

УДК 336.72
JEL E44

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

САПАРОВА ГУЛЬНАРА ТЕЛЬМАНОВНА,

*кандидат экономических наук, исполняющая обязанности доцента кафедры финансов и кредита, Новый экономический университет им. Т. Рыскулова
gulnara.saparova@narxoz.kz*

АННОТАЦИЯ

Цель исследования: изучение состояния страхового сектора экономики РК как важной составляющей финансового рынка и новаций в сфере медицинского страхования, обеспечивающего развитие экономики, и соответственно, разработка новых направлений развития, ориентированных на создание условий для укрепления стабильности финансового рынка и защиты населения; сделать анализ новой системы обязательного медицинского страхования. Методология. Работа является результатом исследований, которые проводил автор за период 2013–2015 гг. на аналитических материалах статистической и финансовой отчетности казахстанских и зарубежных источников. Работа включает такие классические методы, как финансовый анализ (DCF анализ, сравнительный и факторный методы).

Оригинальность/ценность. В статье предложены и проанализированы на практике тенденции развития страхового сегмента экономики Казахстана за ряд лет на примере страховых компаний. Исследуется роль и место страхового рынка в экономике РК, дается оценка роли страхового рынка и координирующей роли создаваемого фонда медицинского страхования.

Выводы. Анализ, предложенный в статье, дает представление современной ситуации на страховом рынке и может быть использован как страховыми компаниями, так и аналитическими, консалтинговыми компаниями.

Ключевые слова: страховой сектор; медицинское обязательное страхование; «Фонд медицинского страхования» (ФОМС); отчисления в фонд ФОМС.

MANDATORY MEDICAL INSURANCE IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

GULNARA T. SAPAROVA,

*PhD (Economics), interim associate professor of the Finance and Credit Chair, the Ryskulov New Economic University
gulnara.saparova@narxoz.kz*

ABSTRACT

The purpose of study is to examine the state of the insurance of the Republic of Kazakhstan as it is an important component of the financial market; to evaluate innovations in the health insurance area as they are the real source for economic development; to point out to new areas which will create conditions needed to make the financial market more stable and population more secure.

Methodology. The work is based on studies conducted in 2013 to 2015 and analytical materials compiled from Kazakhstan and foreign statistical and financial reports. The work uses such classic methods as financial analysis, DCF analysis, comparative and factor methods.

Authenticity of the study. The work reveals and analyzes observed development trends in the insurance segment of the economy of Kazakhstan for a number of years through the case study of insurance companies. The author examines the importance and place of the insurance market in the economy of the Republic of Kazakhstan as well as evaluates the insurance market and the coordinating role of the created medical insurance fund.

Conclusions. The analysis proposed in the article is helpful to understand the current situation in the insurance market and can be of interest to insurance companies as well as to analytical and consulting companies.

Keywords: insurance sector; mandatory medical insurance; Health Insurance Fund; contributions to the Fund.

Стремительные изменения в экономике, как в мировой так и национальных, влечет неизбежные изменения и в сегментах финансового рынка. Не может эта тенденция не отразиться и на страховом рынке. Его и так лихорадит в связи с реформами в законодательстве, а к этому присоюдились еще и девальвационные «качели».

Страховой сегмент финансового рынка Казахстана, безусловно, динамично развивается и показывает неплохие результаты, но, развиваясь в условиях практически без конкуренции, варясь в «собственном соку», не может выйти на качественно новый уровень (табл. 1).

В страховом рынке накоплены значительные денежные средства: 263082,9 млн тенге аккумулировано к августу 2015 г. Если сравнивать с другими сегментами финансового рынка, то, конечно, показатели будут казаться скромными: показатели банковского рынка — 141 млрд тенге, пенсионного рынка — 4985,2 млрд тенге. Но учитывая тот факт, что страховые премии не такие стабильные и крупные по сумме, не считая обязательных, и доверие к страховому рынку не так высоко по объективным причинам, показатели неплохие (табл. 2).

Из года в год сумма поступлений растет, рынок развивается.

Что же касается реформирования в части внедрения обязательного медицинского страхования, которое призвано решить многие проблемы, то первые шаги в этом направлении уже делаются [1].

Закон Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании» от 29.08.2015 № 693 утратил силу, а Закон Республики Казахстан от 16.11.2015 № 405-V «Об обязательном социальном медицинском страховании» не введен в действие. Настоящий Закон призван регулировать общественные отношения, возникающие в системе обязательного социального медицинского страхования [Закон Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании» от 29.08.2015 № 693; Закон Республики Казахстан от 16.11.2015 № 405-V «Об обязательном социальном медицинском страховании»].

В этих условиях неопределенности постараемся внести ясность в некоторые аспекты обязательного медицинского страхования. Прежде определимся с понятиями.

Четкого определения медицинского страхования в литературе нет.

Так, И.М. Назарчук дает следующее определение: «Медицинское страхование — есть страхование на случай потери здоровья от любой причины, в том числе в связи с болезнью и оказанием медпомощи» [2, с. 72].

Л.Г. Скамай разделяет медицинское страхование на обязательное и добровольное. «Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных и иных медицинских услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования» [3, с. 218].

В учебнике В.В. Шахова дается определение с точки зрения государственной ответственности: «Обязательное медицинское страхование — составная часть государственного социального страхования, оно обеспечивает всем гражданам возможность получения медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой в счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования» [4, с. 295].

В учебнике К.К. Жуйрикова дается более обобщенное и конкретное определение: «Страхование на случай потери здоровья от любой причины, в том числе в связи с болезнью» [5, с. 255].

В Законе РК закреплено следующее понятие:

«Обязательное социальное медицинское страхование — комплекс правовых, экономических и организационных мер по оказанию медицинской помощи потребителям медицинских услуг за счет активов фонда социального медицинского страхования» [Закон Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании» от 29.08.2015 № 693, Закон Республики Казахстан от 16.11.2015 № 405-V «Об обязательном социальном медицинском страховании»].

Это позволило нам сформулировать собственное определение. **Обязательное медицинское страхование** — это определенный законодательно закрепленный перечень гарантируемых медицинских услуг, получаемых на бесплатной основе, при этом на потребителя, исключая социально незащищенные слои населения, возлагается ответственность за регулярные взносы за получение дополнительных услуг.

Предполагается комплекс услуг, на которые мы можем рассчитывать при определенных условиях и некий фонд, где будут аккумулироваться средства (отчисления) получателей этих услуг.

Медицинское страхование позволяет гарантировать гражданину бесплатное предоставление опре-

Таблица 1

Институциональная структура страхового сектора

Показатель	01.08.2013	01.08.2014	01.08.2015
Количество страховых организаций	35	34	34
в том числе по страхованию жизни	7	7	7
Количество страховых брокеров	13	14	15
Количество актуариев	72	71	62
Количество страховых (перестраховочных) организаций являются участниками АО «Фонд гарантирования страховых выплат»	31	30	30
Количество представительств страховых организаций – нерезидентов РК		3	3

Источник: составлено на основании отчетности НБ РК 2013–2015 гг. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.afn.kz>.

Таблица 2

Поступление страховых премий

	2013 г.		2014 г.		2015 г.		Изм. в% 2014/ 2015 гг.
	Сумма, млн тенге	Доля,%	Сумма млн тенге	Доля,%	Сумма млн тенге	Доля,%	
Всего, в том числе по:	211 513,1	100,0	253 072,6	100,0	263 082,9	100,0	8,5
обязательному страхованию	48 679,6	23,0	53 118,6	21,0	67 845,1	25,8	10,5
добровольному личному страхованию	85 155,0	40,3	92 111,9	36,4	73 596,3	28,0	3,7
добровольному имущественному страхованию	77 678,5	36,7	107 842,1	42,6	121 641,5	46,2	10,5

Источник: составлено на основании отчетности НБ РК 2013–2015 гг. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.afn.kz>.

деленного объема медицинских услуг при возникновении страхового случая (проблем со здоровьем) при наличии соответствующего договора со страховой медицинской организацией, так как медицинское учреждение несет затраты по оплате страхового случая.

В настоящее время существуют три основные экономические модели системы здравоохранения в плане участия государства, работодателя и потребителя медицинских услуг:

- платная медицина, базирующаяся на принципах рынка с использованием частного медицинского страхования;
- государственная медицина с бюджетной системой финансирования;
- система здравоохранения, при которой действуют принципы рыночного регулирования с многоканальной системой финансирования.

Поэтому реформы в здравоохранении предполагают переход от модели государственной медицины с бюджетной системой финансирования к интегрированной модели, в которой синтезируются государственное участие с ответственностью работодателя и самого страхуемого.

Такую модель можно определить как социально-страховую или систему интегрированного страхования здоровья населения. Ее можно охарактеризовать как систему, основанную на принципе интегрированной экономики, где рынок медицинских услуг основывается на синтезе государственного регулирования с предоставлением социальных гарантий, а также доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Но остаются права на обязательное медицинское страхование всего населения страны при участии государства в гарантировании финанси-

рования фонда медицинского страхования. Функция же рынка медицинских услуг состоит в покрытии потребностей населения сверх гарантированного государством перечня, давая свободу выбора для потребителей медуслуг. Данная (интегрированная) система финансирования медицинского страхования, состоящая из аккумулированных средств страховых организаций, отчислений от зарплаты, расходов государственного бюджета, создает необходимую эластичность и стабильность финансовой базы социально-страховой медицины.

Данная модель ярко выражена на примере систем здравоохранения ФРГ, Франции, Нидерландов, Австрии, Бельгии, Голландии, Швейцарии, Канады и Японии.

В социально-страховую модель включены признаки синтеза государственной и рыночной моделей. При этом акцент может быть как в одну, так и в другую сторону. Модель может содержать больше принципов государственной, или рыночной системы.

Так, рыночная модель развивает конкуренцию, что создает условия для повышения качества, поиска и внедрения инновационных решений, естественного отбора эффективных путей, управленческих новаций в предоставлении услуг. Для потребителей медицинских услуг есть серьезные опасения: чрезмерный рост затрат на медицину, сложность осуществления государственного контроля, риск возникновения кризиса перепроизводства, навязывание услуг, предпосылки для недобросовестных методов оказания лечения, недостаточное внимание к профилактике заболеваемости и, самое основное, неравный доступ к медицине.

В 2017 г. в Казахстане планируется введение социального медицинского страхования несколькими этапами. Основная идея — введение принципа финансирования здравоохранения за счет средств государства, работодателя, гражданина и иных источников. Таким образом, должно быть систематизировано их солидарное участие в сохранении здоровья.

Насколько готова казахстанская система здравоохранения к этой реформе, можно судить по работе Департамента комитета оплаты медицинских услуг МЗ СР РК по г. Алматы.

Базовым условием для внедрения обязательного медицинского страхования является создание сильной финансовой основы, так как государству с недостаточно развитой экономикой данная задача не по силам. Сегодня Казахстан показывает неплохие результаты по основным макроэкономическим показателям: росту ВВП, снижению безработицы, невысокому уровню инфляции. И несмотря на мировой экономический кризис, предпринимаемые

государством меры, касающиеся социальных гарантий (образования, здравоохранения, пенсионного обеспечения и др.), проводятся в полном объеме и имеют хорошие результаты.

Вхождение Казахстана в число 30 развитых стран мира без создания современной системы здравоохранения, основанной на новых научных достижениях и технологиях, на новаторских подходах, невозможно.

С 2010 г. с введением Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан (ЕЧЗ) были проведены кардинальные преобразования, направленные на улучшение здоровья граждан страны. Все эти меры способствовали повышению престижа казахстанской системы здравоохранения и дали базу для перехода к новой модели предоставления медицинских услуг [6].

В государственном бюджете 2015 г. на здравоохранение было заложено 30 570 231 тыс. тенге (из общей суммы 7 080 294 232 тыс. тенге), что составляет 0,4%, тогда как на оборону выделено всего 0,2%. Если сравнивать с другими странами, то в России аналогичные затраты составляют 1–2%, в странах дальнего зарубежья — до 15% от бюджета [7].

Принято рассчитывать долю таким образом, что при показателе общих расходов на медицину (на душу населения) 100–500 долл. США средняя продолжительность жизни составляет 47–67 лет. Если этот показатель увеличивается до 1000 долл. США, то средняя продолжительность жизни увеличивается до 70–75 лет, а затраты — от 1000 до 3000 долл. США увеличивают среднюю продолжительность жизни до 75–80 лет. Более крупные расходы на медицину не так выражено влияют на продолжительность жизни [Затраты на здравоохранение. URL: http://www.who.int/whosis/whostat/RU_WHS10_Full.pdf].

Самый высокий уровень расходов на здравоохранение из расчета на душу населения — в странах европейского региона и США. Но почти в четвертой части стран мира расходы на здравоохранение в 2007 г. были меньше 100 долл. США на душу населения: большинство этих стран относятся к африканскому региону, где продолжительность жизни составляет менее 60 лет.

Из рис. 1 видно, что среди стран бывшего социал-лагеря позиции Казахстана достаточно хорошие, хотя по сравнению со странами европейского региона и США оставляют желать лучшего. В сравнении с нефтедобывающими странами наши показатели тоже довольно скромные, но тем не менее расходы на душу населения составили 253 долл. США, тогда как в Киргизии и Узбекистане 46 и 41 долл. США соответственно.

Как видно из вышеизложенного, средства государственного бюджета на здравоохранение — достаточно

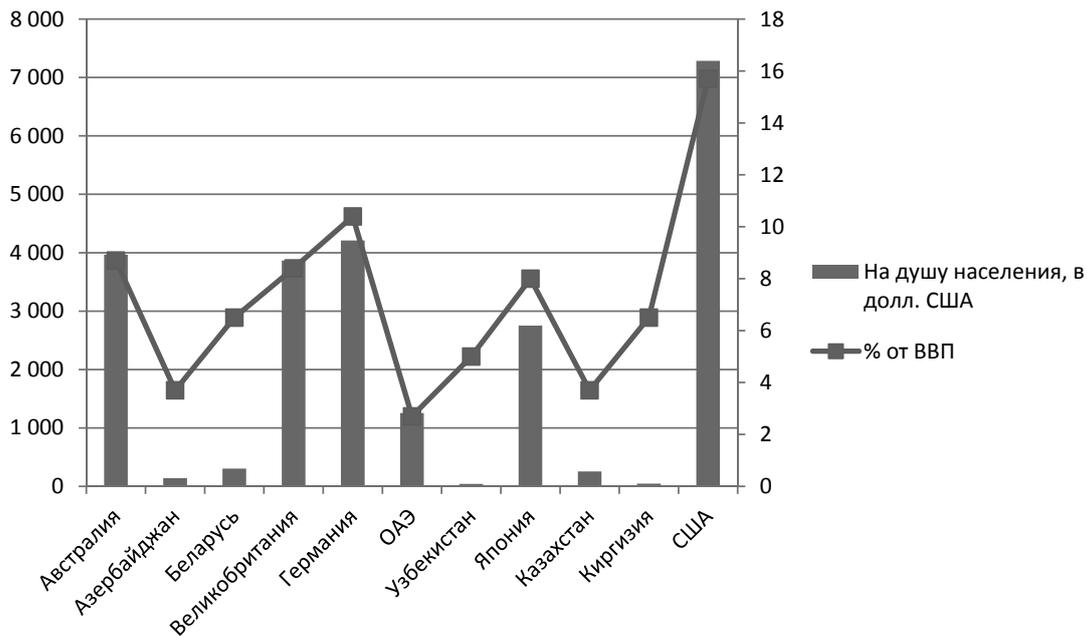


Рис. 1. Общие затраты на здравоохранение в 2010 г.

Источник: URL: http://www.who.int/whosis/whostat/RU_WHS10_Full.pdf.

затратная отрасль, а государство, даже с самой эффективной и развитой экономикой, не всегда может обеспечить граждан бесплатной и качественной медицинской помощью. Значит, требуется новая модель финансирования. Сегодня казахстанская медицина имеет бюджетную модель с некоторыми элементами добровольного медицинского страхования.

Практически каждое медицинское учреждение имеет платное отделение. Тем самым пациентов подталкивают обращаться к специалистам, с которыми можно расплатиться. Естественным выглядит и шаг, предпринимаемый в сторону медицинского страхования для получения медпомощи при наличии полиса. Не только государство, но и сам пациент, и его работодатель находятся в одной цепочке по обеспечению и облегчению этого процесса. Тем самым солидарную ответственность за здоровье гражданина Республики несут все три стороны.

Как следует из концепции, первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) сможет получить каждый казахстанец, независимо от региона и места проживания. То есть, придя на первичный прием к врачу, пациент гарантированно получит квалифицированную медицинскую помощь, финансируемую из республиканского бюджета.

В то же время квалификация работников здравоохранения при нынешней нехватке врачей и медицинских сестер как в крупных городах, так и в регионах представляет определенную проблему. Для ее решения государство заложило в бюджет средства на подготовку и переподготовку, повы-

шение квалификации кадров государственных организаций здравоохранения. Также проводится обязательная сертификация врачей и медицинских сестер.

Некоторые элементы реформы здравоохранения уже сейчас отработаны и внедрены (свободный выбор врача и медицинской организации, работа портала бюро госпитализации с автоматическим определением даты госпитализации, принцип «деньги за пациентом», информатизация и создание электронных баз и порталов, внедрение электронного «безбумажного» документооборота и др.). Действует также принцип закрепления пациента за поликлиникой с возможностью ее смены не реже определенного периода (6 мес., 1 год).

В вопросах получения всего объема медицинской помощи пенсионерам, людям с ограниченными возможностями и детям будет применен принцип солидарности. Модель страхования, вводимая в Казахстане, будет достаточно гибкой. Например, сегодня человек работает и из своей заработной платы делает отчисления, а завтра он — пенсионер, но все равно в полном объеме будет получать медицинскую помощь. Или возьмем, к примеру, ребенка, лечение которого оплачивает государство. Когда он вырастет и начнет работать, эти средства будут возвращены Фонду медстрахования.

Таким образом, будут действовать 3 пакета медицинских услуг (рис. 2):

- Первый — базовый пакет, представляющий собой гарантированный государством объем ме-

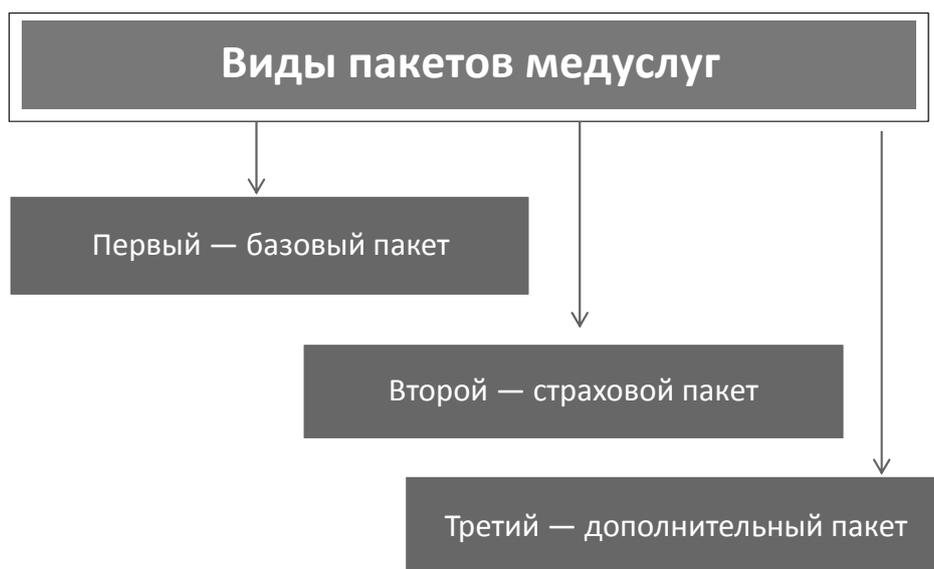


Рис. 2. Виды пакетов медицинских услуг

Источник: составлено автором.

дицинской помощи, финансируемый из республиканского бюджета.

• Второй — страховой пакет, предоставляемый из вновь создаваемого Фонда медицинского страхования. Это амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарная помощь (за исключением социально-значимых заболеваний), стационарозамещающая помощь (за исключением социально-значимых заболеваний), восстановительное лечение и медицинская реабилитация, паллиативная помощь и сестринский уход, высокотехнологичная помощь.

В дополнение к этим пакетам граждане, при участии в добровольном страховании, могут получить медицинские услуги на договорной основе.

При этом государство будет вносить взносы за экономически неактивное население, работодатели — за наемных работников, работники и самозанятые граждане, зарегистрированные в налоговых органах, — за себя.

Формы индивидуального обязательного медицинского страхования, принятые в международной практике [8]:

1. Премиум (premium).
2. Франшиза (deductible).
3. Со-платеж (co-payment).
4. Сострахование (co-insurance).
5. Лимит оплаты наличными (out-of-pocket-limit).
6. Годовой лимит (annuallimit) [9].

Рассматривая зарубежный опыт, можно принять во внимание некоторые положительные наработки. К примеру, в Российской Федерации кроме первичной медико-санитарной помощи (включая про-

филактическую и скорую медицинскую помощь) жителям предоставляются за счет средств бюджета России следующие виды медицинской помощи:

- скорая медицинская помощь, оказываемая станциями (отделениями, пунктами) скорой медицинской помощи;
- амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, оказываемая в специализированных диспансерах, больницах (при заболеваниях, передаваемых половым путем; заразных заболеваниях кожи, туберкулезе; синдроме приобретенного иммунодефицита; психических расстройствах и расстройствах поведения; наркологических заболеваниях);
- оказание дорогостоящих видов медицинской помощи (перечень которых утверждается Комитетом по здравоохранению);
- вакцинация и профилактика декретированного контингента и населения по эпидемиологическим показаниям;
- профилактическое флюорографическое обследование (в целях раннего выявления заболевания туберкулезом);
- медицинская помощь при врожденных anomalies, пороках развития (в соответствии с перечнем, утверждаемым Комитетом по здравоохранению);
- стоматологическая и онкологическая медицинская помощь (в соответствии с перечнем, утверждаемым Комитетом по здравоохранению Российской Федерации) [10].

Таким образом, как видно, перечень предлагаемых услуг за счет бюджета РФ значительно шире, чем

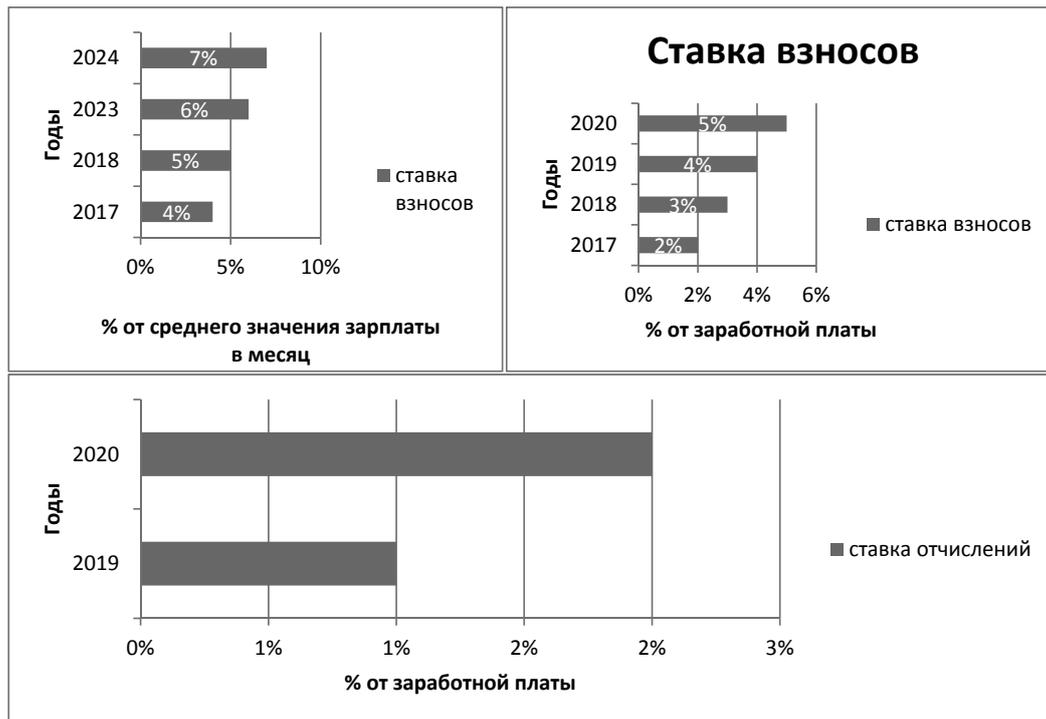


Рис. 3. Динамика страховых взносов государства, страховых взносов работодателей, страховых отчислений работников

Источник: составлено автором.

планируется в РК. Медицинское страхование в РФ — это не просто автоматическое увеличение окладов работников здравоохранения, а реальная плата за конкретные медицинские услуги, предоставляемые пациентам. Таким образом, оно становится экономическим рычагом, позволяющим провести структурную перестройку системы здравоохранения в РФ и реальным и основательным опытом, по которому, как по учебнику, можно строить отечественную систему обязательного страхования [11, с. 300].

Обязательное медицинское страхование регулируется Федеральным законом от 28.06.1991 № 1499–1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (ред. от 24.07.2009), одним из ключевых принципов которого отмечен некоммерческий характер. То есть страховые организации в соответствии с требованиями закона осуществляют деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе, поэтому вся получаемая прибыль направляется на пополнение финансовых резервов системы обязательного медицинского страхования [3, с. 226].

Также интересным может быть опыт Польши. Там действует система с открытием медицинского сберегательного счета (МСС) как инструмента для финансирования расходов частных лиц на медицинские услуги в Польше. МСС, представляющий собой механизм финансирования здравоохранения,

основан на накоплении личных сбережений с целью оплаты медицинских услуг в будущем.

Основным фактором является тот аспект, что есть добровольные МСС, накапливающие сбережения. Они рассматриваются частными лицами как гарант финансирования лечения, в частности, после выхода на пенсию. Происходит внедрение концепции и механизма МСС, а также нового финансового продукта, сочетающего МСС с медицинской страховкой на фиксированную максимальную сумму. Ее пациент может оплатить самостоятельно (за определенный спектр медицинских услуг в течение обозначенного периода времени; расходы сверх этого лимита выплачиваются программой медицинского страхования). Редуцированная стоимость медицинских расходов собственника МСС оценивается с учетом ожидаемых расходов, макроэкономических индикаторов и продолжительности жизни [12].

Для аккумуляции обязательных ежемесячных взносов на базе Комитета оплаты медицинских услуг МЗСР РК будет создан Фонд социального медицинского страхования в организационно-правовой форме некоммерческого акционерного общества. Учредителем и единственным акционером его будет правительство РК.

Реформа предусматривает, что государство будет вносить средства за те категорий граждан, которые относятся к социально-уязвимым слоям населения —

7% от среднего значения заработной платы. Заметим, что величина ставки взноса будет повышаться поэтапно: 4% — в 2017 г., 5% — в 2018 г., 6% — в 2023 г., с 2024 г. — 7% (рис. 3).

Общий размер ставки работодателей предусмотрен в размере 5% от дохода, отчисления начнутся с 2% в 2017 г., 3% в 2018 г., 4% в 2019 г. и с 2020 г. достигнут 5%. При этом данные отчисления будут отнесены на вычеты при исчислении корпоративного подоходного налога, общая реальная нагрузка на работодателя составит в 2017 г. — 1,6%, в 2018 г. — 2,4%, в 2019 г. — 3,2%, и уже с 2020 г. — 4%.

Для работников ставка взносов составит 2% от их дохода, но их отчисления начнутся с 2019 г. — 1%, с 2020 г. — 2% [10].

Таким образом, на работающее население отчисления не ложатся тяжелым бременем, хотя необходимо отметить, что доходы населения не выросли за последние годы и девальвация значительно повлияла на благосостояние работающей части граждан РК.

Стоит особо отметить, что ориентировочно сумма, с которой начнут отчисляться проценты, не может превышать 15 минимальных заработных плат.

Закон направлен на изменение сроков введения обязательного социального медицинского страхования.

Данным законопроектом срок уплаты взносов работодателей в фонд переносится с 1 января 2017 г. на 1 июля 2017 г., отчисления государства — с 1 июля 2017 г. на 1 января 2018 г.

Право физических лиц на получение медицинской помощи в системе ОСМС и выбор организации здравоохранения, определение объема медицинской помощи также будут введены в действие с 1 января 2018 г.

Нельзя обойти вниманием тот факт, что система обязательного медицинского страхования уже вводилась в РК в 1996 г. и просуществовала 3 года. Т. Иманбаев, возглавлявший ФОМС, скрылся с накопленными в фонде средствами. Поэтому доверие населения было серьезно подорвано, что является одним из затруднительных моментов при внедрении системы. Необходима адекватная юридическая нормативно-правовая база, учитывающая все недостатки, чтобы не допустить повторения того, что произошло ранее.

Положительным моментом является то, что от уплаты взносов в Фонд социального медицинского страхования освобождаются некоторые категории граждан социально уязвимых слоев населения (дети, многодетные матери, участники ВОВ, инвалиды, зарегистрированные безработные, учащиеся интернатов, женщины,

находящиеся в отпусках по уходу за ребенком, пенсионеры, военнослужащие и т.д.).

Работа фонда по инвестированию средств тоже должна регламентироваться и отслеживаться, т.е. быть прозрачной. Если сравнивать с прибыльностью пенсионного рынка, то показатели недавно созданного Единого пенсионного фонда оптимистичны: на август 2015 г. прибыль составила 1147,1 млрд тенге (увеличившись более чем на 15% по сравнению с предыдущим годом). С начала отчетного периода отмечается рост относительных показателей, характеризующих роль пенсионного сегмента финансового рынка в экономике Республики Казахстан, а именно: отношение объема пенсионных накоплений к ВВП выросло с 11,7 до 12,1%, пенсионных взносов к ВВП — с 9,5 до 9,9%, «чистого» инвестиционного дохода к ВВП — с 2,6 до 2,8% [Отчетность НБ РК 2013–2015 гг. URL: <http://www.afn.kz>].

Запланированные реформы медицинского страхования не предназначены для замены традиционных комплексных методов медицинского обслуживания и базового комплекса услуг, обеспечивающих доступ к учреждениям здравоохранения, таких как визит к врачу или получение рецептов лекарственных средств и компетентных консультаций. Поэтому рано судить о том, насколько эти реформы своевременны. Возникают другие вопросы: как выстроят систему медицинского страхования для незащищенных слоев населения, пенсионеров, военнослужащих и т.д.? если они освобождены от взносов, то как будет производиться оплата? в виде квот или социальной очереди? насколько эффективно будет работать система в случаях немедленного оперативного вмешательства?

Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что объективно созрела необходимость в реформировании качества здравоохранения. Государством на законодательном уровне гарантируется перечень медицинских услуг, предоставляемых бесплатно, а также предусмотренных страховой частью, формируемой за счет регулярных взносов с доходов населения. Оговорена и ответственность работодателей. Большую роль играет создание фонда, где будут аккумулироваться взносы населения. Его деятельность может существенно продвинуть не только систему здравоохранения на более высокий уровень, но и оздоровить страховой рынок в целом.

Таким образом, подготовительный этап будет направлен на формирование фонда и аккумулирование средств, которые не будут лежать, «не работая», так как инфляционные и девальвационные влияния не позволят использовать средства в долгосрочном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бельгибаев А.К., Рахимбаев А.Б. Теория и практика страхования: учеб. пособие для вузов. Алматы: Интре-пресс, 2010. 268 с.
2. Назарчук И.М. Страхование: учеб. пособие. Алматы: Издательство Nurpress, 2014. 158 с.
3. Скамай Л.Г. Страхование дело: учеб. пособие для вузов. М.: Инфра-М., 2010. 324 с.
4. Шахов В.В. Страхование: учебник для студентов, обучающихся по специальности «Финансы и кредит», «Бухгалтерский учет, анализ и аудит». М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2010. 511 с.
5. Жуйриков К.К. Страхование: теория, практика, зарубежный опыт: учебник для вузов. Алматы: Экономика, 2015. 408 с.
6. Единая национальная Система здравоохранения РК. Концепция создания единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан [Электронный ресурс] // Акиматакима Алатауского района. 2015 г. URL: <http://alatau.almaty.gba.kz>.
7. Отчетность Министерства финансов РК 2013–2015 гг. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.minfin.gov.kz>.
8. Agency for Health care Research and Quality (AHRQ). Questions and Answers About Health Insurance: A Consumer Guide. August 2007.
9. Jump up to: a b Prior Authorizations. Healthharbor.com. Retrieved on 2011–10–26.
10. Территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2012 год.
11. Страхование: учебник для вузов / под ред. В.В. Шахова. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2010. 511 с.
12. Борда Марта. Оценка исходного баланса медицинского сберегательного счета для покрытия расходов на лечение (в Польше) // Вестник финансового университета. 2015. № 4. С. 76–82.

REFERENCES

1. Bel'gibaev A.K., Rakhimbaev A.B. Teoriia i praktika strakhovaniia: ucheb. posobie dlia vuzov [Theory and practice of insurance: textbook for universities]. Almaty, Intre-press, 2010, 268 p. (in Russian).
2. Nazarchuk I.M. Strahovanie: uchebnoe posobie [Insurance: Textbook]. Almaty, Izdatel'stvo Nurpress — Almaty, Publisher Nurpress, 2014, 158 p.
3. Skamai L.G. Strakhovoe delo: ucheb. posobie dlia vuzov [Insurance business: Manual for universities]. Moscow, Infra-M, 2010, 324 p. (in Russian).
4. Shakhov V.V. Strakhovanie: uchebnik dlia studentov, obuchaiushchikhsia po spetsial'nosti «Finansy i kredit», «Bukhgalterskii uchet, analiz i audit» [Insurance: a textbook for students majoring in “Finance and credit” and “Accounting, analysis and audit”]. Moscow, UNITY-DANA, 2010, 511 p. (in Russian).
5. Zhuirikov K.K. Strakhovanie: teoriia, praktika, zarubezhnyi opyt: uchebnik dlia vuzov [Insurance: theory, practice, foreign experience: a textbook for higher schools]. Almaty, Ekonomika — Almaty, Economics, 2015, 408 p. (in Russian).
6. Edinaia natsional'naia Sistema zdavookhraneniia RK. Kontseptsiiia sozdaniia edinoi natsional'noi sistemy zdavookhraneniia Respubliki Kazakhstan [Unified National Health System of the Republic of Kazakhstan. The concept of creating a unified national healthcare system in the Republic of Kazakhstan]. URL: <http://alatau.almaty.gba.kz> (in Russian).
7. Otchetnost' Ministerstva finansov RK 2013–2015 [Reports of the Ministry of Finance of the Republic of Kazakhstan for 2013–2015]. Available at: <http://www.minfin.gov.kz> (in Russian).
8. Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Questions and Answers About Health Insurance: A Consumer Guide. August 2007.
9. Jump up to: a b Prior Authorizations. Healthharbor.com. (accessed: 26.10.2011).
10. Territorial'nye programmy gosudarstvennykh garantii okazaniia grazhdanam Rossiiskoi Federatsii besplatnoi meditsinskoi pomoshchi v Sankt-Peterburge na 2012 god [Territorial programs of state guarantees for providing citizens of the Russian Federation with free medical care in St. Petersburg for 2012].
11. Strakhovanie: uchebnik dlia vuzov / pod red. V.V. Shakhova [Insurance: textbook for universities, ed. V.V. Shakhov]. Moscow, UNITY-DANA — UNITY-DANA, 2010, 511 p. (in Russian).
12. Borda Marta. Otsenka iskhodnogo balansa meditsinskogo sberegatel'nogo scheta dlia pokrytiia rashodov na lechenie v Pol'she [Estimating the initial balance of the medical savings account to cover the costs of treatment in Poland]. *Vestnik finansovogo universiteta — Bulletin of the Financial University*, 2015, no. 4, pp. 76–82 (in Russian).