



Для членов информационно-
разъяснительной группы

Внедрение обязательного социального медицинского страхования

Ключевые проблемы системы

1. Отсутствие солидарной ответственности граждан и работодателей по охране здоровья

- Бремя обеспечения охраны здоровья лежит только на государстве



ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ:

- 1) объемы финансирования из госбюджета в систему выросли **в 6,3 раза**;
- 2) расходы на душу населения с **8,7 тыс.** тенге в 2004 году до **49 тыс.** тенге в 2015 году

- Гражданам характерно потребительское отношение к здравоохранению, слабая приверженность к здоровому образу жизни

- Среди диспансерных больных – 1,6 млн. человек (или 38,7%) составляют лица, имеющие заболевания:
 - системы кровообращения (32,1%)
 - сахарный диабет (6,6%).
- В структуре пролеченных случаев БСК и новообразования составили **16%**, и расходы на них составили **34%** от всей суммы предъявленной к оплате в **2015** году.
- Смертность от БСК и новообразований составляет 39%.

Ключевые проблемы системы

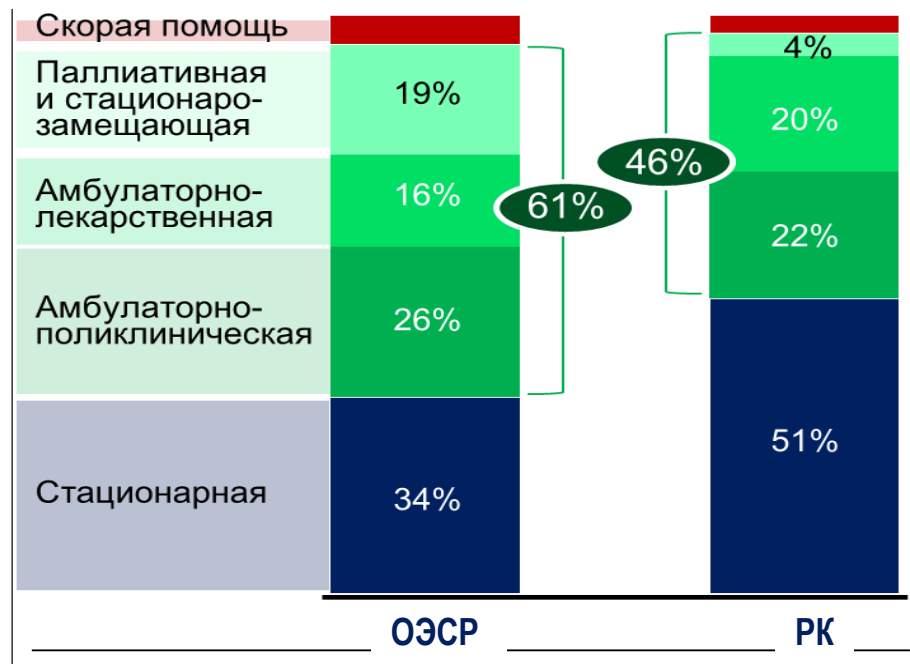
2. Финансовая неустойчивость системы

- Недостаточно эффективная структура оказываемой медпомощи:

высокая доля расходов на стационарную помощь

- Высокий удельный вес частных платежей населения

Структура финансирования здравоохранения в РК и странах ОЭСР в 2013 году



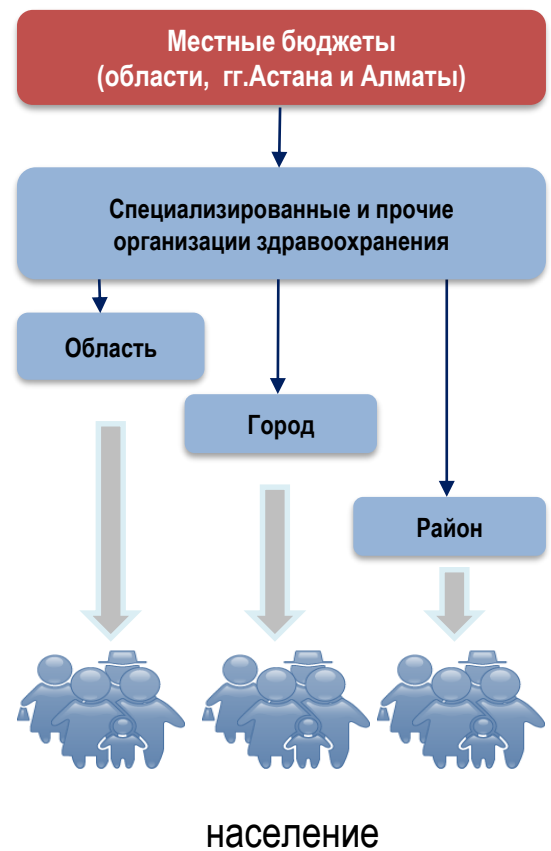
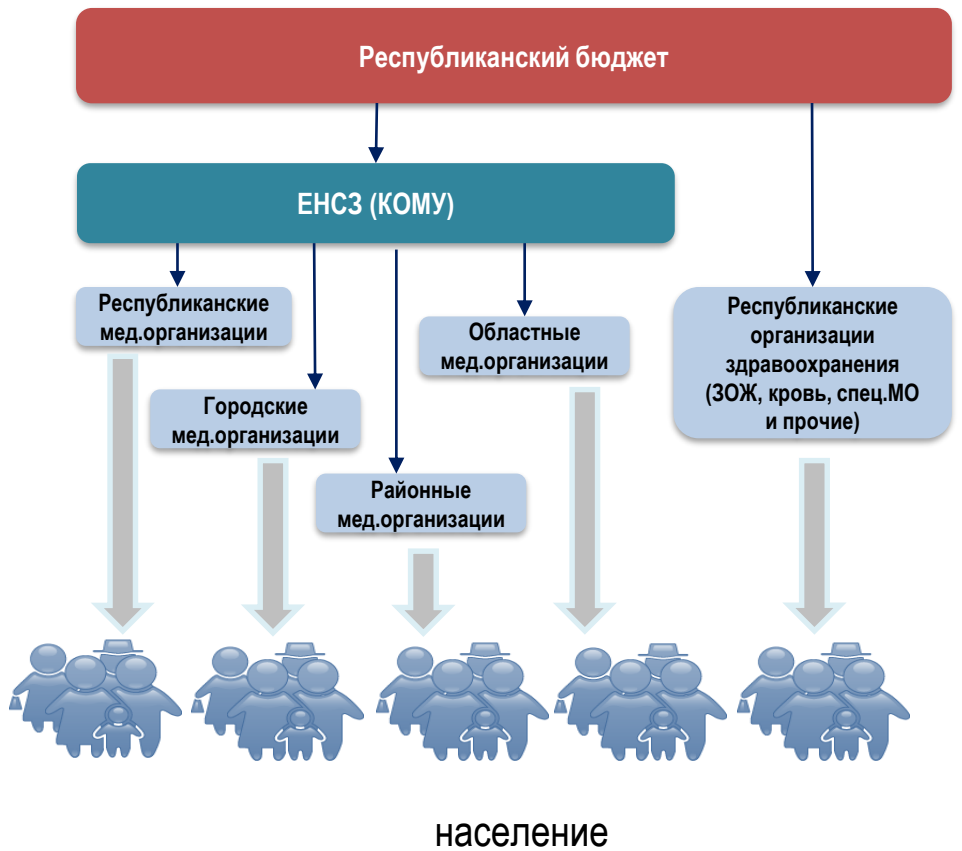
Уровень частных платежей населения в 2014 году составил – 37,4% от общих расходов на здравоохранение, в ОЭСР - в среднем 17%.

По данным Всемирной организации здравоохранения превышение данного показателя свыше 20% является признаком низкой устойчивости системы здравоохранения.

Ключевые проблемы системы

2. Финансовая неустойчивость системы

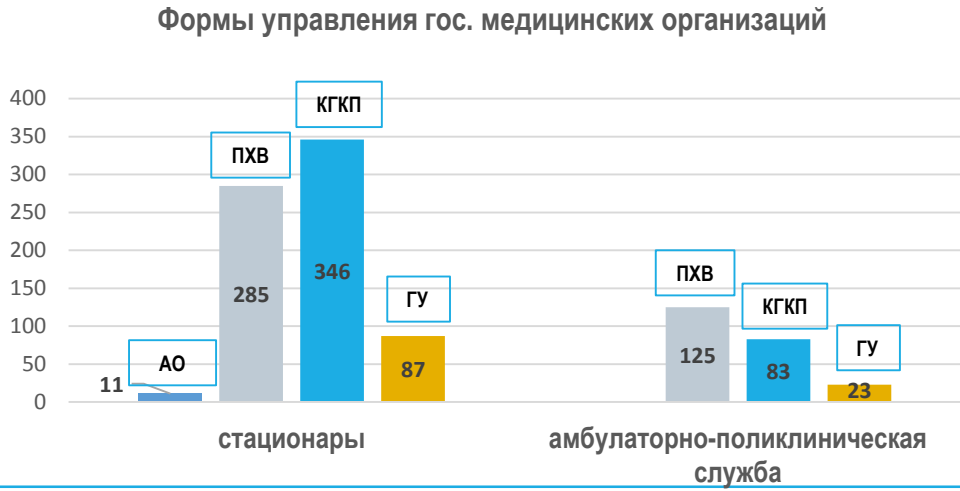
- Фрагментация потоков финансовых средств (РБ, местные бюджеты):
 - 1) разные правила финансирования в регионах (АПП по КПН, стационар по ЕНСЗ, СЗЗ в местном бюджете);
 - 2) неравномерная доступность населения к медицинской помощи при СЗЗ (финансирование из местного бюджета осуществляется в зависимости от их возможностей).



Ключевые проблемы системы

3. Неэффективное управление системой

- Низкая эффективность медицинских организаций



- Около **65%** зданий эксплуатируются более 30 лет;
- Средний физический износ медтехники - **35%**;
- Соответственно - **высокие капитальные и операционные затраты** на достижение результатов

- Слабая тарифная политика и непрозрачное распределение средств

- Слабая доказательная база** вследствие отсутствия базы данных о фактических затратах медицинских организаций для расчета тарифов;
- Неадекватная затратам структура тарифов**, не учитывающая капитальные затраты и амортизационные отчисления, затраты на обслуживание медицинских и ИТ технологий, стоимость финансовых услуг;
- Неадекватность тарифного регулирования компенсируется жестким контролем объемов**, что создает выраженный дисбаланс между уровнями медицинской помощи

- Низкий уровень качества услуг и компетенции системы

- Диспропорция видов медработников: «много врачей, мало медсестер».** В РК врачей - в 4-5 раз больше, чем в США, средних медработников - в 3 раза меньше, чем в США (в течение 2005-2014 гг. разрыв сохраняется)
- Низкое качество кадров: недоверие к компетенции, образованию медработников.** Отток пациентов в ближнее и дальнее зарубежье, внутренний медицинский туризм (в Астану, Алматы)

Основные системные риски

Риск роста потребления услуг

- за счет демографических изменений (рост рождаемости, старение населения)
- рост отдельных заболеваний (сердечно-сосудистая патология, онкология и др.)

Риск роста стоимости здравоохранения

- интенсивное внедрение новых дорогостоящих технологий (лекарства, медицинские изделия и оборудование)
- значительные инвестиционные затраты государства

Риск недостаточности государственного бюджета и возможности компенсации

- рост дефицита государственного бюджета вследствие экономической ситуации
- отсутствие гибкости при перераспределении средств между регионами и уровнями здравоохранения

Риск неэффективности - не достижение конечных результатов

- низкая компетенция системы менеджмента в здравоохранении
- недофинансирование трудовых затрат человеческих ресурсов
- неэффективное использование средств

Существующие ключевые проблемы и ожидаемые системные риски требуют кардинального пересмотра модели системы здравоохранения

Три глобальные модели здравоохранения

Примеры

Механизм

Налоговая

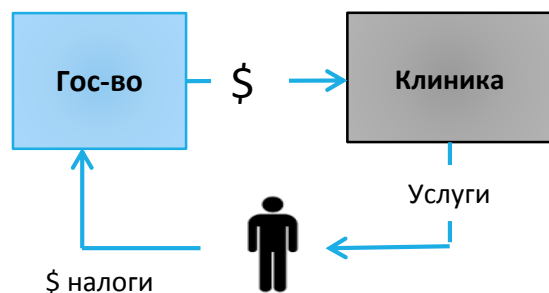
Государственная



Охват медицинских услуг обеспечивается за счет налогов и государственного бюджета. Министерство здравоохранения отделено от Агентства по распределению ресурсов

(+) Социальная направленность, равенство доступа, контроль цен

(-) Зависимость от бюджета, медленная адаптация к изменяющимся потребностям населения, ограниченность выбора



Страховая

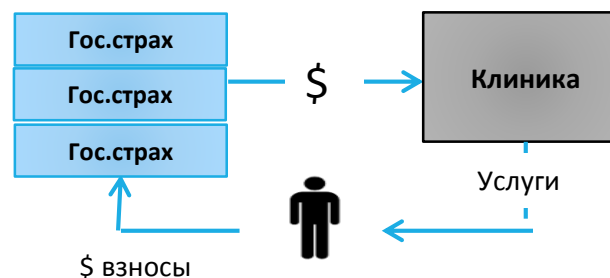
Общественное страхование



Охват медицинских услуг осуществляется за счет обязательных социальных взносов, собранных и находящихся в ведении Фонда(ов), отделенного от Министерства здравоохранения

(+) Социальная направленность, солидарная ответственность, повышение конкуренции и контроля качества, снижение неформальных платежей

(-) Риск недофинансирования из-за уклонения от уплаты взносов; необходима соответствующая ИТ инфраструктура



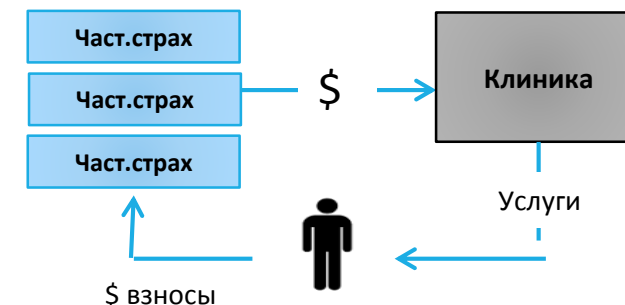
Частное страхование



Непринудительный сбор доходов исключает накопление достаточных средств для покрытия потребностей в области здравоохранения для всех. Существует множество отдельных "систем".

(+) Дифференцированный пакет услуг в зависимости от желания и дохода гражданина

(-) Отсутствие контроля цен, конкуренция мед. организаций по не медицинским факторам, высокие расходы экономики на здравоохранение, отсутствие доступа к мед. услугам при отсутствии платежеспособности



Большинство стран скорее комбинируют их, чем фокусируются на одной

Мировые тренды развития моделей здравоохранения

- Общая тенденция - конвергенция «бюджетных» и «страховых» моделей:
 - «Бюджетные» перенимают страховые принципы распределения средств (*контракты, оплата за услуги и т.п.*)
 - «Страховые» перенимают бюджетные принципы сбора и накопления средств

- В «страховых» системах наблюдается тенденция увеличения роли государства (*Франция, Германия, др.*)

- Отчетливая тенденция централизации и укрупнения фондов ОМС с целью увеличения эффективности, упрощения управления и сокращения неравномерностей распределения средств

Источник: HEALTH CARE FINANCING IN THE CONTEXT OF SOCIAL SECURITY, 2008

Франция: реформа источников финансирования здравоохранения

- До реформы: Франция – «чистый» представитель модели Бисмарка

	1990 г, до реформы (%)	2000 г., после реформы (%)
Взносы работников на основе зарплаты	32.2	3.4
Взносы работодателей	63.1	51.1
Индивидуальный налог на основе общего дохода	1.6	38.7
Другие	3.1	6.8

- После реформы – взносы от зарплаты работника заменены на взносы от общего дохода

Реформа медицинского страхования в Германии, 2006 – 2009 гг.

В 2006 г.: Федеральное правительство начало платить больничным кассам взносы за детей, т.е. дети стали застрахованными за счет государства (в 2010 г. – около 10% от общих доходов)

С 2009 г.

- Тарифы взносов устанавливает Федеральное бюро страхования, а сбор взносов (95% всех средств) переходит к новому Центральному фонду перераспределения (Gesundheitsfonds)
- Центральный фонд отвечает за распределение собранных средств больничным кассам в зависимости от численности и состава застрахованных, т.е. основанным на риске

Реформа медицинского страхования Нидерландов, 2006 г.

- Изменен баланс взносов:
 - тариф взноса от дохода уменьшен с 8% до 6,5%;
 - постоянный взнос увеличен с 239–455 EUR (2005 г.) до в среднем 1050 EUR (2006 г.)
- Дополнительно введено финансирование из общих налогов
- Единая государственная система стала охватывать все население (до этого ОМС охватывало 63% населения, а частное заменяющее страхование - 37%)
- Создан Национальный центр (фонд) накопления

Мировая тенденция: Почему выбран ОСМС?

Структура затрат ФСМС Франции*



1. Разный уровень доходов не обеспечивает гражданам равный доступ к медицинской помощи
2. Богатые добровольно не будут перечислять взносы за бедных граждан
3. В этой связи большинство стран ОЭСР выбрали ОСМС, которая позволяет перераспределять средства от менее нуждающихся к более нуждающимся

*Данные Всемирного банка

Мировая тенденция: почему один Фонд?

- **В Эстонии** с 2001 г. Центральный и региональные фонды объединены в одну организацию, с 2003 г. число региональных отделов национального фонда сокращено с 7 до 4
- **В Польше** в 2003 году 17 региональных фондов объединены в один Национальный фонд с филиалами в каждом регионе
- **В странах с несколькими плательщиками:**
 - в Чехии число фондов сократилось с 27 до 9;
 - в Германии – с более чем 1000 (1993 г.) до чуть более 100 (2014 г.)

Модель единого плательщика абсолютно доминирует в странах Центральной и Восточной Европы и рекомендуется ВОЗ

Преимущества модели единого закупщика:

- Обеспечение солидарности при перераспределении ресурсов от менее нуждающихся к более нуждающимся
- Единый пакет медпомощи и равенство в доступе к нему для каждого жителя страны
- Аккумуляция всех страховых рисков в одном фонде
- Единые правила распределения средств по регионам и закупа медицинской помощи у поставщиков
- Мощность переговоров в ходе стратегических закупок и возможность влияния на повышение эффективности системы здравоохранения
- Сохранение государственной монополии как эффективного инструмента воплощения национальной политики здравоохранения
- Более высокая эффективность (низкие административные расходы)

Предпосылки внедрения ОСМС в РК

Конституция Республики Казахстан, Статья 29

1. Граждане Республики Казахстан имеют право на охрану здоровья.
2. Граждане Республики вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи, установленный законом.
3. Получение платной медицинской помощи в государственных и частных лечебных учреждениях, а также у лиц, занимающихся частной медицинской практикой, производится на основаниях и в порядке, установленных законом.

Институциональные реформы Главы Государства: 100 конкретных шагов

80. ВНЕДРЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ. Усиление финансовой устойчивости системы здравоохранения на основе принципа СОЛИДАРНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ государства, работодателей и граждан. Приоритетное финансирование первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Первичная помощь станет центральным звеном национального здравоохранения для предупреждения и ранней борьбы с заболеваниями.

С 2017 г. В Казахстане будет внедрена смешанная система финансирования здравоохранения:

Гарантированный государством объема бесплатной медицинской помощи (ГОбМП)
Система обязательного социального медицинского страхования (ОСМС)
Добровольное медицинское страхование и платные медицинские услуги

Цели внедрения ОСМС



Основные принципы систем ОСМС

- **УНИВЕРСАЛЬНОСТЬ:**

- Обязаны участвовать все постоянно проживающие жители (всеобщий охват)
- Каждый должен платить взносы (либо за него платит государство)

- **СОЦИАЛЬНАЯ СПРАВЕДЛИВОСТЬ:**

- Взносы экономически активного населения зависят от платежеспособности, т.е. доходов
- Взносы за экономически неактивных платит госбюджет из общих налогов

- **СОЛИДАРНОСТЬ:**

- Каждый застрахованный имеет право на мед.помощь, оплачиваемую ОСМС, независимо от суммы уплаченных взносов

Измерения справедливости:

- ***Вертикальная*** – каждый платит пропорционально своему доходу:
 - *Прогрессивная, если тариф увеличивается при росте дохода*
 - *Регрессивная, если тариф уменьшается при достижении установленного уровня («потолка») дохода*
- ***Горизонтальная*** – все лица с одинаковым уровнем дохода платят одинаковые взносы:
 - *Горизонтальную справедливость нарушают разные исключения и льготы*

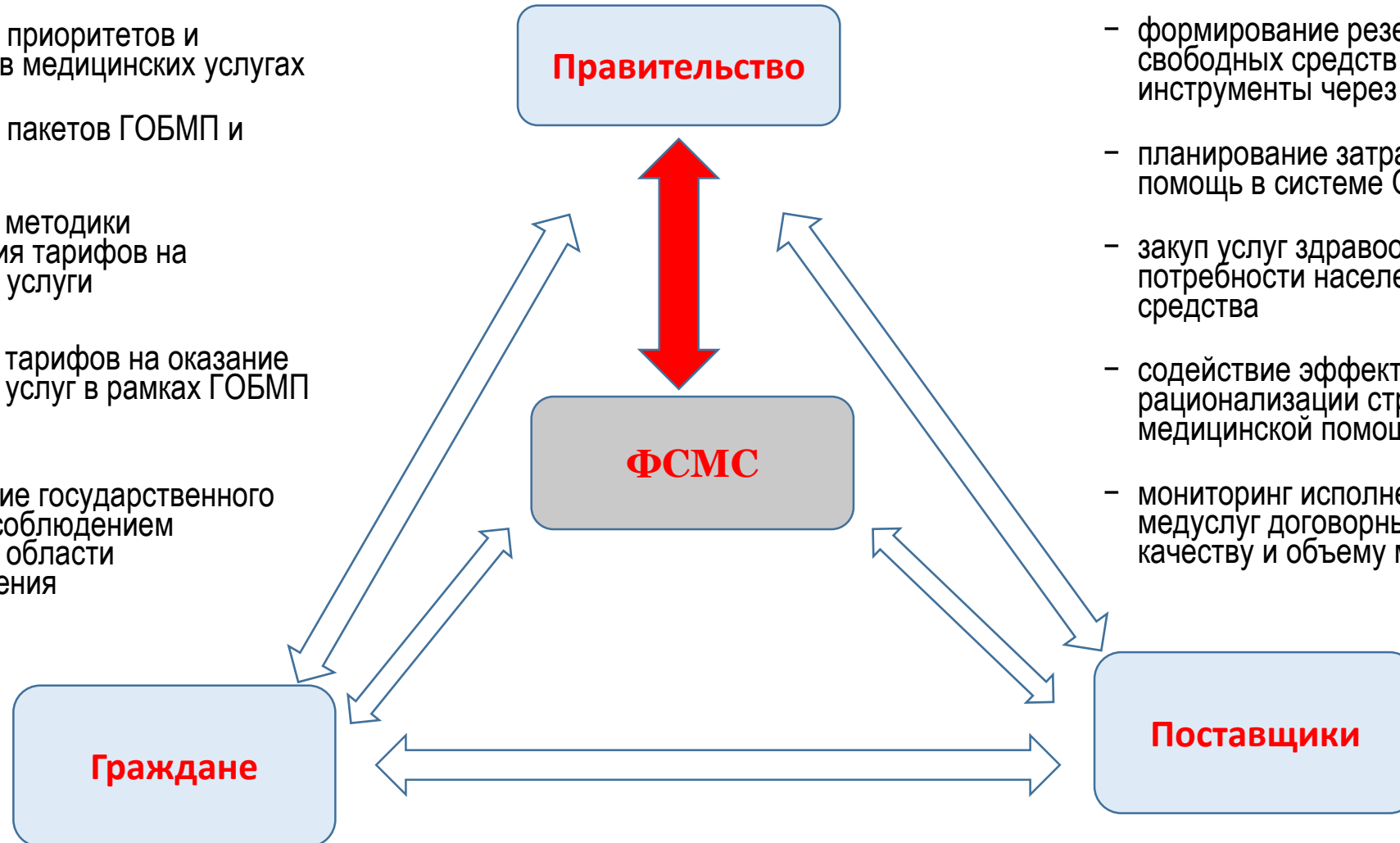
Что поменяется при внедрении ОСМС в РК?

МЗСР

- выработка политики в области охраны здоровья
- определение приоритетов и потребности в медицинских услугах
- определение пакетов ГОБМП и ОСМС
- утверждение методики формирования тарифов на медицинские услуги
- утверждение тарифов на оказание медицинских услуг в рамках ГОБМП и ОСМС
- осуществление государственного контроля за соблюдением стандартов в области здравоохранения

ФСМС

- аккумулярование отчислений и взносов на ОСМС
- формирование резервов и размещение свободных средств в финансовые инструменты через Национальный Банк РК
- планирование затрат на медицинскую помощь в системе ОСМС
- закуп услуг здравоохранения, балансируя потребности населения и имеющиеся средства
- содействие эффективности и рационализации структур оказания медицинской помощи
- мониторинг исполнения поставщиками медуслуг договорных обязательств по качеству и объему медпомощи




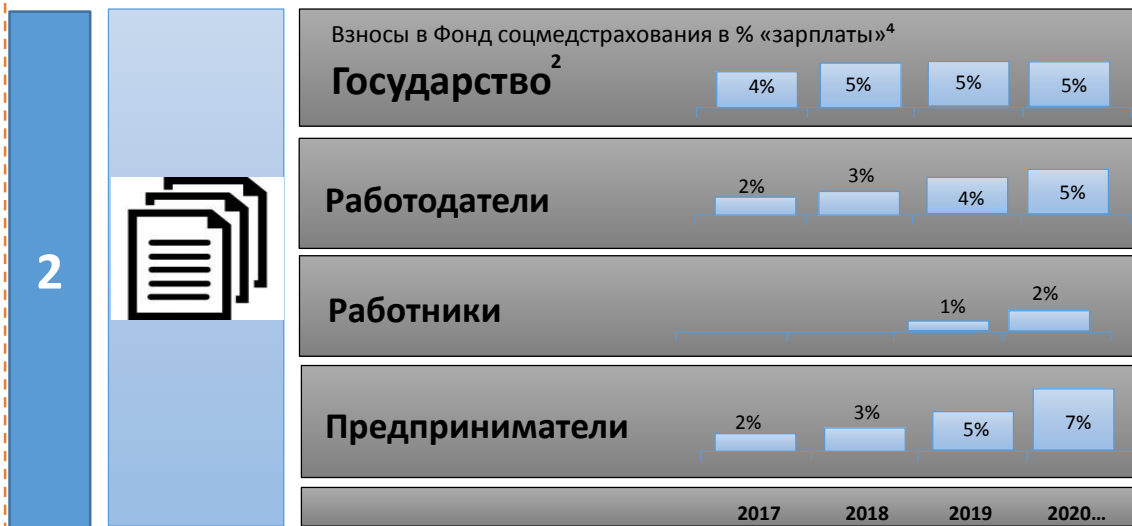
Общая схема функционирования ОСМС в РК


Источники финансирования

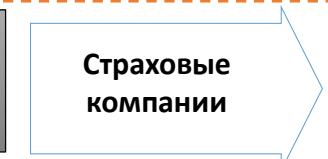
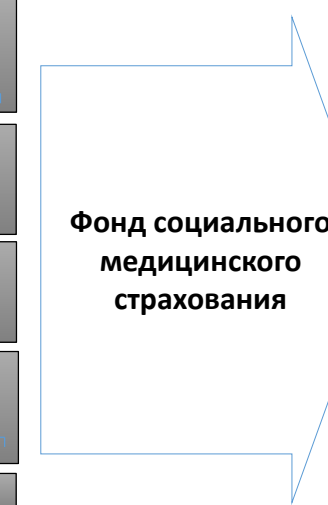
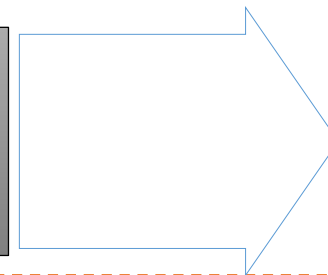
Плательщики⁵


Финансируемые услуги здравоохранения

1  **Государственное финансирование**




3  **Частные лица**




 **Набор базовых услуг для всех**

- Социально значимые заболевания (туберкулез, психич. заболевания и т.д.)
- Неотложная помощь
- Транспортировка
- Некоторые виды профилактического лечения

 **Услуги ОМС, предоставляемые только для застрахованных граждан**

- Амбулаторные медицинские услуги
 - Первая помощь
 - Консультации
- Лечение в стационаре
- Госпитализация
- Хирургия
- Лабораторные услуги
- Некоторые рецептурные препараты

 **Пакет услуг ДМС³, предоставляемый только застрахованным**

- Согласно условиям договора частного медицинского страхования

Система ОСМС

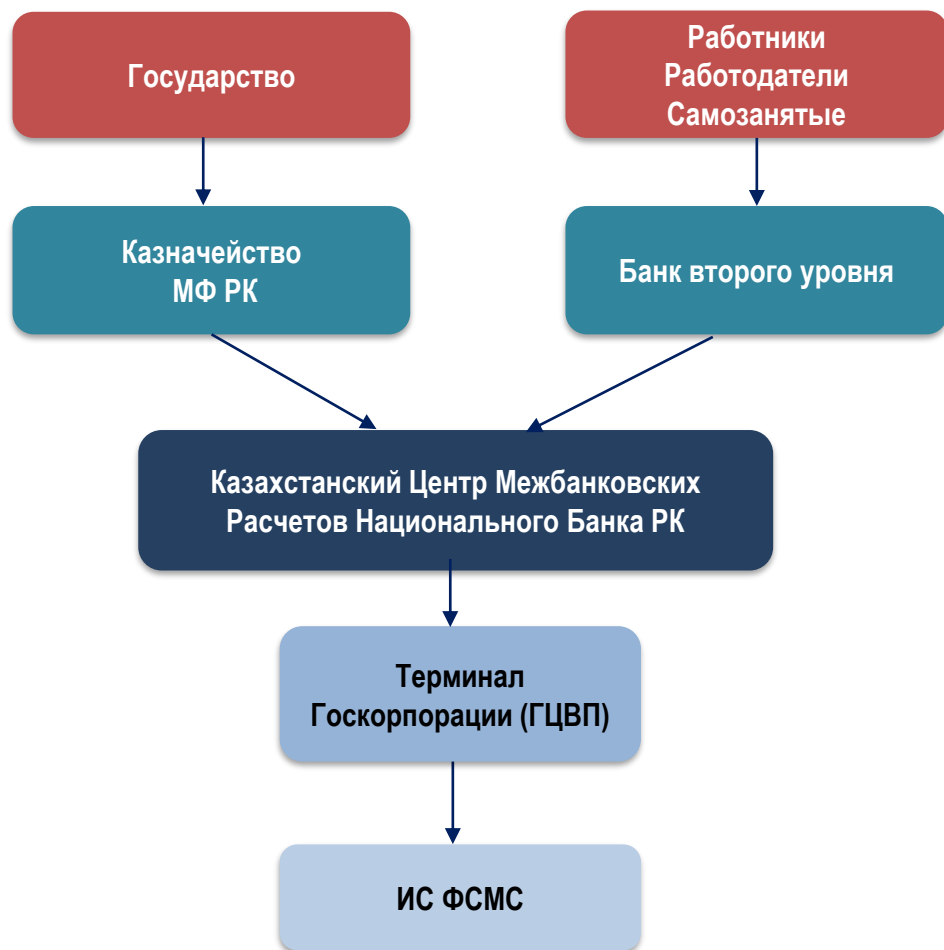
1. Обязательное социальное медицинское страхование; 2. Государство оплачивает медицинское страхование для 15 категорий населения (неработающих); 3. Частное медицинское страхование; 4. Средняя зарплата для государства, реальная зарплата для работодателей и сотрудников, доход для предпринимателей; 5. Организации финансирующие предоставление мед.услуг (в лице государства и частных страховых компаний).

Освобождаются от уплаты взносов в фонд следующие граждане:

- 1) дети;
- 2) многодетные матери, награжденные подвесками «Алтын алқа», «Күміс алқа» или получившие ранее звание «Мать-героиня», а также награжденные орденами «Материнская слава» I и II степени;
- 3) участники и инвалиды Великой Отечественной войны;
- 4) инвалиды;
- 5) лица, зарегистрированные в качестве безработных;
- 6) лица, обучающиеся и воспитывающиеся в интернатных организациях;
- 7) лица, обучающиеся по очной форме обучения в организациях технического и профессионального, послесреднего, высшего образования, а также послевузовского образования в форме резидентуры;
- 8) лица, находящиеся в отпусках в связи с рождением ребенка (детей), усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей), по уходу за ребенком (детьми) до достижения им (ими) возраста трех лет;
- 9) неработающие беременные женщины, а также неработающие лица, фактически воспитывающие ребенка (детей) до достижения им (ими) возраста трех лет;
- 10) пенсионеры;
- 11) *военнослужащие;*
- 12) *сотрудники специальных государственных органов;*
- 13) *сотрудники правоохранительных органов;*
- 14) лица, отбывающие наказание по приговору суда в учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы (за исключением учреждений минимальной безопасности);
- 15) лица, содержащиеся в изоляторах временного содержания и следственных изоляторах.

СБОР И ОТЧИСЛЕНИЯ

Аккумуляция средств в фонде



- фонд будет аккумулировать взносы и отчисления со стороны работников и работодателей, а также целевые трансферты для ГОБМП
- большая часть ранее финансируемых из местного бюджета видов медпомощи будет передана в фонд – это обеспечит единство и качество процедур и **потребуется внесения изменений в Бюджетный кодекс в части межбюджетных отношений** (изъятия и субвенции)
- в соответствии с уже действующей в Казахстане практикой предлагается контроль за поступлениями в ФСМС закрепить за Комитетом государственных доходов – такой подход применяется во многих странах с обязательной системой общественного страхования
- это также позволит сохранить уже выстроенную и работающую систему без создания дублирующей сети сбора взносов – меньшие административные расходы и большая эффективность
- Госкорпорация как автономная организация будет вести персонализированный учет всех поступлений
- обмен информацией между системами Комитета госдоходов и Госкорпорацией с предоставлением необходимых сведений будет осуществляться на ежедневной основе – для этого **необходима доработка информационных систем КГД по персонализированному учету отчислений и взносов в фонд** (для контроля и мониторинга) **и формирование единых платежных документов** при соответствующих перечислениях

СТРАНЫ	ВЕНГРИЯ, СЛОВЕНИЯ, ЭСТОНИЯ, ЛАТВИЯ	ЛИТВА, ПОЛЬША	ГЕРМАНИЯ, МОЛДОВА, СЛОВАКИЯ
ФУНКЦИИ СБОРА ДОХОДОВ	НАЛОГОВЫЕ СЛУЖБЫ	ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ФОНДЫ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ С ДАЛЬНЕЙШИМ ПЕРЕЧИСЛЕНИЕМ В ФОНДЫ ОСМС	САМИ ФОНДЫ ОСМС
ФУНКЦИИ КОНТРОЛЯ ПОСТУПЛЕНИЙ	НАЛОГОВЫЕ СЛУЖБЫ	НАЛОГОВЫЕ СЛУЖБЫ	НАЛОГОВЫЕ СЛУЖБЫ

Источники финансирования здравоохранения

ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ В РК

ГОБМП полностью финансируется за счет:

- Республиканского бюджета
- Местного бюджета

+

Добровольное медицинское страхование

+

Частные платежи

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

Страны	за счет общих налоговых поступлений	за счет взносов в обязательное мед.страхование	за счет взносов в добровольное мед.страхование	за счет прямых (частных) платежей и других поступлений
Нидерланды	3 %	63 %	20 %	14 %
Франция	4 %	75 %	13%	8 %
Эстония	6 %	72 %	0	2 %
Бельгия	7 %	64 %	4 %	25 %
Словения	7 %	68 %	12 %	13 %
Словакия	8 %	65 %	0	27 %
Чехия	9 %	80 %	0	11 %
Латвия	9 %	44 %	1 %	46 %
Литва	10 %	57 %	0	33 %
Германия	11 %	66 %	10 %	13 %
Румыния	13 %	62 %	5 %	20 %
Люксембург	17 %	73 %	2 %	8 %
Греция	23 %	29 %	2 %	46 %
Болгария	27 %	31 %	0	42 %
Австрия	29 %	46 %	8 %	17 %
Швеция	85 %	0	0	15 %
Великобритания	87 %	0	1 %	12 %

* По данным ВОЗ, 2007

Прогноз структуры финансирования ОСМС в РК

Источники	2017	2018	2019	2020
За счет общих налогов (ГБ на ГОБМП)	32 %	13 %	12 %	10 %
За счет всех взносов в ОСМС	28%	54 %	58 %	62 %
За счет добровольных взносов	4 %	3 %	3 %	3 %
За счет прямых (частных) платежей	36 %	30 %	27 %	25 %

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

НАПРАВЛЕНИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ ИЗ ОБЩИХ НАЛОГОВ В СТРАНАХ С МЕХАНИЗМОМ СМС

→ **Германия:**

- Общественное здравоохранение
- Образование
- Наука
- Медицинские службы силовых структур
- Капитальные инвестиции и эксплуатационные расходы (в основном местные власти)

Ставки взносов и отчислений в ОСМС

Категория	Германия	Франция	Словакия	Литва	Казахстан
Государство	Федеральные гранты (для безработных), пенсионеры за счет пенсионного фонда и собственных взносов 50% на 50%	5,25% от дохода (для пенсионеров и лиц, получающих пособие по безработице, он уменьшается до 3,95%)	Субсидии за незащищенных категорий граждан	Годовая сумма - 37% от СМЗ-2 года (39% с 2017 г., 41% с 2018 г. ... пока не достигнет 9% от 12 МЗП-2 года)	4% (с 01.07.17 г.) от СМЗ-2 года 5% (с 2018 г.), 6% (с 2023 г.) 7% (с 2024 г.) за социально-незащищенные слои населения (15 категорий согласно закона об ОСМС)
Работодатели	7,3%	12,8%	10%	3%	с 2% (2017 г.) от дохода до 5% (2020 г.)
Работники	8,2%	0,75%	4%	6%	1% (2019 г.) от дохода 2% (2020 г.)
Индивидуальные предприниматели	15,5%	13,4% от дохода	14%	9% от дохода	2% от дохода (с 2017 г.) 3% (с 2018 г.) 5% (с 2019 г.) 7% (с 2020 г.)
Частные нотариусы	-	6,5% от дохода	14% (инвалиды 7%)	9% от дохода (потолок 48 официальных налогооблагаемых доходов этого года)	
Частные судебные исполнители	-				
Адвокаты	-				
Профессиональные медиаторы	-				
Физические лица, получающие доход по договорам ГПХ	-				




Расчет отчислений и взносов на ОСМС

Объект исчисления отчислений/Взносов (далее – ОИ)	Отчисления работодателя за работников	Взносы работников	Взносы индивидуальных предпринимателей
	Расходы работодателя, выплачиваемые работнику в виде доходов (фонд оплаты труда) <u>До вычета КПН</u>	Доходы, начисленные работодателями (заработная плата) <u>До вычета ИПН</u>	Доходы, полученные ими в результате осуществления предпринимательской деятельности* <u>До вычета ИПН</u>
	<i>За исключением доходов, с которых не уплачиваются отчисления и взносы, определяемых уполномоченным органом : компенсации при служебных командировках и разъездном характере работы, полевое довольствие работников, расходы, связанные доставкой работников, на оплату обучения, пособия и компенсации из средств бюджета, пособие к отпуску на оздоровление, выплаты для оплаты медицинских услуг, при рождении ребенка, на погребение в пределах 8 МЗП, стипендии, страховые премии</i>		
Размер отчислений/взносов	с 01.01.2017 г. – 2% ОИ; с 01.01.2018 г. – 3% от ОИ; с 01.01.2019 г. – 4% от ОИ; с 01.01.2020 г. – 5% от ОИ.	с 01.01.2019 г. – 1% от ОИ; с 01.01.2020 г. – 2% от ОИ.	с 01.01.2017 г. – 2% ОИ; с 01.01.2018 г. – 3% от ОИ; с 01.01.2019 г. – 5% от ОИ; с 01.01.2020 г. – 7% от ОИ.
	<i>Минимальный размер объекта исчислений/взносов не может быть меньше минимального размера заработной платы.</i>		
	<i>Ежемесячный доход, принимаемый для исчисления отчислений/взносов, не должен превышать 15-кратный размер минимальной заработной платы</i>		
Сроки исчисления и перечисления	Исчисление и перечисление отчислений/взносов работников осуществляются работодателем ежемесячно	Исчисление и перечисление взносов физических лиц осуществляются ежемесячно налоговыми агентами, с которыми заключены такие договоры	Исчисление и уплата взносов ИП осуществляются ими самостоятельно путем прямого зачисления средств через Государственную корпорацию на счет фонда

не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным/за месяцем выплаты доходов

* в случае индивидуального предпринимателя, применяющего специальный налоговый режим, доходом является размер одной минимальной заработной платы




Пример расчета отчислений и взносов на ОСМС в 2017 г.

	Работодатель	Работник	Индивидуальный предприниматель
В старой редакции	<p><u>Налогооблагаемый доход:</u> 10 000 000 тг.</p> <p>КПН 20% 2 000 000 тг.</p>	<p><u>Зарботная плата:</u> 100 000 тг.</p> <p>ИПН* 10% 6 714 тг.</p>	<p><u>Доход:</u> 100 000 тг.</p> <p>ИПН* 10% 6 714 тг.</p>
В новой редакции	<p><u>Налогооблагаемый доход:</u> 10 000 000 тг.</p> <p><u>Фонд оплаты труда:</u> 2 000 000 тг.</p> <p>Отчисления на 2% ОСМС 40 000 тг.</p> <p></p> <p>КПН 20% 1 992 000 тг.</p> <p>Разность 8 000 тг. в размере КПН</p>	<p><u>Зарботная плата:</u> 100 000 тг.</p> <p>Взносы на 1% ОСМС** 1 000 тг.</p> <p></p> <p>ИПН* 10% 6 614 тг.</p> <p>Разность 100 тг. в размере ИПН</p>	<p><u>Доход:</u> 100 000 тг.</p> <p>Взносы на 2% ОСМС 2 000 тг.</p> <p></p> <p>ИПН* 10% 6 514 тг.</p> <p>Разность 200 тг. в размере ИПН</p>

* в расчете ИПН взят размер минимальной заработной платы на 2016 год
размер МЗП – 22 859 тг.

** взносы работников посчитаны на 2019 год

Пример расчета отчислений и взносов на ОСМС в 2017 г.

	Работодатель	Работник	Индивидуальный предприниматель
	Налогооблагаемый доход: 10 000 000 тг.	Зарботная плата: 400 000 тг.	Доход: 400 000 тг.
В старой редакции	КПН 20% 2 000 000 тг.	ИПН* 10% 33 714 тг.	ИПН* 10% 33 714 тг.
В новой редакции	Фонд оплаты труда – 2 000 000 тг: 5 сотрудников по 400 000 тг.		
Ежемесячный доход, принимаемый для исчисления отчислений/взносов, не должен превышать 15-кратный размер минимальной заработной платы (в 2016 г. – 342 885 тг.)			
	Отчисления на ОСМС 2% 40 000 тг. 34 288 тг.	Взносы на ОСМС** 1% 4 000 тг. 3 428 тг.	Взносы на ОСМС 2% 8 000 тг. 6 856 тг.
			
	КПН 20% 1 993 142 тг.	ИПН* 10% 33 371 тг.	ИПН* 10% 33 028 тг.
	Разность 6 858 тг. в размере КПН	Разность 343 тг. в размере ИПН	Разность 686 тг. в размере ИПН

* в расчете ИПН взят размер минимальной заработной платы на 2016 год
размер МЗП – 22 859 тг.

** взносы работников посчитаны на 2019 год

ПАКЕТЫ УСЛУГ

Пакет медицинских услуг и варианты решения вопроса социально-значимых заболеваний в рамках ОСМС

ПАКЕТ ОСМС

Германия:

- **единый и широкий пакет за счет СМС.**
- альтернативный пакет частного страхования, на который имеют право лица, с доходом >49 500 EUR/год (11% населения)

Литва, Польша, Венгрия, Молдова:

- широкий единый пакет для всех застрахованных ОСМС.
- добровольное медстрахование играет минимальную роль

Нидерланды имеют два пакета в рамках СМС:

- стандартный пакет для всего населения
- дополнительный пакет для лиц пожилого возраста на случаи хронических болезней, ухода и т.п.

Россия:

- гарантированный государством пакет для всех граждан
- базовый пакет в рамках ОМС для застрахованных граждан

Казахстан:

- пакет ГОБМП для всего населения
- пакет ОСМС для застрахованных

ПЕРЕЧЕНЬ ССЗ

Германия:

- нет данных о существовании отдельного списка социально значимых болезней

Франция

- нет данных о существовании отдельного списка социально значимых болезней

Литва:

- нет отдельного списка социально значимых болезней, они включены в пакет ОСМС
- список опасных заражаемых болезней, больные которыми автоматически становятся застрахованными ОСМС (14 болезней)

Россия

- список социально значимых болезней (9)
- список особо опасных болезней (15)

Беларусь:

- нет списка социально значимых болезней
- список опасных инфекционных болезней (6)

Казахстан:

- **Список социально значимых болезней (12)**
- **Список заболеваний, опасных для окружающих (15)**

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

PK

Экстренная помощь

ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ В РК

Перечень показаний

1. Больные и пострадавшие, требующие для лечения применения больничного режима;
2. Больные и пострадавшие с явными признаками состояний, угрожающих их жизни;
3. Больные и пострадавшие с угрозой развития у них жизнеопасных осложнений;
4. Больные и пострадавшие при невозможности исключения у них скрыто протекающих патологических процессов, ведущих к развитию опасных для жизни состояний и осложнений;
5. Больные и пострадавшие, представляющие угрозу для окружающих их лиц по инфекционно-эпидемическим и психопатологическим критериям;
6. Больные и пострадавшие с улиц и общественных мест.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

Германия

- Скорая медицинская помощь интегрирована в спасательные службы и финансируется из средств федерального бюджета
- Другая экстренная помощь является составной частью пакета ОСМС

Франция:

- Догоспитальная помощь (скорая МП)
- Помощь оказываемая приемными отделениями больниц
- Помощь в стационарах

Литва

- Список состояний, требующих срочной помощи в течении до 1 ч.
- Включена в пакет ОМС (за незастрахованных платит госбюджет через взнос в Фонд ОМС)

Россия

- Острые заболевания, обострение хронических болезней
- Дети до 1 года
- Роды, осложнения периода беременности и родов
- Инфекции по показаниям
- Тяжелое состояние с затруднением установки диагноза
- Травмы и отравления, требующие помощи в круглосуточном стационаре

США:

- Травмы, требующие экстренной терапии в круглосуточном стационаре
- Острые психические состояния
- Острые состояния и обострения хронических, угрожающие жизненно важным функциям

ПРЕДЛОЖЕНИЯ В РАМКАХ ОСМС

Состояние экстренной помощи

1. Острые заболевания (в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения (далее – КП)
2. Обострение хронических заболеваний (в соответствии с КП)
3. Острые заболевания и состояния детей до 1 года по показаниям
4. Острые заболевания и патологические состояния у беременных, рожениц, родильниц и пациенток в послеродовом периоде по показаниям
5. Роды
6. Тяжелое состояние, представляющее угрозу для жизни (в соответствии с утвержденными алгоритмами)
7. Травмы, ожоги и отравления (в соответствии с КП)

Пакеты медицинских услуг

Перераспределение видов медицинской помощи с учетом поэтапного повышения ставки взносов государства за экономически неактивное население

ГОБМП

1. скорая помощь;
2. санитарная авиация;
3. **СЗЗ (12);**
4. вакцинация;
5. АПП с АЛО для непродуктивно занятого населения

1. скорая помощь;
2. санитарная авиация;
3. **СЗЗ (8);**
4. вакцинация;
5. АПП с АЛО для непродуктивно занятого населения

1. скорая помощь;
2. санитарная авиация;
3. **СЗЗ (2);**
4. вакцинация;
5. АПП с АЛО для непродуктивно занятого населения

1. скорая помощь;
2. санитарная авиация;
3. **СЗЗ (2);**
4. вакцинация

1. скорая помощь;
2. санитарная авиация;
3. **СЗЗ (2);**
4. вакцинация

1. скорая помощь;
2. санитарная авиация;
3. **СЗЗ (2);**
4. вакцинация

Ставка взносов



ОСМС

1. АПП с АЛО;
2. стационарная помощь с исключением СЗЗ;
3. ВТМУ;
4. Стационарозамещающая медпомощь без СЗЗ;
5. Долгосрочный уход

1. АПП с АЛО;
2. стационарная помощь с **включением СЗЗ (+4);**
3. ВТМУ;
4. Стационарозамещающая медпомощь;
5. Долгосрочный уход

1. АПП с АЛО;
2. стационарная помощь с **включением СЗЗ (+10);**
3. ВТМУ;
4. Стационарозамещающая медпомощь;
5. Долгосрочный уход

1. АПП с АЛО для **всех членов ОСМС;**
2. стационарная помощь с **включением СЗЗ (+10);**
3. ВТМУ;
4. Стационарозамещающая медпомощь;
5. Долгосрочный уход



1. АПП с **расширенным АЛО для всех членов ОСМС;**
2. стационарная помощь с **включением СЗЗ (+10);**
3. ВТМУ;
4. Стационарозамещающая медпомощь;
5. Долгосрочный уход

1. АПП с **расширенным АЛО для всех членов ОСМС;**
2. стационарная помощь с **включением СЗЗ (+10);**
3. ВТМУ;
4. Стационарозамещающая медпомощь;
5. Долгосрочный уход



ЗАКУП УСЛУГ



Как изменится закуп медицинских услуг?

СЕГОДНЯ КОМИТЕТ ОПЛАТЫ МЕДУСЛУГ ВЫСТУПАЕТ КАК ЕДИНЫЙ ПЛАТЕЛЬЩИК

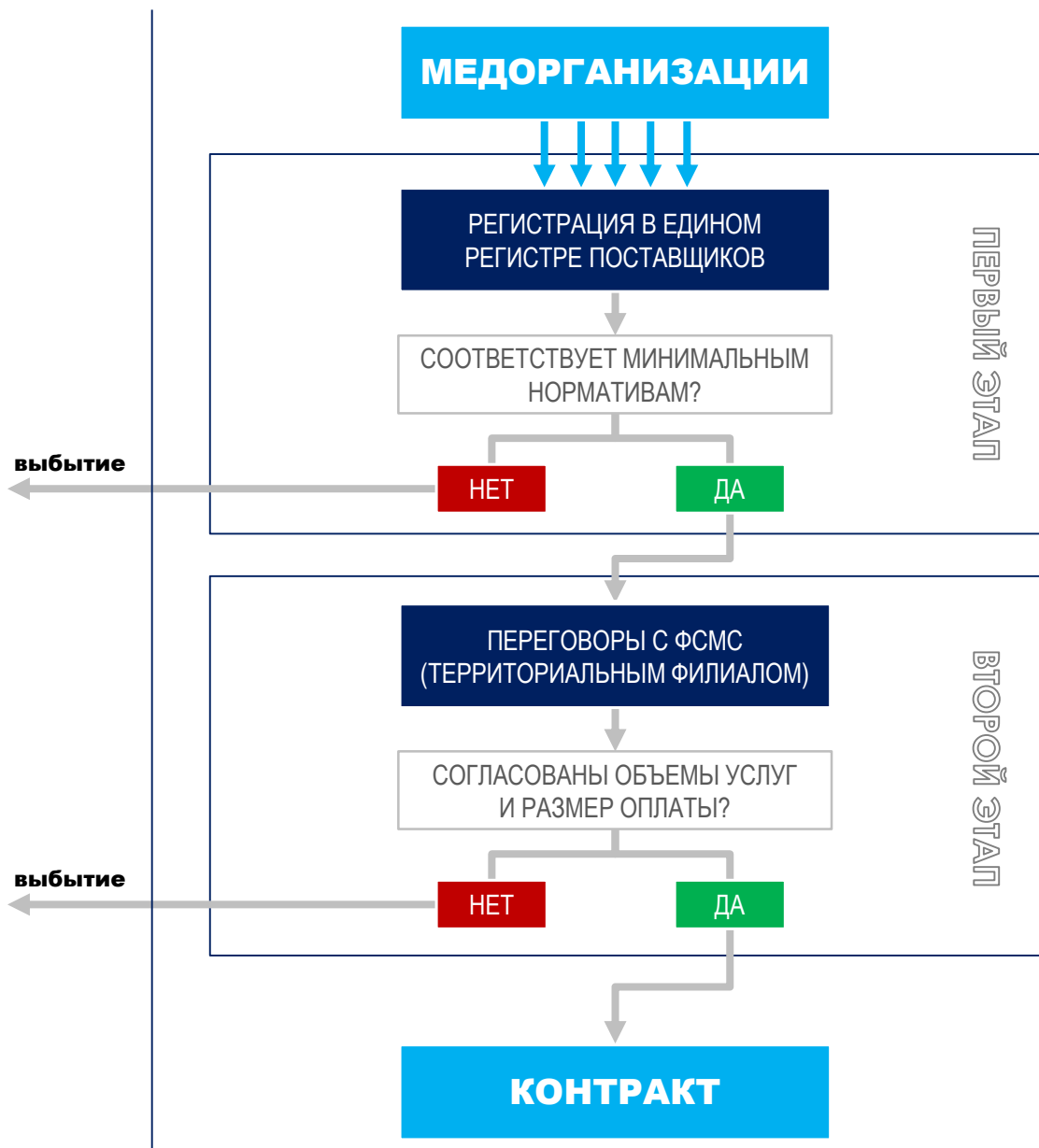
- 
 - Единые правила по закупу медуслуг в рамках ЕНСЗ
 - Обеспечение доступа специализированной медпомощи сельским жителям
 - Оптимизация коечной мощности за счет внедрения новых технологий
- 
 - Формальный подход при выборе поставщика
 - Отсутствие прозрачности процесса закупок
 - Высокий риск коррупциогенности
 - Отсутствие автоматизированной системы закупок

ЗАВТРА ФСМС БУДЕТ ВЫСТУПАТЬ КАК СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ЗАКУПЩИК

- 
 - Аккумулирует все средства для закупа (ОСМС + ГОБМП).
 - Закупать медицинскую помощь применяя отбор поставщиков и влиять на поставщиков с целью усовершенствования системы здравоохранения (оптимизация потребления и инфраструктуры).
 - Осуществляет централизованное финансирование всех видов услуг через головной офис ФСМС.
- 
 - Снижение заинтересованности местных исполнительных органов в усовершенствовании системы здравоохранения

СТРАНА ХАРАКТЕРИСТИКА	ГЕРМАНИЯ – ОПЛАТА МЕДПОМОЩИ	ЛИТВА – ЭЛЕМЕНТЫ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ЗАКУПА
	<ul style="list-style-type: none">- больше 100 фондов- основная функция – оплата оказанной медицинской помощи в рамках ОСМС- минимальное влияние на поставщиков медицинской помощи	<ul style="list-style-type: none">- Минздрав утверждает единые правила и приоритеты контрактирования- Национальный Фонд аккумулирует все средства и распределяет территориальным фондам- Территориальные фонды по установленным правилам заключают контракты с поставщиками- Существуют элементы отбора поставщиков- ОМС является одним из основных рычагов для влияния на систему оказания медицинской помощи с целью рационализировать сеть поставщиков и повысить их эффективность
	Демократичный процесс контрактирования	Эффективное воплощение политики здравоохранения
	Разброс силы закупщика, пассивная оплата нежели закуп медпомощи	Недостаточная автономия Фонда

Новая схема закупа медицинских услуг



- выбор поставщиков и закуп медицинских услуг будет осуществляться по двух-этапной модели согласно **Единых правил контрактирования**, утверждаемых Министерством здравоохранения и социального развития РК
- ФСМС выступает в роли **стратегического закупщика** услуг как в рамках ОСМС, так и по ГОБМП
- схема будет выстроена на основе **интегрированной системы** электронного здравоохранения и информационных систем всех медорганизаций - модернизация систем уже начата
- медорганизации, не имеющие своих информационных систем и возможности их создания, получают ключи доступа в систему электронного здравоохранения для работы в ней через личный кабинет
- тем самым, весь процесс, за исключением переговорной части, будет автоматизирован
- сведения в едином регистре поставщиков также будут автоматически актуализироваться, в том числе при обновлении базы данных по положительным и отрицательным рейтингам поставщиков – такие рейтинги будут формироваться ФСМС по результатам оценки качества оказанных услуг
- поставщики уникальных медицинских услуг (высокоспециализированные, высокотехнологичные) могут привлекаться вне схемы способом из одного источника

- Для реализации единых правил закупа и оплаты услуг, а также контроля качества, все ранее финансируемые из местного бюджета виды медпомощи будут переданы в Фонд СМС. В связи с этим требуется внести изменения в Бюджетный кодекс в части межбюджетных отношений (изъятия и субвенции).

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ БЮДЖЕТ – 2,25 млрд.тг

- лечение за рубежом - 1,0 млрд.тг.
- пропаганда ЗОЖ - 0,05 млрд.тг.
- медпомощь с применением инновационных технологий - 1,2 млрд.тг.

ЦЕЛЕВЫЕ ТЕКУЩИЕ ТРАНСФЕРТЫ – 14,4 млрд.тг.

1. Закуп вакцин – 13,3 млрд. тг.
2. Профилактика ЗОЖ – 1,1 млрд. тг.

МЕСТНЫЙ БЮДЖЕТ – 22,7 МЛРД. ТГ

1. Закуп и хранение вакцин – 1,8 млрд. тг.
2. Другие расходы – 20,9 млрд.тг.
 - дома ребенка,
 - призывные комиссии,
 - обеспечение граждан бесплатным или льготным проездом,
 - содержание баз спецмедснабжения,
 - подготовка специалистов в мед.колледжах,
 - повышение квалификации и переподготовка кадров,
 - информационно-аналитические услуги,
 - капитальные расходы мед.организаций,
 - социальная поддержка мед. и фарм. работников.

ФОНД СМС – 502,2 млрд.тг.

СИСТЕМА ОСМС – 359,8 млрд.тг

1. АПП и АЛО – 152,8 млрд.тг.
2. СМП, всего – 150,8 млрд.тг (СМП – 98,8 млрд.тг., ВСМП – 52,0 млрд.тг.)

ГОБМП (через трансферты ФСМС) – 142,4 млрд.тг

1. АПП и АЛО (не имеющих право на медпомощь в ОСМС) – 10,9 млрд.тг
2. Экстренная стационарная помощь (не имеющих право на медпомощь в ОСМС) – 6,6 млрд.тг
3. Экстренная стационарная помощь (наблюдение до 24 часов, кратковременное пребывание в приемных отделениях стационаров (до 3 часов) в пилотных регионах) – 1,9 млрд.тг
4. АЛО СЗЗ – 24,5 млрд. тг
5. Онкология – 21,8 млрд. тг. (АЛО, дорогостоящие ЛС – 7,7 млрд.тг, медпомощь - 19,7 млрд.тг.)
6. Медицинская помощь при СЗЗ – 47 млрд. тг
7. Скорая медпомощь и санитарная авиация – 22,9 млрд.тг
8. Прочие услуги – 8,1 млрд. тг. (производство крови, ее компонентов и препаратов – 7,3 млрд. тг. услуги ПАБ – 0,8 млрд. тг.
9. Возмещение лизинговых платежей – 0,6 млрд. тенге.

- **В настоящее время определены 10 медицинских организаций,** осуществляющих трансплантацию. Предлагается **заключить с ними долгосрочный контракт на 3 года** с условием возможности ежегодного изменения видов оказываемой помощи и цен, установленных на этот год.

- **Предлагается закупать из одного источника на 3 года.**

- Сельские районные больницы и поликлиники будут объединены в одну единую структурную единицу. Внедрено амбулаторное лекарственное обеспечение на уровне ПМСП.

- **Предлагается перейти на принцип возмещения расходов.**

Новая схема оплаты медицинских услуг

ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ В РК

- Медорганизации-контрактники ежедневно в автоматизированном режиме представляют информацию о пролеченных случаях в стационарах в формате, установленном уполномоченным органом в КОМУ.
- Филиалы КОМУ выборочно проверяют объем и качество услуг, принимают или не принимают к оплате
- Далее филиалы предоставляют потребность средств в КОМУ МЗСР.
- КОМУ МЗСР направляет средства в филиалы для дальнейшего перечисления на расчетные счета медицинских организаций



- КОМУ оплачивается только стационарная помощь
- Некачественная оценка пролеченных случаев
- Низкая прозрачность при принятии решений и невозможность оценки эффективности использования средств;
- Высокий уровень коррупциогенности;
- Проблема перераспределения средств
- Высокий уровень административных расходов

ЛИТВА

- Оплата за весь спектр пакета услуг
- Региональный филиал выступает как страховщик жителей своей территории (от 0,5 до 1,0 миллиона жителей) :
 - получает часть средств фонда на основе числа населения по половозрастным группам
 - заключает контракты на оплату медпомощи оказанной им в любых медицинских организациях страны
- Филиалы принимают счета медорганизаций и направляют потребность в головной офис
- Получив средства из головного фонда филиалы производят оплату медорганизациям

ПРЕДЛАГАЕМАЯ СИСТЕМА

- Все виды предоставляемой медицинской помощи будут финансироваться через Фонд:
 - ГОБМП - все виды медпомощи (Фонд как оператор)
 - ОСМС - все виды медпомощи (Фонд как закупщик)
- Медорганизации-контрактники ежедневно в автоматизированном режиме будут предоставлять информацию, которая будет доступна как филиалам Фонда, так и самому Фонду. Это даст возможность проведения ежедневного мониторинга и выборочной проверки услуг, оказанных населению по всей стране.
- Общая потребность будет предоставляться в Фонд к 25 числу ежемесячно.
- Головной офис Фонда, с учетом данных филиалов и заключений соответствующих структурных подразделений Фонда, перечисляет централизованно средства на расчетные счета медицинских организаций (аналогично как сейчас по ГЦВП)



- Централизация и прямая оплата с устранением дублирования, исключением потерь и возможностью своевременного перераспределения средств по регионам
- Основной фокус – на качество услуг с двойным контролем
- Оперативность и прозрачность оценки и принятия решений об оплате услуг со снижением человеческого фактора
- Снижение административных расходов



- Филиалы несут полную ответственность за соблюдение своих бюджетов
- Достаточный уровень прозрачности, так как проверка ведется по ясно установленным критериям и не выходит за рамки компетенции плательщика
- Возможная субъективность решений нейтрализуется тем, что проверка проходит post-factum, в процессе принятия окончательного решения медицинская организация имеет возможность оспаривать результаты



- Недостаточный уровень автоматизации
- Неиспользованные возможности централизовать расчет с медорганизациями

Тарифная политика при закупе услуг

Тарифы, которые сегодня рассчитаны под государственные медорганизации и не предусматривают возмещения инвестиций, будут пересмотрены и отразят **РЕАЛЬНУЮ СТРУКТУРУ ЗАТРАТ**, в том числе капитальные затраты и амортизационные отчисления, обслуживание медицинских и ИТ технологий, стоимость финансовых услуг и прочие расходы

- это создаст ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ медорганизаций, позволит перейти от практики жесткого контроля объемов к системе оперативного мониторинга
- будет стимулировать ПРИВЛЕЧЕНИЕ ЧАСТНЫХ МЕДОРГАНИЗАЦИЙ к оказанию услуг в рамках ГОМБП и ОСМС, повысит интерес частного капитала во входе на рынок здравоохранения, в т.ч. по ГЧП
- будет концентрировать медицинские организации на проведение ПРОФИЛАКТИКИ И РАСШИРЕНИЕ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩЕЙ ПОМОЩИ

-
- 1) ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ – через подушевой норматив
 - 2) КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ УСЛУГИ – через тарифы по видам услуг
 - 3) СКОРАЯ ПОМОЩЬ – по числу вызовов
 - 4) ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ (при доставке пациента каретой скорой помощи)
 - единый усредненный тариф на расширенные консультации
 - 67% КЗГ при нахождении пациента в приемном покое не более 24 часов
 - 5) СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩАЯ ПОМОЩЬ – 25% КЗГ при больничном стационаре, 17% КЗГ при домовом уходе
 - 6) СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ – 100% КЗГ на каждый пролеченный случай

Оценка качества медицинских услуг

ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ В РК

1. Параметрами оценки качества пролеченных случаев являются:

- а) случаи летальных исходов;
- б) жалобы со стороны пациентов;
- в) случаи, внесенные в ИС СУКМУ (соответствие установленным стандартам и правилам).

2. Территориальные департаменты КОМУ проводят экспертизу подлежащих к оплате случаев по результатам 20% выборки дефектов объема и качества.

3. Контроль качества случаев со смертельным исходом осуществляется ККМФД.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

Литва. Фонд ОМС не является основным агентом, проверяющим качество, и концентрируется на проверке соответствия установленным стандартам (=качество процесса).

Параметры для оценки:

- Соответствие лицензии медорганизации
- Соответствие специальным требованиям (стандарту) для этой медуслуги: диагноз, примененная диагностическая технология, метод лечения (операция или процедура), участвовавшие специалисты, вспомогательные службы
- Соответствие кодирования диагнозов и процедур к стандарту кодирования
- При выписке рецептов – соответствие установленным показаниям, дозировке и т.д.

ПРЕДЛАГАЕМАЯ СИСТЕМА

1. Параметры для оценки качества будут пересмотрены и будут включать:
 - а) обеспечение безопасности пациентов;
 - б) клиническая эффективность;
 - в) экономическая эффективность;
 - г) достижение целевых показателей и индикаторов поставщиками медуслуг.
2. ККМФД будет осуществлять гос.контроль, в т.ч.:
 - контроль за соблюдением стандартов в области здравоохранения;
 - проверка летальных случаев, в т.ч. по запросу ФСМС;
 - проверка жалоб.
3. Фонд будет осуществлять проверку на основании заключенного договора с медорганизацией, в т.ч.:
 - экспертизу объемов и качества пролеченных случаев;
 - экспертизу обоснованности назначения ЛС и ИМН;
 - мониторинг индикаторов конечного результата деятельности поставщиков.
4. По результатам проверок Фонд будет формировать базу данных медицинских организаций, имеющих положительные и отрицательные рейтинги.

Обеспечение финансовой устойчивости

ДЕЙСТВУЮЩАЯ СИСТЕМА

- Согласно Постановлению Правления Национального Банка Республики Казахстан от 06.05.2014 г. № 76, страховые резервы, обязательные для формирования страховой организацией, включают в себя:

1. Резерв незаработанных премий (РНП) - часть страховой премии, предназначенная для исполнения обязательств по обеспечению предстоящих выплат;

2. Резервы убытков:

2.1) резерв произошедших, но незаявленных убытков (РПНУ)

2.2) резерв заявленных, но неурегулированных убытков (РЗНУ)

Международный опыт

Литва:

Существует 2 вида резерва:

- основной (1,5% от поступлений);
- управления риском (остальные средства), (размер не фиксирован, фактически – 3-4%).

Резерв формируется за счет остатка резерва прошлого года, отчислений текущего года и избытка оборотных средств.

Словакия:

Согласно Закона о страховых медицинских организациях и надзору в здравоохранении (§6, п.9):

- СМО обязаны формировать технические резервы:
- для оплаты МП, которая не была заявлена на отчетную дату;
- для оплаты МП, которая была произведена, но не оплачена на отчетную дату;
- для оплаты МП, страхователям из списка ожидающих плановую МП. Резервы формируются при наличии прибыли за финансовый год в размере не менее 20% от прибыли за предыдущий финансовый год, но не более 20% от оплаченного капитала.

Россия:

Страховая мед.организация формирует следующие резервы:

- резерв оплаты медицинских услуг (РОМУ) - остаток средств, не истраченных на оплату медицинских услуг в текущем периоде;
- запасной резерв (ЗР) (в объеме 4% от поступлений);
- резерв финансирования предупредительных мероприятий (РФПМ) не должен превышать двухнедельного запаса средств на оплату МП.

ПРЕДЛАГАЕМАЯ СИСТЕМА

1. В рамках ОСМС для обеспечения финансовой устойчивости предусматривается:

а) взносы государства будут осуществляться от официальной средней зарплаты позапрошлого года (т.е. для 2017 года берётся показатель 2015 г.). Они дают возможность компенсировать государством потерь системы ОСМС в случаях экономического спада.

б) инвестирование на стандартный набор финансовых инструментов через Национальный банк;

в) предлагается формировать следующие резервы:

- ежемесячный неинвестируемый неснижаемый остаток в объеме не менее 50 млрд.тенге;
- резервы на покрытие непредвиденных расходов в размере 3% от объема взносов и отчислений в Фонд СМС;
- оборотные средства для покрытия ежемесячных счет-фактур, представленных за текущий месяц, после 25-го числа, а также в случаях превышения объема представленных услуг по сравнению с объемом, указанным в договоре.

Обеспечение прозрачности и подотчетности обществу

- Ежедневный мониторинг поступлений взносов и средств
- Ежемесячный мониторинг оказанных медицинских услуг
- Предоставление в уполномоченные органы стандартных отчетов об использовании средств (МЗСР, МФ, Правительству, Счетному Комитету)
- Публикация ежегодного годового отчета для общественности (короткий в газетах, подробный на вебсайте и в отдельном издании СМИ)
- Ведение вебсайта ФСМС, на котором размещается:
 - Стратегические документы ФСМС (стратегия развития на 5 лет, план развития на краткосрочный период, годовой план)
 - Информация застрахованным:
 - общая (права, обязанности, возможности, новости, условия оказания, тарифы и т.д.)
 - индивидуальная через личный кабинет - отчетность ФСМС пациенту как плательщику взносов и потребителю услуг
 - Информация поставщикам (НПА; правила закупа; тарифы; содержание договоров с поставщиками, включая финансовые данные; результаты контроля поставщиков; разные планы – закупа и контроля)
 - Результаты разных анализов, обзоров и исследований в области оказания медицинской помощи
- Публикация рейтингов поставщиков (вебсайт, газеты)
- Регулярные и целевые встречи с заинтересованными сторонами (представителями поставщиков, организаций пациентов) для обсуждения проблемных вопросов или планируемых новшеств

Сравнение действующей и предлагаемой модели: основные функции

Основные функции	Действующая модель	Предлагаемая модель
Формирование пакетов медуслуг	МЗСР	МЗСР
Сбор средств	Средства республиканского и местных бюджетов	КГД МФ РК, Госкорпорация
Прогнозирование доходов и расходов	МЗСР, КОМУ	ФСМС
Контрактирование медуслуг	КОМУ, местные органы власти (возмещение)	ФСМС (стратегическая закупка)
Обеспечение качества медуслуг	ККМФД, КОМУ	ККМФД, ФСМС, ОКК
Обеспечение финансовой устойчивости	МЗСР, КОМУ	ФСМС

Внедрение ОСМС осуществляется в комплексе с дальнейшим развитием системы здравоохранения Казахстана

Внедрение обязательного социального медицинского страхования в стране будет происходить в комплексе с другими реформами, охватывающими основные направления Государственной программы развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016-2019 гг.

Развитие системы общественного здравоохранения

ШАГ 1. Создание службы общественного здравоохранения (СОЗ) и развитие межсекторального взаимодействия;

Совершенствование профилактики и управления заболеваниями

ШАГ 2. Приоритетное развитие первичной медицинской помощи (ПМСП);
ШАГ 3. Интеграция всех уровней медицинской помощи вокруг интересов пациента;

Повышение эффективности управления и финансирования системы здравоохранения

ШАГ 4. Управление качеством медицинской помощи и создание Объединенной Комиссии по качеству;
ШАГ 5. Развитие менеджмента и корпоративного управления в здравоохранении;

Повышение эффективности использования ресурсов и совершенствование инфраструктуры отрасли

ШАГ 6. Эффективное управление человеческими ресурсами;
ШАГ 7. Реализация национальной политики лекарственного обеспечения;
ШАГ 8. Повышение эффективности оснащения мед. оборудованием;
ШАГ 9. Развитие инфраструктуры здравоохранения на основе ГЧП

Реализация совместного со Всемирным Банком нового проекта «Социальное медицинское страхование: повышение доступности, качества, экономической эффективности и финансовой защиты» на 2016-2020 гг. обеспечит устойчивое развитие ОСМС в Казахстане

Качественные изменения в оказании медицинской помощи в системе ОСМС в РК

1

ПМСП: УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

- К 2030 году ЧИСЛЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ УВЕЛИЧИТСЯ В 1,8 РАЗА
- Это позволит перейти на стандарты СТРАН ОЭСР, КОТОРЫЕ СОСТАВЛЯЮТ 1 500 НАСЕЛЕНИЯ НА 1 ВРАЧА общей практики, в РК - 2140 человек

3

УВЕЛИЧЕНИЕ ЗАРАБОТНЫХ ПЛАТ ВРАЧЕЙ

- К 2030 году предполагается увеличение заработных плат врачей в 2,5 РАЗА в реальном выражении, других медицинских работников в 1,4-2 РАЗА.
- Расчеты произведены с учетом ДОСТИЖЕНИЯ К 2030 ГОДУ СОПОСТАВИМОГО С ОЭСР ПОКАЗАТЕЛЯ

5

РАСШИРЕНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ И СЕСТРИНСКОГО УХОДА

Для достижения показателей, сопоставимых со странами ОЭСР, предполагается УВЕЛИЧИТЬ

- ЧИСЛЕННОСТЬ СРЕДНИХ И МЛАДШИХ МЕД. РАБОТНИКОВ до 7 800 человек
- КОЭФФИЦИЕНТ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ КОЙКАМИ - с 0,03 до 0,4 на 1000 человек населения

7

ВТМУ: ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- Предполагается РАСШИРИТЬ ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (сокращение очередей, в том числе через вовлечение новых поставщиков услуг)

2

ПМСП: РАСШИРЕНИЕ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

- К 2030 году предполагается увеличение расходов на амбулаторное лекарственное обеспечение НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ С 46 \$ В РК ДО 180 \$
- Покрытие дефицита и увеличение (пересмотр) категорий лиц по действующим обязательствам, расширение АЛО для широкого круга лиц по часто встречающимся заболеваниям

4

РАСШИРЕНИЕ УСЛУГ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ

- К 2030 году для охвата увеличенной численности населения предполагается УВЕЛИЧИТЬ КОЛИЧЕСТВО ВРАЧЕЙ, СРЕДНИХ И МЛАДШИХ МЕД. РАБОТНИКОВ ДО 65 ТЫС. ЧЕЛОВЕК
- К 2030 году предполагается УВЕЛИЧЕНИЕ РАСХОДОВ НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВАМИ в стационаре на душу населения НА 19%

6

ВКЛЮЧЕНИЕ В ТАРИФ АМОРТИЗАЦИИ

- Амортизацию предполагается ВКЛЮЧИТЬ В ТАРИФ С 2018 ГОДА
- Включение амортизации в тариф обусловлено необходимостью ВЫРОВНЯТЬ КОНКУРЕНТНУЮ СРЕДУ для частных поставщиков медицинских услуг, а также для обеспечения качества медицинских услуг

8

ПМСП: ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- Предполагается РАСШИРИТЬ ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (сокращение очередей, в том числе через вовлечение новых поставщиков услуг)

Ожидаемые результаты

ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ

- Доступность качественной медицинской помощи
- Система здравоохранения, способная отвечать потребностям населения
- Улучшение здоровья, увеличение продолжительности жизни
- Расширение амбулаторно-лекарственного обеспечения
- Снижение уровня неформальных платежей на здравоохранение

ДЛЯ ГОСУДАРСТВА

- Универсальный/всеобщий **охват** медицинской помощью
- **Солидарная** ответственность граждан
- **Финансово-устойчивая система** здравоохранения, позволяющая сбалансировать объемы потребления
- Совершенствование **рыночных** механизмов здравоохранения
- **Стимулы** для развития частного здравоохранения и **индустрии здравоохранения** (*дополнительные рабочие места и технологии*)
- Повышение эффективности использования финансовых ресурсов
- Подотчетность перед обществом по использованию ресурсов

ДЛЯ ПОСТАВЩИКОВ

- Стабильность финансирования в соответствии с эффективностью деятельности
- Стимуляция к внедрению новых корпоративных методов управления и менеджмента
- Совершенствование системы оплаты труда: возможность получать конкурентоспособную заработную плату
- Внедрение новых медицинских технологий. Ориентированность на конечный результат
- Своевременное обновление основных средств
- Развитие информационных технологий