

## **Аналитическая справка по обязательному социальному медицинскому страхованию**

Обязательное социальное медицинское страхование (далее – ОСМС) внедрено в полном объеме с 2020 года. Предпосылками внедрения обязательного социального медицинского страхования являлись низкая доля расходов на здравоохранение от ВВП (2,8%), дефицит финансирования (порядка 362,5 млрд. тенге) и соответственно высокие частные расходы (39%).

На основании изучения мирового опыта, с учетом особенности страны в Казахстане была внедрена смешанная модель медицинского страхования.

Внедрение системы ОСМС привело к значительному увеличению финансирования здравоохранения с 1 трлн. тенге, до 2,5 трлн. тенге.

Благодаря ОСМС расходы на одного жителя страны также заметно выросли. Если раньше на каждого человека приходилось 56 тысяч тенге, то теперь этот показатель составляет 122 тысячи тенге.

Количество поставщиков медицинских услуг, работающих по программе ОСМС, также значительно выросло. Если раньше их было 1290, то сейчас их число достигло 1927. Особенно заметен рост доли частных клиник, которые увеличились вдвое и составил в 2023 году 1221.

Положительным результатом внедрения системы ОСМС является также значительное увеличение средней зарплаты врачей с 189 до 454 тысяч тенге, а зарплата среднего медперсонала увеличилась с 117 до 236 тысяч тенге.

В 7 раз увеличилась доступность КДУ: врачебных приемов, лабораторных анализов и инструментальной диагностики. В 2019 году было проведено около 200 тысяч обследований КТ и МРТ, а в прошлом году уже около 1,5 миллиона таких услуг, то есть в 7 раз больше.

Благодаря новой программе, 8 000 пар, столкнувшихся с диагнозом «бесплодие», стали родителями, и уже 5 000 детей родились благодаря использованию метода ЭКО. Один цикл ЭКО обходится в 1,2 миллиона тенге.

Услуги стационарозамещающей помощи также значительно увеличились в 1,4 раза, с 621,0 тысяч услуг в 2020 году до 864,7 тысяч услуг в 2022 году.

Финансирование дневных стационаров выросло с 4 млрд. тенге до 6 млрд. тенге за последние 3 года.

Увеличились услуги стационарной помощи в 2,5 раз с 1,6 млн. услуг в 2019 году до 4,1 млн. услуг в 2022 году.

Финансирование ВТМП увеличилось в 3,5 раза. Объем таких услуг увеличился в 4 раза.

Вместе с тем, имеются ряд проблем, которые влияют на финансовую устойчивость в целом системы здравоохранения.

1. Хроническое недофинансирование, связанное с:

– ростом потребления медицинских услуг, что в большей части связан с медико-демографическими показателями;

- растущей инфляцией на медицинские товары, включая лекарства, медицинские изделия, расходные материалы;
- непропорциональным ростом заработной платы медицинских работников;
- низкими тарифами, которые не покрывают фактические расходы.
- низкими процентными ставками взносов и отчислений (*взносы государства 1,8 % в текущем году, отчисления работодателей 3%, взносы работников 2%*).

2. Недостаточная вовлеченность населения в систему ОСМС. На данный момент более 3 миллионов человек не застрахованы и не имеют доступа к медицинской помощи, предоставляемой в рамках ОСМС;

3. Перепотребление медицинскими организациями объемов медицинской помощи, в т.ч. приписки;

4. Низкий уровень цифровизации бизнес-процессов и разрозненность медицинских информационных систем, который приводит к недостаточному управлению финансами в системе здравоохранения;

5. Наличие двух источников финансирования, которое создает сложности для медицинских работников в определении источников финансирования и сложности при администрировании.

Эти проблемы требуют внимания и решения для улучшения состояния здравоохранения и повышения доступности медицинских услуг населению.

Для решения данных проблем Министерством совместно Фондом реализуются следующие меры.

В соответствии с поручением Главы государства (*предвыборная платформа*) по принятию мер по совершенствованию системы обязательного социального медицинского страхования Министерством разработаны новые подходы финансирования здравоохранения и вынесены на рассмотрение Совета по экономической политике.

14 декабря 2022 года Протоколом заседания Совета по экономической политике одобрены новые подходы финансирования здравоохранения, которые предусматривают:

- объединение финансовых потоков гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП) и ОСМС в единый пул;
- разграничение перечней медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС;
- внедрение вмененного страхования для иностранных граждан (трудовых мигрантов и студентов);
- запуск единой информационной системы оплаты медицинской помощи Фонда социального медицинского страхования, контроль финансовых потоков на всех этапах;
- внедрение системы контроля качества и объемов медицинских услуг через проведение постлицензионного, проактивного мониторинга, борьбы с мошенничеством;
- введения ограничения при получении отдельных услуг населением;

- поэтапное повышение ставок и взносов с 2026 года и исключение верхнего предела базы для исчисления отчислений работодателей и взносов работников.

### ***Объединение потоков финансирования***

На сегодняшний день законодательно урегулированы объединение потоков в единый пул в виде целевого взноса, внедрение вмененного страхования, четкое разграничение потоков в виде Программы гарантий и соответствующие изменения внесены в кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» и Бюджетный кодекс, в Закон «О миграции населения» (*Законом по административным реформам 19 апреля 2023 года*).

Соответствующие изменения внесены в подзаконные акты в июне и июле текущего года.

В проекте республиканского бюджета на 2024-2026 годы расходы на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и взносы государства за 15 льготных групп населения и на оказание медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования военнослужащим, сотрудникам специальных государственных и правоохранительных органов предусмотрены по бюджетной программе 002 «Целевой взнос Фонду социального медицинского страхования» в общей сумме 6 676,8 млрд. тенге, из них: на 2024 год -2 151,3 млрд. тенге, на 2025 год – 2 185,2 млрд. тенге, на 2026 год – 2 340,3 млрд. тенге.

### ***Четкое разграничение пакетов ГОБМП и ОСМС***

В целях четкого разделения пакетов Министерством совместно с Фондом разработана проект постановления Правительства РК «Об утверждении Программы гарантий оказания медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования на 2024 -2026 годы», где будет отражено четкое разделение пакетов с указанием объемов услуг с индикаторами в разрезе медицинских услуг, находится на стадии согласования с управлениями здравоохранения и национальными научными центрами. Срок принятие данного постановления Правительства - ноябрь текущего года.

### ***Внедрение вмененного страхования***

Согласно статье 201-1 Кодекса РК о здоровье народа и системе здравоохранения получение медицинской помощи в медицинской организации первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в экстренной форме иностранцами, временно пребывающими на территории РК в соответствии с Законом РК «О миграции населения» и международными договорами, ратифицированными Республикой Казахстан, обеспечивается в рамках вмененного медицинского страхования на условиях, определенных типовым договором вмененного медицинского страхования.

С 1 мая внедрено вмененное страхование для трудовых мигрантов и студентов.

7 июня 2023 года утвержден Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № 111 «Об утверждении типового договора вмененного медицинского страхования и минимального перечня медицинской помощи при вмененном медицинском страховании».

Размер страховой суммы по договору вмененного медицинского страхования не менее размера, определяемого в месячных расчетных показателях, установленных законом о республиканском бюджете на соответствующий финансовый год, для оказания:

- 1) первичной медико-санитарной помощи - не менее 50 МРП;
- 2) специализированной медицинской помощи в стационарных условиях - не 100 МРП.

На сегодня заключены 8 497 договоров со страховыми компаниями.

### ***Запуск единой информационной системы оплаты медицинской помощи***

На сегодняшний день проводится работа Министерством совместно с МЦРИАП и Фондом по внедрению единой системы оплаты медицинских услуг (ЕСОМП) в рамках единой ИТ платформы e-Densaulыq.

С целью цифровизации процессов системы ОСМС проведен анализ и отрисовка бизнес-процессов по системам здравоохранения.

Утверждены 47 схем бизнес-процессов, техническое задание на развитие подсистемы «Единая система оплаты медицинской помощи» информационной системы «SAQTANDYRY» на архитектуре «e-Densaulыq».

Ведется разработка компонентов на базе «e-Densaulыq» для НАО «ФСМС». 9 сентября 2023 г. проведена демонстрация функционала по приему протокола итогов с информационной системы ЭКЗ в «e-Densaulыq», создание договора между ФСМС и поставщиком медицинских услуг.

Меры по совершенствованию ОСМС и ее цифровизации рассматриваются в Правительстве еженедельно с участием министерств здравоохранения и финансов, Фонда социального социального медицинского страхования.

Запуск системы запланирован с 1 января 2024 года.

### ***Перепотребление медицинских услуг***

Фонда Одной из проблем, как отмечали выше – это перепотребление медицинских услуг, особенно консультативно-диагностических услуг (КДУ).

Несмотря на значительное увеличение финансирования (КДУ с 25 млрд в 2019 году до 386,8 млрд. тг. в 2023 году), наблюдается перепотребление консультативно-диагностических услуг в амбулаторных условиях (консультации узких специалистов, лабораторные услуги, КТ, МРТ, УЗИ, стоматология) (КДУ).

Об этом даже отметил Глава государства 19 апреля текущего года «На фоне бесконтрольного потребления медпомощи число дорогостоящих диагностических услуг в 11 раз».

Основными причинами перепотребления являются необоснованные направления на дополнительные услуги, в том числе, соисполнителям, объем которых достигает от 50% до 100%. В тоже время наблюдается снижения охвата оздоровлением диспансерных групп населения и, как следствие, рост экстренной госпитализации на 2%.

В этой связи с 1 февраля текущего года внедрена система сдерживания (линейная шкала) КДУ (Приказ МЗРК от 21.12.2020г. Правила оплаты).

Вместе с тем, линейная шкала не применяется на антенатальное наблюдение, профилактические осмотры, скрининговые исследования, диагностика и лечение онкологических больных.

Применение линейной шкалы вынужденная мера для удерживания бесконтрольно растущих объемов при лимитированном бюджете.

### ***Усиление контроля за качеством и объемами медицинских услуг***

Кроме того, Министерством здравоохранения в настоящее время в целях обеспечения качественной и доступной медицинской помощи населению разработаны нормативно-правовые акты, направленные на повышение требований к поставщикам медицинских услуг (прикрепленное население – не менее 10 тыс. человек, наличие опыта работы - не менее 3 лет, обязательное наличие заключения СЭС и необходимых лицензий и др.), а также усиление роли управлений здравоохранения (*издание приказа об определении коечного фонда в разрезе профилей коек в стационарных и стационарозамещающих условиях в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, заместителем председателя региональной комиссии по закупу медицинских услуг при фонде определяется представитель управления здравоохранения, должность которого не ниже заместителя руководителя управления здравоохранения*).

Также вносятся изменения в Правила проведения мониторинга исполнения условий договора закупа медицинских услуг у субъектов здравоохранения в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС в части ужесточения требований к поставщикам оказывающих медицинские услуги в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС при проведении мониторинга, в том числе:

- направление в правоохранительные органы информации о неподтвержденных случаях оказания медицинской помощи на сумму, превышающую 50-кратный размер месячного расчетного показателя, а также досрочного расторжения договора закупа услуг при повторном выявлении дефектов;

- с целью реализации прав пациентов на свободный выбор планируется внедрение определения рейтинга поставщиков введением понятия ущерба и видов нарушений, а также ранжирования дефектов с последующим формированием и опубликованием на официальных сайтах информации о проведенных мониторингах по каждому поставщику;

- внесены дополнения в единый классификатор дефектов с введением кода 1.4. «Оказание медицинской помощи без разрешительных документов

(лицензия/приложения к лицензии, сертификаты)», кода 3.4 «Необоснованное удорожание стоимости оказанной медицинской помощи (койко-дни)»

### **Недостаточная вовлеченность населения в систему ОСМС**

На сегодняшний день более 3 млн. человек остается не застрахованным.

Министерством совместно министерствами труда и социальной защиты населения и финансов прорабатывается вопрос развития платформенной занятости, также Министерством труда разработан Цифровая карта семьи, где отражаются количество незастрахованных с которыми местные исполнительные органы проводят работу.

Кроме того, проводится работа по выработке предложений по **введению ограничений при получении отдельных услуг для вовлечения в ОСМС.**

По итогам 2022 года наиболее востребованными услугами оказались получение справки о наличии либо отсутствии судимости, предоставляемые Комитетом по правовой статистике и специальным учетам ГП РК, водительского удостоверения, оформление паспорта гражданина РК, регистрации транспортных средств, предоставляемые Министерством внутренних дел РК, государственных услуг на регистрацию прав (обременений) на недвижимое имущество, предоставляемые Министерством юстиции РК, справки о состоянии/не состоянии на учете в психоневрологической и наркологической организации.

Кроме того, Министерством совместно с министерствами юстиции, внутренних дел и Комитетом по правовой статистике и специальным учетам ГП РК проведены совещания по обсуждению вопроса по введению ограничений при получении вышеуказанных государственных услуг незастрахованными лицами.

Однако, государственными органами предложение Министерства не поддержаны поскольку ограничение на получение государственных услуг может вызвать недовольство со стороны населения.

Работа в этом направлении продолжается.

### ***Касательно низких тарифов***

Необходимо отметить, что в соответствии с Посланиями Главы государства от 1 сентября 2020 года и от 1 сентября 2021 года из республиканского бюджета ежегодно выделяются дополнительные средства на повышение тарифов для обеспечения повышения заработной платы врачей на 30%, средних медицинских и немедицинских работников на 20%. Доля заработной платы в расходах медицинских услуг ежегодно растет и на сегодняшний день в среднем достигла до 70% от всех расходов, а в некоторых медицинских организациях более 80%.

За период 2022-2023 годы с учетом повышения заработной платы медицинскому и прочему персоналу в 2022 году средний рост по всем тарифам на медицинские услуги составил 8,5%, в 2023 году – 10,4%.

Также в соответствии с ежегодным Планом работ по формированию тарифов на медицинские услуги в 2022 году пересмотрены действующие тарифы по скорой помощи, родовспомогательного и онкологического профиля.

Также, с целью обеспечения финансовой устойчивости организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь Министерством здравоохранения Республики Казахстан утвержден приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «О внесении изменений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года №ҚР ДСМ-170/2020 «Об утверждении тарифов на медицинские услуги, предоставляемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования» от 4 сентября 2023 года №557, в части пересмотра подушевого норматива скорой медицинской помощи до 305,73 тенге.

Вместе с тем, следует отметить, что действующие тарифы в рамках ГОБМП и в системе ОСМС не учитывают ежегодный рост расходов на коммунальные услуги, питание, лекарственные средства и расходные материалы.

В Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года, утверждённой Постановлением Правительства Республики Казахстан № 945 от 24 ноября 2022 года, в рамках мероприятий по совершенствованию финансирования медицинской помощи предусмотрено внесение изменений в методику формирования тарифов в части ежегодной индексации тарифов на изменение макроэкономических показателей, влияющих на себестоимость медицинских услуг.

В связи с чем, в проекте бюджете на 2024-2026 годы на 2024 год предусмотрены средства в сумме 15 млрд. тенге на индексацию прочих расходов (*потребность на 2024 год - 95,9 млрд. тенге, на 2025 год – 122,9 млрд. тенге, на 2026 год – 156,6 млрд. тенге*).

Данные средства будут направлены на пересмотр тарифов по приоритетным направлениям.

***Касательно кредиторской задолженности медицинских организаций.***

По состоянию на 1 июля 2023 года кредиторская задолженность медицинских организаций составляет 81,0 млрд. тенге по 537 медицинским организациям (МО) (из них: государственные – 367 МО, частные – 170 МО), из них просроченная кредиторская задолженность составляет 19,1 млрд. тенге по 80 МО.

По состоянию на 1 августа 2023 года кредиторская задолженность медицинских организаций составляет 94,5 млрд. тенге по 587 МО (из них: государственные – 405 МО, частные – 182 МО) из 1 935 МО, из них просроченная кредиторская задолженность составляет 15,5 млрд. тенге по 83 МО.

В том числе: доля расходов на оплату труда – 6,9 млрд. тенге или 7%, налоги, взносы и отчисления от ФОТ – 9,6 млрд. тенге или 10%, на

приобретение ЛС и МИ – 51,3 млрд. тенге или 54%, в т.ч. СК-Фармация – 20,8 млрд. тенге или 41%, оплата коммунальных услуг – 2,1 млрд. тенге или 2%, продукты питания – 1,5 млрд. тенге или 2%, прочие расходы – 23 млрд. тенге или 25%.

К образованию кредиторской задолженности следующие причины:

1. Наблюдается превышение 2—месячного запаса лекарственных средств, а также неиспользуемых лекарственных средств;
2. Низкие тарифы (расходы на коммунальные услуги, питание, лекарственные средства, содержание основных средств и медицинской техники ежегодно не индексируются);
3. Приобретение не приоритетных закупок (оборудование, материально техническое оснащение);
4. Оплата прочих услуг и работ, в том числе текущий ремонт здания;
5. Большие затраты на содержания здания (коммунальные услуги, отопление, свет), в том числе неиспользуемых зданий и помещений;
6. Неэффективное использование коечного фонда (простой коек);
7. Раздутая штатная численность;
8. Начисление премий при наличии кредиторской задолженности;
9. Потери медицинских организации по итогам применения Фондом мер экономического воздействия по итогам мониторинга качества и объема медицинских услуг (дефекты, неустойки);

В настоящее время, ФСМС на ежемесячной основе осуществляет сбор данных по кредиторской задолженности медицинских организации.

В целях снижения кредиторской задолженности у субъектов здравоохранения, повышения доступности медицинской помощи принимаются следующие меры:

- за счет активов обязательного социального медицинского страхования, были выделены дополнительные средства в размере 58,9 млрд. тенге (на оказание консультативно-диагностической помощи на одного прикрепленного жителя – 23,1 млрд. тенге, оказание медицинской помощи сельским жителям - 10,3 млрд. тенге, оказание стационарной помощи – 25,5 млрд. тенге);

- повышен подушевой норматив по скорой медицинской помощи с 267,51 до 305,73 тенге с 1 сентября текущего года за счет внутреннего перераспределения средств;

- в рамках корректировки республиканского бюджета на 2023 год дополнительно запрашивается 114,1 млрд.тенге (скорая медицинская помощь – 8,3 млрд.тенге; на амбулаторное лекарственное обеспечение – 17,5 млрд. тенге; на ПМСП - 26,6 млрд. тенге; на лечение онкологических заболеваний - 47,5 млрд. тенге и на другие виды медицинской помощи – 14,2 млрд.тенге);

- проводится работа с местными исполнительными органами по выделению средств за счет средств местного бюджета.

По оперативным данным на сегодняшний день МИО в рамках бюджетной программы 041 БП "Дополнительное обеспечение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по решению

местных представительных органов областей" регионами выделено 4,7 млрд. тенге на коммунальные расходы, на приобретение ГСМ, текущий ремонт (Алматинская область – 32 млн. тенге; Атырауская область – 919,5 млн. тенге; область Жетісу- 418,7 млн. тенге; Костанайская область – 441,2 млн. тенге; Мангистауская область – 192,7 млн. тенге; Павлодарская область – 509,8 млн. тенге; Туркестанская область – 255,0 млн. тенге; г. Астана 1,9 млрд. тенге);

- медицинскими организациями проводится работа по оптимизации не приоритетных расходов.

**В части повышения ставок отчислений и взносов** Министерством прорабатывается предложения по пересмотру пакетов ГОБМП и ОСМС с постепенным увеличением пакета ОСМС с одновременным повышением ставок отчислений и взносов государства.