

1. Отказ от увеличения выплат ОСМС

Глава государства в своем послании народу Казахстана от 1 сентября 2022 года отметил, что хроническое недофинансирование отрасли приводит к тому, что застрахованные граждане недополучают положенный им объем медицинских услуг.

Необходимо отметить, что перед запуском обязательного социального медицинского страхования (*далее – ОСМС*), было принято решение снизить ставки отчислений и взносов, что стало основной причиной отклонения от первоначальной финансовой модели, повлекшей недофинансирование системы и превышение расходов на оказание медпомощи над поступлениями.

Таким образом, взносы государства снижены в 3,5 раза от первоначальных параметров, отчисления работодателя в 1,7 раз, а взносы индивидуальных предпринимателей в 1,4 раза.

В результате изменения ставок объем недополученных средств ОСМС составил 1,8 триллионов тенге.

Дефицит в 2023 году из-за перетока медпомощи из ГОБМП в ОСМС дефицит составил 245 миллиардов тенге.

Кроме того, в настоящее время для исчисления взносов государства используется медианная заработная плата вместо среднемесячной, а это потери финансовых средств в размере 275 миллиардов тенге.

В этой связи, для обеспечения устойчивого функционирования системы ОСМС предусматривается ряд мер: повышение охвата населения; совершенствование пакетов медицинской помощи; цифровизация системы для повышения прозрачности и прослеживаемости используемых средств.

Для обеспечения финансовой устойчивости: оптимизация несвойственных расходов; контроль за использованием средств; борьба с приписками, а также меры по увеличению финансирования отрасли.

Также, как одной из мер предлагается повышение с 2025 года верхнего значения обложения доходов работников с 10 до 50 минимальных заработных плат, как более справедливое распределение ответственности за расходы на здоровье.

Данная норма вводится для улучшения качества и повышения доступности медицинской помощи в стране.

Предлагаемая Министерством здравоохранения Республики Казахстан (*далее – МЗ РК*) норма по повышению верхнего предела ежемесячного дохода для исчисления взносов и отчислений на ОСМС с 10 до 50 минимальных заработных плат с 2025 года затронет всего 9% наемных работников имеющих доходы свыше 850 тыс.тенге, 91% наемных работников не коснется данная мера.

В практике существует три вида распределения средств:

регрессивное распределение – это когда люди с низкими доходами платят больше;

пропорциональное распределение – когда все платят пропорционально.
 прогрессивное распределение – когда люди с низкими доходами платят меньшую долю.

У нас в стране в связи с введением верхнего предела вид распределения регрессивное.

Справедливость в финансировании касается распределения этих платежей между гражданами. Люди с низкими доходами не должны платить больше, чем богатые.

Данная норма также аналогична с пенсионными взносами, где верхний предел составляет 50-кратного минимального размера заработной платы.

Если показать на примере, то суть в следующем:

возьмем три заработные платы 300 тыс.тенге (примерная средняя заработная плата в республике), 1 млн 500 тыс. тенге (в 5 раз выше средней заработной платы) и 3 млн.тенге (в 10 раз выше средней заработной платы).

Взнос на ОСМС в месяц составит от 300 тыс.тенге – 6 тыс.тенге или 2%;

с 1 млн 500 тыс. тенге – 17 тыс.тенге в месяц или 1,1%;

с 3 млн.тенге также 17 тыс.тенге в месяц, или 0,6%.

То есть регрессивное распределение это чем меньше доход, тем выше вклад в систему (в % от дохода).

Вместе с тем, справедливое распределение предусматривает, чем выше доход, тем выше ответственность.

В соответствии с Планом действий по реализации предвыборной программы Президента Республики Казахстан «Справедливый Казахстан - для всех и для каждого. Сейчас и навсегда», в целях продолжения эффективной реализации реформ, направленных на дальнейшую модернизацию отрасли, Главой Государства поручено принять меры по созданию устойчивой модели развития здравоохранения с доведением уровня финансирования отрасли в 2027 году не менее 5% от ВВП.

Изменение верхнего предела позволит увеличить объемы финансирования расходов на здравоохранение. Сюда относятся и профилактика, диагностика и лечение. Станут больше доступны медицинские услуги, внедрение технологий позволит на ранних стадиях предупреждать болезни, или позволит спасти жизни.

Кроме того, система должна быть устойчивой. В настоящее время мы имеем недостаточное финансирование, недостаточное возмещение расходов, и это отражается на недостаточном уровне обслуживания, квалификации медицинских работников, недостаточном объеме средств на лекарственные препараты, у медицинских организаций растут долги (кредиторская задолженность) перед их поставщиками.

2. Демонополизация системы медицинского страхования и внедрение рыночных и конкурентных механизмов в этой сфере

В соответствии с Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» Фонд социального медицинского страхования (далее –

ФСМС) является единым закупщиком медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС.

При внедрении ОСМС Казахстаном выбран подход единого фонда.

Вовлечение частных страховых компаний в систему ОСМС позволит распределить риски между страхователями и обеспечить доступ к медицинским услугам для ограниченного круга населения.

На данном этапе развития здравоохранения страны и в целом социально-экономического развития, данная инициатива преждевременна, так как есть существенные недостатки.

1. Неравенство в доступе к медицинской помощи: Частные страховые компании могут быть заинтересованы в работе с более прибыльными клиентами, что может привести к дискриминации по возрасту, полу или состоянию здоровья. Это может усугубить неравенство в доступе к медицинским услугам.

2. Увеличение стоимости страхования: Частные страховые компании стремятся к получению прибыли, что может привести к повышению стоимости страховых взносов для граждан и работодателей, а также к увеличению самой стоимости медицинского обслуживания.

3. Снижение качества медицинских услуг: В погоне за прибылью частные страховщики могут ограничивать доступ к дорогостоящим процедурам и лекарствам, что негативно скажется на качестве и доступности медицинской помощи.

4. Проблемы с прозрачностью и отчетностью: В системе, контролируемой частными страховщиками, может уменьшиться прозрачность финансовых потоков и медицинских решений, что усложнит контроль за расходованием средств и качеством предоставляемых услуг.

Также административные расходы на управление одним единым плательщиком значительно ниже по сравнению с системами с высоким доходом и несколькими плательщиками. Международный опыт показывает, что многоканальные системы поглощают порядка 25% от общего премиального дохода. Тогда как административные расходы единого закупщика в Азии варьировались от 1,8% на Тайване до примерно 4% в Индонезии. Большинство программ Medicare в США, Канаде и Австралии также потребляют менее 4% доходов. В Казахстане 1,18 %.

Таким образом, вовлечение страховых компаний в систему ОСМС может повысить риски эффективности управления и распределения ресурсов в здравоохранении.

Также, это может привести к увеличению административных расходов и необходимости тщательного регулирования для предотвращения отказа в обслуживании по причине предварительных заболеваний, а также вызовет недовольство со стороны населения из-за приобретения дополнительных пакетов страхования, что в свою очередь способствует увеличению карманных расходов.

Вместе с тем, на сегодняшний день бизнес участвует в рамках ГОБМП и в системе ОСМС.

Закуп медицинских услуг в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС осуществляется в соответствии с Правилами закупа услуг у субъектов здравоохранения по оказанию медицинской помощи в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС.

Справочно:

Субъекты здравоохранения - это организации здравоохранения, независимости от формы собственности, а также физические лица, занимающиеся частной медицинской.

За годы внедрения ОСМС количество поставщиков медицинских услуг, работающих в системе ОСМС значительно выросло. Если раньше их было 1290, то сейчас их число достигло 1921. Особенно выросла доля частных клиник, которые увеличились вдвое и составил в 2024 году 1236 или 64,3 % от всех поставщиков медицинских услуг.

По объему средств сумма прямых договоров в 2024 году составляет 24% (566,2 млрд. тенге) от общей суммы заключенных договоров на 2024 год (2,372,4 млрд. тенге), что ежегодно увеличивается и в 2022 году составила 23% (551,5 млрд. тенге). При этом, в этих суммах не учтен объем средств по соисполнителям (консультационно-диагностические услуги, лабораторные услуги, которые выполняется в основном частными поставщиками услуг).

Частные медицинские организаций должны обеспечивать взаимные обязательства по оказанию населению качественной и соответствующий стандартам медицинской помощи.

3. Персонализация счетов граждан в страховых организациях на основе прозрачности и добровольности

4. Разработка методологии определения размеров уплаты соответствующих страховых взносов по состоянию здоровья и образу жизни каждого отдельного гражданина

На сегодня посредством внедрения персонифицированного финансового учета, цифровизации контроля качества медицинских услуг и оцифровке самого факта оказания услуги (QR и СМС уведомления) планируется повысить прозрачность бизнес-процессов в Фонде социального медицинского страхования (далее – ФСМС) и медицинских организациях (далее – МО):

- доработка Единой системы оплаты медицинской помощи (далее – ЕСОМП) на базе «Е- Денсаулық» и интеграция с МИС с внедрением новых форматно-логистических контролей;
- внедрение в каждой МО персонифицированного финансового учета с интеграцией информационных систем МЗ РК и ФСМС и МО;
- цифровизация контроля качества медицинских услуг (постлицензионный контроль, проактивный мониторинг, борьба с мошенничеством);

- создание Ситуационно-аналитического центра при ФСМС и Единого хранилища данных на центральном уровне.

В совокупности, данные меры позволят обеспечить транспарентность, осуществить персонифицированный финансовый учет и отслеживание денег на виртуальных счетах потребителей медицинских услуг, в том числе 100% охват мониторингом качества медицинской помощи, что позволит снизить приписки.

Данная работа уже начата МЗ РК совместно с Министерством цифрового развития, инноваций и аэрокосмической промышленности и ФСМС в рамках единой IT-платформы «Е-Денсаулык».

В соответствии с Законом об ОСМС ежемесячная уплата отчислений и (или) взносов в Фонд социального медицинского страхования для приобретения права на получение медицинской помощи в системе ОСМС является обязательной.

Отчисления и взносы в систему ОСМС от плательщиков направляются исключительно для оплаты медицинских услуг по перечню в системе ОСМС.

Основываясь на принципах обеспечения равных прав на медицинскую помощь в стране, стабильности субъектов здравоохранения, а также учитывая международную практику, в 2015 году принято решение о создании единого фонда социального медицинского страхования, задачами которого является аккумуляция отчислений и взносов, планирование объемов медицинских услуг, закуп и оплата за оказанные услуги, применение мер по повышению качества медицинских услуг, защита интересов плательщиков взносов и отчислений.

В мировой практике все системы здравоохранения имеют смешанную структуру финансирования, с преобладанием одной из 4 основных моделей:

- бюджетная модель, основной источник финансирования – общее налогообложение. Эта модель распространена в 22 странах мира (Великобритания, Австралия, Канада и др.) из 54, гарантирующих всеобщий охват населения медицинской помощью;

- социальное медицинское страхование, финансируемое за счет обязательных солидарных взносов государства, работодателей и работника. Распространена в 30 странах мира из 54 (Германия, Франция, Япония, Корея);

- частное медицинское страхование, финансируемое за счет добровольных взносов работодателей или самих работников (США до Реформы здравоохранения и защиты пациентов 2009 года);

- накопительные (персонализированные) счета здравоохранения, применяются преимущественно в Сингапуре. Финансируются исключительно за счет дохода работающих граждан.

Бюджетная модель характеризуется высоким уровнем стабильности финансирования и социальной защищенности, однако практически не оказывает влияния на индивидуальную ответственность граждан за собственное здоровье и конкуренцию среди поставщиков медицинских услуг.

Социальное медицинское страхование обеспечивает реализацию солидарной ответственности за здоровье всех социальных партнеров, создает стимулы для развития конкуренции, повышения качества и эффективности. Кроме того, при этой модели обеспечивается высокий уровень саморегулирования системы здравоохранения.

Системы, использующие частное медицинское страхование, не обеспечивают социальную защищенность и равенство граждан при получении медицинской помощи, не позволяет перераспределять средства в зависимости от приоритетов здравоохранения, ее применение несет высокие транзакционные издержки.

Накопительные (персонализированные) медицинские счета ограничивают доступность медицинской помощи размерами накоплений, что негативно сказывается на гражданах с низким уровнем дохода, или имеющих хронические заболевания. Эта модель, обладая высоким уровнем прозрачности и способностью стимулировать конкуренцию среди поставщиков медицинских услуг, не позволяет реализовать принцип солидарной ответственности за здоровье и приводит к росту административных расходов.

Таким образом, система ОСМС является обязательной, социальной и солидарной и несмотря на размеры взносов и отчислений в систему, все получают эту помощь одинаково.

До внедрения ОСМС в 2020 году отрасль здравоохранения накопила дефицит финансирования в размере 362,5 миллиарда тенге. Основными причинами формирования этого дефицита были:

- рост населения на 15%, включая пожилых и детей, которые являются основными потребителями медицинских услуг.
- увеличение числа больных пятью основными хроническими неинфекционными заболеваниями в 2,5 раза.
- недоступность дорогостоящей медицинской помощи, из-за чего часть граждан выезжала за рубеж для получения необходимого лечения.

В такой ситуации требовалось объединение усилий всех социальных партнеров: государства, работодателей и граждан, чтобы смягчить эти проблемы и создать эффективную и финансово устойчивую систему здравоохранения.

Система, предусматривающая персонализированные счета, ограничивают в объеме предоставляемых медуслуг и ущемляют права застрахованных пациентов на доступную и качественную плановую медицинскую помощь.

Кроме того, администрирование применения индивидуальных процентных ставок страхования в зависимости от состояния здоровья и образа жизни на нынешнем уровне цифровизации не представляется возможным и теряется смысл солидарности.

5. Разделение обязательного социального медицинского страхования по страховой и солидарной части

В Казахстане внедрена солидарная и социальная модель медицинского страхования. В чем это проявляется? Солидарную ответственность несут: государство – оплачивая взносы за льготные категории населения, работодатели – производя оплату отчислений, сами люди – оплачивая взносы.

То есть социальное медицинское страхование обеспечивает реализацию солидарной ответственности за здоровье всех социальных партнеров, создает стимулы для развития конкуренции, повышения качества и эффективности медицинской помощи. Кроме того, при этой модели обеспечивается высокий уровень саморегулирования системы здравоохранения.

Казахстан выбрал именно социальную модель страхования, чтобы пенсионеры, дети, инвалиды и другие уязвимые категории населения были социально защищены. Взносы за 11 млн граждан из льготных категорий в нашей стране платит государство.