**Внедрение системы обязательного социального медицинского страхования вызывает сегодня множество вопросов – для чего нужно ее внедрять, как она будет работать и главное – кому и сколько придется платить в Фонд медстрахования. Если обратиться к чистой арифметике, то платежи в систему совершенно не устрашают, а преимущества страховой медицины для каждого казахстанца становятся очевидными.**

По данным статотчетов, сегодня жители Казахстана платят за медицинскую помощь из собственных карманов сумму, превышающую треть всего бюджета здравоохранения. Это в корне недопустимо, поскольку снижение уровня платежеспособности граждан сразу приведет к ограниченности доступа к необходимой медицинской помощи.

Так сколько нам придется платить после внедрения системы ОСМС? 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 и увеличиваться не будут. Выплаты в Фонд медстрахования неактивного населения или непродуктивно занятых, а это те самые домохозяйки, таксисты, владельцы мелких подсобных хозяйств, торговцы на рынках, также с 2018 года составят статично 5% от 1 МЗП.

Государство начнет делать взносы за социально незащищенные слои населения с 2018 года в размере стартовых 3,75% от средней заработной платы в стране, с увеличением до 4-5% в 2022 году. Список социальных групп, которым ничего не надо будет платить в рамках ОСМС, 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 или 14 категорий граждан.

Наемные работники начнут совершать взносы с 2019 года в размере 1% от ежемесячной заработной платы с ростом до 2% в 2020 году. Вот посудите- много это или мало за весь обширный пакет медицинской помощи, который предусмотрен в рамках ОСМС. А туда входят и услуги поликлиник, начиная с приема врача до различных обследований, стационарное лечение, лекарственное обеспечение. Стоит особо отметить, что в страховой пакет входят те дорогостоящие операции, которые завтра окажутся не по карману большинству наших граждан, но будучи застрахованными, все расходы за них возьмет на себя Фонд медстрахования.

**По актуарным расчетам**  Фонда социального медицинского страхования, исходя из прогнозов на среднюю заработную плату, уже подсчитали приблизительные средние взносы по каждой категории плательщиков. ,

Так, к примеру, ежемесячный взнос индивидуальных предпринимателей составит 2800 тенге, неактивного населения или непродуктивно самозанятых и того меньше – 1414 тенге в месяц, работодатель за одного работника будет платить примерно 2280 тенге, а взносы самих работников составят 3300 тенге в 2020 году.

А что же государство? Взносы из бюджета за каждого представителя социально незащищенных категорий населения составит 65 070 тенге. Таким образом, в 2019 году больше 80% объема финансирования медицины будет покрываться за государственный счет.

Для сравнения, первичный прием специалиста в коммерческой клинике сегодня стоит минимум 3500 - 5000 тенге. То есть, получается, что для наемного работника годовая оплата страховки обойдется в два визита к частному врачу.

Медицинское страхование – это в первую очередь гарантия финансовой защищенности населения от непосильных расходов на медицинские услуги, высокое качество медицинской помощи, финансовая устойчивость и эффективность системы, отражающаяся, в свою очередь, на доступности услуг населению. Базовым же принципом системы является солидарное участие государства, работодателя и самого гражданина в финансировании здравоохранения наряду с равным доступом всех застрахованных к единому пакету медуслуг, независимо от размера доходов и взносов.