




ЧТО ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ

МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ СОЦИАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ?





I. ПОЧЕМУ В КАЗАХСТАНЕ ВЫБРАЛИ ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СОЦИАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ?

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

В настоящее время 16 европейских стран, а также Турция (с 1945 года) и Япония (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.

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 плательщиками взносов.

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

ОСМС внедряется в Республике Казахстан с 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.



II. КАК БУДЕТ РАБОТАТЬ ОСМС?



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

Фонд будет Единым стратегическим закупщиком медицинских услуг у медицинских организаций.

Таким образом, все функции действующего Комитета оплаты медицинских услуг МЗСР РК (КОМУ) перейдут в Фонд.



III. КТО ЯВЛЯЕТСЯ УЧАСТНИКОМ ОСМС?

Работник;
Работодатель;
Индивидуальный предприниматель (самозанятый), если регулярно делают отчисления в Фонд;

Граждане, которые по объективным причинам не могут осуществлять трудовую деятельность. За эти категории граждан оплачивает взносы государство:

- 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) лица, отбывающие наказание по приговору суда в учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы (за исключением учреждений минимальной безопасности);
- 12) лица, содержащиеся в изоляторах временного содержания и следственных изоляторах.

IV. КАК РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БУДУТ ОПРЕДЕЛЯТЬ СТАТУС ЗАСТРАХОВАННОГО?

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

При обращении граждан 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.

V. 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.

VI. ЧТО ПОЛУЧАТ РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОТ ВНЕДРЕНИЯ ОСМС?

- 1) Оплату по результатам труда;
- 2) Возможность повышения квалификации за счет:
 - * обновления медицинской техники;
 - * внедрения новых медицинских технологий;
 - * обучения на рабочем месте;
- 3) Профессиональную мобильность;
- 4) Возможность получения дополнительного социального пакета в качестве материального поощрения;
- 5) Улучшение условий труда.

VII. 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 соответствуют установленным критериям качества, то медицинская организация будет выбрана как потенциальный поставщик услуг.



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

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

IX. КАКИЕ БУДУТ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ?

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



