|  |
| --- |
| http://www.densaulyk.kostanay.gov.kz/i/left_content_header.jpg  **Информация**  http://www.densaulyk.kostanay.gov.kz/i/right_content_header.jpg  Система обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) – это государственная система социальной защиты интересов в сфере охраны здоровья.  ОСМС гарантирует всем застрахованным гражданам Казахстана независимо от пола, возраста, социального статуса, места проживания и доходов равный доступ к медицинской и лекарственной помощи.  Обязательное социальное медицинское страхование (ОСМС) – это форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья в случае наступления болезни, травмы, беременности и родов, инвалидности и старости.  Многие развитые страны выбрали ОСМС, которая позволяет перераспределять средства от менее нуждающихся к более нуждающимся.  **Международный опыт**  **Опыт свыше 50 стран был рассмотрен и учтен привыборе модели   обязательного медицинского страхования в Казахстане.**  В мире сегодня  преобладают **три основные модели финансирования здравоохранения - бюджетная, страховая и смешанная.**  Бюджетная модель существует в таких странах, как Великобритания, Испания, Италия, Швеция.  Социальное общественное страхование действует в Германии, Франции, Бельгии, Корее, Японии, Словакии, ряде стран Восточной Европы, всего в 30 странах и частное  страхование - в США.  Но большинство стран комбинируют «бюджетную» и «страховую» модель, так как она доказала свою эффективность.    В Казахстане будет внедрена  смешанная модель медицинского страхования с учетом лучших мировых практик.  Это обеспечит:  ·             финансовую устойчивость здравоохранения,  ·             высокий уровень качества и доступности медицинских услуг,  ·             широкий пакет медицинской помощи.  По ставкам взносов в фонд медстрахования в Казахстане  создаются самые лояльные условия в сравнении с другими странами.  В Казахстане  согласно проекта  Закона «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам здравоохранения»  (ожидается внесение в Парламент) в части медицинского страхования, предлагаются следующие размеры ставок взносов и отчислений:  - отчисления работодателей:  1% - с июля 2017 года;1,5% - с 2018 года, 2% - с 2020 года, ***3%*** с 2022 года;  - взносы работников: 1% - с 2019 года,  ***2%***- с 2020 года;  - взносы ИП, частных нотариусов, физических лиц, получающих доходы по договорам – от дохода, но не менее ***5% от 2 МЗП*** с июля 2017 года;  -ставки взносов лиц, не входящих в состав рабочей силы (неактивное население) – 5% от 1 МЗП с января  2018 года;  - государство будет отчислять за социально-незащищенные слои населения  3,75% - с января 2018 года,   4% - с 2019 года, 4-5 %  - с 2022 года.    **К примеру:**  Взносы работодателей в Германии составляют 7,3%, работников – 8,2%.  в Словакии 10% и 4% соответственно,  в Литве 3% и 6%.  **Почему в системе здравоохранения нужны реформы?**  ·                  Отсутствие солидарности граждан и работодателей в охране здоровья. Бремя обеспечения охраны здоровья лежит только на государстве, в то время как у самих граждан не сформирован достаточный уровень ответственности за свое здоровье (своевременное прохождение диспансеризации, участие в оздоровительных мероприятиях, отказ от вредных привычек и др.).  ·                  Финансовая неустойчивость системы здравоохранения. Несмотря на рост государственных расходов на здравоохранение, финансирование не покрывает растущие потребности населения в медицинской помощи. Почему так происходит? Увеличивается рождаемость наряду со старением населения, также растет число хронических и неинфекционных заболеваний, продолжается стремительный темп внедрения новых инновационных технологий, что, в свою очередь, требует значительных затрат.  ·                  Неэффективное управление системой здравоохранения. Высокая доля расходов на стационарную помощь - 51% в структуре финансирования здравоохранения (в странах ОЭСР данный показатель составляет 34%) по причине низкого качества медицинских услуг при оказании первичной медико-санитарной помощи.  ·                  Бесконечные очереди и неудовлетворительное  качество услуг в медорганизациях вынуждают людей  обращаться в платные клиники и нести большие «карманные» расходы.  Если состоятельные граждане могут позволить себе хорошее лечение и дорогие  лекарства, то менее платежеспособные  категории населения  ограничены в доступе к определенным видам медуслуг.  ·                  Рост сложных и хронических заболеваний вкупе со старением населения  ведет  к увеличению расходов на здравоохранение.  ·                  Многочисленные жалобы пациентов на качество медобслуживания, низкую квалификацию врачей, неэффективную организацию работы  больниц и поликлиник  создают у населения общий фон недовольства существующей системой    здравоохранения.  **Как решатся эти проблемы в системе  обязательного медстрахования?**  Ø   Социальная справедливость и солидарность – основные принципы обязательного социального медстрахования (ОСМС). Ответственность за охрану здоровья каждого гражданина  теперь  возлагается   на самого человека, работодателя и государство.  Финансовые средства будут распределяться также  на основе  солидарной ответственности, в соответствии с принципами страховой медицины - «менее нуждающиеся платят за более нуждающихся».  Ø   Принцип социальной справедливости в условиях ОСМС обеспечивает равный доступ для всех застрахованных граждан к качественной медицинской помощи независимо от размера доходов и отчислений. Каждый человек может сам выбрать  медорганизацию – частную или государственную, где он будет обследоваться и лечиться. Больницы и поликлиники начнут «бороться» за пациентов, повышая качество медуслуг и квалификацию врачей.  Ø   Финансирование здравоохранения увеличится за счет страховых взносов и позволит обеспечить растущую потребность  в медицинской помощи.  Ø   Фонд медстрахования будет вести строгий отбор поставщиков медуслуг по высоким стандартам. Контроль качества и мониторинг оказываемых  медуслуг  будет организован Фондом на ежедневной основе. ФСМС будет вести рейтинги лучших поставщиков медуслуг и публиковать их списки в газетах и порталах.  Ø   С внедрением ОСМС постепенно будет увеличена в 1,8 раз численность врачей общей практики, что позволит снизить нагрузку на одного врача до 1500 человек (сейчас  2140 человек на 1 врача ОП) и соответственно избавиться от очередей и повысить качество приема и лечения больного.  Ø   Предполагается расширить амбулаторное лекарственное обеспечение (АЛО), расходы по данному направлению в расчете на душу населения могут возрасти. Также будет увеличена группа категорий лиц, нуждающихся в АЛО, список препаратов будет пополнен лекарственными средствами по часто встречающимся заболеваниям.  Ø   Кроме того, предполагается вместе с пополнением сборов  в Фонд медстрахования, постепенное  расширение  объема медицинских услуг, что повлечет за собой сокращение очередей, в том числе через вовлечение новых поставщиков медуслуг.  **Конкретно работодателям:**  ·             Увеличение производительности труда, здоровый коллектив;  ·             Высокий уровень корпоративной культуры;  ·             Снижение экономических издержек, связанных с болезнями персонала;  ·             Оптимизацию рабочего времени.    **Основные выгоды обязательного медстрахования:**  Ø**За минимум средств – полный пакет услуг в рамках ОСМС!**  **Как работает система обязательного медстрахования?**  ОСМС основано на солидарной ответственности государства, работодателя и каждого человека. При этом государство будет осуществлять взносы за экономически неактивное население (список ниже). Работодатели – за наемных работников. Работники и самозанятые граждане, зарегистрированные в налоговых органах – за себя. Таким образом, будет действовать принцип эффективного распределения финансовых средств - от менее  нуждающихся  к более нуждающимся на основе  солидарной ответственности «сегодня  ты поможешь другим – завтра все помогут тебе».    Внося  соразмерные доходам  отчисления  в фонд медстрахования, Вы получаете право доступа  ко всем видам медицинских услуг в любой клинике, начиная с приема врача до глубоких обследований и дорогостоящих операций в рамках  пакета ОСМС;  **Все станет прозрачным!**  ØЗастрахованный        гражданин  сможет  через личный кабинет системы электронного здравоохранения считывать всю информацию об оказанных медуслугах,  состоянии здоровья, уплаченным взносам и др.;  **Выбор ОСМС – это путь к современной  доступной  медицине, отвечающей запросам населения.**  **Как будет работать система обязательного медстрахования?**  Гражданин автоматически становится застрахованным, если за него вносятся взносы. Таким образом, за минимальную сумму страховых взносов он получает доступ ко всему пакету  медицинским услуг, дорогостоящим в том числе.  Фонд  в свою очередь заключает договора с поставщиками медуслуг, которые соответствуют определенным требованиям и строго контролирует качество медицинской помощи.  **Фонд социального медицинского страхования  будет выполнять функции:**  -                 финансового оператора  по оплате медуслуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП)  -                 Стратегического закупщика пакета медуслуг по ОСМС.    **Важно помнить**, Фонд всегда выступает защитником  интересов застрахованных граждан – получателей медицинских услуг.  Все перечисляемые участниками обязательного соцмедстрахования средства будут в аккумулироваться в фонде социального медицинского страхования (ФСМС).  Фонд будет производить оплату поставщикам медуслуг на условиях заключенного договора.  Участники  системы медстрахования получают равный доступ к услугам, не зависимо от индивидуальных доходов и объема накоплений в фонде.  **Какую медицинскую помощь получат застрахованные в системе ОМС граждане?**  ·             **Первичная медико-санитарная помощь** оказывается бесплатно в амбулаторных условиях и дневного стационара, включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, наблюдение за течением беременности, медицинские манипуляции и т.д.  ·             **Специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь** включает профилактику, диагностику, лечение заболеваний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий  ·             **Скорая медицинская помощь**оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинских организаций, в амбулаторных или стационарных условиях в случаях (несчастные случаи, травмы, отравления, внезапных острых заболеваниях), требующих срочного медицинского вмешательства  ·             **Плановая медицинская помощь** оказывается в стационарных условиях при заболеваниях и состояниях, не угрожающих жизни пациента  ·             **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  возможном комфортном для человека уровне  **Важно помнить!**  Государство гарантирует следующие виды бесплатной медицинской помощи:  Ø   Скорая помощь и санитарная авиация;  Ø   Медицинская помощь при социально-значимых заболеваниях (онкозаболевания, туберкулез, сахарный диабет и др.) и в экстренных случаях  Ø   Профилактические прививки... |