**Информация о реализации рекомендаций членов Общественно-консультативного совета, данных по итогам заседания**

**от 23 апреля 2021 года**

**По вопросу пересмотра тарифов на услуги родовспоможения:**

Согласно Приказу №189 от 5 апреля 2021 года «Об утверждении Плана работ по формированию тарифов на медицинские услуги (комплекс медицинских услуг), оказываемые в рамках ГОБМП, и (или) в системе ОСМС на 2021 год», разработка предложений по пересмотру тарифа КЗГ родовспомогательного профиля предусмотрено **на 3 квартал.**

В рамках пересмотра тарифов на услуги родовспоможения направлен запрос о представлении фактических затратах МО на услуги родовспоможения.

**По вопросу учета в тарифах финансирования поэтапного увеличения заработной платы медицинским работникам:**

Согласно ГПРЗ предусмотрено мероприятие по ежегодному пересмотру тарифов на медицинские услуги в части включения в тарифы расходов на повышение заработной платы медицинским работникам. Кроме того, Фондом были даны предложения по включению этих мероприятий в проект Национального проекта «Здоровая нация» на 2021-2025 гг.

В 2020 году пересмотрены тарифы медицинских услуг с учетом повышения заработной платы медицинских работников до 30% с 1 января 2020 года, в 2021 году проведен пересмотр тарифов с учетом повышения заработной платы врачам до 30%, среднему медицинскому персоналу до 20%, на повышение заработной платы выделено 93 млрд тенге в рамках ГОБМП и 61 млрд тенге – в рамках системы ОСМС.

Также, согласно Плану работ по формированию тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС на 2021 год, планируется пересмотр тарифов с учетом повышения заработной платы в 2022 году.

**По вопросу пересмотра тарифов по реабилитации на уровне дневного стационара ПМСП:**

Оплата медицинской реабилитации на уровне дневного стационара осуществляется по утвержденной стоимости за один койко-день **по 14 профилям медицинской реабилитации** (приложение 15), утвержденной Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-170/2020 «Об утверждении тарифов на медицинские услуги, предоставляемые в рамках ГОБМП и в системе ОСМС» тарифы на медицинские услуги в системе ОСМС.

В настоящее время проводится работа по анализу данных и внесению предложений касательно перевода на метод оплаты по клинико-затратным группам.

Тарифы по реабилитации на уровне дневного стационара ПМСП не предусмотрены.

**Касательно покрытия тарифами фактических расходов на реанимационные койки Covid-19 в стационарах:**

Тарифы на лечение КВИ с учетом тяжести течения (*КЗГ № 255 «Коронавирусная инфекция CОVID-19 тяжелой и крайне тяжелой степени тяжести» и КЗГ № 256 «Коронавирусная инфекция CОVID-19 среднетяжелой степени тяжести»*) включают все затраты на лечение и диагностику заболеваний в соответствии с клиническим протоколом, в том числе расходы на реанимационные койки.

**Касательно внесения в тарифы на медицинские услуги расходы на амортизацию основных средств:**

В Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020 – 2025 годы предусмотрены мероприятия по поэтапному включению в тарифы расходы на обновление основных средств в 2023 году. В настоящее время проводятся работы по сбору и анализу данных.

Разработан проект Методики расчета возмещения амортизационных расходов МО и направлен в МЗ РК (*исх. № 25-01-06/1230 от 10.03.2021 г, № 24-01-06/1753 от 1.04.2021 г.).*

Кроме того, Фондом были даны предложения по включению этих мероприятий в проект Национального проекта «Здоровая нация» на 2021-2025 гг.

**По вопросу рассмотрения возможности проведения дополнительных обследований призывников в рамках медицинского страхования:**

В соответствии с Правилами проведения медицинских осмотров личного состава в военно-медицинских подразделениях Вооруженных Сил Республики Казахстан, утвержденные приказом Министра обороны Республики Казахстан от 28 октября 2020 года № 589 обязательные медицинские осмотры проводятся при поступлении (призыве) на воинскую службы (работу или учебу) с целью выяснения пригодности к выполнению обязанностей по профессии или учебе, а также предупреждения общих, профессиональных и нераспространения инфекционных и паразитарных заболеваний.

Медицинские осмотры поступающих (призываемых) на воинскую службу (учебу) проводятся путем медицинского освидетельствования в соответствии с Правилами проведения военно-врачебной экспертизы и Положения о комиссиях военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Республики Казахстан, утверждаемых в соответствии с [подпунктом 10)](https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360#z572) пункта 1 статьи 11 Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранени».

Медицинские осмотры проводятся врачом (фельдшером, медицинской сестрой) в специально оборудованной комнате (месте). При этом, при необходимости по медицинским показаниям назначаются дополнительные методы обследования, консультации профильных врачей-специалистов, которые можно получить в рамках ГОБМП и в системе ОСМС.

**Касательно обеспечения финансирования молодежных центров здоровья в 2022 году:**

В Госпрограмме развития здравоохранения на 2020 – 2025 годы отмечается, что для сохранения и улучшения здоровья подростков и молодежи будет совершенствоваться деятельность молодежных центров здоровья в сети ПМСП. Молодежные центры здоровья расширят перечень и доступность услуг в рамках ГОБМП и ОСМС, в том числе по охране репродуктивного и ментального здоровья. Для сохранения и восстановления психического здоровья подросткам и молодым людям, а также жертвам насилия, травли (буллинга) будут предоставляться консультации при депрессии, мыслях о суициде. При необходимости будут привлекаться узкие специалисты и другие службы.

В системе ОСМС прогнозируются расходы на оказание услуг молодежными центрами здоровья в размере 2 352,3 млн тенге.

Также, на 2022 год в проекте Бюджетной заявки на 2022-2024 годы в рамках ГОБМП предусматриваются расходы в размере 1 378,1 млн. тенге на ПЦР, ИФА, циркумцизию от 11 до 29 лет.

**Касательно проведения на постоянной основе проактивного мониторинга по неонатальным скринингам:**

Филиалами Фонда в соответствии с Операционным планом по реализации стратегии развития НАО «ФСМС» на 2021 год во втором квартале проведен целевой мониторинг по качеству оказания неонатальных скринингов и профилактических осмотров детей раннего возраста, в т.ч. работы кабинетов здорового ребенка и катамнестических кабинетов.

Результаты целевого мониторинга направлены местным органам государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы для принятия организационных и управленческих решений по исполнению мероприятий, направленных на профилактику нарушений поставщиками при оказании медицинской помощи.

Следует отметить, что в настоящее время роды оплачиваются по клинико-затратным группам с учетом уровня сложности пролеченного случая по акушерско-гинекологическому профилю и неонатальные скрининги входят в стоимость пролеченного случая в стационаре.

Вместе с тем, в информационных системах отсутствует отдельный учет проведенных неонатальных скринингов с отображением результатов данного скрининга, и эти данные отражаются лишь в истории развития новорожденного, в качестве вкладки к медицинской карте стационарного пациента (роженицы). Эксперты филиалов Фонда в медицинских информационных системах могут увидеть лишь данные о факте забора биоматериала и записи о проведении консультаций специалистами.

Трудности цифровизации учета также обусловлены отсутствием данных ребенка на момент проведения скрининга (отсутствие ИИН, ФИО).

В связи с вышеизложенным, считаем целесообразным обеспечить реализацию учета неонатальных скринингов, с дальнейшим отображением результатов в медицинских информационных системах для проведения мониторинга качества и объема.

Для рассмотрения вопроса реализации данного функционала в медицинских информационных системах будет направлено письмо в ДРЭЗ МЗ РК.

Также следует отметить, что в системе мониторинга качеством медицинской помощи, проводимым Фондом, в 2021 году произошли качественные изменения.

В частности уполномоченным органом в сфере здравоохранения был разработан отдельный нормативный правовой акт, регулирующий процесс проведения мониторинга качества (Приказ и.о. 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», опубликован 11.01.2021 г.). Данные Правила предусматривают проведение проактивного мониторинга, направленного на выявление и предупреждение условий и причин, способствующих нарушению порядка оказания медицинских услуг (помощи).

Важной особенностью данного мониторинга является отсутствие штрафных санкций при выявлении нарушений. При этом поставщик должен в течение 45 календарных дней со дня подписания заключения устранить выявленные дефекты и неисполненные обязательства.

Следует отметить, что проактивный мониторинг проводится с посещением поставщика 1 раз в год по каждому виду и (или) условиям оказания медицинской помощи.

**Касательно рассмотрения возможности проведения мониторинга целесообразности назначения консультативно-диагностических услуг по ОСМС во избежание необоснованных назначений со стороны медицинских работников, так как данные услуги оплачиваются отдельно:**

Фондом при выявлении отклонений от стандартов организации оказания медицинской помощи и других нормативных правовых актов по оказанию медицинской помощи, а также необоснованного отклонения от клинических протоколов в ходе мониторинга качества медицинской помощи применяются дефекты согласно Единому классификатору дефектов.

Единый классификатор дефектов предусматривает дефекты, направленные как на защиту прав пациентов, обеспечение доступности и своевременности получения медицинских услуг, так и дефекты направленные на предупреждение завышения объемов и другие.

Так, в части мониторинга консультативно-диагностических услуг предусмотрены следующие дефекты:

6.0. – «Необоснованное отклонение лечебно – диагностических мероприятий, оказания услуг от стандартов, правил в области здравоохранения/ клинических протоколов»;

7.0. – «Длительность ожидания медицинских услуг»;

8.0. – «Обоснованные жалобы»;

3.1. – «Необоснованное увеличение количества проведения лечебных и диагностических услуг»;

3.2. – «Удорожание стоимости клинико - диагностических услуг путем оказания более дорогих услуг при наличии альтернатив»;

3.4. – «Необоснованное оказание консультативно - диагностических услуг»;

3.5. – «Необоснованное направление на оказание консультативно-диагностических услуг» (к примеру, за 5 месяцев текущего года по данному коду выявлено 1 776 дефектов на 3.3. млн. тенге);

5.2. – «Включение в счет-реестр на оплату неподтвержденных случаев медицинской услуги».

Тем самым экспертами Фонда на постоянной основе проводится мониторинг оказанных медицинских услуг (за 5 месяцев текущего года по КДУ вне КПН выявлено 330 438 дефектов на сумму 549,5 млн. тенге).

**Касательно обеспечения контроля за качественным оказанием медицинских услуг по программе управления заболеваниями и по дистанционным медицинским услугам:**

В соответствии с пунктом 4 Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, утвержденных приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-291/2020 г., оплата услуг субъектов здравоохранения производится с учетом результатов мониторинга качества и объема. Тем самым, Фондом на постоянной основе проводится мониторинг качества оказанных медицинских услуг.

Мониторинг качества и объема медицинских услуг обеспечиваются следующими видами:

1) текущий (плановый) мониторинг;

2) внеплановый мониторинг;

3) проактивный мониторинг;

4) целевой мониторинг;

5) мониторинг случаев летальности и смертности.

В свою очередь целевой мониторинг проводится по определенным видам медицинской деятельности, видам медицинской помощи.

Так, в 1 квартале текущего года, Фондом проведен целевой мониторинг динамического наблюдения больных артериальной гипертензией, сахарным диабетом и обеспечения их лекарственными средствами на амбулаторном уровне. По итогам которого информация была направлена местным органам государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы для принятия организационных и управленческих решений по исполнению мероприятий, направленных на профилактику нарушений поставщиками при оказании медицинской помощи.

Также, в 2020 году было инициировано внедрение пилотного проекта по оценке результативности работников отделов мониторинга качества медицинских услуг филиалов НАО «Фонд социального медицинского страхования» в 4-х регионах (г.Нур-Султан, ВКО, Алматинской и Актюбинской области) с IV квартала 2020 года, которая была утверждена решением Правления №33 от 29 октября 2020г.

По итогам IV квартала 2020 года оценка результативности составила 109%, из них:

1. *105,6% (97,1% - фактический показатель) - доля пациентов с ОНМК, взятых на диспансерный учет после выписки из стационара по месту прикрепления;*
2. *115,0% (98,9 - фактический показатель) - доля пациентов с ОИМ, взятых на диспансерный учет после выписки из стационара по месту прикрепления;*

*3.106,8% (81,5% - фактический показатель) - обеспеченность АЛО, состоящих на Д-учете больных с АГ и ИБС.*

В I квартале 2021 года составила – 117,5%, из них:

1. *111,6% (99,2% - фактический показатель) - доля пациентов с ОНМК, взятых на диспансерный учет после выписки из стационара по месту прикрепления;*
2. *118,3% (99,7% - фактический показатель) - доля пациентов с ОИМ, взятых на диспансерный учет после выписки из стационара по месту прикрепления.*

С июля текущего года запланирована трансляция данного опыта на все филиалы (п.97 Операционного плана по реализации стратегии развития НАО «ФСМС» на 2021 год).

Помимо этого, Фондом разработаны индикаторы для мониторинга своевременности и полноты оказываемых медицинских услуг пациентам, подлежащим динамическому наблюдению. В ближайшее время панируется автоматизация указанных индикаторов.

Указанные меры позволит обеспечить динамическое наблюдение пациентов в полном объеме.

**1.10 в информационном поле акцент делать на фактические расходы на ГОБМП/ОСМС в 2019-2020 годах, с учетом недофинансирования системы здравоохранение в течение долгих лет:**

Фондом за период с 24.04.2021 г. по 22.06.2021 г. было размещено 117 публикаций, раскрывающих тему финансирования медицинской помощи.

Также подготовлено расширенное эксклюзивное интервью с Председателем Общественно-консультативного совета Бектургановым Сериком Чингисовичем о финансировании отечественного здравоохранения, накопленных годами проблемах недофинансирования и возможностях развития сферы с внедрением системы ОСМС.

**1.11 рассмотреть возможность заключения договоров с поставщиками стоматологических услуг напрямую с Фондом без договоров соисполнения через организации ПМСП**

Данный вопрос находится на рассмотрении. Информация будет предоставлена дополнительно.

**1.12 по запросу члена ОКС Тажибай Б. касательно вопросов цифровизации здравоохранения необходимо отдельное обсуждение с руководством Фонда с дальнейшим внесением данного вопроса в Министерство здравоохранения от Общественно-консультативного совета Фонда. ПС, ДРСИС**

Данный вопрос находится в работе. Состоялось предварительное обсуждение вопроса Председателя Общественно-консультативного совета Бектургановым Сериком Чингисовичем с Председателем Правления Фонда.

**Касательно усиления работы с другими заинтересованными государственными органами по вопросам охвата 3 млн человек, которые не застрахованы в системе ОСМС, для обеспечения доступности медицинских услуг:**

По результатам анализа по последним платежам, поступившим на ОСМС составлен портрет незастрахованного лица. Так, за апрель категоризация незастрахованных лиц выглядит следующим образом:

Работник - 26%

ГПХ - 1,7%

ИП/ЧП - 3,1%

Плательщик ЕСП - 34,2%

Самостоятельный плательщик - 0,6%

Иное - 1,2%

Не имеющие статуса страхования ранее - 32,8%.

То есть, незастрахованными оказываются нерегулярные плательщики (высокий % по бывшим работникам и бывшим плательщикам ЕСП).

А также одну третью часть (1 350 832 человек) незастрахованного населения составляют лица, ни разу не оплачивавшие взносы и/или отчисления, подпадающие под категорию самостоятельных плательщиков, не имеющие постоянных источников дохода для оплаты взносов за себя, не охваченные социальной поддержкой государства.

При этом, Фонд, в целях повышения вовлеченности населения в систему ОСМС, требует с медицинских организаций проведения соответствующей работы с прикрепленным к ним населением. Однако, даже для прохождения медобследования и установления инвалидности необходимо получение медицинских услуг, входящих в пакет ОСМС. В итоге, работа ПМСП с прикрепленным населением не приводит к желаемому результату, а услуги, входящие в пакет ОСМС, так и остаются для указанной категории населения недоступными.

Аналогично, в регионах у населения возникают проблемы при регистрации в качестве безработных, так как населению под различными предлогами отказывают в их регистрации в качестве безработных, ввиду негативного влияния роста данного показателя на рейтинг МИО. Кроме того, система постановки на учет в качестве безработного не учитывает вопросы отдаленности места жительства безработного от предлагаемого места трудоустройства и низкого размера оплаты на предлагаемых местах трудоустройства и другие факторы, приводящие население к отказу от предлагаемого места трудоустройства.

Также к категории самостоятельных плательщиков относятся лица, получающие пенсионные выплаты из пенсионных фондов других государств и лица, не получающие пенсионные выплаты, ввиду получения пособия по потере кормильца.

В данном случае необходимо комплексное принятие политического решения данного вопроса, так как при действующих нормах законодательства государственными органами не будет достигнут результат по охвату населения системой ОСМС.

Статья 5 Закона РК «Об обязательном социальном медицинском страховании» (далее – Закон) определяет условия, при которых приобретается право на медицинские услуги в системе ОСМС. Так, согласно пункту 1 данной статьи Закона право на медицинскую помощь в системе ОСМС имеют лица, за которых осуществлялась уплата отчислений и (или) взносов в Фонд, а также освобожденные от уплаты взносов в Фонд в соответствии с пунктом 7 статьи 28 настоящего Закона. В данной норме нет конкретизации в части непрерывности в периодах оплаты. Однако, работник, за которого осуществлялась уплата отчислений и взносов, в случае его увольнения и наличии перерыва в платежах на ОСМС, будет незастрахован, ввиду наличия задолженности за период поиска работы и неуплаты отчислений и взносов, несмотря на его последующее трудоустройство.

Далее, пунктом 3 статьи 5 Закона установлено, что лица, за которых не произведена уплата отчислений и (или) взносов в Фонд, для приобретения права на медицинскую помощь в системе ОСМС обязаны оплатить взносы в фонд за неуплаченный период, но не более 12 месяцев, предшествующих дате оплаты, в размере 5% от минимального размера заработной платы, установленного на текущий финансовый год законом о республиканском бюджете. Аналогично в данном пункте не конкретизировано, что не произведена уплата отчислений и (или) взносов в фонд за какой- либо период.

То есть, при данных формулировках указанных норм, возможна их интерпретация в пользу пользователей медицинских услуг и вовлечение в систему ОСМС непостоянных плательщиков, предварительно определившись при уплате скольких периодов, могут быть застрахованы непостоянные плательщики. Но, при этом необходимо решение вопроса финансовой устойчивости Фонда.

В случае комплексного принятия решения вышеуказанных вопросов, потребуется внесение соответствующих изменений в законодательство в сфере социальной защиты и в Закон.

**По вопросу объединения пакетов ОСМС и ГОБМП на уровне ПМСП:**

В целом, разделение финансовых потоков согласно двум пакетам медицинских услуг (заключение отдельных договоров с поставщиками на оказание услуг в рамках ГОБМП и ОСМС) создают препятствия для оптимального планирования объемов в разрезе направлений медицинской помощи в зависимости от потребности населения, реализации принципа «деньги следуют за пациентом», в отдельных случаях негативно отражаются на целостности комплекса медицинских услуг, что в итоге снижает их доступность.

В целях повышения эффективности финансирования системы здравоохранения рассматриваются следующие подходы (соответствующие предложения внесены ранее в МЗ РК (исх. 11-03-04/3264 от 03.06. 2021г.)):

* источниками финансирования в рамках ГОБМП и в системе ОСМС определить целевой взнос государства и активы Фонда;
* аккумулирование денежных средств осуществить на едином счете Национального банка РК;
* закуп и оплату услуг в рамках ГОБМП и ОСМС осуществить через заключение единого договора.

**Преимуществами предлагаемой модели являются:**

* + гибкость оплаты услуг из средств ОСМС при дефиците ГОБМП;
  + расширение доступности к медицинской помощи в рамках ГОБМП;
  + ускоренная обработка платежей при отправке денежных средств в медицинских организациях;
  + персонифицированный учет денежных средств через банки второго уровня (далее - БВУ) на базе ситуационного центра Фонда;
  + нивелирование коррупционных рисков;
  + оптимизация бизнес-процессов Фонда и поставщиков медицинской помощи;
  + безвозвратность целевого взноса.

**При этом необходимо учитывать следующие риски:**

* + недовольство плательщиков ОСМС за оплату нужд ГОБМП;
  + снижение привлекательности ОСМС;
  + не заинтересованность БВУ.

**Касательно пересмотра в сторону снижения плана закупа на амбулаторное лекарственное обеспечение:**

На 2021 год предусмотрены расходы в рамках ГОБМП в сумме **138 559 333, 22** тыс. тенге и в системе ОСМС - **31 904 069, 7 тыс тенге.**

Потребность в лекарственных средствах на амбулаторном уровне на 2022 год в рамках ГОБМП сформированы по заявкам медицинских организаций на сумму **- 169 025 024,2 тыс. тенге** и в системе ОСМС - **31 232 478, 9 тыс. тенге.**

Увеличение обьема финансовых средств на АЛО связано с увеличением обеспечения пациентов на амбулаторном уровне, а также с увеличением количества пациентов на диспансерном учете.

**Касательно вопроса оплаты за каждый выезд мобильной бригады ПМСП:**

В соответствии с Кодексом Республики Казахстан от 7 июля 2020 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» оплата услуг субъектов здравоохранения в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС производится в порядке, определяемом уполномоченным органом.

В соответствии с пунктом 49 Правил оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС, утвержденных приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-291/2020 оплата за оказание неотложной медицинской помощи прикрепленному населению для обслуживания 4 категории срочности вызовов осуществляется по подушевому нормативу на оказание неотложной помощи.

Вместе с тем, в соответствии с пунктом 69 Правил оплаты, оплата за оказание специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях мобильными бригадами осуществляется по тарифу за 1 выезд.