



**ФОНД
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

**СТАВКИ ВЗНОСОВ И
ОТЧИСЛЕНИЙ В ОСМС**

СТАВКИ ВЗНОСОВ И ОТЧИСЛЕНИЙ



ФОНД
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

Согласно Закону РК «Об обязательном социальном медицинском страховании»

2017 год	2018 год	2019 год	2020 год	2022 год	2023 год
Государство					
-	-	-	4%	от 4% до 5%	от 4% до 5%
Работодатели					
1%	1,5%	1,5%	2%	3%	3%
Индивидуальные предприниматели					
5%	-	-	5%	5%	5%
Работники					
-	-	-	1%	2%	2%
Неактивное население					
-	-	-	5%	5%	5%

2017 ГОД

КНП

РАБОТОДАТЕЛЬ

**1% от дохода
работника**

= 1 000 тенге
при доходе 100 000 тенге

121

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ
ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬ

(В ТОМ ЧИСЛЕ ЧАСТНЫЕ
НОТАРИУСЫ, ЧАСТНЫЕ СУДЕБНЫЕ
ИСПОЛНИТЕЛИ, АДВОКАТЫ,
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
МЕДИТАТОРЫ)

**5% от 2
МЗП***

= 2 446 тенге

122

РАБОТАЮЩИЕ ПО
ДОГОВОРАМ ГПХ
(гражданско-правового
характера)

**5% от
дохода**

= 5 000 тенге
при доходе 100 000 тенге

122

*МЗП - 24 459 тенге

15 МЗП – 366 885 тенге



Ограничения по выплате



- Максимальный размер з/п, принимаемый для исчисления отчислений, не должен превышать 15 МЗП: **ежемесячный платеж за одного работника - не более 3 669 тенге в 2017 году;**
- Если доход работника ниже 1 МЗП, минимальный платеж – **245 тенге в 2017 году;**
- Размер ежемесячного платежа индивидуальных предпринимателей, частных нотариусов, частных судебных исполнителей, адвокатов, профессиональных медиаторов – **2 446 тенге в 2017 году.**

Применяется арифметический метод округления суммы платежей (сумму тиын до 50 тиынов - до 0; от 50 тиын и выше - до 1 тенге)

2018 ГОД



ФОНД
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

РАБОТОДАТЕЛЬ

**1,5 % от дохода
работника**

= 1 500 тенге
при доходе 100 000 тенге

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ
ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬ

Не платят взносы за себя

РАБОТАЮЩИЕ ПО
ДОГОВОРАМ ГПХ

Взносы с их дохода удерживаться не будут

2019 ГОД



ФОНД
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

РАБОТОДАТЕЛЬ

**1,5 % от дохода
работника**

= 1 500 тенге
при доходе 100 000 тенге

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ
ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬ

Не платят взносы за себя

РАБОТАЮЩИЕ ПО
ДОГОВОРАМ ГПХ

Взносы с их дохода удерживаться не будут

Отчисления и взносы не уплачиваются со следующих доходов*:



- Компенсации при служебных командировках и разъездах;
- Расходы по доставке работников, оплате обучения, пособия и компенсации из бюджета;
- Выплаты по мед.услугам, при рождении ребенка, на погребение в пределах 8 МЗП;
- Стипендии;
- Страховые премии

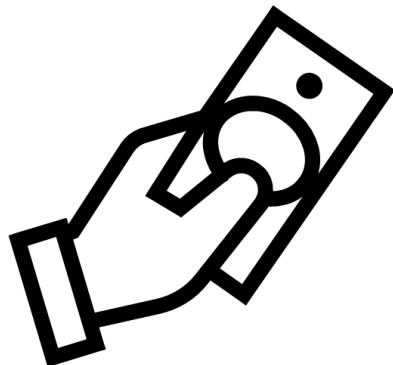
*Подробнее: 4 пункт 29 статьи Закона об ОСМС

ОТ УПЛАТЫ ОТЧИСЛЕНИЙ ОСВОЖДАЮТСЯ РАБОТОДАТЕЛИ ЗА:



ФОНД
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

- детей;
- лиц, находящихся в отпусках в связи с рождением ребенка (детей), усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей), по уходу за ребенком (детьми) до достижения им (ими) возраста трех лет;
- получателей пенсионных выплат, в том числе участников и инвалидов Великой Отечественной войны;
- многодетных матерей, награжденных подвесками «Алтын алқа», «Күміс алқа» или получившие ранее звание «Мать-героиня», а также награжденных орденами «Материнская слава» I и II степени;
- инвалидов;
- лиц, обучающихся по очной форме обучения в организациях среднего, технического и профессионального, послесреднего, высшего образования, а также послевузовского образования;
- военнослужащих;
- сотрудников специальных государственных органов;
- сотрудников правоохранительных органов.



❖ ЗАДОЛЖЕННОСТЬ ПО ОСМС

Подлежит перечислению с начисленной пеней в размере 2,5-кратной официальной ставки рефинансирования за каждый день просрочки, включая день оплаты.

С 2019 года пеня в размере в 1,25-кратной официальной ставки рефинансирования за каждый день просрочки, включая день оплаты.

❖ ВЗЫСКАНИЕ

Органы госдоходов вправе взыскивать с банковских счетов плательщика деньги в пределах образовавшейся задолженности.

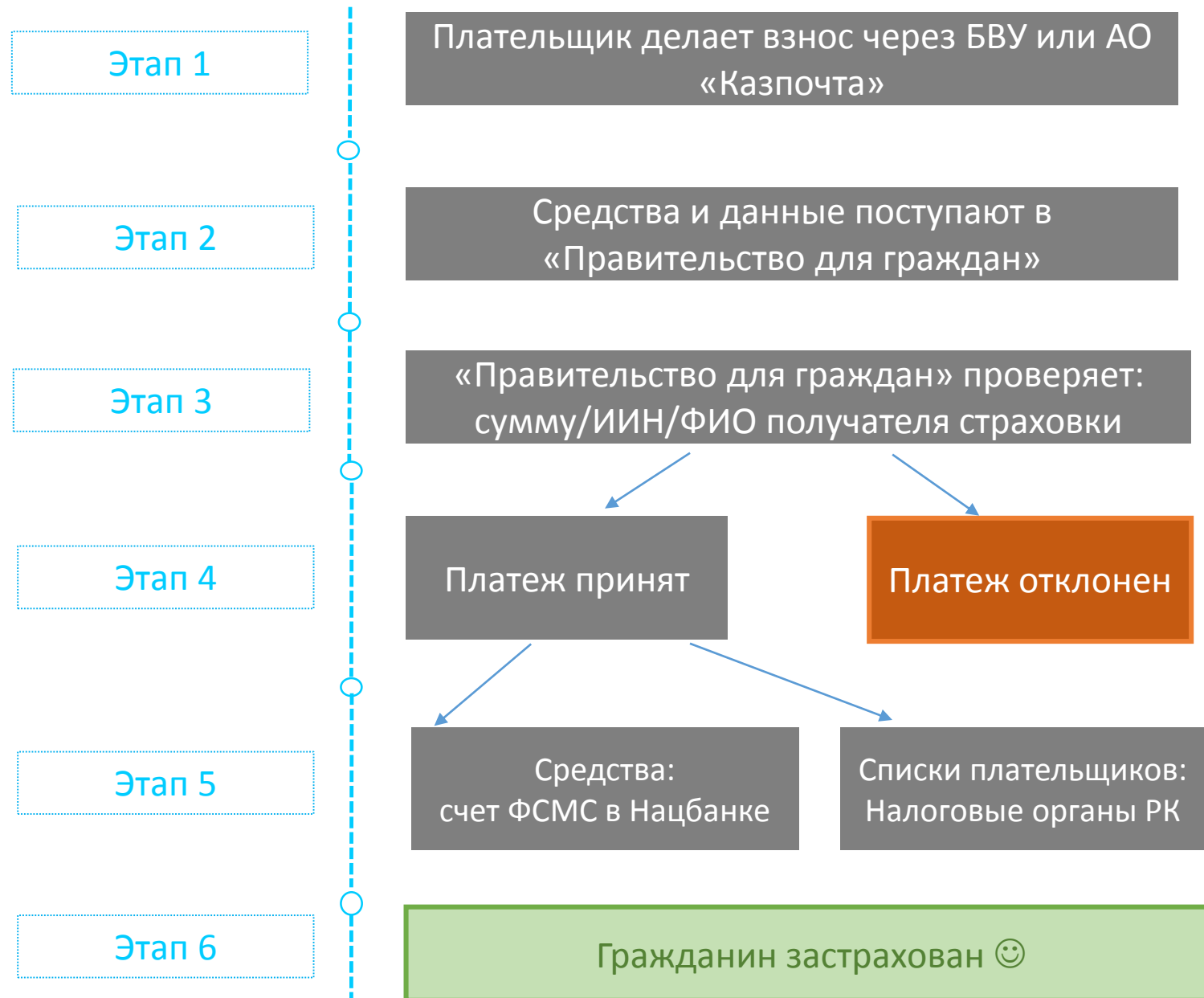
Взыскание производится на основе инкассового распоряжения органа госдоходов с направлением уведомления плательщику.

Важно: уведомление не направляется в случае, если задолженность не превышает суммы в размере одного месячного расчетного показателя (МРП)

СХЕМА ДВИЖЕНИЯ ПЛАТЕЖЕЙ В СИСТЕМУ ОСМС: В ДЕТАЛЯХ



ФОНД
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ



КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО
ВОПРОСАМ ОТЧИСЛЕНИЙ И
ВЗНОСОВ В ФСМС

ПРАВИЛА УЧАСТИЯ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ



ФОНД
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

1

Перечислить взнос через любое отделение БВУ или «Казпочты»



Важно! Правильно указать ИИН, ФИО, реквизиты

KZ92009MEDS368609103

БСН 160440007161

БСК GCVPKZ2A

КНП для работодателя - 121

КНП для ИП и ФЛ ГПД - 122

2

Проверить возврат средств в течение 2-3 рабочих дней:

- С открытием счета - проверить счет
- Без открытия счета - связаться с менеджером банка

Если есть возврат, перепроверьте данные.

Наиболее вероятные ошибки

- Неправильно указаны ИИН или ФИО
- Некорректно высчитаны ставки и сумма, принятая для исчисления отчислений и (или) взносов, превышает 15 МЗП

КВИТАНЦИЯ ПО
УСТАНОВЛЕННОЙ
ФОРМЕ



ПРЕДОСТАВЯТ В
ОТДЕЛЕНИЯХ БВУ И
«КАЗПОЧТЫ»

Приложение 1к Правилам осуществления
безналичных платежей и (или) переводов денег
на территории Республики Казахстан

КВИТАНЦИЯ (для социальных отчислений в Государственный фонд социального страхования, отчислений и (или) взносов в фонд социального медицинского страхования)

Резидент Нерезидент

Отправитель денег _____
ИИН (БИН) _____

Адрес и телефон отправителя денег _____

Данные документа, удостоверяющие личность _____

Бенефициар НАО «Государственная корпорация «Правительство для граждан»
БИН _____
ИИК _____
Банк бенефициара _____
БИК _____

Кассир:

Наименование платежа	КНП	Сумма
Социальные отчисления в Государственный фонд социального страхования	012	
Пеня за несвоевременное перечисление социальных отчислений	017	
Отчисления на обязательное социальное медицинское страхование	121	
Взносы на обязательное социальное медицинское страхование	122	
Пеня за несвоевременное перечисление отчислений на обязательное социальное медицинское страхование	123	
Пеня за несвоевременное перечисление взносов на обязательное социальное медицинское страхование	124	
Всего (сумма прописью): _____		
Дата _____		
Фамилия, имя и отчество (при его наличии) отправителя денег _____		Подпись _____
Место печати (если печать имеется)		

№	Индивидуальный идентификационный номер	Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Дата рождения	Период (месяц, год)	Сумма
1.					
2.					
3.					

Итого:
Фамилия, имя и отчество (при его наличии) отправителя денег _____ Подпись _____
Дата _____

Место печати (если печать имеется)



КНП ПЛАТЕЛЬЩИКОВ



**ФОНД
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!