

БАҚ үшін

ақпарат

(МӘМС енгізу мерзімдері ағымдағы заңнамаға сәйкес көрсетілген)

МІНДЕТТІ ӘЛЕУМЕТТІК МЕДИЦИНАЛЫҚ САҚТАНДЫРУДЫ ЕНГІЗУ

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНІҢ НЕГІЗГІ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Жаңа және тиімді денсаулық сақтау жүйесін құру, бұрыннан қарастырылуда. Әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесін енгізуге мынандай қиындықтардың туындауынан алып келді: денсаулық сақтау саласындағы ынтымақтастықтың және жұмыс берушілердің жоқтығы, қаржы жүйесінің тұрақсыздығы, және құрылымы мен көрсетілетін медициналық көмектің тиімділігі аздылығынан.

Денсаулық сақтау саласындағы азаматтар мен жұмыс берушілердің ынтымақтастығының жоқтығының салдарынан денсаулық сақтау тек мемлекеттің ауыртпалығы болып табылады, ал азаматтар үшін тек тұтынушылық көзқарас қалыптасты.

Осылайша, мысалыға айта кетсек, диспансерлік науқастардың құрылымында - 2,2 млн адам(немесе 44,9%), оның ішінде қан айналымы жүйесі (37,3%), қант диабеті (7,6%). Өңделген жағдайларда және БСК құрылымы 16% құрады, ал олар бойынша шығыстар 2015 жылғы есеп бойынша немесе төленген жалпы сомасының 34% құрады. ауруы бар адамдар болып табылады. және Өңделген жағдайларда және БСК - 39% өлім-жітім.

Қазіргі уақытта, денсаулық сақтау жүйесі қаржылық тұрақты емес болып табылады және жеткілікті тиімді емес, сондықтан қазір стационарлық көмек шығындарын жоғары қарастарып жатыр, ал ЭЫДҰ елдерінде бұл көрсеткіш 34% -ды құрайды.

Сонымен қатар, бүгін біз медициналық ұйымдардың тиімділігінің төмендігінен, әлсіз тарифтік саясат және қаражатты әділ жұмсаудан құралып жатқан медициналық ұйымдарды басқарудың тиімсіз тұстарын байқап отырмыз.

Сондықтан, ғимараттардың шамамен 65% 30 жылдан астам жұмыс істейді, ал медициналық техниканың орташа тозуы - 35%. Тиісінше жоғары капитал және операциялық шығындар айтарлықтай нәтижелерге қол жеткізуге ықпал етуі байқалады.

Сонымен қатар, үлкен шығындар мен амортизациялық күрделі аударымдар ескермейтін, медициналық және IT технологияны пайдалану шығындарын және қаржылық қызметтердің құнына есебінсіз шығындарға сәйкес келмейтін тариф құрылымы пайда болды.

Көріп отырғанымыздай, қолданыстағы негізгі мәселелер денсаулық сақтау жүйесі моделін қайтадан қарастыруды талап етеді және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесіне көшу керектігін көрсетеді.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ҚАРЖЫЛАНДЫРУДЫҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕСІ

Медицинаны қаржыландыру моделін Таңдау кезінде және медициналық сақтандыру жүйесін талдауда халықаралық тәжірибені мониторингілеу бойынша ауқымды жұмыстар жүргізілді.

Бұл тәжірибе қаржыландыру көзіне байланысты әлемде төрт негізгі модельдер басым екенін көрсетті. Бұл модельді 22 ел қолданады. Бұл модель медициналық көмекпен халықтың барлығын қамту үшін 54 елдерде пайдаланылады.

1. Бюджеттік модель - жалпы салық қаражаттың негізгі көзі болып табылады Төмен соңына модельдер. Бұл модель 22 елде пайдаланылады. Бұл Ұлыбритания, Австралия, Канада, Солтүстік Еуропа елдері болып табылады.
2. Әлеуметтік медициналық сақтандыру - қаржыландыру Жұмыс берушінің жарналары мен қызметкердің міндетті ынтымақтастық сақтандыруна байланысты. Бұл модель 30 елінде жұмыс істейді. Ол Германия, Франция, Жапония, Корея, және басқалары болып табылады.
3. Жеке медициналық сақтандыру - қаржыландыру жұмыс берушілер немесе қызметкерлер ерікті сақтандыру жарналары есебінен құрылады. Бұл модель АҚШ қолданылады.
4. Денсаулық жинақ шоты - жоғарыда модельдердің түрлі элементтерінің тіркесімін пайдаланады. Бұл жиынтық медициналық шоттар және ерікті сақтандыру. Мұндай модель Сингапур көруге болады.

Мемлекет кез келген моделде де халықтың әлеуметтік осал топтарына медициналық қызмет көрсету үшін жауапты екенін айта кету керек.

ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕ

Халықаралық тәжірибе МӘМС жүйелерінің ең қаржылай тұрақты модельдерінде келесілер бар болады деп болжайды:

- Денсаулық сақтау қаржыландырудың жалпы көлемі ЖІӨ-нің кем дегенде 5-8% құрайды;
- Қызметкер мен жұмыс беруші төлемдер үлесі елдің даму деңгейіне байланысты өзгереді (Германияда еңбекті төлеу фондынан - 14,1%, Австрияда (фермерлер)- 6,5% -ға, (зейнеткерлер) 11% -ға дейін, Францияда - 13,6%, Ресейде 5,1% -ға)
- МӘМС жүйелер өзін-өзі реттеу жоғары деңгейіне ие және барлық әлеуметтік даму серіктестер басқаруға қатысады;
- Қаржыландыру мемлекеттің, жұмысберушілер мен қызметкерлердің бірлесіп қамтамасыз етіледі;
- Қаражатты жинақтау бір пулға жүзеге асырылады;
- Шынайы және теңгерімді тарифтік саясат бар – тарифтер келіссөздер арқылы белгіленеді және амортизациялық шығындарды қамтиды;
- Орындау бағытталған төлем қызметтерін, әдістерін қолданылады.

МӘМС ҚАЗАҚСТАНДЫҚ МОДЕЛІ

Қазақстан Орталық және Шығыс Еуропа елдерінде табысты түрде жүзеге асырылып келе жатқан және Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы ұсынған Бірыңғай төлеуші үлгісімен жұмыс істейтін болады. Бұл модель бір-төлеуші әлеуметтік әділеттілікті қамтамасыз етеді және бірнеше бәсекелес міндетті сақтандыру қорларының моделінен астам артықшылықтары бар.

Бірыңғай төлеуші моделін артықшылықтарының арасында, сондай-ақ келесілерді көруге болады:

- медициналық көмектің бірыңғай пакеті және еліміздің әрбір тұрғынының оған тең қол жеткізе алуы

- төмен әкімшілік шығындардың салдарынан жоғарғы тиімділік
- барлық сақтандыру тәуекелдерін бір қорға жинақтау
- халықтың қажеттіліктеріне байланысты формула негізінде өңірлерге қаражатты толығырақ икемді етіп тарату
- медициналық қызмет көрсетушілер келісім-шарт және төлеу үшін бірыңғай ережелерді жасау
- ұлттық денсаулық сақтау саясатты іске асыру құралы ретінде мемлекеттік монополия сақтау

МӘМС МАҚСАТЫ, ҚАҒИДАТТАРЫ МЕН МІНДЕТТЕРІ

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру мақсаты қаржылық тұрақтылығын қамтамасыз ету және еліміздің әлеуметтік-демографиялық дамуын қамтамасыз етуге бағытталған денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігін арттыру үшін, бірлескен және бірнеше міндеттемені енгізу болып табылады.

Медициналық сақтандыру қағидалаы:

- әмбебап қамту және міндеттілік
- әлеуметтік әділеттілік
- ортақ жауапкершілік
- денсаулық сақтауды пайдалануға тең қол жеткізділік
- қаржылық тұрақтылық
- Сапаға ерекше назар аудару

МІНДЕТТЕР:

Халықтың денсаулығын ауыртпалығын бөлісуде, өз денсаулығын нығайтуда және қоғамдық жауапкершілігін қамтамасыз етуде қоғамдық ынтымақтастыққа қол жеткізу.

Қаржыландыру көздерін әртараптандыруға мүмкіндік беретін, , жүйелік сыртқы факторлар мен шығыстардың ұлғаюына қарсылығын қамтамасыз етеді, ол сондай-ақ толық ашықтығын қамтамасыз ететін жүйеде қаржылық тұрақтылықты жасау.

МӘМС ЖҮЙЕСІНЕ ҚАТЫСУШЫЛАРДЫҢ ҚҰЗЫРЕТТІЛІГІ

Міндетті медициналық сақтандыру жүйесінің мүшелері Міндетті медициналық сақтандыру қоры, Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министірлігі және жергілікті атқару органдары.

ДСӘДМ

- денсулық сақтау саласында жаңа саясат енгізіп, орындайды
- медициналық көмек көрсету саласында медициналық және фармацевтикалық қызметте қолданылатын біліктілік талаптарын аккредитациялау бойынша стандарттар енгізеді
- қоғамдық денсаулық сақтау қызметін ұсынады (ұйымдастыру және қаржыландру)
- мемлекеттік тегін медициналық көмектің мөлшерін жоспарлайды және қаржыландырады
- денсаулық сақтаудағы кадрлық саясатты қадағалау және жоспарлау
- медицинадағы ғылымның дамуын қадағалайды
- МӘМС субъектілерін қадағалайды
- МӘМС тарифтерін және әдістемелеріне жасайды
- МӘМСтегі медициналық көмектің тізімін бектеді

Қор

- МӘМС активтерін жинастырады (штрафтар, инвестициялық кірістер және өсімдер)
- ТМККК және МӘМС көлемін анықтау процесінде қатысады; (бағаларын тежеу тізімін әзірлеу, тізімдер, тарифтерді және ТМККК қаржыландыру үйлестіреді)
- Жеткізушілер тізімін және денсаулық сақтау тұтынушыларды реестрін құрады;
- ТМККК және МӘМС көлемін жоспарлайды
- медициналық қызмет көрсету сапасы мен көлемін талдайды;
- ТМККК және МӘМС төлемдерін жасайды;
- денсаулық сақтау ақпараттық жүйелерді дамытады
- МӘМС медиа қолдауын қамтамасыз етеді.

ЖАО:

- медициналық қызмет көрсетудің барлық азаматтар үшін қол жетімді болуын қамтамасыз етеді;
- өңірдегі денсаулық сақтау саласы жеткізушілерінің инфрақұрылымды дамытуын және тиімділігін арттыру жөнінде шаралар қабылдайды;
- Аймақта медициналық көмек көрсетуді және денсаулық сақтау ұйымдарының желісін қамтамасыз етеді;
- Көлемдерді жоспарлауға қатысу;
- МФҚБК бірге медициналық және фармацевтикалық қызметті лицензиялауға қатысады;
- Денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстарын дамытуды қамтамасыз ету.

ҚР МӘМС ҚЫЗМЕТІНІҢ ЖАЛПЫ СЫЗБАСЫ

Қаржыландыру көздері үкімет, жұмыс берушілер, жұмысшылар, кәсіпкерлер мен жеке тұлғалар болады. Медициналық қызмет көрсетуді жүзеге асыратын төлеуші медициналық сақтандыру қоры болып табылады, ол төлемді бюджеттік-сақтандыру қорларының есебінен қаржыландырылатын болады.

МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУ ПАКЕТІН ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ БІРТІНДЕП ӨЗГЕРУІ

Мемлекеттің экономикалық белсенді емес халық үшін МӘМС үлес ставкасының біртіндеп артуы және ТМККК қаржыландырудың медициналық көмектің түрлерін (пакеттер) параллель түрде қысқартуына байланысты қайта бөлінетін болады.

Мәселен, 2018 жылдың 1 қаңтарынан бастап мемлекет халықтың әлеуметтік тұрғыдан осал топтары үшін - 4% бөледі, 2019 жылдан бастап - 5%, 2020 жылдан бастап - 6%, 2021 жылдан бастап - 7%. Қызметкерлері үшін жұмыс берушілердің жарналары 2020 жылдан 5%-ға жеткізу үшін, 2017 жылдың 1 шілдесінен бастап 2% төлейтін болады.

Дара кәсіпкерлердің, жеке нотариустардың, жеке сот орындаушыларының, адвокаттардың, кәсіпқой медиаторлардың, азаматтық-құқықтық сипаттағы шарттар бойынша табыстар алатын жеке тұлғалардың қорға тқленетін жарналары 2017 жылдың 1 қаңтарынан бастап - 2%, 2018 жылдың 1 қаңтарынан - 3%, 2019 жылдың 1 қаңтарынан - 5%, 2020 жылдың 1 қаңтарынан 7% құрайды.

Қаржыландыруды төмендету ТМККК пакетін азаюына әкеп соғады: егер 2017 жылы оған жедел жәрдем және санитариялық авиация, маңызды ауруларды емдеудегі және төтенше жағдайлардағы медициналық көмек, профилактикалық екпелер, ал өзін-өзі өнімсіз жұмыспен қамтитындар республикалық қаражат есебінен амбулаториялық дәрі дәрмекпен қамтамасыз етілген амбулаторлық емханалық көмек беру қарастырылатын болады.

Амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етілген амбулаторлық-емханалық көмек 2020 жылдан бастап бұл пакеттен жойылады.

Өз кезегінде, МӘМС шеңберінде медициналық қызметтердің сақтандыру пакеті керісінше кеңейтіледі. Сонымен қатар, 2017 жылы оған енгізілген, амбулаторлық емханалық, стационар, стационарлық көмек, қалпына келтіру

емі, медициналық оңалту, паллиативті көмек көрсету, мейірбике және жоғары технологиялық көмекпен қоса оған әлеуметтік-маңызды ауруларды қоса отырып стационарлық медициналық көмек кіреді: 2018 жылы 4 әлеуметтік маңызды аурулар қосылады 2018 жылы 10. Сонымен қатар, амбулаториялық-емханалық көмек және амбулаториялық дәрі дәрмекпен емдеу кеңейтіледі: егер 2017 жылы олар тек МӘМС пакеті шегінде ғана сақтандырылуға қолданылатын болса, онда 2020 жылдан бастап онымен олардың отбасы мүшелері пайдалана алатын болады.

МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТЕРДІҢ ҚАРЖЫЛАНДЫРЫЛҒАН ПАКЕТТЕРІ КЕЛЕСІЛЕРДІ ҚАМТИДЫ:

1) Барлық қызметтер үшін базалық жиынтық. Ол мыналарды қамтиды: жедел жәрдем және санитариялық авиация, әлеуметтік мәні бар аурулардың және төтенше жағдайдағы медициналық көмек, профилактикалық егулер.

Өзін-өзі өнімсіз жұмыспен қамтушыларға 2020 жылға дейінгі республикалық бюджет есебінен амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету амбулаториялық көмекті көрсетуді қамтамасыз етілген.

2) Міндетті медициналық сақтандыру, тек сақтандырылған адамға қызмет көрсетеді: Бұл амбулаториялық-емханалық көмек, стационарлық көмек (әлеуметтік мәні бар аурулардың қоспағанда), стационарлық көмек (әлеуметтік-маңызды ауруларды қоспағанда), қалпына келтіру емі және медициналық оңалту, паллиативті көмек және мейірбике күтімін, жоғары технологиялық көмекті қамтиды.

3) Сақтандыру компанияларының қызмет пакеті - жеке медициналық сақтандыру шарты бойынша.

ЖАРНАЛАР МЕН АЛЫМДАРДЫ ЖИНАУ ЖӘНЕ САҚТАУ

Түсімдер сызбасы төмендегідей:

Мемлекет қаражатты ҚР ҚМ Қазынасына жібереді, ол жақтан олар Қазақстан Республикасы Ұлттық Банкінің Қазақстан банкаралық есеп айырысу орталығына түседі. Өз кезегінде, қызметкерлер, жұмыс берушілер, өз бетінше жұмыспен қамтылғандар екінші деңгейдегі банктерге жарналарын аудару арқылы ақша аударатын болады, онда олар да, Қазақстан Республикасы Ұлттық Банкінің Қазақстан банкаралық есеп айырысу орталығы түседі. Мемлекеттен түскен және жарналар есебінен қосылған қаражаттар ЗТМО Терминалына түседі және одан әрі әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының ақпараттық жүйесіне түседі.

▪ Қор жұмыс берушілер мен қызметкерлер, сондай-ақ ТМККК мақсатты трансферттер үшін түскен жарналарды жинақтайтын болады.

▪ бұрын медициналық көмектің жергілікті бюджеттен қаржыландырылатын түрлері енді қорға берілетін - бұл рәсімдердің бірлігі мен сапасын қамтамасыз етеді және **бюджетаралық қатынастар хақында (алыну мен субвенциялар) Бюджет кодексіне өзгерістер енгізуді талап етеді.**

▪ Қазақстанда бұрыннан бар тәжірибеге сәйкес МӘСК түскен жарналарды бақылауды Мемлекеттік табыс комитетіне беру ұсынылады - бұндай тәсіл әлеуметтік сақтандыру міндетті жүйесі бар көптеген елдерде қолданылады.

▪ сондай-ақ жарналар желілерін қайталайтын нұсқасын жасамай қазірдің өзінде бір жүйеге келген және жұмыс жасап жатқан жүйені сақтауға болады - төмен әкімшілік шығындар және үлкен тиімділік.

▪ мемлекеттік корпорациясы автономды ұйым ретінде барлық түсімдердің жеке есебін жүргізеді.

▪ Мемлекеттік табыс комитеті мен мемлекеттік корпорациясы жүйелер арасында қажетті ақпаратты ұсынумен ақпарат алмасу күнделікті негізде жүзеге асырылатын болады - бұл (бақылау және мониторинг үшін) **қорға төлемдер мен салымдары бойынша жіктелген есеп бойынша және бірыңғай төлем құжаттарын қалыптастыру бойынша МТК ақпараттық жүйелерді қайта қарауды талап етеді.**

ҚЫЗМЕТТЕРДІ САТЫП АЛУ БОЙЫНША ҚОРДЫҢ ІС ШАРАЛАР КЕШЕНІ

- **Медициналық көмек шығындары мен көлемін жоспарлау.** Бұған қордың МӘМС жүйесінде және ТМККК шеңберінде көрсетілетін медициналық қызметтер және төленген шығыстар сомасының қажеттіліген бағалау кіреді.
- **Әлеуетті өнім берушілерді таңдау.** I кезең: жергілікті атқарушы органдар Бірыңғай тізіліміне енгізу үшін жеткізушілерді таңдауын шығарады. Әрі қарай бірыңғай тізіліміне енгізілген БМСК әлеуетті өнім берушілердің арасында халық тіркелімі бойынша компаниялаға жіберіледі.
- **Келісім-шарт жасау.** II-ші кезең: келісім-шарттар бойынша бірыңғай тізілімге енгізілген әлеуетті өнім берушілермен қор арасында келіссөздер жүргізіледі. Келіссөздер нәтижесі шарт жасасу болып табылады.
- **Шарттық міндеттемелерді орындау.** Келісім-шарт міндеттемелерінің орындалуы бақылауда болады: медициналық қызмет көрсетушілер

көлемі мен сапасын бақылау. Оларды орындалған жағдайда медициналық қызмет көрсету үшін төлем жүзеге асырылатын болады.

ҚОРДЫҢ ҚЫЗМЕТТЕРДІ САТЫП АЛУДАҒЫ НЕГІЗГІ ҚАҒИДАЛАРЫ:

- денсаулық сақтау міндеттемелері бойынша міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру теңдестірілген кіріс жүйесі;
- міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық қызметтерге аймақтардың қол жеткізуін қамтамасыз ету;
- денсаулық субъектілерінің теңдігі;
- адал бәсекелестік;
- медициналық қызметтер сапасы мен тиімділігі.

ҚЫЗМЕТТЕРДІ САТЫП АЛУ ПРОЦЕДУРАСЫ: 1-КЕЗЕҢ: ӘЛЕУЕТТІ ЖЕТКІЗУШІЛЕРДІ ТАҢДАУ 2-КЕЗЕҢ: ШАРТТАР ЖАСАСУ

Медициналық ұйым (республикалық, облыстық, қалалық, аудындық) ҚР ДСӘДМ, Қордың интернет-ресурстарынан қызметтерді сатып алу өткізілетіндігі туралы хабарландырудың іздейді - порталы Қордың / E-GOV арқылы қатысуға өтінім жібереді - Қордың өкілдері кіруге қол жеткізуін қамтамасыз етеді - қорымен келіссөздер жүргізеді, онда келісім-шарт жасасу бойынша қызмет көрсету көлемі, түрлері, деңгейі мен санын көрсетіледі - келісім-шарттар жасасады.

Денсаулық сақтау басқармасы (облыстар, республикалық маңызы бар қалалар) 1-кезең: ҚР ДСӘДМ медициналық қызмет көрсету аясын келіседі - Қорда / E-GOV тіркелген қатысуға сұраулар өңделгеді - комиссия ашық бақылаушылар мен әлеуетті жеткізушілердің қатысуымен өтінімдерді қарайды – жеткізушілердің Бірегей тізімін жасайды - қорыдың порталы / E-GOV арқылы қорытындысы бойынша жеткізушіні және қорды хабардар етеді.

Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры (2-кезең): ҚР ДСӘДМ медициналық қызмет көрсету көлемі мен қажетті шығындарды келіседі - белгіленген талаптарды(1-кезең) көрсете отырып МӘМС жүйесінде сатып алу туралы хабарландыру жариялайды - Бірыңғай тізілімінде тіркелген әлеуетті өнім

берушілердің өтінімдерін қарайды - Қордың порталы / e-gov арқылы бірыңғай тізілімдегі әлеуетті жеткізушілерге шарт бойынша келіссөздер басталғанын және медициналық ұйымдарды жасалатын ықтимал сапары туралы хабарлайды – танысу мақсатына әлеуетті қызмет жеткізушілерін барады, медициналық қызметтер көрсетілген көлемінің қатысу және үйлестіру үшін өтініште көрсетілген мәліметтердің сәйкестігін тексереді - шарттарға сәйкес, медициналық қызмет көрсету көлемі мен келісім-шарт сомасы туралы келісім-шарт жасасуға байланысты келіссөздер жүргізеді - медициналық қызметтерді сатып алу туралы шарт жасасады - медициналық қызметтерді сатып алу нәтижелері туралы хабарлайды.

ӘЛЕУЕТТІ ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУШІЛЕРГЕ ҚОРДЫҢ ҚОЯТЫН ТАЛАПТАРЫ

Жеткізушілердің бірыңғай тізілімінде енгізілуі үшін жеткізушіге қойылатын талаптар:

- Заңды әлеуеті (заңды тұлғалар үшін) азаматтық қуаты(жеке тұлғалар үшін) бар;
- Төлеу мүмкіндігі бар, салықтық берешегі болмауы керек;
- таратылатын немесе банкроттық жағдайлары болмауы керек;
- материалдық және еңбек ресурстары бар

Осы талаптарға сәйкес медициналық ұйымдардың жеткізушілердің Бірыңғай тізіліміне қосулады, ал содан кейін келісімге қол қойылады.

Басымдық құқығы бар медициналық ұйымдар:

- 1) Қазақстан Республикасы «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі» Кодексіне сәйкес денсаулық сақтау саласында аккредиттеуден өткен;
- 2) қызметтерді сатып алу айының алдындағы айдың есебімен, үш жыл бойы үздіксіз Қазақстан Республикасының аумағында тиісті медициналық көмек көрсету тәжірибесі бар
- 3) бекітілген талаптарға сәйкес, өз ақпараттық жүйесі бар.

Қызмет көрсету үшін рұқсат етілмейтін ұйымдар:

- 1) шешім қабылдауға құқылы құрылтайшысы, қатысушысы немесе акционері қордың қызметкері болып табылса (немесе оның жақын туыстары, жұбайы (лар));
- 2) қызметтерді сатып алу шарты Қормен алдыңғы үш жыл бұрын жасасқан, орындамағаны, кешіктірген немесе тиісті орындамағаны үшін біржақты тәртіпте тоқтатылған болса;
- 3) қызметтерді сатып алу шарты Қормен алдыңғы үш жыл бұрын жасасқан, денсаулық сақтау субъектісінің бастамасымен біржақты тәртіпте тоқтатылған болса;
- 4) Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес қаржы-шаруашылық қызметі тоқтатылған болса;
- 5) заңды тұлғаның қызметі туралы жалған ақпаратты қамтитын дұрыс емес деректер және (немесе) ақпарат берген.

ӘЛЕУЕТТІ ЖЕТКІЗУШІЛЕР ҮШІН БИЗНЕС-ПРОЦЕСТЕР

1-кезең

- 1) ҚР ДСӘДМ, ДСБ, Қордың интернет-ресурстары орналастырылған қызметтерді сатып алу жөніндегі хабарландырулар іздеу. Хабрлама мерзімі: 1 тамыздан кешіктірмей.
- 2) E-GOV порталы арқылы қатысу үшін өтінімді беру. Қатысуға өтініштердің аяқталу мерзімі: бір ай көлемінде. Қатысуға өтініш электрондық цифрлық қолтаңбасымен қол қойылады.
- 3) Жеткізушілердің бірыңғай тізіліміне қосу процедурасы. Қатысу үшін өтініштерді автоматты өңдеу; талаптарын қанағаттандыру үшін, қатысу үшін өтініште көрсетілген мәліметтерді тексеру; жеткізушілердің бірыңғай тізіліміне енгізу / енгізбеу жөніндегі комиссия хаттамасын қабылдау.

2 - кезең

- 4) Қызметті сатып алу келісімнің жасас процедурасы. Критерийлері: Әлеуетті жеткізушінің тәжірибесі, мамандандырылған кеңселер мен олардың төсек қуаты болуы; халықтың ауысымдар саны; өлім-жітім (өлім-жітім); негізделген шағымдардың саны; бұрын жасалған келісім-

шарттар бойынша міндеттемелерді орындау; қоса беріліп отырған халықтың саны туралы ақпарат.

ӘМСҚ 1-кезеңіндегі Бизнес процесстері:

Қорды қызметтерін сатып алу бойынша хабарландыруы – қатысуға түскен өтініштерді қарастыру үшін комиссия құру – қатысуға түскен өтініштерді қарау және өңдеу комиссияның шешімі туралы әлеуетті жеткізушіні хабардар ету

КЕЛІСІМ ШАРТ ЖАСАУ

МӘМС жүйесінде медициналық көмек ұсыну бойынша қызметтерді сатып алу шартының үлгісі

- келісім-шарттың үлгілік нысанын уәкілетті орган бекітеді;
- Қор өз тұрғысынан келісім-шарттың стандартты нысанда өзгерістер мен толықтырулар жасайды: ақы төлеу, сапасын бақылау, қосымша қызмет көлемі мен әлеуетті өнім берушінің оларды үйлестіру бойынша.

шартының мазмұны мыналарды қамтиды:

- 1) мақсаттары, ұғымдар мен келісім-шарт мерзімі;
- 2) Қатысатын тараптар: келісім-шарт бойынша біліктілік талаптары;
- 3) медициналық қызметтер түрі мен келісім-шартта сомасына келісілген көлемі;
- 4) сапасы мен стандарттары;
- 5) бағасы, өтеу және шот;
- 6) жеткізуші қызметін мониторингілеу: тетіктері мен құралдары;
- 7) ынталандыру және санкциялар (тамаша орындаушылық немесе шарттық міндеттемелерді орындамағаны жағдайда);
- 8) келісімшарттық емес (форс-мажор) жағдайлары;
- 9) келісім-шарттың индиативті жүйесі;
- 10) келісім-шарт мерзімі, қызметтердің әлеуеті және орындалатын жері;
- 11) хабарландырулар, құпиялылығын және шектеулер.

Жеткізушілердің бірыңғай тізіліміне енгізілген әлеуетті жеткізушімен Қордың қызметтерді сатып алу келісімшартының шарттарын келісуі:

- әлеуетті жеткізушілердің өтінімдерін қарау;
- медициналық қызмет түрлері мен сомасының үйлестіру;

- қызметтерін ұсыну мерзімін анықтау;
- медициналық қызметтер жеткізушінің сапасын қамтамасыз ету үшін жағдай жасау;
- көрсетілген медициналық қызметтерге ақы төлеу қоры ережелерін сипаттамасы;
- жеткізушінің қызметінің нәтижелерін бағалау үшін көрсеткіштерді анықтау.

Күтілетін нәтиже:

- медициналық көмектің сапасын арттыру;
- қаражатты ұтымды және тиімді пайдалану;
- нәтижені бағалау көрсеткіштеріне қол жеткізу.

**МОНИТОРИНГЛЕУ, ТӨЛЕМ, ЖӘНЕ САПАСЫН БАҒАЛАУ
БОЙЫНША ЖАҢА СЫЗБА**

Әлеуметтік медициналық сақтандыру қорының Орталық кеңсесі Банк арқылы қордың аумақтық филиалдары арқылы айдың 25 не дейін шот-фактураны жіберген ұйымдарға төлем жүргізеді.

Медициналық ұйымдар ақапраттық жүйеде күн сайын ақпараттық қызмет туралы ақпаратты жағартып отырады, Қордың аумақтық филиалдары күн сайын оларды тексеріп, айлық қорытынды жасайды, ал қордың Орталық кеңсесі филиалдарының қорытындысы негізінде көрсетілетін медициналық қызметтерге ақы төлеу туралы шешім береді және жаңа критерийлерін сапасын бағалайды.

Қызметтердің қанағаттанарлық немесе қанағаттанарлық емес ақпараты бойынша жеткізушінің базалық деректеріне тиісінше оң немесе теріс рейтингінде енгізіледі.

Қиындықтар туындаған жағдайда, ақпарат Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитетіне тексеріс жүргізу үшін жіберіледі.

САПАСЫ БАҒАЛАУДАҒЫ ЖАҢА ЖҮЙЕСІН АРТЫҚШЫЛЫҚТАРЫ

Сапаны бағалау параметрлері қайта қаралды. Мониторингілеудің жаңа жүйесіне келесілер түбегейлі кіретін кіреді

- науқас қауіпсіздігі,
- клиникалық және экономикалық тиімділігі,
- медициналық қызметтерді жеткізушілердің мақсатты көрсеткіштер мен индикаторларға жетуі.

Медициналық қызмет көрсету сапасын жақсарту және бақылау жүйесіне қатысушылардың функциялары

1. Сапа жөніндегі Бірлескен комитеті (СЖБК):

- медициналық білім беру стандарттарын жетілдіру
- Клиникалық хаттама жақсарту
- Дәрі дәрмекпен жабдықтауды жақсарту
- Денсаулық сақтау саласында қызметтердің сапасын бақылау жүйелері мен медициналық қызмет көрсету қолжетімділігі стандарттарын жетілдіру
- медициналық қызметтердің сапасы мен қолжетімділігін стандарттарын орындауын бақылау

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

- денсаулық сақтау саласындағы стандарттардың орындалуын бақылау;
- өлім жағдайларын тексеру, оның ішінде ӘМСҚ сұрауы бойынша;
- шағымдардың тексеру.

3. Денсаулық сақтау басқармасы (ДСБ) болады:

- денсаулық сақтау жүйесінің желілік және қызметтерін стандарттауын жүргізеді

- емдеу-диагностикалық стандарттардың орындалуын қамтамасыз ету
- Ұлттық және халықаралық аккредитациялау жүйесінде медициналық мекемелердің аккредиттеу ынталандыру
- халықтың негізделген шағымдар санын азайту және медициналық қызмет көрсету сапасына қанағаттандыру бойынша халық арасында социологиялық зерттеулер жүргізу
- денсаулық сақтау ұйымдарында сыртқы сапа бақылау және ішкі аудит тиімділігін қамтамасыз ету
- медициналық қызметкерлердің біліктілігін үздіксіз арттырып отыру және медициналық қызметкерлердің құзыреттілігін тәуелсіз бағалау дамытуды қамтамасыз ету

4. Қор медициналық ұйыммен жасалған шарттың негізінде тексеруді жүзеге асыратын болады, соның ішінде:

- емделген жағдайлардың ауқымы мен сапасын сараптау;
- дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдарды тағайындау қолданылу сараптау;
- жеткізушінің соңғы нәтижесінің тиімділік көрсеткіштерін мониторингілеу.

Қор тексерілген нәтижелері бойынша оң және теріс рейтингі бар медициналық ұйымдарының дерекқорын жасайды.

**ҚЫЗМЕТТЕРДІ САТЫП АЛУ КЕЛІСІМ-ШАРТЫ БОЙЫНША
ЖЕТКІЗУШІЛЕРДІҢ СОҢҒЫ НӘТИЖЕСІН БАҒАЛАУ
КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ МЫСАЛЫ**

▪ **Аурухана секторы:**

- Соңғы 12 ай бойы жеткізуші тиімді медициналық көмек көрсетуге қажетті фармацевтикалық және шығын материалдары жеткізумен ешқандай тапшылық көрген жоқ, *яғни ұсынылған дәрі-дәрмек немесе материалдар қолжетімділігінің «Тапшылығы» немесе болма» қалу жағдайлары кездеспеді;*

- соңғы 12 ай ішінде ресми жүргізілген зерттеу нәтижелеріне сәйкес науқастардың қанағаттануы деңгейі (қанағаттанарлық) кем дегенде 65% дейін жетеді;
- өткен 12 ай ішінде туу жарақат жағдайларды (жаңа туған нәресте жарақаты, құрал немесе құралы-еркін қынаптық жеткізумен ауыр акушерлік жарақат немесе кесар, немесе кез келген ана өлімі немесе жиырылу немесе босану туындаған ауыр асқынулардың қоса алғанда) 100% ішкі аудитпен қаралды;
- алдыңғы 12 ай ішінде операциядан өкпе эмболия немесе ауруханада терең тамыр тромбоздың 100% ауру ішкі аудит қаралды;
- қабылдау күнінен бастап 30 күн ішінде жатқан соң жедел миокард инфарктісінен кейінгі өлім 100% дұрыс есепке алуды қамтамасыз ету;
- онкологиялық науқастардың 95% қажет барлық (Фармакологиялық, сәулелік терапия және т.б.) озық медициналық мақсаттағы бұйымдарды мақсаты мен орталығының қолданыстағы қуаты сәйкес емдеуді қолжетімді емдеу;
- 24 сағат ішінде жоғары тәуекел өтпелі ишемиялық шабуыл (ИШ) жағдайлардың 95% қажетті көмек көрсету науқас

Көрсеткіштердің есептеу және оның нәтижелерін бағалау бойынша түсініктемелер

- анықтау және нақтылау;
- есептеу бірлігі немесе есептеу әдістемесі;
- ақпарат көзі;
- Жеткізушінің және Қордың назарын талап ететін мәселелер.

**ҚЫЗМЕТТЕРДІ САТЫП АЛУ КЕЛІСІМ-ШАРТЫ БОЙЫНША
ЖЕТКІЗУШІЛЕРДІҢ СОҢҒЫ НӘТИЖЕСІН БАҒАЛАУ
КӨРСЕТКІШТЕРӘНІҢ МЫСАЛЫ**

АМСК:

- АМСК ұйымдарынан мамандарға және / немесе (жедел көмекті қоса алғанда) ауруханаға бағыттауларының тиімді үлесі ұлттық

нұсқаулары мен стандарттар 80% -дан жоғары болды сәйкес жүзеге асырылады;

- өткен 12 айда алғашқы көмек кеңесі қажет болған АМСК ұйымына тіркелген халықтың үлесі кем дегенде 50% құрады;
- соңғы 12 ай ішінде инсулин тәуелді және инсулин тұрақты алынған ретінде анықталды аталған ұйымдарда науқастардың үлесі, кемінде 95% -ды құрады;
- вакцинациялаумен алдын алатын барлық балалар аурулары бойынша иммунизациялау тарифтер, АМСК үшін елдің ресми тізіміне сәйкес, өткен жылы кем дегенде 95% -ды құрады;
- перинатальды күтім жасау мақсатында жүкті әйелдердің 95% АМСК дәрігеріне төрт рет барып, медициналық хаттамаларына сәйкес консультациялар және диагностикалық процедуралар жүргізілді
- 30-75 жас аралығындағы науқастардың үлесі АМСК дәрігерінің қабылдауында қан қысымы дұрыс тексеріліп, аурудың тарихында тиісті жазбалардың жасалуы;
- соңғы он екі ай ішінде АМСК ұйымы НИЗ (темекіден бас тарту, алкоголь қауіпсіз тұтыну, дұрыс тамақтану, жаттығу ...) болдырмау үшін пациенттер мен топтар хабардарлығын және мотивация және бақылау көтеруге кем дегенде төрт шаралар өткізді

Көрсеткіштердің есептеу және оның нәтижелерін бағалау бойынша түсініктемелер

- анықтау және нақтылау;
- Есептеу бірлігі немесе есептеу әдістемесі;
- Ақпарат көзі;
- Жеткізуші және Қордың назарын талап ететін мәселелер.

Жаңа төлем сызбасының артықшылықтары:

1. көзделген медициналық көмектің барлық түрлері Қор арқылы қаржыландырылатын болады:

- ТМККК - медициналық көмектің барлық түрлері (операторы Қор);

- МӘМС - медициналық көмектің барлық түрлері (сатып алушы ретінде Қор).

2. Қомен келісім шарт жасасқан Медициналық ұйымдар Қорға мен Қордың филиалдарына қол жетімді болатын ақпаратты автоматтандырылған режимде күн сайын жіберіп отырады. Бұл күнделікті мониторингілеуге және бүкіл халыққа көрсетілетін қызметті жекелеп тексеруге мүмкіндік береді.

3. Жалпы сұраныс әр айдың 25 Қорға берілетін болады.

4. Қордың Бас кеңсесі, Қордың тиісті құрылымдық бөлімшелерінің филиалдары мәліметтер және қорытындыларын есепке ала отырып, қазіргі Зейнетақы төлеу жөніндегі мемлекеттік орталығы сияқты, медициналық мекемелердің шоттарына орталықтандырылған қаражат аударады.

АРТЫҚШЫЛЫҚТАРЫ:

- залалдар мен өңірлерде қаражатты уақтылы қайта бөлу мүмкіндігі қоспағанда, орталықтандыру және қайталануы жойылған тікелей төлем медициналық
- Негізгі фокус медициналық- екі жақты бақылаудағы қызмет көрсету сапасы
- бағалау процесінің тиімділігі және ашықтығы, адам факторының азайта отырып төлем қызметтер бойынша шешім қабылдау
- әкімшілік шығыстар азайту

ҚЫЗМЕТТЕРІН САТЫП АЛУ БОЙЫНША ТАРИФТІК САЯСАТ

Мемлекеттік медициналық мекемелер бойынша есептелген тарифтер және инвестициялар қалпына келтіруді қамтамасыз етпейт, енді қайта қаралады және шығындардың НАҚТЫ ҚҰРЫЛЫМЫН КӨРСЕТЕТІН болады, соның ішінде күрделі шығындар және амортизациялық аударымдар, медициналық және IT-технологиялар қамтамасыз ету, қаржы қызметтерін құны мен басқа да шығындарды қоса алғанда.

- Ол, медициналық ұйымдардың дамуына мүмкіндіктер жасайды, көлемдерді қатаң басқару практикасынан оперативті мониторинг жүйесіне көшетін болады
- Ол ТМҚКК және МӘМС аясында астында қызметтерді қамтамасыз ету үшін жеке Медициналық ұйымдарды тартуды ынталандырады,

денсаулық сақтау нарығына шығуға жеке капитал қызығушылығын арттырады, оның ішінде болады МЖЕ

- Медициналық ұйымдарды АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ СТАЦИОНАРЛЫҚ КӨМЕК ЖҮРГІЗУ ЖҰМЫСТАРЫНЫҢ ҰЛҒАЙТЫЛУЫНА жұмылдырылатын болады

1. АЛҒАШҚЫ МЕДИКО САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК - жан басына шаққандағы норматив арқылы
2. КОНСУЛЬТАТИВТІК-ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ҚЫЗМЕТ - бағамы негізінде қызмет түрі бойынша
3. ЖЕДЕЛ ЖӘРДЕМ - қоңыраулар саны
4. ҚАБЫЛДАУ БӨЛМЕСІ (науқас жедел жәрдем тапсыру кезінде)
 - Кең консультациялар туралы бірыңғай орташа тариф
 - Науқас күту бөлмесінде КШТ 67% 24 сағаттан артық болмауы,
5. СТАЦИОНАРЛЫҚ КӨМЕК - КШТ ауруханада 25% , үй күтімі жағдайында 17%
6. СТАЦИОНАРЛЫҚ КӨМЕК - 100% КШТ әрбір емделген жағдайда негізделген.

Сөздік (КШТ – клиникалық шығын тобы).

ДӘРІ ДӘРМЕКПЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ

СТАЦИОНАРЛЫҚ ЖАҒДАЙДА ДӘРІ ДӘРМЕКПЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ СЫЗБАСЫ

Қазіргі уақытта, ТМҚКК қолданыстағы сызбасының шеңберінде медициналық ұйымдарға қаражат республикалық (ДСӘДМ) және жергілікті бюджетінен (ЖАО) жіберіледі. Ақшалай қаражатпен медициналық мекемелерге берілетін дәрілік қамтамасыз ету және медициналық бұйымдар бірыңғай дистрибьютор тізімінен және тәуелсіз дистрибьюторлар арқылы тізімінен тыс қамтамасыз етіледі.

МӘМС шеңберінде жоспарланған сызба бойынша, медициналық ұйымдарға келіа түсетін қаражат әлеуметтік медициналық сақтандыру қорынан мемлекеттік бюджет (ДСӘДМ) және жұмыс берушілер, үкімет, жеке тұлғалар және жергілікті бюджет (ЖАО) сақтандыру жарналары есебінен құралған бюджетіне жіберіледі. Дәрі дәрмек пен медициналық бұйымдар медициналық мекемелерге тізімдегі жалғыз дистрибьютор,

тізімнен тыс тәуелсіз дистрибьюторлар арқылы қаражатпен береді. Мұнда, бірыңғай дистрибьютор тізіміне енгізілген және қымбат препараттар болады, тромбоциттер бай плазма өндірушілер, олар сондай-ақ тікелей келісімшарттар жасау құқығына ие болады.

АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ НЕГІЗІНДЕ ДӘРІ ДӘРМЕКПЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ СЫЗБАСЫ

Қазіргі уақытта, қолданыстағы сызбаға сәйкес ТМККК шеңберінде 112 мың адам нозологияның 13 түрінен республикалық бюджеттен және 2 млн адам жергілікті бюджеттен аурулардың 36 түрінен дәрі дәрмек алды.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі жергілікті атқарушы органдарға (Денсаулық сақтау Басқармасы) қаражат бөледі. Республикалық және жергілікті атқарушы органдардың бюджеттерінен құрылған бюджет бірыңғай және тәуелсіз дистрибьюторлардың арасында немесе дәріханаларда арасында бөлінеді.

Жергілікті атқарушы органдардың республикалық бюджеті есебінен бірыңғай дистрибьютор дәрі дәрмекті және медициналық мақсаттағы бұйымдарды денсаулық сақтау ұйымдарына жібереді, ал тәуелсіз дистрибьюторлар жергілікті бюджеттен фармацевтикалық қызметтерді сатып алу арқылы дәрі-дәрмек пен медициналық мақсаттағы бұйымдарды дәріханаларға жеткізеді. денсаулық сақтау ұйымдарының және және қамтамасыз ету бағыттады. Тұтынушылар аталған дәрі дәрмектерді медициналық ұйымдар арқылы да, сондай ақ дәріханалардан арқылы да ала алады.

МӘМС шеңберіндегі жоспар бойынша 2018 жылдан бастап республикалық бюджет және мемлекет тарапынан және жұмыс берушілер мен жеке тұлғалардың сақтандыру жарналары есебінен қалыптасқан бюджеті бар Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры фармацевтикалық қызметтерді жеткізушіні таңдайды. ӘМСҚ қаражатта дәріханаларға аударады, олар өз кезегінде дәрі дәрмекті Бірыңғай немесе тәуелсіз дистрибьютерден алады. Тұтынушы тең төлеу мен қосымша төлемдер арқылы дәрі-дәрмекті дәріханалардан сатып алады. Сондай-ақ, осы сызбада жергілікті атқарушы органдар да қатысады, олар дәріхана санын анықтайды,

дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдардың сұранысты анықтау үшін мониторинг жүргізеді.

ҚАРЖЫЛЫҚ ТҰРАҚТЫЛЫҚТЫ ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ

Қазіргі уақытта Қазақстан Республикасының Ұлттық Банкі Басқармасының 05.06.2014ж. №76 шешіміне сәйкес, ағымдағы жүйе бойынша, сақтандыру компаниясының қалыптастыру үшін қажетті сақтандыру резервтері мыналарды қамтиды: сіңірілмеген сыйлықақы резерві және шығын резерві.

Еңбек сіңірілмеген сыйлықақылар (ЕСС) - бұл болашақ төлемдерді қамтамасыз ету жөніндегі міндеттерді орындауға арналған, сақтандыру сыйлықақысының бөлігі болып табылады.

Шығындар резерві болып өткен, бірақ және мәлімделгенмеген резервтерден және мәлімделген, бірақ, реттелмеген шығындардан тұрады. Яғни, орын алған залалдар, бірақ хабарлама жіберілмеген және жоспарланған, бірақ реттелмеген шығындардан тұрады.

МӘМС аясында ұсынылғын жүйеде қаржылық тұрақтылықты қамтамасыз ету үшін келесілер қарастырылады:

а) Мемлекеттік жарналар алдыңғы өткен жылдың ресми орташа жалақы есебінен жүзеге асырылатын болады. (яғни 2017 жыл үшін 2015 жылдың көрсеткіштері есепке алынады). Олар экономикалық құлдырау жағдайында мемлекеттің МӘМС жүйесі залалдарын өтеуіне мүмкіндік береді.

б) Ұлттық Банктің арқылы қаржы құралдарының стандартты жиынтығымен инвестициялау;

в) мынадай қорларды құруды ұсынды:

- Ай сайынғы инвестицияланбайтын төмендетілмейтін қалдық көлемі 50 млрд теңгеден кем емес;
- күтпеген шығыстар үшін резервтері МӘМС қорына төленетін жарналар мен аударымдардың көлемінен 3% мөлшерінде;
- 25-ші күнінен кейін, сондай-ақ келісім-шартта көрсетілген сомамен салыстырғанда көрсетілетін қызметтер аясынан асатын жағдайларда, ай сайынғы шот жабу үшін айналымдағы қаражат

ҚОР ҚЫЗМЕТІНІҢ АШЫҚТЫҒЫН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ

Қор қызметінің ашықтығын қамтамасыз ету

ӘМСҚ қызметінің ашықтығы келесілер арқылы жүзеге асырылатын болады:

- жарналары мен қаражаттың жинаудың күнделікті мониторингі;
- көрсетілетін медициналық қызметтердің ай сайын мониторингі;
- қаражатты пайдалану туралы стандартты есептерді құзыретті органдарға ұсыну (ДСӘДМ, ҚМ, Үкіметкежәне Есеп комитетіне);
- жұртшылыққа жыл сайынғы Жылдық есепті жариялау(қысқаша газеттерде, толығырақ веб-сайтында және жеке басылымдарда)
- Келесі мәліметтер жарияланатын ӘМСҚ жеке сайты жүргізу:
 - ӘМСҚ стратегиялық құжаттары (5 жылға арналған даму стратегиясы, қысқа мерзімге даму жоспары, жылдық жоспар)
 - Сақтандырылғандарға арналған ақпарат:
 - а. жалпы (құқықтары, міндеттері, мүмкіндіктері, жаңалықтар, қамтамасыз ету үшін жағдайлар, тарифтер, т.б.);
 - б. жеке кабинет арқылы дара - тұтынушыға жарналары мен қызметтерді төлеуші ретіндегі ӘМСҚ науқасқа есебі
 - Жеткізушілерге арналған ақпараттар (НҚА; сатып алу ережелері, тарифтер, қаржы деректерден қоса алғандағы жеткізушілермен жасалатын келісім-шарттардың мазмұны, жеткізушілерді бақылау туралы ақпарат, түрлі жоспарлар - сатып алу және қадағалау)
 - денсаулық сақтау саласындағы түрлі сынақтардың, сауалнамалардың, және ғылыми-зерттеулердің нәтижелері
- жеткізушілердің рейтингтерін жариялау (веб-сайт, газет);
- проблемалық мәселелерді және жоспарланған инновациялар талқылау үшін мүдделі тараптармен тұрақты және мақсатты кездесулер (жеткізушілердің өкілдері, науқастардың ұйымдары).

ҚР МӘМС ЖҮЙЕСІНДЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДЕГІ САПАЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕР

2030 жылы ЖАЛПЫ ПРАКТИКА ДӘРІГЕРЛЕРІНІҢ САНЫ 1,8 ЕСЕ ӨСЕТІН БОЛҒАНДЫҚТАН ауыртпашылық азаяды, БҰЛ ЭЫДҰ ЕЛДЕРІНІҢ

СТАНДАРТТАРНА КӨШУГЕ септігін тигізеді, оларда 1 ЖАЛПЫ ПРАКТИКА ДӘРІГЕРІНЕ 1500 ТҰРҒЫННАН келсе, *Қазақстанда қазір 1 жалпы практика дәрігеріне 2140 адам болып саналады.*

Дәрігерлердің жалақысы артады. 2030 жылға қарай, дәрігерлер жалақысы 2,5 есе өседі, басқа да денсаулық сақтау саласы қызметкерлерінің жалақысы 1,4-2 есеге өседі деп күтілуде.

Паллиативтік көмекті және медбикелік күтуді кеңейту бөлігінде, КІШІ ЖӘНЕ ОРТА МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕР САНЫ 7 800 адамға өседі, және ТӨСЕКПЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ КОЭФФИЦИЕНТІ 1000 халыққа 0,03-ден 0,4 дейін ұлғайтылатын болады.

2030 жылға қарай, халық санының өсуіне қарай дәрігерлер санын, орта және кіші медициналық қызметкерлер санын 65 мыңға дейін өсіру күтілуде, стационарлық жағдайда жан басына шаққандағы дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету шығындарын 19% -ға ұлғайту жоспарлануда.

Сондай-ақ, амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтуды кеңейтіледі. 2030 жылға қарай, ҚР амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамту жан басына шаққандағы шығындарын 46\$-дан 180\$-ға өседі деп күтілуде. Амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету тапшылығы толығымен жойылады, АЖҚ мұқтаж адамдардың топтық санаттары арттырылады, сондай-ақ кең таралған аурулар үшін қажетті дәрі дәрмектер тізімімен толықтырылатын болады.

Сонымен қатар, МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУ КӨЛЕМІН КЕҢЕЙТУ ЖОСПАРЛАНЫП ОТЫР, ол жаңа қызмет көрсетушілер тарту арқылы, кезек санын азайтады.

Бұл жерде негізгі сәттердің бірі, 2018 жылдың тарифіне амотризацияны қосу жоспарлануда, бұл жеке медициналық жеткізушілер үшін және медициналық қызмет көрсету сапасын қамтамасыз ету үшін **БӘСЕКЕГЕ ҚАБІЛЕТТІ ОРТАНЫ ТУРАЛАУ ҮШІН ҚАЖЕТ.**

КҮТІЛЕТІН НӘТИЖЕЛЕР:

- қызметтің тиімділігіне сәйкес қаржыландырудың тұрақтылығы;
- жаңа корпоративтік басқару және басқаруды іске асыруға ынталандыру;
- еңбек ақы төлеу жүйесін жетілдіру: бәсекеге қабілетті жалақы алу мүмкіндігі;

- жаңа медициналық технологияларды енгізу. Соңғы нәтижеге баса назар аудару;
- Негізгі құралдардың уақтылы жаңаруы;
- Ақпараттық технологияларды дамыту.