

## ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ ОСНОВА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

*Н.К. Касиев*

---

Рассматриваются результаты введения в Кыргызстане обязательного медицинского страхования и возникшие на фоне социально-экономического кризиса проблемы. Определены тарифы на медицинские услуги, новый порядок получения качественной медицинской помощи.

*Ключевые слова:* обязательное медицинское страхование; платные медицинские услуги; застрахованные граждане; неофициальные платные услуги; финансовые отношения в здравоохранении.

Кыргызская Республика является суверенной, унитарной, демократической республикой, построенной на началах правового светского государства. Деятельность государственных и других субъектов в государстве должна базироваться на законодательных и нормативно-правовых актах.

Закон “О медицинском страховании” был принят в 1992 г., а постановлением Законодательного собрания Жогорку Кенеша КР от 16 января 1996 г. № 281 был учрежден фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС). В основу введения ОМС закладывались следующие принципы: обязательность, госрегулиру-

вание, солидарность, застрахованность, гласность<sup>1</sup>. Также были изданы законы, регулирующие медицинское страхование. Так, впервые на постсоветском пространстве в Законе Кыргызской Республики “Об охране здоровья граждан” 1992 г. принята ст. 35 “О медицинском страховании”, в которой определена цель: “Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья”.

В последующих редакциях Закона “О медицинском страховании граждан” от 18 октября 1999 года № 112 были определены правовые, организационные и финансовые основы медицинского страхования граждан Кыргызской Республики. Правительственные постановления – от 16 августа 1993 г. № 380 “О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике”; “О координационном совете при Правительстве Кыргызской Республики по введению обязательного медицинского страхования” от 16 сентября 1996 года № 429 – были чрезвычайно важными и определили пути формирования страхования здоровья населения.

С 1 января 1997 г. ФОМС начал принимать страховые взносы, а с июля 1997 г. – финансировать медицинское обслуживание. За работников страховые взносы платят работодатели (2 % заработной платы), за пенсионеров и безработных – Фонд социального обеспечения (1,5 % средней заработной платы), взносы фермеров должны поступать из земельного налога (2 % земельного налога). Размеры отчислений на социальное страхование (включая взносы на медицинское страхование) ежегодно определяет Правительство КР. В 1998 г. доля ФОМС в государственных расходах (включая официальные платные услуги) составляла – 4,3 %. В 1999 г. медицинским страхованием было охвачено 32 % населения. В настоящее время застрахованы около 95 % населения, в том числе 26,4 % – работающие лица, пенсионеры, 25,4 – дети, 1,8 – безработные, 1,08 % – другие социальные группы. Подразумевается, что в число застрахованных входят работающие граждане, пенсионеры, зарегистрированные безработные и дети.

Обязательное медицинское страхование столкнулось с рядом трудностей. Во-первых, вследствие экономического кризиса и высокого уровня безработицы собранных взносов оказалось намного меньше, чем ожидалось. В 1997 г.

<sup>1</sup> Касиев Н.К., Рисалиев Д.Д. Реформирование здравоохранения и обязательное медицинское страхование. Бишкек, 2010. С. 215.

Фонд социального обеспечения, который сам испытывал нехватку денежных средств, перевел в Фонд обязательного медицинского страхования меньше средств, чем было запланировано. В 1998 г. было внесено только 25 % необходимой суммы за пенсионеров и 15 % за безработных, наблюдалась также крупная задолженность государства по заработной плате, что затруднило сбор взносов в Фонд социального обеспечения, и правительству пришлось выделять субсидии.

Во-вторых, единица стоимости, в соответствии с которой должны рассчитываться тарифы на медицинские услуги, как и договорный набор медицинских услуг, не были четко определены.

Официальные платные услуги были разрешены в 1991 г. Доля платных медицинских услуг в финансировании здравоохранения весьма значительна, хотя точно оценить ее трудно. Платные услуги можно разделить на четыре группы:

- государственные медицинские учреждения взимают плату за некоторые медицинские и немедицинские (аренда помещений, предоставление транспорта, последипломное обучение) услуги;
- больные полуофициально оплачивают расходные материалы (лекарственные средства и другие медицинские товары);
- взятки медицинским работникам;
- платные услуги частных медицинских учреждений (главным образом, лекарственные средства).

В 1993 г. Министерство здравоохранения основало Департамент внебюджетной деятельности, в обязанности которого вошла разработка политики в области платных услуг и регламентирование цен на них.

Примерно 20 % доходов от платных услуг медицинские учреждения должны были возвращать в государственный бюджет, однако в 1996 г. эту долю снизили до 2,3 %. Поскольку государственные доходы сократились, в настоящее время предполагаемый объем платных услуг учитывается при распределении средств по медицинским учреждениям. Они определяют стоимость каждой услуги, которая попадает под действие нормативов Государственного антимонопольного комитета.

К полностью или частично платным услугам относятся дополнительные методы лечения (мануальная терапия, гомеопатия, иглокальвание, массаж, физиотерапия), аборт и стоматологические услуги (за исключением некоторых льготных категорий) и некоторые виды длительного лечения (например, диализ). Во время

пребывания в стационаре больные оплачивают лекарственные средства и некоторые другие медицинские товары (полностью), а также ряд медицинских услуг, в том числе лабораторных исследований (частично).

В настоящее время плата взимается за следующие виды медицинских услуг:

- лекарственные средства (оплачивают амбулаторные и стационарные больные за лекарственные средства, за исключением неотложных состояний и льготных категорий граждан);
- улучшенные условия проживания в стационаре (отдельная палата, телевизор и т.д.);
- некоторые больничные услуги (17 категорий, в том числе физиотерапия и иглоукальвание);
- лабораторные исследования в больницах и амбулаторных учреждениях (чтобы покрыть расходы на реактивы);
- госпитализация (размеры оплаты и перечень услуг колеблются);
- ультразвуковое исследование, рентгенография, цитологические исследования в больницах и амбулаторных учреждениях;
- первичное обращение к врачу в организации здравоохранения.

Доходы от платных медицинских услуг, включая лабораторные исследования, питание и обучение, возрастают. Центральное казначейство именуется этот источник доходов как “Специальные средства”. Бюджетных средств не хватает, зато доходы от платных услуг медицинские учреждения могут тратить относительно свободно и поэтому вынуждены повышать цены на эти услуги. В 1996 г. расходы на платные услуги составляли 24,2 млн сом. (3,3 % государственных расходов на здравоохранение), а в 1998 г. – уже 83,5 млн сом. (8,4 %). Пенсионеры от оплаты услуг освобождаются.

Значительную долю в расходах на здравоохранение составляют неофициальные платные услуги (питание, постельное белье в стационарах, приобретение лекарственных средств, взятки врачам).

По данным за 1994 г., примерно 70 % населения платили за те или иные виды амбулаторных услуг, а 86 % – за стационарное лечение. Исследование, проведенное в 1997 г. показало, что около половины людей, признающих, что нуждаются в лечении, не могут себе этого позволить.

Помимо ОМС существует добровольное медицинское страхование, узаконенное в 1993 г. В 1998 г. правительством было зарегистрировано двенадцать частных страховщиков, но

по-настоящему действуют лишь несколько небольших программ добровольного страхования. Пока не изменится государственная политика в области медицинского страхования и не улучшится экономическое положение, добровольное страхование вряд ли будет расширяться.

Экономический кризис, который привел к резкому снижению финансирования здравоохранения и неэффективности существующей системы, инициировал поиск дополнительного источника ресурсов.

Механизм социальной защиты граждан в области охраны здоровья предполагается как устойчивая система взаимодействия социальных групп и государства на рынке медицинских услуг в условиях функционирования обязательного медицинского страхования.

Такая система регулируется:

- социально-экономическим положением и сознанием социальных групп;
- наличием у них общественных потребностей по гарантированному получению доступной, квалифицированной, качественной и бесплатной медицинской помощи;
- социальным институтом общества.

Предполагается, что все виды социального страхования, насколько это возможно, должны включать, наряду с компенсационными выплатами, также профилактические мероприятия, лечение и дальнейшую реабилитацию.

Кроме законодательного регулирования ОМС, Указом Президента от 22 ноября 1996 г. “О мерах по введению обязательного медицинского страхования граждан” в Кыргызской Республике было поручено образовать Республиканскую кассу здоровья при Правительстве Кыргызской Республики. Были определены источники финансирования и передача их в Республиканскую кассу была поручена Социальному фонду. Указом президента КР от 10 января 1998 г. “О внесении изменений и дополнений в некоторые решения президента КР” “Республиканская касса здоровья” была заменена на “Фонд обязательного медицинского страхования”.

Постановлением Правительства от 14 января 1997 г. № 18 “О вопросах введения обязательного медицинского страхования” в Кыргызской Республике четко определены функции и программа поэтапного создания обязательного медицинского страхования. Определены источники и размеры взносов на медицинское страхование в размере 2 % от фонда оплаты труда, на пенсионеров и в размере 1,5 минимальных оклада безработным, уплачиваемые Социальным фондом.

## *Медицина*

---

В сознание наших людей вошло новое понятие – обязательное медицинское страхование, что определило переход к новому порядку получения медицинской помощи, ее качеству и контролю за использованием финансовых средств, направленных на здравоохранение. Складывающиеся финансовые отношения в здравоохранении (“покупатели” и “поставщик медицинских услуг” – субъекты ОМС) должны через систему медицинского страхования изменить прежнее представление о выполнении своих гражданских обязанностей как со стороны медицинских работников, так и со стороны пациентов. Задачи ОМС – не создавать и содержать лечебно-профилактические учреждения, а “покупать” медицинскую помощь для застрахованных граждан,

при этом контролировать ее объем и качество, определять цели деятельности всех субъектов ОМС, в корне изменяя представление о получении бесплатной медицинской помощи.

Таким образом, правовое положение граждан КР в системе ОМС закрепляется в нормах права, регулирующего соответствующие отношения. Новая система организации страховой медицины должна быть направлена на реализацию следующих принципов: совершенствование экономических методов управления, устранение остаточных методов формирования ресурсов, свободный выбор врача и медицинского учреждения, экономическая заинтересованность населения, медицинских работников и работодателя в улучшении здоровья населения.