фактически не оказанных услуг субъектами здравоохранения подтверждает возможность риска хищения денег.

В-третьих, развитие инфраструктуры недостаточно для повышения доступности и качества медицинской помощи. По всей республике отмечается износ медицинской техники и медицинских объектов. Несмотря на увеличение финансовых средств в здравоохранении капитальные расходы не увеличились.

Как отметили эксперты ОЭСР, проводившие обзор системы здравоохранения в Казахстане на реализацию широкомасштабных реформ на всех уровнях системы здравоохранения уделяется значительно меньше внимания, чем их разработке. В этой связи, для улучшения ситуации предлагаются следующие рекомендации:

1. Меры по повышению качества должны осуществляться на всех уровнях и должны постоянно контролироваться. Необходимо повышать потенциал менеджеров здравоохранения. Сегодня руководитель медицинской организации является управленцем финансами и хозяйством, администратором, главным врачом, практикующим клиницистом в одном лице, что в комплексе не дает необходимого управленческого эффекта и подтверждается жалобами граждан на качество и доступность медицинской помощи, не достижением стратегических целей медорганизациями. В этой связи, на должности главного менеджера медорганизаций следует отбирать кандидатов имеющих основные компетенции по законодательству и экономике здравоохранения, лидерству и корпоративному управлению, операционному, стратегическому, инновационному менеджменту и бизнес управлению, по управлению персоналом, финансами, проектами, изменениями качеством и информационными технологиями. Необходимо привлекать выпускников медицинских вузов по специальности «Общественное здравоохранение», «Менеджмент в здравоохранении» работающих в поликлиниках и больницах на

мониторинг реализации ОСМС в данных медорганизациях.

Для идентификации статуса застрахованности, актуализации самозанятого населения и выведения из тени, прикрепления к организациям ПМСП необходимо усилить межсекторальное взаимодействие по обмену информацией между государственными органами и интеграция информационных систем, а также активное участие медицинских работников в проведении качественной адресной информационно-разъяснительной работы.

**Необходимо усилить роль Фонда соцмедстрахования в защите интересов пациентов** и в оперативном реагировании на обращения получателей медуслуг.

Как показали результаты социологического опроса работу Фонда социального медицинского страхования и его территориальных отделений по взаимодействию с гражданами (рассмотрения обращений граждан, консультация по вопросам ОСМС и т.д.) большинство респондентов (59,4 %) оценили на уровне от 1 до 5 баллов, 27,3 % респондентов на уровне 6-8 баллов, только 13,3% считают что Фонд выполняет свою работу на уровне 9-10 баллов.

Вместе с тем в процессе подготовки внедрению ОСМС разработана и внедрена в эксплуатацию информационная система «Saqtandyryý», которая автоматизировала бизнес-процессы Фонда по учету и определению статуса в системе ОСМС, приложение «Qoldau 24/7» с помощью которого можно направить обращение по вопросам ОСМС в call-центр 1406, проверить статус застрахованности и информацию о наличии платежей за предшествующие 12 месяцев. Ознакомиться с «ОСМС гидом» ответы на основные часто задаваемые вопросы по правам на медпомощь, по статусу застрахованности, пакетам ГОБМП и ОСМС (какие медуслуги положены, бесплатное лекарственное обеспечение) [36]. Также введена в действие государственная услуга «Выдача информации об участии в качестве потребителя медицинских услуг и о перечисленных суммах отчислений и (или) взносов в системе обязательного социального медицинского страхования» (далее – Государственная услуга). В работе информационной системы и в получении госуслуги определяется статус застрахованности человека, сумма ежемесячных отчислений в Фонд.

Согласно результатов социологического опроса лишь только 20,7 % респондентов используют приложение «Qoldau 24/7» и государственную услугу. В этой связи Фонду следует активизировать работу по информированию населения о действующей государственной услуге и приложении «Qoldau 24/7», которые могут стать эффективными инструментами взаимодействия Фонда с населением.

Для повышения доступности медицинской помощи Фонду совместно с Управлениями здравоохранения регионов, Национальной палатой предпринимателей «Атамекен» требуется провести широкую информационно-разъяснительную работу среди населения, работодателей, субъектов малого и среднего бизнеса, мигрантов о правах и обязанностях в системе ОСМС и в

рамках ГОБМП, в том числе активизация работы в социальных сетях по информированию населения об официальных источниках информации (сайты, электронные приложения и т.д.), где можно получить полную достоверную информацию по ОСМС. Периодические публикации показателей внедрения ОСМС в стране.

Фонду социального медстрахования при проведении мониторинга договорных обязательств по оказанию медицинских услуг субъектами здравоохранения следует привлекать представителей общественности согласно опыта Германии, где управляют фондами административные советы в составе которых представители работников и работодателей. Нужно усилить взаимодействие с общественными объединениями по мониторингу доступности и качества медицинской помощи и распространением информации о результатах мониторинга.

Фонду совместно с Управлениями здравоохранения регионов необходимо провести обучения медицинских работников по актуальным темам исходя из анализа поступивших обращений по системе ОСМС и по итогам обучения провести повторную оценку знаний, для выявления сильных и слабых сторон в реализации ОСМС.

Также, учитывая, что пациенты при возникновении проблем чаще всего решают внутри медицинской организации необходимо усилить роли Службы поддержки пациентов и внутреннего контроля.

Указанные мероприятия повысят информированность населения о системе ОСМС, о правах и обязанностях в рамках ГОБМП и ОСМС. Повысит качества знаний медицинских работников в организации доступной и качественной медицинской помощи. Улучшит взаимодействие между пациентами и Фондом, Управлениями здравоохранения регионов.

Для решения вопроса дефицита кадров, в том числе квалифицированных кадров государственными органами принимаются существенные меры такие как персональное распределение выпускников медицинских вузов с обязательной отработкой в данном медицинском учреждении 3 года после окончания учебы, социальная поддержка, повышение заработной платы, обучение по государственному заказу, повышение квалификации за рубежом за счет средств бюджета и так далее. Для медицинских работников сельской местности также предусмотрены подъемные и надбавки к зарплатам.

С учетом увеличения заработной платы медицинских работников необходимо провести анализ причин ухода медицинских кадров с государственного сектора, в том числе с сельской местности и мотивации медицинских работников. Также, в работе медицинских работников прошедших повышение квалификации и обучение за рубежом за счет бюджетных средств нужно провести анализ эффективности затрат, с оценкой внедренных новых технологий лечения и диагностики заболеваний.

На сегодняшний день уровень заработной платы и штатное расписание регулируется на уровне медицинской организации. Для повышения прозрачности в системе оплаты труда медицинские организации продолжают

внедрять принципы корпоративного управления и современные принципы менеджмента.

В этой связи необходимо проводить мониторинг реализации реформ и мер по решению вопроса дефицита кадров. Предлагаем с участием представителей государственного органа в области здравоохранения и неправительственных организаций (медицинские ассоциации, профессиональные союзы) один раз в полгода проводить мониторинг фактического уровня заработных плат и социального обеспечения медицинских работников в государственных медицинских организациях, в том числе в сельской местности с опубликованием результатов мониторинга. Чтобы повысить качество и доступность медицинской помощи необходимо повысить имидж медицинского работника и снизить нагрузку на врачей. Данные меры позволят узнать какие причины повлияли уходу медицинского работника из государственного сектора здравоохранения, принять соответствующие меры по снижению дефицита кадров.

2. Для обеспечения прозрачности бюджета здравоохранения в рамках ГОБМП и ОСМС предлагается детализировать бюджетные программы в разрезе регионов с аналитикой реализации бюджетных программ с отражением достижения прямых и конечных результатов и проблемных вопросов. Необходимо информировать населения о процедурах планирования и мониторинга исполнения бюджета в рамках ГОБМП и ОСМС с участием экспертов и представителей неправительственных организаций.

Как показал изученный мировой опыт одна из лучших и эффективных систем здравоохранения мира - здравоохранение Сингапура (в 2017 году ВОЗ поставил на 6 место в мире, в 2020 году по рейтинговой оценке международного агентства Блумберг Сингапур занимает 1 место по эффективности здравоохранения) [55] имеет положительные стороны за счет солидарной ответственности населения за здоровье с наличием индивидуальных сберегательных счетов для медицинских услуг, сокращение избыточного потребления медуслуг за счет сооплаты, доступности медуслуг социально-уязвимым слоям населения за счет субсидирования расходов государством, а также за счет использования накопленных финансовых ресурсов на развитие страны, в том числе системы здравоохранения.

В Казахстане население не имеет индивидуальных медицинских счетов, все взносы и отчисления в систему ОСМС аккумулируется в Фонде соцмедстрахования, у стратегического закупщика медицинских услуг, который распределяет бюджет и средства ОСМС на закуп медицинских услуг согласно плана. В целях повышения солидарной ответственности населения за здоровье предлагаем предоставлять населению **персонализированную информацию о расходах** на медицинские услуги в рамках ГОБМП и ОСМС согласно тарифам медицинских услуг в приложении «Qoldau 24/7». Сходили в поликлинику, прошли консультацию невропатолога, КТ-диагностику, после этого на телефон каждый месяц приходит уведомление о том, что Фонд социального медицинского страхования оплатил в медорганизацию определенную сумму за

консультацию врача, за клиничко-диагностическую услугу в рамках ГОБМП и ОСМС и т.д.

Также пациентам необходимо предоставлять возможность через телефон отправлять информацию в Фонд о прохождении медицинских услуг в рамках ГОБМП и ОСМС на платной основе с указанием причины и прилагая подтверждающие документы (чеки, договора об оказании медицинской услуги).

Как показал социологический опрос, большинство респондентов (74,8%) желают получать персональную информацию о расходах на медицинскую помощь в рамках ОСМС и предоставлять данные о карманных частных расходах на медицинские услуги. Вышеперечисленный функционал можно осуществить расширив функцию приложения «Qoldau 24/7».

Данный механизм обратной связи между Фондом и населением полезна. На основании данных о частных расходах населения у Фонда будет возможность определять в каком регионе какие медицинские услуги наиболее востребованы с наименьшей доступностью и принять соответствующие меры.

Также предложенный механизм по обмену данными о расходах на медицинские услуги между гражданами и Фондом должен стать хорошим инструментом для повышения уровня доверия граждан в систему здравоохранения.

Вместе с тем, изученный опыт Германии показывает, что Германия с 2007 года, чтобы сделать обязательное медицинское страхование более привлекательным населению предлагал выбор тарифов, такие как денежная компенсация, возврат взносов в случае неиспользования сервиса и т.д.

Согласно данным социологического опроса проведенного нами, 64,6% респондентов в течение прошлого года ежемесячно оплачивали взносы и отчисления в Фонд социального медицинского страхования, но при этом ни разу не обращались за медицинской помощью и 78,9% респондентов хотели бы получать возврат части отчислений и взносов ОСМС в случае ведения застрахованным лицом здорового образа жизни и если ни разу в течение отчетного года не обращался за медицинской помощью.

Учитывая положительный опыт Германии и результаты социологического опроса предлагаю рассмотреть Фонду соцмедстрахования возможность возврата части взносов и отчислений активно-работающих лиц при введении ими здорового образа жизни и неиспользования медицинских услуг в течение отчетного года, либо разработку тарифа привлекательности ОСМС с возможностью оплатить расходы медицинских услуг, которые наиболее востребованные с наименьшей доступностью и не входящие в пакеты ГОБМП и ОСМС (стоматологические услуги, санаторно-курортное лечение, непрямая пульсовая эластометрия печени, онкомаркеры, консультация гематолога и т.д.).

Данная мера повысить солидарную ответственность каждого гражданина так как у него появится возможность частично управлять своими взносами, отчислениями и мотивация вести здоровый образ жизни, чтобы возвращать часть средств при неиспользовании.

3. Для развития инфраструктуры здравоохранения помимо привлечения

частного сектора и инвесторов для расширения оказываемых услуг необходимо решить вопрос развития отечественного производства изделий медицинского назначения и медицинских оборудований. Также в планировании и распределении бюджета ГОБМП и ОСМС необходимо рассмотреть вопрос увеличения финансовых средств на капитальные расходы и поддержку отечественных производителей медицинских оборудований.

Вместе с тем, как показывает анализ бюджетов местных исполнительных органов в основном доля бюджетных расходов на здравоохранения не превышает 5% от общего бюджета региона за исключением некоторых регионов (*в 2019 году - в Павлодарской области 5,2 %, в 2020 году – вСКО -5,1%, Костанайской области -6,2%, Павлодарской области -6,2%, г.Алматы – 6,5%*) и следует отметить в некоторых регионах самый низкий уровень доли бюджетных расходов на здравоохранение (*в Атырауской, ЗКО и Туркестанской областях 1,6%*) [56].

Соответственно местным исполнительным органам рекомендуется увеличить бюджет здравоохранения и направить эти финансовые средства на развитие инфраструктуры и на капитальные расходы.

Также Управлениям здравоохранения регионов необходимо разработать планы по развитию инфраструктуры здравоохранения и расширение базы потенциальных поставщиков для обеспечения доступности наиболее востребованных услуг. Данные меры позволит повысить развитие инфраструктурного обеспечения.



## Заключение

В результате исследования проанализированы итоги внедрения и реализации ОСМС в стране, обеспечения медицинской помощью в 2020 году в рамках новой модели ГОБМП и ОСМС, основные проблемные вопросы в организации медицинской помощи населению Республики Казахстан. Определены вопросы, которые требуют решения, такие как малоинформированность населения о системе ОСМС, неудовлетворенность пациентов длительностью ожидания медицинских услуг, этикой медицинских работников, низкий уровень качества знаний медицинских работников, необходимость обеспечения прозрачности бюджета, развитие инфраструктуры здравоохранения и дефицит кадров.

В целом проведено изучение и анализ текущей ситуации по обеспечению качественной и доступной медицинской помощью, действующей нормативно-правовой базы, регламентирующей организацию медицинской помощи и на основании международного опыта и по результатам социологического опроса предложены пути решения проблем по организации медицинской помощи в системе здравоохранения.

В работе рассмотрены модели финансирования здравоохранения США, Сингапура, Германии и Англии по организации доступной и качественной медицинской помощи, рекомендации ВОЗ, экспертов стран ОЭСР, проводившие обзор систем здравоохранения. Проведен социологический опрос среди населения с целью изучения текущей ситуации обеспечения медицинской помощью в системе ОСМС, удовлетворенности реформой, причины жалоб пациентов на оказание медицинской помощи и выработки мер по улучшению положения.

В целях повышения доступности и качества медицинской помощи нами обоснованы следующие предложения:

1. Повысить потенциал менеджмента в здравоохранении. Усилить роль Фонда социального медицинского страхования в защите интересов пациентов и активизировать работу по информационно-разъяснительной работе о системе ОСМС, привлекать общественные объединения при проведении мониторинга договорных обязательств оказания медицинской помощи субъектами здравоохранения. После обучения медицинских работников по актуальным вопросам ОСМС совместно с управлениями здравоохранения регионов провести повторную оценку знаний медработников.

Для решения вопроса дефицита кадров провести анализ причин ухода с государственного сектора, в том числе с сельской местности и мотивации медицинских работников. Также с участием представителей государственного органа в области здравоохранения и неправительственных организаций (медицинские ассоциации, профессиональные союзы) один раз в полгода проводить мониторинг фактического уровня заработных плат и социального обеспечения медицинских работников в государственных медицинских

организациях, в том числе в сельской местности с опубликованием результатов мониторинга.

2. Обеспечить прозрачность бюджета здравоохранения с указанием прямых и конечных результатов бюджетных программ в разрезе регионов. Также предложено предоставление персонализированной информации о расходах на медицинские услуги в рамках ГОБМП и ОСМС согласно тарифам медицинских услуг, рассмотрение вопроса возврата части отчислений и взносов активно-работающих лиц при введении ими здорового образа жизни и неиспользования медицинских услуг в течение отчетного года, либо возможность выбирать разработанные тарифы привлекательности по опыту Германии, где есть возможность оплатить расходы медицинских услуг которые наиболее востребованные с наименьшей доступностью и не входящие в пакеты ГОБМП и ОСМС (стоматологические услуги, непрямая пульсовая эластометрия печени, онкомаркеры, консультация гематолога и т.д.).

3. Местным исполнительным органам рекомендуется увеличить бюджет здравоохранения в доле общего бюджета региона (текущая ситуация не превышает 5%) и направить эти финансовые средства в первую очередь на развитие инфраструктуры и на капитальные расходы здравоохранения.

Реализация вышеуказанных мер в определенной степени позволит укрепить права и обязанности населения в системе ОСМС, повысить солидарную ответственность и мотивацию ведения здорового образа жизни граждан, повысить качества знаний медицинских работников и уровень доверия граждан к медицинским организациям, институту власти и Фонду социального медицинского страхования, развитию инфраструктуры здравоохранения и снижению дефицита медицинских кадров.

## Список использованных источников

- 1 Постановление Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года №982 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы» // <http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000982>. Дата обращения: 02.04.2021
- 2 Послание Первого Президента Республики Казахстан Назарбаева Н.А. народу Казахстана от 10 января 2018 года «Новые возможности развития в условиях четвертой промышленной революции» // [https://www.akorda.kz/ru/addresses/addresses\\_of\\_president/poslanie-prezidenta-respubliki-kazahstan-n-nazarbaeva-narodu-kazahstana-10-yanvary-2018-g](https://www.akorda.kz/ru/addresses/addresses_of_president/poslanie-prezidenta-respubliki-kazahstan-n-nazarbaeva-narodu-kazahstana-10-yanvary-2018-g). Дата обращения: 02.04.2021
- 3 Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» // <http://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>. Дата обращения: 02.04.2021
- 4 Послание Президента Республики Казахстан Токаева К.К. народу Казахстана от 2 сентября 2019 года «Конструктивный общественный диалог – основа стабильности и процветания Казахстана» // [https://www.akorda.kz/ru/addresses/addresses\\_of\\_president/poslanie-glavy-gosudarstva-kasym-zhomarta-tokaeva-narodu-kazahstana](https://www.akorda.kz/ru/addresses/addresses_of_president/poslanie-glavy-gosudarstva-kasym-zhomarta-tokaeva-narodu-kazahstana). Дата обращения: 02.04.2021
- 5 Климин, В. Г. Теоретико-аспектный подход к определению сущности обязательного медицинского страхования // Успехи современного естествознания. – 2007. – №. 12. – С. 274-275.
- 6 Багдасарян, Н. А. Экономическая сущность медицинского страхования С. 23-25 // <https://pgu.ru/upload/iblock/875/6.pdf>. Дата обращения: 15.01.2021
- 7 Махтина, Ю. Б. Финансовый механизм функционирования обязательного медицинского страхования // Автореферат канд. дисс. Иркутск: БГУЭП. – 2003. – 24 с.
- 8 Антонова, Н. Л. Качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования как социологическая проблема // Известия УрФУ. Серия 3. Общественные науки. – 2007. – Т. 2. – №. 3. – С. 168-179.
- 9 Танатова, Д. К., Абдрашитова, А. Х. Формирование системы обязательного медицинского страхования в России и Казахстане: ретроспективный анализ // И СОЦИОЛОГИЯ. – 2018. – Т. 17. – №. 3. – С. 73.
- 10 Шобабаева, А. Р., Ельшибекова, К. М., Серикбаева, Э. А. Вопросы внедрения обязательного социального медицинского страхования в Казахстане // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2017. – №. 3. – С. 365-367.
- 11 Омирбаева, Б.С. «Формирование конкурентоспособного здравоохранения: теория, методология, пути реализации» // диссертация на соискание степени доктора философии. – 2018 . – 141 с.

12 Акбар, А. Опыт финансирования медицинского страхования за рубежом и возможности его использования в Республике Казахстан // Международный научно-исследовательский журнал. – 2017. – №. 2-3 (56). – С. 6-8.

13 Садовникова, Н.А. «Развитие системы обязательного социального медицинского страхования в регионе» // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук. – 2006. – 22с.

14 Штельмах, Л.Г. «Государственное регулирование обязательного социального медицинского страхования населения в условиях построения социально ориентированной экономики региона»// автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук. – Орел –, – 2004. – 28с.

15 Хайдарова, Т.С. «Добровольное медицинское страхование как основа защиты интересов населения на рынке медицинских услуг в современных условиях»//автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук.– 2000. – 44с.

16 Жангарашева, Г. К. Особенности организации маркетинговой деятельности в «Фонде обязательного медицинского социального страхования Республики Казахстан» //Международный научно-исследовательский журнал. – 2016. – №. 6-1 (48). – С. 36-38.

17 Омирбаева, Б. С. Внедрение обязательного медицинского страхования в Казахстане и риски, связанные с ним //Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2017. – №. 6-3. // [file:///C:/Users/%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%B7%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C/Downloads/vnedrenie-obyazatel'nogo-meditsinskogo-strahovaniya-v-kazahstane-i-riski-svyazannye-s-nim%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%B7%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C/Downloads/vnedrenie-obyazatel'nogo-meditsinskogo-strahovaniya-v-kazahstane-i-riski-svyazannye-s-nim%20(1).pdf). Дата обращения: 14.04.2021

18 Тургамбаева, А. К., Ермуханова, Л. С. Международный опыт применения страховой медицины: особенности ведущих стран мира //Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2017. – №. 4. – С. 355-360.

19 Антропов, В. В. Финансирование здравоохранения: европейский опыт и российская практика //Экономика. Налоги. Право. – 2019. – Т. 12. – №.2. – С. 115-126.

20 Cylus, J. et al. United Kingdom: health system review. – 2015. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330250/HiT-17-5-2015-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Дата обращения: 15.02.2021

21 Захаров, П. В. Реформа медицинского страхования в США: проблемы и перспективы //Проблемы национальной стратегии. – 2014. – №. 5. – С. 189-201.

22 Matsuoka, Y., Fukai, K. Medical Health Insurance Systems in Europe, USA, Canada, and Australia, volume 19, No.1.-2019. [http://www.fih.org/volume19\\_1/article1.pdf](http://www.fih.org/volume19_1/article1.pdf). Дата обращения: 20.02.2021

- 23 Смолякова, Л. Н., Пилзер, П.З. Об изменениях в медицинском страховании США //Вестник Томского государственного университета. История. – 2016. – №. 3 (41). – С. 82-87.
- 24 Улумбекова, Г. Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России //Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – Т. 27. – №. 5. – С. 1-19.
- 25 Погребняк, А. Г. Финансирование здравоохранения населения: Сингапурский опыт: магистерская диссертация. – Екатеринбург, 2019. – 108 с.
- 26 Hussaini, U. Z. et al. A systematic review on healthcare financing in Singapore // International Journal of Public Health and Clinical Sciences. – 2016. – Т. 3. – №. 1. – Р. 96-106.
- 27 Массальский, Р. И. Медицинское страхование в Сингапуре //Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №. 1-1. – С. 811-817.
- 28 Соколов, Е. В., Гречкин, Д. А. Система финансирования здравоохранения в Сингапуре // Экономика и управление: проблемы, решения. – 2017. – Т. 5. – №. 9. – С. 45-52.
- 29 Busse, R. et al. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition // The Lancet. – 2017. – Т. 390. – №. 10097. – Р. 882-897.
- 30 Wasem, J. et al. Health plan payment in Germany // Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets. – Academic Press, 2018. – Р. 295-329.
- 31 Программа Президента Республики Казахстан от 20 мая 2015 года «План Нации-100 конкретных шагов» // <http://adilet.zan.kz/rus/docs/K1500000100>. Дата обращения: 26.03.2021
- 32 Закон Республики Казахстан «Об обязательном медицинском страховании» от 16 ноября 2015 года №405-V ЗРК // <http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1500000405>. Дата обращения: 26.03.2021
- 33 Постановление Правительства Республики Казахстан от 16 октября 2020 года №672 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и признании утратившими силу некоторых решений Правительства Республики Казахстан»// <http://adilet.zan.kz/rus/docs/P2000000672>. Дата обращения: 12.04.2021
- 34 Постановление Правительства Республики Казахстан от 20 июня 2019 года №421 «Об утверждении перечня медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования»// <http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000421>. Дата обращения: 12.04.2021
- 35 Постановление Правительства Республики Казахстан от 1 июля 2016 года №389 «О создании фонда социального медицинского страхования»// <http://adilet.zan.kz/rus/docs/P1600000389>. Дата обращения: 12.04.2021
- 36 Годовой отчет Некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования» за 2019 год // <https://fms.kz/upload/iblock/f7e/f7efb291a6d89219ab073a2df65c3195.pdf>. Дата обращения: 08.04.2021

- 37 Материалы собрания Департамента координации ОСМС Министерства здравоохранения Республики Казахстан с управлениями здравоохранения регионов от 26 февраля 2021 года, материалы коллегии Министерства здравоохранения РК, 1 марта 2021 года
- 38 Материалы Департамента координации ОСМС Министерства здравоохранения Республики Казахстан
- 39 Материалы коллегии Министерства здравоохранения РК, май 2020 года
- 40 В 2020 году Фондом принято и обработано 720 тысяч обращений от населения – Б.Токежанов // <https://fms.kz/press-center/press-relizy/8551/>. Дата обращения: 22.01.2021 год
- 41 Статистический сборник, г.Нур-Султан, 2020 год «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2019 году»
- 42 Названа средняя зарплата врачей в Казахстане// [https://tengrinews.kz/kazakhstan\\_news/nazvana-srednyaya-zarplata-vrachey-v-kazahstane-417235](https://tengrinews.kz/kazakhstan_news/nazvana-srednyaya-zarplata-vrachey-v-kazahstane-417235) .Дата обращения: 20.01.2021
- 43 Заработная плата медицинских работников РК на 2016-2018 годы [http://rcrz.kz/files/zar.plata\\_medrabotnikov\\_v\\_RK\\_2018.pdf](http://rcrz.kz/files/zar.plata_medrabotnikov_v_RK_2018.pdf). Дата обращения: 22.01.2021 год
- 44 Обзоры систем здравоохранения: Казахстан, 2018, OECD Publishing, Paris. // [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/2018\\_9789264292895-ru](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/2018_9789264292895-ru), Дата обращения: 10.04.2021
- 45 Среднемесячная заработная плата по регионам Республики Казахстан по данным Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан // <https://stat.gov.kz/official/industry/25/statistic/7>. Дата обращения: 10.04.2021
- 46 Transparency Kazakhstan презентовал результаты мониторинга состояния коррупции в стране за 2020 год // <http://tikazakhstan.org/transparency-kazakhstan-prezentoval-rezultaty-monitoringa-sostoyaniya-korruptsii-v-strane-za-2020-god/>. Дата обращения: 18.01.2021
- 47 Национальные счета здравоохранения. // <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/2017-03-12-10-51-14/nats-scheta-zdravookhraneniya-ntsz> .Дата обращения: 08.04.2021
- 48 Заключение Счетного комитета по контролю за исполнением республиканского бюджета РК к Отчету Правительства об исполнении республиканского бюджета за 2019 год // <https://www.gov.kz/memleket/entities/esep/documents/details/45379?lang=ru> . Дата обращения: 16.02.2021
- 49 Финансовая отчетность Некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования» за 2016-2019 годы // <https://fms.kz/o-fonde/finansovaya-otchetnost/>. Дата обращения: 18.03.2021
- 50 Гражданский бюджет, сайт Министерства здравоохранения Республики Казахстан //

- <https://www.gov.kz/memleket/entities/dsm/activities/directions?lang=ru>. Дата обращения: 18.03.2021
- 51 Первый год реализации медицинского страхования:итоги и задачи на 2021 год. Официальный информационный ресурс Премьер-Министра Республики Казахстан // <https://primeminister.kz/ru/news/reviews/pervyy-god-realizacii-medicinskogo-strahovaniya-itogi-i-zadachi-na-2021-god-2005747>. Дата обращения: 18.04.2021
- 52 Б.Токежанов рассказал о работе Фонда социального медицинского страхования // <https://fms.kz/press-center/press-relizy/8545/> . Дата обращения: 22.01.2021
- 53 В 2020 году ФСМС выявил 1,2 млн дефектов по оказанным медицинским услугам – Б.Токежанов // <https://fms.kz/press-center/press-relizy/18069/> . Дата обращения: 05.03.2021
- 54 О деятельности Фонда за 1 полугодие 2020 года и актуальных вопросах системы ОСМС. // <https://fms.kz/upload/iblock/ced/ced781e910e0c2366d74dd24b0a29119.pdf>. Дата обращения: 05.03.2021
- 55 Asia Trounces U.S. in Health-Efficiency Index Amid Pandemic <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-12-18/asia-trounces-u-s-in-health-efficiency-index-amid-pandemic> . Дата обращения: 10.04.2021
- 56 Анализ гражданского бюджета регионов согласно официальных данных с сайтов Управления экономики и бюджетного планирования регионов.

**Уважаемый респондент!**

Данный анонимный опрос проводится мною, магистрантом Академии государственного управления при Президенте Республики Казахстан, в рамках магистерского исследования на тему «Внедрение обязательного социального медицинского страхования: повышение доступности и качества медицинской помощи». Цель исследования - выявить преимущества и недостатки внедрения и реализации системы ОСМС в Республике Казахстан и разработать рекомендации по совершенствованию системы.

В этой связи создан опрос, результаты которого будут опубликованы в магистерском проекте. Прошу вас пройти опрос и разослать максимальному количеству людей, чтобы определить уровень удовлетворенности качеством и доступностью медицинских услуг в рамках ОСМС и разработать рекомендации для государственных органов.

Благодарю вас за участие!

1. Укажите Ваш возраст

18-29

30-45

45-63

64 и выше

2. Укажите Ваш пол

Муж

Жен

3. Укажите Ваш регион проживания

Акмолинская область

Актюбинская область

Алматинская область

Атырауская область

Восточно-Казахстанская область

Жамбылская область

Западно-Казахстанская область

Карагандинская область

Костанайская область

Кызылординская область

Мангистауская область

Павлодарская область

Северо-Казахстанская область

Туркестанская область

город Нур-Султан

город Алматы

город Шымкент

Застрахованы ли Вы в системе обязательного социального медицинского страхования?

Да

Нет

Если ответ на предыдущий вопрос отрицательный, то в связи с чем не застрахованы в системе обязательного социального медицинского страхования?



Знаете ли Вы как стать участником системы ОСМС?  
Достаточно быть гражданином Республики Казахстан  
Нужно производить ежемесячные взносы/отчисления в Фонд медицинского страхования

Необходимо прикрепиться к поликлинике

Все вышеперечисленные ответы верны

Затрудняюсь ответить

Ваш статус в системе обязательного социального медицинского страхования

1. Работающий(ая) гражданин(ка)
2. индивидуальный предприниматель, лицо, занимающийся частной практикой
3. самостоятельный плательщик
4. физическое лицо, получающее доходы по договорам гражданско-правового характера
5. военнослужащий, сотрудник специальных государственных органов, правоохранительных органов
6. официально безработный
7. неработающая беременная женщина
8. неработающее лицо, воспитывающее ребенка до 3-х лет
9. лицо, находящееся в отпусках в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка, по уходу за ребенком до 3 лет
10. неработающее лицо, осуществляющее уход за ребенком-инвалидом
11. неработающее лицо, осуществляющее уход за инвалидом первой группы с детства;
12. пенсионер, в том числе ветеран Великой Отечественной войны
13. неработающий қандас
14. многодетная мать, награжденная подвесками «Алтын алқа», «Күміс алқа» или получившие ранее звание «Мать-героиня», а также награжденная орденами «Материнская слава» I и II степени
15. инвалид
16. лицо, обучающееся по очной форме обучения в организациях среднего, технического и профессионального, послесреднего, высшего образования, а также послевузовского образования (студент, магистрант и т.д.)
17. неработающий получатель государственной адресной социальной помощи
18. лицо, отбывающее наказание по приговору суда в учреждениях УИС
19. лицо, содержащиеся в следственных изоляторах

Знаете ли Вы, что Ваш статус относится к категории лиц, освобожденных от уплаты взносов в Фонд социального медицинского страхования?

*(\*вопрос для тех, кто отметил свой статус между пунктами 5-19 по перечню предыдущего вопроса)*

Да

Нет

Знаете ли Вы свои права и обязанности для получения медицинской помощи в рамках ОСМС?

Да

Нет

Затрудняюсь ответить

Какие медицинские услуги из следующего перечня Вы получили в рамках ОСМС с января 2020 года?

1. Специализированная помощь  
Профилактические медосмотры  
Прием профильных специалистов (кардиолога, невропатолога и т.д.)  
Услуги мобильной бригады на дому  
Динамическое наблюдение профильными специалистами  
Стоматологическая помощь  
Клинико-диагностические услуги (КТ, лабораторная диагностика)  
Процедуры и манипуляции
  2. Медицинская помощь в дневном стационаре
  3. высокотехнологичные медицинские услуги (ЭКМО, трансплантация сердце и т.д.)
  4. медицинскую реабилитацию
  5. лекарственное обеспечение
- Не обращался (ась) за медицинской помощью  
другое \_\_\_\_\_

Отметьте пожалуйста какие изменения в системе здравоохранения оутили ли при обращении за медицинской помощью после внедрения ОСМС ?

- Уменьшился срок ожидания клинико-диагностических услуг  
Увеличилось количество медицинских организаций, оказывающих реабилитацию  
Повысилась доступность прохождения паллиативной помощи  
Расширился перечень бесплатных лекарственных средств  
Появилась возможность выбирать медицинские организации для прикрепления  
Появилась возможность получать медуслуги в частных клиниках по направлению  
Не ощутил(а)  
Появилась возможность проходить дорогостоящие диагностические услуги (КТ, МРТ, лабораторные диагностики)  
Другое \_\_\_\_\_

Считаете ли Вы реформу по внедрению ОСМС как социальную защиту населения и экономической эффективной, так как на сегодняшний день стоимость только приема врача в среднем составляет 3-5 тыс. тенге, а в рамках ОСМС за такую сумму в месяц можно получить весь пакет медицинских услуг (*прием врача, дорогие диагностические процедуры (КТ-диагностику, лабораторные исследования), медицинскую реабилитацию и другие виды медуслуг*) \* - 1 ответ

Да

Нет

Затрудняюсь ответить \_\_\_\_\_

Прикреплены ли Вы к участковому врачу в поликлинике?

Да

Нет

Как часто в год Вы посещаете медицинскую организацию (прием врача, проведение консультативно-диагностических услуг, стационарное и стационарозамещающее лечение, профосмотры (скрининги), выписка лекарственных средств и т.д.)?

Ни разу не посещаю

Ежемесячно

Ежеквартально

Раз в полгода

Раз в год

Другое

С какими проблемами Вы чаще всего сталкиваетесь при обращении за медицинской помощью?

Дефицит медицинских кадров

Отсутствие записей к профильным специалистам

Некомпетентность и грубость медицинских работников

Частые сбои в информационных системах

Не проведение назначенной медицинской услуги в данной организации, в регионе, в республике

Отказ от госпитализации

Направление на платные услуги

Качество медицинской помощи

Длительность ожидания

Не было проблем

Другое \_\_\_\_\_

Вы или Ваши родственники лечились за рубежом за счет государства или за свой счет?

Прошу указать причину.

Да, в рамках бюджетных средств, потому что данное заболевание не лечится в Казахстане

Да, за свой счет, так как доверяю врачам зарубежных клиник

Нет

другое \_\_\_\_\_

Примерно сколько процентов от Вашего годового дохода уходит на платные медицинские услуги?

5-10%

10-20%

20-30%

30-50%

50% и больше

Не прохожу платные услуги, так как все медицинские услуги доступны бесплатно и в рамках ОСМС

Не прохожу платные услуги, так как имею добровольное медстрахование от работодателя (Medicare, Interteach и другое)

В связи с чем Вы проходите медицинские услуги на платной основе?

отсутствием необходимого врача в прикрепленной медорганизации

отсутствием медицинского оборудования или необходимых реагентов для проведения лабораторно-диагностических исследований в данной медорганизации

в связи с длительностью ожидания

в связи с невыдачей направления необходимому специалисту и исследованию

так как в прикрепленной медорганизации не заключен договор соисполнения медуслуги с другой организацией

в связи с грубостью и некомпетентностью медицинского персонала

в связи с качеством медицинских услуг

считаю что бесплатная медицина и бесплатные лекарственные средства

низкоэффективные

Не оплачиваю

другое

Были ли случаи в течение прошлого года когда вы ежемесячно оплачивали взносы и отчисления в Фонд социального медицинского страхования, но при этом ни разу не обращались за медицинской помощью?

Да

Нет

Затрудняюсь ответить

Хотели бы получать персональную информацию о расходах на медицинскую помощь в рамках ОСМС и предоставлять данные о карманных частных расходах на медицинские услуги? Сходили в поликлинику, прошли консультацию невропатолога, КТ-диагностику, после этого Вам на телефон приходит уведомление о том, что Фонд социального медицинского страхования оплатил в медорганизацию за Вас определенную сумму за консультацию врача, за КТ в рамках ОСМС. Также Вы через телефон можете отправить информацию какие услуги Вы прошли платно и причину.

Да

Нет

другое \_\_\_\_\_

Ваше мнение по поводу всеобщего обеспечения доступности стоматологических услуг в рамках ОСМС

повысить % взносов и отчислений в системе ОСМС чтобы страховой пакет покрывал стоматологические услуги

% взносов и отчислений оставить как есть, но обеспечить частичную оплату стоматологических услуг из средств ОСМС

не нужно включать стоматологические услуги в пакет ОСМС

затрудняюсь ответить

другое

Вопрос для активно работающего населения: Хотели бы Вы получать возврат части отчислений и взносов в Фонд в случае ведения Вами здорового образа жизни и ни разу в год не обращались за медицинской помощью ?

Да

Нет

Затрудняюсь ответить

Ваше мнение касательно совместной оплаты расходов медицинских услуг: часть суммы медпомощи субсидируется государством, часть оплачиваете Вы сами. Хотели бы Вы совместную частичную оплату расходов медицинской помощи?

Да

Нет

Затрудняюсь ответить

В случае возникновения жалоб и проблем при получении медпомощи куда Вы обращаетесь для решения вопроса?

Решаю на месте с участием медицинских работников

Служба поддержки пациента и внутреннего контроля медорганизации

Главному врачу медорганизации

Колл-центр Фонда по номеру 1406

Приложение «Qoldau 24/7»

На сайт, официальные страницы в соцсетях Управления здравоохранения региона  
На сайт, блог, официальные страницы в соцсетях Министерства здравоохранения

Оцените работу Фонда социального медицинского страхования и его территориальных отделений по взаимодействию с гражданами (рассмотрения обращений граждан, консультация по вопросам ОСМС и т.д.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Используете ли вы приложение «Qoldau 24/7», госуслугу «Выдача информации об участии в качестве потребителя медицинских услуг и о перечисленных суммах отчислений и (или) взносов в системе Обязательного социального медицинского страхования» ?

Да

Нет

Напишите, пожалуйста, Ваши замечания и предложения по повышению доступности и качества медицинской помощи в рамках ОСМС

ответ \_\_\_\_\_

- В рамках опроса были представлены 253 предложений респондентов касательно реализации системы ОСМС в здравоохранении, из них:

- 48 предложений о необходимости решения вопроса дефицита медицинских кадров, в том числе профильных специалистов, улучшения этики медицинских работников, повышения компетенции медицинских работников, в том числе поощрение за качественное оказание медуслуг, требование от управляющего персонала направление медработников на повышение квалификации, возврат программы первичной подготовки медработников вместо резидентуры и повышения заработной платы врачей до мирового уровня, в том числе путем увеличения тарифов на медицинские услуги;

- 10 предложений о необходимости инфраструктурного развития систем здравоохранения, в том числе в сельской местности, а также привлечение частного сектора;

- 16 предложений о необходимости улучшения работы медицинских информационных систем, скорости интернета, улучшения работы колл-центров, записей к врачам через приложения. Возможность для медицинских организаций открыть доступ для выгрузки списка незастрахованных лиц для разъяснительной работы с населением;

- 28 предложений по расширению пакета медицинских услуг в рамках ОСМС: включить стоматологические услуги (13 предложений), расширить клиничко-диагностические услуги, в том числе лабораторные и перечень бесплатных лекарственных средств;

- 45 предложений касательно необходимости улучшения качества и доступности медицинской помощи, в том числе медуслуг профильных специалистов (нейрохирургов, аритмологов и другие), снижение сроков ожидания и организация записей к ним, запрет платных услуг оказываемых в рамках ГОБМП и ОСМС;

- 31 предложений о необходимости проведения широкомасштабной информационно-разъяснительной работы по правам и обязанностям населения в системе ОСМС, по пакету медицинских услуг, в том числе через СМИ, через приложения в телефоне. Контроль вышестоящих организаций за проведением медорганизациями информирования пациентов;

- 12 предложений касательно изменений в правила оказания медицинских услуг, в том числе запись к профильным специалистам без посещения участкового врача. Возможность выбирать врача для прикрепления, а не поликлинику хоть с частичной оплатой. Возможность лечения в другом регионе, в частной клинике по выбору пациента без прикрепления, покупка препарата в любой клинике за счет взносов и отчислений. При неиспользуемости взносов и отчислений направление на санаторно-курортное лечение, на лечение членов семьи или на покупку лекарств для нужд семьи;

- 27 предложений касательно взносов и отчислений в системе ОСМС. Предложено как при первичном обращении незастрахованным гражданам и молодым специалистам недавно устроившимся на работу снизить предварительную оплату взносов за 12 месяцев для получения медицинской помощи. Взимать взносы и отчисления у работника работающего в двух и больше местах только с одного места работы. В случае не обращения за медицинской помощью в отчетном году перечисление взносов и отчислений этого года на следующий год. Сокращения льготных категорий лиц за которых взносы оплачивает государство путем перечисления взносов самими этими лицами и сооплатой медуслуг. Регламентация ответственности за отсутствие статуса застрахованности:

- 34 предложений в целом по системе о том, что государство должен обеспечивать народ бесплатной медицинской помощью, совершенствовать систему ОСМС;

- 2 предложения расформировать Фонд социального медицинского страхования чтобы была конкуренция между страховыми компаниями.

**Аналитическая записка к магистерскому проекту  
на тему «Внедрение обязательного социального медицинского страхования:  
повышение доступности и качества медицинской помощи»**

*Автор проекта: Мұхаметбек Бағжан Маратқызы*

*Научный руководитель: Зейнельгабдин Алтай Болтайханович, д.э.н, профессор*

<b>Идея проекта</b>	Повышение доступности и качества медицинской помощи населению Республики Казахстан в рамках реализации ОСМС
<b>Проблемная ситуация (кейс)</b>	<p>Несмотря на увеличение финансирования системы здравоохранения, повышения доступности отдельных видов медицинской помощи в Казахстане итоги реализации ОСМС за 2020 год показал необходимость решения некоторых проблем. Первый вопрос слабый уровень менеджмента здравоохранения, что сопровождается информированностью населения о своих правах и обязанностях в системе ОСМС не на должном уровне, застрахованностью только 84,0% населения в системе и неприкрепленностью к участковому врачу 212 744 человека. Только Фондом соцмедстрахования в 2020 году обработано 720 тысяч обращений и 8 тысяч жалоб на недоступность консультативно-диагностических услуг, дефицит кадров, длительность ожидания медицинской помощи, этику и некомпетентность медицинских работников, отказ в госпитализации, направление на платные услуги, качество оказания медицинской помощи. Также в 2020 году по республике дефицит кадров составлял 4244 шт. ед., уровень качества знаний медработников по вопросам ОСМС составил 59%.</p> <p>Следующим актуальным вопросом является прозрачность распределения бюджетных средств и взносов и отчислений Фонда соцмедстрахования. По итогам 2020 года Фонд соцмедстрахования выявил более 21 тысячи фактически не оказанных услуг поставщиками медуслуг на сумму 290,9 млн тенге, что подтверждает необходимость обеспечения прозрачности расходов здравоохранения.</p> <p>Также инфраструктурное развитие системы требует внимания. С внедрением ОСМС увеличилось финансирование оказания медицинских услуг, а капитальные расходы продолжают финансироваться государством через бюджетные программы и за последние годы составляет около 5 % бюджета (в 2017 году -6,2%, 2018 году – 6,7%, 2019 году -5,9%). В то время как в республике более половины медицинских объектов изношены и оснащенность медицинской техникой составляет 72,5%.</p>
<b>Имеющиеся решения данной проблемы</b>	<p>Классификация существующих подходов</p> <p>На сегодняшний день руководители медицинских организаций в основном клиницист и менеджер в одном лице, что в комплексе не дает необходимого управленческого эффекта и подтверждается жалобами граждан на качество и доступность медицинской помощи, не достижением стратегических целей медорганизациями.</p>

	<p>Государственными органами и Фондом соцмедстрахования размещаются информация по исполнению бюджета здравоохранения и распределению активов Фонда, однако без детализацией в разрезе регионов. Также Фондом проводится мониторинг договорных обязательств субъектами здравоохранения, который мониторирует качества оказанных услуг и выявляет факты приписок.</p> <p>Инфраструктурное развития идет через частное инвестирование или же доступность медицинской помощи обеспечивается за счет привлечения медицинских организаций частного сектора. Однако на инфраструктурное развития государством выделяется небольшая доля бюджета, что не способствует развитию инфраструктуры на должном уровне.</p>
<p><b>Предлагаемое решение данной проблемы</b></p>	<p>Учитывая вышеизложенное, предлагаем:</p> <p>1. Повышать потенциал менеджеров здравоохранения. На должности главного менеджера медорганизаций отбирать кандидатов имеющих основные компетенции по законодательству и экономике здравоохранения, операционному, стратегическому, инновационному менеджменту и бизнес управлению, по управлению персоналом, финансами, проектами, изменениями качеством и информационными технологиями. Привлекать выпускников медицинских вузов по специальности «Общественное здравоохранение», «Менеджмент в здравоохранении» работающих в поликлиниках и больницах на мониторинг реализации ОСМС в данных медорганизациях. Усилить роль Фонда соцмедстрахования в защите интересов пациентов. Для повышения доступности медицинской помощи Фонду совместно с Управлениями здравоохранения регионов, НПП «Атамекен» необходимо провести широкую информационно-разъяснительной работу среди населения, работодателей, субъектов малого и среднего бизнеса, мигрантов о правах и обязанностях в системе ОСМС и в рамках ГОБМП, в том числе активизация работы в социальных сетях и через приложение «Qoldau 24/7». Нужно усилить взаимодействие с общественными объединениями по мониторингу доступности и качества медицинской помощи с распространением информации о результатах мониторинга.</p> <p>Фонду совместно с Управлениями здравоохранения регионов необходимо провести обучения медицинских работников по актуальным темам исходя из анализа поступивших обращений по системе ОСМС и по итогам обучения провести повторную оценку знаний, для выявления сильных и слабых сторон в реализации ОСМС.</p> <p>Для решения дефицита кадров с учетом увеличения заработной платы медицинских работников необходимо провести анализ причин ухода медработников с государственного сектора, в том числе с сельской местности и мотивации медицинских работников. С участием представителей государственного органа в области здравоохранения и неправительственного сектора (медицинские ассоциации, профессиональные союзы) один раз в полгода проводить мониторинг фактического уровня заработных плат и социального обеспечения медицинских работников в государственных медицинских организациях, в том числе в сельской местности с опубликованием результатов мониторинга.</p>



	<p>2. В целях повышения солидарной ответственности и обеспечения прозрачности бюджета здравоохранения и активов Фонда предлагаем предоставлять населению персонализированную информацию о расходах на медицинские услуги в рамках ГОБМП и ОСМС согласно тарифам медицинских услуг. Также пациентам необходимо предоставлять возможность через телефон отправлять информацию в Фонд о прохождении медицинских услуг в рамках ГОБМП и ОСМС на платной основе с указанием причины и прилагая подтверждающие документы (чеки, договора об оказании медицинской услуги). Данный функционал можно осуществить через приложение «Qoldau 24/7».</p> <p>Согласно опыта Германии с целью повышения привлекательности ОСМС и мотивации участия граждан в системе предлагаем рассмотреть Фонду соцмедстрахования возможность возврата части взносов и отчислений активно-работающих лиц при введении ими здорового образа жизни и неиспользования медицинских услуг в течение отчетного года, либо разработку тарифов для повышения привлекательности ОСМС, с помощью которых будет возможность оплатить расходы медицинских услуг, которые наиболее востребованные с наименьшей доступностью и не входящие в пакеты ГОБМП и ОСМС (стоматологические услуги, санаторно-курортное лечение, непрямая пульсовая эластометрия печени, онкомаркеры, консультация гематолога и т.д.).</p> <p>3. Как показывает анализ бюджетов местных исполнительных органов в основном доля бюджетных расходов на здравоохранения не превышает 5% от общего бюджета региона за исключением некоторых регионов (в 2019 году - в Павлодарской области 5,2 %, в 2020 году – в СКО -5,1%, Костанайской области -6,2%, Павлодарской области -6,2%, г.Алматы – 6,5%). Соответственно местным исполнительным органам рекомендуется увеличить бюджет здравоохранения, направить эти финансовые средства на развитие инфраструктуры и на капитальные расходы. Также Управлениям здравоохранения регионов необходимо разработать планы по развитию инфраструктуры здравоохранения и расширению базы потенциальных поставщиков для обеспечения доступности наиболее востребованных услуг.</p>
<p><b>Ожидаемый результат</b></p>	<p>Принятие вышеуказанных рекомендаций позволит повысить информированность населения о системе ОСМС, о правах и обязанностях в рамках ГОБМП и ОСМС, повысит качества знаний медицинских работников, улучшить взаимодействие между пациентами и Фондом, Управлениями здравоохранения регионов, узнать причины ухода медицинских работников из государственного сектора здравоохранения, принять соответствующие меры по снижению дефицита кадров, развивать инфраструктуру. Механизм обратной связи между Фондом и населением обеспечить прозрачность системы ОСМС, повысить уровень доверия граждан управляющим институтам системы здравоохранения, даст возможность определять в каком регионе какие медицинские услуги наиболее востребованы с наименьшей доступностью. Также предложение тарифов застрахованным лицам может повысить солидарную ответственность и мотивировать</p>

	<p>население вести здоровый образ жизни, так как у него появится возможность частично управлять своими взносами и отчислениями.</p> <p>Ожидается реализация указанных комплексных мер повысит качество и доступность медицинской помощи и увеличить долю застрахованного населения в системе ОСМС.</p>
<p><b>Литература</b></p>	<p>1 Материалы собрания Департамента координации ОСМС Министерства здравоохранения Республики Казахстан с управления здравоохранения регионов от 26 февраля 2021 года, коллегии Министерства здравоохранения РК, 1 марта 2021 года</p> <p>2 Материалы Департамента координации ОСМС Министерства здравоохранения Республики Казахстан</p> <p>3 Материалы коллегии Министерства здравоохранения РК, май 2020 года</p> <p>4 В 2020 году Фондом принято и обработано 720 тысяч обращений от населения – Б.Токежанов // <a href="https://fms.kz/press-center/press-relizy/8551/">https://fms.kz/press-center/press-relizy/8551/</a>. Дата обращения: 22.01.2021 год</p> <p>5 Национальные счета здравоохранения. // <a href="http://www.rcrz.kz/index.php/ru/2017-03-12-10-51-14/nats-scheta-zdravookhraneniya-ntsz">http://www.rcrz.kz/index.php/ru/2017-03-12-10-51-14/nats-scheta-zdravookhraneniya-ntsz</a> .Дата обращения: 08.04.2021</p> <p>6 В 2020 году ФСМС выявил 1,2 млн дефектов по оказанным медицинским услугам – Б.Токежанов // <a href="https://fms.kz/press-center/press-relizy/18069/">https://fms.kz/press-center/press-relizy/18069/</a> . Дата обращения: 05.03.2021</p> <p>7 Анализ гражданского бюджета регионов согласно официальных данных с сайтов Управления экономики и бюджетного планирования регионов</p> <p>8 Busse R. et al. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition //The Lancet. – 2017. – Т. 390. – №. 10097. – Р. 882-897.</p>