

Обязательное социальное медицинское страхование (ОСМС)

Что такое система обязательного социального медицинского страхования?

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.

Система обязательного социального медицинского страхования действует с 1 января 2020 года. Благодаря ее внедрению финансирование сферы здравоохранения выросло более чем в 2 раза. В 2019 году, до запуска ОСМС, было выделено порядка 1 трлн тенге на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи. В 2023 году на финансирование медицинской помощи населению предусмотрено более 2,5 трлн тенге, в том числе по ГОБМП – 1,4 трлн, по ОСМС – более 1 трлн тенге. Значительный рост финансирования здравоохранения за счет ОСМС позволил улучшить доступность медицинской помощи.

Основные принципы системы ОСМС:

- социальная ориентированность – за 11 млн граждан из 15 льготных категорий взносы платит государство;
- солидарная ответственность – за здоровье населения несут ответственность государство, работодатели и граждане;
- равный доступ к медпомощи – каждый застрахованный имеет право на необходимый объем медицинской помощи независимо от размера оплачиваемых взносов;
- деньги идут за пациентом – пациент может выбрать по своему предпочтению медицинскую организацию для получения медицинской услуги, если она является поставщиком Фонда;
- защита прав пациента – Фонд производит оплату медорганизациям за медуслуги только после проведения мониторинга качества и объема оказанной медпомощи.



**ФОНД
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

**О
С
М
С**

1 СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ в амбулаторных условиях

профосмотры (Приказ № 685)

прием и консультации профильными специалистами, а также услуги мобильной бригады на дому при заболеваниях, вызывающих ухудшение эпидемиологической ситуации в стране и в случаях подозрения на них

динамическое наблюдение профильными специалистами лиц с хроническими заболеваниями

стоматологическая помощь в экстренной и плановой форме отдельным категориям населения (Приказ № КР ДСМ-106/2020)

диагностические услуги, в том числе лабораторная диагностика

процедуры и манипуляции по перечню (Приказ № 626)

2 СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ, медицинская помощь в стационарозамещающих условиях

3 УСЛУГИ СТАЦИОНАРА НА ДОМУ при заболеваниях, вызывающих ухудшение эпидемиологической ситуации в стране и в случаях подозрения на них

4 СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ, медицинская помощь в стационарных условиях

в плановой форме, за исключением случаев лечения заболеваний в рамках ГОБМП

в экстренной форме, в том числе проведение лечебно-диагностических мероприятий в приемном отделении круглосуточного стационара, за исключением случаев лечения заболеваний в рамках ГОБМП

5 МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ по перечню заболеваний, определяемых уполномоченным органом (Приказ № КР ДСМ-116/2020)

6 ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА при оказании специализированной медицинской помощи в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях

7 ПОДГОТОВКА ПОСМЕРТНОГО ДОНОРА к изъятию у него органов и тканей (изъятие, консервация, заготовка, хранение, транспортировка) (Приказ № КР ДСМ-13)

8 ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ, медицинскими изделиями, специализированными лечебными продуктами, иммунобиологическими препаратами

1) специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных и стационарозамещающих условиях в соответствии с лекарственными формулярами организаций здравоохранения

2) первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях в соответствии с утверждаемым уполномоченным органом перечнем лекарственных средств, медицинских изделий для отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) (Приказ №666)

Граждане, регулярно оплачивающие взносы на ОСМС и имеющие статус «ЗАСТРАХОВАН», могут получать более широкий перечень медицинских услуг, не оплачивая их дополнительно.

В перечень обязательного социального медицинского страхования входят:

1. Медицинская помощь в амбулаторных условиях (диагностика и лечение заболеваний):
 - профилактические медицинские осмотры (за исключением тех, что оказываются в ГОБМП);
 - прием и консультации профильными специалистами по направлению врачей ПМСП;
 - динамическое наблюдение профильными специалистами лиц с хроническими заболеваниями;
 - оказание стоматологической помощи в экстренной и плановой форме отдельным категориям населения;
 - диагностические услуги, в том числе лабораторная диагностика согласно перечню;
 - другие процедуры и манипуляции по перечню.
2. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в стационарозамещающих условиях (за исключением случаев лечения заболеваний в рамках ГОБМП); а также услуги стационара на дому при заболеваниях, вызывающих ухудшение эпидемиологической ситуации в стране и в случаях подозрения на них.
3. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в стационарных условиях в плановой форме (за исключением случаев лечения заболеваний в рамках ГОБМП).
4. Специализированная помощь в стационарных условиях в экстренной форме, в том числе проведение лечебно-диагностических мероприятий в приемном отделении круглосуточного стационара до установления диагноза, не требующего лечения в

условиях круглосуточного стационара (за исключением случаев лечения заболеваний в рамках ГОБМП).

5. Медицинская реабилитация.
6. Патологоанатомическая диагностика.
7. Подготовка посмертного донора.
8. Обеспечение лекарственными средствами и медицинскими изделиями, при оказании в системе ОСМС:
 - специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных и стационарозамещающих условиях в соответствии с лекарственными формулярами организаций здравоохранения;
 - первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях в соответствии с утверждаемым уполномоченным органом перечнем лекарственных средств, медицинских изделий для отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями).

Кому и сколько платить за ОСМС?

С 1 января 2023 года в связи с повышением размеров минимальной заработной платы (МЗП) и месячного расчетного показателя (МРП) изменились размеры взносов и отчислений на обязательное социальное медицинское страхование.

- Работодатель – 3% от заработной платы работника, но не более 21 тыс. тенге, так как объект исчисления не должен превышать 10 МЗП. ВАЖНО: если сотрудник относится к одной из 15 льготных категорий, то производить отчисления за него не нужно.
- Работники, в том числе получающие доходы по договорам ГПХ – 2% от своего дохода, но не более 14 тыс. тенге, так как объект исчисления не должен превышать 10 МЗП.
- Индивидуальные предприниматели и лица, занимающиеся частной практикой – 5% от 1,4-кратного размера МЗП, или 4 900 тенге.
- Самозанятые граждане платят ЕСП:

- для жителей столицы, городов республиканского и областного значения – 1 МРП, или 3450 тенге;

- для жителей других населенных пунктов – 0,5 МРП, или 1 725 тенге.

- Самостоятельные плательщики – 5% от МЗП, или 3 500 тенге.
- Государство платит за 15 льготных категорий граждан – это свыше 11 млн человек. Размер взноса за одного человека в текущем году составляет 4 505,6 тенге.

Как получить статус застрахованного?

По поручению Главы государства с 5 сентября 2022 года вступили в силу изменения в Закон «Об обязательном социальном медицинском страховании», которые предусматривают альтернативный способ участия в системе ОСМС.

Ранее для получения статуса застрахованного нужно было иметь взносы за 12 прошедших месяцев. При отсутствии платежей в этом периоде возникала задолженность. Теперь же

статус можно получить, оплатив взносы за 12 будущих месяцев, то есть погашать задолженность за прошлый год не обязательно.

Таким образом, чтобы застраховаться на год вперед, необходимо произвести оплату взносов по 3 500 тенге за каждый месяц в отдельности. Важно сделать 12 отдельных платежей, так как при оплате взносов одной суммой 42 000 тенге система не присвоит статус по новому механизму.

Оплатить взносы на ОСМС можно через любой банк второго уровня, мобильные приложения банков, терминалы быстрой оплаты и через филиалы «Казпочты».

В льготные категории, которые застрахованы за счет государства, входят:

- дети до 18 лет;
- неработающие беременные женщины;
- неработающие лица, воспитывающие ребенка до достижения им трех лет;
- лица, находящиеся в отпусках в связи с беременностью и родами, усыновлением или удочерением новорожденного ребенка, а также по уходу за ребенком до достижения им трех лет;
- многодетные матери, награжденные подвесками «Алтын алқа», «Күміс алқа» или получившие ранее звание «Мать-героиня», а также награжденные орденами «Материнская слава» I и II степени;
- неработающие лица, осуществляющие уход за ребенком-инвалидом;
- лица, ухаживающие за инвалидами с детства;
- инвалиды;
- пенсионеры и ветераны ВОВ;
- лица, обучающиеся по очной форме обучения в организациях среднего, технического и профессионального, послесреднего, высшего образования, а также послевузовского образования;
- лица, зарегистрированные в качестве безработных;
- неработающие получатели государственной адресной социальной помощи;
- неработающие оралманы;
- лица, отбывающие наказание по приговору суда в учреждениях уголовно-исполнительной системы, за исключением учреждений минимальной безопасности;
- лица, содержащиеся в следственных изоляторах.

Если вы относитесь к одной из указанных категорий, но не застрахованы, то необходимо собрать перечень подтверждающих документов и предоставить их в ЦОН. Информация будет направлена в госорганы для подтверждения. После всех необходимых процедур государство будет платить за вас взносы, и статус «ЗАСТРАХОВАН» будет предоставлен как представителю льготной категории.

Как проверить свой статус в системе ОСМС?

Проверить свой статус в системе обязательного медицинского страхования можно несколькими способами.

1. Портал электронного правительства Egov.kz.

Для этого в разделе «Здравоохранение» необходимо найти услугу «Выдача информации об участии в качестве потребителя медицинских услуг и о перечисленных суммах отчислений

и (или) взносов в системе обязательного социального медицинского страхования», кликнуть на кнопку «Заказать услугу», указать ИИН. Результат появится в течение 10 минут.

2. Официальный сайт Фонда социального медицинского страхования fms.kz.

Всплывающее окно «Определить статус» расположено в правом углу на странице сайта. Достаточно кликнуть на него и указать ИИН.

3. Мобильное приложение Qoldau 24/7.

Для этого в меню необходимо выбрать раздел «Проверить статус застрахованности», далее – ввести ИИН. В окне появится статус и информация о наличии платежей за предшествующие 12 месяцев. Скачать приложение можно в PlayMarket и AppStore.

4. Бот [@SaqtandyryBot](https://t.me/SaqtandyryBot) в Telegram.

Чтобы запустить бота, необходимо открыть ссылку: <https://t.me/SaqtandyryBot> или ввести его название в поисковой строке, далее выбрать раздел «Определить статус застрахованности», ввести ИИН.

Узнать о перечисленных на свое имя отчислениях и взносах можно, заказав государственную услугу «Предоставление информации об участии в качестве потребителя медицинских услуг и о перечисленных суммах отчислений и (или) взносов в системе обязательного социального медицинского страхования» по ссылке:



1406 → **1414**



с 1 июня 2023 года

**по вопросам медстрахования и оказания
медицинской помощи просим обращаться
в Единый контакт-центр по номеру 1414**