


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**



**ЧТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ
МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ
СОЦИАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ
СТРАХОВАНИИ?**



Астана, 2016 г.

Во многих странах функционирует страховая медицина. К примеру, в Германии она существует больше века, со времен правления канцлера Бисмарка.

В настоящее время в 16 европейских стран, а также в Турции (с 1945 года) и Японии (с 1961 года) вместо бюджетного планирования применяют модель обязательного социального медицинского страхования (ОСМС). В этих странах медицина на очень высоком уровне, высокая продолжительность жизни населения – до 80-85 лет.

Эксперты считают, что эффективность ОСМС базируется на солидарной ответственности государства, работодателя и самих граждан в вопросах охраны здоровья.

При этом государство берет на себя обязательства:

а) предоставлять минимальный бесплатный базовый пакет медицинских услуг для всех граждан страны. В Казахстане это будет касаться более 17 млн. человек.

В этот пакет обычно включаются услуги, направленные на предупреждение и профилактику заболеваний, а также виды медицинской помощи, требующие экстренного и неотложного вмешательства.

б) перечислять взносы в ОСМС за экономически неактивное население для обеспечения им равного доступа на получение медицинской помощи. В Казахстане численность граждан, относящихся к этой категории, составляет более 50% от общей численности населения или около 10 млн. человек. Это дети, пожилые лица, многодетные матери и беременные женщины, неработающие инвалиды и т.д.

Работодатели также заботятся о здоровье своих работников, ведь здоровые и производительные трудовые ресурсы – залог успеха любого предприятия. Поэтому во всех странах, где функционирует ОСМС, **работодатели производят взносы в системы медицинского страхования, размер которых составляет от 3% до 15% от фонда оплаты труда.**

На предприятиях Казахстана на сегодня трудятся более 5,6 млн. человек, за которых взносы в ОСМС должны отчислять работодатели.

I. ПОЧЕМУ В КАЗАХСТАНЕ ВЫБРАЛИ ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СОЦИАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ?

I. ПОЧЕМУ В КАЗАХСТАНЕ ВЫБРАЛИ ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СОЦИАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ?

Занятые граждане, если они работают в конкретных предприятиях и имеют свое дело, будут отчислять от своего дохода.

В мировой практике, если граждане, являются наемными работниками, то их размер отчислений составляет от 1% до 8,2% от заработной платы, а если индивидуальный предприниматель – то от заявленного им дохода (не ниже минимальной заработной платы) - от 7% до 15,5%.

Консолидация средств со всех выше представленных плательщиков позволила этим странам обеспечить целевое использование средств, расширить виды предоставляемой медицинской помощи и улучшить их качество, и самое главное – подотчетность системы здравоохранения перед ними.

Это и есть те условия, которые обеспечили эффективность системы медицинского страхования и стали основой выбора ее Казахстаном.

ОСМС внедряется в Республике Казахстан с 1 января 2017 года и гарантирует всем застрахованным гражданам Казахстана независимо от пола, возраста, социального статуса, места проживания и доходов равный доступ к медицинской и лекарственной помощи.

Все взносы и отчисления, производимые работником, работодателем, индивидуальными предпринимателями и государством за экономически неактивное население будут поступать в Фонд социального медицинского страхования (Фонд).

Контроль за поступлением в Фонд закрепляется за Комитетом государственных доходов, а персонифицированный учет будет сохраняться за Госкорпорацией «Правительство для граждан».

Фонд будет Единым стратегическим закупщиком медицинских услуг у медицинских организаций. Закуп будет осуществляться на конкурсной основе. Конкурс будет проходить в два этапа.

На первом этапе будет проводиться оценка ресурсного обеспечения (здания, медтехника, кадры) медицинской организации на соответствие установленным государством минимальным стандартам.

В случае положительной оценки медицинская организация **допускается ко второму этапу, где**

II. КАК БУДЕТ РАБОТАТЬ ОСМС?

II. КАК БУДЕТ РАБОТАТЬ ОСМС?

будет проходить оценка объема предоставляемых услуг, стоимость и их качество.

Таким образом, возможность оказывать медицинскую помощь будут иметь самые лучшие государственные и частные клиники, имеющие соответствующее ресурсное обеспечение и опытных специалистов, оказывающих квалифицированную помощь.

III. КТО ЯВЛЯЕТСЯ УЧАСТНИКОМ ОСМС?

Все медицинские организации будут иметь доступ к Единому регистру застрахованных граждан РК.

При обращении гражданина медицинскому работнику будет достаточно ввести его ИИН и получить подтверждение его статуса застрахованного.

Если отчисления производятся, то обратившийся имеет право воспользоваться всем спектром услуг, предоставляемых страховкой. Если нет, ему будет оказана помощь в рамках гарантированного объема медицинской помощи, а остальные расходы он будет оплачивать сам.

IV. ЧТО ПОЛУЧАТ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОТ ВНЕДРЕНИЯ ОСМС?

- Адекватное финансирование за объемы оказываемых услуг;
- Возможность повышения заработной платы медицинскому персоналу и внедрения системы оплаты труда по результатам работы;
- Возможность обновления медицинской техники за счет включения в тариф амортизационных отчислений;
- Привлечение частных инвестиций, опытных отечественных и иностранных специалистов.

V. КАК МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ БУДУТ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ОСМС?

Фонд будет закупать медицинские услуги как в рамках ГОБМП, так и по ОСМС на конкурсной основе у государственных и частных клиник.

Конкурс будет проходить в 2 этапа.

На первом этапе каждая мед. организация вносит свои технико-экономические и медицинские данные в Единый реестр поставщиков услуг.

В соответствии с представленными данными Фонд проводит оценку их соответствия установленным минимальным стандартам.

В случае положительного заключения медицинская организация допускается ко второму этапу конкурса.

На **втором этапе** Фонд проводит оценку объемов предоставляемых услуг, их стоимость и качество оказанных в предыдущие годы услуг.

Если ресурсное обеспечение медицинской организации соответствует установленным минимальным стандартам, а оказываемые услуги установленным критериям качества, то медицинская организация будет выбрана как потенциальный поставщик услуг.

Будет два пакета медицинских услуг.

Первый – минимальный базовый пакет, предоставляемый государством для всех граждан страны. Он включает:

- Скорая помощь и санитарная авиация;
- Медицинская помощь при социально-значимых заболеваниях и в экстренных случаях;
- Профилактические прививки;
- Амбулаторно-поликлиническая помощь с амбулаторно-лекарственным обеспечением (до 2020 года).

Второй пакет медицинских услуг, предоставляемый в условиях ОСМС, предназначен для застрахованных граждан и включает в себя:

- **Амбулаторно-поликлиническая помощь:**
лечение в поликлиниках;
прием врачей;
лабораторные услуги;
диагностика и манипуляции;
- **Стационарная помощь** - лечение в больницах в плановом порядке;
- **Стационарозамещающая помощь** - лечение в дневных стационарах;
- **Высокотехнологичные медицинские услуги** - медицинская помощь, выполняемая с применением сложных и уникальных медицинских технологий;
- **Лекарственное обеспечение** - при оказании амбулаторно-поликлинической помощи;
- **Сестринский уход** - оказанием помощи лицам, неспособным к самообслуживанию, нуждающимся в постоянном постороннем уходе или присмотре, вследствие перенесенной болезни;

VI. КАКИЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ БУДУТ ОКАЗАНЫ В УСЛОВИЯХ ОСМС?

VI. КАКИЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ БУДУТ ОКАЗАНЫ В УСЛОВИЯХ ОСМС?

- **Паллиативная помощь** - *поддержание качества жизни пациентов с неизлечимыми, угрожающими жизни и тяжело протекающими заболеваниями на максимально возможном комфортном для человека уровне.*

Все медицинские организации, заключившие контракт через Единую информационную систему, ежедневно предоставляют информацию об оказанных ими услугах в Фонд.

VII. КАКОВ ПОРЯДОК ОПЛАТЫ МЕД-ОРГАНИЗАЦИЯМ УСЛУГ В РАМКАХ ОСМС?

Экспертиза объема и качества оказанных услуг будет производиться территориальными филиалами Фонда в регионах.

Ежемесячно Фонд получает от территориальных филиалов потребность в оплате и на ее основе осуществляет перечисление средств на счета медицинских организаций.

Ежемесячно Фондом на основе данных Единой информационной системы определяется рейтинг медицинских организаций, который будет влиять в будущем на реализацию контракта.

VIII. КАКИЕ БУДУТ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ?

- Безопасность пациентов;
- Клиническая и экономическая эффективность;
- Достижение целевых показателей и индикаторов поставщиками медуслуг.



**ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СОЦИАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ
ЗАЩИЩАЕТ ВАШЕ ПРАВО НА ЗДОРОВЬЕ!**