**С 2017 года в Казахстане начнет работать обязательное социальное медицинское страхование. В полсотне стран мира страховая медицина успешно работает десятки лет, позволяя обеспечить с одной стороны - эффективное финансирование здравоохранения, с другой возможность оказывать населению медицинскую помощь высокого качества. Что получат казахстанцы от внедрения обязательной медстраховки и чего больше в этой системе – минусов или плюсов?**

Общий «котел» страховых взносов будет складываться из трех источников - государство, работодатель и сам гражданин. Финансовое участие трех сторон предполагает и справедливое разделение ответственности за такой важнейший ресурс, как здоровье человека. Теперь о цене страховки. В мире ставки разнятся: к примеру, в Германии - 14,1% от фонда оплаты труда, в Австрии - от 6,5% (фермеры) до 11% (пенсионеры), во Франции - 13,6%, в России - 5,1%. В Казахстане законодательно закреплено поэтапное повышение ставок, а их первоначальные размеры предлагается снизить более чем в 2 раза.

Первыми страховые взносы в Фонд социального медицинского страхования начнут платить работодатели в размере 1% от зарплаты работников с 1 июля 2017 года. К 2022 году их отчисления вырастут до 3%. Взносы самозанятых граждан, в числе которых индивидуальные предприниматели и люди, работающие по договорам, составят 5% от 2 МЗП или 2446 тенге тенге в месяц, и увеличиваться не будут. Выплаты в Фонд медстрахования неактивного населения или непродуктивно занятых, а это те самые домохозяйки, таксисты, владельцы мелких подсобных хозяйств, торговцы рынков, также с 2018 года составят статично 5% от 1 МЗП или 1414 тенге в месяц.

Государство начнет делать взносы за социально незащищенные слои населения с 2018 года в размере 3,75% от средней заработной платы. Список социальных групп, которым ничего не надо будет платить в Фонд медстрахования , очень широк: это и пенсионеры, и инвалиды, и дети, и студенты, и многодетные матери и женщины в декрете, и так далее — свыше 10 млн наших соотечественников.

Наемные работники начнут платить взносы с 2019 года в размере 1% от ежемесячной заработной платы с ростом до 2% в 2020 году.

Напомним, что в сентябре прошлого года в Казахстане создан Фонд социального медицинского страхования (ФСМС), который аккумулирует у себя два потока денежных средств. Бюджетные средства пойдут на оплату медицинских услуг в рамках гарантированной государством медицинской помощи, независимо от наличия страховки для всех жителей страны. В этот пакет входят профилактические прививки, скорая помощь, санитарная авиация, медицинскую помощь по экстренным показаниям, стационарная и стационарозамещающая медицинская помощь при социально значимых заболеваниях, а также при заболеваниях, представляющих опасность для окружающих. Наряду с этим будет оказываться амбулаторно-поликлиническая помощь с амбулаторным лекарственным обеспечением для лиц, не имеющих права на медицинскую помощь в системе ОСМС, до 2020 года. Второй пакет медуслуг только для застрахованных в системе ОСМС граждан включает обширный перечень видов медицинской помощи. Это первичная медико-санитарная помощь, котораяоказывается в амбулаторных условиях и дневного стационара, включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, наблюдение за течением беременности, медицинские манипуляции и т.д; специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь включает профилактику, диагностику, лечение заболеваний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий; скорая медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинских организаций, в амбулаторных или стационарных условиях в случаях (несчастные случаи, травмы, отравления, внезапных острых заболеваниях), требующих срочного медицинского вмешательства; плановая медицинская помощь оказывается в стационарных условиях при заболеваниях и состояниях, не угрожающих жизни пациента; лекарственное обеспечение – при оказании амбулаторно-поликлинической помощи; сестринский уход – оказанием помощи лицам, неспособным к самообслуживанию, нуждающимся в постоянном постороннем уходе или присмотре, вследствие перенесенной болезни; паллиативная помощь – поддержание качества жизни пациентов с неизлечимыми, угрожающими жизни и тяжело протекающими заболеваниями на возможном комфортном для человека уровне.

Право на получение данного пакета предоставляется гражданам, иностранцам и лицам без гражданства, постоянно проживающим на территории Республики Казахстан, являющимися участниками системы обязательного социального медицинского страхования. При этом государство будет осуществлять взносы за экономически неактивное население. Работодатели - за наемных работников. Работники и самозанятые граждане, зарегистрированные в налоговых органах, за себя.  
  
Но, если человеку захотелось сделать зубное протезирование и даже пластическую хирургию, но для этого необходимо гражданину уже самостоятельно заключить договор со страховой компанией на добровольной основе.  
  
В чем же плюсы для рядового казахстанца? Мы получаем возможность реального выбора медицинской организации. Причем выбирать мы будем не между районными государственными поликлиниками, а между государственными и частными. Например, сегодня стоимость договора на годовое обслуживание ребенка в возрасте до одного года в частных клиниках разнится от 130 до 300 тысяч тенге. Что входит в такой договор: годовое наблюдение врача-неонатолога (первые месяц-три после рождения на дому, далее амбулаторно), 3-5 УЗИ, осмотры и консультации узких специалистов, анализы крови и мочи, курсы массажа (не везде).  
  
При этом, безусловно, «частники» подстраиваются под клиента - и удобное время приема подгадывают, чтобы в очереди клиенты не сидели, и узкие специалисты у них зачастую более высокого профессионального уровня, чем в обычных поликлиниках, да и в целом подход у них более клиентоориентирован и индивидуален. Но вытащить 150 тысяч из семейного бюджета за услуги врача, пусть даже и самой высокой квалификации, может себе позволить далеко не каждая семья.  
  
Так называемые «семейные» пакеты услуг в частных клиниках - еще дороже. И если сейчас к частным врачам обращаются только когда «припекло», то со страховой медициной эта проблема снимается. Фактически казахстанец, к примеру, с зарплатой в 80 тысяч тенге, будет оплачивать в ФСМС ежемесячно 1600 тенге, то есть 19200 за весь год. Но при этом, взяв свою страховку, он может пойти в любую частную клинику к любому понравившемуся врачу - и за это не придется платить сразу из собственного кошелька, за услуги клиники заплатит фонд.  
  
Кроме того, медстрахование предполагает и реальную конкуренцию на рынке медицинских услуг, которая безусловно подстегнет и качество оказываемой помощи. Если сегодня при старой системе финансирования государственные клиники уверены в своих доходах, и не сильно заботятся о конечных результатах лечения, создании для пациентов максимально комфортных условий, то завтра частники могут «перетянуть на себя одеяло», привлекая большее количество больных и соответственно оказывая большее количество медуслуг, которые будут покрываться из Фонда медстрахования.

Поэтому есть все основания надеяться, что через несколько лет, благодаря нынешним реформам в здравоохранении, мы все-таки сможем получить развитую медицину, квалифицированных врачей и не будем искать «по блату» хорошего педиатра, терапевта или травматолога. А главное - это не будет стоить нам огромных денег, все расходы возмещаются за счет нашей страховки.