



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 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 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.

I. ПОЧЕМУ В КАЗАХСТАНЕ ВЫБРАЛИ ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СОЦИАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ?

II. КАК БУДЕТ РАБОТАТЬ

Все взносы и отчисления, производимые работником,

<p>ОСМС?</p>	<p>работодателем, индивидуальными предпринимателями и государством за экономически неактивное население будут поступать в Фонд социального медицинского страхования (Фонд).</p> <p>Контроль за поступлением в Фонд закрепляется за Комитетом государственных доходов, а персонифицированный учет будет сохраняться за Госкорпорацией «Правительство для граждан».</p> <p><u>Фонд будет Единым стратегическим закупщиком медицинских услуг у медицинских организаций.</u> Закуп будет осуществляться на конкурсной основе. Конкурс будет проходить в два этапа.</p> <p><u>На первом этапе будет проводиться оценка ресурсного обеспечения</u> (здания, медтехника, кадры) медицинской организации на соответствие установленным государством минимальным стандартам.</p> <p>В случае положительной оценки медицинская организация <u>допускается ко второму этапу, где будет проходить оценка объема предоставляемых услуг, стоимость и их качество.</u></p> <p>Таким образом, возможность оказывать медицинскую помощь будут иметь самые лучшие государственные и частные клиники, имеющие соответствующее ресурсное обеспечение и опытных специалистов, оказывающих квалифицированную помощь.</p>
<p>III. КТО ЯВЛЯЕТСЯ УЧАСТНИКОМ ОСМС?</p>	<p>Все медицинские организации будут иметь доступ к Единому регистру застрахованных граждан РК.</p> <p>При обращении гражданина медицинскому работнику будет достаточно ввести его ИИН и получить подтверждение его статуса застрахованного.</p> <p>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.</p>
<p>IV. ЧТО ПОЛУЧАТ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОТ ВНЕДРЕНИЯ ОСМС?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>V. КАК МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ БУДУТ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ОСМС?</p>	<p><u>Фонд будет закупать медицинские услуги</u> как в рамках ГОБМП, так и по ОСМС <u>на конкурсной основе</u> у государственных и частных клиник.</p> <p>Конкурс будет проходить в 2 этапа.</p> <p>На <u>первом этапе</u> каждая мед. организация вносит свои технико-экономические и медицинские данные в Единый реестр поставщиков услуг.</p> <p>В соответствии с представленными данными Фонд проводит оценку их соответствия установленным минимальным стандартам.</p> <p>В случае положительного заключения медицинская организация допускается ко второму этапу конкурса.</p> <p>На <u>втором этапе</u> Фонд проводит оценку объемов предоставляемых услуг, их стоимость и качество оказанных в предыдущие годы услуг.</p>

	<p>Если ресурсное обеспечение медицинской организации соответствует установленным минимальным стандартам, а оказываемые услуги установленным критериям качества, то медицинская организация будет выбрана как потенциальный поставщик услуг.</p>
<p>VI. КАКИЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ БУДУТ ОКАЗАНЫ В УСЛОВИЯХ ОСМС?</p>	<p><u>Будет два пакета медицинских услуг.</u> <u>Первый – минимальный базовый пакет, предоставляемый государством для всех граждан страны.</u> Он включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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). <p><u>Второй пакет медицинских услуг, предоставляемый в условиях ОСМС,</u> предназначен для застрахованных граждан и включает в себя:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Амбулаторно-поликлиническая помощь: <i>лечение в поликлиниках;</i> <i>прием врачей;</i> <i>лабораторные услуги;</i> <i>диагностика и манипуляции;</i> • Стационарная помощь - <i>лечение в больницах в плановом порядке;</i> • Стационарозамещающая помощь - <i>лечение в дневных стационарах;</i> • Высокотехнологичные медицинские услуги - <i>медицинская помощь, выполняемая с применением сложных и уникальных медицинских технологий;</i> • Лекарственное обеспечение - <i>при оказании амбулаторно-поликлинической помощи.</i>
<p>VII. КАКОВ ПОРЯДОК ОПЛАТЫ МЕДОРГАНИЗАЦИЯМ УСЛУГ В РАМКАХ ОСМС?</p>	<p>Все медицинские организации, заключившие контракт через Единую информационную систему, ежедневно предоставляют информацию об оказанных ими услугах в Фонд.</p> <p>Экспертиза объема и качества оказанных услуг будет производиться территориальными филиалами Фонда в регионах.</p> <p>Ежемесячно Фонд получает от территориальных филиалов потребность в оплате и на ее основе осуществляет перечисление средств на счета медицинских организаций.</p> <p>Ежемесячно Фондом на основе данных Единой информационной системы определяется рейтинг медицинских организаций, который будет влиять в будущем на реализацию контракта.</p>
<p>VIII. КАКИЕ БУДУТ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Безопасность пациентов; • Клиническая и экономическая эффективность; • Достижение целевых показателей и индикаторов поставщиками медуслуг.