

Актуальные вопросы и ответы

по разъяснению изменений и дополнений в системе ОСМС на 25.12.2017г.

25 декабря текущего года Главой государства подписаны поправки в законодательство, которые несут ряд изменений в части переноса сроков оказания медпомощи, уплаты взносов всеми категориями плательщиков, кроме работодателей, чьи отчисления в Фонд медстрахования предлагается сохранить в течение переходного периода, в 2018-2019 годах.

ВОПРОС: Проясните, пожалуйста, ситуацию, которая сложилась вокруг введения медицинского страхования. Что на самом деле происходит? Будет ли отложена реформа, если будет продолжена, то на каких условиях? Ведь, несмотря на разные предположения, сбор страховых взносов продолжается, и люди хотят получить ответы на свои вопросы.

ОТВЕТ: Реформа по внедрению медицинского страхования в стране продолжается, она не приостанавливается, и тем более не отменяется. Несмотря на то, что сроки начала предоставления самой медицинской помощи населению в рамках страховой медицины переносятся на январь 2020 года.

Напомню, что Глава государства в своем выступлении на открытии нынешней сессии парламента выразил уверенность в необходимости внедрения медицинского страхования, как доказанной прогрессивной системы финансирования здравоохранения во многих развитых странах. Но при этом он поручил разобраться с рядом проблемных вопросов, связанных с условиями участия в ОСМС всех категорий населения, и в особенности, большого числа самозанятых. Если в цифрах, то по официальным данным Минтруда РК, в стране сегодня насчитывается порядка 2,7 млн неформально занятых граждан, из них 1 миллион человек называют себя наёмными работниками, но при этом от них не поступают пенсионные, и никакие другие отчисления. В общей сложности, не идентифицированных граждан,

находящихся за пределами информационных систем, легального экономического и социального поля, по предварительным оценкам, у нас гораздо больше. Поэтому как справедливо указал Президент, первостепенная задача – предотвратить риски «выпадения» миллионов самозанятых из страховой медицины, для этого логично сначала навести порядок в сфере учета и категоризации этих людей, продумать гибкие жизнеспособные механизмы их участия в системе ОСМС.

ВОПРОС: Значит ли это, что за два предстоящих года будут решены проблемы покрытия медстраховкой всех самозанятых?

ОТВЕТ: Это не значит, что за два года нам удастся все 2-3 миллиона человек вытащить из «тени» и заставить работать официально. Возможно, будут созданы какие-то альтернативные социально-экономические стимулы для легализации доходов теневого сектора, когда люди убедятся в преимуществах в виде юридической, финансовой защищенности, доступа к социальным благам. Потом ведь всегда останется определенная маргинальная часть населения, давно пополнившей ряды безработных, не имеющей трудовых навыков и самого главного- желания их приобретать самостоятельно или с помощью государства. Для них остается механизм уплаты минимальных ежемесячных взносов в Фонд медстрахования в размере 5% от одной минимальной заработной платы, что составляет порядка 1414 тенге. Во всяком случае, в начале пути предстоит сделать большую работу по «оцифровке» и созданию единой актуальной базы данных всех категорий населения, включая самозанятых. Этот процесс должен идти совместными усилиями с участием всех госорганов при поддержке неправительственных организаций, представителей бизнеса, и самих работодателей, которые иногда предпочитают уходить от формализации трудовых отношений, лишая тем самым своего работника доступа к медицинской помощи.

ВОПРОС: Каких законодательных изменений ожидать в системе ОСМС?

ОТВЕТ: Что касается дальнейшей реализации ОСМС, Главой государства подписаны поправки в законодательство, которые несут ряд изменений в части переноса сроков оказания

медпомощи, уплаты взносов всеми категориями плательщиков, кроме работодателей, чьи отчисления в Фонд медстрахования предлагается сохранить в течение переходного периода, в 2018-2019 годах. Вместе с тем, изменения коснулись размеров взносов физических лиц, работающих по договорам гражданско-правового характера.

Министерством здравоохранения разработаны поправки в ряд законодательных актов, которые предусматривают следующее. Первое – перенос сроков начала оплаты взносов физических лиц, а это наемные работники, самозанятые и взносов государства за льготные категории населения с 1 января 2018 года на 1 января 2020 года. Соответственно, срок начала предоставления медицинской помощи участникам ОСМС также сдвигается на 1 января 2020 года. Значительно уменьшается размер взносов физических лиц, получающих доходы по договорам ГПХ, их ставки снижаются с 5% до 1% от объекта исчисления взносов, то есть получаемых доходов.

Важно отметить, что до полноценного запуска ОСМС предлагается сохранить сбор отчислений работодателей, которые до конца 2017 года составят 1% от размера заработной платы каждого работника из средств фонда оплаты труда самого предприятия, в 2018 и 2019 годах – 1,5% от объекта исчисления.

ВОПРОС: Многие представители бизнеса задаются вопросом о дополнительной нагрузке на их доходы при уплате обязательных взносов на медстрахование?

ОТВЕТ: На самом деле, нагрузки на бизнес не произойдет за счет уменьшения ровно на такую же величину налога на социальное страхование. Такая норма принята в рамках поправок в Налоговый кодекс РК. Получается, что сегодня работодатели ежемесячно платят в государственный фонд социального страхования налог 5%, со следующего года он снижается на 1,5%, до 3,5% от зарплаты каждого работника. Таким образом, платежи в фонд медстрахования для работодателя в течение следующих двух лет нивелируются за счет уменьшения соцналога.

ВОПРОС: Куда будут направлены страховые средства, собранные с бизнеса за два следующих года, как гарантируется сохранность отчислений?

ОТВЕТ: Переходный период, в течение которого предлагается **сохранить сбор взносов с работодателей**, позволит выполнить два важных и необходимых условия. С одной стороны, аккумулирование средств плательщиков в течение двух переходных лет обеспечит требуемые Нацбанком резервы ликвидности, по расчетам ФСМС на 2020 год, это месячный запас на оплату медуслуг в сумме 85,5 млрд тенге, плюс 3% резерва от размера активов на непредвиденные расходы, что составляет порядка 30,9 млрд тенге. Оставшаяся сумма, а всего к 2020 году предполагается накопить 206 млрд тенге, будет направлена единовременно на увеличение пакета медицинского страхования, для того, чтобы обеспечить мотивацию людей к участию в системе ОСМС.

Поэтому определённый пул средств, накопленный к старту реформы, позволит обеспечить и финансовую «подушку безопасности», и создать привлекательные условия для застрахованных за счет расширенного пакета медуслуг, который в сравнении с пакетом ГОБМП будет более весомым и станет в большей степени отвечать запросам населения к медицине. Взносы и отчисления, поступающие в НАО «Фонд социального медицинского страхования», будут находиться на счетах в Национальном банке, где гарантируется их полная сохранность до начала оплаты медицинских услуг с января 2020 года.

ВОПРОС: Кто осуществляет контроль над расходованием средств Фонда?

ОТВЕТ: У Фонда три вида контроля. Государственный контроль осуществляют министерство здравоохранения, согласно которому ежеквартально предоставляется 9 форм отчетности, они также доступны Минфину и МНЭ РК. Кроме того, у фонда есть отдельный учет, который построен по МСФО. Есть баланс по активам, по собственным средствам, который аудирован независимой аудиторской организацией и публично размещается

на нашем сайте. Там уже есть отчет за 2016 год, хотя деятельность велась только 1,5 месяца.

Также размещается финансовая отчетность в депозитарии финансовой отчетности. Корпоративный контроль осуществляется через совет директоров, возглавляет его министр здравоохранения. В него входит вице-министр финансов, вице-министр нацэкономики, заместитель председателя Нацбанка, есть независимые директора. Совет директоров утверждает систему оплаты труда, штатную численность, внутренние документы фонда. Согласно стандартам корпоративного управления, в фонде действует политика и процедуры по управлению рисками, утверждены процедуры по информационной безопасности.

ВОПРОС: Что изменится для населения в плане получения медицинской помощи до 2020 года?

ОТВЕТ: В течение 2018-2019 годов оказание медицинской помощи всем категориям граждан будет осуществляться, по-прежнему, в рамках гарантированного государством объема медицинской помощи. Напомню, что в этом пакете сохраняются следующие виды бесплатных медицинских услуг: скорая помощь и санитарная авиация, вакцинация, медицинская помощь при социально значимых заболеваниях и заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, амбулаторно-поликлиническая помощь, первичная медико-санитарная помощь, консультативно-диагностические услуги, амбулаторное лекарственное обеспечение, экстренная и плановая стационарная медпомощь, стационарнозамещающая помощь, высокотехнологичные медицинские услуги.

С 2020 года в связи с внедрением ОСМС будут определены четкие границы обязательств государства через оптимизацию пакета ГОБМП до уровня выделяемых бюджетных средств, лимитирование отдельных видов неприоритетных медицинских услуг и формирование адекватных тарифов. Другими словами, мы должны сделать доскональную ревизию и детализацию бесплатных медицинских услуг и соотнести этот объем со средствами, которые выделяются на их предоставление.

Услуги, не вошедшие в ГОБМП, население сможет получать в рамках ОСМС, или оплачивать самостоятельно, или через добровольное медицинское страхование (далее – ДМС).

Для того, чтобы обеспечить безболезненное вхождение населения в систему ОСМС, сохранив минимальные социальные гарантии, незастрахованные будут получать гарантированный объем медуслуг за счет государства до 2022 года, только уже в усеченном виде. Застрахованные в системе **ОСМС, напротив, будут иметь преимущества, и с 2020 года** смогут получать **расширенный пакет медуслуг**, на финансирование которого будут направляться средства ФСМС.

Мы считаем, что такой подход создаст стимул для незастрахованных граждан самостоятельно осуществлять уплату взносов и переходить в категорию застрахованных.

ВОПРОС: Давайте еще раз вернемся к предпосылкам внедрения страховой медицины в Казахстане, насколько необходимо было внедрение ОСМС?

ОТВЕТ: Это связано с увеличением затрат на здравоохранение, которое обусловлено ростом рождаемости на 10%, снижением смертности на 27%, увеличением продолжительности жизни до 72 лет и средним возрастом казахстанцев в 32 года, это все влечет за собой рост численности населения – потребителей медуслуг. Наряду с этим отмечается рост числа неинфекционных заболеваний, таких как сердечнососудистые болезни и онкология. Все это происходит на фоне инфляции и удорожания стоимости нового медоборудования и лекарств. Кроме того, дальнейшее внедрение инновационных технологий в медицину также требует соответствующего финансирования.

Учитывая динамику роста населения, можно прогнозировать дальнейшее увеличение затрат госбюджета на здравоохранение. Несмотря на более чем 4-кратный рост расходов государства на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОМБП) с 209 млрд тенге в 2006 г. до 884 млрд тенге в 2016 г., объем этих расходов к уровню ВВП страны имеет тенденцию к снижению. Инфляция съедает значительную часть реальных расходов здравоохранения. Так, несмотря на то, что в номинальном выражении расходы на ГОБМП с 2013 года по 2016 год выросли на 46%, в реальном выражении рост составил 14%.

Как следствие, уже сложился дефицит финансирования ГОМБП в сумме 540 млрд тенге: недофинансированы высокотехнологичные медуслуги, консультативно-диагностические услуги, сфера амбулаторно-лекарственного обеспечения, а также обновление основных средств и повышение социального уровня медработников.

Утвержденный **бюджет АПП** на 2017 год не только не покрывает фактических расходов, но и не учитывает естественный прирост населения. Для удовлетворения потребности в финансировании первичного звена медпомощи **потребуется более 15 млрд тенге.**

В Казахстане сегодня государственное финансирование лекарственного обеспечения на душу населения составляет 44,5 долларов США (среднее по ЕС \$300). Финансирование амбулаторно-лекарственного обеспечения на душу населения – 24 долларов (среднее по ЕС \$200).

Расходы на лекарственные средства в **Казахстане составляют 0,7% от ВВП.** В развитых странах этот показатель составляет в среднем 1,4% от ВВП.

ВОПРОС: Зачастую в поликлиниках и больницах людям приходится оплачивать медуслуги за счет своих средств. Будет ли ОСМС способствовать снижению карманных расходов населения?

ОТВЕТ: В 2015 году расходы частных лиц на здравоохранение превысили 500 млрд тенге. При этом 25% из них были гарантированы в рамках ГОБМП. Из-за этого доля карманных платежей населения выросла с 31% в 2011 г. до 39% в 2015 г. ВОЗ рассматривает это как затраты, приводящие к бедности. Также это позволяет говорить о неустойчивости системы здравоохранения. Для сравнения, в странах Европы доля расходов населения составляет 16,3%. В результате население уходит в частные клиники за медуслугами, которые входят в перечень бесплатной помощи.

На фоне этого частные расходы на лекарственные средства в Казахстане выросли до 83% от всего объема средств, затрачиваемых на лекарства. В то время как государство оплачивает только 1/6 часть всех затрат. При этом в странах ОЭСР государство возмещает 57% от всех расходов на АЛЮ. Такое соотношение государственных и частных затрат на лекарства ведет к неудовлетворенности населения системой здравоохранения, провоцируя постоянный рост «карманных» расходов.

Получается, что для дальнейшего финансового обеспечения постоянно растущих потребностей в медицинской помощи необходимо внедрение другой модели финансирования медицины.

В этой ситуации внедрение социального медицинского страхования позволит не только привлечь дополнительные ресурсы на развитие здравоохранения, но и сдерживать рост бюджетных расходов, а также снизить карманные расходы населения через механизм страхования финансовых рисков с заболеванием. Таким образом, внедрение ОСМС является жизненно важной и прогрессивной реформой,

Отметим, что отличие ОСМС от обычного медстрахования заключается в том, что нерегулируемый государством рынок медицинских страховщиков предпочитает страховать только здоровых молодых граждан, а детей, стариков и социально уязвимые слои населения – наиболее активных потребителей медпомощи – оставляет за бортом, считая их не приоритетными, нежелательными клиентами.

Так, опыт Грузии показывает, что внедрение частного медицинского страхования приводит к росту стоимости услуг, к росту расходов на здравоохранение и выпадению из системы медстрахования наименее платежеспособных граждан. При этом доля карманных расходов населения там составляет 60%. Именно поэтому система ОСМС с единым фондом, контролируемым

государством, которая внедряется в Казахстане, является наиболее справедливой системой медстрахования.

ВОПРОС: Как будет развиваться конкуренция среди медицинских организаций в условиях ОСМС и будет ли ожидаемое повышение качества?

ОТВЕТ: Конечно, и уже сейчас можно говорить, что появление Фонда и внедрение страховой медицины значительно подстегнет конкурентную среду на рынке медуслуг. В процессе подготовки к запуску медуслуг на следующий год выявилось, что 45% всего перечня потенциальных поставщиков ФСМС, это частные медоорганизации. Это те самые частные клиники, куда предпочитают обращаться многие наши пациенты, в поисках более квалифицированных специалистов, отсутствия очередей и повышенного сервиса. Частники уверенно вступают в конкурентное поле, намерены оказывать медуслуги населению по условиям контрактов ФСМС, по существующим тарифам. Фонду, по сути, без разницы, какая больница будет лечить больных, государственная или частная, главное для него - это результат оказанных медицинских услуг, на основе стандартов и протоколов. Думаю, что со временем в конкурентной борьбе произойдет отбор самых лучших поставщиков медуслуг, кто сможет обеспечить населению качественную и доступную медицинскую помощь.

Стоит добавить, что параллельно начата разработка Единого перспективного плана развития инфраструктуры здравоохранения, в соответствии с которым монопрофильные организации будут интегрированы в многопрофильные, преобразованы в товарищества и акционерные общества, после чего могут быть переданы в доверительное управление или на приватизацию. Это, в свою очередь, также позволит обеспечить снижение административных затрат, улучшение преемственности и повышение качества медицинской помощи.

В результате этой структурной реформы будет сформирована компактная сеть объектов здравоохранения, готовая к работе в рыночных условиях. Доля финансирования частных медицинских организаций в рамках ОСМС повысится с 7% в 2017 году до 33% в 2025 году.

Многие клиенты частного страхования выражают опасения по поводу сокращения ДМС. На самом деле, сами участники рынка добровольного страхования считают, что с внедрением ОСМС, интегрированные пакеты медуслуг станут более привлекательными для клиентов и готовы стать партнерами обязательной страховки. Оптимизированный перечень ГОБМП и адекватная тарифная политика создадут импульс для дальнейшего развития ГЧП, частной медицины и ДМС. Это позволит интегрировать ДМС в систему ОСМС, усилит конкуренцию среди медицинских организаций за доступ к новым источникам финансирования, что, в конечном счете, положительным образом отразится на качестве медицинских услуг.

ВОПРОС: Чем сейчас занимается Фонд социального обязательного медицинского страхования?

Ответ: В соответствии с действующим законодательством, Фонд закупает медицинские услуги для всего населения страны. Это закреплено в Законе об ОСМС и в Кодексе «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Даже при изменении сроков обслуживания в рамках ОСМС, Фонд должен обеспечить закуп базового пакета. Вся подготовительная работа для закупа проведена:

- Министерством здравоохранения утверждены новые Правила закупа медицинских услуг;

- с 7 сентября 2017 года на сайте Фонда и управлений здравоохранения регионов размещено приглашение для участников рынка о включении их в Единую базу потенциальных поставщиков начиная. Медицинские организации, желающие работать с Фондом в 2018 году, могут подавать заявки на включение в список поставщиков, и в этом случае Фонд рассмотрит возможность размещения заказа из имеющихся средств.

Заявка простая и включает 3 документа – собственно заявление, свидетельство о гос.регистрации юридических лиц (для ИП – свидетельство о регистрации ИП и удостоверение личности), копию лицензии на медицинскую деятельность и сведения о лицах, ответственных за ведение информационных систем.

Контракты будут заключаться на конкурсной основе с мед.организациями, вошедшими в Единую базу. Проведена предварительная разъяснительная работа с медицинскими организациями.

В базу данных субъектов здравоохранения, претендующих на оказание медицинских услуг в 2018 году, подали заявки 1519 медицинских организаций, из которых 45% являются частными. По сравнению с закупочной кампанией прошлого года, количество субъектов здравоохранения, претендующих на выполнение основного объема медицинской помощи, увеличилось в 1,5 раза.

Результаты работы по формированию базы данных поставщиков Фонд оценивает позитивно. В утвержденной акционерными Фондом Стратегии развития была поставлена задача по вовлечению как можно большего числа частных организаций, и мы видим, что она реализуема;

- завершить процедуры закупок мы планируется в ноябре, в декабре уже начнется процесс заключения договоров на оказание медицинской помощи с медицинскими организациями.

Согласно новым Правилам закупок функции регулятора рынка отделены от заказчика. Такой подход полностью соответствует передовому международному опыту.

Новые Правила закупок разработаны при активном участии бизнес-сообщества и включают следующие новшества:

- сокращен пакет документов, необходимых для участия в конкурсе;

- появилась возможность обновлять базу потенциальных поставщиков постоянно в течение года, а не в определенное время. Это позволит оперативно закупать дополнительные объемы мед.услуг при возникновении такой необходимости;

- сформированы постоянно действующие комиссии по закупке медицинских услуг в областях и на уровне республики. НПП «Атамекен», Национальная палата здравоохранения, профсоюзы, НПО, представляющие интересы пациентов и субъектов здравоохранения, представили свои кандидатуры для включения в состав этих комиссий. Такая конфигурация позволит провести конкурсный отбор максимально прозрачно, а все участники конкурса будут равноудалены от процесса принятия решений;

- также сформирована постоянно действующая апелляционная комиссия Фонда, для разрешения вопросов, связанных с закупкой услуг. В эту комиссию также вошли представители Министерства здравоохранения, НПП «Атамекен», НПО и НПО;

- договоры с поставщиками предусматривают конкретные требования и целевые индикаторы качества в зависимости от видов медицинской помощи, в частности по материнской и младенческой смертности, охвату профилактическими скринингами, госпитализациям с осложнениями и т.д..