

**Внедрение механизмов  
солидарной ответственности  
государства, работодателей и  
граждан за здоровье в РК  
(Гарвардский проект)**

Послание Президента 2010 года : "Здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье - вот что должно стать главным в государственной политике в сфере здравоохранения и повседневной жизни населения"

# 1. Актуальность

ГП "Саламатты Қазақстан»

Цель: создание эффективной и доступной системы оказания медицинской помощи

Задача: Совершенствование финансирования здравоохранения

Слабые стороны:

отсутствие солидарной ответственности государства, работодателя и граждан за охрану здоровья;

отсутствие четкого механизма реализации прав граждан;

сильное различие в качестве медицинских услуг, предоставляемых в регионах и городах республиканского значения;

неудовлетворительная материально-техническая база организаций здравоохранения;

низкая доступность медицинских услуг в отдаленно расположенных населенных пунктах сельской местности, особенно для социально неблагополучных слоев населения.

Общая **цель** государств-членов ВОЗ:

«Все граждане должны иметь доступ к медико-санитарным услугам и при этом не испытывать финансовых затруднений при их оплате».

определена как  
всеобщий охват услугами здравоохранения,  
включающая в себя три измерения.

Три измерения политики охвата медицинской помощью реализуются в **гарантированном государством объеме медицинской помощи**.

## Охват услугами здравоохранения

определение доли населения, имеющего право на получение медицинской помощи - «**широта**» (1);

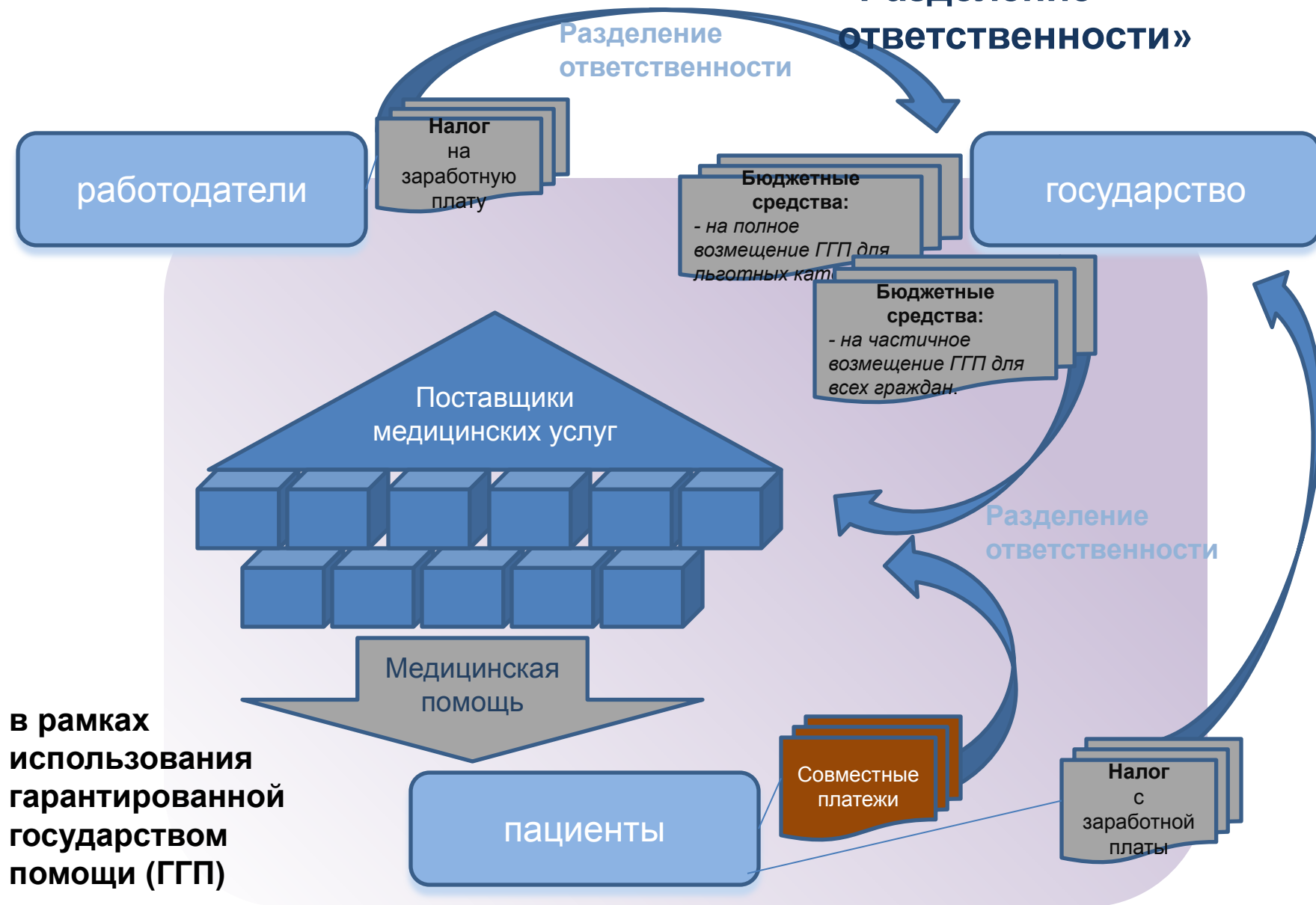
определение количества медицинских услуг, предоставляемых гражданам, то есть определение гарантированного набора медицинских услуг - «**объем**» (2);

определение стоимости медицинских услуг, финансируемых государством, и уровень **соучастия граждан в оплате медицинских услуг** - «**глубина**» (3).

ГОБМП

## 2. Обзор международного опыта.

### Классическая схема «Разделение ответственности»



## 2. Обзор международного опыта.

## Основные

### элементы

### Совместный платеж

- фиксированные суммы, которые пациент должен оплатить за отдельные услуги и товары, включенные в набор гарантированной государством медицинской помощи;
- форма участия населения в расходах государства по обеспечению граждан гарантированным набором медицинской помощи;
- **механизм солидарной финансовой ответственности граждан и государства.**

### Цели

- сдерживание государственных расходов на здравоохранение, снижение бремени затрат государства на медицинскую помощь;
- повышение эффективности и рентабельности потребления медицинских услуг и товаров;
- расширение права и ответственности пациента за выбор объема медицинской помощи;
- борьба с неофициальными платежами.

### Виды

- *сооплата (copayment)* – фиксированный платеж который потребитель должен оплатить за медицинскую помощь на момент ее приобретения;
- *сострахование* – проценты, которые согласно страховому договору потребитель должен оплачивать при получении медицинской помощи
- *франшиза* – сумма, которую потребитель должен оплатить заранее, прежде чем предполагается пользование медицинской помощью.

### Защитные механизмы

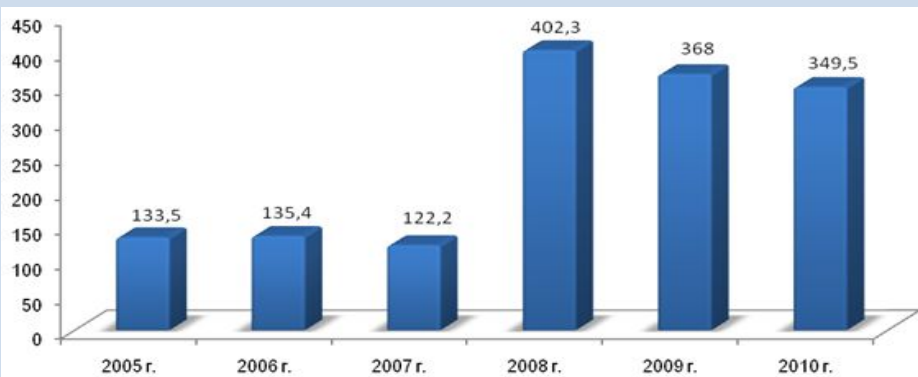
Полное или частичное освобождение от сооплаты по трем основным критериям: «возраст»; «заболеваемость»; «уровень дохода».

### 3. Система здравоохранения Казахстана

Доля государственного финансирования здравоохранения, млн. тенге,



Рост государственных расходов на закуп лекарственных средств, в млн. долларов США



Объем финансирования здравоохранения в мире увеличивается с каждым годом.

По оценке PwC's Healthcare Research Institute в период с 2010 по 2020 годы затраты на здравоохранение в странах ОЭСР и БРИК **вырастут на 50%** и в совокупности составят 71 трлн. долл. США.

## Расходы на здравоохранение

Однако доля финансирования здравоохранения в РК (2009 г. -4,5% от ВВП) находится **на самом низком уровне** среди приведенных стран. Расходы здравоохранения на душу населения в Казахстане остаются **низкими по сравнению с общемировыми показателями**.

	2006	2007	2008	2009
Россия	5,3	5,4	4,8	5,4
Белоруссия	6,2	6,2	5,6	5,8
Казахстан	3,9	3,4	3,9	4,5
Кыргызстан	6,4	6,6	5,7	6,8
Канада	9,5	9,6	9,8	10,9

Рост расходов на здравоохранение во всем мире связан с двумя общемировыми факторами:

**старение населения** и  
**появление новых медицинских технологий:**

- **значительная часть расходов здравоохранения приходится на людей старшего возраста.**

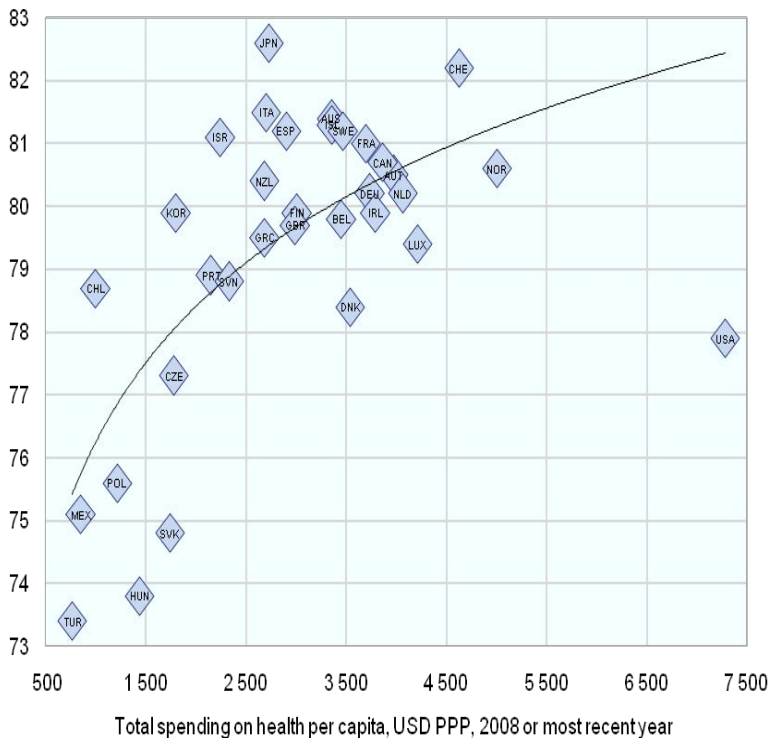
По мере того как их доля в составе населения будет расти (а доля людей трудоспособного возраста, чьи вклады составляют основу средств здравоохранения, снижаться), потребность в медицинском обслуживании начнет превышать способности здравоохранения удовлетворять ее;

- **новые медицинские технологии увеличивают затраты.**

Это связано с тем, новые технологии они позволяют делать то, что было невозможным ранее. Даже если новая технология приходит на смену старой, более дорогой, оказывает влияние ее более частое применение, что также ведет к росту расходов.

Рост расходов на здравоохранение будет продолжаться

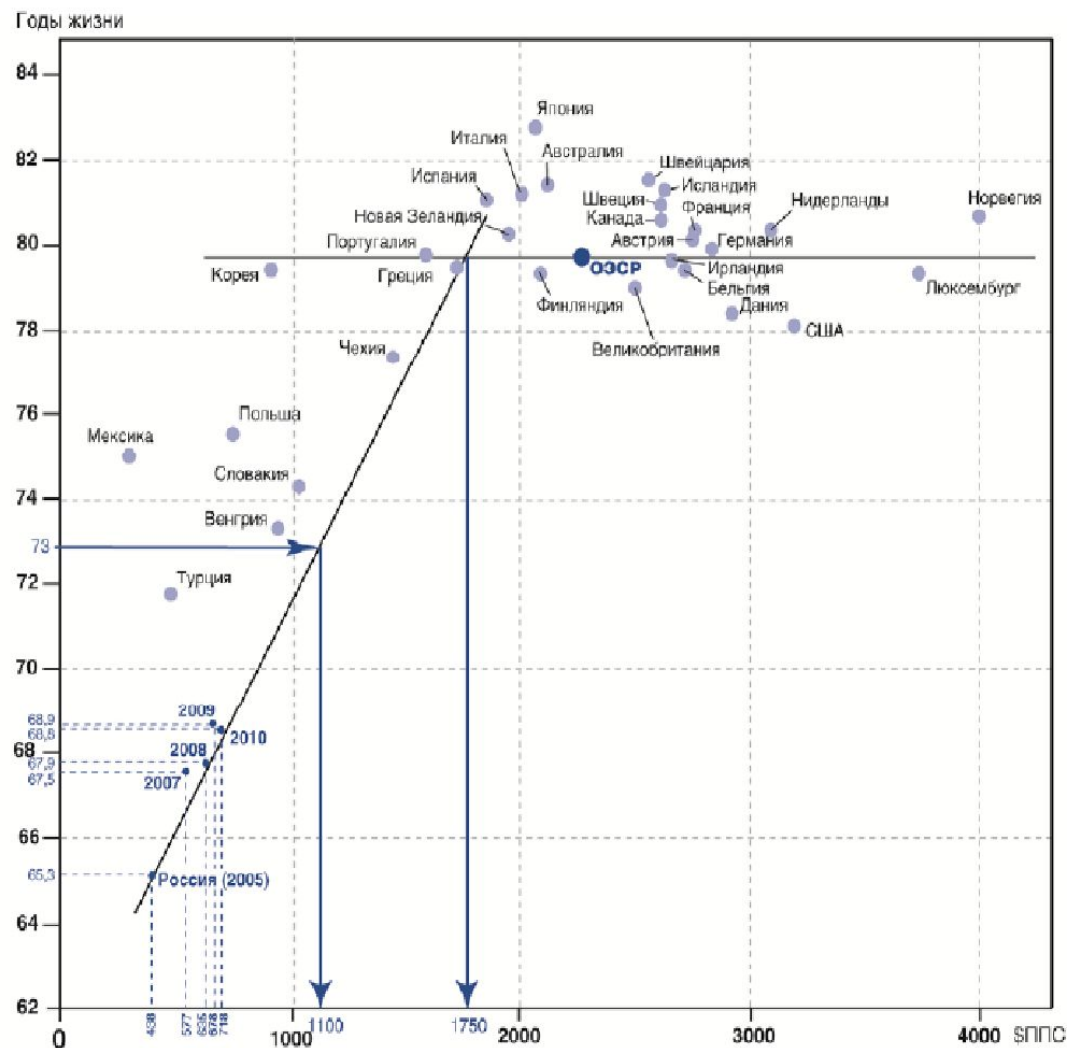
**Ожидаемая продолжительность жизни и уровень финансирования здравоохранения на душу населения в странах ОЭСР**



в Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» до 2020 года поставлена задача по увеличению продолжительности жизни населения **до 72 лет**

Предположительно: для этого необходимо увеличение финансирования на душу населения до 1 000 долларов (По последним данным ВОЗ, государственные расходы на душу населения в 2009 г. в Казахстане составили 328 долларов, а общие расходы на здравоохранение на душу населения 554 долларов)

**Ожидаемая продолжительность жизни в зависимости от подушевых расходов на здравоохранение в год**



**«увеличение продолжительности жизни на 10% способствует экономическому росту страны на 0,3-0,4% в год»**

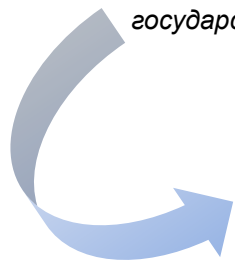
### 3. Система здравоохранения Казахстана

## Источники финансирования

#### Основные финансовые показатели здравоохранения

Года	Процент государственных расходов из общей доли расходов на здравоохранение	Процент частных расходов из общей доли расходов на здравоохранение	Прямые платежи жителей из общей доли расходов	Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП	Государственные расходы на здравоохранение в процентах от общегосударственных расходов
2009	59,2	40,8	98,8	4,5	11,3
2008	58,5	41,5	98,7	3,9	8,3
2007	52,2	47,8	98,7	3,4	7,4
2006	58,5	41,5	98,7	3,9	10,4
2005	62	38	98,6	4,1	9,3

Основным источником финансирования здравоохранения является государственный бюджет



Бюджетные средства	Средства добровольного страхования	Официальные платежи пациентов - платные услуги организаций здравоохранения	Неофициальные платежи пациентов
Предоставляется медицинская помощь в рамках ГОБМП	Услуги, выходящие за рамки объемов, видов и условий предоставления медицинской помощи по ГОБМП		

Каждый гражданин республики, вне зависимости от уровня доходов, места работы, места жительства может получить **гарантированный объем бесплатной медицинской помощи**

Медицинскую помощь граждане Казахстана получают:

- в рамках гарантированного государством объема,
- через кассу организаций здравоохранения - по утвержденному прайс-листу,
- по предлагаемым на страховом рынке программам добровольного страхования и
- за неофициальную плату любую медицинскую помощь, которую могут предложить.

Основным критерием при включении тех или иных медицинских услуг в перечень бесплатных для населения является **угроза жизни и здоровья**.

если угроза для жизни не представляется

Нечеткость государственных гарантий, **неразграниченность условий получения медицинской помощи без оплаты и на платной основе.**

Например: согласно ГОБМП бесплатно оказывается «диагностика наиболее распространенных заболеваний (?), а также травм, отравлений и других неотложных состояний), за исключением дорогостоящих исследований (?))»

**Противодействие** росту качества бесплатной медицинской помощи, дальнейшее развитие практик предоставления платных медицинских услуг в государственных организациях здравоохранения, в том числе неформально.

**Нечеткость государственных гарантий** получения медицинской помощи и неразграниченность условий получения одних и тех же медицинских услуг и товаров без оплаты и на платной основе как факторы, противодействующие росту качества и доступности бесплатной медицинской помощи

Высокий уровень практики **неформальных платежей**

Не являются общедоступными критерии отнесения медицинских услуг и товаров к **категории «платных»** в организациях здравоохранения

Не развит рынок **добровольного медицинского страхования**

Отсутствуют результаты **актуальных социологических исследований и мониторинга** учета структуры потребления/предоставления медицинских услуг через ГОБМП, платные услуги, ДМС, неформальные платежи, анализа мотиваций и причин такого лечения.



### 3. Система здравоохранения Казахстана

## Проблема: неразграниченность условий получения медицинской помощи без оплаты и на платной основе

#### Получение медицинской помощи: текущая ситуация

Г ОБМП

Платные услуги в организациях здравоохранения/ДМС

Потоки пациентов в организациях здравоохранения по платным и бесплатным услугам пересекаются.

В оказании бесплатной и платной медицинской помощи участвуют одни и те же медики, используется одна и та же медицинская техника и т.д. При этом, оказание платных медицинских услуг не осуществляется при условии первоочередного оказания гражданам бесплатной медицинской помощи по ГОБМП.

Оказание платных медицинских услуг является приоритетным для организации здравоохранения, но не проводится в специальных отделениях (кабинетах) медицинской организации или в специально выделенное время. Не составляются графики учета рабочего времени по основной работе и по оказанию платных медицинских услуг.

#### Основные причины обращения граждан к платным услугам (формальным и неформальным):

- невозможность получить нужную услугу в короткие сроки;
- отсутствие необходимых для диагностики или лечения специалистов или оборудования (низкая доступность);
- отсутствие необходимого сервиса (качества, внимательности, доброжелательности и т.п.);
- нерациональная организация приема больных (очереди, проведение простой диагностики в удаленных от клиники местах и т.п.).

- **снижение доступности и качества в получении бесплатной медицинской помощи, особенно среди малоимущих слоев населения и имеющих низкий социальный статус;**
- **развитие практики неформальных платежей.**

*Упорядочить условия оказания платных медицинских услуг, не допуская случаи предоставления платных услуг в ущерб возможностям получения бесплатной медицинской помощи.*

*Осуществить разделение потоков «платных» и «бесплатных» пациентов по времени оказания услуг и по месту их предоставления.*

**РЕКОМЕНДУЕТСЯ**  
для внедрения сооплаты

#### Получение медицинской помощи: при внедрении сооплаты

Бесплатно

Частичная оплата

Платные услуги в организациях здравоохранения/ДМС

Г ОБМП

**Дополнительный** набор медицинских услуг и лекарственных средств, не оплачиваемых в рамках ГОБМП

Каждый гражданин четко представляет какой набор медицинской помощи, в каком обязательном объеме, в течение какого периода, в какой последовательности в каких условиях он может получить бесплатно, и сколько ему придется заплатить и почему в случае необходимости.

### 3. Система здравоохранения Казахстана

## Проблема: не развитое добровольное медицинское страхование

ДМС сегодня:

- выступает в качестве **«замещающего»** страхования и ориентировано в основном **на население с доходом** выше среднего;
- **дублирует государственные обязательства** - застрахованный платит за то, что ему положено по закону, и дополнительно за право на дополнительное качество предлагаемое за высокую плату ДМС. Уровень платежеспособности застрахованных определяет объем медицинских услуг;
- **не защищает** клиентов **от хронических и трудноизлечимых болезней** и не заключает договора с социально-уязвимыми категориями граждан, во избежание риска невосполнимых потерь;
- **неохотно** предлагает медицинские страховки **физическим лицам**, что говорит о неуверенности страховщиков в точности их актуарных расчетов и достаточной финансовой устойчивости;
- сотрудничает в **основном с корпоративными клиентами**, так как при страховании больших коллективов риски равномерно распределяются среди всех сотрудников, соответственно не нужно осуществлять расчет стоимости страховки в соответствии с индивидуальным риском заболеваемости отдельных лиц.

**ДМС в потенциале**

**- инструмент защиты от финансовых рисков**

- Позволяет снизить затраты больных в момент получения медицинской помощи и повысить эффективность их использования.

• Если

является по своему содержанию «дополняющим» видом страхования, полностью или частично покрывая (дополняя) услуги, исключенные из государственной схемы покрытия

Страховщик - информированный покупатель медицинской помощи:

- определяет сложившиеся зоны неэффективности,
- планирует потоки пациентов, выбирая наиболее рациональные их «маршруты»,
- осуществляет комплекс мер «управляемой медицинской помощи», направленных на оптимизацию объемов и структуры услуг

### 3. Система здравоохранения Казахстана

Проблема:

**высокий уровень неформальных платежей (НП)**

По опросным данным 2009 года

Область	Имеются НП (на 100 опрошенных)
Алматы	31
Акмолинская область	30
Актюбинская область	13
ВКО	44
ЮКО	38
ВСЕГО	34

Легализация  
НП

### Цель – сокращение НП

Рекомендуем учитывать дифференцированность:

1. распространения НП среди медработников (н-р в стационаре):

врач приемного покоя, лечащий врач, оперирующий хирург, анестезиолог, медицинская сестра, санитарка;

2. распространения НП за виды медицинских услуг:

вызов скорой медпомощи, направление на госпитализацию, направление на обследование, освобождение от работы/учебы, анализы, обследования, лекарства, изделия медицинского назначения, оперативное вмешательство;

3. распространения обращений за медпомощью в зависимости от типа медицинской организации: многопрофильная больница, городская больница, районная поликлиника, родильный дом, женская консультация, центральная республиканская больница, врачебная амбулатория, диагностический центр, скорая помощь;

4. времени оплаты (разное по видам медпомощи):

до лечения, в период лечения, после лечения;

5. распространения НП по регионам страны, между городским и сельским населением;

6. распространения среди разных категорий граждан; учитывать категории льготников:

инвалид (войны, труда, по болезни), многодетная мать, беременная, пенсионер;

получатель бесплатных и льготных лекарств (болеющий и др.).

Вид медицинских услуг (на 100 опрошенных)	Город	Село	Всего
Вызов скорой медпомощи	4	6	5
Визит к врачу общей практики	17	13	15
Визит к врачу узкого профиля	16	15	16
Анализы, обследование	45	37	42
Лекарства, изделия медицинского назначения	37	36	36
Оперативное вмешательство	27	23	25

Структура НП  
может служить  
основанием  
при  
определении  
типов сооплат

Медработник	До 5000	До 15000	До 25000	До 50000	более	Итого
Врач скорой помощи	98	1	1	0	0	100
Врач приемного покоя	86	8	2	0	2	100
Лечащий врач	73	17	7	2	0	100
Оперирующий хирург	39	29	20	7	2	100
Анестезиолог	74	15	4	1	6	100
Другие врач	76	19	2	1	1	100
Медицинская сестра	92	6	2	0	0	100
Санитарка	95	5	0	0	0	100

**А. Если рассматривать сооплату как инструмент сокращения НП, тогда соответствующие виды сооплат после внедрения должны заменить действующие НП**

### 3. Система здравоохранения Казахстана

### Определение пути внедрения сооплаты

Соответствует цели –  
повышение солидарной ответственности  
граждан за свое здоровье

Стационарный уровень	Амбулаторный уровень -первичный уровень. превентивное лечение заболеваний
<p>Требуется определение четкого набора медицинских услуг и товаров по нозологиям, предоставляемых бесплатно/платно и в отношении которых возможно применение сооплаты.</p> <p>Риск несения значительных финансовых потерь пациентами, риск «недолечения».</p>	<p>Решение индивидуальных проблем со здоровьем, развитие устойчивого партнерства врача с пациентами, осуществление врачебной практики в рамках семьи и жителей населенного пункта/района проживания, повышение ответственности пациента и врача за здоровье.</p>

**Рекомендуем применить механизмы сооплаты первоначально - на уровне ПМСП**

### 3. Система здравоохранения Казахстана

## Введение сооплаты на амбулаторном уровне

## Определение пути внедрения сооплаты 2 варианта

### Диагностические мероприятия

### Консультации врачей

#### Преждевременно

#### Рекомендуется на первом этапе

Применение сооплаты к отдельным видам диагностических мероприятий (флюорография, микрореакция и т.п.) невозможно так как:

- при разных заболеваниях одни и те же диагностические мероприятия могут быть «основными» или «дополнительными»;
- могут возникнуть сложности в администрировании.

Основные преимущества:

- непосредственное влияние врача на повышение ответственности граждан за свое здоровье;
- повышение заработной платы и заинтересованности ВОП в предоставлении качественных услуг;
- незначительная финансовая нагрузка на пациентов;
- наблюдение влияния внедрения сооплаты могут способствовать построению эффективных механизмов сооплаты в дальнейшем.

Для применения сооплаты предварительно рекомендуется:

- конкретизировать перечень диагностических мероприятий, осуществляемых в рамках ГОМП;
- разработать стандарты медицинской помощи по нозологиям (пакет медицинской помощи);
- обеспечить получение минимального пакета медицинской помощи полностью на бесплатной основе (основные диагностические мероприятия), а сверх минимального пакета (дополнительные диагностические мероприятия) - за сооплату.

Не требуется подготовка дополнительных инструментов .

### 3. Система здравоохранения Казахстана

Внедрение на первом этапе сооплаты в  
отношении

«консультаций специалистов»  
на уровне ПМСП

Врач общей практики

*Незначительный размер.  
За первый визит в квартале*

Врачи узкого профиля

Дифференцированно к разным специалистам в зависимости от популярности обращения к ним за неформальную плату

Предоставить ВОП право получения определенных процентов от общего объема, поступивших за квартал средств, за предоставленные им консультации по сооплате при условии

отсутствия жалоб со стороны пациентов в отношении уровня оказанной врачом помощи, а также отзывов необоснованного направления пациентов со стороны врачей узкой специализации.

Установить величину платежа за консультацию узкого специалиста ниже для тех, кто получает направление к данному специалисту от врача общей практики.

+ повышение заработной платы и заинтересованности ВОП в предоставлении качественных услуг

-предоставить право организациям здравоохранения **использовать средства, поступающие от сооплаты**, на укрепление материально-технической базы учреждения, на выполнение его уставных задач, стимулирование работников;

интегрировать данный механизм с внутренней экспертизой качества медицинских услуг;

- определить по аналогии с платными услугами условия **обязательного доведения до населения размеров платежей** и случаев освобождения от них, **предоставления талона об оплате, учета и отчетности** поступающих средств.

*Главные ожидаемые результаты от введения данного вида соплатежа:*

- повышение статуса врачей общей практики;
- снижение спроса на специализированную медицинскую помощь;
- усиление взаимной ответственности медицинских работников и граждан за охрану здоровья.

### 3. Система здравоохранения Казахстана

## Роль врача общей практики

в потенциале

- Несет ответственность за превентивное лечение заболеваний и определяет дальнейший маршрут пациента за получением более высокого уровня медицинской помощи.
- Несет ответственность за принятие первичного решения по каждой проблеме, с которой пациент обращается к нему, при необходимости консультируясь со специалистами узкого профиля.
- Диагнозы врача состоят из физического, психологического и социального аспектов, а лечение включает в себя образовательную, профилактическую и терапевтическую направленность для укрепления здоровья пациента и повышения его ответственности за свое здоровье.
- *Играя роль «буфера», может не допускать излишних медицинских расходов и обращений в медицинские учреждения.*

*Проблемы сегодня :*

- отсутствие традиции общеврачебной практики;
- низкий уровень заработной платы ВОП;
- нагрузка на одного врача отрицательно влияет на доступность и качество медицинской помощи - количество прикрепленного населения в основном превышает установленные нормы (2000);
- низкий уровень заинтересованности врачей в налаживании партнерских отношений с пациентами, координации пациентов в снижении излишних медицинских расходов и обращений в медицинские учреждения.

Подготовка специалистов ВОП - ключевой фигуры в системе первичного здравоохранения, способного оказывать ПМСП населению независимо от возраста, пола и характера заболевания и координировать .

Повышение статуса ВОП как центрального звена, координатора в предоставлении медицинской помощи на первичном уровне для пациентов, как менеджеров медицинской помощи для специалистов узкого профиля.

Повышение заработной платы ВОП.

Возраст

Заболевание

Уровень дохода

#### ***1. Социально-уязвимые слои населения в Казахстане:***

1. инвалиды и участники ВОВ.
2. инвалиды 1 и 2 групп;
3. семьи, имеющие или воспитывающие детей-инвалидов;
4. лица, страдающие тяжелыми формами некоторых хронических заболеваний
5. пенсионеры по возрасту;
6. дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, не достигшие двадцати девяти лет, потерявшие родителей до совершеннолетия. При призыве таких лиц на воинскую службу возраст продлевается на срок прохождения срочной воинской службы;
7. оралманы;
8. лица, лишившиеся жилища в результате экологических бедствий и ЧС;
9. многодетные семьи;
10. семьи лиц, погибших (умерших) при исполнении государственных или общественных обязанностей, воинской службы, при спасании человеческой жизни, при охране правопорядка; неполные семьи.

#### ***2. Дети до 18 лет;***

#### ***3. Беременные;***

***4. Больные* инфекционными, социально-значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;**

***5. Граждане,* страдающие трудноизлечимыми и хроническими заболеваниями;**

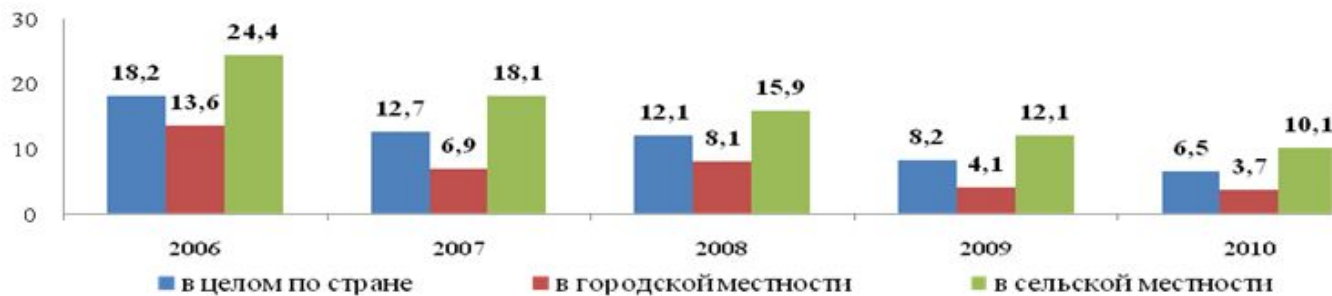
***6. Категории граждан, уровень дохода* которых ниже прожиточного минимума.**



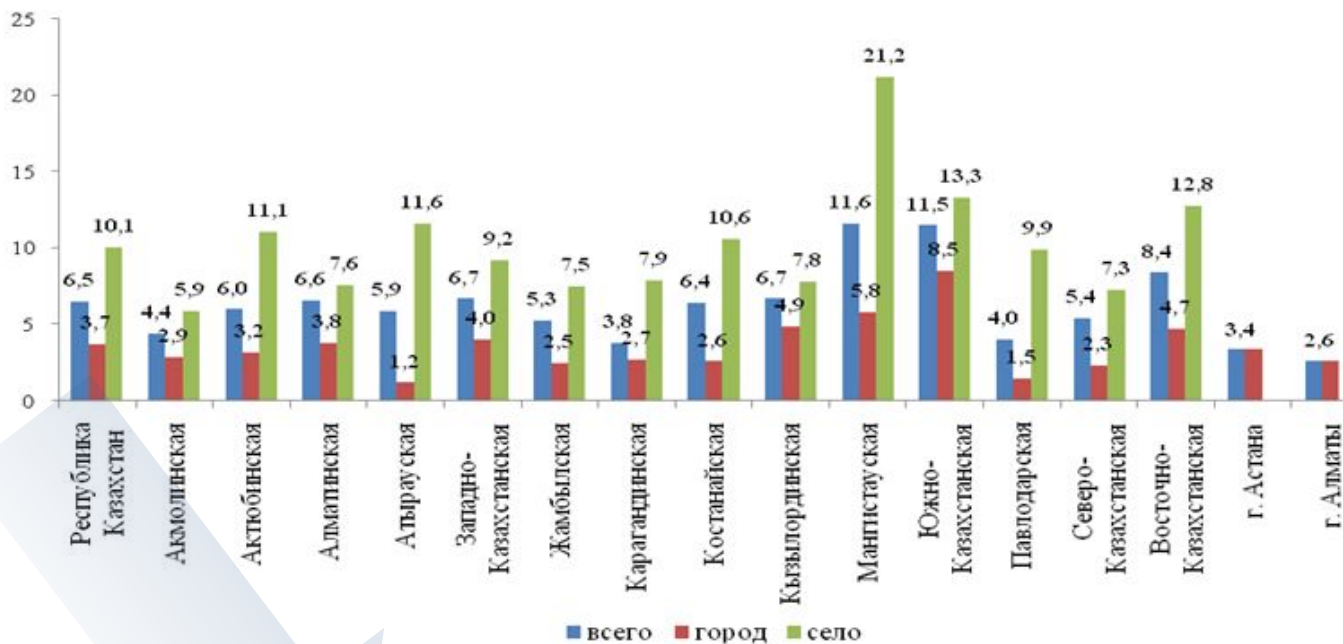
### 3. Система здравоохранения Казахстана

## Защитные механизмы. Критерий «уровень дохода»

Доля населения с доходами ниже величины прожиточного минимума в 2010 г., %.



Уровень бедности в регионах страны в 2010 г., %.



Группировки по уровню бедности	Наименование региона
Низкий (2,6–4,4%)	гг. Астана и Алматы, Карагандинская, Павлодарская и Акмолинская области
Средний (5,3–6,7%)	Жамбылская, Северо-Казахстанская, Актюбинская, Алматинская, Атырауская, Западно-Казахстанская, Костанайская и Кызылординская области
Высокий (8,4–11,6%)	Восточно-Казахстанская, Южно-Казахстанская и Мангистауская области

Существуют значительные различия в платежеспособности граждан, проживающих в городской и сельской местности

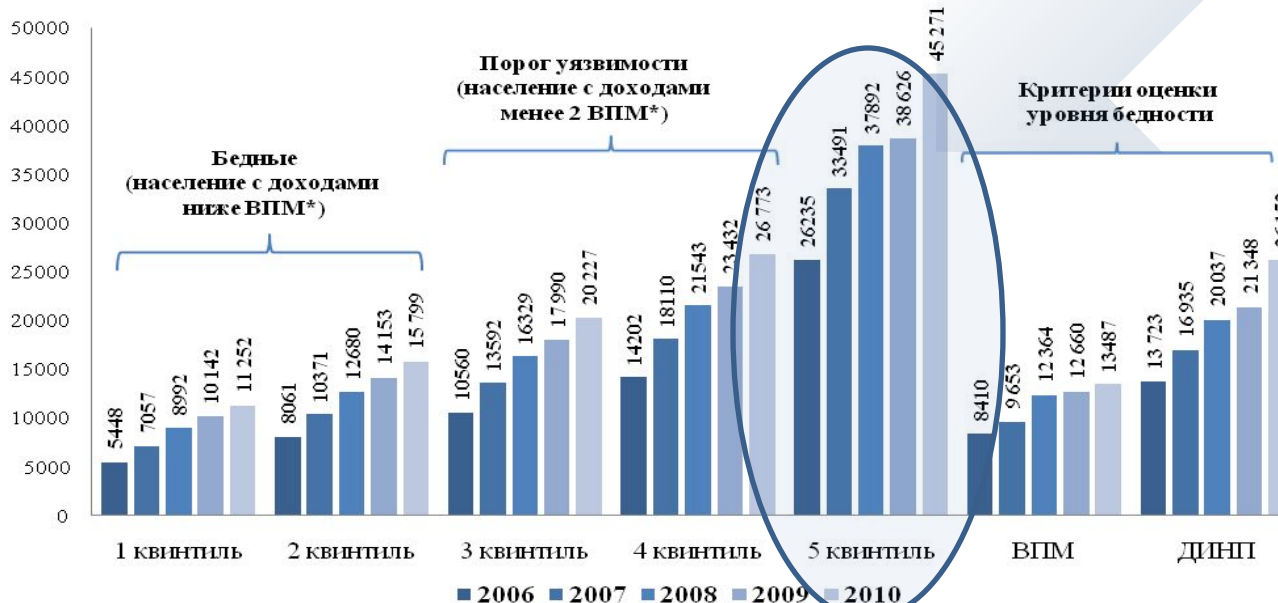
### 3. Система здравоохранения Казахстана

# Критерий «уровень дохода»

\* данные распределения доходов по 20-процентным группам населения страны (квинтилям) за 2010 год

## Определение потенциальных плательщиков сооплаты

Среднемесячный доход на душу населения по квинтилям, величина прожиточного минимума и доходы, использованные на потребление (ДИП), тенге



80% населения республики имеют доходы, не превышающие двукратной величины прожиточного минимума, половина из которых уязвима по отношению к риску оказаться в категории бедных.

20% домохозяйств имели доходы менее 11 252 тенге, в то время как величина прожиточного минимума составляла 13 487 тенге.

\* уровень доходов, пограничных с ВПМ (ниже или незначительно превышающий ВПМ)

Предлагаем определять условие соучастия каждого гражданина в расходах на здравоохранения относительно дохода домохозяйства к которому относится данный гражданин по следующей формуле:

Совокупный доход домохозяйства

Размер домохозяйства (кол-во чел.)

Члены домохозяйства, относящиеся к льготным категориям граждан (кол-во чел.)

= < 2 ВПМ

Индивидуальная часть от совокупного дохода домохозяйства потенциального плательщика сооплаты

## 4. Рекомендации

1. Четко определить набор медицинских услуг и товаров, которые можно получить в Казахстане бесплатно или платно, чтобы каждый гражданин четко представлял какой набор медицинской помощи, в какой последовательности в каких условиях он может получить бесплатно и на платной основе.

1-1. Упорядочить условия оказания платных медицинских услуг. Осуществить разделения потоков «платных» и «бесплатных» пациентов по времени оказания услуг и по месту их предоставления.

2. Сформировать Единый список льготных категорий граждан, учитывающий три критерия освобождения от сооплаты – «возраст», «заболевание», «доход».

3. Использовать тип фиксированного соплатежа на момент потребления медицинской услуги или товара, т.е. «сооплату» при разработке и внедрении механизмов солидарной ответственности граждан за здоровье.

4. Определить возможность государственной поддержки развития рынка «дополняющего» ДМС.

5. В последующем после проведения предварительной работы условием соучастия граждан в расходах на медицинскую помощь определить - превышение двукратной величины прожиточного минимума индивидуальной части от совокупного дохода домохозяйства к которому относится данный гражданин .

Сформировать четкий, развернутый перечень государственных гарантий, определить пакеты лечебно-диагностических услуг и лекарственных средств по каждому заболеванию. Предлагаем в рамках совершенствования протоколов лечения определить в них по нозологиям - минимальный пакет медицинской помощи, который гарантируется государством бесплатно, за сооплату и на платной основе.

Процесс трансформации государственных гарантий ориентировать, в первую очередь, на потенциальных пациентов, а не на медицинских работников.

Предварительно провести исследование готовности населения к внедрению механизмов сооплаты, включая распространенность практики использования медицинской помощи на платной основе (через платные услуги организаций здравоохранения, добровольное медицинское страхование или неформальные платежи).

Данные исследования должны быть построены через призму поиска наиболее подходящих областей внедрения сооплаты и учитывать многообразие взглядов населения разных регионов страны, граждан разных категорий, с разным уровнем дохода, заболеваемости, возраста о качестве и доступности предоставляемой в Казахстане медицинской помощи.

## 5. План действий внедрения механизма сооплаты

**Шаг 1:** проведение масштабной предварительной работы по исследованию готовности населения к внедрению механизмов сооплаты, включая распространенность практики использования медицинской помощи на платной основе (через платные услуги организаций здравоохранения, добровольное медицинское страхование или неформальные платежи).

Построение схемы льготных категорий граждан, с учетом трех критериев.

**Шаг 2:** внедрение сооплаты за консультацию врача на уровне ПМСП (за исключением льготных категорий граждан).

*параллельно:*

Шаг 2-1: мониторинг, наблюдение влияния введения сооплаты на уровень оказания медицинской помощи и удовлетворенности граждан за ее получение, а также частоту посещения населением организаций ПМСП.

Шаг 2-2 :

- ▶ совершенствование/ конкретизация гарантированного объема бесплатной медицинской помощи с позиции «нозологий»;
- ▶ совершенствование и обязательное доведение до пациентов порядка и критериев; отнесения медицинских услуг к платным (в т.ч. ценообразования на такие услуги;
- ▶ определение четкого порядка, в т.ч. условий оказания платных медицинских услуг, регулирование соблюдения недопущения случаев предоставления платных услуг в ущерб возможностям получения бесплатной медицинской помощи.
- ▶ разработка плана мероприятий по развитию добровольного «дополняющего» медицинского страхования;
- ▶ качественное изменение функций врачей общей практики;
- ▶ развитие медицинского образования ВОП.

**Шаг 3.** Определить сооплату в зависимости от двукратной величины прожиточного минимума с учетом результатов социологических исследований и мониторинга влияния введения сооплаты за консультацию специалиста на уровне ПМСП.

После введения всеобщего декларирования доходов.

**Благодарю за внимание !**