|  |
| --- |
| Приложение 1к Правилам законотворческойработы ПравительстваРеспублики Казахстан |

**Консультативный документ регуляторной политики
к проекту Закона Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты**

 **по вопросам обязательного медицинского страхования»**

      **1. Описание проблемы:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **№п/п** | **Проблемный вопрос** | **Основные причины возникшей проблемы** | **Аналитические сведения, показывающие уровень и значимость описываемой проблемы** | **Способы измерения проблемы** |
| **1** |  **Отсутствие четкого разграничения пакетов гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее - ГОБМП) и медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования (далее - ОСМС).**  Минимальный бесплатный пакет ГОБМП не сбалансирован с точки зрения возможностей и обязательств бюджета, что приводит к хроническому недофинансированию системы здравоохранения. В этой связи, отсутствует существенное повышение качества и доступности медицинской помощи, несмотря на рост бюджета здравоохранения вдвое с момента внедрения обязательного социального медицинского страхования. Имеет место неэффективное использование ресурсов, которое приводит к серьезной финансовой перегрузке отрасли. |  - Отсутствие четкого разделения между пакетами ГОБМП и ОСМС и дублирование медицинской помощи между пакетами. - Несбалансированность текущего пакета медицинской помощи ГОБМП с точки зрения возможностей и обязательств бюджета. - Недостаточная система мониторинга и контроля за предоставлением медицинских услуг способствует дублированию, так как пациенты могут получать одинаковые услуги за счет ГОБМП и (или) ОСМС. |  В Казахстане была внедрена смешанная модель медицинского страхования, учитывая требования Конституции Республики Казахстан (статья 195 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения»).  Главная цель создания системы ОСМС - повышение качества и доступности медицинских услуг путем увеличения финансирования.  Медицинское обслуживание оказывается по трехуровневой системе: - Минимальный бесплатный объем медицинской помощи (ГОБМП) доступен для всех; - Базовый объем медицинской помощи (ОСМС) предоставляется застрахованным в системе ОСМС лицам; - Дополнительный объем медицинской помощи (добровольное медицинское страхование и др.). В соответствии с Поручением Главы государства на расширенном заседании Правительства РК от 07.02.2024 г.: **«Правительству нужно взять на жесткий контроль функционирование системы медстрахования. Данный инструмент должен быть простым и понятным. Необходимо сформировать Единый пакет медицинской помощи, который будет состоять из базовой части, гарантированной государством, и страховой, формируемой за счет отчислений работодателей и самих граждан».** Согласно Посланию Главы государства народу Казахстана от 2 сентября 2024 года поручено **«Сформировать единый пакет базовой государственной медицинской помощи, сбалансированный с точки зрения возможностей и обязательств бюджета. Все, что сверх него, должно оплачиваться через систему страхования.».** Завершена работа по формированию Единого пакета медицинской помощи, направленная на исключение дублирования гарантированных и страховых медицинских услуг, а также на простоту и понятность его восприятия гражданами. Внедрение данного пакета предлагается осуществить в 2 этапа:* с 2026 года путем переноса второй части обязательств с пакета ГОБМП в пакет ОСМС, а с 2027 года – полного внедрения нового Единого пакета медицинской помощи.
 | Описываемая проблема носит организационно-правовой характер |
| **2** |  **Низкий уровень охвата населения в системе ОСМС.** Лица, относящиеся к наиболее неблагоприятным уровням социального благополучия, не имеющие финансовой возможности уплачивать взносы, на сегодняшний день находятся вне системы ОСМС, и не имеют возможности получать медицинские услуги в системе ОСМС.  |  По данным Цифровой карты семьи (аналитического решения, позволяющего формировать списки лиц по уровню их социального благополучия, для определения потенциально нуждающихся лиц (семей) в мерах социальной защиты) (далее – Цифровая карта семьи) количество лиц, относящихся к категориям D и E социального благополучия (определяемых согласно Методике, утвержденной приказом Заместителя Премьер-Министра - Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 29 июня 2023 года № 267) составляет порядка 942 497 человек (на 14.05.2024 г.). Указанным лицам со стороны государства оказывается адресная социальная помощь, жилищная помощь, социальная поддержка лицам с инвалидностью. Однако, обеспечение услуг в области здравоохранения государством не реализуется (кроме ГОБМП). Данные категории лиц находятся вне системы ОСМС и нуждаются в поддержке государства. Государство из республиканского бюджета оплачивает взносы за граждан из 15 льготных категорий. Местные исполнительные органы не участвуют в повышении охвата населения системой ОСМС и вовлечении указанных лиц в экономику региона. |  Одним из актуальных проблемных вопросов в части обеспечения доступности медицинской помощи является вопрос охвата населения системой ОСМС, поскольку 3,5 млн. человек или 17,2-% от численности населения страны находятся вне системы ОСМС (по состоянию на 1 октября 2024 года).  На сегодняшний день в РК системой ОСМС охвачены всего 82,8% населения. Хорошее здоровье и благополучие граждан является одной из 17 целей устойчивого развития Республики Казахстан. Данные цели носят комплексный и неделимый характер и обеспечивают сбалансированность всех трех компонентов устойчивого развития: экономического, социального и экологического. Резолюцией, принятой Генеральной Ассамблеей ООН 25 сентября 2015 года на Семидесятой сессии «Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года», кроме прочих, утверждена Цель 3. «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте: «Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех». К обязательному охвату базовыми услугами здравоохранения рекомендуется обеспечение профилактическими мероприятиями (скрининг) женщин, детей, лиц из группы риска по инфекционным и основным неинфекционным заболеваниям, включая охрану репродуктивного здоровья, здоровья матери и ребенка, лечение указанных заболеваний, **доступность медицинских услуг для групп населения, находящихся в наиболее неблагоприятном положении**. ООН рекомендует обеспечить профилактическими услугами пациентов, особенно женщин и детей, а также лиц, входящих в группы риска заболеваемости инфекционными и неинфекционными заболеваниями, **включая дополнительную поддержку отдельных слоев населения, находящихся в наиболее неблагоприятном положении.** Для реализации глобальных целей, в том числе целей устойчивого развития РК, в стратегических и нормативных документах отражены показатели и мероприятия. Концепцией развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года предусмотрено поэтапное вовлечение всего населения страны (до 90% в 2026 году) в систему ОСМС для обеспечения базовыми услугами здравоохранения. В соответствии с Поручением Главы государства на расширенном заседании Правительства РК 7 февраля 2024 года: **«Следует повысить ответственность местных исполнительных органов. За отдельные категории уязвимых слоев населения отчисления в систему медстрахования должны производиться из местного бюджета…»,** а также на совещании по вопросам ОСМС у Премьер-Министра от 18 января 2024 года (пункт 2.1) поручено ввести уплату взносов на ОСМС за отдельных категорий населения (категории D и E социального благополучия, безработных) за счет средств местного бюджета. С 1 января 2023 года в Республике запущена Цифровая карта семьи (далее - ЦКС), главной целью которой является обеспечение равного доступа казахстанцев к системе государственной поддержки. Через ЦКС определяются категории лиц, нуждающихся в государственной поддержке: лица, относящихся к категориям D и E социального благополучия, согласно Методике определения социального благополучия семьи (лица), утвержденной приказом Заместителя Премьер-Министра - Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 29 июня 2023 года № 267 (далее - Методика), включая лиц, имеющих доходы на 1 члена семьи ниже 1 прожиточного минимума (далее – ПМ) и сельских жителей с риском потери статуса застрахованности в связи с отменой единого совокупного платежа (далее – ЕСП) с 1 января 2024 года (социальные категории).  На сегодняшний день ведется работа по выявлению не застрахованных в системе ОСМС граждан, в том числе лиц, относящихся к наиболее неблагоприятным уровням социального благополучия и вовлечению их в систему ОСМС. Из более чем 3 млн. казахстанцев, находящихся на сегодня вне системы ОСМС, к категориям D и E социального благополучия, определяемых согласно Методике, относятся порядка 942 497 человек (на 14.05.2024 г.). Не обеспечиваются на должном уровне действия по реализации целей устойчивого развития РК и целей, рекомендованных ООН для всех стран в области здравоохранения. В соответствии с Законом РК от 23 января 2001 года № 148 «О местном государственном управлении и самоуправлении в Республике Казахстан» решение вопросов социальной защиты населения, охраны материнства и детства и оказание адресной помощи социально уязвимым слоям населения, а также координирование оказания им благотворительной помощи входит в компетенцию акима района (города областного значения). К компетенции акиматов областей, города республиканского значения, столицы относится координация оказания социальной помощи социально уязвимым слоям населения. В этой связи, для повышения ответственности МИО в вопросах участия населения регионов в системе ОСМС и получения медицинских услуг, входящих в её перечень необходимо принятие мер по обеспечению участия в системе ОСМС для отдельных категорий населения через меры дополнительной поддержки для нуждающихся лиц за счет средств местного бюджета. | Описываемая проблема носит организационно-правовой характер |
| **3** |  **Недостаточное финансирование медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС** Невозможность достижения необходимого уровня финансирования, невозможность обеспечения эффективной реализации предлагаемого подхода реформирования системы ОСМС, что сказывается на доступности и качестве медицинской помощи |  Причины накопления проблемы недофинансирования: - Низкие процентные ставки взносов и отчислений на ОСМС (самые низкие среди стран, имеющих обязательное медицинское страхование). - Недостаточный охват населения в системе ОСМС (82,8% населения охвачены, более 3 млн человек все еще находятся вне системы). - Низкие тарифы на медицинские услуги, которые не покрывают некоторые виды расходов.Кроме того, в Казахстане текущие расходы на здравоохранение на сегодняшний день составляют примерно 3,7 % от ВВП, что значительно ниже показателей зарубежных стран и рекомендуемых ВОЗ, и ежегодно этот показатель снижается. Прогнозируется ежегодное превышение расходов над поступлениями Фонда, так к концу 2030 года прогнозируется превышение на сумму в размере 297,2 млрд. тенге. |  В соответствии с Национальным планом развития Республики Казахстан до 2029 года, утвержденным Указом Президента Республики Казахстан от 30 июля 2024 года № 611, развитие сферы здравоохранения до 2029 года будет направлено на совершенствование системы обязательного социального медицинского страхования, повышение ее привлекательности, повышение качества и доступности медицинской помощи. Одним из приоритетов развития здравоохранения является совершенствование системы финансирования здравоохранения. Работа в данном направлении будет направлена на повышение качества и доступности системы ОСМС, что отразится на снижении доли карманных расходов в структуре расходов на здравоохранение.  В целях повышения качества и доступности медицинских услуг будут приняты комплексные меры по повышению эффективности системы организации, прежде всего повышению финансовой устойчивости системы ОСМС.  За годы внедрения ОСМС финансирование здравоохранения в Казахстане выросло почти в разы, и по итогам 2023 года текущие расходы здравоохранения (за вычетом капитальных расходов) составили 3,7% от ВВП. Однако эти показатели в 2,5 раза ниже среднего показателя в странах ОЭСР (9,2%). В соответствии с Планом действий по реализации предвыборной программы Президента Республики Казахстан, утвержденным Указом Президента Республики Казахстан от 26 ноября 2022 года № 2, Главой Государства поручено принятие мер по созданию устойчивой модели развития здравоохранения с доведением уровня финансирования отрасли в 2027 году не менее 5% от ВВП. Несмотря на значительное увеличение объемов финансирования, система здравоохранения продолжает испытывать определенные трудности, что сказывается на качестве и доступности медицинской помощи.  Так, одной из основных причин недофинансирования системы здравоохранения являются низкие тарифы на медицинские услуги, которые не покрывают некоторые виды расходов. При этом, на рост расходов и дефицита финансирования на здравоохранение влияют следующие факторы: - рост населения на 10%; - рост заболеваемости неинфекционных хронических заболеваний; - удорожание стоимости лечения и внедрение новых медицинских технологий и услуг; - повышение заработной платы медицинского и немедицинского персонала; - повышение стоимости лекарственных средств. Вышеуказанные факты являются причинами снижения качества и доступности медицинской помощи для населения, в том числе в системе ОСМС. Вместе с тем, международный опыт показывает, что в развитых странах, включая страны ОЭСР, текущие расходы на здравоохранение составляют примерно 10,2% от ВВП. Минимальный показатель среди стран ОЭСР в Польше - 6,6% от ВВП. Для устойчивости систем здравоохранения ВОЗ рекомендует от 5% до 8% от ВВП в странах с развивающейся экономикой, в развитых странах – не менее 9%. В Казахстане текущие расходы на здравоохранение на сегодняшний день составляют примерно 3,7 % от ВВП, что значительно ниже показателей зарубежных стран и рекомендуемых ВОЗ, и ежегодно этот показатель снижается. Доля расходов ГОБМП и ОСМС от ВВП прогнозно снижается с 2,4% в 2022 году до 2,1% к 2027 году. Недостаточное финансирование, рост расходов на здравоохранение (вызванные такими факторами, как рост населения, рост заболеваемости неинфекционных хронических заболеваний, удорожание стоимости лечения, лекарственных средств, повышение заработной платы медицинского и немедицинского персонала и т.д.) отражаются на недостаточном уровне обслуживания, квалификации медицинских работников, недостаточном объеме средств на лекарственные препараты, увеличении кредиторской задолженности у медицинских организаций, что сказывается на доступности и качестве медицинской помощи. Недофинансирование системы здравоохранения также является одним из факторов, влияющих на сохранение высоких карманных расходов, заставляющих граждан прибегать к платным услугам медицинских организаций, идет приоритет на оказание платных услуг с высокими тарифами. В Республике Казахстан в доле карманных расходов преобладают затраты населения на амбулаторное лекарственное обеспечение, на консультативные диагностические услуги в амбулаторных условиях. При этом, в странах ОЭСР карманные расходы на здравоохранение составляют в среднем 16,9% от текущих расходов. В Словении этот показатель равен 11,8%, в Польше - 19,6%, в Эстонии - 19,9%, в России – 27,7%, **в Казахстане - 31,1%.** Всемирная организация здравоохранения рекомендует показатель не выше 20%. В целях совершенствования системы финансирования здравоохранения, эффективной реализации предлагаемого подхода реформирования системы ОСМС и формирования единого пакета медицинской помощи одними из условий являются: повышение верхнего предела базы для исчисления взносов и отчислений с 10-кратного до 50-кратного минимального размера заработной платы, установленного на соответствующий финансовый год законом о республиканском бюджете, с 2026 года; поэтапное повышение ставок взносов государства. При этом, предлагаемые меры по повышению ставок взносов государства ориентированы на формирование единого пакета ГОБМП и ОСМС и сохранение финансовой устойчивости системы ОСМС, где основной переток происходит в 2027 году в связи с переносом ПМСП из ГОБМП в ОСМС (оптимизация на уровне 665 млрд. тенге). Введение в действие предлагаемых норм в части поэтапного повышения ставок взносов и отчислений.Таким образом мы делаем шаг к возврату к первоначальной финансовой модели, заложенной в первой редакции Закона РК об ОСМС в 2015 году. | Описываемая проблема носит организационно-правовой характер |

   **2. Анализ текущей ситуации, сопоставление мирового опыта, наиболее схожего с национальным регулированием:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Текущая ситуация** | **Международный опыт** |
| **1.** | **Отсутствие четкого разграничения пакетов и дублирование медицинской помощи в пакетах ГОБМП и ОСМС.**Несбалансированность текущего пакета медицинской помощи ГОБМП с точки зрения возможностей и обязательств бюджета.Гражданам, медицинским работникам и общественности сложно понять два перечня медицинских услуг в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, в связи с наличием смежных пакетов услуг, частого перекидывания услуг из одного пакета в другой из-за дефицита в республиканском бюджете *(с 2020 года из ГОБМП в ОСМС)*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Наименование** | **2022 год***(согласно ст.196 Кодекса (ГОБМП),* **млрд. тенге** | **Примечание** |
| **ВСЕГО** | **104,5** |
| Амбулаторное лекарственное обеспечение пенсионеров и детей при социально-значимых и хронических заболеваниях | 53 | изменения в приказ МЗ РК от 5.08.2021 года № ҚР ДСМ - 75 |
| Расходы на доврачебную помощь школьникам при оказании первичной медико-санитарной помощи  | 14,5 | изменения в приказ МЗ РК от 27.04.2022 года № ҚР ДСМ-37 |
| Высокотехнологичные медицинские услуги для больных с социально значимыми и с заболеваниями, подлежащими динамическому наблюдению  | 28,6 | изменения в приказ МЗ РК от 16.10.2020 года № ҚР ДСМ-134/2020 |
| Медицинская помощь при коронавирусной инфекции | 8,3 | изменения в ПП РК от 20.06.2019 года № 421, от 16.10.2020 года №672, в приказ МЗ РК от 27.04.2022 года № ҚР ДСМ-37  |

Кроме того, медицинские организация для получения дополнительных доходов для покрытия дефицита ставят в приоритет оказание платных услуг, где высокие тарифы. Из-за непривлекательности тарифов не развивается инфраструктура здравоохранения, частный сектор не вкладывает в качество первичных услуг и в сложную специализированную помощь. Данные виды услуг считаются базовыми и спрос на них растет, а инфраструктура не позволяет обеспечить в достаточной мере. Из-за наличия двух перечней медицинских услуг имеет место дублирование в администрировании средств. Так, Фонд администрирует более 8 тысячи договоров на 1400 поставщиков, то есть на каждого до 6 договоров в среднем. Это усложняет всю процедуру для медицинских организаций (время, ресурсы) и чревато системными ошибками.Медицинские работники вынуждены выбирать источник финансирования при оказании 140 млн услуг в год. Такая ситуация вызывает недовольство у медицинских работников и населения.Ввиду несбалансированности текущего пакета медицинской помощи ГОБМП с точки зрения возможностей и обязательств бюджета, имеет место хроническое недофинансирование системы здравоохранения, в частности пакета ГОБМП.С 2012 года тарифы на медицинскую помощь не обновлялись, за исключением повышения заработной платы и стоимости лекарственных средств при девальвации национальной валюты. Тарифы не соответствуют фактическим затратам, в 3-4 раза ниже рыночных цен на медицинские услуги. Средства, выделенные на повышение заработной платы, направляются на покрытие неотложных нужд медицинских организаций.Критический дефицит финансирования ГОБМП до конца 2024 года прогнозно составляет 64 млрд. тенге, дефицит средств на пересмотр тарифов на медицинские услуги составляет порядка 115 млрд. тенге. На 2025 год критический дефицит финансирования ГОБМП составляет прогнозно 375 млрд. тенге.**Вывод.**Предлагаемые меры позволят внедрить реальную страховую модель и достичь всеобщий охват услугами здравоохранения; использовать высвобожденные бюджетные средства при пересмотре пакета ГОБМП на частичное покрытие критического дефицита финансирования ГОБМП, повышение тарифов на медицинские услуги.Применить опыт конкретной страны В целом предлагается пересмотр пакетов медицинской помощи с учетом адаптации международного опыта, с формированием действительно минимального пакета ГОБМП, сбалансированного с точки зрения возможностей и обязательств бюджета. Вся медицинская помощь сверх минимального бесплатного пакета включается в страховой пакет (ОМС). | Согласно международному опыту в странах с похожими моделями системы здравоохранения виды медицинской помощи в минимальных и базовых пакетах отличаются.**Россия.**Минимальный (бесплатный) пакет – санитарная авиация, вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД), инфекции, передающиеся половым путем, туберкулез, психические заболевания.Страховой пакет (программа государственных гарантий) – ПМСП, профилактика, консультативно-диагностическая помощь, скорая помощь, стационар, дневной стационар, высокотехнологичная медицинская помощь.**Эстония.**Минимальный (бесплатный) пакет – отсутствует.Базовый (страховой) пакет – единый страховой пакет, включает всю необходимую медицинскую помощь.**Литва.**Минимальный (бесплатный) пакет – неотложная медицинская помощь.Страховой пакет - ПМСП, профилактика, консультативно-диагностическая помощь, скорая помощь, стационар, дневной стационар, высокотехнологичная медицинская помощь, стоматология (ограничения), лекарственное обеспечение.**Германия.**Минимальный (бесплатный) пакет – долгосрочная медицинская помощь, сестринский уход.Страховой пакет – ПМСП, профилактика, консультативно-диагностическая помощь, скорая помощь, стационар, дневной стационар, высокотехнологичная медицинская помощь, стоматология. Страховой пакет зависит от суммы договора.**Нидерланды.**Минимальный (бесплатный) пакет – долгосрочная медицинская помощь, сестринский уход.Страховой пакет – ПМСП, профилактика, консультативно-диагностическая помощь, скорая помощь, стационар, дневной стационар, высокотехнологичная медицинская помощь. Мировой опыт показывает, что бесплатный пакет медицинской помощи, финансируемый за счет бюджетных средств является действительно минимальным, и включает в себя зачастую неотложную медицинскую помощь, медико-социальную помощь при социально значимых заболеваниях и долгосрочный уход. Вся медицинская помощь сверх минимального бесплатного пакета включается в страховой пакет (ОМС). |
| **2.** |  **Низкий уровень охвата населения в системе ОСМС.**  Лица, относящиеся к наиболее неблагоприятным уровням социального благополучия, не имеющие финансовой возможности уплачивать взносы, на сегодняшний день находятся вне системы ОСМС, и не имеют возможности получать медицинские услуги в системе ОСМС. В настоящее время лицам, относящимся к категориям D и E социального благополучия (порядка 942 497 человек по данным Цифровой карты семьи (на 14.05.2024 г.), обеспечение услуг в области здравоохранения государством не реализуется (кроме ГОБМП). Местные исполнительные органы не участвуют в повышении охвата населения системой ОСМС и вовлечении указанных лиц в экономику региона. **Вывод.** Законодательное закрепление уплаты взносов за лиц, относящихся к к категориям D и E социального благополучия, за счет средств местного бюджета, позволит повысить ответственность местных исполнительных органов в вопросах участия населения регионов в системе ОСМС, в обеспечении мер дополнительной поддержки нуждающихся лиц за счет средств местного бюджета и обеспечения их медицинскими услугами в системе ОСМС (около 1 миллиона человек будут застрахованы в системе ОСМС, и получат доступ к качественным медицинским услугам), что в свою очередь скажется на достижении уровня охвата населения системой ОСМС до 89% к 2027 году, повышении доступности медицинской помощи в системе ОСМС.  На сегодняшний день численность населения составляет 20,2 млн. человек, системой ОСМС охвачено 16,7 млн. человек, что составляет 82,8 % населения. Прогнозная численность населения в 2027 году составит 20,8 млн. человек. В результате реализации предлагаемых мер, с учетом всеобщего декларирования доходов, к 2027 году прогнозное количество застрахованных в системе ОСМС лиц составит 18,6 млн. человек или 89% от общего количества населения страны.   |  Охват населения в системах обязательного медицинского страхования (ОМС) является важным элементом обеспечения доступности медицинской помощи. Различные страны применяют различные модели и подходы к ОМС, которые зависят от экономических, политических и культурных особенностей. **Германия.** Система базируется на принципе солидарности и включает как обязательное государственное страхование (для людей с доходом ниже определенного уровня), так и частное медицинское страхование (для людей с высоким доходом).Более 90% населения охвачено обязательным медицинским страхованием. Остальные, в основном с высоким доходом, имеют частные страховые полисы. **Южная Корея.** Национальная система страхования с единой страховкой для всех граждан с более чем 98% охватом. **Франция.** Во Франции действует система социального медицинского страхования, основанная на взносах работодателей и работников. Обязательное медицинское страхование для всех жителей, которое также позволяет покупать дополнительные частные полисы для покрытия расходов, не входящих в базовый пакет. Более 99% населения охвачено медицинским страхованием. **Россия.** Система обязательного медицинского страхования финансируется через взносы работодателей и субсидии из федерального бюджета. Все граждане России автоматически охвачены ОМС. За неработающих граждан оплачивают субъекты федераций. Международный опыт предоставления государственных мер социальной поддержки для вовлечения населения в систему медицинского страхования (Индонезия, Вьетнам, Филиппины) показал, что наибольшую эффективность среди таких мер имеет субсидирование на первый год страховых взносов в размере 50% или 100% от годовой суммы. Правительство Китая внедрило с 2005 года Новую сельскую кооперативную систему медицинского страхования (New Rural Cooperative Medical Scheme, NRCMCS) с целью сделать медицинскую помощь более доступной для сельского населения. В рамках NRCMCS около 800 млн. сельских жителей получили базовое многоуровневое медицинское страхование, при этом центральные и местные органы власти покрывают от 30 до 80 % регулярных медицинских расходов. К 2011 году более 95 % всего населения Китая имело базовую медицинскую страховку. |
| **3.** |  **Недостаточное финансирование медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС**На сегодняшний день **верхний предел ежемесячного дохода (объекта), принимаемого для исчисления взносов и отчислений на обязательное социальное медицинское страхование составляет 10-кратный минимальный размер заработной платы**, установленной на соответствующий финансовый год законом о республиканском бюджете |  Международный опыт свидетельствует, что, к примеру, в США, Германии, Российской Федерации, Эстонии, Молдове облагаемая база на обязательное медицинское страхование предельным размером не ограничена. В международной практике применяется установление верхнего предела для налогов, касающихся в основном социального обеспечения. Самым известным примером здесь может выступить Social Security Tax в США – налог на социальное обеспечение, который финансирует пенсии, пособия по инвалидности и пособия по случаю потери кормильца. По состоянию на 2024 год ставка налога на социальное обеспечение составляет 12,4%. Половину налога, или 6,2%, платит работодатель, а остальные 6,2% — работник. Ставка налога на социальное обеспечение начисляется на все виды доходов, полученных работником, в том числе заработную плату, премии, бонусы и т.д. Однако существует предел дохода (а именно годового дохода 1 работника), выше которого налог не может применяться. В 2023 году такой годовой лимит составлял 160 200 долларов США. Годовой лимит на 2024 год составляет 168 600 долларов США (рост на 0,2% к предыдущему году). Налог на социальное обеспечение также применяется к чистому заработку самозанятых до указанного предела дохода (напомним, 168 600 долларов США в 2024 году).  Ежегодные лимиты налога на социальное обеспечение (так называемый, верхний предел) в США основываются на изменениях в Национальном индексе заработной платы (NAWI), который имеет тенденцию увеличиваться с каждым годом.  Верхний предел в США повышается каждый год, т.к. он основывается на изменениях в Национальном индексе заработной платы (NAWI): изменения верхнего предела в данном случае призваны сохранить размер пособий по социальному обеспечению на уровне текущей инфляции. То есть как минимум, учесть инфляцию изменение верхнего предела обязано. Для реализации более долгосрочных целей (сокращение дефицита финансирования, устранение «эрозии» налогооблагаемой базы, рост социальной справедливости) повышение верхнего предела делает систему социального обеспечения более прогрессивной, а его отмена и вовсе делает налогообложение пропорциональным. |
|  В соответствии с п.2 статьи 26 Закона РК «Об обязательном социальном медицинском страховании» **взносы государства на обязательное социальное медицинское страхование, подлежащие уплате в фонд социального медицинского страхования, установлены в размере не менее 2%, но не более 3%** от объекта исчисления взносов государства.  **Вывод.** Повышение верхнего предела ежемесячного дохода (объекта), принимаемого для исчисления взносов и отчислений на ОСМС, а также повышение ставок взносов государства на ОСМС позволит увеличить объемы финансирования расходов на здравоохранение, обеспечить финансовую устойчивость системы ОСМС, реализовать предлагаемый подход реформирования системы ОСМС, формирование Единого пакета медицинской помощи, что в свою очередь окажет мультипликативный эффект на уровень доступности и качества оказываемой медицинской помощи, позволит оперативнее и эффективнее управлять финансированием, снизить уровень карманных расходов населения на здравоохранение, обеспечить внедрение новых медицинских технологий.   |  Согласно анализу международного опыта взносы и отчисления в разных странах варьируют.  **Эстонская Республика.** Ставки взносов государства на медицинское страхование составляют **11%**. Финансирование общей системы медицинского страхования осуществляется из **13%** от социального налога, вычитаемого из заработной платы работника, **33%** уплачивается работодателем.  **Словацкая Республика** Взносы застрахованных государством, которые выплачиваются Министерством здравоохранения за счет общих налогов установлены законом в размере **4,2%.** Работники платят **14%** своего ежемесячного брутто-дохода в качестве обязательного страхового взноса. Из этого процента работники платят 4%, а работодатели - 10%. **Германия.** Взносы на медицинское страхование составляют **7,3%** со стороны работника и **7,3%-** работодателя. Ставки взносов государства на медицинское страхование составляют **8,2%.** **Королевство Нидерланды**. Взносы работодателя, зависящие от дохода, в соответствии с Законом о медицинском страховании собираются налоговой службой, которая взимает взнос из заработной платы работника вместе с налогами на заработную плату, составляют **7,5%,** работника – **5,75%.** Взносы и налоги уплачиваются работодателем непосредственно в налоговую инспекцию. Ставки взносов государства на медицинское страхование составляют **3,5%.** **Литовская Республика**. Основные тарифы взносов экономически активного населения Лица по трудовому договору - 6,98% от дохода Другие лица, которые сами платят взносы - 6,98% от минимального ежемесячного заработка \* Но не менее **6,98%** от 12 минимальных ежемесячных заработков, действующих в последний день каждого соответствующего месяца этого года. Ставки взносов государства на медицинское страхование составляют **3,3%.** |

 **3. Предлагаемые пути решения описанной проблемы:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **№ п/п** | **Решение** | **Плюсы** | **Минусы** |
| 1. | **Четкое разграничение пакетов медицинской помощи ГОБМП и ОСМС.** Оптимизация текущего пакета медицинской помощи ГОБМП с точки зрения возможностей и обязательств бюджета.К 2027 году все заболевания, подлежащие динамическому наблюдению, и 7 групп социально значимых заболеваний, первичная медико-санитарная помощь предлагаются к переносу в пакет ОСМС. В пакет ГОБМП в свою очередь будут включены объемы медицинской помощи онкогематологическим пациентам, скрининги на онкозаболевания и консультативно-диагностическая помощь при подозрении на весь перечень социально значимых заболеваний для обеспечения ранней профилактики. Предлагается к 2027 году оставить финансирование в рамках пакета ГОБМП на оказание медицинской помощи только при следующих социально значимых заболеваниях: 1. Туберкулез;  2. ВИЧ;  3. Хронические вирусные гепатиты и цирроз печени;  4. Злокачественные новообразования; 5. Психические, поведенческие расстройства; 6. Орфанные заболевания; 7. Острый инфаркт миокарда; 8. Экстракраниальные заболевания брахиоцефальных артерий (Инсульты).В рамках ГОБМП с 2027 года специализированная медицинская помощь в стационарных условиях в экстренной форме будет оказываться незахстрахованным в системе ОСМС лицам только при состояниях, угрожающих жизни. Также, в пакет ГОБМП будут включены объемы медицинской помощи онкогематологическим пациентам, скрининги на онкологические заболевания и консультативно-диагностическая помощь при подозрении на весь перечень социально значимых заболеваний для обеспечения ранней профилактики. К 2027 году вся медицинская помощь при заболеваниях, подлежащих динамическому наблюдению и социально значимых заболеваний (сверх ГОБМП), высокотехнологичная медицинская помощь, а также ПМСП предлагаются к переносу в пакет ОСМС. Таким образом, предлагается внесение изменений в статьи 196 и 200 Кодекса Республики «О здоровье народа и системе здравоохранения», в части пересмотра и разграничения пакетов ГОБМП и ОСМС. |  Оптимизация текущего пакета медицинской помощи ГОБМП с точки зрения возможностей и обязательств бюджета позволит оперативнее и эффективнее управлять финансированием и обеспечить доступность и качество медпомощи для населения.Важно отметить, что высвобождаемые средства ГОБМП будут перераспределены на взносы государства и повышение тарифов, а также на покрытие критического дефицита финансирования ГОБМП.Предлагаемая модель обеспечит переход с 2027 года на преимущественно страховую модель финансирования, которая обеспечит соотношение ГОБМП – 31% (1,1 трлн. тенге), ОСМС – 69% (2,5 трлн. тенге).Данные изменения обеспечат следующие положительные результаты:1. Повысится качество и доступность медицинской помощи;2. Пакеты ГОБМП и ОСМС будут четко разделены, будут исключены смешанные пакеты;3. Скрининги на онкологические заболевания будут доступны для всех граждан, вне зависимости от статуса застрахованности;4. Обследования при подозрении на все социально значимые заболевания будут бесплатные, независимо от статуса застрахованности пациента; 5. Тарифы на медицинские услуги скорректируются в соответствии с реальными затратами. |  Риски недоступности медицинской помощи лицам, не застрахованным в системе ОСМС, состоящим на диспансерном учете с социально значимыми и хроническими заболеваниями.  |
| 2. |  **Повышение уровня охвата населения системой ОСМС** путем возложения на местные исполнительные органы уплаты взносов на обязательное социальное медицинское страхование за неработающих лиц, не отчисляющих обязательные пенсионные взносы в течение последних трех месяцев и относящихся к категориям D и E социального благополучия, за исключением лиц, освобождённых от уплаты взносов, взносы за которых уплачиваются государством из республиканского бюджета. |  На сегодняшний день около 3,5 миллиона человек остаются вне системы обязательного социального медицинского страхования (ОСМС).  Это означает, что они не могут воспользоваться широким спектром медицинской помощи, который предлагает наша система здравоохранения. Для того чтобы изменить эту ситуацию вводятся новые механизмы, которые помогут охватить большее количество людей системой ОСМС. Взносы будут оплачивать местные исполнительные органы (МИО) в момент обращения за лиц, относящихся к категориям D и E социального благополучия, за медицинской помощью. Это позволит поддержать наиболее уязвимые слои населения, обеспечивая им доступ к необходимым медицинским услугам. Ожидается, что благодаря этим мерам, в 2026 году системой ОСМС дополнительно будут охвачены около 1 миллиона человек. Это позволит ещё большему числу граждан нашей страны получить доступ к качественным медицинским услугам, что позитивно скажется на здоровье и благополучии нашего народа, повысит ответственность местных исполнительных органов в вопросах занятости населения и участия населения регионов в системе ОСМС. |  Рост расходов местных бюджетов на уплату взносов на ОСМС за лиц, относящихся к категориям D и E социального благополучия |
| 3. |  **Увеличение объемов финансирования расходов на здравоохранение, финансирования медицинской помощи в системе ОСМС за счет:** 1) Увеличения верхнего предела ежемесячного дохода (объекта), принимаемого для исчисления взносов и отчислений на обязательное социальное медицинское страхование с 10-кратного до 50-кратного минимального размера заработной платы, установленного на соответствующий финансовый год законом о республиканском бюджете |  Дополнительные средства позволят улучшить доступность и качество медицинской помощи, которые предоставляются каждому гражданину Казахстана. Здоровье нации – это залог сильного государства, и данные действия направлены на то, чтобы обеспечить современное и качественное медицинское обслуживание для всех. Перенос объемов медицинской помощи из пакета гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) в пакет ОСМС требует дополнительных мер для обеспечения финансовой устойчивости системы. Для этого вводится повышение верхнего предела базы для исчисления взносов и отчислений с 10-кратного до 50-кратного минимального размера заработной платы, начиная с 2026 года. Этот шаг также важен с точки зрения справедливого распределения финансовой нагрузки. На сегодняшний день в Республике Казахстан существует проблема регрессивного распределения денежных средств, в связи с введением низкого уровня верхнего предела, увеличивающего разницу в доходах между лицами с низкими доходами и высокими доходами и способствующего дальнейшему расслоению общества на богатых и бедных. В настоящее время человек с заработной платой 800 тысяч тенге платит взносы в размере 16 тысяч тенге, что почти равняется взносам человека с доходом более 1 миллиона тенге – 17 тысяч тенге. Это несоответствие устраняется новым подходом, который позволит более справедливо распределить нагрузку, особенно для поддержки более уязвимых слоев населения. Наш принцип – богатый платит за бедного – остается основополагающим в этом процессе. Таким образом, данное решение направлено на укрепление социальной справедливости и на обеспечение того, чтобы каждый гражданин Казахстана имел доступ к качественным медицинским услугам, независимо от доходов. |  Рост нагрузки на республиканский, местный бюджеты и бизнес в связи с повышением верхнего предела базы исчисления взносов и отчислений на ОСМС до 50 МЗП, в связи с повышением ставок взносов государства на ОСМС  |
|  2) Поэтапного повышения ставок взносов государства  |  Одним из основных факторов для реализации предлагаемого подхода реформирования системы ОСМС, формирования единого пакета медицинской помощи является повышение ставок взносов государства.Дополнительные средства позволят улучшить доступность и качество медицинской помощи, которые предоставляются каждому гражданину Казахстана. |

 **4. Влияние предлагаемых путей решения на:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Плюсы** | **Минусы** |
| 1. Социальное развитие (уровень измерения человеческого капитала) | Рппп Получение гражданами необходимого объема медицинских услуг;  Повышение доступности и качества медицинской помощи;  Доступность ранней профилактики заболеваний (онкоскрининги будут бесплатными для всех граждан, обследования при подозрении на все социально значимые заболевания будут бесплатные, независимо от статуса застрахованности пациента);  Рост показателей здоровья и увеличение продолжительности жизни;  Снижение карманных расходов населения на медицинскую помощь;  Обеспечение справедливого распределения ответственности граждан за расходы на здоровье. ни  |  Недоступность медицинской помощи лицам, не застрахованным в системе ОСМС, состоящим на диспансерном учете с социально значимыми и хроническими заболеваниями. |
| 2. Развитие предпринимательства |  Повышение качества трудовых ресурсов за счет улучшения состояния здоровья, качества и доступности медицинской помощи в целом. Создание необходимых условий для привлечения высококвалифицированных специалистов (покрытие расходов на экстренную медицинскую помощь, дорогостоящие медицинские услуги (стентирование, аортокоронарное шунтирование, ортопедические операции и др.) за счет ОСМС. |  Издержки работодателя по увеличению верхнего предела до 50 МЗП в виде снижения доходности субъектов предпринимательства |
| 3. Органы государственной власти |  Улучшение состояния здоровья населения, качества и доступности медицинской помощи в целом, повышение качества трудовых ресурсов;  Обеспечение справедливого распределения ответственности за расходы на здоровье; Повышение доступности медицинских услуг, внедрение и развитие новых технологий позволит на ранних стадиях предупреждать болезни;  Оптимизация избыточных гарантий государства в рамках ГОБМП в результате формирования единого пакета медицинской помощи; Соблюдение принципа солидарной ответственности государства, бизнеса и граждан за охрану здоровья. |  Издержки работодателей по увеличению верхнего предела до 50 МЗП, выраженные в затратах работодателей на доходы организаций |
| 4. Экономическую систему |  Принятие проекта в совокупности окажет положительное влияние на состояние системы здравоохранения за счет дополнительных поступлений отчислений и взносов. Оперативное и эффективное управление финансированием; Внедрение реальной страховой модели и достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения | Отсутствуют |
| 5. Экологическую среду |  Непосредственно не предполагается | Отсутствуют |
| 6. Объемы доходов и расходов государственного бюджета |  Оптимизация избыточных гарантий государства в рамках ГОБМП в результате формирования единого пакета медицинской помощи (к 2027 году хронические заболевания, подлежащие динамическому наблюдению, 7 групп социально значимых заболеваний и первичная медико-санитарная помощь поэтапно перейдут в пакет ОСМС).  |  Рост расходов местных бюджетов на уплату взносов на ОСМС за лиц, относящихся к категориям D и E социального благополучия. Рост нагрузки на республиканский, местный бюджеты и бизнес в связи с повышением верхнего предела базы исчисления взносов и отчислений на ОСМС до 50 МЗП, в связи с повышением ставок взносов государства на ОСМС  |
| 7. Иные |  |  |

**5. Ожидаемые результаты от введения предлагаемого пути решения:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Текущие показатели** | **Результат** | **Срок (обоснование)** |
| 1 |  Дублирование пакетов медицинской помощи в рамках ГОБМП и в системе ОСМС. Несбалансированность текущего пакета медицинской помощи ГОБМП с точки зрения возможностей и обязательств бюджета. | Четкое разделение пакетов ГОБМП и в системе ОСМС, исключение смешанных пакетов.Ясность и понятность гарантий государства по охране здоровья граждан.Финансовая устойчивость системы здравоохранения.Доступность качественной медицинской помощи, в т.ч. ранней профилактики заболеваний.Рост показателей здоровья и увеличение продолжительности жизни населения. Внедрение реальной страховой модели финансирования здравоохранения. | 2025 год, в соответствии с планом законопроектных работ на 2025 год |
| 2 |  Низкий уровень охвата населения в системе ОСМС. Отсутствие мер социальной поддержки, в части обеспечения услугами в области здравоохранения, для граждан, относящихся к категориям D и E социального благополучия.  |  Увеличение охвата граждан системой ОСМС, к 2027 году достижение уровня охвата населения до 89%. Обеспечение граждан, относящихся к наиболее неблагоприятным уровням социального благополучия, медицинскими услугами в системе ОСМС | 2025 год, в соответствии с планом законопроектных работ на 2025 год  |
| 3 |  Недостаточное финансирование отрасли здравоохранения, недостаточная устойчивость системы ОСМС Сохранение высокой доли карманных расходов граждан на здравоохранение |  Увеличение объемов финансирования расходов на здравоохранение, обеспечение финансовой устойчивости системы ОСМС. Повышение доступности и качества медицинской помощи. Снижение карманных расходов граждан на здравоохранение | 2025 год, в соответствии с планом законопроектных работ на 2025 год |

**6. Механизмы реализации с указанием алгоритмов действий в случае законодательного регулирования** (*институциональные и организационные мероприятия*):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Мероприятия** | **Сроки** | **Ответственный государственный орган (должностное лицо)** | **Бюджет** |
|  1. Разработка проекта Закона Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам здравоохранения» |  Внесение в государственные органы - январь 2025 года; Правительство – февраль 2025 года; Мажилис Парламента – апрель 2025 года |  Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Не требуется |
|  2. Разработка и утверждение подзаконных правовых актов в целях реализации Закона Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам здравоохранения» |  В течение 2 месяцев после принятия Закона   |  Министерство здравоохранения Республики Казахстан | Не требуется |
|  3. Включение вкладок для размещения разъяснений по новеллам принятых НПА в Эталонном контрольном банке НПА  |  В течение 4 месяцев после принятия закона |  Министерство здравоохранения Республики Казахстан |  |
|  4. Отчет об уровне достижения отраженных в консультативном документе целевых индикаторов  |  Ежегодно, в течение последующих пяти лет после принятия закона |  Уполномоченный орган по противодействию коррупции |  |

**7. Возможные риски:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Возможные риски (в том числе социальные риски)** | **Причины возможных рисков** | **Система управления рисками** |
| Социальные риски |  Недоступность медицинской помощи для незастрахованных лиц с отдельными социально-значимыми и хроническими заболеваниями. | Актуализация баз лиц, состоящих на «Д» учете;Адресная работа местных исполнительных органов в рамках формализации занятости или государственной соцподдержки; Предоставление экстренной медицинской помощи, независимо от статуса в системе ОСМС (скорая помощь, экстренная госпитализация в стационар по показаниям) |
| Финансовые риски  |  Рост нагрузки на республиканский, местный бюджеты и бизнес в связи с повышением верхнего предела базы исчисления взносов и отчислений на ОСМС до 50 МЗП, в связи с повышением ставок взносов  |  Сокращение обязательных платежей и государственных пошлин; Отнесение расходов на вычеты при уплате КПН; Сокращение неприоритетных расходов; Усиление роли государства в вопросах охраны здоровья населения; Возврат к первоначальной финансовой модели ОСМС. Результаты анализа регуляторного воздействия (АРВ), в части ужесточения регулирования путем увеличения верхнего предела ежемесячного дохода (объекта), принимаемого для исчисления взносов и отчислений на ОСМС, находятся на согласовании в государственных органах. |
|  Рост расходов местных бюджетов на уплату взносов на ОСМС за лиц, относящихся к категориям D и E социального благополучия |  Повышение занятости населения; Увеличение доходной части местного бюджета; Формализация самозанятых граждан совместно с органами государственных доходов  |

**8. Целевые группы для публичного обсуждения:**

- Центральные государственные и местные исполнительные органы;

- Общественный совет Министерства здравоохранения Республики Казахстан,

- РГП на ПХВ «Национальный научный центр развития здравоохранения имени С.Каирбековой»,

- НПО и общественные организации;

- Граждане Республики Казахстан.

**9. Способ публичного обсуждения:**

 Консультативный документ для публичного обсуждения размещается на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан и на интернет-портале открытых нормативных правовых актов.

**10. Результаты публичного обсуждения**

      *(текст)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Предлагаемое решение** | **Отношение общественности (целевых групп)** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |   |
| 3 |  |  |

**11. Структура и содержание проекта закона (в случае принятия решения о необходимости разработки законодательного акта)**

      Структура проекта Закона Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты по вопросам здравоохранения»:

 Статья 1. Внести изменения и дополнения в следующие законодательные акты Республики Казахстан:

 1. Бюджетный кодекс Республики Казахстан от 4 декабря 2008 года № 95-IV

 2. Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения»

 3. Закон Республики Казахстан «О местном государственном управлении и самоуправлении в Республике Казахстан» от 23 января 2001 года

 4. Закон Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании» от 8 июля 2005 года № 66-III

 Статья 2. Порядок введения в действие

**12. Индикаторы оценки эффективности вводимого регулирования с указанием сроков их пересмотра**

  Принятие проекта Закона направлено на создание необходимых законодательных правовых основ для повышения эффективности работы в сфере здравоохранения и совершенствование национального законодательства и правоприменительной практики.

 Основные приоритетные индикаторы, которые должны быть реализованы к 2027 году:

 - улучшение состояния здоровья населения, укрепление здоровья нации;

 - повышение доступности и качества медицинской помощи;

 - рост показателей здоровья и увеличение продолжительности жизни;

 - снижение уровня карманных расходов населения на здравоохранение;

 - достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения;

 - повышение ответственности местных исполнительных органов в вопросах занятости населения и участия населения регионов в системе обязательного социального медицинского страхования;

 - совершенствование финансирования медицинской помощи, обеспечение финансовой устойчивости системы здравоохранения