

**ФОНД
СОЦИАЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ –
ПОД НАШЕЙ ЗАЩИТОЙ!



СТАВКИ ВЗНОСОВ И ОТЧИСЛЕНИЙ

ФОНД
СОЦИАЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ



Предлагаемые правки в Закон РК «Об обязательном социальном медицинском страховании»

	2017 год	2018 год	2019 год	2020 год	2022 год	2023 год
	Государство					
Сейчас		4%	5%	5%	5%	5%
Предлагается		3,75%	4%	4%	от 4% до 5%	от 4% до 5%
	Работодатели					
Сейчас	2%	3%	4%	5%	5%	5%
Предлагается	1%	1,5%	1,5%	2%	3%	3%
	Индивидуальные предприниматели					
Сейчас	2%	3%	5%	7%	7%	7%
Предлагается	5%	5%	5%	5%	5%	5%
	Неактивное население					
Сейчас			не учтено			
Предлагается		5%	5%	5%	5%	5%
	Работники					
Сейчас			1%	2%	2%	2%
Предлагается			1%	2%	2%	2%

ПЕРВЫЙ СТАРТ:
1 ИЮЛЯ 2017
ГОДА



РАБОТОДАТЕЛЬ



ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ
ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬ

ЕСЛИ ВЫ РАБОТОДАТЕЛЬ

ПЛАТЕЖ И

Ежемесячно с 1 июля
2017 года

ЗА КОГО?

За работников

СКОЛЬКО ?

1% от ЗП работника в 2017г

.

1,5% - в 2018-2019 гг.

2% - в 2020 г.

3% - после 2022 г.

ВАЖНО:

- ❖ ВЗНОСЫ НЕ ПРЕВЫШАЮТ 15 МЗП
- ❖ СРОК ОПЛАТЫ ВЗНОСОВ: ДО 25 ЧИСЛА МЕСЯЦА, СЛЕДУЮЩЕГО ЗА ОТЧЕТНЫМ

КОД НАЗНАЧЕНИЯ ПЛАТЕЖА:
121

ЕСЛИ ВЫ ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬ

ПЛАТЕЖ

И

Ежемесячно с 1 июля
2017 года

ЗА КОГО?

За себя и своих
работников.

За себя как ИП, за
работников – как
работодатель.

СКОЛЬКО

?

5% от 2 МЗП.

Это 2445,9 тенге в месяц в
2017 г., 2828 тенге в месяц -
в 2018 году.

ВАЖНО:

- ❖ ПРОВЕРИТЬ ДАННЫЕ ИИН И ФИО ПРИ ПЕРЕЧИСЛЕНИИ СРЕДСТВ
- ❖ СРОК ОПЛАТЫ ВЗНОСОВ: ДО 25 ЧИСЛА МЕСЯЦА, СЛЕДУЮЩЕГО ЗА ОТЧЕТНЫМ

КОД НАЗНАЧЕНИЯ ПЛАТЕЖА:
122

СХЕМА ДВИЖЕНИЯ ПЛАТЕЖЕЙ В СИСТЕМУ ОСМС: В ДЕТАЛЯХ



КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ВОПРОСАМ ОТЧИСЛЕНИЙ И ВЗНОСОВ В ФСМС

ПРАВИЛА УЧАСТИЯ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ



ЕСЛИ ВЫ ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬ

Когда платим?

Ежемесячно с 1 июля 2017 года

За кого?

За себя и своих работников.
За себя как ИП, за работников – как работодатель.

Сколько?

5% от 2 МЗП.
2445,9 тенге в месяц в 2017 г.
2828 тенге в месяц в 2018 г. (прогноз)

ЕСЛИ ВЫ РАБОТОДАТЕЛЬ

Когда платим?

Ежемесячно с 1 июля 2017 года

За кого?

За своих работников

Сколько?

1% от заработной платы работника в 2017 г.
1,5% – в 2018-2019 гг.
2% – в 2020 г.
3% после 2022 г.

Взносы не превышают 15 МЗП

ПРАВИЛА УЧАСТИЯ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СОЦИАЛЬНОГО 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 взнос превышает 15 МЗП

КВИТАНЦИЯ 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



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!