**Газета Вечерняя Астана № 74 от 24.06.17г**

**Страховая медицина - новый вектор развития отечественного здравоохранения**

В Казахстане принят Закон "Об обязательном социальном медицинском страховании". С 1 июля 2017 года заработает первый этап отчисления взносов, когда работодатели должны будут осуществлять взносы в рамках системы обязательного медицинского страхования. Какой размер отчислений, кто должен платить, а кто освобожден от уплаты взносов, на какую медицинскую помощь могут рассчитывать граждане, ответить на эти и другие вопросы по внедрению медицинского страхования мы пригласили в редакцию главного врача городского Центра по профилактике и борьбе со СПИД, кандидата медицинских наук - Абдраимова Сабита Бекмаганбетовича.

**Сабит Бекмаганбетович вокруг внедрения новой системы медицинского страхования все еще много вопросов, в чем заключается преимущество новой системы, как она будет функционировать?**

- Главным принципом внедряемой системы обязательного медицинского страхования (ОСМС) является солидарное участие государства, работодателя и самого гражданина в финансировании здравоохранения. Это очень важный и решающий принцип, позволяющий равный доступ всех застрахованных к единому пакету медуслуг, независимо от размера доходов и взносов. Преимуществом внедрения ОСМС является возможность повышения качества медицинских услуг за счет конкуренции между государственными и частными клиниками. У населения будут востребованы услуги клиники с высоким качеством медицинской помощи и квалифицированными специалистами, соответственно каждая поликлиника или частная клиника будет заинтересована в оказании качественной и эффективной помощи. Фонд медицинского страхования строго будет вести отбор медицинских организаций и заплатит больницам и поликлиникам деньги только за предоставление качественных медицинских услуг. В итоге мы получим финансовую устойчивость системы здравоохранения, доступность и широкий пакет медицинских услуг.

**С 1 июля этого года работодатели должны будут отчислять взносы, каковы размеры взносов, какова сама процедура отчисления?**

- По ставкам взносов хочу отметить, что в Казахстане создаются лояльные условия по медицинскому страхованию в сравнении с другими странами (до 12% в некоторых странах). Размеры страховых платежей невысокие, если учесть, что в пакет услуг входят и услуги поликлиник, начиная с приема врача до различных обследований, стационарное лечение, лекарственное обеспечение, также в страховой пакет войдут дорогостоящие операции. Первыми страховые взносы начнут платить работодатели в размере 1% от зарплаты работников с 1 июля 2017 года с постепенным увеличением до 3% к 2022 году. Взносы самозанятых граждан, которым относятся индивидуальные предприниматели и граждане, работающие по гражданско-правовым договорам, составят 5% от 2 МЗП с 1 июля этого года и увеличиваться не будут. Государство начнет делать взносы за социально незащищенные слои населения с 2018 года, это пенсионеры, инвалиды, дети, и студенты, многодетные матери и другие, в целом это более 10 миллионов населения. С 1 января 2019 года уже сами работники должны будут платить в размере 1% от заработной платы. Отчисления осуществляются до 25 числа месяца, следующего за отчетным. Работодатели оплату отчислений производят через банки на счет госкорпорации «Правительство для граждан». ИП и приравненные к ним лица оплату взносов производят в банках и в отделениях Казпочты также на счет "Правительство для граждан".

**В статьях и интервью по медицинскому страхованию, публикуемых в разных средствах массовой информации часто встречаются комментарии и вопросы о возврате денег, если лицо не обращалось за медицинской помощью. Предусмотрено ли это в ОСМС?**

- Населению следует знать, что эти взносы не накапливаются, а идут в счет оплаты услуг медорганизаций. Выплаченные отчисления не возвращаются, даже если граждане в течение года не обращались за медицинской помощью. Это противоречит основным принципам системы социального страхования – солидарности и равенства всех участников системы. Уплаченные средства пойдут на оплату медицинских услуг тем застрахованным гражданам, кто заболел и обратились в этот период за медицинской помощью.

**Что получат рядовые казахстанцы, как узнать застрахован человек или нет?**

- Медицинское страхование в первую очередь это гарантия социально-финансовой защищенности населения. Внедрение ОСМС это необходимая реформа, рано или поздно здравоохранение нашей страны должно было сделать шаг в пользу медицинского страхования. У наших граждан еще не сформирован достаточный уровень ответственности за свое здоровье, поэтому мы говорим о солидарной ответственности. Есть еще и другие проблемы. Так, несмотря на ежегодное рост финансирования здравоохранения, часть объектов здравоохранения находится в устаревших зданиях, не обновляется оборудование, отсутствует конкуренция между государственными поликлиниками. Поэтому, наряду с укреплением здоровья граждан, ОСМС позволит решить и системные проблемы в здравоохранении. Рядовым гражданам нечего бояться. Все процедуры в рамках ОСМС будут прозрачными и максимально упрощены. Застрахованный гражданин сможет через личный кабинет системы электронного здравоохранения считывать всю информацию об оказанных медуслугах, состоянии здоровья, по уплаченным взносам. Следует только прикрепиться к поликлинике. Для определения статуса застрахованного в системе ОСМС достаточно предъявить свой ИИН. В каждом городе, в медицинской организации работают мобильные группы, которые могут ответить на все вопросы по страхованию, а также имеются Call-центры, телефоны которых можно узнать на сайте Фонда медицинского страхования или позвонив на номер 8 8000 808 887.

**Получается, если человек застрахован, он имеет право на медицинскую помощь, а что если не застрахован? На какую помощь могут рассчитывать безработные граждане?**

- Гражданин автоматически становится застрахованным, если за него вносятся взносы. Наличие страховых взносов это доступ ко всему пакету медицинских услуг в рамках ОСМС, в том числе к дорогостоящим. Незастрахованными могут быть безработные или экономически неактивное население. За экономически неактивное население, а это 14 категорий населения, с 1 января 2018 года взносы будет платить государство, это означает, что все 14 категорий населения наравне с застрахованными лицами получат равный доступ к пакету услуг ОСМС. Хочу отметить, что лица с зарегистрированным статусом безработного тоже в числе 14 категорий. Поэтому гражданам, не имеющим работу, необходимо обратиться в центры занятости, где им предложат варианты трудоустройства или зарегистрируют в качестве безработного. Для сведения, 14 категорий - это дети, многодетные матери, награжденные подвесками «Алтын алқа», «Күміс алқа» или со званием «Мать-героиня», участники и инвалиды Великой Отечественной войны, инвалиды, лица, зарегистрированные в качестве безработных, воспитывающиеся в интернатных организациях, студенты очного обучения, находящиеся в отпусках по уходу за ребенком, неработающие беременные женщины, а также неработающие лица, фактически воспитывающие ребенка до достижения им возраста трех лет, пенсионеры, неработающие лица, осуществляющие уход за ребенком инвалидом в возрасте до 18 лет неработающие оралманы (в течение 1 года), лица, отбывающие наказание или содержащиеся в следственных изоляторах. Также к сведению читателей, скажу, что независимо от статуса застрахованного государством гарантированы скорая помощь и санитарная авиация, медицинская помощь при социально-значимых заболеваниях (онкозаболевания, туберкулез, сахарный диабет, ВИЧ-инфекция, психиатрические и др.), медицинская помощь в экстренных случаях, проведение профилактических прививок. В заключение хотелось бы пожелать читателям и всем жителям нашей столицы крепкого здоровья и успехов. Если у вас возникли вопросы, можете обратиться в свою поликлинику по месту прикрепления, где работают консультанты по вопросам ОСМС. Здоровье народа является главной ценностью общества, и государство заинтересовано в укреплении здоровья наших граждан. Это задача первостепенной важности, которая поставлена перед системой медицинского страхования.